
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ВОПРОСЫ НАРКОЛОГИИ КАЗАХСТАНА

Том V № 1

2005

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.Жузжанов; 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: neovitae@pisem.net**

ВОПРОСЫ НАРКОЛОГИИ КАЗАХСТАНА

СОДЕРЖАНИЕ

УЧРЕДИТЕЛИ:

ПРОГРАММНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ
КАЗАХСТАН**

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

**Том V
№ 1
2005 год**

**выходит
4 раза в год**

- Грузман А.В.*
Современный взгляд на модель непрерывного постдипломного образования по специальности “наркология” 7-8
- Титова В.В.*
Клинические исследования с позиций эпидемиологии и доказательной медицины 8-35

ПРОФИЛАКТИКА И РЕАБИЛИТАЦИЯ

- Жаныбеков С.Д., Брыжахин П.Г., Онгарова В.Н., Брыжахина Ж.Д.*
Профилактика злоупотребления психоактивными веществами 36-37
- Новикова С.А.*
Роль рекламы табачной продукции в распространении табакокурения среди населения 37-42
- Нуржанова А.М., Ескалиева А.Т.*
Результаты проведенного дозорного эпидемиологического надзора среди потребителей инъекционных наркотиков в г. Караганде в 2003-2004 годах 42-43

КЛИНИКА

- Байкенова Б.С., Жанабаева З.Х.*
Опыт применения ризполепта в амбулаторных условиях 44-45
- Ескалиева А.Т.*
Особенности клинико-психопатологических проявлений опиоидной зависимости у ВИЧ-инфицированных наркопотребителей 46-49
- Ескалиева А.Т.*
Современные тенденции в изучении клинико-психопатологических проявлений опиоидной зависимости у ВИЧ-инфицированных потребителей наркотиков 49-55
- Ескалиева А.Т.*
Диагностика, течение, лечение и реабилитация больных с опиоидной наркоманией в сочетании с ВИЧ-инфекцией 55-62
- Коцегулова Р.М.*
Исследование клинико-психопатологических проявлений зависимости от героина при терапии атипичными (рисперидон, клозапин) и классическим (галоперидол) нейрорептиками 62-65
- Кудеринов Т.К., Киспаева Т.Т., Кошикова Р.Б.*
Метаболические аспекты поражения нервной системы при острой опиоидной интоксикации 65-67
- Кузембаева Л.Б.*
Преморбидные личностные особенности в развитии героиновой зависимости 67-71

Партиева А.Р.

Влияние депрессивных нарушений на заключение терапевтического контракта пациентов с наркотической зависимостью 71-75

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

Применение препарата ревиа в наркологической практике 76-77

Рудяков С.В., Брыжахин П.Г., Хасс С.Х., Филипов А.И., Ахметова М.А., Жаныбеков С.Д.

Опыт купирования абстинентного синдрома у новорожденных детей больных наркоманией 78

Шевченко И.С., Нупрейчик А.И., Фаттахова Н.Г., Сычева А.В., Хабарова Н.В.

Влияние алкоголя на развитие и здоровье детей 78-79

Хохлова К.А., Жидкова Н.Р.
Особенности механизмов психологической адаптации наркозависимых казахской и русской этнических групп 79-82

Хохлова К.А., Онгербаева Б.К., Сабир Ж.Г.

Особенности психологической адаптации наркозависимых, обратившихся за медико-социальной помощью 82-88

Юсопов О.Г., Онгербаева Б.К., Дик Е.Г.

Мотивация на лечение в наркологической практике 88-93

ОРГАНИЗАЦИЯ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Брыжахин П.Г., Сулейменова С.Д., Мингалиева О.Б., Асылбекова Г.К., Балтакаева Р.Ж., Макъшева Ш.Т.

Опыт работы участковой службы наркологического диспансера г. Семипалатинска 94-96

Ескалиева А.Т.

Тенденции распространения ВИЧ-инфекции в среде наркозависимых 96-100

Имангазинов С.Б.

Некоторые территориальные особенности ВИЧ-инфекции в условиях напряженной ситуации по наркомании 101-102

Космухамедова Ж.

Наркоситуация в зоне “Ошского узла” 102-112

ИНФОРМАЦИЯ

Ескалиева А.Т.

Социально-клинические аспекты наркозависимости на современном этапе (аналитический обзор литературы) 113-118

Тургинбаева А.Н.

Социально-возрастной и психологический аспекты качества жизни сельских больных эпилепсией 118-121

Резюме

122-129

VOPROSY NARCOLOGYI KAZAKHSTANA

TABLE OF CONTENTS

PROGRAM MATERIALS

FOUNDERS:	<i>Gruzman A.V.</i> Modern sight on model of continuous postdegree education on a speciality «narcology»	7-8
	<i>Titova V.V.</i> Clinical researches from stands of epidemiology and definitive medicine	8-35

PREVENTION AND REHABILITATION

**THE MINISTRY OF
HEALTH OF
KAZAKHSTAN**

<i>Zhanybekov S.D., Bryzhahin P.G., Ongarova V.N., Bryzhahina Z.D.</i> Prevention of psychoactive substances abusing	36-37
<i>Novikova S.A.</i> Role of advertising of tobacco production in distribution of tobacco smoking among the population	37-42
<i>Nurzhanova A.M., Eskalieva A.T.</i> Results of the carried out look-out epidemiological supervision among injection drug users in Karaganda in 2003-2004 years	42-43

**RPE “REPUBLICAN
SCIENTIFIC-AND-
PRACTICAL CENTER
OF MEDICAL-SOCIAL
PROBLEMS OF
ADDICTION”**

CLINIC

<i>Bajkenova B.S., Zhanabaeva Z.H.</i> Experience of application Rispolepte in out-patient conditions	44-45
<i>Eskalieva A.T.</i> Features of clinical-psychopathological displays of opioid dependence at the HIV-infected drug users	46-49
<i>Eskalieva A.T.</i> Modern lines in studying of clinical-psychopathological displays of opioid dependence at the HIV-infected drug users	49-55
<i>Eskalieva A.T.</i> Diagnostics, current, treatment and rehabilitation of patients with a thebaic addiction in a combination to the HIV-infection	55-62
<i>Koshchegulova R.M.</i> Research of clinical-psychopathological displays of heroin dependence at therapy with atypical and classical antipsychotic drug	62-65
<i>Kuderinov T.K., Kispava T.T., Koshikova R.B.</i> Metabolic aspects of nervous system affection at acute thebaic intoxication	65-67
<i>Kuzembaeva L.B.</i> Premorbid personal features in development of heroin dependence	67-71
<i>Parpieva A.R.</i> Influence of depressive disturbances on the conclusion of the therapeutic contract of patients with narcotic dependence	71-75

**Volume V
№ 1
2005**

**Published
4 times in a year**

<i>Prokudina O.V., Kolesnikova O.A., Muhtarova F.G., Shmakova T.I., Zhukova I.V.</i>	
Application of a preparation Reviae in narcological practice	76-77
<i>Rudyakov S.V., Bryzhahin P.G., Hass S.H., Filiptsov A.I., Ahmetova M.A., Zhanybekov S.D.</i>	
Experience of reduction of an abstinence syndrome at newborn children with drug addiction	78
<i>Shevchenko I.S., Nuprejchik A.I., Fattahova N.G., Sycheva A.V., Habarova N.V.</i>	
Influence of alcohol on development and health of children	78-79
<i>Hohlova K.A., Zhidkova N.R.</i>	
Features of mechanisms of psychological adaptation of drug addicts of Kazakh and Russian ethnic groups	79-82
<i>Hohlova K.A., Ongerbaeva B.K., Sabir Z.G.</i>	
Features of psychological adaptation of drug addicts, applied for medical-social aid	82-88
<i>Yussopov O.G., Ongerbaeva B.K., Dik E.G.</i>	
Motivation in treatment of drug addiction	88-93

ORGANIZATION OF NARCOLOGICAL SERVICE

<i>Bryzhahin P.G., Sulejmenova S.D., Mingaliyeva O.B., Asylbekova G.K., Baltakaeva R.Z., Makysheva S.T.</i>	
Operational experience of local service of a narcological clinic in Semipalatinsk	94-96
<i>Eskaliyeva A.T.</i>	
Tendencies of distribution of the HIV-infection in the environment of drug addicts	96-100
<i>Imangazinov S.B.</i>	
Some territorial features of the HIV-infection in conditions of the intense situation on drug addiction	101-102
<i>Kosmuhamedova Zh.</i>	
Narcosituation in the «Osh junction» zone	102-112

INFORMATION

<i>Eskaliyeva A.T.</i>	
Social - clinical aspects of drug addiction at the present stage (analytical literary review)	113-118
<i>Turginbaeva A.N.</i>	
Dynamical clinical-psychological research of epilepsy patients during medical rehabilitation process	118-121
<i>Summaries</i>	122-129

ПРОГРАММНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА МОДЕЛЬ НЕПРЕРЫВНОГО ПОСТДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ “НАРКОЛОГИЯ”

А.В.Грузман

г. Павлодар

Современная концепция подготовки специалистов в сфере здравоохранения основывается на идее непрерывного постдипломного образования, которое обеспечивает соответствующий уровень подготовки специалиста на различных этапах его профессиональной деятельности. Целью данной работы является попытка создать и вынести на обсуждение модель непрерывного постдипломного образования по специальности “наркология”.

Необходимость создания такой модели обусловлена появлением новой сквозной концепции антинаркотической активности, которая основывается на необходимости активного формирования феномена антинаркотической устойчивости в обществе и развитии данных качеств в процессе медико-социальной реабилитации у наркопотребителей. Феномен антинаркотической устойчивости является сквозным стержнем концепции, вокруг которого формируется необходимый по объему и качеству набор специалистов, способных эффективно реализовывать данную задачу как в общегуманитарной сфере, так и в системе здравоохранения. Такими специалистами являются не только врачи нарколога, но и психотерапевты, консультанты-психологи, социальные работники и педагоги, консультанты-волонтеры, прошедшие курсы соответствующей подготовки. В тоже время меняется понимание о враче-наркологе, как специалисте. Для квалифицированного нарколога уже недостаточно иметь знания только в области клиники, диагностики и медикаментозной коррекции зависимости от психоактивных веществ (ПАВ). Неотъемлемой частью подготовки такого специалиста становятся знания и умения в области сопутствующих специальностей таких как: клиническая психология, социальная психология, психотерапия и волонтерское консультирование.

В данной работе мы выносим на обсуждение этапы постдипломной подготовки практического врача-нарколога. Таких этапов может быть четыре.

Первый этап. Интернатура по специальности “наркология”.

Второй этап. Специализации и усовершенствования, содержащие базовые знания, умения и навыки по наркологии необходимые каждому врачу работающему в этой области. Сюда можно отнести нижеследующие виды подготовки.

Общая специализация (переподготовка) – предназначена для получения необходимой клинической

подготовки и приобретения специальных теоретических знаний и практических навыков, необходимых врачу-наркологу. Предназначена для переподготовки врачей других специальностей либо при перерыве практической деятельности по данной специальности/ квалификации сроком более 3 лет. Продолжительность от 312 до 462 часа.

Общее усовершенствование (ОУ) – целью является дальнейшее пополнение знаний врача-нарколога по актуальным вопросам наркологии и в области смежных дисциплин. Под смежными дисциплинами имеются в виду психиатрия, неврология, вопросы лечения сопутствующих соматических расстройств и оказания неотложной помощи в практике нарколога. ОУ рассчитано на подготовку врача-нарколога со стажем специальности не более 5 лет. Продолжительность обучения от 144 до 312 часов.

Третий этап. Тематическое усовершенствование (ТУ) – целью является совершенствование теоретических знаний и практических знаний по наиболее актуальным проблемам наркологии и смежных дисциплин, необходимых для проведения эффективного процесса медико-социальной реабилитации наркозависимых. Под смежными дисциплинами имеются в виду:

1. Различные виды психологической помощи, используемые в процессе реабилитации наркозависимых:

- психологическое консультирование;
- семейное консультирование;
- консультирование созависимых;
- социально-психологические тренинги и т.д.

2. Психотерапия в программах реабилитации наркозависимых.

3. Социальная педагогика в практике нарколога.

4. Волонтерское консультирование в практике нарколога.

Продолжительность обучения на циклах ТУ – от 144 до 234 часов.

Четвёртый этап. Краткосрочные тематические усовершенствования длительностью от 36 до 72 часов по типу “Мастер-класс”. Предназначенные для изучения передового опыта ведущих организаций и специалистов, освоения конкретных методик и подходов как в области наркологии, так и области смежных дисциплин.

Предлагаемая нами модель непрерывного образования представлена ниже в виде схемы.



Предлагаемая модель постдипломного образования позволяет избегать повторов в получении информации, создаёт условия для подготовки многопрофильного специалиста, даёт возможность выбрать наиболее привлекательное направление в рамках избранной специальности, предоставляет возможности для непрерывного, динамичного роста профессиональной подготовки

врача-нарколога. Кроме того, представленная схема стимулирует необходимость постоянного профессионального роста научных кадров, работающих в области постдипломного образования. Без такого роста невозможно разрабатывать востребованные учебные программы, особенно на третьем и четвёртом уровнях постдипломной подготовки.

КЛИНИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ С ПОЗИЦИЙ ЭПИДЕМИОЛОГИИ И ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

В.В.Титова

г. Омск

Введение

В настоящее время в связи с повышением требований к методической стороне исследований, а также с постепенной интеграцией отечественной науки в мировую все более актуальным становится доказательный подход к планированию медицинских исследований и корректное применение статистических методов.

Научная обоснованность медицинского исследования становится мерой доверия к полученным ре-

зультатам. Стандарты научной обоснованности включают строго определенные требования к проведению исследования, обработке его результатов и оценке достоверности. Необходимость единого подхода к планированию и оценке результатов медицинских исследований привела к выработке единых критериев научной достоверности и созданию на рубеже 80-90-х годов так называемой доказательной медицины (evidence-based medicine, что в буквальном переводе означает «медицина, основанная на фактах»).

По определению, **доказательная медицина** – “это новая парадигма клинической медицины, отличающаяся от прежней меньшим воздействием субъективного фактора на выбор критериев диагностики и терапии и требующая критической оценки мнений различных экспертов и результатов клинических исследований”. Кроме того, доказательная медицина – это:

- гарантирование наиболее эффективного, безопасного и экономичного лечения, основанного на самых надежных из доступных доказательствах;
- сбор, интерпретация и интеграция надежных клинических данных, полученных в результате сообщений пациентов, наблюдений специалистов и при проведении испытаний;
- технология поиска, анализа, обобщения и применения медицинской информации, позволяющая принимать оптимальные клинические решения;
- процесс непрерывного, самоуправляемого обучения, позволяющий интегрировать наиболее надежные из существующих доказательства с индивидуальным опытом;
- информационная технология выбора оптимальных вариантов медицинской деятельности;
- сознательное и адекватное использование лучших доказанных результатов клинических исследований в лечении конкретного пациента.

Важным аспектом доказательной медицины стало установление степени достоверности и значимости, т.е. “доказательности” медицинской информации. По мнению Флетчер Р. с соавторами, значимость любого медицинского исследования определяется, прежде всего, научным обоснованием этого исследования и возможностью практического использования полученных результатов.

Другим значимым аспектом доказательной медицины является систематическая интеграция результатов научных исследований. К настоящему времени вследствие многочисленных клинических испытаний накоплен большой массив данных, на основании которых чаще всего создаются отрывочные теоретические концепции на низком уровне обобщения. Важной задачей доказательной медицины является создание обобщающих теорий. Для того, чтобы теория имела все признаки “доказательности”, факты, отобранные для её подтверждения должны выдержать строгую проверку (верификацию с позиций доказательной медицины) на предмет научной обоснованности. Считается, что только массив эмпирических данных, единых по своим характеристикам (требования к проведению исследований, оценке результатов и достоверности) может стать научной базой для выдвижения той или иной теории.

Согласно мнению Шведского совета по методологии оценки в здравоохранении, достоверность доказательств из различных источников не одинакова, и зависит от типа проведенного исследования.

Достоверность убывает в таком порядке:

- рандомизированное контролируемое клиническое испытание;
- нерандомизированное клиническое испытание с одновременным контролем;
- нерандомизированное клиническое испытание с историческим контролем;
- когортное исследование;
- исследование типа “случай-контроль”;
- перекрестное клиническое испытание;
- результаты наблюдений
- описание отдельных случаев.

Центр доказательной медицины в Оксфорде, предлагает следующие **критерии достоверности медицинской информации:**

- высокая достоверность – информация основана на результатах нескольких независимых клинических испытаний с совпадением результатов, обобщенных в систематических обзорах.
- умеренная достоверность – информация основана на результатах по меньшей мере нескольких независимых, близких по целям клинических испытаний.
- ограниченная достоверность – информация основана на результатах одного клинического испытания.
- строгие научные доказательства отсутствуют (клинические испытания не проводились) – некое утверждение, основанное на мнении экспертов.

I. Планирование клинического исследования: общие принципы

Выбор темы исследования может определяться различными факторами:

- большая социальная значимость проблемы;
- профессиональный интерес медицинской общественности;
- решение вопроса о внедрении дорогостоящей технологии;
- обоснование управленческого решения;
- потребности клинической практики;
- появление новой технологии;
- сомнения в эффективности традиционно используемой технологии и другие.

Поиск необходимых научных данных по теме исследования:

- результаты исследований по оценке технологии, проведенные в других странах;
- результаты рандомизированных контролируемых испытаний;
- систематические научные обзоры рандомизированных контролируемых испытаний и мета-анализ их результатов;
- результаты эпидемиологических исследований, исследований случай-контроль (case-control), достоверных клинических исследований.

Основные вопросы, определяющие дизайн исследования и методы анализа данных:

- с какой целью проводится исследование;
- какова формулировка гипотезы;
- каково значение гипотезы;
- имеет ли проблема научное значение;
- имеет ли проблема клиническое значение;
- как сформулировать цель исследования, чтобы подтвердить или опровергнуть гипотезу;
- каков наиболее подходящий план исследования для достижения поставленной цели;
- насколько корректен выбранный план исследования, особенно в отношении рандомизации.

Основной целью применения статистических методов является минимизация случайных ошибок в научном исследовании. При этом могут решаться следующие основные задачи:

- планирование объемов выборок как для выдвижения, так и для проверки научных гипотез;
- выдвижение научных гипотез, в т.ч. изучение структуры наблюдений, изучение структуры признаков, визуализация данных и результатов их анализа, построение моделей явлений, проверка статистических гипотез;
- проверка научных гипотез путем проверки статистических гипотез.

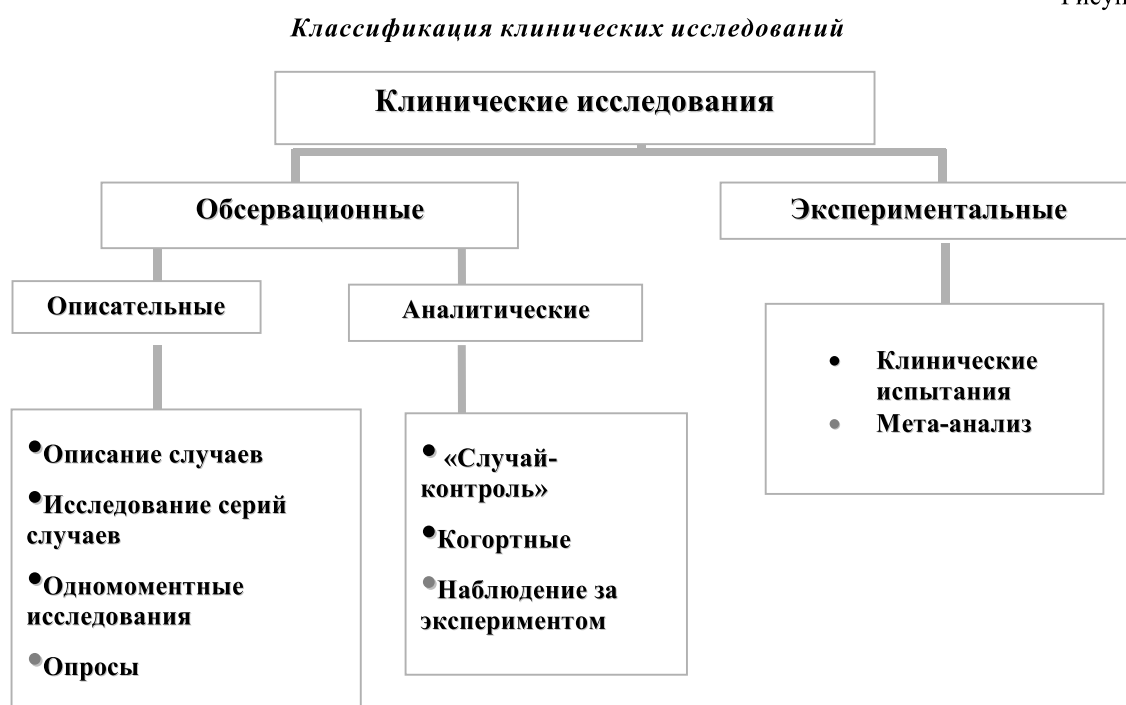
Достоверность исследования оценивается, прежде всего, по следующим параметрам:

- критерии включения в исследование;
- критерии исключения из исследования;
- представительность – репрезентативность: расчет числа больных;
- рандомизация;
- наличие контрольной группы;
- характеристика вмешательства;
- осложнения;
- оценка исходов.

II. Виды, методы и приемы клинических исследований

Планированием, проведением и анализом результатов клинических исследований занимается **эпидемиология**. По определению ВОЗ, - это “эпидемиология – наука, изучающая распределение в конкретных популяциях состояний здоровья и болезни, а также факторы, обуславливающие их, и применение полученных знаний для борьбы с патологическими состояниями” (Основы эпидемиологии, ВОЗ, 1994). Классификация клинических исследований приведена на рисунке 1.

Рисунок 1



Виды и единицы клинических исследований отражены в таблице 1.

Наиболее распространенные виды обсервационных исследований:

- Поиск причин, этиологических и прогностических факторов, выявление лучших диагностических методов, оценка эффективности лечения. Исследователь наблюдает за событиями, не вмешиваясь в процесс лечения.

– Оглядываясь назад: исследования “случай-контроль” (ретроспективные)

– Заглядывая вперед: когортные исследования (проспективные)

- Метод: сравнение групп пациентов (например, получавших и не получавших лечение) для установления возможной причинной зависимости с помощью методов статистического анализа.

Виды клинических исследований

Виды исследований	Другое название	Единица исследования
Обсервационные:		
<i>Описательные</i>		
<i>Аналитические:</i>		
Экологические	Корреляционные	Популяция
Одномоментные	Кросс-секционные	Индивидуумы
«Случай-контроль»	-	Индивидуумы
Когортные	Follow-up	Индивидуумы
Экспериментальные:		
Рандомизированные контролируемые исследования	Клинические исследования	Пациенты
Полевые исследования	Field	Здоровые
Популяционные профилактические исследования	Community trials	Общество

Метод – совокупность приемов, специфика которых определяется исследованием.

Приемы, используемые в эпидемиологическом методе (В.Д.Беляков, 1964):

- Метод наблюдения (универсальный метод естественных наук);
- Статистический метод;
- Метод эпидемиологического обследования;
- Исторический метод;
- Экспериментальный метод;
- Логический анализ.

Эпидемиологические **приемы** исследований:

- Описательные (дескриптивные);
- Аналитические;
- Экспериментальные.

Описательные приемы исследования (этап на пути к аналитическим исследованиям). **Цель:** определение проблем медицины и профилактики по нозологическим формам болезней, формирование гипотез о факторах риска:

- Наблюдение (территории риска, времени риска, групп риска);
- Приемы формальной логики (сходство различие, сопутствующих изменений, аналогий, остатки);
- Приемы статистики (определение интенсивных показателей, корреляционный, регрессионный анализ и др.).

Аналитические приемы исследования. **Цель:** оценка гипотез о факторах риска, демонстрация зависимости между явлением и предполагаемой причиной:

- Когортные исследование;
- Исследования типа случай-контроль;
- Гибридные (комбинированные) исследования;
- Приемы статистики (использование специальных показателей).

Экспериментальные приемы исследования.

Цель: доказательство гипотез, количественная оценка эффективности средств и методов профилактики и лечения, демонстрация причинно-следственной связи:

- Контролируемый эпидемиологический эксперимент;
- Неконтролируемый эпидемиологический эксперимент;
- “Естественный эксперимент”;
- Моделирование патологического процесса.

В случае, если Вы не можете провести экспериментальное или когортное исследование, исследуйте редкое заболевание, у Вас маленький размер выборки или просто недостаточно времени и денег, можно провести исследование типа случай-контроль, при котором случаи и не случаи включаются в исследование, а затем сравниваются по воздействию. Схема **исследования случай-контроль** представлена на рисунке 2.

Рисунок 2



Этапы обсервационного исследования типа “случай – контроль”:

1. Вначале выявляют **случаи** заболевания (отбор пациентов с изучаемым заболеванием).

2. **Ретроспективно** выдвигают гипотезу о возможном факторе риска.

3. Определяют исходную популяцию (“популяцию-источник”).

4. Отбирают **контрольную группу** людей, не имеющих данного заболевания, **сходную по остальным признакам** с изучаемой группой. При этом:

- отбор независим от наличия или отсутствия воздействия;
- контроли не могут быть случаями;
- обычно 1 – 4 контроля на 1 случай.

5. Определяют **наличие или отсутствие фактора риска** в этих двух группах.

6. Связь заболевания с фактором риска определяется по **отношению шансов (>1)**.

Методы выбора контролей:

1. Отбор контролей в общей популяции (идеально, но сложно);
2. Контроли “по соседству”;
3. Набор случайно выбранных телефонных номеров (отбираются люди, у которых есть телефон, и которые отвечают на звонки);
4. Отбор контролей в больницах/поликлиниках:
 - могут не являться отобранными независимо от экспозиции;
 - могут не быть репрезентативными для данной популяции.

Исследование типа случай-контроль:

- **Достоинства:** небольшое кол-во случаев, лучше для редких заболеваний, заболеваний с длительным латентным периодом, множественных экспозиций;
- **Недостатки:** предвзятость отбора и воспоминания, не годится при редкой экспозиции, не может измерить инцидентность заболевания (OR vs. RR), не может продемонстрировать причинность.

Мешающий фактор (конфаундинг) - переменная, искажающая оценку влияния воздействия на заболевание вследствие того, что одновременно имеет причинную связь с рассматриваемым заболеванием и статистическую связь с фактором. **Стратификационный анализ** основывается на принципе выделения страт (подгрупп), однородных с точки зрения мешающих перемен.

К наблюдательным относится также **когортное исследование**. Схема когортного исследования отражена на рисунке 3.

Рисунок 3

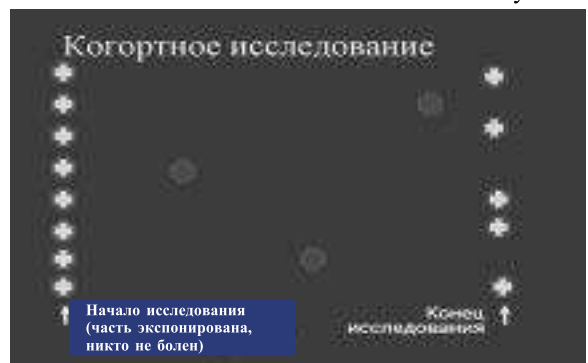


Для проведения **когортного исследования** выбирается группа людей, никто из которых не имеет заболевания, но все из которых могут заболеть (например, когорта рака матки – только женщины). Когорта наблюдается во времени, чтобы увидеть, у кого развилось заболевание:

- **проспективно;**
- ретроспективно.

Пример когортного исследования представлен на рисунке 4.

Рисунок 4



Основные особенности когортного исследования:

- Проспективно прослеживают исход у лиц, подвергавшихся воздействию фактора риска.
- Для оценки исходов часто требуются годы наблюдения.
- Более дорогостоящее по сравнению с исследованиями “случай-контроль”.
- Связь заболевания с фактором риска определяется по значению относительного риска (>1).

Необходимо отметить, что независимо от других соображений, если в исследовании сравниваются **исходы** – это когортное исследование.

Преимущества когортного исследования:

- Экспозиции могут быть присвоены без предвзятости, которая могла бы возникнуть, если бы исходы были бы уже известны;
- Позволяет оценить широкий диапазон исходов, связанных с единственным видом экспозиции, или широкий диапазон экспозиций для одного исхода.

Сравнение исследования “случай-контроль” и когортного исследования:

«Случай-контроль»:	Когортное:
- Ретроспективное	- Проспективное
- Критерий:	- Критерий:
Отношение шансов	Относительный риск
- Низкая стоимость	- Высокая стоимость
- Меньшая выборка	- Большая выборка
- Эффект ⇨ причина	- Причина ⇨ эффект

III. Особенности исследований, направленных на изучение этиологии, патогенеза заболеваний, а также методов диагностики и лечения

Целями исследования могут быть:

1. Изучение этиологии и патогенеза заболеваний;
2. Изучение методов диагностики;
3. Изучение методов лечения.

При исследовании этиологии необходимо учесть:

1. Были ли анализируемые группы аналогичны во всем, кроме интересующего нас воздействия (этиологического агента);
2. Измерялось ли воздействие и его результаты одинаково во всех группах;
3. Было ли наблюдение за пациентами достаточно длительным, а потери при наблюдении минимальными;
4. Может ли считаться этиологический агент причиной данного заболевания;
 - Предшествовало ли воздействие результату/исходу;
 - Растет ли риск развития заболевания при усилении воздействия этиологического агента;
 - Имеются ли данные, что при удалении агента риск заболевания снижается;
 - Подтверждаются ли данные другими исследованиями;
 - Можно ли описать патологическое действие данного агента.

Исследования **побочных эффектов лекарственных средств** оцениваются так же, как и исследования этиологии.

При исследовании патогенеза необходимы:

1. Четкие критерии отбора;
2. Четко определенный причинный фактор;
3. Стандартизированный сбор данных;
4. Отсутствие излишних ограничений при формировании групп сравнения;
5. Отсутствие различий в демографических характеристиках и распространенности факторов риска (учесть конфаундинг).

При исследовании терапии необходимо учесть:

1. Имелась ли группа контроля;
2. Был ли отбор пациентов в группы лечения и контроля случайным;
3. Было ли наблюдение за пациентами достаточно длительным, а потери при наблюдении сведены к минимуму;
4. Все ли пациенты анализировались в тех группах, в которые они были первоначально отнесены;
5. Знали ли пациенты и их лечащие врачи о том, в какую группу включен пациент;
6. Получали ли группы одинаковое лечение (за исключением изучаемого препарата);
7. Были ли группы одинаковыми в начале исследования.

При исследовании прогноза необходимо учитывать:

1. Была ли репрезентативная группа пациентов отобрана вскоре после начала заболевания;
2. Было ли наблюдение за пациентами достаточно длительным, а потери при наблюдении сведены к минимуму;
3. Применялись ли объективные критерии оценки исхода;
4. Если были выявлены подгруппы с отличающимся прогнозом, проводилась ли коррекция по основным факторам риска;
5. Проводилась ли проверка полученных данных на другой группе пациентов.

IV. Рандомизированные клинические исследования

“Золотым стандартом” процедуры проверки эффективности вмешательств стали рандомизированные контролируемые испытания. Процесс “ослепления” участников испытания призван устранить **систематическую ошибку субъективной оценки результата**. Специально проведенные исследования показали, что отсутствие рандомизации или ее неверное проведение приводят к переоценке эффекта до 150%, либо к его недооценке на 90%. K.F.Schulz с соавторами проанализировав 250 клинических испытаний показали, что по сравнению с исследованиями, где процесс рандомизации был адекватным, отношение шансов выявления большего эффекта лечения составило: на 41% больше ($p < 0,001$) — в испытаниях, где метод ослепления был неадекватен; на 30% больше ($p < 0,001$) — в испытаниях, где не сообщалось о способе ослепления; на 17% больше ($p < 0,01$) — в испытаниях без применения двойного слепого метода. Рандомизация должна решать проблему разнообразия испытуемых, чтобы полученный результат можно было перенести на всю популяцию.

Рандомизированные клинические испытания **являются универсальной технологией проверки любых вмешательств**, и могут применяться для оценки эффективности любых форм терапии, будь то психотерапия, фармакотерапия и т.д. Обобщение качественно выполненных рандомизированных клинических исследований в виде систематических обзоров (мета-анализов) занимает первое место в иерархии типов исследований по степени их научной доказательности.

Таким образом, **рандомизация:**

- Гарантирует, что распределение пациентов по группам было случайным, и на него не повлияли ни субъективность исследователей, ни систематическая ошибка;
- Обеспечивает основу для проведения статистического анализа по количественной оценке данных, относящихся к лечебному эффекту;
- В сочетании со слепым методом помогает избежать систематических ошибок, связанных с отбором пациентов и назначением лечения, вследствие предсказуемости распределения больных.

Методы рандомизации.

· Простая рандомизация:

- Случайный порядок отнесения участников испытания к сравниваемым группам, например на основе таблицы случайных чисел или последовательности, сопоставляющей номеру пациента определенный код.

· Рандомизация внутри блоков:

- Из общего количества пациентов, включенных в исследование, формируют блоки с четным числом пациентов в каждом;

- В пределах каждого блока половина пациентов получает лечение А, половина – лечение В;

- Минимизация неравномерного распределения при рандомизации.

· Стратификация:

- Рандомизация пациентов основана на факторе, который, как предполагают, влияет на результаты исследования (например, детский возраст). Для повышения эффективности рандомизации применяется предварительная стратификация. Смысл стратификационной рандомизации заключается в том, что распределение вариантов лечения осуществляется в однородных группах больных, сформированных по ведущим прогностическим признакам. Чем меньше будут отличаться между собой больные в пределах такой группы и чем больше различия между группами при правильном выборе признака стратификации, тем надежнее результаты исследования. Вывод о существенности различий в эффекте лечения или профилактики можно делать лишь при однородности сопоставляемых групп по важнейшим прогностическим факторам.

· Централизованная рандомизация

Рандомизированные клинические исследования – “слепота” исследования:

· Нелепое (открытое)

- Испытуемые и исследователь знают, какое лечение проводится.

· Простой слепой метод

- Исследователь знает, какое лечение проводится, а испытуемые не знают (в редких случаях бывает наоборот).

· Двойной слепой метод

- Ни участники испытания, ни исследователи (те, кто оценивают исход) не знают, какое именно вмешательство проводится;

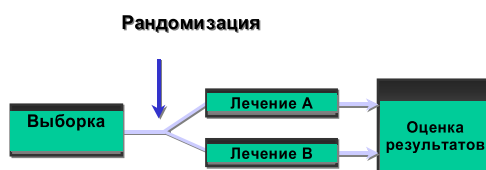
- “Двойной болван” – используется при сравнении видов лечения, которые осуществляются по-разному (т.е. при разных путях введения).

Дизайн клинического исследования – структура исследования:

- Параллельные группы;
- Перекрестный дизайн;
- Факторный план.

Различные виды дизайна клинических исследований представлены на рисунках 5-7.

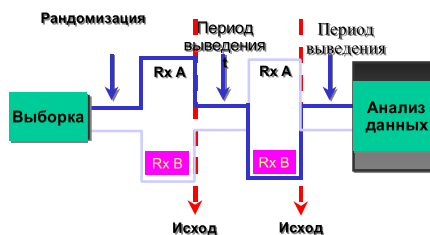
Рис.5. Рандомизированные клинические исследования: исследование параллельных групп



Clinical Trial Design – Edward O'Rourke

18

Рис.6. Рандомизированные клинические исследования: перекрестный дизайн



Clinical Trial Design – Edward O'Rourke

19

Рис.7. Рандомизированные клинические исследования: факторный дизайн



Clinical Trial Design – Edward O'Rourke

20

Виды контроля в рандомизированных клинических исследованиях:

· Плацебо-контроль

– Сравнение одной и более групп пациентов, получающих лечение, с группой пациентов, получающих такую же лекарственную форму, не содержащую активное вещество.

· Методы лечения

– Сравнение двух и более групп пациентов, получающих лечение разными препаратами

· Исторический контроль

– Сравнение результатов текущего исследования с результатами подобных исследований, проведенных в прошлом.

· Контроль с отсутствием лечения

– Сравнение двух групп пациентов, только одна из которых получает лечение.

- **Параллельный контроль сравнения применяемых доз**

- Сравнение групп пациентов, получающих одинаковый препарат в разных дозах.

Исследования с использованием плацебо, с отсутствием лечения контрольной группы и сравнением применяемых доз проводятся для **демонстрации различий** между исследуемой и контрольной группами пациентов. Исследования, сравнивающие различные методы лечения проводятся для **демонстрации отсутствия различий** между исследуемой группой (принимающей испытываемый препарат) и контрольной (принимающей известный эффективный препарат), например, исследования эффективности антибиотиков.

Таким образом, **дизайн исследования зависит от множества факторов:**

- Контрольная группа;
- Рандомизация;
- Слепота (маскирование);
- Структура исследования;
- Определение клинического фенотипа;
- Границы: четкие критерии включения и исключения больных.

Определение клинического фенотипа:

- Критерии включения (исключения) определяют исследуемый клинический фенотип;
- Критерии включения (исключения) связаны с вопросами эффективности и безопасности;
- Противоречие между демонстрацией эффективности и возможностью распространения полученных результатов на всю популяцию.

Границы исследования:

- Определение исходов является ключевым этапом качественно проведенного исследования (т.е. подтверждающим исходную гипотезу);
 - Жесткие (например, смерть) и мягкие (например, качество жизни – по результатам, полученным с помощью опросника по качеству жизни (QOL));
 - Первичные (например, АД для антигипертензивной терапии);
 - Вторичные (например, инсульт, инфаркт миокарда);
 - Замещение (например, ангиотензин сыворотки).

Основные принципы статистического подхода к клиническим испытаниям:

- Внимательно проанализировать план исследования;
- Определить значение и пригодность методов оценки результатов исследования:
 - точность, воспроизводимость, порядок.
- Определить размер выборки и мощность.

Несколько ключевых элементов, повышающих вероятность того, что исследование будет успешным:

- Актуальная клиническая проблема;
- Хорошее определение клинического фенотипа;
- Выборка больных достаточно хорошо отражает свойства изучаемой совокупности;

- Точное установление границ исследования;
- Достаточная выборка;
- Соответствующий цели дизайн исследования;
- Адекватный статистический анализ;
- Публикация результатов в известном журнале.

V. Тесты: специфичность, чувствительность, интерпретация результатов

Для получения данных мы используем **диагностические и скрининговые тесты**. Результат теста, в целом, можно представить следующим образом:

- положительный – патология;
- отрицательный – норма.

Граница нормы выбирается таким образом, чтобы оптимизировать разделение пациентов, страдающих данным заболеванием и здоровых, чтобы минимизировать частоту ложно-положительных и ложно-отрицательных результатов (метод предиктивных оценок). Граница нормы тесно связана с определением качества диагностики (теста).

Качество теста включает:

1. Валидность

2. Обоснованность или точность:

- Что измеряет тест;
- Получен ли ответ на поставленный вопрос;

3. Надежность или воспроизводимость:

- Дают ли повторные измерения тот же самый результат? Имеет значение:
 - Биологическая вариабельность (у каждого человека);
 - Субъективная вариабельность;
 - Коэффициент вариации.

4. Изменчивость:

- Есть ли изменчивость? Почему?

К показателям валидности относятся чувствительность и специфичность теста. **Чувствительность теста** – вероятность того, что больной будет классифицирован как больной.

$$\frac{\text{Число больных, классифицируемых как больные}}{\text{Общая численность больных}}$$

$$\text{Чувствительность теста} = \frac{\text{Число больных, классифицируемых как больные}}{\text{Общая численность больных}}$$

Чувствительность (Se):

- Доля людей с заболеванием, у которых тест положителен;

$$\text{Чувствительность} = \frac{a}{a + c};$$

- Высокая чувствительность нужна для того, чтобы избежать ложно негативных результатов. Таким образом, исследование со слабой чувствительностью пропускает болезнь из-за ложно отрицательных результатов.

Специфичность теста – это вероятность того, что здоровый будет классифицирован как здоровый.

$$\text{Специфичность теста} = \frac{\text{Число здоровых, классифицируемых как здоровые}}{\text{Общая численность здоровых}}$$

Специфичность (Sp):

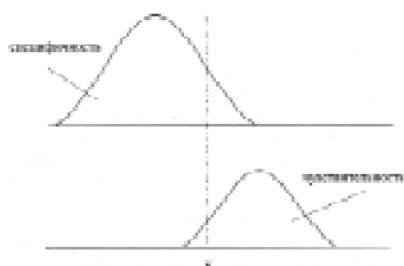
- Доля людей без заболевания, у которых тест отрицателен;

- Специфичность $= \frac{d}{b + d}$;

- Высокая специфичность нужна, для того чтобы избежать ложно позитивных результатов. Тест со слабой специфичностью классифицирует здоровых людей как больных.

Связь чувствительности и специфичности представлена на рисунке 8.

Рисунок 8



Связь чувствительности и специфичности. Верхняя кривая характеризует распределение среди здоровых лиц, нижняя – среди больных.

Последовательное тестирование:

- Вначале применяем один тест, отбираем людей с положительным результатом и к ним применяем второй тест;
- Общий результат – увеличение специфичности и снижение чувствительности.

Параллельное тестирование:

- Параллельное выполнение нескольких тестов; пациент признается больным, если наблюдается аномалия хотя бы по одному тесту;
- Общий эффект – увеличение чувствительности при снижении специфичности.

Интерпретация результатов теста:

- Чувствительность и специфичность облегчают выбор теста;
- Прогностическая ценность используется для интерпретации теста.

Клинициста обычно интересует не столько чувствительность и специфичность теста, сколько ответ на вопрос: какова вероятность наличия у больного заболевания, если тест положителен? С этой целью

рассчитывается прогностическое значение (ценность) полученного результата.

Прогностическое значение – отношение истинных больных к тем лицам, у кого в процессе скрининга обнаружен патологический признак. Зависит:

- от характеристик теста;
- от уровня превалентности.

Прогностическая ценность положительного результата:

- Вероятность заболевания у человека с положительным результатом теста;

- $PV+ = \frac{\text{Чувствительность} * \text{Превалентность}}{(\text{Чув}) (\text{Прев}) + (1 - \text{Специф}) (1 - \text{Прев})} = \frac{a}{a + b}$

Прогностическая ценность отрицательного результата:

- Вероятность отсутствия заболевания у человека с отрицательным результатом теста (доля людей, которые здоровы при нормальном результате теста);

- $PV- = \frac{d}{c + d}$

Связь между распространенностью (шансами наличия заболевания) и результатами теста отражает **теорема Байеса:**

$$PV+ = \frac{p * Se}{p * Se + (1 - p) * (1 - Sp)}$$

$$PV- = \frac{(1 - p) * Sp}{(1 - p) * Sp + p * (1 - Se)}$$

Превалентность влияет на прогностическую ценность:

- Как только превалентность достигает нуля → все положительные результаты становятся ложно положительными;
- Как только превалентность достигает 100% → все отрицательные результаты становятся ложно отрицательными.

Возникает вопрос: что важнее для прогностической оценки? Поскольку большинство заболеваний встречается не очень часто, то **повышение специфичности** приводит к значительному улучшению предиктивной оценки.

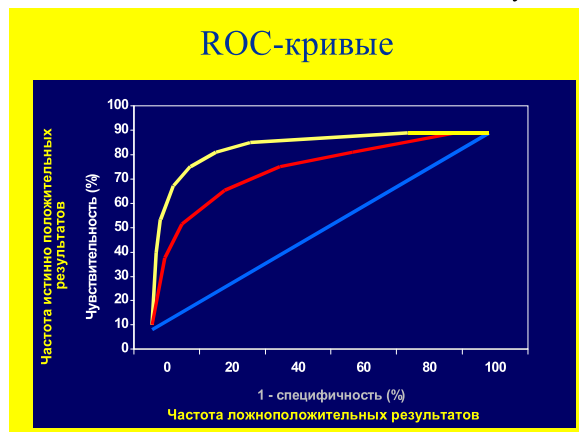
Таким образом, **для идеального теста необходимо:**

- Высокая специфичность;
- Высокая чувствительность;
- Повышение чувствительности обычно снижает специфичность и наоборот;
- Характеристическая кривая (ROC – кривая, Receiver Operator Characteristic). Применение ROC – кривых;

- Сравнение двух или более диагностических тестов;
- В идеале, вверх и наискосок;
- Каждому значению чувствительности соответствует соответствующая потеря специфичности.

Пример характеристических кривых приведен на рисунке 9.

Рисунок 9



Для того, чтобы установить, соответствует ли проводимая диагностика требованиям доказательной медицины, необходимо ответить на следующие вопросы:

1. Имелось ли независимое сравнение с “золотым стандартом” диагностики?
2. Оценивался ли диагностический тест на адекватной группе пациентов?
3. Проводилось ли сравнение со стандартом вне зависимости от результатов теста?
4. Был ли тест проверен на другой группе пациентов?

VI. Инцидентность и превалентность

С какими показателями мы сталкиваемся:

- Абсолютные цифры;
- Показатели инцидентности:
 - кумулятивная инцидентность;
 - плотность инцидентности.
- Показатели превалентности:
 - периодная превалентность;
 - точечная превалентность.

Абсолютные цифры наиболее часто употребляются в отечественной клинической практике:

- Количество пролеченных с той или иной патологией;
- Количество осложнений;
- Количество летальных исходов.

Абсолютные цифры возможны при описании процесса в неизменном коллективе с неизвестными и/или неизменными факторами риска:

- Расследование вспышек;
- Замкнутые коллективы.

Абсолютные цифры:

- Позволяют представить значимость проблемы (обычно в известных коллективах). Например, в

1991 г в г. Н. зарегистрировано 12 случаев наркомании, в 2001 - 1200 случаев.

- Позволяют оценить тенденции развития процесса за короткий период (когда популяция оставалась практически неизменной)

– Расследование острых вспышек.

Абсолютные цифры:

- Не позволяют сравнивать разные популяции;
- Не позволяют измерять изменения в динамике.

Относительные цифры:

- Числитель = количество случаев заболевания;
- Знаменатель = популяция риска;
 - Уже имеют заболевание;
 - Еще не имеют заболевания, но могут заболеть.

Инцидентность измеряет темп (интенсивность) процесса возникновения заболевания у людей, его не имевших, в течение определенного периода времени. Показатель инцидентности применяется для изучения этиологии заболевания (риск). Для вычисления показателя инцидентности необходимо знать:

- Период наблюдения;
- Числитель (кол-во новых случаев);
- Время возникновения заболеваний;
- Знаменатель (популяция риска).

$$\text{Кумулятивная инцидентность} = \frac{\text{Кол-во новых случаев заболевания за определенный период времени}}{\text{Популяция риска в тот же период времени}} * 10^n$$

$$\text{Плотность инцидентности} = \frac{\text{Кол-во первых случаев заболевания}}{\text{Суммарное время риска возникновения первого заболевания, добавленное всеми членами популяции риска}} * 10^n$$

Меры частоты:

- Превалентность:
 - Доля людей с определенным состоянием/заболеванием в данный момент времени;
- Инцидентность:
 - Доля людей (первоначально свободных от болезни), у которых развилось заболевание в определенный период времени;
 - Превалентность = Инцидентность * Продолжительность.

Показатель превалентности:

- Превалентность измеряет кол-во людей в популяции, имеющих данное заболевание в определенный момент времени;
- Превалентность = Инцидентность * Продолжительность;
- Применяется для измерения последствий заболеваемости.

Для вычисления превалентности нужно знать:

- Определенный момент времени
- Точечная превалентность (напр., 1/7/2000)

· Периодная превалентность (напр., 1/1/1999-31/12/1999)

- Числитель (все существующие случаи)
- Время возникновения заболеваний
- Знаменатель (общая численность популяции)

Количество существующих случаев
заболевания в определенный момент
времени

Показатель превалентности = $\frac{\text{Количество существующих случаев заболевания в определенный момент времени}}{\text{Общая численность популяции}}$

Факторы, влияющие на превалентность:

- Изменения инцидентности
- например, снижение передачи ВИЧ;
- Изменения летальности
- например, улучшение лечения ВИЧ;

- Избирательная миграция;
- Стратегии первичной и вторичной профилактики.

Недостатки исследований превалентности:

- Неопределенная связь во времени:
- Что сначала, заболевание или фактор риска?
- Включает и старые и новые случаи:
- Предвзятость отбора в отношении старых случаев, которые выжили;
- Старые случаи могут не быть репрезентативными для всех случаев;
- Пропускает случаи, которые быстро приводят к гибели:
- Исследование инцидентности позволило бы захватить все случаи.

Исследование инцидентности и превалентности представлено в таблице 2.

Таблица 2

	Инцидентность	Превалентность
Числитель	Новые случаи в группе людей, первоначально свободных от заболевания	В ходе единичного исследования подсчитываются все случаи в группе
Знаменатель	Все восприимчивые на начало периода исследования	Все обследованные (случаи и неслучаи)
Время	Продолжительность периода исследования	Единичный момент времени
Как измеряется	Когортное исследование	Превалентное (поперечное) исследование

VII. Типы данных и оценка распределения

Типы данных:

1. **Номинальные** или категориальные (не свойствен какой-либо порядок). Например расы: белая, черная, желтая. Это дихотомические данные содержат только 2 категории (да/нет). Для их описания используется мода – наиболее часто встречающееся значение.

2. **Порядковые** (логически упорядоченные категории). При этом различия между категориями не обязательно равновелики (например, маленький/средний/большой). Для описания используется медиана (по определению, половина данных находится по каждую сторону от медианы). Таким образом, порядковые данные:

- допускают сортировку объектов по относительному значению атрибута;
- дают информацию о разнице между уровнями.

1. **Интервальные** или упорядоченные данные: различия равновелики. Они могут быть непрерывные (например, кровяное давление, рост) и дискретные (например, количество беременностей). Для их описания используется среднее значение (среднее арифметическое = сумма значений / число наблюдений) или медиана.

Таким образом, в первую очередь, необходимо рассмотреть полученные данные и установить, яв-

ляются ли они нормально распределенными или нет. С этой целью удобно использовать графическое отображение (гистограмму). Обратите внимание на экстремальные значения: не ошибки ли это? Поищите отсутствующие данные:

- Как много данных отсутствует?
- Могут ли отсутствующие данные отличаться от тех, что собраны?
- Экстремальные допущения.

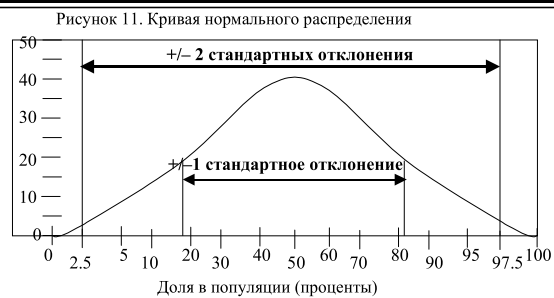
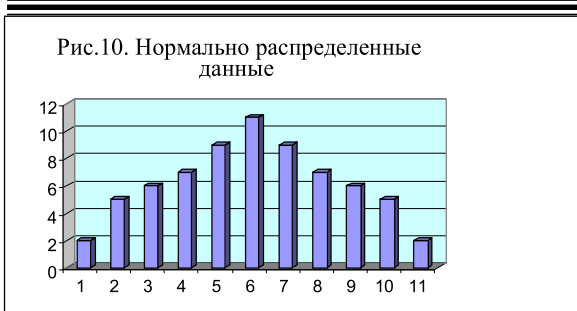
Для нормально распределенных данных характерно: среднее значение = медиана = мода. Нормальное распределение представлено на рисунках 10-12.

Стандартное отклонение – среднее разностей между значением каждого наблюдения и средней величиной (среднее отклонение средней величины от наблюдений). Полезно при описании нормально распределенных данных:

- 68,3% наблюдений в пределах 1 σ от среднего;
- 95,5% наблюдений в пределах 2 σ от среднего;
- 99,7% наблюдений в пределах 3 σ от среднего.

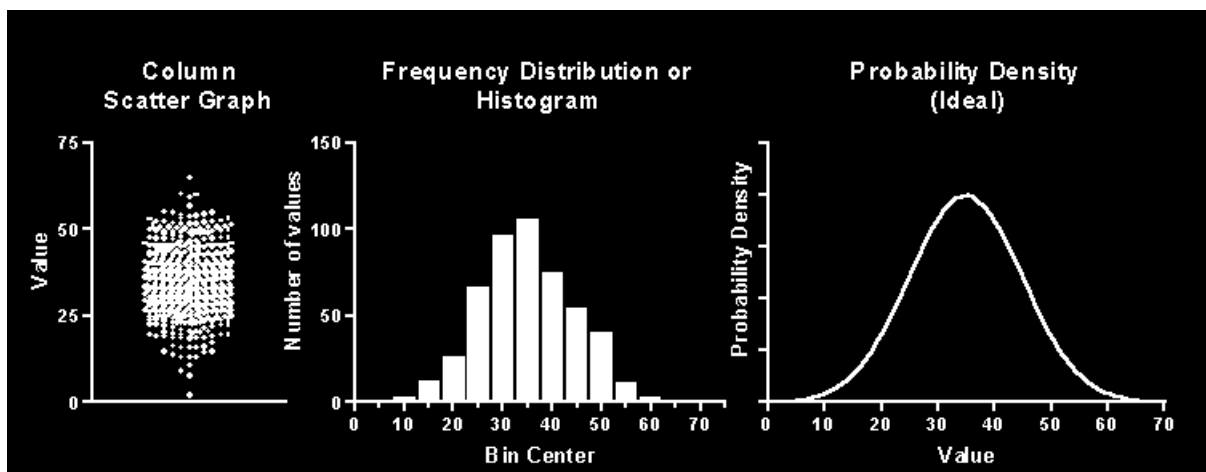
Таким образом, для нормального распределения необходимо:

- Оценить среднее значение (M);
- Оценить разброс данных (стандартное отклонение, SD);
- Нормальные значения лежат в диапазоне $M \pm 2*SD$.



Распределение Гаусса

Рисунок 12



Доверительный интервал – интервал, в котором с заданной вероятностью (обычно 95%) находится популяционное среднее значение.

Распределение полученных данных может быть **асимметричным** (Skewness):

- Скошенное вправо распределение;
- Скошенное влево распределение;
- Асимметричные данные никогда не являются нормально распределенными.

Асимметричное распределение представлено на рисунках 13-14.

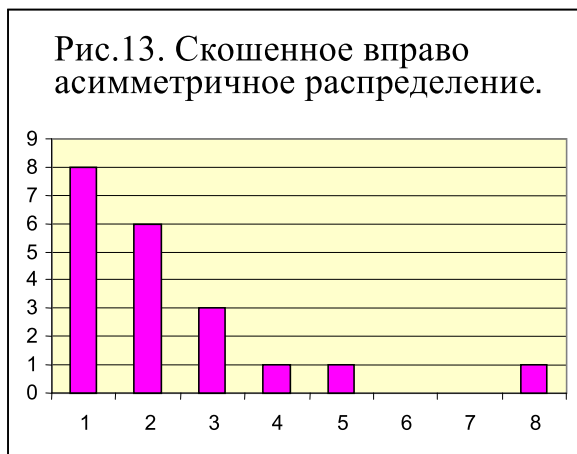
Процентильный метод – применяется для оценки распределений, не следующих нормальному за-

кону. Значения располагаются в порядке возрастания (убывания) и “нормальными” считаются средние 95% значений.

Экссесс (Kurtosis) или “кучность” (Boxiness) – распределение может быть очень кучное – все данные тесно собраны “в кучу” или не кучное – данные распростираются вширь. Примеры представлены на рисунках 15–16.

Таким образом, существуют пять основных способов описания данных:

- размах: протяженность данных;
- среднее;
- медиана;



- Нечто среднее между анализом качественных и количественных показателей (качественный показатель – цензурирование, количественный – время под наблюдением).

- Основа унивариантного анализа – построение таблиц дожития (life tables) и кривых дожития (Kaplan-Meier).

- Многомерные методики:

- Только качественные независимые переменные:
- стратификационный анализ Mantel-Haenszel
- коррекция кривых дожития

- Качественные и количественные независимые переменные:

- моделирование выживаемости (Weibull и др.)
- модель пропорционального риска (Cox).

Данные о выживаемости (до смерти, до определённого события, такого, например, как рецидив или возникновение заболевания):

- **Критерий Каплана-Майера**

- Сопоставляет две группировки по **одной** переменной.

- **Пропорциональная модель рисков Кокса**

- Сопоставляет совместное влияние **нескольких** независимых параметров на время дожития

- Относительная выживаемость

Отношение выживаемости в группе пациентов к выживаемости в группе лиц без данного заболевания;

- **Медиана выживаемости.**

Проблемы, возникающие при анализе выживаемости:

- изучаемый исход может не наступить у всех пациентов к концу исследования (остается неизвестной истинная продолжительность болезни);

- потеря контакта с включенными в исследование пациентами;

- смерть по причине, не связанной с изучаемым заболеванием.

Различные варианты графического отображения продолжительности жизни представлены на рисунках 18-20.

Для расчета показателей выживаемости воспользуемся данными, приведенными в таблице 4.

Цензурирование – процесс исключения выбывших пациентов из дальнейшего анализа (цензурирование слева, цензурирование справа).

Расчет показателей:

- Вероятность умереть = d/n

(d – количество умерших в момент t , n – количество наблюдавшихся пациентов к моменту t);

- Вероятность выжить $ft = 1 - d/n$;

- Выживаемость $S(t) = P(1 - d/n)$;

Продолжительность жизни (реальная шкала времени)

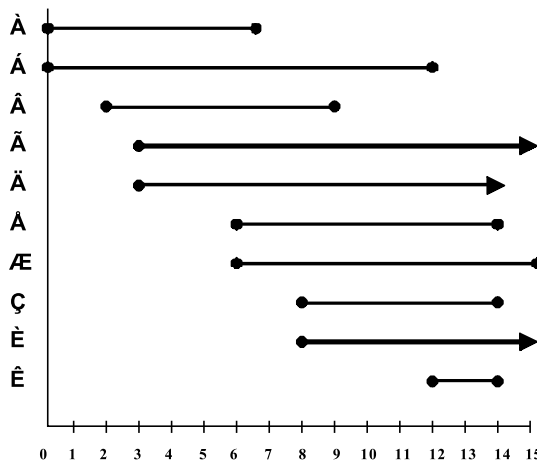


Рисунок 19

Продолжительность жизни (при одновременном начале наблюдения за пациентами)

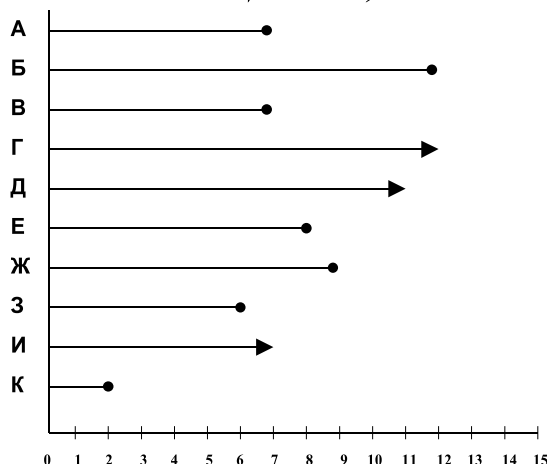
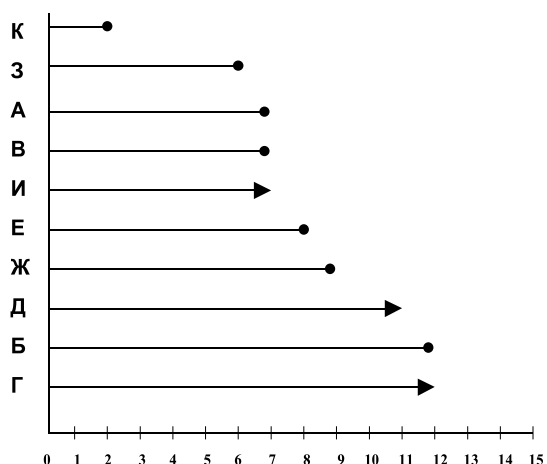


Рисунок 20

Продолжительность жизни (по возрастанию длительности наблюдения)



Результаты исследования продолжительности жизни			
Пациент	Время	Наблюдалось к моменту t	Умерло в момент t
	t	n t	d t
К	2	10	1
З	6	9	1
А и В	7	8	2
И	7+		-
Е	8	5	1
Ж	9	4	1
Д	11+		
Б	12	2	1
Г	12+		-

- $d_2/n_2 = 1/10 = 0,1;$
- $f_2 = 1 - 1/10 = 0,9;$
- $d_6/n_6 = 1/9 = 0,111;$
- $f_6 = 1 - 1/9 = 0,889;$
- $\hat{S}(6) = f_2 * f_6 = 0,9 * 0,889 = 0,8;$
- $f_7 = 1 - d_7/n_7 = 1 - 2/8 = 0,75;$
- $\hat{S}(7) = f_2 * f_6 * f_7 = 0,6.$

Расчет кривой выживаемости показан в таблице 5.

Полученная кривая выживаемости представлена на рисунке 21.

Рисунок 21

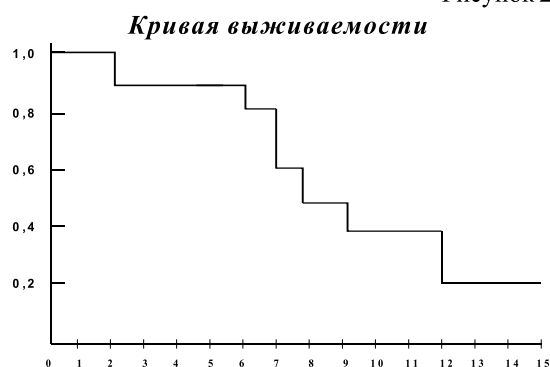


Таблица 5

Расчет кривой выживаемости					
	Время	Наблюдалось к моменту t	Умерло в момент t	Доля переживших момент t	Выживаемость
Пациент	t	n t	d t	f t	$\hat{S}(t)$
К	2	10	1	0,9	0,9
З	6	9	1	0,889	0,8
А и В	7	8	2	0,75	0,6
И	7+		-		
Е	8	5	1	0,8	0,48
Ж	9	4	1	0,75	0,36
Д	11+				
Б	12	2	1	0,5	0,18
Г	12+		-		

Сравнение двух кривых выживаемости:

Лонгранговый критерий основан на следующих

допущениях:

- две сравниваемые выборки независимы и случайны;
- выбывание в обеих выборках одинаково;
- функции выживаемости связаны соотношением: $S_2(t) = [S_1(t)]^Y$.

Величина Y (“пси”) – отношение смертности:

- $Y = 1$ – кривые выживаемости совпадают;

- $Y < 1$ – люди во 2-й выборке умирают позже;
- $Y > 1$ – люди во 2-й выборке умирают раньше.

Приведем пример. Для сравнения выживаемости (продолжительности ремиссий) в экспериментальной и контрольной группах пациентов и расчета лонгрангового критерия достоверности выявленных различий воспользуемся данными, представленными в таблице 6 (выбывшие из исследования помечены знаком +).

Таблица 6

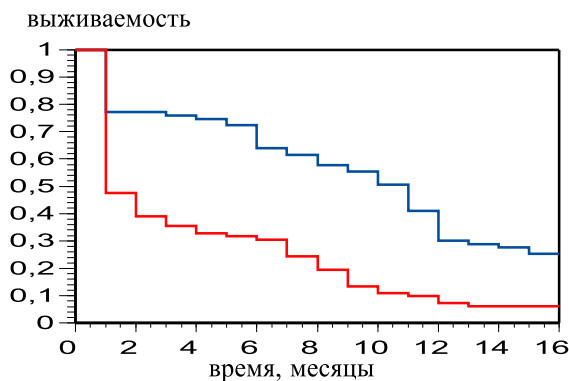
Продолжительность ремиссий после курса психотерапии у пациентов исследуемой и контрольной групп

Исследуемая группа (n=83)		Контрольная группа (n=82)			
Месяцы после выписки из стационара	Число срывов или выбытий	Выживаемость	Месяцы после выписки из стационара	Число срывов или выбытий	Выживаемость
0	19	0,771	0	43	0,476
1	0	0,771	1	7	0,390
2	1	0,759	2	3	0,354
3	1	0,747	3+	2	0,329
4	2	0,723	4	1	0,317
5+	7	0,639	5	1	0,305
6+	2	0,614	6+	5	0,244
7	3	0,578	7+	4	0,195
8	2	0,554	8+	5	0,134
9+	4	0,506	9+	2	0,110
10+	8	0,410	10	1	0,098
11+	9	0,301	11+	2	0,073
12	1	0,289	12	1	0,061
13	1	0,277	13	0	0,061
14+	2	0,253	14	0	0,061
15	0	0,253	15	0	0,061

Кривая выживаемости, отражающая продолжительность ремиссий, а также выбывание пациентов обеих групп из исследования по другим причинам, представлена на рисунке 22.

Рисунок 22

Выживаемость (длительность ремиссий) пациентов исследуемой (n=83) и контрольной (n=82) групп



Лонгранговый критерий рассчитывается следующим образом:

$$Z = \frac{U_L}{S_{UL}} = \frac{S(d_t - E_t)}{\sqrt{\frac{\sum n_{1t} n_{2t} d_{1t} (n_{1t} - d_{1t})}{\sum n_{1t}^2 (n_{1t} - 1)}}}$$

где U_L – сумма разностей наблюдаемого и ожидаемого числа срывов и выбытий по другим причинам, S_{UL} – стандартное отклонение U_L , n_t – число наблюдавшихся к началу месяца t , d_t – число выбывших в месяц t .

Поправка Йейтса для лонгрангового критерия рассчитывается по формуле:

$$Z = \frac{IU_L I - 1/2}{S_{UL}}$$

В нашем примере лонгранговый критерий с учетом поправки Йейтса равен 4,999. Критическое значение лонгрангового критерия для уровня значимости 0,02 составляет 2,326, то есть меньше полученного в исследовании, а настоящее распределение

приближается к нормальному. Поэтому различия выживаемости (длительности ремиссий) у пациентов исследуемой и контрольной групп статистически достоверны (отклоняется нулевая гипоте-

за об отсутствии различий выживаемости между группами).

Кривая выживаемости может иметь сглаженный вид (представлена на рисунках 23-24).

Рисунок 23

Выживаемость больных с ХСН в зависимости от применения каптоприла
(Мареев В.Ю. и др., 1999)

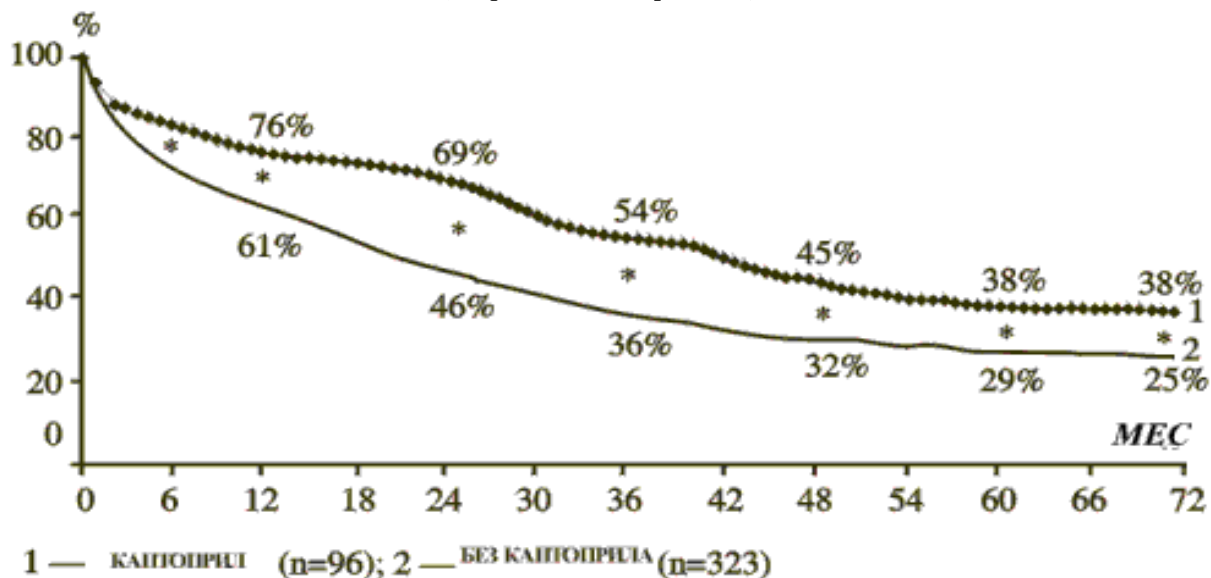
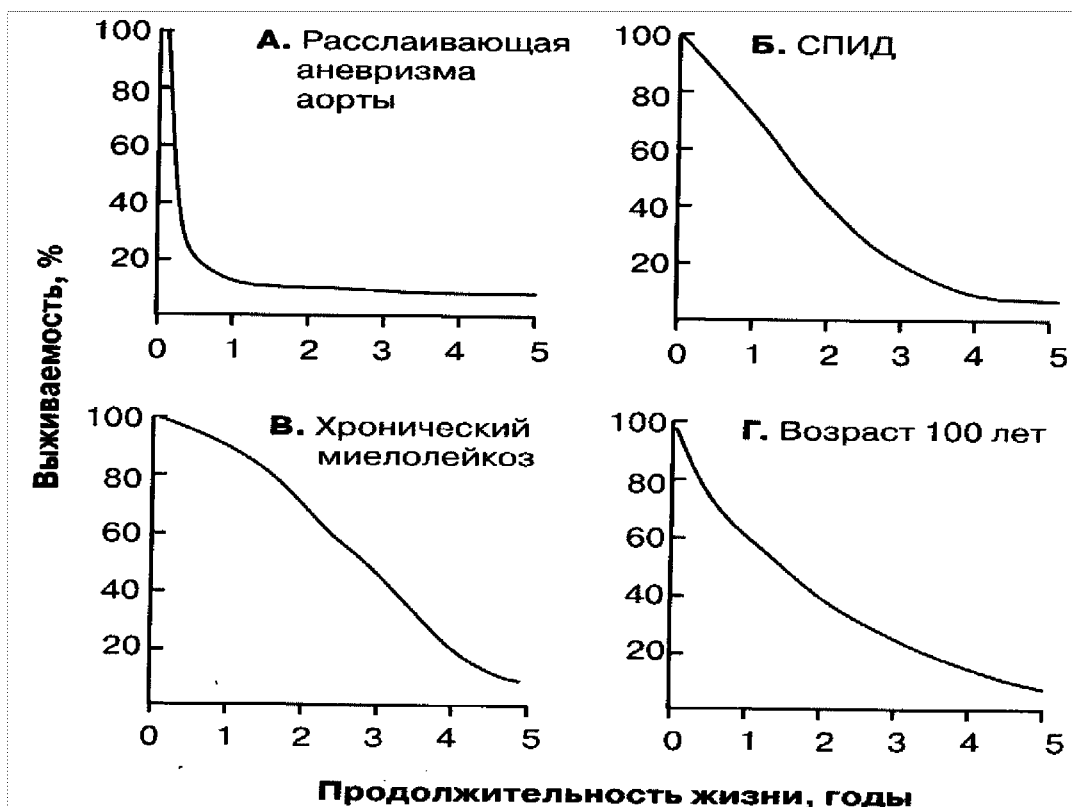


Рисунок 24

Недостаток обобщенных показателей выживаемости
(разные кривые с одинаковой пятилетней выживаемостью 10%)



IX. Абсолютный и относительный риск. Оценка риска

Абсолютный риск для подверженных действию фактора x:

$$Re = \frac{\text{Количество случаев заболевания среди экспонированных к фактору x}}{\text{Общее количество экспонированных к фактору x}} = \frac{a}{a + b}$$

Абсолютный риск для не подверженных действию фактора x:

$$Rne = \frac{\text{Количество случаев заболевания среди НЕ экспонированных к фактору x}}{\text{Общее количество НЕ экспонированных к фактору x}} = \frac{c}{c + d}$$

Относительный риск:

$$RR = \frac{Re}{Rne} = \frac{a / (a + b)}{c / (c + d)}$$

Таблица 7

Относительный риск

	Болезнь +	Болезнь -	
Фактор +	a	b	a + b
Фактор -	c	d	c + d
	a + c	b + d	N

$RR = \text{Относительный риск} = \text{Отношение рисков} = \text{Отношение инцидентностей} = \text{Относительная частота}$. Относительный риск показывает, во сколько раз риск заболевания для подверженных воздействию какого-либо фактора больше по сравнению с неэкспонированными. Показатель относительного риска рассчитывается в **когортных исследованиях**.

Отношение шансов:

$$OR = \frac{ad}{bc}$$

Отношение шансов (отношение преобладаний) – сравнение “шансов” экспозиции у заболевшего с “шансами” отсутствия экспозиции у не имеющего заболевания. Применяется к данным, разбитым на категории. Отношение шансов – это оценка относительного риска, рассчитывается в **исследованиях типа “случай – контроль”**.

Оценка риска:

1. **OR (или RR) >> 1**

- сильная положительная связь;

2. **OR (или RR) = 1**

- отсутствие связи;

3. **OR (или RR) << 1**

- сильная отрицательная связь.

Меры эффекта воздействия:

1. Относительный риск (отношение рисков);
1. Атрибутивный риск (разность рисков);
2. Популяционный атрибутивный риск;
3. Популяционная атрибутивная фракция.

Атрибутивный риск (разность рисков):

$$AR (RD) = Re - Rne = Ie - Ine$$

Атрибутивный риск определяет, каков дополнительный риск заболевания у экспонированных по сравнению с неэкспонированными.

Популяционный атрибутивный риск определяет, какова избыточная инцидентность заболевания в общей популяции (экспонированные + неэкспонированные), связанная с воздействием данного фактора:

$$\cdot AR_{pop} = AR * P$$

где P – превалентность экспозиции к фактору в популяции

$$\cdot AR_{pop} = (a + c) / N - Rne$$

Атрибутивная фракция (этиологическая фракция, доля) для экспонированных – доля всех заболеваний у экспонированных, связанная с данным воздействием:

$$AF_e = AR / Re = (Re - Rne) / Re * 100\%$$

Популяционная атрибутивная фракция определяет, какова доля заболеваний в общей популяции, связанная с воздействием данного фактора:

$$AF_{pop} = AR_{pop} / I_{pop} * 100\%$$

где I_{pop} – инцидентность заболевания в общей популяции

$$AF_{pop} = AR_{pop} / ((a + c) / N) * 100\%$$

X. Источники ошибок в клинических и эпидемиологических исследованиях. Статистическое оценивание гипотез.

Надежность (валидность) результатов:

• **Внутренняя валидность**

o Степень, в которой результаты верны в отношении исследованной группы людей.

o Внутренняя достоверность: в рамках исследования результаты точны, применяемые методы и расчёты адекватны, а интерпретации и выводы подкреплены данными, в том числе из соответствующей медицинской литературы.

• **Внешняя валидность = обобщаемость**

o Степень, в которой результаты могут быть применимы к другим группам людей и другим обстоятельствам.

о Достаточно ли продумана структура исследования, чтобы наблюдения и выводы можно было перенести на всю популяцию?

* Выборка, основанная на всей популяции

Внешняя достоверность или **возможность обобщения:**

– Выбор **исследуемой группы** допускает максимальное обобщение (например, женщины и мужчины, разные этнические группы, разные возрастные группы и т.д.) - или задаёт жёсткие границы популяции, на которую распространяются наблюдения и выводы (например, дети от 5 до 10 лет, мужчины-азиаты старше 45 и т.д.).

– Размер **выборки** достаточен, чтобы сделать предложенные исследователем выводы.

– Контрольная популяция выбрана правильно; особенно с точки зрения сравнительных испытаний по **случайному двойному слепому методу**.

Что может влиять на валидность:

• **Случайная ошибка;**

• **Конфаундинг:**

– Ошибочно приписанный риск или неверная оценка риска;

• **Модификация эффекта:**

– Риск может отличаться у разных людей;

• **Систематическая ошибка:**

– Может преувеличить или преуменьшить оценку риска.

• **Смешивание гипотез:**

– Фактор, связанный не только с исследуемым воздействием, но и - независимо - с искомым результатом (например, влияние бензола и хлорвинила на риск заболевания раком у сотрудников химических предприятий).

• **Подмена эффекта:**

– Синергизм пары факторов и исследуемого результата (например, у исследуемых, которые принимают противозачаточные таблетки и одновременно курят, в несколько раз чаще возникает глубокий тромбоз вен, нежели у тех, кто подвержен только одному из двух этих факторов риска).

• **Коллинеарность:**

– Фактор, связанный с исследуемым воздействием, но **не** с болезнью (например, спички в кармане испытуемых, страдающих раком лёгких).

Случайная ошибка:

– Случайная ошибка – ошибка случайности;

– Случайное изменение может воздействовать на результат;

– Статистика применяется для оценки эффекта случайности.

Большинство статистических тестов предназначено для того, чтобы решить, можно ли отвергнуть нулевую гипотезу.

Нулевая гипотеза и статистическая значимость:

• Нулевая гипотеза гласит, что различия между сравниваемыми объектами не обнаруживаются.

• Чем вызвана разница: случаем, “причудами” выборки или она реально отражает действительность - решает **статистическая условность**.

• Несмотря на то, что порог статистической значимости может назначаться произвольно, по договорённости статистической значимости приписывают уровень 0,05. То есть вероятность p того, что все происходит случайно, меньше 5%.

Таким образом, **нулевая гипотеза:**

• Различия между переменными отсутствуют;

• Взаимосвязь между переменными отсутствует.

Например, мы предполагаем, что фактор А влияет на на вероятность (риск) возникновения болезни Х. Нулевая гипотеза будет: полученный результат является результатом чистой случайности. Для проверки значимости в исследовании необходимо оценить вероятность нулевой гипотезы.

а- и б-ошибки:

• Ошибка I рода = α – ошибка (позитивная ошибка):

– Нулевая гипотеза отвергается, в то время как она истинна;

– Объявлено о не существующих в реальности различиях в методах лечения;

– Обычно допустимое значение α - ошибки = 0,05 (минимизировать с уровнем значимости $<0,05$).

• Ошибка II рода = β – ошибка (негативная ошибка):

– Нулевая гипотеза принимается, в то время как она ложная;

– Не объявлено о различиях в методах лечения, в то время, как это надо было сделать;

– Обычно допустимое значение β - ошибки = 0.20 (минимизировать в высокой степени $>0,80$);

– Вероятность ошибки II рода соотносится со статистической мощностью;

– Включает 3 элемента; величину различия, сколько привлекается испытуемых и уровень альфа для отказа от нулевой гипотезы.

Виды ошибок представлены в таблице 8.

Таблица 8

а- и б-ошибки

Результат статистического теста	Различия истинны	Нет истинных различий
Значим	Верно	Ошибка I рода (α -ошибка)
Не значим	Ошибка II рода (β -ошибка)	Верно

С целью устранения (минимизации) ошибок I и II рода при планировании исследования необходимо знать различия между группами и разброс данных (пилотажное исследование, примерные расчеты).

Статистическая мощность:

Таблица 9

· Статистическая мощность есть вероятность отклонения нулевой гипотезы, когда она действительно ложна;

· Вероятность того, что будет отвергнута гипотеза с заданным уровнем значимости.

- Мощность = (1 - ошибка-б) - чем больше ошибка б, тем ниже мощность.

- Чем выше мощность, тем больше шансов обнаружить преимущество метода лечения, если оно есть

- Обычно принимается 80%-я мощность (а многие используют 90%).

- Мощность увеличивается за счёт увеличения размера выборки и уменьшения разброса.

Размер выборки:

· Число испытуемых, которые пройдут исследование до конца.

· Следует определить:

- состав испытуемых;

- ожидаемую долю выбывших и отказавшихся.

· Рассчитываются:

· Величина:

- ожидаемого или запланированного эффекта;

- вариативность переменных, которые придётся анализировать;

· Цели анализа

- запланированную мощность наблюдаемого эффекта при заданном уровне значимости.

Какими статистическими методами пользоваться?

· При выраженном эффекте достаточно небольшого размера выборки (например, краснуха беременных);

· Незначительный эффект требует большого размера выборки (например, пассивное курение и рак легкого).

Оценка требуемого количества наблюдений:**1. Дизайн до – и – после (одна группа).**

$$N = \frac{C}{d^2}, \text{ где } d - \text{желаемая оценка}$$

Сила	в	С
80%	0,20	7,85
85%	0,15	9,0
90%	0,10	8,5

2. Две группы наблюдений.

$$N = \frac{2 * C}{d^2}, \text{ где } d - \text{желаемая оценка, } C - \text{см. таблицу}$$

3. Пропорции.

$$N = \frac{2 * C * p * (1 - p)}{(p2 - p1)}$$

где d – желаемая оценка, C – см. таблицу

$$p = (p1 + p2) / 2$$

Статистическая мощность возрастает, когда:

· Снижается стандартное отклонение;

· Мы хотим обнаружить более существенные различия между группами;

· Увеличивается а:

- Повышается риск ошибки I рода;

· Возрастает объем выборки.

Множественные сравнения:

· Уровень альфа-ошибки обычно устанавливается 0,05;

· Означает, что нулевая гипотеза могла быть отвергнута по чистой случайности, будучи истинной, в 5% всех случаев;

· Повторные сравнения повышают вероятность обнаружения случайности;

· Поправка Бонферрони (Bonferroni).

Наиболее часто используемые статистические тесты представлены в таблице 10.

$$\text{Хи-квадрат} = (\text{наблюдение-ожидание}) / \text{ожидание}$$

Таблица 10

Статистические тесты

	Тесты статистической значимости разницы между:
Хи-квадрат	Двумя или более пропорциями
Точный критерий Фишера	Двумя или более пропорциями при малых числах (если значение хотя бы в одной из ячеек таблицы <5)
U Манна-Уитни (Mann-Whitney)	Двумя медианами
T Стьюдента	Двумя средними
F-критерий	Двумя или более средними
Коэффициент регрессии	Независимой переменной и зависимым исходом
Коэффициент корреляции	Двумя переменными

Критерий Хи-квадрат часто представляется в виде таблицы 2x2, используется для данных, разбитых на категории.

Для **непрерывных данных** наиболее часто используются;

– **Расчёт дисперсии**

· Сравнение непрерывных данных по нескольким группам.

· Невозможно отличить эффекты исследуемых групп, однако можно отличить эти группы от контрольной группы.

– **Линейная регрессия**

· Позволяет оценить y при заданном значении x .

· Допускает визуальную проверку данных и помогает выделить обособленные данные.

– **t-Критерий Стьюдента**: сравнивает средние по двум выборкам из множества наблюдений и определяет их совпадение или различие.

Уровень значимости p – степень уверенности в оценке связи: показывает насколько мы уверены, что обнаруженная связь не является результатом чистой случайности ($p < 0,05$ – непохоже на результат случайности). **Уровень значимости p** :

- Вероятность: колеблется между 0 и 1;
- Обычно уровень значимости $p \leq 0,05$;
- Смысл: вероятность, с которой нулевая гипотеза отвергается лишь по чистой случайности, $\leq 5\%$;
- Значение p необходимо интерпретировать в конкретном контексте клинических исследований;
- Значение p , равное 0,05 (5%) – это условный уровень статистической значимости;

· На самом деле, P должно выражаться в “реальных” числах: $p=0,023$, а не $p<0,05$;

· Односторонние и двусторонние тесты.

Условность значения $p \leq 0,05$:

· По значению p нельзя судить о важности результата.

· Принято считать, что $p \leq 0,05$ демонстрирует “статистическую значимость”, но на самом деле это означает лишь то, что у некоего результата есть шанс проявиться 1 раз из 20 или меньше. Будет ли это важно для клинициста, если случайное событие произойдёт один раз из 19 (“незначительная” ассоциация).

· Бывают результаты, которые **значимы статистически, но несут существенны клинически.**

· С другой стороны, статистически незначимые различия могут иметь определенное значение.

Доверительный интервал:

· Способ учесть случайную ошибку в процессе оценивания:

- если статистическая модель верна;

- если отсутствует предвзятость;

- то доверительный интервал, если повторить исследование неограниченное кол-во раз, будет содержать истинную оценку с частотой, не меньшей 95%.

Опора на сведения о доверительных интервалах:

· Обеспечивает статистику единицами измерений и приобретает иногда важное значение для клиники;

· Ширина доверительного интервала приблизительно в 4 раза больше стандартного статистического отклонения.

Например:

- отношение преобладаний = 4,5

- 95% доверительный интервал: 2,1 – 7,3

- если повторить исследование бесконечное число раз, оценка отношения преобладаний оказалась бы между 2,1 и 7,3 по крайней мере, в 95% случаев.

Статистическая значимость:

1. Доверительные интервалы:

- включают 1;

- не включают 1.

2. Уровень значимости P :

- $p \geq 0,5$;

- $p \ll 0,5$.

Регрессионные модели:

Логистическая / линейная регрессионная модель – вероятностные модели с двумя значениями вероятности - да/нет:

- контроль сразу множества переменных;

- контроль конфаундинга и модификации эффекта;

- нелинейные взаимодействия.

Уменьшение предвзятости = систематической ошибки:

1. Предвзятость отбора:

- самоотбор – **рандомизация пациентов;**

- предвзятость диагностики – **слепое исследование.**

2. Предвзятость информации:

- дифференциальная П. vs. неверная классификация – **лучшие тесты, слепое исследование;**

- предвзятость ответа – **верификация с использованием объективных данных.**

Типы систематических ошибок при подборе данных:

· **Погрешность выборки:**

– Исследователь не объективен при распределении исследуемых по разным группам.

· **Ошибки измерения:**

– В одной группе пациенты лучше определяют последствия лечения, чем в другой

· **Ошибки памяти:**

– Дефекты памяти, из-за которых испытуемые в одной группе точнее помнят отдельные события, чем в другой.

· **Эффект плацебо:**

– Положительный эффект у исследуемого, который думает, что его лечат.

Контроль предвзятости отбора:

· Рандомизация – каждый пациент имеет равные шансы попасть в каждую из групп;

· Рестрикция – ограничение состава участников исследования;

· Подбор – подбор по определенным характеристикам (кроме тех, которые изучаются);

· Стратификация – сравнение показателей в подгруппах (слоях, “стратах”).

Конфаундинг (мешающее, искажающее, спутывающее действие третьей переменной) возникает, когда:

- два фактора ассоциированы друг с другом;
- эффект одного фактора принят за эффект другого или искажает его действие.

Когда нужен подбор:

- Подозрение на конфаундинг (если нет подозрений в отношении мешающих переменных, не надо подбирать);
- Ограниченные ресурсы (например, дорогой лабораторный тест или может ограничить количество субъектов исследования).

Чрезмерное увлечение подбором:

- Вредит статистической эффективности: подбор случаев и контролей по переменной, ассоциированной с экспозицией, но не с исходом;
- Вредит надежности результатов: подбор по факторам – посредникам между экспозицией и заболеванием;
- Удорожает исследование.

Если приходится контролировать в качестве конфаундинга 2 или более фактора риска (как это часто бывает в реальной ситуации), то нужно иметь в виду **два фундаментальных принципа:**

1. Одновременный контроль двух или более переменных может дать результаты отличные (то есть, различные расчетные данные выравнивания) от таковых, полученных при контроле каждой из этих переменных по отдельности. Более того, единственный стандарт, на котором в идеале должны основываться все заключения о конфаундинге и идентификация специфических конфаундеров, это расчеты выравнивания (adjustment estimate), которые одновременно контролируют все рассматриваемые факторы риска.

2. Не все переменные из списка факторов риска нуждаются в контроле. Более того, в зависимости от взаимоотношений между этими факторами риска, может оказаться, что конфаундинг можно корригировать, используя разные сочетания факторов риска из этого списка. Таким образом, с целью удаления ошибки, важно пользоваться любым сочетанием, которое эту ошибку удаляет (включая сочетание, содержащее все факторы риска). Однако использование отдельных сочетаний для контроля может быть полезным по другим причинам (например, увеличение точности).

Стратификационный анализ:

- Рассчитайте “грубый”, неуточненный показатель отношения преобладаний
- Рассчитайте OR для каждой страты
- Если показатели OR по стратам схожи, рассчитайте уточненный OR
- Если “грубый” OR = уточненный OR, то конфаундинг или модификация эффекта отсутствуют.

Уточненный OR (оценка по Mantel-Haenszel):

$$OR_{(мн)} = \frac{\sum a_i d_i / n_i}{\sum b_i c_i / n_i}$$

Для двух страт:

$$OR_{(мн)} = \frac{a_1 d_1 / n_1}{b_1 c_1 / n_1} + \frac{a_2 d_2 / n_2}{b_2 c_2 / n_2}$$

Стратификационный анализ при наличии конфаундинга:

- Рассчитайте “грубый” OR;
- Рассчитайте OR по стратам;
- Если OR по стратам схожи, рассчитайте уточненный OR;
- Если “грубый” OR не равен уточненному OR – имеется конфаундинг;
- В результатах исследования сообщайте уточненный OR.

Стратификационный анализ при наличии модификации эффекта (интеракции):

- Рассчитайте “грубый” OR;
- Рассчитайте OR по стратам;
- Если OR по стратам отличаются: СТОП! Присутствует модификация эффекта (интеракция);
- В результатах исследования сообщайте OR по стратам.

В таблице 11 представлены различия между конфаундингом и модификацией эффекта.

Таблица 11

Конфаундинг и модификация эффекта

	Конфаундинг	Модификация эффекта
Цель:	Избежать или устранить	Обнаружить и сообщить
Обнаруживается при стратификационном анализе	Да	Да
Эффект	Искажает истинную оценку	Подвергает опасности истинную оценку
Отчет	Суммарные статистики	Оценки по стратам

XI. Многомерный статистический анализ

Многомерный статистический анализ необходим, когда:

- При тестировании моделей;
- нужно исключить влияние некоторых показателей;

- установить наличие совместного действия факторов;
- установить наличие скрытых связей.
 - При исследовательском анализе данных:
- снизить размерность используемых данных;
- сегментировать данные.
- Разработка данных (Data Mining):**
 - Относительно новый подход, появление которого связано с накоплением больших объемов данных в компьютеризированной форме (data warehouses).
 - Нахождение внутренних закономерностей в данных, а не тестирование статистических гипотез.
 - Наиболее популярные методы:
 - OLAP (On-Line Analytical Data Processing) – построение многомерных таблиц;
 - Нейронные сети (neuronal networks);
 - Сегментирование данных (древовидное моделирование – classification trees).
 - Более распространенные методы:
 - Факторный анализ;
 - Корреспондентский анализ.
 - Требуют очень больших массивов данных:
 - не менее 10 наблюдений на переменную в факторном анализе, не менее 10 наблюдений на связь при нейросетевом моделировании;
 - в целом, сотни или лучше тысячи наблюдений.
- Тестирование моделей.**

Сначала необходимо определить тип зависимой переменной: качественная или количественная.

- 1. Количественная зависимая переменная:**
 - **Общая линейная модель (GLM)**
 - Какие независимые переменные участвуют в анализе?
 - Только качественные – MANOVA
 - Количественные и качественные – MANCOVA
 - Только количественные – MLR.
 - 2. Качественная зависимая переменная:**

Независимые переменные:

 - Только качественные:
 - Стратификационный анализ Mantel-Haenszel
 - Лонглинейный анализ
 - Качественные и количественные:
 - Лонгистическая регрессия
 - Только количественные:
 - Дискриминантный анализ.
- MANOVA:**
- Многофакторный дисперсионный анализ.
 - Изучение влияния нескольких качественных факторов и их сочетаний на значения количественных переменных.
 - На самом деле, сравнение средних значений в таблицах.
- Например, по представленной таблице 12 анализ MANOVA позволит получить ответы на следующие вопросы:
- Одинаковы ли средние всех 12 групп?
 - Есть ли различия между средними групп, образованными фактором А, В или С по отдельности?
 - Имеется ли суммарное влияние факторов А, В и С?

Таблица 12

A1						A2					
B1		B2		B3		B1		B2		B3	
x1	x5	x9	x13	x17	x21	x25	x29	x33	x37	x41	x45
x2	x6	x10	x14	x18	x22	x26	x30	x34	x38	x42	x46
x3	x7	x11	x15	x19	x23	x27	x31	x35	x39	x43	x47
x4	x8	x12	x16	x20	x24	x28	x32	x36	x40	x44	x48

- MLR** – множественный линейный регрессионный анализ – оценка зависимости количественной переменной от одной или более количественных переменных. При MLR проводится **анализ остатков**:
- Остатки – это те значения, которые не могут быть объяснены независимой переменной.
 - Если несколько переменных, берем первую, рассчитываем остатки и повторяем анализ уже на остатках (исключив влияние первой переменной) и т.д.
 - Поэтому коэффициенты, получаемые в результате регрессионного анализа, показывают **независимое** влияние переменных.
 - Если модель адекватна, остатки будут распределены по нормальному закону, и разброс будет не очень сильным.
- При анализе MLR можно сразу включить все переменные или осуществлять пошаговый отбор (stepwise).

- MANCOVA** – многофакторный дисперсионный анализ с ковариантами, т.е. комбинация из множественного линейного регрессионного анализа и дисперсионного анализа. Этапы:
- Построение модели с учетом только количественных переменных при помощи MLR.
 - Дисперсионный анализ на остатках.
 - Система SAS позволяет выполнять все виды анализа в одном модуле (в системе STATISTICA в соответствующем модуле невозможно выполнить MLR).
- Метод Mantel-Haenszel** – отражает связь нескольких качественных переменных с качественной, используется:
- в рамках стратификационного анализа;
 - в мультицентровых исследованиях;
 - может использоваться для анализа выживаемости (год дожития – отдельная переменная).
- В системе STATISTICA метод Mantel-Haenszel можно использовать только для данных по выживаемости, в SAS – для любых таблиц.

Лонглинейный анализ – аналог дисперсионного анализа для многомерных таблиц, т.е. анализируется совместное влияние нескольких переменных на частоты в многомерной таблице. Если модель соответствует данным (fit), то переменные не влияют на частоты в таблице (модель можно подогнать, зная только краевые частоты).

Лонгистическая регрессия:

- Оптимизирована для работы с бинарными зависимыми переменными.
- Может принимать для анализа как качественные, так и количественные переменные.
- Более общий случай, чем лонглинейный анализ.
- Если лонглинейный анализ – аналог ANOVA, то логистическая регрессия – аналог ANCOVA (в SAS можно использовать одну и ту же процедуру),
- При проведении лонгистического регрессионного анализа качественные переменные с более, чем двумя уровнями должны быть превращены в т.н. dummy переменные (пустышки) с двумя уровнями.
- Для качественных бинарных показателей мы можем взять OR, откорректированный на влияние других факторов риска; для количественных показателей необходимо взять регрессионный коэффициент (estimate), умножить его на стандартное отклонение для этого показателя и взять от произведения антилогарифм.
- В программе SAS можно использовать несколько процедур – CATMOD или LOGISTIC.

Дискриминантный анализ:

Методика создания классифицирующих правил. Пытается создать серию уравнений, которые позволили бы правильно классифицировать группы. Является “перевернутым” аналогом ANOVA (на пример, рост позволяет отличить мужчин от женщин).

Снижение размерности:

- Количественные переменные:
- Анализ главных компонент
- Факторный анализ
- Многомерное шкалирование
- Иерархический кластерный анализ
- Качественные переменные:
- Корреспондентский анализ
- Объединение наблюдений:
- Кластерный анализ.

Факторный анализ:

- Вместе с анализом главных компонент – основной метод снижения размерности.
- Пытается найти новые переменные, которые бы комбинировали в себе несколько старых.
- Отличие от метода главных компонент – отсутствие “уникальных” факторов – факторов, представленных одной переменной.
- Единицей анализа является корреляционная матрица.
- Выделяют несколько вариантов:
- Стандартный (R) – факторный анализ переменных
- Обратный (Q) – факторный анализ наблюдений

- Временной (T) – факторный анализ временных тенденций (у разных людей по одной переменной)
- Обратный временной (S) – факторный анализ наблюдений в зависимости от времени
- Одного наблюдения (O) – факторный анализ временных тенденций по разным показателям у одного субъекта.

- Требует не менее 10 наблюдений на каждую включенную в анализ переменную, общее число наблюдений должно быть более 100.

- Факторный анализ отличается от компонентного тем, что находится в диагональных элементах корреляционной матрицы.

- Методы определения числа факторов:
- Критерий Кайзера (собственное значение фактора – Eigenvalue больше 1)
- Критерий Жоффе (Eigenvalue > 0,7)
- Процент объясненной дисперсии (80% и более)
- Scree plot.

Многомерное шкалирование – метод анализа матрицы дистанций (аналог географической карты):

- Истинные дистанции
- Коэффициент корреляции (1 – r)
- Другие индексы.

Кластерный анализ – может использоваться для снижения размерности/ классификации переменных (иерархический анализ), а также для объединения наблюдений на основании ряда показателей (групп – кластеров – пациентов) k-means. При выполнении кластерного анализа необходимо заранее решить, какое количество кластеров следует выделить. Кластерный анализ работает, как ANOVA наоборот:

- наблюдения объединяются таким образом, чтобы расстояния между группами (между средними групп) были максимальными;
- поэтому группы почти всегда будут статистически достоверно отличаться по включенным параметрам.

Корреспондентский анализ:

- Аналог факторного анализа для качественных переменных.
- Результаты также сходны с многомерным шкалированием.
- Был разработан для лингвистического анализа.

XII. Мета-анализ результатов исследований

Критический научный анализ и обобщение имеющихся достоверных данных по теме исследования, в соответствии с принципами доказательной медицины и клинической эпидемиологии, проводится для изучения влияния **на конечные результаты:**

- жизненный прогноз;
- развитие осложнений заболевания, опасных для жизни или инвалидизирующих;
- влияние на качество жизни;
- другие важные результаты.

Главный недостаток описательных обзоров – их подверженность к смещению оценок. Для минимизации

ции смещения необходимо приблизить обзор к доступным доказательствам с помощью научно-систематического подхода, получившего название мета-анализа. Furberg и Morgan (1987) определяют шесть причин для того, чтобы проводить мета-анализ:

1. Получение более стабильной оценки эффекта терапии.
2. Оценка различий между исследованиями и возможности генерализации результатов.
3. Анализ эффекта терапии в отдельных подгруппах.
4. Предоставление более надежных данных лицензирующим организациям для получения разрешения на использование метода (препарата).
5. Оценка потребности и планирование исследований.
6. Сравнение результатов данного исследования с другими, проводившимися по данной теме.

Glass (1976) выделяет следующие **этапы мета-анализа**:

- Определение основной цели обзора.
- Определение способов оценки результатов.
- Систематический информационный поиск.
- Суммирование количественной информации.
- Суммирование доказательств с использованием подходящих статистических методов.
- Интерпретация результатов.

Кумулятивный мета-анализ:

• Кумулятивный мета-анализ даёт возможность продемонстрировать кумулятивную кривую накопления оценок при каждом появлении новых доказательств.

• Используя этот метод, Lau с соавторами (1992) смогли показать, что можно легко наблюдать последовательное накопление доказательств и что в некоторых случаях большие испытания незначительно изменяют уже установленное доказательство эффективности, полученное в небольших предыдущих испытаниях.

Проспективный мета-анализ:

• Это разработка мета-анализа для планируемых исследований.

• На практике вместо проспективного мета-анализа часто применяют гибридный проспективно-ретроспективный мета-анализ, объединяя получаемые результаты с ранее опубликованными. Это позволяет использовать общее доказательство вместо отдельных по каждому из групповых испытаний, хотя бы они и отличались лучшим планированием.

Мета-анализ индивидуальных данных:

• Описание клинических испытаний чаще всего проводится недостаточно тщательно и аналитический обзор индивидуальных данных перед мета-анализом мог бы, по-видимому, обеспечить несмещённость суммарных оценок.

Литература:

1. Алмазов В.А. Лечение артериальной гипертензии в эпоху «доказательной медицины»: Теория и реальность / В.А. Алмазов, А.В. Рудакова // Артериальная гипертензия. - 1998. - № 2. - С. 11-19.

• Мета-анализ, основанный на внимательном изучении результатов лечения отдельных больных, назвали мета-анализом индивидуальных данных.

• Но и в этом случае мета-анализ наиболее близок к синтезу лучших доказательств и к анализу, ограниченному лучшими испытаниями, для которых могут быть найдены индивидуальные данные для достижения общей конечной цели.

В мета-анализе особое значение имеет размер эффекта. **Размер эффекта включает:**

1. Средние значения в группе контроля и лечения в сочетании со стандартным отклонением или ошибкой средних.

2. Значения частот четырехпольной таблицы (например, количество умерших и общая численность контроля и наблюдения).

3. Значения отношения шансов или относительного риска.

4. Абсолютное снижение риска или показатель количества лиц, которых необходимо лечить в сочетании с частотой наступления неблагоприятного исхода в контрольной группе.

5. Коэффициенты корреляции r Пирсона.

6. Значения критерия t Стьюдента.

7. Значения критерия F Фишера.

8. Значения критерия U Манна-Уитни.

9. Значения критерия Хи-квадрат.

10. Коэффициенты ранговой корреляции R Спирмена.

11. Точные значения доверительной вероятности p .

Согласно Cohen (1988), если размер эффекта не превышает 0,2, говорят о слабом эффекте терапии, если он оказывается равным 0,5 – говорят об эффекте средней силы и если он превышает 0,8, то говорят о большом эффекте действия препарата (метода). По Cohen (1988), значения коэффициента корреляции около $\pm 0,1$ считаются “малыми”, около $\pm 0,3$ – “средними” и, если они превышают $\pm 0,5$, то их можно считать “большими”.

В заключение, приведем **основные электронные библиографические медицинские базы:**

- Российская медицина
- MEDLINE (MEDLARS On-Line):
- Ovid (CD-ROM)
- PubMed
- Internet Grateful Med (<http://www.nlm.nih.gov>)
- BioMedNet (<http://biomednet.com/db/medline>)
- Medscape (<http://medscape.com>)
- Другие базы:

AIDSDRUGS, AIDSLINE, AIDSTRIALS, AVLINE, BIOETHICSLINE, CANCERLIT, CATLINE, ChemID, CHEMLINE, DENTALPROJ, DIRLINE, DOCUSER, HealthSTAR, HISTLINE, HSPROJ, OLDMEDLINE, PDQ, POPLINE, PREMEDLINE, SDILINE, SERLINE, SPACELINE, TOXLINE, TOXLIT, TOXNET, DART, EMIC, ETICBACK, GENE-TOX, HSDB, IRIS, RTECS, TRI, TRIFACTS и т.д.

-
-
2. Артамонов Р. Медицинская диссертация в эпоху доказательной медицины / Р. Артамонов // Медицинская газета. - 2001. - № 59. - С. 11.
 3. Бащинский С.Е. Информационная поддержка принятия медицинских решений: основные итоги 10-летнего развития доказательной медицины (1992-2002) / С.Е.Бащинский // Российский семейный врач. - Т. 7, № 2. - С. 13-24.
 4. Беллман Р. Математические методы в медицине (под ред. Белых Л.Н.). – М.: Мир, 1987.
 5. Белоусов Ю.Б. Амiodарон и доказательная медицина / Ю.Б. Белоусов // Клиническая фармакология и терапия. - 2000. - № 4. - С. 42-46.
 6. Белоусов Ю.Б. Антагонисты кальция пролонгированного действия и сердечно-сосудистая заболеваемость: новые данные доказательной медицины / Ю.Б. Белоусов, М.В. Леонова // Кардиология. - 2001. - № 4. - С. 87-93.
 7. Белоусов Ю.Б. Сердечно-сосудистая заболеваемость и смертность при использовании антагонистов кальция и пролонгированного действия: новые данные доказательной медицины / Ю.Б. Белоусов, М.В. Леонова // Клиническая фармакология и терапия. - 2001. - № 3. - С. 75-80.
 8. Беляков В.Д. Эпидемический процесс. Теория и методы изучения. - Л., 1964.
 9. Беляков В.Д., Яфаев Р.Х. Эпидемиология. Учебник для санитарно-гигиенических факультетов медицинских институтов. - М., 1989.
 10. Бискуп А.Б. Российский взгляд на оценку медицинских технологий и научно - доказательную медицину / А.Б. Бискуп // Российский семейный врач. - 2000. - № 3. - С. 67-69.
 11. Валивач М.Н., Бугембаева М.Д., Гаськов А.П. Основы эпидемиологии и доказательной медицины. – Павлодар, 2002. – 31 с.
 12. Верещагин Н.В. Методы лечения в зеркале доказательной медицины / Н.В. Верещагин, О.Ю. Реброва // Главный врач. - 2002. - № 2. - С. 25-29.
 13. Виноградов М.А. Проблема верификации в доказательной медицине. Московская медицинская академия имени И.М. Сеченова. – Медицинская библиотека сервера Rusmedserv.com (<http://expo.rusmedserv.com/articl4.html>).
 14. Вихляева Е.М. Элементы доказательной медицины в развитии профилактического направления современной перинатологии / Е.М. Вихляева // Акушерство и гинекология. - 1999. - № 3. - С.3-5.
 15. Власов В.В. Доказательная медицина и гериатрия / В.В. Власов // Клиническая геронтология. - 2001. - № 7. - С. 3-6.
 16. Власов В.В. Доказательная медицина как способ решения проблем // Медицинская кафедра. - 2003. - № 3. - С. 40-41.
 17. Власов В.В. Доказательная медицина: есть ли у нее перспектива в России? / В.В. Власов // Медицинская газета. - 2002. - № 7 (30 янв.). - С. 12.
 18. Власов В.В. Новые издания по доказательной медицине / В.В. Власов // Международный журнал медицинской практики. - 2000. - № 12. - С. 44-45.
 19. Власов В.В. Что такое ежегодный справочник «Доказательная медицина» и как им пользоваться / В.В. Власов // Международный журнал медицинской практики. - 2002. - № 1. - С. 5-7.
 20. Вольская Е.А. Клинические рекомендации как элемент доказательной медицины: правовые и маркетинговые аспекты / Е.А. Вольская // Проблемы стандартизации в здравоохранении. - 2003. - № 1. - С. 48.
 21. Горьков В.А. Медицина, основанная на доказательствах / В.А. Горьков // Фарматека. - 1998. - № 3. - С. 40-43.
 22. Гринхальх Т. Основы доказательной медицины. ГЭОТАР-МЕД. 2004, 240 с. (www.geotar.ru).
 23. Данишевский К.Д. Оценка экономической эффективности в научно-доказательной медицине / К.Д. Данишевский // Российский семейный врач. - 2003. - Т. 7, № 2. - С. 28-32.
 24. Джанашия П. Доказательная медицина и лечение гиперхолестеринемии / П. Джанашия, В. Назаренко // Медицинская газета. - 2001. - № 50 (11 июля). - С. 10.
 25. Доказательная медицина // Клиническая фармакология и терапия. 1999. - № 6. - С. 3-5.
 26. Доказательная медицина в наркологии (под ред. Е.М.Крупницкого и Э.Э.Звартау). Ученые записки Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И. П. Павлова. – 2003. - Т. X, № 2. - с. 1-98.
 27. Доказательная медицина и отечественная медицинская наука / В.В. Фадеев, В.П. Леонов, О.Ю. Реброва, Г.А. Мельниченко // Проблемы эндокринологии. - 2003. - Т. 49, № 5. - С. 55-61.
 28. Доказательная медицина. В 7 т. / под общ. ред. С.Е. Бащинского. - М.: Медиа Сфера. (616 Д-63).
 29. Доказательная медицина: российские центры // Главный врач. - 2002. - № 2. - С. 22-25.
 30. Доубинс Р.К. Доказательная медицина: Сравнение систем здравоохранения / Р.К. Доубинс, Д. Кьютер // Лечащий врач. - 2001. - № 10. - С. 48-51.
 31. Жуковский Г.С. Формирование единой системы стандартов в медицинском страховании на принципах доказательной медицины / Г.С. Жуковский, С.А. Мартыничик // Здравоохранение: Журнал для руководителей и гл. бухгалтера - 1999. - № 9. - С. 18-29.
-
-

-
-
32. Журнал «*Concilium medicum*» (с 2001 г. по наст. время) - журнал доказательной медицины для практикующих врачей.
33. Заугольников В.С. Идеи доказательной медицины - в учебный процесс и научные исследования / В.С. Заугольников // *Вятский медицинский вестник*. - 2001. - № 1. - С. 44-45.
34. Зорин Н.А. Доказательная медицина и психотерапия: совместимы ли они? Отдел информатики и системных исследований, московский НИИ психиатрии МЗ РФ, Российское отделение международной научной организации «Кокрановское сотрудничество», Факультет фундаментальной медицины МГУ им. М.В. Ломоносова. – *Медицинская библиотека сервера MedLinks.ru* (<http://medlinks.ru/art/9044.htm>).
35. Использование принципов доказательной медицины при создании клинических рекомендаций для врачей общей практики / О.Ю. Кузнецова, Е.В. Фролова, А.Г. Андрианов, Я.В. Мельникова // *Российский семейный врач*. - 2000. - № 2. - С. 47-52.
36. Клинические рекомендации для практикующих врачей, основанные на доказательной медицине / под ред. Ю.Л. Шевченко и др. - М.: ГОЭТАР-МЕД. - 1248 с. (616 К-493).
37. Котельников Г., Шпигель А. Доказательная медицина: на пути к истине/ *Медицинская газета*. - №№ 17-18. – 2002.
38. Котельников Г.П. Доказательная медицина - путь к истине / Г.П. Котельников, А.С. Шпигель // *Медицинская газета*. - 2002. - № 17-18 (6 марта). - С. 10.
39. Котельников Г.П. Доказательная медицина. Научно-обоснованная медицинская практика / Г.П. Котельников, А.С. Шпигель - Самара: СамГМУ. - 2000. - 116 с. (614.2 К-731).
40. Кулаков Ю.В. Рациональная практическая медицина (доказательная медицина) - требование времени / Ю.В. Кулаков, С.А. Гутников // *Новые С.-Петербург. врачебные ведомости*. - 2001. - № 4. - С. 69-71.
41. Кухтевич А.В. Проблемы доказательной медицины / А.В. Кухтевич // *Медицинская кафедра*. - 2003. - № 3. - С. 34-40.
42. Лисенков А.Н. Математические методы планирования многофакторных медико-биологических экспериментов. – М.: Медицина, 1979. – 344 с.
43. Лусс Л.В. Антигистаминные препараты с позиций доказательной медицины / Л.В. Лусс // *В мире лекарств*. - 2001. - № 2. - С. 46-49.
44. Мареев В.Ю. Лечение сердечной недостаточности на рубеже веков. Становятся ли положения доказательной медицины доказательствами для практикующих врачей? / В.Ю. Мареев // *Кардиология*. - 2000. - № 12. - С. 4-11.
45. Марцевич С.Ю. Бета-адреноблокаторы: принципы терапии с позиций доказательной медицины / С.Ю. Марцевич // *Кардиология*. - 2002. - № 4. - С. 82-85.
46. Материалы научно – практической конференции по клинической эпидемиологии и доказательной медицине, Санкт – Петербург, 03 – 14.12.2001г.
47. Мелихов О.Г. Клинические исследования. - М.: Атмосфера, 2003. – 198 с.
48. Методика оценки технологии в медицине. – *Медицинская библиотека сервера MedLinks.ru* (<http://medlinks.ru/>).
49. Методология доказательной медицины (Evidence-based medicine) в клинической практике специалистов по медицине критических состояний: Обзор / В.Н. Каменская, М.А. Каменская, Г.К. Болякина, Л.Ф. Борисова // *Вестник интенсивной терапии*. - 2000. - № 2. - С. 3 -11.
50. Миллер С. Психология развития: методы исследования. – СПб: Питер, 2002. – С.14-188.
51. Моисеев С. Медицина, основанная на доказательствах / С. Моисеев // *Врач*. - 2000. - № 12. - С.4-8.
52. Насонов Е.Л. Фармакотерапия ревматоидного артрита с позиций доказательной медицины: новые рекомендации / Е.Л. Насонов // *Российский медицинский журнал*. - 2002. - № 6. - С. 294-301.
53. Оганов Р.Г. Лекарственная терапия сердечно-сосудистых заболеваний: данные доказательной медицины и реальная клиническая практика / Р.Г. Оганов, С.Ю. Марцевич // *Российский кардиологический журнал*. - 2001. - № 4. - С. 8-11.
54. Основы доказательной медицины. – Библиотека сервера andronet.ru (http://www.andronet.ru/descase/ebm_ebm.htm#a3).
55. Павлов А.В., Касьяненко А.М., Сияк И.М. Справочник по эпидемиологии. Киев, 1983.
56. Плавинский С.Л. Доказательная медицина и семейный врач / С.Л. Плавинский // *Российский семейный врач*. - 2003. - Т. 7, № 2. - С. 61-62.
57. Плавинский С.Л. Почему мы начинаем говорить о научно-доказательной медицине? / С.Л. Плавинский // *Российский семейный врач*. - 2000. - № 3. - С. 59-65.
58. Планирование и проведение клинических исследований лекарственных средств (под ред. Ю.В. Белоусова). - М.: Изд-во общества клинических исследователей, 2000. – 579 с.
59. Проблемы стандартизации информации в области лекарственных средств и образования в здравоохранении // *Лечащий врач*. - 2000. - № 2. - С. 43-47.
-
-

-
-
60. Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA. – М.: Медиа-Сфера, 2002. – 312 с.
61. Сепетлиев Д.А. Статистические методы в научных медицинских исследованиях. – М.: Медицина, 1968. – 420 с.
62. Сидоренко С.В. Обоснование выбора антибиотиков для лечения острого отита с позиций доказательной медицины / С.В. Сидоренко // Антибиотики и химиотерапия. - 2001. - № 3/1. - С. 3-12.
63. Сидоренко С.В. Рациональная антибиотикотерапия и доказательная медицина / С.В. Сидоренко. // Антибиотики и химиотерапия. - 2001. - № 9. - С. 12-18.
64. Скворцова В.И. Современные методы доказательной медицины / В.И. Скворцова, Л.В. Стаховская. / Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 2001. - № 8. - С. 32-34.
65. Скворцова В.И. Современные методы доказательной медицины / В.И. Скворцова // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 2002. - Т. 101, № 8. - С. 32-34.
66. Смирнов Ф. Доказательная медицина - компас в океане информации / Ф.Смирнов // Медицинская газета. - 2002. - № 2 (16 янв.). - С. 12.
67. Улащик В.С. Доказательная медицина: основные понятия, первые шаги в Беларуси / В.С. Улащик, А.К. Цыбин // Здоровоохранение: Орган МЗ Республики Беларусь. - 2000. - № 5. - С. 2-5.
68. Флетчер Р., Флетчер С., Вагнер Э. Клиническая эпидемиология. Основы Доказательной медицины. – М.: Медиа-Сфера, 2004. – 347 с.
69. Фролова Е.В. Скрининг с позиций доказательной медицины: необходимость, стоимость, эффективность / Е.В. Фролова // Российский семейный врач. -2000. - № 4. - С. 33-36.
70. Цой А.Н. Применение системы доказательной медицины в лечении бронхиальной астмы / А.Н. Цой, В.В. Архипов // Российский медицинский журнал. - 2001. - № 1. - С. 4-9.
71. Чучалин А.Г. Диагностика и лечение пневмоний с позиций медицины доказательств / А.Г. Чучалин, А.Н. Цой, В.В. Архипов // *Cosilium medicum*. - 2002. - Т. 4, № 12. - С.620-644.
72. Шапов И. Плюсы и минусы доказательной медицины / И. Шапов // Медицинская газета. - 2004. - № 7. - С. 12.
73. Ширинский В.А., Брускин З.З. Индивидуальная качественная оценка результатов исследования / Методические указания. – Омск, 1985.
74. Эпидемиологический анализ. Под ред. Попова В.Ф. М., 1983.
75. Юрьев, К.Л. Доказательная медицина. Кокрановское сотрудничество / К.Л. Юрьев, К.Н. Логановский // Украинский медицинский журнал. - 2000. - № 6. - С. 6-15.
76. Якубик А. Познавательная ценность теории и учение об истерии. – Медицинская библиотека сервера MedLinks.ru ([http:// medlinks.ru/](http://medlinks.ru/)).
77. Centre for Evidence-Based Medicine, Oxford (<http://cebm.net/toolbox.asp> or try http://cebm.net/focus_quest.asp).
78. David G. Kleinbaum, Lawrence L. Kupper Hal Morgenstern. Epidemiologic research. Principles and quantitative methods, 1982. – P.60.
79. Harold A. Kahn, *Methods in Epidemiology*, 1989. – P.291
80. K.F. Schulz et al. *JAMA* 1995; 273: 408-12.
81. R. Kunz, A. Oxman. *BMJ* 1998; 317: 1185-90.
82. Wan Po A. Фармакотерапия, основанная на доказательствах / Wan Po A // Клиническая фармакология и терапия. - 1998. - № 2. - С. 60-63.
-
-

ПРОФИЛАКТИКА И РЕАБИЛИТАЦИЯ

ПРОФИЛАКТИКА ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫМИ ВЕЩЕСТВАМИ

С.Д.Жаныбеков, П.Г.Брыжахин,
В.Н.Онгарова, Ж.Д.Брыжахина

г. Семипалатинск

Актуальность: Казахстан, как член Всемирной организации здравоохранения включен в проект, имеющий целью противостоять увеличению роста производства, продажи и употребления психоактивных веществ. В рамках данного проекта аспекты профилактики злоупотребления ПАВ занимают одну из ключевых позиций.

Аддиктивные расстройства, вызванные употреблением ПАВ, представляют собой чрезвычайно важную проблему. Широко известны факты быстрого роста злоупотребления алкоголем и появлением на территории стран СНГ нехарактерных, нетрадиционных видов ПАВ. Все это предопределяет инициативу, в которой система здравоохранения призвана играть доминирующую, значимую роль в выявлении и профилактике ущерба, связанного с употреблением ПАВ и имеющего следующие ориентиры: “К 2000 году, наносящее вред здоровью, потребление таких вызывающих зависимость веществ, как алкоголь, табак и психоактивные медикаменты, должно быть значительно снижено во всех странах-участницах”.

Исходя из этого; для эффективной профилактической работы были разработаны два основных направления

1. Уменьшение возможности доступа к психоактивным веществам
2. Уменьшение мотивации к употреблению этих веществ

Для достижения этих целей необходимо использование следующих стратегий (доктрин):

1. Политика общества, направленная на ограничение доступности ПАВ;
2. Информация и знания, направленные на предупреждение их употребления;
3. Лечение и организация помощи наркозависимым.

Исследование факторов, повышающих риск злоупотребления ПАВ, позволило выделить некоторые первичные цели для профилактической активности: а) семейные отношения; б) связи в узком социуме (ровесники); в) среда в учебных заведениях (школа, колледж, ВУЗ); г) окружение по месту жительства.

Профилактические мероприятия в сфере семейных отношений должны носить обучающий характер, а именно: прививание родителям навыков общения в семье, навыков эмпатии и понимания; установление внутри семьи четких установок – тради-

ций, негативно настроенных на употребление ПАВ. Собственное поведение родителей, связанное с употреблением ПАВ, должно быть ключевым фактором профилактики злоупотребления наркотическими веществами в семье. Что касается взаимоотношений со сверстниками, то здесь профилактические программы должны быть нацелены на модель “индивидуум-сверстники”. Эти отношения должны строиться с приобретением и закреплением навыков социальной компетентности, улучшения навыков общения, укрепления взаимоотношений со сверстниками и позитивных форм социального поведения, а также формирования навыков отказа от приема ПАВ в ситуациях, когда их предлагают.

В вопросах, касающихся влияния школьной среды на формирование употребления ПАВ, профилактические мероприятия должны быть нацелены на установку чувства принадлежности к коллективу, укреплению связей с учебным заведением, поощрения успехов, улучшение успеваемости.

Профилактические программы, касающиеся окружения по месту жительства осуществляются на коммунальном уровне с привлечением общественных, религиозных, негосударственных и государственных организаций. Роль медицинских учреждений, врачей, несомненно, является доминирующей, определяющей. Медикам принадлежит определенная роль на первичном, вторичном и третичном уровнях профилактики.

Первичная профилактика должна быть нацелена на начальное проявление проблем, связанных со злоупотреблением ПАВ. В прикладном значении первичная профилактика может выглядеть в виде доступных брошюр, санитарных бюллетеней, постеров и т.п. с соответствующим содержанием.

Вторичная профилактика направлена на как можно более раннее распознавание проблемы с последующим ее решением. Рычагами вторичной профилактики служат рекомендации, консультирование и лечение тех лиц, имеющих эту проблему. Примером вторичной профилактики может являться метод кратковременного вмешательства.

Третичная профилактика нацелена на уменьшение того вреда индивидууму и обществу, который наносится в связи с зависимостью от ПАВ. Примером третичной профилактики может послужить программа обмена использованных шприцев на стерильные шприцы, а также программы

заместительной терапии для страдающих зависимостью к ПАВ.

Исходя из ранее перечисленных моментов, можно сделать следующие выводы:

а) Для эффективной профилактической работы необходимо преследовать две основные цели: 1) уменьшение доступности ПАВ; 2) уменьшение мотивации к употреблению ПАВ.

б) Пути достижения этих целей являются следующие стратегии:

1) Политика общества, направленная на ограничение доступности.

2) Информация и образование, направленные на предупреждение употребления.

3) Лечение и организация специализированной помощи.

Литература:

1. Ван Дер Берг К., Буваьлда В. Учебное пособие по наркологии для врачей. – Минск, 1997.
2. *European Alcohol Action Plan. - Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1993.*
3. Harkin A., Anderson P. *Alcohol in Europe – A Health Perspective. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1995.*

РОЛЬ РЕКЛАМЫ ТАБАЧНОЙ ПРОДУКЦИИ В РАСПРОСТРАНЕНИИ ТАБАКОКУРЕНИЯ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ

С.А.Новикова

Табакокурение является фактором риска более чем 40 заболеваний и представляет одну из наиболее серьёзных проблем для большинства стран мира [10, 12, 21, 22]. По оценкам проведённого учёными анализа смертности от заболеваний, обусловленных курением, в период с 1950 по 2000 год умерло 60 миллионов человек и 450 миллионов умрут преждевременно в ближайшие 50 лет [15, 18].

Борьба с табакокурением является достаточно сложной и многоплановой проблемой, включающей социальные, психологические, экономические, юридические и другие аспекты. Её стратегическая задача – изменение отношения населения к курению, осознание грозной опасности этой страшной привычки для здоровья и жизни человека, предупреждение начала курения среди новых поколений. Предотвращение курения среди подростков и молодёжи уменьшит количество смертей, связанных с табакокурением, не ранее 2050 г. [15]. В ближайшем будущем, по мнению экспертов ВОЗ, здоровье населения будет зависеть от интенсивности отказа от курения, и поэтому прекращение курения рассматривают как одно из эффективных и перспективных направлений оздоровления населения и увеличения продолжительности жизни.

Отказ от привычки курения зависит от комплекса факторов, в число которых входят информированность о последствиях табакокурения, мотивация отказа от курения, отношение ближайшего окружения к этой привычке, наличие и степень никотиновой зависимости.

Изучение информированности населения о вреде курения, показывает, что большинство куриль-

щиков продолжают курить, несмотря на то, что хорошо осведомлены о вредном влиянии курения на здоровье (95,9% мужчин и 97,8% женщин), а хотят бросить курить 78,1% мужчин и 80,2% женщин [7]. Знание населения о последствиях табакокурения хотя и достаточные, но зачастую носят абстрактный характер, а ухудшение состояния своего здоровья курящие не связывают с потреблением табака. Такое “лёгкое” отношение к курению связано с рядом причин. Вот только некоторые из них: широкое распространение курения среди всех слоёв населения, независимо от возраста и пола; доступность табачных изделий и множество мифов, связанных с курением.

Направленность пропаганды табакокурения выявляет экономические интересы табачных компаний, которые не хотят терять своих потребителей, а более того разрабатывают различные способы для привлечения новых. Одним из таких способов является реклама табачной продукции [20, 21].

В “Отраслевой программе по преодолению курения табака в Российской Федерации на 1998-2000 годы” приводились следующие выводы: “Наводнение рынка России красочно оформленными импортными табачными изделиями, несмотря на значительное повышение цен, создаёт угрозу ещё большего увеличения распространённости курения, особенно среди молодёжи и женщин. Тем более, что этот процесс происходит на фоне существенного увеличения психоэмоционального напряжения, ухудшения питания и т.д. последствия этой “табачной” эпидемии уже в ближайшие годы скажутся на здоровье населения России [17, 18]. Широкое распространение курения табака и отсутствие чётких тенден-

ций к снижению числа курящих говорит о необходимости принятия дополнительных безотлагательных мер, направленных на предупреждение начала курения и его прекращения, то есть разработки и реализации комплексных программ по преодолению курения.

В России отсутствуют система контроля табачной продукции, организационные структуры, обеспечивающие предупреждение распространения табакокурения, единая система гигиенического воспитания населения, в частности детей и подростков, система оказания помощи курильщикам по преодолению курения.

Основными направлениями в решении данной проблемы должны быть:

- разработка новых правовых и нормативных актов, предусматривающих запретительные, ограничительные и просветительские меры по преодолению курения табака;

- постоянное межведомственное взаимодействие по привитию населению навыков здорового образа жизни;

- поддержка органов исполнительной власти всех уровней и общества в целом политики борьбы с курением на основе широкой информированности населения об экономических, моральных и генетических последствиях курения [7].

Постоянная реклама табачной продукции и её доступность - это те факторы, которые создают привлекательный образ для населения, в том числе и молодёжи. В рекламе табачных изделий используются, как правило, символы и атрибутика успешного и состоявшегося человека, который обязательно курит те или иные сигареты. Этот образ навязывается как через использование наружной рекламы, так и рекламы в модных популярных изданиях. Людям прививают определённый стиль жизни и поведения, диктуемый потребностями табачных производителей.

Также особое место необходимо отвести воздействию рекламы табачных изделий на молодых женщин. Эксперты ВОЗ проявляют высокую обеспокоенность по поводу расширения масштабов курения и других видов употребления табака женщинами и девушками во всём мире, и принимают во внимание необходимость полноценного участия женщин на всех уровнях разработки и осуществления политики, а также необходимость в стратегиях борьбы против табака, учитывающих гендерные аспекты [17, 18]. По имеющейся статистике, чтобы сохранить свою прибыль, табачные кампании должны добиться того, чтобы не менее 2,7 млн. новых покупателей начали курить. Основной целевой группой, которой адресована реклама табачных изделий (ежегодно на неё тратится 2,5 млрд. долларов США), сочли молодых женщин. Предназначенные только для женщин марки сигарет, широкая реклама, на которой курящими изображены ослепительно красивые, удачливые представительницы слабого пола, бесплатное предоставление модных товаров, спонсорство женских

спортивных мероприятий (например, соревнование по теннису и показы моделей одежды) - всё это составная часть маркетинга курения у женщин [22].

По оценкам экспертов, реклама табачных изделий составляет примерно 15% всей наружной рекламы России и более 5% рекламы в печатных СМИ. Поскольку на телевидении рекламировать сигареты запрещено, а в прессе эта реклама не слишком эффективна, то большая часть средств была израсходована на наружную рекламу. Основная часть рекламных бюджетов табачных компаний, а это не менее 70%, направлена на наружную рекламу.

10 июля 2001 года Государственной Думой был принят «Федеральный закон об ограничении курения табака» (№ 87-ФЗ), а 9 октября 2003 года были внесены изменения в статьи 16 и 33 Федерального Закона «О рекламе».

Рассмотрим поподробнее несколько статей ФЗ «О рекламе», касающихся рекламы табачных изделий.

Глава VII. Реклама алкогольной продукции, табака и табачных изделий

Статья 27. Общие требования к рекламе алкогольной продукции, табака и табачных изделий

Реклама алкогольной продукции, табака и табачных изделий, распространяемая любыми способами, не должна:

- содержать демонстрацию процессов курения и потребления алкогольной продукции, а также не должна создавать впечатление, что употребление алкогольной продукции или курение имеет важное значение для достижения общественного, спортивного или личного успеха либо для улучшения физического или психического состояния;

- дискредитировать воздержание от употребления алкогольной продукции или от курения, содержать информацию о положительных терапевтических свойствах алкогольной продукции, табака и табачных изделий и представлять их высокое содержание в продукте как достоинство;

- обращаться непосредственно к несовершеннолетним, а также использовать образы физических лиц в возрасте до 35 лет, высказывания или участие лиц, пользующихся популярностью у несовершеннолетних и лиц в возрасте до 21 года;

- распространяться в любой форме в радиопередачах, телепрограммах, при кино- и видеообслуживании, в печатных изданиях для несовершеннолетних;

- распространяться на первой и последней полосах газет, а также на первой и последней страницах и лицевых сторонах обложек журналов;

- распространяться в детских, учебных, медицинских, спортивных, культурных организациях, а также ближе 100 метров от них.

Статья 28. Особенности рекламы алкогольной продукции на телевидении и радио

На телевидении и радио реклама алкогольной продукции запрещается.

На телевидении и радио разрешена реклама только безалкогольных напитков.

Статья 29. Особенности рекламы табака и табачных изделий на телевидении и радио

На телевидении и радио запрещена реклама табачных изделий и табака.

(распространяться в радио- и телепрограммах с 7 до 22 часов местного времени)

Статья 30. Предупреждение о вреде курения

Реклама табака и табачных изделий в допущенных формах распространения обязательно должна сопровождаться предупреждением о вреде курения.

Для этой цели отводится не менее пяти процентов рекламной площади (пространства).

Распространение рекламы табака и табачных изделий во всех случаях должно сопровождаться предупреждением о вреде курения, причем в радио- и телепрограммах данному предупреждению должно быть отведено не менее чем три секунды эфирного времени, при распространении рекламы другими способами - не менее пяти процентов рекламной площади (пространства).

На основании внесённых изменений в Федеральный Закон “О рекламе”: “Реклама табака и табачных изделий запрещается, за исключением специализированных изданий и магазинов” (пункт вступает в силу с 1 января 2006 года).

3 марта 2003 года в Швейцарии прошла VI сессия Международного органа переговоров по проекту Рамочной Конвенции Всемирной организации здравоохранения по борьбе против табака.

В работе сессии приняли участие 190 стран. Ее целью является защита нынешнего и будущих поколений от разрушительных последствий для здоровья, а также социальных, экологических и экономических последствий потребления табака и воздействия табачного дыма посредством обеспечения рамок для мер борьбы против табака, возможность постоянно и существенно сокращать распространенность употребления табака и воздействие табачного дыма.

Конвенция содержит основные принципы политики борьбы против табака и механизм ее реализации.

Последовательное использование в практике стран этого документа позволит улучшить здоровье населения и снизить заболеваемость, инвалидность и смертность как за счет сдерживания роста табакокурения среди детей, так и за счет отказа от курения взрослых [8]. По данным ВОЗ, пагубная зависимость от табака поразила в мире около 1,1 миллиарда людей в возрасте старше 15 лет. 72% курящих (к 2025 году эта доля возрастет до 85%) – жители развивающихся стран. Каждые шесть секунд в мире от болезней, вызванных потреблением табака, умирает 1 че-

ловек, а в год – 3,5 миллиона. К 2025 году, если не бороться с табачным бизнесом, число смертей в мире от табака может возрасти до 10 млн. в год, причем из 145 млн. ныне живущих россиян табаком будут убиты около 20 млн. (13,8%), и каждый из них не доживает в среднем 20 лет. С тех пор, как ведутся межправительственные переговоры по Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака (РКБТ), начавшиеся в октябре 1999 года, умерли более 13 млн. человек, в том числе более 1 млн. в России.

Конвенция является частью глобальной стратегии, направленной на сокращение заболеваемости и смертности, связанных с потреблением табака во всем мире. Ее разработка явилась началом важной стадии в действиях ВОЗ. Исходя из глобальной угрозы, которую представляет потребление табака, 24 мая 1999 г. Всемирная ассамблея здравоохранения, представляющая 191 государство — членом ВОЗ, включая Россию, впервые использовала свои уставные полномочия по содействию разработке международного соглашения и единогласно утвердила резолюцию, призывающую разработать к 2003 году РКБТ — первый международный политический документ, призванный согласовать действия государств в этой жизненно важной сфере. 50 стран предложили организационную и финансовую поддержку разработке конвенции — нового правового инструмента, устанавливающего стандарты, которые страны могут принять для борьбы против рекламы табака, предупреждения контрабанды табачной продукции, поощрения программ по отказу от курения и других мер. При Министерстве здравоохранения РФ в 1999 г. была создана и работает над проектом конвенции межведомственная рабочая группа под председательством первого заместителя министра здравоохранения России Г.Г.Онищенко, включающая представителей заинтересованных министерств и ведомств. 1 марта 2003 г. по завершении заключительной, шестой сессии межправительственного органа по переговорам в отношении РКБТ, состоявшейся в Женеве, 171 страна-участница ВОЗ, включая Россию, согласовали проект конвенции.

Вот ее основные положения:

В преамбуле конвенции заявлено о необходимости защищать общественное здоровье, указано на уникальный характер табачной продукции и вред, который наносят компании, ее производящие.

Налоги. В тексте признается тот факт, что налоговые и ценовые меры являются важным подходом к сокращению потребления табака, особенно среди молодых людей. Страны, подписавшие конвенцию, призывают иметь в виду задачи общественного здоровья при осуществлении налоговой и ценовой политики в отношении табачной продукции.

Оформление упаковки. В тексте содержится требование, чтобы не менее 30%, а в идеале — 50% и более основных поверхностей упаковки табачной продукции занимали четкие предупреждения о вре-

де табака для здоровья в форме текста, рисунка или сочетания текста и рисунка. При оформлении упаковки запрещается использование надписей, которые создают ложное впечатление о том, что конкретный продукт является менее вредным для здоровья по сравнению с другими. Это требование может включать запрет на использование терминов “легкие”, “мягкие” или “низкое содержание смол”. На пачках для борьбы с контрабандой будет печататься текст “Продажа разрешена только в ...”.

Реклама. Все страны согласились, что всеобъемлющее запрещение рекламы, спонсорства и продвижения табака будет иметь значимое воздействие на сокращение потребления табачной продукции. Однако, некоторые страны имеют конституционные положения, включающие, например, свободу слова в коммерческих целях, которые не позволят им осуществить полный запрет пропаганды табачных изделий во всех средствах информации. Всемирный банк пришел к заключению, что в отличие от полного запрета ограничения на табачную рекламу не работают, так как индустрия просто переключает свои колоссальные рекламные бюджеты со средств массовой информации, попавших под ограничения, на СМИ, не включенные в ограничения, что позволяет табачной индустрии продолжать рекламу, направленную на детей.

В принятом проекте предусматривается, что стороны будут продвигаться к полному запрету рекламы в течение пяти лет после того, как конвенция вступит в силу. Страны, которые не смогут осуществить полный запрет, будут обязаны ограничить рекламу, продвижение и спонсорство табака в рамках своего законодательства. В тексте указано, что стороны, подписавшие конвенцию, рассмотрят возможность подготовки протокола, который обеспечил бы большую степень детализации трансграничной рекламы. Это может включать технические аспекты предупреждения или блокирования рекламы в таких областях, как спутниковое телевидение и Интернет.

Ответственность. Поощряется осуществление сторонами конвенции законодательных действий, направленных на то, чтобы табачная индустрия неслала ответственность за расходы, связанные с потреблением табака.

Финансирование. Стороны будут обязаны обеспечить финансовую поддержку своих национальных программ по борьбе с табаком. Кроме того, поощряется использование и продвижение существующего финансирования в области борьбы против табака. Уже высказали свою приверженность тому, чтобы включить борьбу против табака в число приоритетов в области развития государств ряд стран и агентств по развитию. В тексте проекта конвенции страны обязываются поощрять программы лечения, чтобы помочь людям прекратить курение, а также образовательные программы, направленные на предотвращение начала курения; запретить продажу

табачной продукции несовершеннолетним; ограничить подверженность табаку в общественных местах. Элементы РКБТ отражают политику ВОЗ и Всемирного банка в отношении всеобъемлющего плана по глобальному сокращению потребления табака. В период после 1970 года всемирными ассамблеями здравоохранения было принято почти 20 резолюций в поддержку борьбы против табака. Разница этих документов в том, что после принятия конвенции эти резолюции станут обязывающими в правовом отношении документами для подписавших ее сторон, после вступления конвенции в силу.

Профилактические программы. Будут проводиться широкие профилактические программы, причем специально оговорено участие в них неправительственных организаций, за исключением тех, которые связаны с табачной промышленностью.

Раскрытие состава табачных изделий. Каждая страна обязана будет информировать общественность о токсических составляющих табачных изделий и их дыма.

Национальные программы. Каждая страна должна разработать всесторонние национальные стратегии и программы борьбы против табака. Для осуществления этих планов создается (или укрепляется) и финансируется национальный координационный орган. Требованием конвенции является то, что разработка и осуществление такой политики должны проводиться без воздействия корпоративных интересов табачной индустрии.

Защита от табачного дыма. Стороны признали, что научные данные недвусмысленно подтверждают то, что воздействие табачного дыма является причиной смертей и болезней, и поэтому они будут принимать эффективные меры по защите от табачного дыма, в том числе в общественных помещениях и на рабочих местах.

В мае 2003 года проект конвенции ВОЗ был представлен очередной ассамблее Всемирной Организации здравоохранения. После принятия ассамблеей конвенция будет открыта для подписания и ратификации странами-членами ВОЗ, в том числе Россией, и вступит в силу после того, как будет ратифицирована 40 государствами. Страны, подписавшие конвенцию, будут осуществлять комплексные программы и стратегии по борьбе против табака на национальном, региональном и местном уровнях. Подписание, ратификация и осуществление Россией Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака необходимы стране “по жизненным показаниям” и, прежде всего, с точки зрения защиты общественного здоровья россиян. По сравнению с национальным законодательством конвенция содержит ряд прогрессивных положений. Конвенция позволит существенно усилить работу по борьбе против табака, возлагая дополнительные обязательства в этой сфере на органы государственного управления стран-участниц [6].

Однако, несмотря на договоренность не вносить новых формулировок, ряд стран-производителей табачной продукции (США, Япония, страны Евросоюза) заявили о невозможности подписания Конвенции в связи с несогласием с некоторыми ее формулировками. В частности, они заявили, что не могут согласиться с полным запретом рекламы табачных даже в перспективе [23].

В России также неоднозначно реагируют на предложение о полном запрещении рекламы табачной продукции. Реклама - это достаточно эффективный, стабильно развивающийся, в силу чего - очень привлекательный вид бизнеса. И всё же более 75% законодателей считают, что реклама способствует резкому росту распространения табакокурения, что наносит невосполнимый вред генофонду нации. Безусловно, такие итоги голосования явно не устраивают силы, заинтересованные в сохранении существующего режима рекламы. Отношение аналитиков ассоциации «Грандтабак» к запрету рекламы табачной продукции основывается на следующих соображениях:

1. Табачная продукция является легальным товаром, в силу чего имеет все юридические основания на рекламу.

2. Реклама зрелых товаров, к коим относятся курительные изделия ставит своей целью стимулирование не общего потребления, а прежде всего покупки данной конкретной марки товара. Роль рекламы в этом случае заключается, главным образом, в том, чтобы помочь потенциальным покупателям увидеть различия между брэндами. Реклама табачной продукции для сегодняшней России с ее еще неустоявшимся рынком особенно важна для пропаганды качественных нововведений (новые типы фильтров, более легкие сигареты с пониженным содержанием смол, никотина, окиси углерода и т.д.). Плюс она подстегивает производителей к постоянному улучшению качества своей продукции и к снижению вредных для здоровья факторов табакокурения. Иначе говоря, реклама способствует развитию выгодной для потребителя конкуренции между производителями и повышению общего уровня качества табачных изделий.

3. Реклама табака не является побудительным мотивом к становлению этой привычки у взрослых (согласно результатам российских и зарубежных исследований). Элементарные же социологические опросы школьников говорят о противоположном. Имиджевая реклама сигарет оказывает на детей и подростков несопоставимо более сильное

4. Сегодняшняя многочисленность наружной рекламы табака абсолютно большее воздействие, чем подпись «Минздрав предупреждает», ничем не оправдана. В Москве, например, на некоторых ули-

цах на одном лишь километровом участке такая реклама размещается подчас от 10 до 20 раз и более. Естественно, в такой навязчивой обстановке складывается впечатление, что помимо сигарет москвичей больше ничто не должно интересовать.

5. Табачная продукция является специфическим товаром, наносящим большой вред здоровью, как активному курильщику, так и окружающим его людям (пассивным курильщикам). Экономистами подсчитано, что затраты государства на лечение таких больных в будущем во много раз превысят прибыли, полученные от производства и оборота табачных изделий сегодня. Поэтому во всех передовых странах мира идет активная борьба с табакокурением, в том числе и через запрет рекламы табака. Однако в силу вовлечения в табачный бизнес крупных капиталов, большой инерционности производства табачных изделий, которая имеет социально ориентированную направленность, все запретительно-административные меры осуществляются поэтапно в течение нескольких лет.

Подводя итоги всему вышеприведенному, аналитики ассоциации «Грандтабак» считают, что на сегодняшний момент в России нецелесообразно запрещать рекламу табачной продукции, но ее обязательно надо ограничить.

И вносят следующие предложения:

1. Необходимо убрать все образы красивой жизни, симпатичные пейзажи, вызывающие ощущения свежего воздуха и т.д. на рекламе должны помещаться изображения торговых марок и потребительские свойства брэнда.

2. Плотность размещения наружной рекламы табака должна быть сокращена.

3. Рекламные бюджеты табачных компаний следует разделить на две равные составляющие. Одна из них будет расходоваться по прямому назначению, а другая должна перечисляться на специальный счёт Минздрава для целенаправленного финансирования анти-табачной рекламы, что позволяет сохранить интересы всех, кто задействован в рекламном бизнесе табака [10].

По сообщению Associated Press 11 октября 2004 года страны Евросоюза ввели запрет на рекламу табачной продукции в периодической печати, Интернете и на международных спортивных мероприятиях.

Итак, проблема табакокурения носит как социально-психологический, так и экономический характер и должна рассматриваться с позиции комплексного подхода в разработке программ по разрешению этой проблемы. Основная направленность новых антитабачных программ должна отображать преимущества здорового образа жизни, лишённого каких-либо зависимостей, т.е. свободного и успешного стиля жизни. Использование рекламы для реализации этих программ видится необходимой

Литература

1. Вихирева О.В. *Современные медикаментозные методы лечения табачной зависимости (обзор литературы)* // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – 2002. – № 3. – С. 35-42.

-
-
2. Грищенко С.В., Джошуа А.Г., Доценко Т.М. та ін. Поширеність шкідливих звичок серед населення Донецької області та їх роль у виникненні цереброваскулярних захворювань і сечокам'яної хвороби // *Одеський мед. журн.* – 2003. – № 3. – С. 92-96.
 3. *Економіка здоров'я.* http://www.treatobacco.net/health/print_health.cfm.
 4. Камардина Т.В., Глазунов И.С. Причини, прештвующие успешному отказу от курения // *Профилактика заболев. и укрепл. здоровья.* – 2002. – № 3. – С. 28-31.
 5. Красовский К., Андреева Т., Крисанов Д. и др. *Економіка контролю над табаком в Україні с точки зрения общественного здравоохранения.* – К.: Полиграфцентр ТАТ, 2002. – 145 с.
 6. *Медицинский вестник.* – 2003.- № 13, 14. – с. 31-33.
 7. ФЗ “О рекламе”. – М., 2000. – с. 45.
 8. Конвенция –Женева. <http://www.apt.by/press-release/zheneva/htm>
 9. Холмогорова Г.Т. Третья Европейская конференция “Табак или здоровье”. Устранимь разногласия – солидарность для здоровья // *Профилактика заболев. и укрепл. здоровья.* – 2002. – № 5. – С. 46-47.
 10. *Ad Hoc Inter-Agency Task Force on Tobacco Control (Report of the Secretary – General on substantive session of 2000, New York, 5 July -1 August, 2000), E/2000/21. Economic and Social Council, United Nations 2000.* – 23 p.
 11. *Cancel control Objectives for the Nation: 1985–200. NCI Monographs.* – 1986. – № 2. – P. 3-5.
 12. Doll R. Review: Fifty years of research on tobacco // *J. Epidemiol. Biostat.* – 2000. – Vol. 5, № 5. – P. 321-329.
 13. Hughes J.R. Four beliefs that may impede progress in the treatment of smoking // *Tob. Control.* – 1999. – № 8. – P. 323-326.
 14. Hurt R.D., Sachs D.P., Glover E.D. et al. A comparison of sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation // *New Engl. J. Med.* – 1997. – Vol. 37, № 17. – P. 1195-1202.
 15. Lancaster T., Stead L., Silagy C., Sowden A. Effectiveness of interventions to help people stop smoking: findings from the Cochrane Library // *Brit. Med. J.* – 2000. – Vol. 321, № 7257. – P. 355-358.
 16. McAvoy B.H., Kaner E.F., Lock C.A. et al. Our healthier nation: are general practitioners willing and able to deliver? A survey of attitudes to and involvement in health promotion and lifestyle counseling // *Brit. J. Gen. Pract.* – 1999. – Vol. 49. – P. 187-190.
 17. Pardell H., Tresseras R., Salto E. et al. Management of hypertensive patient who smoke // *Drugs.* – 1998. – Vol. 56, № 2. – P. 177-187.
 18. Peto R., Lopez A.D., Boreham J. et al. *Mortality from smoking in developed countries, 1950–2000.* – Oxford Medical Publications, 1994.
 19. Sandstrom P., Korhonen T., Mannonen P. et al. on behalf of the Working Group of International Quit and Win 1998. Helsinki National Public Health Institute (KTL) B5/2001. – 3 p.
 20. Shiffman S., Masson K.M., Henningfield J.E. Tobacco dependence treatments: review and prospectus // *Ann. Rev. Publ. Health.* – 1998. – Vol. 19, № 2. – P. 335-358.
 21. *Tobacco Control Can Prevent Millions of Death in Eastern Europe and Central Asia. News Release N 99/2209/ECA. The World Bank Group 2000.* – 17 p.
 22. *United Nations Statistics Division.* <http://www.who.un.org/Depts/unsd/social/html>.
 23. Westr., McNeill A., Raw M. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update // *Thorax.* – 2000. – Vol. 55. – P. 987-999.

**РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОВЕДЕННОГО ДОЗОРНОГО ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА
СРЕДИ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОТИКОВ
В г. КАРАГАНДЕ В 2003-2004 ГОДАХ**

А.М.Нуржанова, А.Т.Ескалиева

Эпидемиологическая ситуация по ВИЧ-инфекции в области остается напряженной. На 01.01.2005 года зарегистрировано 1431 случаев ВИЧ-инфекции, показатель на 100 тысяч населения составляет 107,5, что в 3,5 раза превышает показатель заболеваемости по Республике.

В Карагандинской области с 2002 года проводится дозорный эпидемиологический надзор (ДЭН) среди потребителей инъекционных наркотиков (ПИН).

Целью проведения ДЭН является изучение распространенности ВИЧ-инфекции, ВГС, сифилиса, а

также моделей рискованного поведения в группах ПИН, связанных с риском ВИЧ-инфицирования.

Проведена репрезентативная выборка с помощью специально разработанной (СиДиСи, Атланта, США) компьютерной программы Epi-Info.

Выборка определена по городу Караганде в 2003 году - 270, в 2004 году - 350 ПИН.

Учет плотности расселения ПИН внутри города.

Город Караганда был подразделен на участки в соответствии с дислокацией УПП административной полиции.

Отбор респондентов на участке проводился методом снежного кома.

К работе привлекались волонтеры, обученные на семинаре-тренинге, их задачей было привлечение ПИН в ПОШ (стационарный и передвижной).

При проведении ДЭН проводилось добровольное анонимное связанное тестирование и анкетирование после получения устного информированного согласия с проведением до-тестового консультирования.

Лабораторное тестирование при ДЭН.

Независимо от распространенности ВИЧ в исследуемой популяции была выбрана вторая стратегия тестирования на ВИЧ.

Для исследования биообразцов был применен иммуноферментный анализ – твердофазная ELISA.

Выводы:

➤ Уровень распространенности ВИЧ в группе ПИН составил в 2004 году – 1,1%, в 2003 году - 2,2%.

➤ Уровень распространенности гепатита С составил 65,1% в 2004 году, т.е. более половины ПИН инфицированы гепатитом С, что указывает на правильно проведенную и достоверную выборку. В 2003 году она составляла 59,7%.

➤ Уровень распространенности сифилиса составил 7,7% в 2004 году. Отмечен рост сифилиса по сравнению с 2003 годом (в 2003 году - 4,4%).

➤ Увеличился охват ПИН профилактическими программами и составил в 2004 году 70,6% (в 2003 году - 60,4%).

➤ Вместе с тем больше половины ПИН продолжают практиковать забор наркотика из общей емкости и прочие опасные практики введения наркотиков: использование чужого шприца составила 23% в 2004 году и 24,2% в 2003 году; пускали шприц по кругу 14,3% в 2004 году и 20,8% в 2003 году; перекачивали наркотик из одного шприца в другой 24,9% в 2004 году и 27,5% в 2003 году.

➤ Свыше 80% имеют постоянного полового партнера, но на протяжении последних шести месяцев свыше 30% имели непостоянных половых партнеров, а каждый десятый - коммерческого полового партнера. Каждый двенадцатый ПИН имел хотя бы один из симптомов ИППП в течение шести предыдущих месяцев. На 15,2% снизилось обращение при наличии симптомов ИППП в кожендиспансер в 2004 году, причем третья часть стала заниматься самолечением.

КЛИНИКА

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РИСПОЛЕПТА В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Б.С.Байкенова, З.Х.Жанабаева

г. Павлодар

На современном этапе развития психиатрической помощи населению особое значение приобретает возможности амбулаторного долечивания и организации поддерживающего лечения пациентов с психическими расстройствами.

Основной контингент подавляющего большинства психических расстройств составляют пациенты шизофренией, которые нуждаются в длительной противорецидивной терапии.

До настоящего времени в лечении пациентов шизофренией применялись основные классические нейролептики, которые наряду с достоинствами имели и существенные недостатки, такие как экстрапирамидные нарушения, дистонические реакции, акатизию, поздние дискинезии и др.

К настоящему времени значительный прогресс в области фармакологической коррекции побочных расстройств был достигнут с появлением антипсихотических препаратов нового поколения, так на-

зываемых атипичных антипсихотиков, к числу которых относится рисполепт.

Целью настоящего исследования является попытка анализа применения рисполепта в амбулаторных условиях, выявление длительности ремиссии, частоты обострения, а также характер поддерживающей терапии в сочетании с другими препаратами.

В исследование включались все выписанные пациенты из стационара в возрасте от 18 лет и пациенты, получающие поддерживающие терапию амбулаторно.

Нами катamnестически исследовано 91 пациент путем прямого клинического наблюдения в течение 2004 года. Из 91 пациентов - 42 мужчины (46,1%), женщин – 49 человек (53,8%).

Пациенты также были распределены по длительности заболевания: от 1 года до 3-х лет; от 3-х лет до 10 лет; более 10-ти лет, что наглядно представлено в таблице № 1.

Таблица 1

Длительность заболевания	всего		мужчины		Женщины	
	абсолютное число	%	абсолютное число	%	абсолютное число	%
От 1 года до 3 лет	42	46,1	20	47,6	22	52,4
От 3 до 10 лет	25	27,4	11	44	14	56
Более 10 лет	24	26,3	11	45,8	13	54,2

Мы также распределили пациентов по типу течения заболевания, которая представлена в таблице № 2.

Таблица 2

Типы течения заболевания	всего		мужчины		Женщины	
	абсолютное число	%	абсолютное число	%	абсолютное число	%
Шубообразный	45	49,4	20	44,4	25	55,6
Непрерывно-прогредиентный	44	48,3	21	47,7	23	52,3
Шизоаффективное расстройство	2	2,2	1	50	1	50

Суточная доза рисполепта составила 2–4 мг в сутки.

34 пациентам (37,3%) рисполепт был назначен в стационаре с рекомендацией дальнейшего лечения в амбулаторных условиях. Остальным 57 пациентам (62,7%) назначено участковыми врачами.

В ходе клинического наблюдения было отмечено, что на фоне приема рисполепта у части пациентов отмечались тревога, бессонница, раздражительность, снижение настроения с беспокойством, скованность. При данных расстройствах приходилось комбинировать лечение с другими препаратами. Сочетание других препаратов с рисполептом приведено в таблице 3.

Препараты	Кол-во пациентов в абсолютных числах	Кол-во пациентов в % соотношении
Моно терапия рисполептом	46	50,5
Антидепрессанты (амитриптилин)	6	6,6
Транквилизаторы (нозепам)	11	12,8
Корректоры (циклодол)	4	4,4
Классические нейролептики	15	16,4

Среди получавших монотерапию рисполептом у 46 пациентов терапевтический эффект от препарата отмечен уже после первой недели лечения. Высокая терапевтическая эффективность отмечена особенно у пациентов с длительностью заболевания от 1 года до 3 лет. У данных пациентов отмечалась хорошая переносимость, они охотно шли на контакт с врачом, начинали раскрывать свои переживания, становились более активными, эмоциональными, проявляли заботу о родных.

Из приведенной таблицы 3 можно проследить что 6,6% пациентов дополнительно получали амитриптилин, 12,8% пациентов – нозепам. Циклодол назначался только 4,4% пациентов.

Необходимо отметить, что классические нейролептики (галоперидол – деканоат, тизерцин, азалеπτин, трифтазин) дополнительно назначались пациентам, длительно болеющим и с непрерывно – прогрессирующим течением болезни, - 15 человек (16,4%). Данным пациентам препараты назначались дополнительно по их настоянию, так как они испытывали страх рецидива болезни и особенно страх повторной госпитализации.

На фоне приема рисполепта в стационар было госпитализировано 5 (5,5%) пациентов. При выяснении причин госпитализации выявлено нарушение

данными пациентами предписания врача, самостоятельные перерывы в процессе лечения.

4 пациента (4%), принимая рисполепт, терапевтического эффекта не отмечали, хотя и продолжали принимать рисполепт.

Обсуждая результаты данного исследования можно отметить, что противорецидивный эффект рисполепта при применении в виде монотерапии и экстрапирамидные побочные эффекты возникают значительно реже, чем при терапии классическими нейролептиками. Среди пациентов принимающих рисполепт резко сократилось число повторных госпитализации в стационар. Среди пациентов не отмечено повышение массы тела. Отмечено удобство приема препарата, преимущественно 1- кратный, и самое главное – отсутствие нежелательных побочных эффектов в процессе терапии.

Таким образом, рисполепт является высококачественным и безопасным препаратом, отличающимся удобством применения, обладает серьезными преимуществами при лечении впервые выявленных пациентов шизофренией и особенно у пациентов с небольшими сроками заболевания.

Введение в психоневрологическую практику препарата рисполепт в значительной степени расширяет арсенал терапевтических возможностей врача для лечения психотических расстройств у пациентов.

Литература:

1. Авруцкий Г. Я. Лечение психически больных. - Москва, 1988.
2. Дмитриева Т. Б. Клиническая психиатрия. - Москва, 1999.
3. Журнал "Психиатрия и психофармакотерапия". - 1, 1999; 5, 2001.
4. Журнал Института неврологии и психиатрии им. Корсакова. - 10, 2002.
5. Журнал "Проблемы социальной медицины и управления здравоохранением". - 31, 2004.
6. Журнал "Вопросы ментальной медицины и экологии". - 10, 2004.
7. Журнал "Психиатрия, психотерапия және наркология". - 3, 2004.
8. Шейдер Р. Психиатрия. - Москва, 1998.
9. Каплан Г. И., Сэдок Б. Дж. Клиническая психиатрия. - Москва, 2002. – 1.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ОПИОИДНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ НАРКОПОТРЕБИТЕЛЕЙ

А.Т.Ескалиева

Неблагоприятный прогноз заболевания, особенности передачи возбудителя, молодой возраст заразившихся, наличие среди больных лиц с зависимостями и инверсией полового поведения – все эти факторы делают социально - психологическую ситуацию наших пациентов более тяжелой, даже в сравнении с онкологическими больными, больными туберкулезом, а также другими заболеваниями, передающимися половым путем (Malyon., et al., 1983).

Зерником Е. Ц., Зиньковским А. К., Петровым В. И., 2000, были обследованы больные наркоманией с диагнозом ВИЧ - инфекция в стадии первичных проявлений 2Б. Показано, что клиническая выраженность аффективных нарушений зависит как от преморбидных особенностей личности и факта употребления наркотиков на момент обследования, так и от длительности наркомании. Чем дольше больные наркоманией воздерживались от приема наркотиков и чем чаще они были носителями преморбидных радикалов, тем более были клинически выражены острые аффективные реакции в ответ на сообщение диагноза ВИЧ-инфекции.

Клинические особенности действия опиатов на организм

В последние годы появилось очень много новых сведений о клинических и молекулярных эффектах экзогенных и эндогенных опиоидов (энкефалинов, эндорфинов, неоэндорфинов) (Grimm M. C. et al., 1998).

Сегодня принято считать, что эндогенные, природные и синтетические опиоиды действуют через опиатные рецепторы, которые имеются как в центральной, так и в периферической нервной системе (Grunbergneil E., 1994).

В 1974 г. был выделен эндогенный фактор с опиатоподобным действием, оказавшийся пентапептидом - энкефалин, некоторые виды которого были выделены из мозга и названы эндорфинами.

Эндорфины участвуют в нейронной передаче и служат для подавления боли. Они высвобождаются в организме естественным путем в том случае, если организму наносится физическое повреждение, и частично обуславливают отсутствие болевых ощущений в моменты ранения (Н. Н. Чучкова и соавт., 1997).

Героин самый сильнодействующий наркотик. Он лучше растворяется, чем морфий; быстро проходит через гематоэнцефалический барьер и поэтому, действует быстрее морфия (Ouemade Bailey U. J. et al., 1996).

Для того, чтобы появился абстинентный синдром (зависимость), требуется определенный период по-

стоянного связывания рецепторов веществом. В случае длительного влияния опиоидов на организм человека в опиоидных рецепторах происходят изменения, которые и обуславливают привыкание и формируют зависимость от препарата. Доказано, что хроническое воздействие опиоидов на организм вызывают внутриклеточные изменения содержания кальция, циклической АМР и адениловых нуклеотидов (Сибирова О. Ф. и соавт., 1998).

Когда наркотик вытесняется из рецепторов (например, с помощью антагониста) или когда он по каким либо причинам он не поступает в организм, развивается синдром отмены (Eissenberg T. et al., 1996). Быстрое вытеснение опиоида из рецепторов ведет к развитию более сильного синдрома отмены (Taitlin V. J., 1998).

Хроническое использование препарата может также вызвать повышенную чувствительность дофаминергической, холинергической и серотонинергической систем. Активность адренергических нейронов в синем пятне в этом случае понижается (Marinelli M. et al., 1998).

При абстиненции наблюдается “синдром отдачи” в виде гиперактивности этих систем. Клонидин, агонист адренергической системы, тормозит активность нейронов в синем пятне, что, вероятно, обуславливает его способность купировать абстинентный синдром. На основании вышеприведенных изменений для описания физической зависимости был предложен термин “нейроадаптация” (Self D. Wet al., 1995).

Клинические проявления, вызванные повторными приемами морфия, могут служить моделью для действия всех видов опиатов. После приема небольшого количества вещества (5-10 мг) развиваются анальгезия, дремотное состояние, изменяется настроение и затуманивается сознание. Максимум анальгезирующего воздействия отмечается через 20 минут после внутривенного или через 1 час после подкожного введения препарата и продолжается от 4 до 6 ч в зависимости от типа опиоида, дозы и стажа наркозависимости. Первый прием опиоидов у многих людей вызывает дисфорию, а не эйфорию, а также тошноту и рвоту.

Анальгезия, вызванная морфием, имеет избирательный характер. Порог нервных окончаний к болевым стимулам не изменен, так же как и проводимость нервных импульсов. Напротив, изменяется восприятие боли, причем так, что больной становится безразличным к ней. Некоторые больные испытывают эйфорию, которая продолжается до полудня. При внутривенном введении препарата, он

попадает в мозг наркомана буквально через несколько минут после инъекции, поэтому тотчас же отмечается достижение наивысшей точки удовольствия, которая описывается как чувство, близкое к оргазму (называемое “кайф”, rush). За этим следует седативный эффект, который наркоманы называют “уход в дремоту”, nodding off.

Героин, фармакологический сходный с морфием, вызывает анальгезию, дремотное состояние и изменения настроения. Воздействия героина, обуславливающее удовольствие и эйфорию, примерно в 2 раза выше, чем морфия. К другим проявлениям действия морфия относятся: чувство тепла, тяжесть в конечностях, сухость во рту. Часто лицо, особенно нос, зудят и краснеют, что можно связать с выделением гистамина. При опийной наркомании у всех больных отмечаются неврологические расстройства. Обычно они возникают в первые месяцы приема наркотиков; степень их выраженности взаимосвязана с величиной вводимых доз. Симптоматика нарастает по мере увеличения длительности заболевания. У больных опийной наркоманией со второй стадией заболевания, характеризующейся сформированной физической и психической зависимостью, выявлены топические синдромы поражения различных отделов нервной системы, обусловленные хроническим воздействием наркотика (К. Г. Надилова и соавт., 2001; К. Г. Надилова и соавт., 2001).

Неврологическая симптоматика при опийной интоксикации во многом определяется поражением нейронов и их мембран, что выявляется на световом и электронно-микроскопическом уровне. При острой морфийной интоксикации отмечается выраженный внутриклеточный отек большинства гигантских нервных клеток ретикулярной формации мозга. Тотальному отеку подвергаются концевые отростки клеток нейроглии, принадлежащие к структуре гематоэнцефалического барьера. Явления отека сопровождаются деструктивными изменениями органелл нервных клеток и нервных волокон. Патологические изменения синапсов проявлялись в склеивании и деструкции синаптических пузырьков, вакуолизации мембранного комплекса шипикового аппарата, деструкции органелл, расположенных в пре- и постсинаптической области (Г.Б.Кабдрахманова, 2001). При хронической наркотической интоксикации отмечаются выраженные деструктивные и дистрофические изменения в различных структурах головного мозга, в том числе в лимбических структурах, где, по современным данным, формируются механизмы наркозависимости. Обнаруженные различные варианты дистрофических и деструктивных процессов нейронов, или повреждение микроциркуляторного русла лимбической коры могут вести к асинхронности аксондритической связей, к дисфункции передачи возбуждения по различным отделам лимбической системы, что проявляется соответствующей клиникой опийной наркомании

(С. К. Кайшибаев и соавт., 2001; М. М. Тусупбекова и соавт., 2001). Наиболее выраженные изменения отмечались в гипоталамусе, стриатуме, гиппокампе, которые, вероятно, являются наиболее чувствительными к воздействию наркотика, и обуславливают развитие психоэмоциональных нарушений, гипоталамического синдрома, экстрапирамидных расстройств у больных наркоманией (Д. М. Джангозина и соавт., 2002).

При хроническом употреблении опия у больных отмечается достоверное снижение секреции лютеинизирующего и фолликулостимулирующего гормонов гипофиза. Снижение уровня гонадотропинов объясняют развитием деструктивных процессов в нейронах медиобазальных ядер гипоталамуса, что в свою очередь ведёт к снижению частоты пульсации выделения гонадотропин-релизинг-гормона. Предполагают, что помимо прямых ингибиторных действий опиатов на релизинг-гормонопродуцирующие нейроны, они влияют на секрецию гонадотропинов через катехоламинергические нейромедиаторы гипоталамуса, блокируя главным образом норадренергический вход в преоптическую область. При этом декомпенсация тропной функции гипофиза при третьей стадии наркомании может быть обусловлена прямым действием опиатов на гонадотропные клетки гипофиза (Г. Б. Кабдрахманова и соавт., 2001).

У больных опийной наркоманией происходит активация кислород-зависимого метаболизма макрофагов, увеличивается способность клеток вырабатывать свободно-радикальные формы кислорода. Это сопровождается снижением резервных возможностей макрофагов и угнетением синтеза интерлейкина - 1.

Нарушение иммунологической реактивности сопровождается преобладанием гуморальных реакций. В связи с этим возникает необходимость включения в комплексную терапию таких больных иммунокорректирующих препаратов (К. К. Кулмуханова, 2001; С. М. Утешева и соавт, 2001; С. М. Утешева и соавт., 2001). У больных опийной наркоманией в крови отмечается изменения показателей калликреиновой системы, что можно расценивать как отражение несостоятельности адаптивно-компенсаторных механизмов организма (Д. М. Джангозина, 2001).

Наркотики, особенно изготовленные кустарным путём, обладают высокой токсичностью и приводят к тяжелым соматическим заболеваниям, в том числе к поражению бронхо-лёгочного аппарата (Е. А. Кочеткова и соавт., 1998; Д. Ж. Тайжанова и соавт., 2002).

Экспериментальные исследования показали, что у крыс линии Вистар на двадцатые сутки ежедневного введения среднетоксической дозы морфина развивается деструкция отдельных альвеолоцитов I типа с выбросом клеточного содержимого в полость альвеол. При этом в альвеолоцитах 2 типа отмечается повышенная секреторная активность с выбросом на

поверхность альвеол значительного количества сурфактанта (Д. Ж. Тайжанова и соавт., 2001).

У потребителей наркотиков наблюдаются изменения артериального давления, скорости сердечных сокращений и мозгового кровообращения. Наиболее часто употребляемые в настоящее время наркотические вещества (кокаин, героин) обладают выраженным кардиотоксическим эффектом, который может проявляться в виде летальных аритмий, инфаркта миокарда, причем поражение миокарда имеет некоронагенный характер (Е. Ф. Белянкина и соавт., 2001; В. И. Поданева и соавт., 2001). Морфий вызывает сужение зрачков, сокращение гладкой мускулатуры (включая матку и желчный проток) и, как следствие, понос. У потребителей опия отмечают поражения печени и почек (Д. Ж. Тайжанова и соавт., 2001; Г. К. Мамбетова и соавт., 2001; Д. Ж. Тайжанова и соавт., 2002). Морфий и другие опиаты подавляют дыхательную активность вследствие прямого влияния на дыхательные центры мозгового ствола, поэтому у людей смерть от передозировки опиатов почти всегда связана с остановкой дыхания. Причиной внезапной смерти могут быть также идиосинкразические реакции, такие как аллергия, анафилактический

шок и отек легких. Депрессирующие эффекты морфия и других опиоидов усиливаются фенотиазидами и блокаторами моноаминоксидазы. Трагические исходы отмечались у больных, получающих антидепрессанты, особенно ингибиторы моноаминоксидазы, которым вводили промедол. Передозирование опиоида представляет собой опасность для жизни и проявляется в виде выраженной ареактивности, комы, замедление дыхания, гипотермии, гипотензии, шока и брадикардии. Триада, включающая кому, зрачки в виде булавочной головки и подавленную дыхательную функцию, позволяют предположить наличие передозировки опиоидов. Имеющиеся на ногах, руках, локтях, в паху (или даже на дорсальной вене полового члена) следы от иглы у больного находящегося в бессознательном состоянии, должны насторожить врача о возможности передозировки наркотиков.

Таким образом, наркотики и другие психоактивные вещества в случае их применения в немедицинских целях в течение короткого времени способны привести к развитию наркомании - синдромов психической и физической зависимости от приема наркотиков (Д. П. Билибин, В. Е. Дворников, 1991).

Список использованной литературы:

1. Grimm M.C., Ben-Baruch A., Taub D., Howard O., Resau J., Wand J., Richardson R., Snyderman R., Oppenheim J. *Opiates transdeactivate chemorine receptors: opiate receptor-mediated heterologous desensitization* // *Exp.Med.* 1998, 2, P.317-325.
2. Чучкова Н. Н., Глумова В. А., Юмикова Н.А. *Центральные и периферические звенья регуляции при экспериментальном хроническом морфинизме* // *Материалы научной конференции, посвящ. 190-летию каф. Анатомии человека КГМУ и 100-летию со дня рождения член-кор. АН СССР, профессора Н. Г. Колосова, Казань, 1997, С. 99-100.*
3. Eisenstein T. *Effects of opioids on immune function and host defense to infection*//*NIDA Res Monogr.* 1996. 174. P.32-33.
4. Taitslin V., Matuzok E. *Neurological aspects of opium addiction in imprisoned women* // *Addict. Biol.* 1998, 3, P. 315-319.
5. Надирова К. Г, Сегизбаева Б. Т, Кабдрахманова Г. Б., Киспаева Т. Т. *Неврологические проявления опиоидной наркомании* // *Состояние и пути совершенствования диагностической службы в лечении и профилактике заболеваний: Материалы юбилейной научно-практической конференции, Караганда, 2001, С.145-146.*
6. Надирова К. Г., Кабдрахманова Г. Б. *Лимбические синдромы при эндо и экзогенных интоксикациях* // *Актуальные проблемы экспериментальной и клинической физиологии. Международная научно - практическая конференция, посвященная 10-летию РК, Алматы, 2001, С. 244 - 247.*
7. Кабдрахманова Г. Б. *Ультроструктурные изменения ретикулярной формации мозга при острой морфинной интоксикации* // *Вопросы морфологии и клиники: Сборник научных работ, посвященный 10-летию независимости РК. Выпуск 6, Алматы, 2001, С. 97-99.*
8. Кайшибаев С. К., Тусупбекова М. М., Кабдрахманова Г. Б, Григолашвили М. А. *Патоморфологические изменения в разных отделах головного мозга у больных опиоидной наркоманией* // *Вопросы морфологии и клиники: Сборник научных работ, посвященный 10-летию независимости РК. Выпуск 6, Алматы, 2001, С. 104 -106.*
9. Тусупбекова М. М., Медведева И. В., Кабдрахманова Г. Б, Сагинтаева Р. С. *Морфологические изменения лимбической коры головного мозга при опиоидной интоксикации в условиях эксперимента* // *Вопросы морфологии и клиники: Сборник научных работ, посвященный 10-летию независимости РК. Выпуск 6, Алматы, 2001, С.107-108.*
10. Джангозина Д. М., Киспаева Т. Т., Киспаева Ж. К. *Показатели окислительного метаболизма в различных структурах головного мозга при острой экспериментальной опиоидной интоксикации* // *Актуальные проблемы здоровья человека и формирования среды обитания: Материалы международной научно-практической конференции, посвященной 30-летию Карагандинского государственного университета им. Е. А. Букетова и году здоровья. Караганда, 2002, С. 75 - 78.*

-
-
11. Кабдрахманова Г. Б., Сагинтаева Р. С. Особенности секреции фолликулостимулирующего и лютеинизирующего гормонов гипофиза при опийной наркомании в зависимости от стадии заболевания // Актуальные проблемы экспериментальной и клинической физиологии. Международная научно - практическая конференция, посвященная 10-летию РК, Алматы, 2001, С. 154-156.
12. Кулмуханова К. К. Оценка состояния функциональной метаболической активности нейтрофилов у больных с опийной наркоманией // Актуальные проблемы экспериментальной и клинической физиологии. Международная научно-практическая конференция, посвященная 10-летию РК, Алматы, 2001, С. 204 - 205.
13. Джангозина Д. М., Кабдрахманова Г. Б. Показатели калликреиновой системы в крови больных опийной наркоманией // Актуальные проблемы экспериментальной и клинической физиологии. Международная научно-практическая конференция, посвященная 10-летию РК, Алматы, 2001, С. 94 - 95.
14. Кочеткова Е. А., Шерстюк Б.В., Гелцер Б. И. Кардиореспираторные нарушения при наркоманиях // Тер. архив 1998, №12, С. 84 - 87.
15. Тайжанова Д. Ж., Курманова Ж. С., Марциоха Л. В., Клинико - функциональная характеристика токсической нефропатии у потребителей опиоя // Материалы международной научно-практической конференции, посвященной 30-летию Карагандинского государственного университета им. Е. А. Букетова и году здоровья. Караганда, 2002, С. 294 - 297.
16. Тайжанова Д. Ж., Алиакпаров М. Т., Федотовских Г. В., Сейсембеков Т. З. Ультроструктура легких при интоксикации морфином в эксперименте// Вопросы морфологии и клиники: Сборник научных работ, посвященный 10-летию независимости РК. Выпуск 6, Алматы, 2001, С. 121 - 124.
17. Белякина Е.Ф., Михайлова С. С., Алимбаев Е. А., Тентекбаев М. А. Клинические особенности и гемодинамика при тяжелых отравлениях наркотическими препаратами //Состояние и пути совершенствования диагностической службы в лечении и профилактике заболеваний: Материалы юбилейной научно - практической конференции, Караганда, 2001, С. 92 - 93.
18. Поданева В. И., Товштейн Е. Ю., Мамбетова Г. К., Айтбаева Б. К. Морфологические изменения в миокарде при передозировке наркотических веществ // Вопросы морфологии и клиники: Сборник научных работ, посвященный 70-летию Казахского государственного медицинского университета им. С. Асфендиярова. Алматы, 2001, С.95 - 97.
19. Тайжанова Д. Ж., Сейсембеков Т. З., Федотовских Г. В. Электронное микроскопическое исследование печени при опийной интоксикации в эксперименте // Вопросы морфологии и клиники: Сборник научных работ, посвященный 10-летию независимости РК. Выпуск 6, Алматы, 2001, С. 125 - 128.
20. Мамбетова Г. К., Шумкова Э. Н., Товштейн Е. Ю., Ахметов А. А. Морфологические изменения почек при хронической наркомании // Вопросы морфологии и клиники: Сборник научных работ, посвященный 70-летию Казахского государственного медицинского университета им. С. Асфендиярова. Алматы, 2001, С. 95 - 97.
21. Тайжанова Д. Ж., Никашина Е. В., Окунь Г.И. Корреляционные взаимосвязи показателей функции внешнего дыхания при опийной наркомании //Актуальные проблемы здоровья человека и формирования среды обитания: Материалы международной научно-практической конференции, посвященной 30-летию Карагандинского государственного университета им. Е. А. Букетова и году здоровья. Караганда, 2002, С. 288 - 291.

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В ИЗУЧЕНИИ КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ОПИОИДНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ НАРКОТИКОВ

А.Т.Ескалиева

Вторая половина XX столетия отмечена появлением ряда тяжелых инфекционных заболеваний, среди которых особое место занимает синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД).

Первое официальное описание СПИД было сделано в Лос-Анджелесе (США) менее двадцати лет назад. Хотя отдельные случаи болезни были описаны еще в 70-х годах, что подтверждает ретроспективный анализ историй болезни. Только в середине

1981 года Центр по контролю за болезнями США сообщил о выявлении новой патологии с необычайной эпидемиологией и своеобразной динамикой клинического течения. В 1983-1984 г.г. был найден возбудитель, который оказался вирусом, получившим название ВИЧ (вирус иммунодефицита человека). Это открытие было сделано во Франции, в институте Л. Пастера группой ученых под руководством L.Montagnier. В мае 1984 г. американские ис-

следователи Национального института рака, под руководством доктора R. Gallo выделили вирус от больного СПИД (Barre-Sinoussi F et al., 1983; Gallo F., Montagnier L., 1998).

Возбудитель СПИД – это сложный по строению и химическому составу вирус, который был обнаружен в крови, слюне, сперме, спинномозговой жидкости и ткани мозга. Возбудитель ВИЧ относится к семейству ретровирусов, подсемейству лентивирусов. Это – РНК - содержащий вирус, обладающий ферментом ревертазой (обратной транскриптазой), необходимой для синтеза ДНК на матрице вирусной РНК. Морфологически вирус иммунодефицита изучен хорошо. Зрелые вирусные частицы достигают 100-140 нанометров, имеют сферическую форму и состоят из сердцевины, куда входит РНК, и структурных белковых оболочек (Хаитов Р. М., 1988).

Известны две разновидности вируса иммунодефицита человека, отличающиеся друг от друга антигенным содержанием:

- первая – ВИЧ I - является возбудителем современной пандемии;
- вторая – ВИЧ II - обуславливает заболевание в Западной и Южной Африке (Покровский В. В., 1990; Рахманова А. Г., Чайка Н.А., 1989).

Во внешней среде вирус неустойчив. Вирус содержится в крови и во всех биологических жидкостях дольных, поэтому он выделяется из тканей, крови, спинномозговой жидкости, спермы, слюны, слезной жидкости, грудного молока, выделений женских половых органов. Однако эпидемиологическое значение их различно.

Наиболее опасны для распространения болезни – кровь, сперма, и влагалищно-цервикальные выделения (Покровский В. В., 1990).

Инфекция, вызываемая вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекция), в финале которого развивается смертельный синдром приобретенного иммунного дефицита (СПИД) – (англ. - Acquired Immundeficiency Syndrome (AIDS), является одним из опаснейших инфекционных заболеваний человека. Эта опасность обусловлена неизлечимостью заболевания, практически неизбежным, до последнего времени, летальным исходом

Особая опасность болезни обусловлена тем, что она распространяется по законам эпидемии, которая в отдельных регионах мира носит характер пандемии (М. Л. Рохлина и соавт., 1999; Lucas S., 2002).

По данным объединенной Программы ООН по ВИЧ/СПИД, на сегодняшний день в мире зарегистрировано 60 миллионов человек, пораженных вирусом. И следует ожидать, что большая часть из них умрет в течение ближайших 10 лет, при этом каждый, вероятно, заразит еще несколько десятков человек (Покровский В. В., 1998).

Наличие столь большого числа инфицированных во всем мире делает реальным дальнейший прогрессирующий рост числа больных СПИД; соответствен-

но возрастает актуальность проблем, связанных с клинической диагностикой, лечением и определением дальнейшей судьбы ВИЧ-инфицированных (Р.М.Хаитов, С. К. Османов, 1991).

ЮНЭЙДС и ВОЗ определяют три стадии эпидемии ВИЧ - инфекции. Задачи, возникающие перед странами, в процессе слежения за ВИЧ-инфекцией, определяются стадиями эпидемии.

Начальная стадия эпидемии определяется показателем распространенности ВИЧ - инфекции, устойчиво не превышающим 5% ни в одной из групп населения. Эта стадия характеризуется незначительным уровнем распространенности ВИЧ - инфекции, несмотря на её возможное присутствие среди населения в течение многих лет.

Концентрированная стадия эпидемии определяется показателем распространенности ВИЧ-инфекции, превышающим 5% в одной или нескольких группах населения, но менее 1% среди беременных женщин в городских районах, характеризующих уровень распространенности ВИЧ-инфекции среди населения в целом. Эта стадия отличается быстрым распространением ВИЧ - инфекции среди определенных групп населения без укоренения в популяции.

Генерализованная стадия эпидемии определяется показателем распространенности ВИЧ инфекции, превышающим 1% среди беременных женщин. На этой стадии можно говорить об укоренившейся ВИЧ-инфекции среди населения.

Характеризуя общую картину состояния проблемы ВИЧ-инфекции в Карагандинской области, следует отметить, что с 1989 по 1995 годы эпидемиологическая ситуация расценивалась как начальная стадия, когда регистрировались единичные случаи заболевания, преимущественно связанные с завозом инфекции извне. Пик вспышки ВИЧ в области пришелся на 1997 год. Из 399 ВИЧ-инфицированных лиц, что в 10 раз больше, чем за семилетний период с 1990 по 1996 годы, выявленных на конец года 385 человек (96,5%) были жителями г. Темиртау. Причем, на долю парентерального пути передачи приходилось 93,5% от общего числа инфицированных (М. К. Сапарбеков, 1999).

Сейчас в Карагандинской области РК распространение ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков превышает 5%, т.е. имеет место концентрированная стадия эпидемии ВИЧ.

Впервые больные ВИЧ-инфекцией были зарегистрированы в 1981 г. американским Центром по контролю за болезнями (США, Атланта) среди мужчин - гомосексуалистов в возрасте 29-36 лет, которые проходили лечение в трех больницах г. Лос-Анджелеса. У всех была диагностирована пневмоцистная пневмония, наблюдалось развитие Саркомы Капоши и состояние иммунодефицита (М. К. Сапарбеков и соавт., 2000).

Вторая публикация о больных с синдромом приобретенного иммунодефицита появилась в США в

1982 г., где уже описывалось учащение числа случаев “постоянно генерализованной лимфоаденопатии” среди мужчин (Рязанова Г. М. и соавт., 1989). Учитывая, что среди больных с синдромом иммунодефицита преобладали гомосексуалисты, болезнь вначале называли чумой гомосексуалистов, а американская пресса рассматривала ее как “божью кару” за греховное поведение. Однако, обнаружение аналогичных пациентов среди проживающих в Америке гетеросексуальных выходцев с острова Гаити, описание случаев заболевания среди больных гемофилией, дало основание предположить, что новый агент, передается как через гетеросексуальные половые сношения, так и через переливание крови вместе с препаратами факторов свертывания крови (Покровский В. И. и соавт., 1988).

Не удивительно, что при таких обстоятельствах, в Российской Федерации с середины 1996 г. началось быстрое распространение ВИЧ-инфекции. В результате за этот год число выявленных случаев заражения увеличилось в 8 раз, по сравнению с 1995 г., хотя количество проведенных исследований крови на ВИЧ даже несколько сократилось. Рост заболеваемости ВИЧ-инфекцией произошел за счет передачи ВИЧ при внутривенном введении наркотиков. В 1997 г. эпидемиологическая ситуация продолжала ухудшаться, число вновь выявленных ВИЧ-инфицированных выросло более чем в 2 раза, уже по сравнению с 1996 г. и составило 3 853 человека (Козлов А. П., 1995).

В настоящее время, в России, бесспорно, отмечается развитие эпидемии ВИЧ (Покровский В. В. и соавт., 1998; Dehne K. et al., 1999). В начале 1999 года здесь было зарегистрировано 10 тысяч больных, в 2001 году – 70 тысяч (Pior P. D., 2001).

Резкий рост числа заболевших отмечается и в таких странах бывшего Советского Союза, как Эстония, Узбекистан, Белоруссия (А. П. Козлов, 1997; K. L. Dehne et al., 1999; P.D.Pior et al., 2001; Л.А.Мелешко и соавт., 2000).

В настоящее время 36 миллионов людей живет с ВИЧ; около 20 – миллионов человек уже умерли. По прогнозам ВОЗ 1991 года, в 2000 году инфекция должна была охватить 40 млн. человек, но их оказалось в 1,5 раза больше. Число новых инфекций продолжает расти. В 2000 году зарегистрировано 5,3 миллиона новых случаев. Из них - в Западной Европе – 30 тысяч, в Северной Америке – 45 тысяч случаев; всего в этих регионах больных ВИЧ 1,46 млн., остальные приходится в основном на страны Африки. В Субсахаре, в целом, 8,8% взрослого населения поражено ВИЧ; в отдельных странах цифры катастрофические, так, в Ботсване – 39%, в Свазиленде – 24%, в Зимбабве – 25%. Эпидемия продолжает распространяться и в других регионах мира (Индия, Китай, страны Юго-Восточной Азии и т.д.). Во многих странах мира эпидемия привела к снижению средней продолжительности жизни населения; например в

Южной Африке с 59 лет в 1980 году до 45 – в 2000 (Pior P. et al., 2001). Сейчас эпидемия распространяется с большой скоростью в Восточной Европе, что связано с ростом наркомании (Pior P. et al., 2001). К 2000 году Украина стала эпицентром СПИДа в Восточной Европе, хотя сохраняются регионы с относительно низким количеством ВИЧ-инфицированных, такие, как Винницкая область. Успешная работа, проведенная НПО “Сталист” в 1998–1999 годах в г. Виннице при финансовой и методической поддержке ЮНЕЙДС на Украине, создала условия для внедрения таких компонентов стратегии снижения вреда, как информационно-образовательная работа и обмен шприцев и игл, показавших высокую степень эффективности в борьбе с распространением ВИЧ/СПИДа (Гагаркин Н. и соавт., 2000).

Там, где не представляется возможным обеспечить всех иглами, одной из альтернативных стратегий может стать повсеместное распространение домашних стерилизаторов вместе с инструкциями по их использованию. Так же как и программа по внедрению сменных игл, эта стратегия может повысить информированность людей об опасности заражения через иглы (Лурос П. и Друкер Э.). Как и лицам, рискующим заразиться половым путем, так и всем наркоманам нужно предоставить возможность пройти проверку на антитела к ВИЧ и получить соответствующую консультацию. Важно, чтобы исследуемому была обеспечена адекватная поддержка, так как при положительном на ВИЧ результате, употребления наркотиков может принять хаотический, “запойный” характер, что подвергает дополнительному риску и самого наркомана, и окружающих. Независимо от того, проводилось ли обследование или нет, всем наркоманам нужно давать советы о “безопасном сексе” и использовании презервативов, а женщинам еще и о мерах по предупреждению беременности.

В период развития эпидемии случаи ВИЧ-инфекции, как уже ранее отмечалось, в основном концентрировалось в г. Темиртау Карагандинской области РК среди наркоманов. ВИЧ-инфекция, как и в большинстве стран мира, поражает людей в возрасте от 20 до 49 лет. Так, в Европе 42% больных относятся к возрастной группе от 25 до 34 лет; в США наиболее поражена возрастная группа 30-39 лет (Delfraissy J.K., 1991). Обычно к “парентеральному” пути передачи относятся случаи заражения ВИЧ при переливании крови, некоторых ее препаратов, в частности, при введении факторов VIII и IX больных гемофилией, а также при повторном использовании инфицированных медицинских инструментов, шприцев и игл (Покровский В. В., Ерамова И. Ю., Липетиков В. В., 1990). Последнее имеет место среди наркоманов, вводящих наркотические препараты внутривенно. Не исключены подобные случаи и в лечебно-профилактических учреждениях, при нарушении правил обработки шприцев и игл, используемых для инъекций или акупунктуры.

Стремительный рост заболеваемости ВИЧ-инфекцией, связан с её распространением среди внутривенных наркоманов (В. В. Покровский и др., 1998).

Согласно официальной статистике - 86% ВИЧ-инфицированных в Карагандинской области приходится на шприцевых наркопотребителей и 68% из всех учтенных на возрастную группу – до 30 лет (Н.Ж.Кенжебаев, Б. А. Кожакметова, А. Т. Ескалиева, Г. П. Володько, 2002).

Санкт-Петербургской Медицинской академией постдипломного образования были изучены факторы, способствующие распространению ВИЧ-инфекции, а также вирусных гепатитов В и С среди больных наркоманией. Установлено, что больные наркоманией, в отличие от населения в целом и представителей других групп повышенного риска инфицирования кровно-контактными инфекциями, осведомлены о вирусных гепатитах В и С и считают, что риск собственного заражения этими инфекциями велик. В тоже время они в минимальной мере оценивают собственное поведение как фактор, способствующий распространению ВИЧ (РФ, Санкт-Петербург, Медицинская академия последипломного образования).

Героин повышает склонность к половому рискованному поведению у 1% мужчин и 0,5% женщин, по сравнению с 6% после кокаинового эксцесса. Следует выработать стратегию уменьшения возможного риска распространения ВИЧ-1 из-за роста частоты парентерального введения наркотиков. (Терехин Ю.Н., Егорова Т.Н., Сергеев П.А., Фомин Ю.А., Рахманова А. Г., 1997).

Проведенное, накануне развития эпидемии ВИЧ-инфекции в России, медико-социальное исследование больных наркоманией, находящихся на лечении в наркологических стационарах г. Москвы, использующих инъекционное введение наркотиков, показало, что значительная часть больных наркоманией оказалась неплохо осведомлена о путях передачи ВИЧ-инфекции и способах ее распространения, в т.ч. и в результате использования нестерильного инструментария при введении наркотиков. Испытывали страх заразиться ВИЧ из-за образа жизни 54% опрошенных, для 6% - он послужил причиной отказа от в/в введения наркотика. Среди основных способов, используемых для обработки инструментария, больные наркоманией указали кипячение (24%), промывание дезраствором (11,4%), промывание водой из-под крана (21%), никак не обрабатывали шприцы - 4%, а 3% - применяли неоднократно использованные одноразовые шприцы (Москва, ГНЦ наркологии МЗ РФ отчет Центра по контролю и профилактике заболеваний).

Среди лиц, практиковавшихся внутривенное введение наркотиков, с позитивным анализом на наличие антител к ВИЧ больных наркоманией практиковали обмен иглами и шприцами. (Friedman Samuel R., Furst R. Terry, Jose Benny, Curtis Richard, Neaigus Alan, Des Jarlais Don C., Goldstein Marjorie F., Ildefonso Gilbert. 1998).

Подобно другим сложным построениям во взаимодействии людей, система потребления наркотиков имеет комплексную поведенческую структуру, связанную с процессами приобретения и использования наркотиков. Многие больные наркоманией, вводящие наркотики инъекционно, зарабатывают деньги на приобретение наркотиков торговлей наркотиками или шприцами, оказанием помощи в проведении инъекций, играют роль коммерческого сексуального персонала. Проведено профильное исследование среди 767 уличных “инъекционных наркоманов” из Бруклина (Нью-Йорк), представлявших разные наркотико-сценические роли, 226 из них (30%) составили женщины. Отмечена связь социально-демографических показателей с ролью в наркосети, экономический недостаток ассоциировался с вступлением в наркотико-поведенческую сферу с возрастанием риска в отношении ВИЧ и других инъекций, передающихся инъекционно. Оценку роли в наркотической сети через анкетные исследования считают важным в проводимых компаниях по снижению риска ВИЧ.

Лузиным П.М., Фельдблюмом И.В., Красниковым Л.А., Осташовой В.Л., Вайзиным Р.И., 2000 г. обоснована необходимость мониторинга распространенности наркомании в системе эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией и парентеральными вирусными гепатитами.

Установлено, что заболеваемость наркоманиями в Пермской области за период с 1991 по 1998 годы увеличилась в 57 раз, в то же время количество ВИЧ-инфицированных увеличилось в 75 раз. Выявлена прямая связь между численностью больных наркоманией и лиц группы риска по наркомании с динамикой заболеваемости ВИЧ-инфекцией и парентеральными вирусными гепатитами В и С.

Голубкова А.А., Дубровина М.П., Кадырова О.Ю., Дегтярь Е.С., Братухина И.А., Халидова М.В., Зубарева Р. Э., Бровкин В. А., Белоногова Е. Ю., Рыжкова О. А. (2000) считают, что основными причинами, побудившими молодежь употреблять наркотики были: любопытство - 49,6±2,12%; “просто так за компанию” - 32,9±2,0%. Наиболее распространенный в настоящее время наркотик – героин. Больные наркоманией в достаточной мере осведомлены о путях заражения ВИЧ-инфекцией. Однако, их рискованное поведение как сексуальное, так и связанное с наркоманией, противоречит оценке риска своего заражения этим заболеванием.

McCoy Clude B., Mdtch Lisa R. (1999) в исследованиях по изучению распространения ВИЧ-инфекции указывают, что ВИЧ не связан с экологическим местоположением.

Распространение ВИЧ между районами и внутри них особенно связано с факторами риска, включающими введение наркотиков путем инъекций, половые связи с целью получения денег и количество болезней, передаваемых половым путем. Все эти факторы увеличивают риск ВИЧ.

McBride Duane C., Weatherby Norman L., Inciardi Iamts A., Gillespie Sharon A. (1999) продемонстрирована постоянная значимая статистическая взаимосвязь между частотой употребления наркотиков, сексуальным поведением и высоким риском СПИДа.

Якобчук А. В. с соавторами (2000) осуществлено прогнозирование степени риска распространения ВИЧ среди наркозависимых лиц в г. Житомире. Установлено, что наркотические препараты вводятся чаще своим одноразовым шприцем или индивидуальным многократного использования. Однако выявлено, что такие особенности, как: повторное использование игл (47%); приобретение раствора у иных лиц (49%); ведение наркотика в антисанитарных условиях (62%); несамостоятельное набиравание раствора в шприц (32%); недоступность дезинфицирующих средств (64%); отсутствие знаний и навыков дезинфекции (91%); наличие ВИЧ-инфицированных (41%); низкий уровень санитарно-гигиенической культуры (41%); сексуальная несдержанность (93%); не занятость трудом (66%) и др. увеличивают возможность инфицирования ВИЧ в 2 раза.

Имеющиеся литературные данные Dehne Karl L., Grund Jean-Paul C., Kobyscha Yuri. J. 1999.) свидетельствуют о быстром и широком распространении ВИЧ среди лиц, практикующих инъекционное введение наркотиков, в новых независимых государствах, ранее входящих в состав СССР. Ситуация здесь носит эпидемический характер тогда как в странах Центральной и Южной Европы она более благоприятна. Дальнейшее распространение ВИЧ связано с характером потребления наркотиков и успеха программ по снижению вреда от их потребления. Есть основания предполагать, что в дальнейшем увеличится число случаев инфицирования ВИЧ при гетеросексуальных контактах.

Hagan Holly, Des Jarlais Don C. Mount Sinai J. (2000) при обобщении результатов исследований, проведенных во всем мире, отмечают, что среди больных наркоманией, практикующих инъекционное введение наркотиков, распространенность инфицирования ВИЧ варьирует от 5% до 80% с ежегодной распространенностью от 1% до 50%. Эти показатели для вируса гепатита С (ВГС) составляют 50-90% и 10-30% соответственно. Факторы, связанные с больными наркоманией, окружающей средой и свойствами вирусов, свидетельствуют, что распространение ВГС может приобрести эндемический характер за короткий промежуток времени. При этом распространение ВИЧ происходит более медленно.

Inciardi James A., Surratt Hilary L., Colon Hector M., Chiwood Dale D., Rivers James E., (1999) к основным факторам риска в отношении инфицирования ВИЧ относят инъекционное ведение наркотиков, их потребление перед сексуальным контактом, отсутствие предохранения, наличие множества сексуальных партнеров и половые контакты с лицами, вводящими наркотики инъекционно.

К основным факторам риска в отношении инфицирования ВИЧ и вирусом гепатита С относятся: привычка брать взаймы шприцы; отсутствие тестирования или нерегулярное тестирование в отношении инфицирования указанными вирусами; нерегулярное использование презервативов; наличие множества сексуальных партнеров и занятие проституцией; использование нестерильных игл и шпигцев.

Estebanez P., Russell N. K., Aguilar M. D., Cifuentes I., Zunzunegui M. V., McPherson K. Eur. J. (2001) приводят результаты обследования 304 больных наркоманией женщин, проведенного с октября 1995 по март 1996 года. Из них - у 262 женщин был определен ВИЧ статус, и 63% из них оказались сероположительными. Проанализированы различные факторы, включая возраст, социально-экономическое положение, маргинализацию, поведение риска и наличие коинфекций, которые определяют ВИЧ-серостатус в городской популяции больных наркоманией испанских женщин. На распространение вируса независимо влияли факторы: наличие регулярного ВИЧ положительного партнера, возраст старше 34 лет, отсутствие фиксированного адреса, коинфекция сексуально передаваемых заболеваний в последний год и обмен игл. Полученные данные о рискованном поведении БН женщин важны для прогнозирования развития хода эпидемии и разработки превентивных стратегий. Кроме факта употребления наркотиков, инфицированные ВИЧ сексуальные партнеры БН женщин являются самыми важным и опасным факторами, влияющими на распространение инфекции в этой популяции. Morison Linda. Brit., (2001) считает, что до сих пор в большинстве стран Азии не наблюдалось взрыва эпидемии в основной популяции, но наличие в них большого количества больных наркоманией и сексуальных рабочих предсказывает мрачные перспективы. Чрезвычайно широкое распространение внутривенных больных наркоманией в бывших республиках Советского Союза представляет потенциальную опасность для распространения СПИДа на основную популяцию.

Несмотря на различия в путях передачи ВИЧ-инфекции в разных странах (преобладание гетеросексуального или "шприцевого" заражения), отмечается распространенная особенность в поведении (Ravera Mauruzio, 1998). Она заключается в том, что очень многие люди обоего пола не снижают риска заражения, полагая, что сегодня им нечего не грозит, хотя они осведомлены о путях передачи ВИЧ-инфекции.

Таким образом, ни страх заболевания или даже смерти, не стимулируют их к изменению поведения.

Оценивая развития пандемии СПИД в мире, следует отметить, что инфекция довольно уверена распространяется по новым странам и континентам. Анализ статистических данных Всемирной организации здравоохранения свидетельствует, что факти-

ческое число случаев СПИД в 5 раз превышает число выявленных больных, что необходимо учитывать

при прогнозе проведения противоэпидемических и профилактических мероприятий.

Литература:

1. Barre - Sinoussi F., Chermann J. C., Rey F. et al. Isolation of a T-lymphotropic retrovirus from patient at risk of acquired immune deficiency syndrome (AIDS) // *Science*. 1983,220, P. 868-870.
2. Gallo R., Montagnier L. AIDS in 1988 // *Sci. Amer*. 1988, 259. P. 41-48.
3. Хаитов Р.М., Игнатъева Г.А. СПИД. – М., 1992. - 351 с.
4. Покровский В. В. Эпидемиология инфекции, вызванной вирусом иммунодефицита человека. // *Дисс. док. мед. наук. - М., 1990. - 203 с.*
5. Рахманова А. Г., Чайка Н. А. Синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД) // *Рекомендации для врачей. - Л., 1989. - 119 с.*
6. Покровский В. В., Юрин О. Г. Клиника ВИЧ-инфекции // *Профилактика и борьба со СПИДом в СССР. - Л., 1990. - С.106-107.*
7. Рохлина М. Л., Иванец Н. И. К вопросу о лечении больных наркоманиями, зараженных ВИЧ // *Вопросы наркологии. – 1999. - №1. - с. 40-46.*
8. Lucas Sebastian. The pathology of HIV infection // *Leprosy Rev*.2002,73, №1.P.64-71.
9. Покровский В. В., Кожевников Г. М. Эпидемия инфекции, передающихся парентеральным путем среди потребителей психоактивных веществ // *Вопросы наркологии. – 1998. - №1. - С.41-49.*
10. Хаитов Р. М., Османов С. К. Иммунопатогенез ВИЧ-инфекции и иммунология СПИД // *Иммунология. – 1991. - №2. - С.4-12.*
11. Сапарбеков М. К. Научные основы эпидемиологического надзора и профилактики ВИЧ-инфекции в Казахстане // *Дисс. докт. мед. наук. - Алматы, 1999. - 261с.*
12. Рязанова Г.Л., Шуратов И.Х., Персонь В.Н. и др. Особенности серологической диагностики ВИЧ – инфекции // *Материалы XVIII Всесоюзного съезда микробиологов и паразитологов. - Алма-Ата, 1989. - С. 103-107.*
13. Покровский В. И., Покровский В. В. СПИД: Синдром приобретенного иммунодефицита. - М., Медицина, 1988.
14. Dehne K.L., Grund C. The global impact of HIV/AIDS epidemik among drug infectors in Eastern Europe: Patters. Trends and determitanats // *Kobyscha Y.J.Drug Issues*. 1999. 29.4. P.729-776.
15. Piot P., Bartos M., Grir P., Walker N., Schwartlonder B. The dlobal impact of HIV/AIDS//*Nature Gr.Brit*. 2001, 6831, P. 968-973.
16. Козлов А. П. Новая стадия эпидемии ВИЧ/СПИД в России и наши новые задачи // *Рус. ж. “ВИЧ/СПИД и родственные проблемы”*. – 1997. - №1. - С. 84-85.
17. Мелешко А. А., Быкова В. М., Бруцкая С. И., Ждановская О. М. Профилактика ВИЧ - инфекции и парентеральных гепатитов среди лиц потребляющих наркотики инъекционно в р. Беларусь // *Ж. Микробиол. эпидем. и иммунобиол. - 2000. - №4. - С.44-46.*
18. Гагаркин Н., Ваненкова Т. Ж. О ходе реализации программы “Снижения вреда” в г. Николаеве // *Ж.микробиол,эпидемиол. и иммунобиол. – 2000. - № 4.*
19. Лурос П., Друкер Э. Потерянная возможность: случаи ВИЧ-инфицирования связанные с отсутствием программы обмена игл в США // *Лансет. - Том 39. - С. 604-608.*
20. Кенжебаев Ж., Кожахметова Б. А., Ескалиева А. Т., Володько Г. П. Наркологическая ситуация в Карагандинской области // *Вопросы наркологии Казахстана. - Павлодар, 2002. - Т. 2. - С. 22-23.*
21. Терехин Ю. Н., Егорова Т. Н., Сергеев П. А., Фомин Ю. А., Рахманова А. Г. ВИЧ-инфекция у лиц, употребляющих наркотики внутривенно // *Сб. материалов научно-практической конференции “Актуальные вопросы ВИЧ-инфекции” - Санкт-Петербург, 1997. - С. 138-140.*
22. Лузин П. М, Фельдблюм И. В., Красников Л. А., Осташева В. Л. Мониторинг распространенности наркомании как элемент эпидемиологического надзора за социально-значимыми инфекциями // *Ж. Микробиол, эпидемиол., и иммунобиол. – 2000. - № 4. - С.29-31.*
23. Голубкова А. А., Дубровина М. П., Кадырова А. Ю., Дегтярь Е. С., Халидова М. В., Зубарева Р. Э., Бровкин В. А., Белоногова Е. Ю., Рыжкова О. А. Поведение потребителей внутривенных наркотиков, приводящие к заражению ВИЧ // *Эпидемиология и инфекционные болезни. - 2000. - № 4. - С. 32-35.*
24. McCoy Clyde B., Match L., McCoy H., Weatherby N. NIV seroprevalence across the Rural/urban continuum/ *Substance use and Misuse*, 1999,34, 4. P. 595-615.
25. Friedman S.R., Furst.R.T, Jose B., Curtis R., Neaigus A., Des Zarlais D. C., Goldstein M.F., Jldefonso G. // *Drug scene roles and HIV risk. Addiction* 1998. 93. № 9 1 p.1403 - 1416.
26. McBride D., Weatherby N., Inciardi J., Gillespie S. AIDS susceptibility in a migrant population: Perception and behavior.1994,34, 4, P. 633-652.

-
-
27. Якобчук А. В. Эпидемия ВИЧ/СПИДа и тенденции поведения лиц, потребляющих инъекционные наркотики // *Ж. Микробиол., эпидемиол. и иммунобиол.* – 2000. - № 4. - С.100-103.
28. Hagan H. Des Jarlais D. Moun S. HIV and HCV infection among injecting drug users // *Med.* 2000.5-6. P. 423-428.
29. Inciardi J. A., Surratt H. L., Colon H. M., Chiwood D. D., Rivers J. E. Drug use and HIV risks among migrant workers on the DelMarVa peninsula // *Substance Use and Misuse.* 1999. 34, № 4-5 P. 653 - 666, 822-825.
30. Estsbanes P., Zunzunegui M., McPherson K. Determinants of HIV prevalence amongst female idu in Madrid // *Eur. J. Epidemiol.* 2001, 6, P/ 573-580.
31. Morison L. The global epidemiology of HIV/AIDS // *Brit. Med. Bull.* 2001, P.7-18.

ДИАГНОСТИКА, ТЕЧЕНИЕ, ЛЕЧЕНИЕ И РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ОПИЙНОЙ НАРКОМАНИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

А.Т.Ескалиева

Диагностика ВИЧ-инфекции и СПИДа - это многоэтапный и многокомпонентный процесс. А. Шарман (2003) отмечает, что диагностика заболевания осуществляется в несколько этапов: скринирование - выявление инфицированных лиц из большого числа людей подозреваемых на наличие вируса при помощи иммуноферментного анализа (ИФА). Затем - уточнение диагноза на основе ИФА путем определения антител специфичных к вирусным антигенам, отличающимся от тех, которые применялись на этапе скринирования. Подтверждение диагноза проводится на основе определения вирусных белков при помощи метода Western Blot, который иначе называют иммуноблотом.

Приблизительно у 50-70% лиц, спустя 2 - 6 недель после заражения, наблюдается первичная ВИЧ-инфекция, характеризующаяся симптомами, напоминающими проявления мононуклеоза (Schacker, 1997; Clark et al., 1991; Daar et al., 1991). В течение этого относительно короткого промежутка времени можно установить высокий уровень вирусемии в плазме при помощи ПЦР с обратной транскриптазой. Кроме того, уже в этот начальный период в плазме выявляется антиген р24. Антитела к стержневым и периферическим антигенам могут определяться несколько позже, но они сохраняются в течение всего оставшегося периода жизни ВИЧ - инфицированного, который может продолжаться 10 и более лет (Horsburgh et al, 1989; Gaines, 1987; Allain, 1986). Neud M., 1983 указывает на иммунодепрессивное действие самих наркотиков. Уормер с соавторами (Wormer.C., et al., 1983) считают, что инкубационный период при заражениях плохо простерилизованными иглами составляет примерно 15 месяцев. От заражения до появления признаков болезни может проходить от 3-4 недель до 3-5 лет. Это скрытый или латентный период болезни. Длительное нахождение вируса в крови без клинических проявлений - уникальная особенность патогенеза СПИД. Число ви-

русоносителей превышает число больных в 200-300 раз. Вирусоносители также опасны, как и больные (Белозеров У. С., Клебанов Я. Ф., Сапарбеков М. К., 1995). После инкубационного периода начинается фаза заболевания. Ведущим клиническим проявлением у больных является персистирующая лимфаденопатия. Периоды обострения и ремиссии могут длиться годами, больной к ним привыкает, и у него нет чувства страха. Третья стадия носит название СПИД - ассоциированного комплекса. Здесь наблюдается лимфаденопатия, потеря массы тела, потливость, лихорадка, кашель, расстройства пищеварительной системы, лейколимфотромбоцитопения, нарушении клеточного иммунитета. Такое состояние может длиться несколько лет. Последняя стадия - собственно - СПИД. Появляются тяжелые осложнения в виде новообразований и множественные инфекции. Провоцирующим фактором развития СПИДа также могут быть нервно-эмоциональные стрессы, травмы, соматические заболевания, ослабление иммунной системы организма наркотиками.

Злоупотребление наркотиками, особенно вводимыми инъекционно, является ведущим фактором риска инфицирования ВИЧ. Потребление наркотиков меняют сексуальное поведение больных наркоманией, стимулируя вступление в беспорядочные половые контакты. Потребление наркотиков способствует появлению различных осложнений у инфицированных ВИЧ. Многие симптомы, наблюдающиеся у ВИЧ-инфекции и наркоманий, совпадают, поэтому при освидетельствовании этих больных необходимо тщательное выяснение анамнеза, особенно о наличии наркомании и особенностях сексуального поведения. Необходимо также проведение неврологических исследований. Мелешко Л. А., Быкова В. М., Бруцкая С. И., Ждановская О. М. (2000) отмечают резкое изменение ситуации в связи с циркуляцией ВИЧ среди потребителей наркотиков внутривенно. Среди "шприцевых" больных наркоманией отмечено так-

же широкое распространение вирусных гепатитов В и С (в виде моно- и микстинфекций).

После заражения ВИЧ острые симптомы заболевания возникают через 3-6 недель и проявляются в виде лихорадки, болей в горле, увеличения лимфатических узлов, потливости по ночам, головной боли (М. Л. Рохлина, Н. Н. Иванец, 1999). Эту симптоматику можно принять за респираторное заболевание или за проявления абстинентного синдрома, если по времени проявления она совпадает с периодом лишения наркотика. Заболевания, обусловленные ВИЧ, у инъекционных наркоманов отличаются по своим клиническим проявлениям от аналогичных заболеваний у других групп ВИЧ-инфицированных. При ВИЧ-инфекции в клинике абстинентного синдрома резко выражена вегетативная симптоматика (Аменицкий В. А., Дрейзин А. А., Цетлин М. Г., 1997).

Спектр осложнений ВИЧ-инфекции у героиновых наркоманов отличается от осложнений у представителей других ВИЧ-инфицированных групп. В примерный перечень заболеваний, которые с высокой частотой встречаются у ВИЧ-инфицированных инъекционных наркоманов (Beniowsky M., 1998; Bowersox J. A., 1994; Brown B. S., Needle R.H., 1994; Liomer N., Holler E. M., 1990; Newman R. G., 1994; O'Connor, Selwyn A., 1994); входят: бактериальные инфекции (пневмонии, эндокардиты, сепсис, тяжелые абсцессы при повреждении мягких тканей); туберкулез легочный и внелегочный; кожные заболевания (вирусные папилломы, герпес, кандидозы); болезни, передающиеся половым путем (сифилис, человеческий папилломавирус); гепатиты А, В, С, Д; рак (рак шейки матки у женщин, рак легких, ротоглоточной области, гортани); нефропатии; оральные инфекции.

По данным Beniowsky M., 1998., бактериальные пневмонии у ВИЧ-инфицированных наркоманов наблюдаются в 4 раза чаще и имеют более тяжелое течение, чем у других ВИЧ-инфицированных больных. Частота эндокардитов у них с каждым годом возрастает на 2%, а смертность от них более высока, чем у других больных (Лысенко А. Я., Турьянов М.Х., Лавдовская М. В., 1996). До 40% инъекционных наркоманов, зараженных СПИДом, страдают туберкулезом легких. У ВИЧ-инфицированных в 50 раз чаще, чем в общей популяции, развиваются формы туберкулеза, резистентные к фармакотерапии. До 95% ВИЧ-инфицированных наркоманов переносят гепатит С, а 78%- гепатит В (Beniowsky M., 1998). Тяжесть течения ВИЧ-инфекции у наркоманов в значительной степени связана с преобладанием оральных поражений, которые выявляются у 90% пациентов. К ним, в свою очередь, присоединяются инфекционные поражения головы и шеи, обусловленные плохой гигиеной полости рта у этих больных (Selbovitz L. G., 1994).

Ранняя диагностика ВИЧ-инфекции на фоне активного употребления инъекционных наркотиков представляет определенные трудности, даже на по-

здних стадиях болезни, в связи с превалированием симптомов опийной интоксикации или абстинентного состояния.

Комплексный подход к терапии ВИЧ-инфицированных наркопотребителей

При терапии ВИЧ-инфекции у инъекционных наркопотребителей необходимо совмещать медицинскую помощь, касающуюся непосредственно ВИЧ-инфекции (препараты, восстанавливающие иммунитет; лечебные программы, направленные на подавление инфекции), и лечебные программы по купированию острого абстинентного синдрома, по подавлению патологического влечения к наркотикам, по купированию психических нарушений, характерных для наркомании (М. Л. Рохлина, Н.Н. Иванец., 1999).

Иванец Н. Н. (1995) описывает основные принципы терапии наркологических заболеваний: добровольность, максимальная индивидуализация, комплексность, отказ от употребления психоактивных веществ. Борьба с передачей ВИЧ от одного наркомана другому - это в основном борьба с использованием общих игл и прочей "атрибутики" (шприцев, смесителей, ложек), хотя не менее важна и пропаганда безопасных форм половой жизни. Наркоманы должны знать, как рискованно использовать общие инструменты, для каких бы инъекции они не применялись - внутривенных, внутримышечных, подкожных. Следует разъяснять опасность заразиться или заразить другого человека половым путем. Потенциальную опасность для них представляет также мужская и женская проституция, поскольку именно этим путем часто добываются средства для приобретения наркотиков, что последовательное лечение наркомании имеет положительное влияние и на их, ВИЧ-рискованное сексуальное поведение.

Лечение этих больных связано с определенными трудностями: склонностью их к правонарушениям, срыву лечебных процедур, наличием у них тяжелого абстинентного синдрома и различных психосоматических расстройств (Шипилов Ю. А., Павлов М. С., 1997). Дополнительные трудности в процессе лечения связаны со снижением, под влиянием хронической наркотической интоксикации, защитных сил организма. Медицинскую помощь этим больным желательно оказывать в наркологических учреждениях, так как лечить у них нужно абстинентный синдром интенсивно, высококвалифицированно. По мнению Ю. А. Шипилова и М.С. Павлова четкое знание и строгое соблюдение медицинскими работниками регламента противоэпидемического режима при работе с больными группы риска по ВИЧ-инфекции обеспечивает надежную защиту от внутрибольничного инфицирования больных и обслуживающего персонала.

Практически все зарубежные исследователи указывают на необходимость применения при лечении ВИЧ-инфицированных наркоманов сочетания ме-

дицинской помощи при ВИЧ-инфекции и заместительного лечения метадонном (Batki S. Z., London J. et al., 1991; Bowersox J. A., 1994; O'Connor G., Selwyn P.A., 1994; Ward J., Darve Sch. et al., 1992).

У ВИЧ-положительных больных на метадоновой программе показано существенное улучшение социального функционирования. В начале программы только 4,9% были заняты работой. После лечения, постоянную работу имели 26,2% (Sergeyev Boris, Oparina Tatyana P., Volkanevskii Valerii L., Broadhead Robert S., Heckathorn Douglas D., Madray Heather. J., 1999).

Актуальным является преодоление у медицинских работников отрицательной и даже враждебной реакции по отношению к зараженным больным, обучение их приемам психологической помощи этим больным с соблюдением конфиденциальности.

Таким образом, психологическая поддержка и доброжелательность медицинских работников и родственников, активно привлекаемых к лечебному процессу, а также психотропная терапия (нейролептики и антидепрессанты), позволяют снизить у них уровень выраженности негативных реакции, избежать реализации деструктивных поведенческих намерений и выиграть время для включения механизмов психологической адаптации. При положительном результате исследования на ВИЧ-инфицированность больные направляются также на консультацию к специалистам Центра по профилактике и борьбе со СПИДом.

Если, несмотря на трудности оказания качественной и комплексной медицинской помощи, отдельные элементы её прослеживаются в работе Центров по профилактике и борьбе со СПИД, то система медико-социальной реабилитации ВИЧ-инфицированных потребителей наркотиков отсутствует. По мнению В. А. Аменицкого с соавторами, необходимо поэтапное проведение медико-социальных мероприятий с определенным отбором больных для отделений закрытого типа лечения острых проявлений абстинентных состояний; для дневных и (или) ночных стационаров с лечебно-трудовыми мастерскими и консультативными кабинетами; для специальных (загородных) центров медико-социальной реабилитации; и хоспис для умирающих больных.

Основные приоритеты профилактики ВИЧ в среде наркопотребителей и перспективы социального контроля дальнейшего распространения ВИЧ-инфекции в данной популяции

Отметим, что разные социальные, возрастные группы населения нуждаются в различном уровне знаний, навыков, необходимых для предупреждения распространения ВИЧ и индивидуальной защиты от заражения. Поэтому мы предлагаем, что весь комплекс профилактической работы, направленной против СПИДа, должен вестись с помощью различного уровня образовательных программ. Специальной информацией о распространенности ВИЧ, ее по-

следствиях должны быть обеспечены представители правительства, администрации всех уровней, религиозные лидеры, медицинские работники. В полной мере, может оказаться эффективным в распространении общих представлений о заболевании СПИД и его профилактике, целенаправленное использование средств массовой информации (радио, телевидение, пресса). Возрастающий интерес представляют проблемы, связанные со школьным образованием по вопросам профилактики СПИДа и половому воспитанию.

В этой связи следует подчеркнуть, что разнообразные формы просветительского и информационного обучения населения, особенно детей, молодежи, женщин, социально-значимых категорий населения (гомосексуалисты, проститутки, наркоманы), представляют приоритетное профилактическое направление. Эти формы обучения способны, в какой-то мере, предотвратить дальнейшее распространение ВИЧ-инфекции в республике. Поэтому, соответственно, возникает вопрос об организации в Республике Казахстан финансируемой и многоплановой профилактической работы, охватывающей максимально доступные слои населения.

Для определения устойчивых стереотипов в общественном мнении, направленных на выявление риска инфицирования, рекомендуется собирать у населения информацию по вопросам сексуального поведения и профилактики ВИЧ – инфекции, то есть проводить так называемый социальный мониторинг (Султанов Л. В., 1997). Методы, используемые при этом, могут быть различны. Это – опросы населения, анкетирование, информирование населения по проблеме СПИДа, информация по “телефону доверия”.

Система эпидемиологического анализа в надзоре за инфекцией достаточно полно разработана отечественными авторами. Она представлена ретроспективным и оперативным эпидемиологическим анализом и эпидемиологическим прогнозом.

Проведение противоэпидемических и профилактических мероприятий при ВИЧ-инфекции диктует необходимость их оценки с учетом уровня заболеваемости, инфицированности и эпидемиологических особенностей на конкретной территории.

Ретроспективный эпидемиологический анализ включает: многолетнюю динамику заболеваемости и инфицированности ВИЧ-инфекцией; эпидемиологически опасные по ВИЧ регионы, степень их неблагополучия; уровень заболеваемости ВИЧ-инфекцией у различных контингентов “групп риска”.

Оперативный эпидемиологический анализ включает в себя: ежемесячное слежение за динамикой заболеваемости ВИЧ-инфекцией; оперативную оценку ситуации; установление причин роста заболеваемости и риска заражения в различных возрастных группах населения и в зависимости от контингента обследованных. Отдельно вычисляют показатели процентного подтверждения серопозитивных и ИФА, ИБ.

Следует подчеркнуть, что оперативный и ретроспективный анализ логически взаимосвязаны и являются основой прогноза.

По мнению В. В. Далматова (1997) материалы обоих видов анализа необходимо использовать для прогнозирования. Оперативный анализ – для ближайшего, краткосрочного прогноза, ретроспективный – лежит в основе долгосрочного прогноза. Необходимым элементом оценки эффективности профилактических мероприятий является анализ продолжительности отдельных этапов выявления ВИЧ-инфицированных: взятие крови на лабораторное исследование, доставка в лабораторию, подтверждение в ИФА и реакции иммуноблотинга, установление диагноза, лечение. При эпидемиологическом анализе используются общепринятые эпидемиологические, лабораторные, картографические, статистические методы. Следует отметить, что организационная структура эпидемиологического надзора в регионах должна повторять сложившуюся структуру здравоохранения республики.

В этой связи выделяются два условных уровня реализации программ эпидемиологического надзора: республиканский уровень и областной (городской). Реализация эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией должна осуществляться по специальным программам. Обычно программа – это официально утвержденный документ, определяющий цель, организационную структуру, перечень исполнителей и их функции, систему материального, финансового и информационного обеспечения.

При решении задач эпидемиологического надзора особую значимость представляет оперативность информации. В настоящее время в республике предлагается создать и реализовать единую республиканскую программу по мониторингу за ВИЧ-инфекцией. Это потребует обеспечения центров по профилактике и борьбе со СПИД современной связью с компьютерной базой данных мониторинга республиканского центра по профилактике и борьбе со СПИД. Внедрение этого комплекса повысит эффективность проводимых противоэпидемиологических и профилактических мероприятий при ВИЧ-инфекции не только на отдельных территориях, но и в республике в целом.

Среди прогностических методик, используемых в прогнозировании, особое место занимают статистические приемы. При этом большинство исследователей считают, что на современном этапе разработки эпидемиологических прогнозов достаточны две градации: краткосрочное и долгосрочное прогнозирование.

Наиболее важным является долгосрочное прогнозирование, которое имеет ценность при планировании кардинальных мер, например, при производстве профилактических средств, организация которого требует длительного времени.

В этой связи, основываясь на данных литературы, мы придерживаемся, такой точки зрения, что

профилактика и борьба со СПИД в обществе будут более эффективными, если усилия направить на изменение социальных и социально-биологических факторов, поддерживающих эпидемический процесс при ВИЧ-инфекции. Исходя из положений концепции об эпидемическом процессе как о единой социально-биологической автоволновой системе, саморегулирующейся на основе отрицательной обратной связи между её составными элементами, система профилактических мероприятий должна строиться с учетом эффективности воздействия на внутренние факторы саморегуляции.

Основными путями передачи ВИЧ являются: половой, парентеральный и вертикальный. Система мероприятий при ВИЧ-инфекции, как при любой инфекции, направлена на прерывание или ограничение путей передачи ВИЧ. К числу наиболее эффективных профилактических мероприятий при ВИЧ-инфекции Покровский В. В. (1996) относит меры, направленные на ограничение передачи ВИЧ. При этом автор большое значение придает прямому воздействию не на собственные факторы передачи ВИЧ (кровь, сперма и тому подобное), а на различные внешние условия, которые определяют возможность и интенсивность действия этих факторов.

К числу мер, направленных на прерывании передачи ВИЧ, ВОЗ относит:

1. Предупреждение передачи инфекции половым путем;
2. Предупреждение передачи ВИЧ с кровью;
3. Предупреждение перинатальной передачи инфекции.

В связи с этим необходимо обобщить накопленный мировой опыт государств, рекомендации ВОЗ по борьбе с ВИЧ-инфекцией и с учетом особенностей эпидемической ситуации разработать приоритетные основные направления и подходы к создаваемой системе профилактических мероприятий по СПИД в Республике Казахстан.

Эти направления корректировались и утверждались на I Республиканской научно-профилактической конференции по проблеме СПИД в г. Павлодаре (1990), Республиканском совещании главных врачей центров по профилактике и борьбе со СПИД в Джамбуле (1992), на XIV Международной конференции по СПИД в Берлине (1993), ежегодных совещаниях, научно-профилактических конференциях, семинарах специалистов и по существу представляют единую стратегию профилактики и борьбе со СПИД в Республике Казахстан.

С учетом рекомендаций ЮНАИДС эта стратегия применительно к центрам по профилактике и борьбе со СПИД в условиях республики состоит из следующих направлений:

1. Организация и дальнейшее совершенствование специализированной службы профилактики и борьбы со СПИД;

2. Организация эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией применительно к конкретной территории;

3. Информационно-пропагандистская, санитарно-просветительская работа среди населения;

4. Организационно-методическая помощь органам здравоохранения республике по специализированной подготовке медицинских кадров по проблеме СПИД;

5. Организация лечебно-консультативной и социальной помощи ВИЧ-инфицированным и больным СПИД;

6. Разработка Республиканской программы профилактики и борьбы со СПИД.

7. Проведение научно-исследовательских разработок по проблеме СПИД.

В послании Президента Республики Казахстан Н.А. Назарбаева народу Казахстана (Программа “Казахстан-2030”) акцентировано внимание на важность формирования у населения здорового образа жизни и профилактики заболеваний. Особенно это касается ВИЧ-инфекций, заражение которой всецело зависит от образа жизни, информированности населения о путях передачи и мерах личной защиты. На основании опыта работы были сформулированы и обобщены основные направления, методы и формы проведения информационно-пропагандистской, санитарно-просветительской работы по СПИД среди населения республики.

Информационная работа по проблеме СПИД является одним из приоритетных направлений концепции формирования здорового образа жизни. Целью формирования здорового образа жизни (ЗОЖ) в плане предупреждения ВИЧ-инфекции является снижение риска инфицирования ВИЧ, уменьшение психосоциального стресса и помощь, направленная на развитие способности человека справиться со складывающейся ситуацией.

Несмотря на увеличивающуюся в мире доступность и воздействие информационной, пропагандистской, санитарно-просветительской работы, население, по-прежнему, проявляет неосведомленность в вопросах профилактики ВИЧ-инфекции (Westerman P. L., Davidson P.M., 1990; Van Oost P., Csincsak M., De Bourdeaudhuij, 1990; Rasmussen K. L., Knudsen H.J., 1990; Лунин И., Холл Т.А., Андел Д. С., Кей Д., Херст Н., 1995).

Научные публикации, позволяющие определить изменение стереотипов поведения молодежи, препятствующие распространению СПИД в республике, немногочисленны (Плотникова М. М., Иштаева Л. К., Лебедев Е. Н., Ахметкалиева Р. М., Калинин Н. Ф., 1993; Ниязбеков С. С., Касымбеков М. А., Курбанов К., 1996).

В течение 1995-1996 годов была разработана и утверждена Постановлением Правительства № 193 от 13.02.1996 г. республиканская программа “План мероприятий по профилактике и борьбе со СПИД на 1996-2000 г.г.”.

При составлении программы учитывались предложения министерств и ведомств, областных и городских акиматов, отделов, департаментов и управлений здравоохранения Республики Казахстан, рекомендации Объединенной Программы ООН по ВИЧ/СПИД, ВОЗ. Программа содержит пять разделов:

- организационные мероприятия;
- мероприятия по пропаганде здорового образа жизни;
- медицинские мероприятия;
- социально-правовые мероприятия;
- научно-исследовательская работа;

Цель программы – предупреждение дальнейшего распространения ВИЧ-инфекции на территории республики, снижение ее социально-экономических и политических последствий.

Основой программы явилась разработанная Сапарбековым М. К., Шуратовым И. Х., Чакликовым Т. Е., Лебедевым Е. Н., Сулейменовой Г. Р. (2000) концепция национальной политики государства в ответ на потенциальный рост СПИД в республике. Концепция включала в себя следующие положения:

- признать проблему СПИД одной из важнейших как угрожающей жизненно важным интересам личности, общества и государства;
 - в целях эффективного проведения профилактических мероприятий необходимо организовать на телевидении, радио, в печати широкое информирование населения о возможностях предотвращения передачи ВИЧ половым путем, через кровь, при употреблении наркотических средств и формах безопасного сексуального поведения людей;
 - внедрить в учебные учреждения, школы, колледжи, лицеи, ВУЗы, ПТУ, техникумы специальные учебные программы по вопросам нравственного и полового воспитания учащихся, подростков, молодежи;
 - с учетом особой значимости проблемы СПИД предусмотреть в республике и за её пределами квалифицированную подготовку медицинских, научных, педагогических кадров, специалистов по психосоциальной поддержке ВИЧ-инфицированных и больных СПИД, лидеров молодежных организаций, других категорий населения;
 - обеспечить гражданам Республики Казахстан полный объем диагностических, лечебных и противоэпидемических, профилактических мероприятий по ВИЧ;
 - усилить контроль по обеспечению безопасности донорской крови и её препаратов;
 - упорядочить проведение эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией среди населения Казахстана и в различных “группах риска” в соответствии с конкретной эпидемиологической обстановкой в республике;
 - предусмотреть в республике дальнейшее внедрение современных достоверных методов лабораторной диагностики ВИЧ, методов краткосрочного и долгосрочного прогнозирования развития эпидемического процесса ВИЧ-инфекции;
-
-

- в социально правовом аспекте предусмотреть меры социальной защищенности, как населения, так и инфицированных ВИЧ (больных СПИД) в соответствии с Законом Республики Казахстан “О профилактике заболевания СПИД” (1994);

- предусмотреть в плане научных исследований ведущих научно-исследовательских институтов, ВУЗов республики изучение эпидемиологии, клиники, диагностики и профилактики ВИЧ-инфекции;

- содействовать укреплению материально-технической базы Республиканской службы профилактики и борьбы со СПИД, обеспечению необходимым лабораторным оборудованием, современными диагностическими тест-системами;

- обеспечить условия и предпосылки взаимодополняющей роли общественных (неправительственных), международных, религиозных организаций в плане предупреждения ВИЧ/СПИД.

Валихова С. С., Ягудин Б. И. (1997) По мнению 72% опрошенных, предотвратить возможность заражения ВИЧ может полная информация о СПИДе. При этом основными источниками получения такой информации в настоящее время являются у 50,7% личные встречи (обмен информацией с друзьями в 56%, половыми партнерами – 24%, со специалистами – 12%), у 30,7% - газета “СПИД-инфо”, у 42,7% - телепередачи. Дополнительную информацию о СПИДе хотели бы получить 68% опрошенных лиц, среди которых 46,7% - полную и подробную, а 21,3% - по отдельным вопросам. Основное предпочтение в получении такой информации отдается статьям в журналах и газетах (12%), телепередачам и фильмам (62,7%), лекциям специалистов (48%), индивидуальной беседе с компетентным человеком (16%), анонимному телефону “Службы доверия” (17,3%) и беседе с инфицированными ВИЧ (24%).

По мнению Козлова А. П. (1997) только разумное сочетание различных подходов – от поведенческих и социальных до глубоко научных, фундаментальных и разумный компромисс между ними, в конце концов, способно привести к успеху.

Демидов А. (1997) - уже многие страны столкнулись с серьезными трудностями при разработке и осуществлении планов по борьбе с распространением ВИЧ - инфекции среди потребителей наркотических и психотропных веществ. Опыт этих стран показывает, что повышенное внимание к проблеме распространения ВИЧ среди больных наркоманией уделяется не только по причине практически 100% инфицирования при введении вируса в кровотоки человека, но и в связи с высоким уровнем смертности, а также и по причине передачи ВИЧ от инфицированных больных наркоманией половым партнерам и их детям. В связи с этим возникает проблема приоритетов. Проблема приоритета профилактики ВИЧ у потребителей психоактивных веществ и проблема борьбы с их немедицинским потреблением входят в противоречие, для разрешения которого

нужно не юридическое, а политическое решение. При этом необходимо исходить из того, что тесная взаимосвязь между указанными проблемами, а также наложение на них других медико-социальных проблем, потребует обязательной координации на межведомственном и межгосударственном уровнях.

Des Jarlais D. C., Hagan H., Pacne D., Friedman S. (1996)., уверены, что возможность получения больными наркоманией шприцов снижает риск распространения инфицирование ВИЧ.

Springer Kristen W., Sterk Kklaire E., Jones Stephen T., Friedman Lori. (1999) на основании опроса членов общин, вводящих наркотики внутривенно, и не вводящих их, делают заключение о перспективах программы выдачи и замены одноразовых шприцев. Указывают, что и те, и другие поддерживают программу, но не потребляющие наркотики предлагают обменивать шприцы, тогда как вводящие наркотики выступают за простую раздачу шприцев, опасаясь ареста за само обладание шприцем.

Sloboda Zili, Stephens C., Alemagno Sonia J. (1998) к аспектам предотвращения инфицирования ВИЧ у лиц, инъекционно вводящих наркотики, относят: отказ от потребления наркотиков; прекращение применения бывших в употреблении шприцев/игл; использование новых шприцев/игл; стерилизация шприцев/игл. К факторам сексуального поведения относят: отказ от половых контактов или моногамные контакты с ВИЧ-положительными партнерами и лицами, чей ВИЧ-статус неизвестен.

Гагаркиным Н. и Ваненковой Т. Ж. (2000) отмечен рост наркомании в городе Николаеве (Украина). Силовые методы не остановили рост наркомании. Представлены итоги работы программы “Снижение вреда”, функционирующей на базе фонда “Благодийнисть” и предназначенной для профилактики ВИЧ-инфекции в группах риска среди потребителей инъекционных наркотиков и др. групп. Выполнение программы включает информационное обеспечение, снижение вреда при инъекционном употреблении наркотиков и риска передачи ВИЧ/ЗППП половым путем. Анализ, проведенных исследований, выявил эффективность программы. Увеличилась частота использования презервативов, уменьшилось число половых партнеров, случайных связей, сформирована потребность использования стерильных шприцев. Учитывая условие охвата 70% представителей группы риска при эпидемии для повышения эффективности работы Программы необходимо расширение ее масштабов.

Использовали как традиционную программу обучения предотвращения инфицирования ВИЧ, так и программу, включающую обучение среди одинаковых возрастных групп. При обработке результатов методом логической регрессии установлено, что само по себе обучение не снижает риска инфицирования ВИЧ. В то же время взаимоподдержка сверстников способствует уменьшению риска инфици-

рования, главным образом в плане прекращения практики использования игл (McBride Andrew J., Pates Richard M., Arnold Karin, Ball Nikola, 2001).

Программы добровольного обследования и получения консультаций (ДОПК) служат важнейшим средством обеспечения доступа к службам профилактики и лечения ВИЧ-инфекции. Новые технологии тестирования и повышения сознательности тех, кто ищет или не ищет способы пройти тестирование и консультирование, создают новые возможности для увлечения числа лиц из групп риска, которые узнают о своем серологическом статусе по ВИЧ и становятся доступными для соответствующих служб наблюдения. Получение максимальной выгоды от этих новых возможностей требует более полного анализа целей и задач программ тестирования на ВИЧ и консультирования по ВИЧ/СПИД и трезвой переоценки сильных и слабых сторон этих программ как средств первичной и вторичной профилактики ВИЧ-инфекции. Перегрузку этих программ нереалистичными ожиданиями в период, когда их важность возрастает, а финансирование снижается, нельзя считать ключом к успеху. Вдумчивое применение новых технологий, направляемое знаниями, полученными за много лет тщательных исследований, улучшит эффективность программ ДОПК, особенно если применить их как возможность для интеграции систем профилактики и лечения ВИЧ-инфекции.

Все вышеизложенное определяет масштабность и актуальность проблемы наркомании на современном этапе и требует всестороннего, комплексного

изучения клинических, психических, психологических и социальных изменений при воздействии наркотических веществ на организм человека и, в частности на инфицированный ВИЧ.

Сложившаяся ситуация и слабая изученность вопроса влияния фактора ВИЧ-инфицирования и клинических проявлений СПИД на психологические проявления опиоидной зависимости, а также слабая изученность вопросов лечения и реабилитации исследуемого контингента заставили нас пойти на проведение данного исследования. Сравнительных комплексных исследований изменений личности, медицинских и социальных последствий наркомании в сочетании с ВИЧ-инфекцией в литературе практически нет.

Отсутствуют подробные описания клинических проявлений изменений личности у больных с различными формами наркоманий. Не исследованы, в частности, закономерности формирования личностных расстройств, их частота и клинко-психопатологическая структура. Только в отдельных работах указывается на роль тех или иных факторов в формировании медико-социальных последствий заболевания без их подробного анализа (Рохлина М. Л., Козлов А. А., Каплан И. Я., 1998; Kozlov A. A., 2000).

В связи с этим, нами разрабатываются научно-обоснованные рекомендации по выработке безопасного поведения, социальному контролю, медико-социальной реабилитации, которые необходимо учитывать при проведении профилактических мероприятий.

Литература:

1. Шарман А. Вирус иммунодефицита человека (молекулярно-клеточные аспекты диагностика принципы терапии и профилактики ВИЧ-инфекции). – Алматы, 2002. – 139 с.
2. Clark R. A., Blakley S. L., Greer D. et al // *Rev. infect. Dis.* – 1991. vol. 13, №6, p. 1089 - 1092.
3. Heng M. S. *Pathogenesis AIDS //Cutis.* 1983. Vol.32
4. Wormer C. P., et all. *AIDS in Male Prisoness //Ann, Intern,Med.* 1983. Vol. 98. №3.
5. Мелешко А. А., Быкова В. М., Бруцкая С. И., Ждановская О. М. Профилактика ВИЧ-инфекции и парентеральных гепатитов среди лиц потребляющих наркотики инъекционно в Республике Беларусь // *Ж. микробиол. эпидем. и иммунобиол.* - 2000. - № 4. - С.44 - 46.
6. Рохлина М.Л., Иванец Н.И. К вопросу о лечении больных наркоманиями, зараженных ВИЧ // *Вопросы наркологии.* – 1999. - №1. - с. 40-46.
7. Аменицкий В.А., Дрейзин А.А., Цетлин М.Г. *Вопросы наркологии.* – 1997. - №1. - с 42-49.
8. Bowersox J. A *A Collection of NYDA //Notes Drugs and AIDS.* 1994, vol. 9,3, P.62-63.
9. Brown B. Needle R. // *The Intern. J.of the Addiction.* 1994, vol 29, 13, P.1739-1752.
10. Liomer N. Holler E. // *Wien Z Suchtforschung.* 1990. vol. 13,1, P.28-31.
11. Newman R. // *N.Engl. J.Med.* 1994, vol.331,26, P.1773.
12. O'Connor. Selwyn P. // *The New England. J.Med.* 1994, vol. 331, P. 450-459.
13. Лысенко А. Я., Турьянов М. Х., Лавдовская М. В. и др. Сборник “ВИЧ-инфекция и СПИД: ассоциированные заболевания”. - Москва, 1996. - с. 37-38.
14. Selbovitz L. G. // *The New Eugl. J. of Med.* 1994, vol331, 26, P. 1773.
15. Иванец Н. И. *Лекции по клинической наркологии. Российский благотворительный фонд “Нет алкоголизму и наркомании”.* – Москва, 1995. - 214с.
16. Batki S., London J. // *Alcoholism. Clin. and Exp.Res.* 1991, vol 15, 1. P.150-152.
17. Batki S., London J. // *Alcoholism. Clin.and Exp.Res.* – 1991. - vol 15, 1. - P.150-152.
18. Bowersox J. A. *A Collection of NYDA //Notes Drugs and AIDS.* 1994, vol. 9,3, P.62-63.
19. O'Connor, Selwyn P. // *The New England.J. Med.* 1994, vol. 331, P. 450-459.

-
-
20. Ward J. Darve S. //Brit.J. Addict. 1992, vol 87, 3, P.447-453.
21. Sergeev B., Oparina T., Rumyantseva T., Volkacevskii V., Broadhead R., Heckathorn D., Madray H. HIV prevention in Yaroslavl, Russia: A peer-driven intervention and needle exchange //Drug Issues, 1999, 4, P. 777- 803.
22. Аменицкий В. А., Дрейзин А. А., Цетлин М. Г. // Вопросы наркологии. – 1997. - № 1. - с 42-49.
23. Султанов Л. В. Социологический мониторинг как один из элементов принятия управленческих решений в системе эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией // В кн. “Эпидемиологический надзор: теория методы и организация”. - 1997. - С.194-198.
24. Далматов В.В. Современное состояние вопроса об эпидемиологическом надзоре как специфической форме эпидемиологической диагностики в системе противоэпидемического обслуживания населения” // В кн. “Эпидемиологический надзор: теория методы и организация. - 1997. - С.127-13.
25. Покровский В. В. Эпидемиология и профилактика СПИД. - Москва, 1996. – 246 с.
26. Van Oost P., Csincsak M., De Bourdeadhuij Principals’ and teachers’ veivs of sexuality edukation in Fianders // J.Sch. Health.-1990.-64.- P.105-109.
27. Rasmussen K. L., Knudsen H.J. School children’s knowledge of need for and use before and after the AIDS campaigns; knowledge and sources of information //Igeskr Leader.-1990.-156.- P.1442, 1445-1447.
28. Лунин И., Холл Т. А., Мандел Д. С., Кей Д., Херст Н. Подростковая сексуальность в Санкт-Петербурге, Россия // AIDS.-1995.-9 (Приложение 1). - С.539-560.
29. Плотникова М.М., Иштаева Л. К., Лебедев Е. Н., Ахметкалиева Р.М., Калинин Н.Ф.Повышение информированности учащихся г. Алматы в области профилактики ВИЧ-инфекции // Здравоохранение Казахстана. - 1993. - № 11. - С.41-42.
30. Ниязбеков С. С., Касымбеков М.А., Курбанов К. Т. Роль анонимного опроса и обследования в профилактике ВИЧ-инфекции // Здравоохранение Казахстана. – 1996. - № 10. - С.22-23.
31. Козлов А. П. Новая стадия эпидемии ВИЧ/СПИД в России и наши новые задачи // Рус. ж. “ВИЧ/СПИД и родственные проблемы”. – 1997. - №1. - С. 84-85.
32. Jarlais D. C, Hagan H., Paone D., Friedman S. R. // HIV incidente among syringe exchange participants; the international data. Probl. Drug Depend., Rookville (Md) 1997 P. 93.
33. Гагаркин Н., Ваненкова Т. Ж. О ходе реализации программы “Снижения вреда” в г. Николаеве // Ж. микробиол, эпидемиол. и иммунобиол. – 2000. - №4.

ИССЛЕДОВАНИЕ КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГЕРОИНА ПРИ ТЕРАПИИ АТИПИЧНЫМИ (РИСПЕРИДОН, КЛОЗАПИН) И КЛАССИЧЕСКИМ (ГАЛОПЕРИДОЛ) НЕЙРОЛЕПТИКАМИ

Р.М.Кошегулова

г. Павлодар

Учитывая значительные масштабы (1,7% населения РК) и растущие темпы распространения (рост общей заболеваемости за последние 10 лет – в 10,3 раза) наркозависимости в Республике Казахстан актуальной необходимостью является повышение эффективности проводимых лечебных мероприятий, а именно дифференцированный подход по использованию медикаментозных препаратов в лечении больных наркоманией с учетом особенностей клинико-психопатологических проявлений.

Именно дифференцированные комплексные программы с использованием психофармакологических средств доказали свою большую эффективность по сравнению с обособленными психотерапевтическими и социо-терапевтическими моделями [1]. Главной причиной неблагоприятного прогноза и низкой курябельности заболеваемости являются

стойкость и относительная резистентность к фармакотерапии стержневого аддиктивного расстройства – патологического влечения к наркотику [2-4]. Наиболее эффективными средствами при актуализации неодолимого влечения к наркотику являются нейрорептики [5-8].

В данной связи нами была сформулирована цель исследования: проведение сравнительного исследования клинико-психопатологических проявлений зависимости от героина при терапии атипичными (рисперидон, клозапин) и классическим (галоперидол) нейрорептиками.

Объектом исследования явились больные героиновой наркоманией (259 человек), проходившие курс лечения в Республиканском научно-практическом Центре медико-социальных проблем наркомании (РНЦ МСПН) г. Павлодара.

Характеристика группы стационарных больных героиновой наркоманией (n=259) следующая: 230 пациентов (88,8%) группы – это мужчины; наибольшая численность пациентов составила возрастную группу “20-35 лет” - 230 человек (88,8%); 165 пациентов (63,7%) имели среднее образование; 145 человек (56%) по этнической принадлежности относились к европейцам.

Характеристика 1 исследуемой группы (n=99): мужчины составили 88% группы, это 87 пациентов; в возрастную группу “20-35 лет” вошли 90 человек (91%); среднее образование имели 73 пациента (73,7%); 54 человека (54,5%) по этнической принадлежности относились к европейцам.

Характеристика 2 исследуемой группы (n=62): мужчины составили 85,5% группы, это 53 пациента; в возрастную группу “20-35 лет” вошли 51 человек (82,3%); среднее образование имели 31 пациент (50%); 39 человек (63%) по этнической принадлежности относились к европейцам.

Характеристика контрольной группы (n=98): мужчины составили 90 пациентов (91,8%); в возрастную группу “20-35 лет” вошли 89 человек (90,8%); среднее образование имели 61 пациент (62,2%); 52 человека (53,1%) по этнической принадлежности относились к европейцам.

Длительность заболевания в двух исследуемых и контрольной группах имела наибольшее значение по параметру “5 лет и выше”: 49 пациентов (50%) в контрольной группе, 45 пациентов (45,5%) в 1 исследуемой группе и 32 пациента (51,6%) во 2 исследуемой группе.

В 1-ой исследуемой группе на фоне базисной терапии в героиновом абстинентном синдроме и постабстинентном периоде назначали рisperидон (рисполепт), максимальная суточная доза до 6 мг в сутки; во 2-й исследуемой группе назначали азалептин (клозапин) в максимальной суточной дозе до 200 мг; в 3-ей контрольной группе назначали галоперидол (сенорм) до 10 мг в сутки.

Лечение абстинентного синдрома было в обеих группах комплексным, включало назначение антиконвульсантов (карбамазепин 400-600 мг/сутки), агонистов альфа-2-адренорецепторов (клофеллин 0,045-0,06 мг/сутки), анальгетиков (трамал 400-600 мг/сутки), транквилизаторов (диазепам до 40 мг/сутки). Применяли также общеукрепляющую и гепатотропную терапию.

Для достижения указанной цели в работе были использованы следующие *методы исследования*: клиничко-психопатологический, клинический, экспериментально-психологический и статистический методы.

Результаты исследования

Обнаружено, что по частоте встречаемости симптомов на начало лечения абстинентного синдрома в обеих группах из психопатологических были наиболее выражены: недостаточность суждений и кри-

тики (100%), влечение к наркотику (99,4%), бессонница (96,8%), тревога (90%), аффективная лабильность (87,5%) и т.д.; из соматоневрологических симптомов основные жалобы наблюдались на боли в мышцах (84,2%).

Получена достоверная разница в группах по длительности абстинентного синдрома в процессе лечения рisperидоном и галоперидолом: в 1 исследуемой группе – 7 дней, в контрольной - 8,7 дней. Статистическая достоверность (p<0,01).

Анализ состояния больных позволил выявить расстройства, наиболее чувствительные к действию рisperидона, галоперидола и клозапина. По результатам исследования нейролептики не обнаружили отличительной тропности в абстинентном синдроме в отношении психопатологических симптомов - возбуждение, аффективная лабильность, агрессивность, соматовегетативных – боли в мышцах, зевота, гипергидроз, слезотечение, насморк, анорексия, холодные и горячие волны; в постабстинентном периоде – в отношении поведенческих расстройств, рудиментарных алгических проявлений и парестезий. Между выраженностью этих симптомов у больных, получавших рisperидон, клозапин и галоперидол, не было статистически достоверной разницы.

В то же время выявилась более выраженная (по сравнению с другими нейролептиками) тропность к действию рisperидона такого стержневого симптома героиновой наркомании, как патологическое влечение к наркотику. На конец лечения абстинентного синдрома симптом “влечение к наркотику” отсутствовал: в 1 исследуемой группе 42,4%, во 2 исследуемой 6,5% и в контрольной группе 9,2%. На конец лечения постабстинентного периода - отсутствовало влечение к наркотику в 1 исследуемой группе 93,9%, во 2 исследуемой 71% и в контрольной группе 65,3%. Различия в группах пациентов, получавших азалептин, галоперидол и рisperидон, были статистически достоверны (p<0,01).

Эффективность нейролептиков в отношении тревоги в абстинентном синдроме также достоверно различалась: на конец лечения отсутствие симптома - в 1 исследуемой группе 81,8%, во 2 исследуемой 48,4% и в контрольной группе 59,2%.

На конец лечения абстинентного синдрома симптом “бессонница” отсутствовал: в 1 исследуемой группе 57,7%, во 2 исследуемой 30,6% и в контрольной группе 37,8%. На конец лечения постабстинентного периода нарушения сна отсутствовали: в 1 исследуемой группе 99%, во 2 исследуемой 98,4% и в контрольной группе 92,9%.

В отношении наиболее часто встречаемого симптома на начало лечения абстинентного синдрома – “недостаточность суждений и критики” обнаружен значительный психотропный эффект при применении рисполепта: на конец лечения абстинентного синдрома симптом отсутствовал в 1 исследуемой группе 25,3%, во 2 исследуемой 4,1% и в контрольной

1,6%. Различия в группах были статистически достоверны ($p < 0,01$).

Аффективные расстройства у пациентов в абстинентном синдроме включали депрессию с переживанием печали, уныния, пессимизма. Уровень депрессии в группах на конец лечения абстинентного синдрома был получен следующий: отсутствие симптома - в 1 исследуемой группе 99%, во 2 исследуемой 96,8% и в контрольной группе 92,9%. В постабстинентном периоде тимолептический эффект рisperидона также достоверно превалировал.

В постабстинентном периоде наблюдались состояния эмоциональной депримированности и редуциции психического энергетического потенциала в виде пассивности, апатии, безразличия к окружающему и отсутствия побуждения к работе в психотерапевтических группах. Симптом "апатия, безразличие" отсутствовал на конец лечения постабстинентного периода: в 1 исследуемой группе 96,9%, во 2 исследуемой 82,3% и в контрольной 73,5%.

Выводы

Таким образом, выявленные достоверные различия в динамике клинико-психопатологических проявлений героиновой наркомании в двух исследуемых и контрольной группах определили преимущественную эффективность атипичного нейролептика рisperидона.

Значение преимущества препарата в том, что рisperидон в сравнении с другими нейролептиками быстрее купировал психопатологические проявления абстинентного синдрома. Пациенты 1 исследуемой группы благодаря меньшему по продолжительности периоду абстиненции, ранее включались в работу с психотерапевтом (по сравнению с пациентами других групп).

Препарат рisperидон по сравнению с клозапином и галоперидолом эффективнее дезактуализировал патологическое влечение к наркотику.

У пациентов трех групп наблюдалось наличие тесной связи аффективных нарушений с актуализацией патологического влечения к наркотику. Как в процессе лечения абстинентного синдрома, так и во время терапии постабстинентного периода у рisperидона в сравнении с клозапином и галоперидолом отмечен более высокий тимолептический эффект. Купирование аффективных расстройств проявля-

лось изменением поведения больных. У больных 1 исследуемой группы с успешным действием рisperидона не наблюдали конфликтов с персоналом, агрессивности в отношении других больных.

Наиболее выраженный симптом на начало исследования – "недостаточность суждений и критики" – проявлялся у наблюдавшихся пациентов в недостаточном понимании своего психического состояния и сложившейся жизненной ситуации, что выражалось в недостаточной способности признать наличие заболевания или его симптомов, отрицании необходимости госпитализации или лечения. В 1 исследуемой группе данный психопатологический симптом купировался быстрее, больные упорядочивались в поведении, становились спокойнее, доступнее для общения с окружающими, в том числе и с врачом, соглашаясь на психотерапевтические беседы.

В процессе проведенного клинического исследования у рisperидона был выявлен стимулирующий эффект. В постабстинентном периоде рisperидон в сравнении с другими нейролептиками заметнее снижал проявления апатии и безразличия, выраженность тревожной симптоматики.

У пациентов 1 исследуемой группы при применении рisperидона экстрапирамидные побочные эффекты были выражены незначительно, рisperидон хорошо переносился больными. При этом у пациентов контрольной группы были наиболее выражены такие побочные эффекты, как акатизия, моторная заторможенность, что, в свою очередь, требовало дополнительно назначения антипаркинсонических корректоров (циклодол) и транквилизаторов (диазепам).

Имеющийся к настоящему времени опыт применения нейролептиков в клинике наркологических заболеваний свидетельствует, что атипичный нейролептик рisperидон является одним из наиболее эффективных и безопасных психотропных средств в наркологической практике. Полученные результаты позволяют рекомендовать включать рisperидон в комплексные терапевтические программы при лечении больных героиновой наркоманией. Хорошая переносимость препарата, отсутствие побочных явлений и осложнений позволяет назначать его длительное время как стационарно, так и амбулаторно, в качестве поддерживающего лечения.

Литература:

1. Иванец Н. Н., Надеждин А.В. с соавт. // Ж. «ВН». – 2000. - № 3. - с. 7-13.
2. Иванец Н.Н. Психиатр. и психофармакотер. – 1999. – 3. – с. 19-24.
3. Анохина И.П. Антидепрессанты в терапии патологического влечения к психотропным веществам / под ред. Н.Н. Иванца. - М., 2000. - с. 17-21.
4. Иванец Н.Н. Антидепрессанты в терапии патологического влечения к психотропным веществам. - М., 2000. - с. 8-16.
5. Иванец Н.Н., Анохина И.П., Стрелец Н.В. Современное состояние проблемы наркомании в России // Вопросы наркологии. - 1997. - № 3. - С.3-12.
6. Иванец Н.Н., Винникова М.А. Героиновая зависимость (клиника и лечение постабстинентного состояния). - М.: Медпрактика, 2001. - С. 128.

7. Сиволап Ю.П. Влияние нейролептиков на психопатологические проявления опиоидной зависимости: Автореф. дисс. на соискание уч. степени к.м.н. - М., 1999. - С. 138.

8. Сиволап Ю.П., Савченков В.А. Фармакотерапия в наркологии (краткое справочное рук-во). - М.: Медицина, 2000. - с. 24-44, 238-239, 252-253.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПОРАЖЕНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ОСТРОЙ ОПИЙНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ

Т.К.Кудеринов, Т.Т.Киспаева, Р.Б.Кошикова

г. Караганда

Проблема наркомании как социально-экономического, медико-биологического и морально - этического бедствия продолжает оставаться актуальной, представляя реальную угрозу генофонду человечества [1, 2, 3, 4]. При этом, в Казахстане ситуация с наркотиками за последние 10 лет характеризуется вытеснением с рынка сбыта каннабиоидов и преобладанием наркотиков опийной группы [4].

Вследствие действия опийного наркотика на различные структуры центральной нервной системы возникает комплекс разнообразных психических, неврологических и соматовегетативных нарушений [2, 3, 5].

В настоящее время доказано, что токсические эффекты, вызываемые опийным наркотиком, приводят к метаболическим сдвигам системы перекисного окисления липидов (ПОЛ) и антиоксидантной защиты (АОЗ) в организме [6, 7, 8, 9]. Однако, учитывая, что неврологический симптомокомплекс обуславливается повреждением нейронов и их мембран в различных отделах головного мозга, представляет немаловажный интерес для изучения взаимоотношения системы ПОЛ и АОЗ в ткани головного мозга при опийной наркомании.

Целью нашей работы стало изучение некоторых показателей ПОЛ и АОЗ ткани различных отделов головного мозга при острой опийной интоксикации. Изучение проводилось по методике, разработанной во всесоюзном научно - исследовательском институте общей и судебной психиатрии им. В. П. Сербского [10].

В первой серии эксперимента морфин вводили в среднетоксичной дозе одномоментно в количестве 60 мг/кг веса. Во второй серии препарат вводился в высокотоксичной дозе одномоментно - 100 мг/кг веса. Через пять часов после введения наркотика после декапитации выделяли следующие отделы головного мозга: гипоталамус, кора, стриатум, гиппокамп, средний мозг, продолговатый мозг. Степень активации ПОЛ определяли по содержанию тиобарбитуровой кислоты реактивных продуктов (ТБК-РП). О состоянии системы АОЗ судили по активности ее ферментативного звена - каталазы (КАТ), содержанию церулоплазмينا (ЦП) [11, 12, 13]. Результаты обрабатывались методом вариационной статистики [14].

Определение ПОЛ - ТБК-РП в различных структурах головного мозга при моделировании острой опийной интоксикации выявило разнонаправленный характер изменения их содержания. В ткани стриатума и коры содержание ТБК-РП достоверно повышалось по сравнению с контрольной группой. В ткани гипоталамуса, гиппокампа, продолговатого, среднего мозга отмечалось достоверно значимое снижение содержания ТБК-РП, особенно выраженное в ткани гипоталамуса и гиппокампа. Наибольшее отклонение от контроля в ткани гипоталамуса представлено снижением его содержания на 73% в первой серии и на 72% во второй серии по сравнению с контролем. В ткани гиппокампа в первой серии было отмечено снижение на 67% и во второй – на 31% по отношению к контролю. Результаты исследования приведены в таблице 1.

Таблица 1

Показатели ТБК-РП в различных тканях головного мозга

Объект исследования	Контроль	1 серия	2 серия
Гиппокамп	0,295±0,003	0,098±0,004*	0,205±0,003**#
Средний мозг	0,156±0,001	0,139±0,004	0,154±0,003*
Гипоталамус	0,610±0,003	0,173±0,003	0,162±0,003#
Стриатум	0,162±0,004	0,252±0,001**	0,303±0,004**
Кора	0,124±0,0013	0,148±0,0036*	0,139±0,0089**#
Продолговатый мозг	0,15±0,0179	0,076±0,0268**	0,328±0,0760##

Примечание: *степень достоверности по сравнению с контролем при $p < 0,001$; **степень достоверности по сравнению с контролем при $p < 0,05$; # степень достоверности по сравнению с первой серией при $p < 0,001$, ## степень достоверности по сравнению с первой серией при $p < 0,05$.

Изучение острой опийной интоксикации в эксперименте в ткани головного мозга выявило практически во всех исследуемых отделах ингибицию ферментативного звена АОЗ. При исследовании активности КАТ в различных тканях головного мозга наиболее чувствительной на введение наркотика оказалась ткань гипоталамуса. Активность КАТ уменьшилась на 84% в первой серии, и на 35% во второй серии, в сравнении с

контролем и стриатума, особенно во второй серии. Активность уменьшилась в первой серии на 55%, и во второй серии на 87% по отношению к контролю. В ткани гиппокампа относительные отклонения были отмечены в первой серии (в первой серии активность ее уменьшается на 68% раз, во второй серии увеличивается в 1,69 раза против контроля), среднего мозга. Результаты исследования отражены в таблице 2.

Таблица 2

Показатели активности КАТ в различных тканях головного мозга

Объект исследования	Контроль	1 серия	2 серия
Гиппокамп	0,062±0,005	0,02±0,003**	0,105±0,007*##
Средний мозг	0,113±0,001	0,231±0,003	0,09±0,022
Гипоталамус	0,38±0,005	0,061±0,005*	0,246±0,005*##
Стриатум	0,155±0,004	0,070±0,005*	0,02±0,003**
Кора	0,055±0,02	0,009±0,0009	0,079±0,0098##
Продолговатый мозг	0,074±0,016	0,045±0,0116*	0,13±0,0242*#

Примечание: см. таблицу 1.

Исследование содержания ЦП в различных отделах головного мозга выявило разнонаправленные результаты. В ткани коры и стриатума его содержание достоверно повышалось по сравнению с контролем. В остальных отделах - снижалось. Максимальная чувствительность ЦП к введению наркотика была выявлена в ткани гипоталамуса (уменьшение ЦП в первой серии на 85% и во второй серии на 98% по сравнению с контролем); в ткани стриатума (содержание ЦП увеличилось в 7 раз (в первой серии) и в 20

раз (во второй) по сравнению с контролем), а также в ткани гиппокампа и среднего мозга (в I серии), в ткани коры (во второй серии). Исследование содержания ЦП в ткани продолговатого мозга выявило достоверные изменения как в I, так и во II серии.

При сравнении I и II серий между собой отмечались достоверные изменения в ткани стриатума, продолговатого мозга и гиппокампа

Результаты исследования ЦП в различных тканях головного мозга приведены в таблице 3.

Таблица 3

Показатели ЦП в различных тканях головного мозга

Объект исследования	Контроль	1 серия	2 серия
Гиппокамп	0,041±0,004	0,02±0,0081**	0,054±0,003*#
Средний мозг	0,062±0,003	0,034±0,0072**	0,051±0,0006
Гипоталамус	0,162±0,007	0,025±0,0098**	0,003±0,0007**
Стриатум	0,005±0,0003	0,035±0,001**	0,100±0,003*##
Кора	0,014±0,001	0,018±0,00134	0,02±0,0022**
Продолговатый мозг	0,34±0,006	0,05±0,0148*	0,094±0,0112*#

Примечание: см. таблицу 1.

Приведенные вышеуказанные данные свидетельствуют о дисрегуляторном воздействии наркотика на систему ПОЛ-АОЗ в различных тканях головного мозга в зависимости от дозы введенного вещества. Причем, наиболее чувствительные показатели к воздействию наркотика были выявлены в следующих тканях головного мозга: гипоталамусе, стриатуме, гиппокампе. Они имели более выраженные достоверно значимые изменения при сравнении с контрольной группой.

Более выраженные изменения со стороны нервных клеток - нейронов и их мембран, в частности

в ткани гипоталамуса, гиппокампа, стриатума, свидетельствуют о нейро-метаболических сдвигах в данных отделах головного мозга с последующим развитием поражения нервной клетки, обуславливая развитие неврологической картины больных опийной наркоманией (лимбические нарушения, гипоталамические синдромы, экстрапиримидные расстройства).

Таким образом, воздействие наркотика опийного ряда, прежде всего, реализуется на клеточном и на субклеточном уровне, что имеет немаловажное

Литература:

1. Отчет о состоянии здравоохранения в мире. Победа над страданиями обогащения человечества. - Женева: ВОЗ, 1997. - 240 с.
2. Пятницкая И.Н. Наркомания как социальная и общемедицинская проблема//Росс. мед. журнал. - 1996. - №4. - С. 5-10.
3. Фридман, Флеминг Н. Ф., Робертс Д. Г., Хайман Е. Наркология: пер. с английского. - М.; СПб: Бином Невского Диалекта, 1998. - 318 с.
4. Молчанов С. Н. Современные подходы в реабилитации пациентов с опийной наркоманией // Вопросы наркологии Казахстана. - 2001. - Т. 1, № 1. - С. 65-69.
5. Taitslin V. L., Matuzok E. G. Neurological aspects of opium addiction in imprisoned women//Addict Biol. - 1998 - V.3, №3. - P. 315-319.
6. Панченко Л. Ф., Пирожков С. В., Соловьева А. Г. Антиоксидантные системы и перекисное окисление липидов при наркотической интоксикации / ТВ опр. Наркологии. - 1995. - №2. - С. 32-36.
7. Пирожков С. П. Перекисное окисление липидов и состояние антиоксидантной системы защиты при интоксикации крыс морфином: Автореферат дисс. к.м.н. - М., 1997. - 34 с.
8. Погосов А. В. Особенности динамики перекисных и антиокислительных процессов у больных опийной наркоманией // Актуал. вопр. психиатрии и наркологии. Материалы VIII научной конференции психиатров и наркологов Таджикистана, посвященной 50-летию основания первой республиканской психиатрической больницы. /Под ред. чл.- корр. АМН СССР, проф. Гулямова М. Г. - Душанбе: Изд-во ЦККП Таджикистана, 1991. - С. 120-123.
9. Сибирева Состояние АОЗ у больных опийной наркоманией // Росс. психиатр. журнал. - 1998. - № 2. - С. 441-43.
10. Васькина Л. В., Пушкин А. С. Динамика изменений ультраструктуры нервных клеток гипоталамуса при острой морфийной интоксикации // Журн. невропатологии и психиатрии им. Корсакова. - 1978. - № 7. - С. 980-984.
11. Гаврилов В. Б., Гаврилова А. Р., Манжуй Л. М. Анализ метода определения продуктов перекисного окисления липидов в сыворотке крови по тесту с тиобарбитуровой кислотой // Вопр. мед. химии. - 1987. - № 1. - С. 118-121.
12. Королюк М. А., Иванова Л. И., Майоров И. Г., Токарев В. Е. Метод определения каталазы // Лаб. дело. - 1988. - № 1. - С. 16-19.
13. Тен Э. В. Экспресс-метод определения активности церулоплазмينا в сыворотке крови // Лаб. дело. - 1981. - № 6.
14. Оценка достоверности результатов исследования: учебное задание / Под ред. Лавровой И.Г. - М., 1984. - 22 с.

**ПРЕМОРБИДНЫЕ ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ
В РАЗВИТИИ ГЕРОИНОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ**

Л.Б.Кузембаева

Распространение наркомании на территории Казахстана и стран СНГ происходит угрожающими темпами. Отмечается рост потребления наркотиков среди молодежи, в том числе и несовершеннолетних.

В механизмах формирования наркоманий наиболее значимыми являются следующие факторы: социологический, биологический, психологический. К социальным факторам следует отнести уровень экономического развития общества, инфраструктуры, распространенность употребления нар-

котиков в обществе, моду, способ времяпровождения в компании с употреблением наркотиков (А.Е.Личко, В.С.Битенский, 1991). Биологические факторы тесно связаны с психопатологической отягощенностью семьи, а также "биологической предрасположенностью" (Oliver J.E., 1985; Masson D., et al., 1987).

Немаловажная роль в формировании наркомании принадлежит индивидуальной склонности, определяющей реакцию на наркотик. Milkman и Frosh выдвинули гипотезу об индивидуальной склоннос-

ти индивида и выборе специфического наркотика в зависимости от характера защитного стиля поведения. Например, героин обладает выраженным седативным эффектом, усиливает тенденции ухода и изоляции, а стимулирующие наркотики ведут к усилению активной конфронтации с окружающими. При психологическом подходе обращается внимание на совокупность черт, делающих личность уязвимой, неустойчивой к действию одурманивающих средств и толкающих к активному поиску опьянения. Wurmser L., указывал на использование опиатов в качестве компенсации при аффективной неустойчивости, дисфории, депрессии, которая сопровождается идеями самообвинения и одиночества. Ю.М.Гуревич с соавт. (1992) отметил, что наличие депрессии прямо связано с ранним началом употребления наркотиков, является признаком плохого прогноза. До настоящего времени остается актуальной точка зрения, что предрасполагающими факторами к развитию наркоманий относятся: социальная незрелость личности, инфантилизм, выраженные гедонистические потребности, психопатии, акцентуации характера.

Для понимания причин развития психопатологических нарушений, их корреляции с синдромом психической и физической зависимости, необходимо рассмотреть ряд вопросов патогенеза заболевания.

Нейрофизиологические механизмы развития зависимости от наркотиков базируются в стволовых и лимбических структурах мозга. Данные структуры участвуют в регуляции эмоционального состояния, настроения, мотивационной сферы, поведенческих реакциях человека. Воздействие веществ с наркотическим потенциалом на нейрхимические процессы в данных структурах вызывает развитие синдрома зависимости. Вещества, способные вызвать зависимость, в первую очередь влияют на катехоламиную нейромедиацию в лимбических структурах мозга. Прием наркотиков приводит к значительному выбросу катехоламинов. Такой резкий выброс нередко сопровождается положительными эмоциональными реакциями. Постоянный прием наркотиков ведет к истощению запасов нейромедиаторов, формированию «порочного круга», чем в значительной мере обусловлено проявление синдрома психической зависимости.

Хроническая интоксикация приводит к усилению синтеза катехоламинов и, соответственно, к подавлению активности ферментов их метаболизма. Формируется ускоренный кругооборот катехоламинов. При прекращении приема наркотика вследствие вышеописанных механизмов происходит накопление дофамина в крови и биологических жидкостях. Именно с этим связаны такие проявления синдрома физической зависимости, как высокая тревожность, возбуждение, напряженность, вегетативные нарушения. Известно, что уровень дофамина в крови четко коррелирует с тяжестью абстинентного синдрома

(Анохина с соавт., 1998). В динамике ремиссии у больных наркоманией наблюдаются типичные колебания уровня дофамина.

Помимо катехоламиневой системы, хроническая опийная интоксикация приводит к нарушению деятельности опиатной системы, которая также участвует в механизмах боли, эмоциональных и мотивационных процессах.

Сопоставление структурных характеристик преморбидной почвы у больных, страдающих героиновой зависимостью, обнаружило проявление ряда особенностей преморбидного фона, во многом определивших дальнейшее течение заболевания и оформление основных синдромов зависимости.

Исследовано 56 больных, страдающих героиновой наркоманией. В исследование были включены мужчины и женщины в возрасте от 20 до 33 лет. Все больные были проконсультированы терапевтом, невропатологом, женщины – гинекологом. Всем больным были проведены необходимые клинко-лабораторные исследования. Из исследования исключались пациенты с сопутствующими психическими заболеваниями, с острыми психотическими расстройствами, с хроническими соматическими заболеваниями в стадии обострения, а также больные, у которых зависимость от героина сочеталась с зависимостью от других групп наркотиков.

Наследственная отягощенность выявлена у 24,8% больных. Наибольший удельный вес занимала отягощенность алкоголизмом по линии отца – 30,5%. Алкоголизм по линии матери встречался в 2,3% случаев. Частота заболеваемости наркоманией у отцов пациентов составила 2,1% случаев. Личностные девиации (психопатии, психопатические черты) отмечались в 3,2% случаев, также преимущественно у отцов пациентов. Среди других психических заболеваний отмечались шизофрения, эпилепсия. Удельный вес психических расстройств у родителей пациентов составил 4,3% случаев.

В анамнезе большинства исследованных больных отмечались неблагоприятные микросоциальные условия: воспитание одним родителем, чаще матерью, гипоопека или воспитание в условиях вседозволенности, частые конфликты между родителями, другие стрессовые события.

При квалификации преморбидных личностных особенностей использовались классификация психопатий П.Б.Ганнушкина, О.В.Кербикова, классификация акцентуаций характера (А.Е.Личко, 1977; К.Леонгард, 1989).

По типу преморбидных особенностей личности больные распределились следующим образом. В 26,8% случаев определялись черты возбудимости, сравнительно большую группу составили лица с истерическими чертами характера - 17,8%. Лица с эпилептоидными чертами характера составили 7,1%, с преобладанием астенических и тревожно-мнительных черт характера составили 12,5% случаев. Шизо-

идный тип личности встречался у 5,4%. Лица с психическим инфантилизмом встречались в 8,9% случаев. Неустойчивые черты характера также выявлялись у 16,1%. В 5,4% случаев преморбидные личностные особенности отличались полиморфизмом. Отсутствие определенного характерологического радикала не позволяла квалифицировать этих больных в рамках того или иного типа личности, в связи с этим данная группа пациентов была отнесена к мозаичным. Типологическая группировка преморбидных личностных особенностей была проведена в соответствии с установившимися принципами клинического подхода – на основе учета доминирующей симптоматики.

Распределение больных по преморбидным личностным особенностям.

№	Преморбид	Абс. число	%
1.	возбудимые: А) конституционально Б) органическая почва	15 7 8	26,8
2.	Эпилептоидные	4	7,1
3.	Истерические	10	17,8
4.	Неустойчивые	9	16,1
5.	Астенические тревожно-мнительные	7	12,5
6.	Шизоидные	3	5,4
7.	Психический инфантилизм	5	8,9
8.	Мозаичные	3	5,4
	Всего:	56	100

Степень выраженности характерологических девиаций в преморбидном периоде была различной: от легких акцентуаций до глубоких психопатий.

Исследуемая выборка больных была разделена на три группы.

В первую группу вошли 38 человек (27 мужчин и 11 женщин). Отличительными признаками вошедших в нее лиц, являлись: преобладание в преморбидном личностном радикале возбудимых, эпилептоидных, истерических, неустойчивых черт характера. Формирование заболевания происходило быстро; эпизодический прием в подавляющем большинстве случаев проходил молниеносно и не определялся. Абстинентный синдром формировался через 1-1,5 месяца после начала приема наркотиков и отличался тяжестью течения. Проявления патологического влечения к наркотику были выраженными. Эту группу отличала и длительность заболевания, которая колебалась в пределах от 3 до 6 лет.

Вторую группу составили 10 человек (9 мужчин и 1 женщина). С наибольшей частотой здесь встречались лица с астеническими, тревожно-мнительными, шизоидными чертами характера. Инициальный период развития зависимости у этих пациентов длился несколько дольше: эпизодическое употребление

наркотика в течение 3-5 месяцев; систематическое употребление, до формирования опиоидного абстинентного синдрома, длилось от 2 до 7 месяцев. Рост толерантности не такой значительный, по сравнению с первой группой. Длительность заболевания в данной группе больных варьировала от 1 года до 2,5 лет.

В третью группу вошло 8 человек (7 мужчин и 1 женщина). Степень выраженности личностных девиаций в преморбидном фоне невысокая, более часто наблюдались лица со стеническими чертами характера.

Сопоставление структурных характеристик преморбидной почвы у больных первой, второй и третьей групп обнаружило проявление ряда особенностей преморбидного фона, во многом определивших дальнейшее течение заболевания и оформление основных синдромов зависимости.

Для больных первой группы характерными являются аффективная возбудимость, несдержанность, склонность к бурным аффективным вспышкам с агрессивностью, возникновение дисфорий под влиянием различных ситуационных моментов, связанных с этим выраженными колебаниями настроения, а также незрелости эмоционально-волевой сферы и преобладание мотивов получения удовольствия. В качестве факультативных патохарактерологических нарушений могут выступать демонстративность, склонность к браваре. Все эти особенности нередко становятся причиной раннего формирования девиантного поведения. Следует отметить и большую наследственную отягощенность у больных из этой группы. В зависимости от генеза патохарактерологических нарушений, при преимущественно эксплозивном типе, могут быть обнаружены некоторые особенности. Это меньшая склонность к примитивным аффективным разрядам, при наличии наследственно-конституционального фактора, более легкая частичная компенсация за счет сохранности интеллектуальных ресурсов. При достаточной частой экзогенно-органической неполноценности наблюдается склонность к аффективным разрядам с выраженной вегетативной реакцией, более выражены дисфории, истощаемость и другие церебральные симптомы. Подобное сочетание особенностей психической сферы является важным предрасполагающим фактором к быстрому приобщению к наркотикам.

Для больных второй группы более характерно проявление невротических реакций с субдепрессивным сдвигом настроения, плаксивостью, расстройствами сна и аппетита. В формировании и закреплении патологических форм реагирования значительную роль играют психогенные реакции: характерологические, патохарактерологические, невротические. “Структурирование” патологических черт характера происходит, главным образом, в период пубертатного криза и проявляется в чувствительности, неспособности преодолевать жизненные трудности, трудности адаптации. Вышеописанные особеннос-

ти у этой группы пациентов обуславливают и меньшую выраженность девиантного поведения.

У большинства пациентов третьей группы наблюдается полиморфизм характерологических проявлений, превалирует сочетание стенических черт с истерическими, эпилептоидными, шизоидными чертами характера. Возможно, именно с этим связаны такие проявления, как активность и настойчивость при достижении поставленных целей, определенная ригидность установок, стремление к лидерству, повышенная эмоциональность. Тем не менее, практическими облигатными характеристиками являются слабость критической самооценки, недостаточная сформированность адаптационных механизмов, эмоциональная неустойчивость. В зависимости от внешних обстоятельств, экзогенных факторов, биологических циклов, возраста, доминирующее положение занимают либо одни, либо другие патохарактерологические проявления. В то же время, в сложных жизненных ситуациях у них объективно отмечается непродуктивность деятельности, разбросанность, непоследовательность, суетливость, что может вызвать тяжелые субъективные переживания, что часто приводит к нарушению всего стереотипа поведения, иногда - к развитию невротических реакций. Формирование девиантного поведения нехарактерно для этой группы. Наследственная отягощенность отмечается реже.

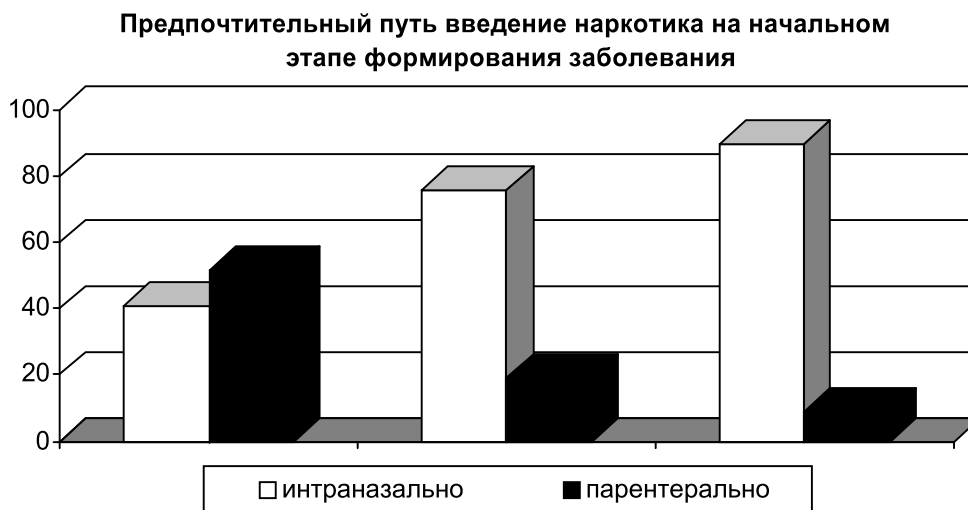
Следует отметить тревожную тенденцию роста распространенности наркомании среди более широких социальных слоев. Сравнительный анализ рас-

пределения больных по уровню образования выявил следующую тенденцию: лица с законченным высшим образованием и студенты, в основном, вошли во вторую и третью группы и составили 40%, на лиц со средне-специальным образованием пришлось 35%.

Следующим важнейшим преморбидным фактором, оказывающим модифицирующее влияние на клинику и течение героиновой наркомании, является возраст начала употребления наркотиков опийной группы. Так в первой группе преобладают больные, начавшие употреблять наркотики в возрастном интервале от 15 до 17 лет (54,3%). Во второй и в третьей группах возрастной интервал составляет от 18 до 19 лет (49,2 и 50% соответственно).

У лиц с преимущественно эксплозивными чертами характера (первая группа) период эпизодического употребления наркотиков практически отсутствует и составляет, в среднем, от двух недель до двух месяцев. В то время как во второй и третьей группах период эпизодического употребления составляет от 1,5 до 4 месяцев \pm 0,5 месяца. При этом следует отметить еще один немаловажный факт: в первой группе больных предпочитаемый путь введения сразу был парентеральный (52%), во второй и третьей группах опыт приема героина начинался с интраназального употребления (76% и 90% соответственно). Хотя осознанное влечение к героину возникает практически молниеносно, уже через считанные разы его приема, во второй и третьей группах отмечается тенденция к более плавному становлению патологического влечения к героину.

Рисунок 1



Достоверно короче, в первой группе пациентов, оказывается период от начала приема героина до формирования признаков физической зависимости: 1,5-2 \pm 1,2 месяца, по сравнению с 3,5-5 \pm 1,2 мес. во второй группе и 3-5 \pm 1,5 мес. в третьей группе.

Существенно отличаются у больных трех групп проявления синдрома измененной реактивности: у

больных первой группы рост толерантности более стремительный по сравнению с больными из второй и третьей групп. Максимальные дозы героина устанавливаются достаточно быстро, через 2,5-4 месяца, достигают от 0,7 до 1,5 г/сут., в среднем составляет 0,65 г/сут. У больных второй и третьей групп рост толерантности более плавный (4-6 месяцев от

начала приема героина, максимальные дозы составляют 0,33-0,5 г/сут и 0,25-0,3 г/сут соответственно).

Следующим отличительным моментом являются различия в длительности заболевания. У больных первой группы она составляет, в среднем, от 3-5 лет \pm 1,5 года (67%). Длительность заболевания у второй группы пациентов колеблется в пределах от года до двух лет \pm 6 месяцев. У больных третьей группы наблюдается некоторая разнородность в длительности заболевания.

Личностные сдвиги в первой группе преимущественно характеризуются более быстрым нивелированием преморбидных черт, нарастанием своеобразной апатичности, аспонтанности, снижением морально – этических качеств, в то время как во второй и в третьей группах превалируют изменения личности по типу заострения преморбидных черт, что является свидетельством меньшего темпа прогрессивности заболевания по сравнению с первой группой. В структуре патологического влечения к героину у больных первой группы преобладают поведенческие расстройства: выраженное возбуждение, дисфоричность, агрессивность, отказ от лечения, негативизм, выбор круга общения, часто – сны на наркотическую тематику, диссимулятивное поведение и пр. А.В.Надеждин (1992) подчеркивает,

что выражением патологического влечения при наркомании являются “наркоманические сновидения” и подразделяет их на три вида: наркопетальные, наркофугальные, нарконейтральные.

Различные аффективные расстройства, преимущественно депрессивного спектра наиболее выражены также в первой группе по сравнению со второй и третьей. Выраженность вегетативного симптомокомплекса в первые пять – шесть дней практически одинакова во всех трех группах. Отличительными особенностями является превалирование в первой группе желудочно-кишечных расстройств (тошнота, рвота, спастические боли в животе), во второй и в третьей группах расстройства желудочно-кишечного тракта практически не встречаются, вегетативные расстройства исчерпываются слезотечением, ринореей, заложенностью носа, потливостью, неустойчивым АД. Таким образом, оценивая тяжесть абстинентного синдрома, можно сказать, что в первой группе больных он протекает значительно тяжелее за счет более выраженных болевых и психопатологических проявлений. У больных третьей группы болевой компонент, а также вегетативные проявления менее выражены, чем во второй группе, а психопатологические нарушения протекают сравнительно одинаково.

Литература:

1. Шабанов П.Д., Штакельберг О.Ю. Наркомании. - 2001.
2. Бориневич В.В. Наркомании. - 1963.
3. Гоголева А.В. Аддитивное поведение и его профилактика. - 2002.
4. Бамдас Б.С. Астенические состояния. - М., 1961.
5. Благов Л.Н. Аффективные расстройства при опийной наркомании. - 1993.
6. Веселовская Н.В., Коваленко А.Е. Наркотики. - 2000.
7. Блейлер Э. Руководство по психиатрии.
8. Ганнушкин П.Б. Клиника психопатий, их статистика, динамика, систематика. - М., 1998.
9. Четвериков Д.В. Психопатология, клиническая динамика и коррекция аддиктивного поведения подростков, злоупотребляющих опиатами. - 1997.
10. Richard I. Shader, M. D. Manual of Psychiatric Therapeutics.
11. Lawrence S. Fridman, M.D. Source book of substance abuse and addiction. - 2000.

ВЛИЯНИЕ ДЕПРЕССИВНЫХ НАРУШЕНИЙ НА ЗАКЛЮЧЕНИЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО КОНТРАКТА ПАЦИЕНТОВ С НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

А.Р.Парпиева

Введение

Проблема “двойного диагноза” достаточно актуальна среди пациентов употребляющих наркотические вещества. Понятие “двойной диагноз” относится к комплексным проблемам, присущих личности, имеющей нарушения, обусловленные употреблени-

ем наркотических веществ, и одновременно - психические нарушения (Коэн Ш. Т., Вейсс Р., 1998).

Распространенность психических заболеваний среди лиц с химической зависимостью статистически больше, чем у остального населения. Эпидемиологические исследования распространенности пси-

хических заболеваний, проведенное Национальным институтом психического здоровья США установило, что более 50% лиц с наркотическими нарушениями, имело, по крайней мере, еще одно психическое нарушение. В том числе 26% лиц испытывали перепады настроения; 28% лиц - страх, 18% лиц - антисоциальные изменения личности и у 7% была выявлена шизофрения (Andreasen N. C., Rice J., Endicott Q. and others, 1987).

Наличие связи (коморбидности) между злоупотреблением наркотическими веществами и аффективными нарушениями (депрессия) не вызывает сомнения, сложнее установить характер этого взаимоотношения. Потенциальные связи между депрессивными нарушениями и злоупотреблением наркотическими веществами, которые помогут объяснить это взаимоотношение, следующие:

1. аффективное нарушение может служить фактором риска для расстройств, связанных с наркозависимостью;
2. депрессивные нарушения могут возникать вследствие злоупотребления наркотическими веществами и оставаться после ремиссии;
3. депрессивные нарушения могут влиять на развитие нарушения, связанного с наркоманией, в частности изменять быстроту возникновения реакции на лечение, выраженность симптомов и проявлений отдаленных последствий;
4. симптомы депрессии и проявления наркотической зависимости со временем могут стать схожими;
5. употребление наркотических веществ и психические нарушения могут встречаться у одного и того же человека, но не быть связанными друг с другом.

Материал и методы

Были исследованы пациенты, обратившиеся в программу заместительной терапии метадонем (96 человек). Первую группу составили пациенты с депрессивными нарушениями (24 человека - 25%), вторую – без депрессивных нарушений (72 человека - 75%).

Для выявления депрессивных нарушений использовалась рубрика МКБ-10, F 11.72 - резидуаль-

ное аффективное расстройство: депрессивный эпизод (легкий, умеренный, тяжелый); рекуррентное депрессивное расстройство (легкой, умеренной, тяжелой степеней). В качестве вспомогательного инструмента была использована самооценочная шкала депрессии Цунга В. Исследование аффективной сферы пациентов проводилось через две недели после поступления в программу заместительной терапии метадонем. По мнению некоторых авторов две недели – это тот минимальный срок, когда редуцируются симптомы интоксикации и последствия синдрома отмены употребляемых нелегальных опиатов/опиоидов.

Пациенты обеих групп методом формализованного интервью были опрошены, на предмет выявления особенностей терапевтического контракта. Использованный опросник состоял из пяти разделов:

1. призыв к помощи;
2. заказ пациента;
3. объясняющая модель злоупотребления;
4. ориентированность на определенный вид терапии;
5. ориентированность на определенный стиль взаимодействия с врачом.

Каждый раздел включал несколько вопросов с предложенным определенным перечнем ответов. Призыв к помощи подразумевал под собой вербализуемые жалобы, которые были разделены на симптомы первого уровня (спонтанно предъявляемые жалобы) и на симптомы второго уровня (жалобы выявляемые путем целенаправленного расспроса). Блок заказа пациента вскрывал мотивы обращения в программу и желаемые изменения. Объясняющая модель злоупотребления включала вопросы касающиеся позиции пунитивности, рассмотрения зависимости как заболевания, прогноза болезни и лечения. Следующий блок подразумевал выбор лечения и его особенностей. Последний раздел выяснял ориентированность на определенный стиль взаимодействия с врачом: директивный, партнерский, попустительствующий.

Результаты

Таблица 1

Оценка достоверности различия сравниваемых групп по критерию соответствия хи-квадрат (X²) и соответствующий уровень вероятности “нулевой” гипотезы (x)

Группа	Фактическое число ц	Ожидаемое число ц1	ц - ц1	(ц - ц1) ²	(ц - ц1) ² / ц1	χ ²	с
	Симптомы I уровня						
С депрессией	15	7	8	64	9,1	12,1	<0,1%
Без депрессии	13	21	-8	64	3		
	Симптомы II уровня:						
	Физическое здоровье						
С депрессией	17	18,25	-1,25	1,56	0,08	0,11	-

Группа	Фактическое число ц	Ожидаемое число ц1	ц - ц1	(ц - ц1)2	(ц - ц1)2/ ц1	Ч2	с
Без депрессии	56	54,75	1,25	1,56	0,03		
	Алкоголь						
С депрессией	2	1,75	0,25	0,06	0,03	0,04	-
Без депрессии	5	5,25	-0,25	0,06	0,01		
	Наркотики						
С депрессией	24	24	0	0	-	0	-
Без депрессии	72	72	0	0	-		
	Психическое здоровье						
С депрессией	22	21	1	1	0,05	0,06	-
Без депрессии	62	63	-1	1	0,01		
	Семья и ЗДЛ						
С депрессией	15	14,25	0,25	0,06	0,004	0,005	-
Без депрессии	42	42,75	-0,25	0,06	0,001		
	Образование						
С депрессией	7	6,75	0,25	0,06	0,008	0,01	-
Без депрессии	20	20,25	-0,25	0,06	0,002		
	Работа						
С депрессией	8	9	-1	1	0,1	0,14	-
Без депрессии	28	27	1	1	0,04		
	Закон						
С депрессией	18	19,25	-1,25	1,56	0,08	0,11	-
Без депрессии	59	57,75	1,25	1,56	0,03		
	Финансы						
С депрессией	10	12,25	-2,25	5,06	0,4	0,54	-
Без депрессии	39	36,75	2,25	5,06	0,14		
	Досуг						
С депрессией	5	7,25	-2,25	5,06	0,7	0,93	-
Без депрессии	24	21,75	2,25	5,06	0,23		
	Жилье						
С депрессией	1	0,75	0,25	0,06	0,08	0,11	-
Без депрессии	2	2,25	-0,25	0,06	0,03		
	Заказ (мотивы обращения в ЗТМ):						
	Страх перед состоянием отмены						
С депрессией	11	17,75	-6,75	45,56	2,56	3,36	-
Без депрессии	60	53,25	6,75	45,56	0,8		
	Проблемы с милицией						
С депрессией	8	11,25	-3,25	10,56	0,9	1,2	-
Без депрессии	37	33,75	3,25	10,56	0,3		
	Постоянный поиск наркотика						
С депрессией	22	20,25	1,75	3,06	0,15	0,2	-
Без депрессии	59	60,75	-1,75	3,06	0,05		
	Позиция пunitивности:						
	Интра						
С депрессией	7	2,25	4,75	22,6	10,04	13,39	<0,1%
Без депрессии	2	6,75	-4,75	22,6	3,35		

Группа	Фактическое число ц	Ожидаемое число ц1	ц - ц1	(ц - ц1)2	(ц - ц1)2/ ц1	Ч2	с
	Им						
С депрессией	13	18,5	-5,5	30,25	1,6	2,1	-
Без депрессии	61	55,5	5,5	30,25	0,5		
	Экстра						
С депрессией	4	3,25	0,75	0,56	0,17	0,23	-
Без депрессии	9	9,75	-0,75	0,56	0,06		
	Зависимость - болезнь						
С депрессией	24	24	0	0	0	0	-
Без депрессии	72	72	0	0	0		
	Прогноз заболевания:						
	Благоприятный						
С депрессией	18	21,25	-3,25	10,56	0,5	0,66	-
Без депрессии	67	63,75	3,25	10,56	0,16		
	Неблагоприятный						
С депрессией	1	0,5	0,5	0,25	0,5	0,66	-
Без депрессии	1	1,5	-0,5	0,25	0,16		
	«Затрудняюсь»						
С депрессией	5	2,25	2,75	7,56	3,36	3,86	<5%
Без депрессии	4	6,75	-2,75	7,56	0,5		
	Влияние наркотиков на жизнь пациента:						
	отрицательное						
С депрессией	24	24	0	0	0	0	-
Без депрессии	72	72	0	0	0		
	Предпочитаемый срок нахождения в ЗТМ:						
	3 - 6 месяцев						
С депрессией	3	6,25	-3,25	10,56	1,69	0,04	-
Без депрессии	22	18,75	3,25	10,56	0,56		
	6 - 12 месяцев						
С депрессией	18	14	4	16	1,14	0,52	-
Без депрессии	38	42	-4	16	0,38		
	1 - 2 года						
С депрессией	6	3,75	2,25	5,06	1,3	1,75	-
Без депрессии	9	11,25	-2,25	5,06	0,45		
	Предпочитаемая дозировка						
	20-40 мг						
С депрессией	7	4,25	2,75	7,56	1,78	2,37	-
Без депрессии	10	12,75	-2,75	7,56	0,59		
	40-60 мг						
С депрессией	14	10,5	3,5	12,25	1,16	1,54	-
Без депрессии	28	31,5	-3,5	12,25	0,38		
	60-80 мг						
С депрессией	5	7	-2	4	0,57	0,76	-
Без депрессии	23	21	2	4	0,19		

Группа	Фактическое число ц	Ожидаемое число ц1	ц - ц1	(ц - ц1)2	(ц - ц1)2/ ц1	Ч2	с
	80-100 мг						
С депрессией	1	2,25	-1,25	1,56	0,69	0,9	-
Без депрессии	8	6,75	1,25	1,56	0,23		
	Помощь психолога:						
	Нет						
С депрессией	10	16,25	-6,25	39,1	2,4	3,2	-
Без депрессии	55	48,75	6,25	39,1	0,8		
	Да						
С депрессией	12	5,5	6,5	42,25	7,6	10,2	<1%
Без депрессии	10	16,5	-6,5	42,25	2,6		
	«Затрудняюсь»						
С депрессией	2	2,25	-0,25	0,06	0,03	0,04	-
Без депрессии	7	6,75	0,25	0,06	0,008		
	Стиль взаимоотношений с врачом						
	Директивный						
С депрессией	12	13,5	-1,5	2,25	0,16	0,21	-
Без депрессии	42	40,5	1,5	2,25	0,05		
	Партнерский						
С депрессией	5	5	0	0	0	0	-
Без депрессии	15	15	0	0	0		
	Попустительский						
С депрессией	3	2,25	0,75	0,56	0,25	0,33	-
Без депрессии	6	6,75	-0,75	0,56	0,08		
	Более одного стиля						
С депрессией	4	3,25	0,75	0,56	0,17	0,23	-
Без депрессии	9	9,75	-0,75	0,56	0,06		
	«Шкала лжи»						
С депрессией	8	8,25	-0,25	0,06	0,01	0,012	-
Без депрессии	25	24,75	0,25	0,06	0,002		

Подведены некоторые итоги, исследования особенностей терапевтического контракта пациентов с депрессивными нарушениями.

Симптомы первого уровня, или спонтанно предъявляемые жалобы (призыв к помощи) достоверно чаще встречались в группе пациентов с депрессивными нарушениями ($X^2=12,1$; $r<0,1\%$). Относительно симптомов второго уровня, достоверных различий не выявлено.

Позиция пунитивности распределилась следующим образом: интрапунитивность достоверно чаще встречалась в группе пациентов с депрессией ($X^2=13,39$; $r<0,1\%$). Синдром наркотической зависимости рассматривался как болезнь в обеих группах без различий. Достоверные различия выявлены в блоке прогноза заболевания: затруднение в прогнозировании относительно собственного заболевания чаще встречалось

в группе с депрессией ($X^2=3,86$; $r<5\%$). Достоверно чаще вербализация необходимости психологической помощи звучала в группе пациентов с депрессией ($X^2=10,2$; $r<1\%$). Ответы на вопросы блока мотивов обращения в программу и блока предпочитаемого стиля взаимодействия с врачом в обеих группах не имели достоверных отличительных особенностей.

Таким образом, терапевтический контракт пациента с депрессивными нарушениями имел свои отличительные особенности. Терапевтический контракт депрессивного пациента содержал призыв к помощи, характерная занимаемая позиция пунитивности была позиция самообвинения. Контракт отличался затруднением функции вероятностного прогнозирования относительно собственного заболевания и исходов лечения и наличием заказа на получение психологической помощи.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА РЕВИА В НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

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

г. Костанай

В последние годы появились новые методы лечения наркоманий и, прежде всего героиновой, с использованием блокаторов опиоидных рецепторов, созданных на основе Налтрексона (Ревиа, Нарпан, Антаксон и др.), которые повышают частоту выхода больных в длительные ремиссии. До настоящего времени нет достаточно обоснованных и наиболее рациональных дозировок и схем, применения блокаторов опиоидных рецепторов, и сведений об их влиянии на основные биологические механизмы героиновой зависимости. Остается недостаточно ясным действие этих препаратов на основной симптом наркомании – патологическое влечение к наркотику, которое обусловлено конкретными патогенетическими механизмами – изменениями функций дофаминовой нейромедиаторной системы. В Казахстане налтрексона гидрохлорид зарегистрирован под названием Ревиа и Нарпан.

ЦЕЛЬ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Целью настоящего исследования являлось изучение динамики клинических симптомов у больных героиновой наркоманией, а также эффективности, переносимости и безопасности терапевтического применения препарата Ревиа в сочетании с психотерапией и средовой терапией.

Для проведения исследования использовался препарат Ревиа в таблетках, покрытых оболочкой, содержащих по 50 мг налтрексона гидрохлорида (конкурентный антагонист опиатных рецепторов для перорального приема с длительным действием).

Критерии включения в исследование:

В исследование включались испытуемые с психическими и поведенческими расстройствами в результате употребления опиоидов, мужчины и женщины в возрасте от 19 до 30 лет; с полностью сформировавшейся зависимостью от опиоидов; со сформированным опиинным абстинентным синдромом; с высокой толерантностью; с негативными соматическими и социальными последствиями и употребления наркотика. Критериями отбора явилось наличие установки на лечение, мотивация к здоровому образу жизни и желание сотрудничать с врачом.

Критерии исключения из исследования

· положительный результат анализа мочи на наличие опиатов и принимающим анальгетики из группы морфина;

- больные, не прошедшие провокационную пробу с Налоксоном;
- больные, у которых зависимость от героина сочетается с зависимостью от других наркотиков;
- острый гепатит;
- печеночная недостаточность;
- острое психотическое расстройство;
- тяжелые соматические заболевания в стадии обострения;
- беременные и кормящие матери.

Обязательным условием было проведение детоксикации. Терапия абстинентного синдрома была комплексной, включала в себя назначение антиконвульсантов, обезболивающих средств, транквилизаторов, агонистов альфа-2-адренорецепторов. При выраженном нарушении сна добавлялся тизерцин. При психомоторном возбуждении дополнительно применялись нейролептики: галоперидол и др. Для купирования постабстинентных состояний в терапевтические программы включались нейролептики в небольших дозах, антидепрессанты. На более поздних этапах добавлялись ноотропы, вегетотропные, гепатотропные средства, витамины. На всем протяжении клинического исследования проводилась индивидуальная рациональная психотерапия.

ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКОЙ ГРУППЫ ИСПЫТУЕМЫХ

Всего было обследовано 30 пациентов с психическими и поведенческими расстройствами в результате употребления опиоидов (героиновая наркомания).

Распределение пациентов по полу.

мужчин - 25 человек.
женщин – 5 человек.

Распределение пациентов по возрасту.

19-25 лет – 20 человек.
25-30 лет – 10 человек.

Длительность заболевания.

1-2 года – 3 пациента.
3-7 лет – 27 пациентов.

Средний срок лечения употребления опиоидов – 4 года.

Употребление героина.

Все пациенты употребляли героин внутривенно; в анамнезе у большинства пациентов первые пробы

наркотиков (как правило, каннабиоидов), практически у всех состоялись в 13-16 лет. После сравнительно короткого периода “поискового поведения” происходило формирование героиновой зависимости. Время, от начала систематического приема героина до появления первых признаков физической зависимости, было различным и в среднем составляло 2-3 месяца. Средняя суточная доза героина составляла 0,5 грамма, у 4 больных до 1 грамма. Все пациенты проходили курс лечения от наркотической зависимости в условиях Костанайского областного наркологического диспансера.

Схема проведения лечения.

Ревия назначался в комплексе с другими препаратами после редукции абстинентного синдрома, то есть в постабстинентном состоянии, как правило, не ранее чем после 10-14 дня лечения. Предварительно каждому больному проводили провокационную пробу с внутривенным введением Sol. Naloxoni – 1,0 мл. Ревия назначался ежедневно в дозе 50 мг в течение 2-3 месяцев. Терапия в первый день определялась в количестве 50 мг препарата с последующим врачебным наблюдением в течение одного часа. В некоторых случаях использовалась схема с удвоением или утроением этой дозы и приемом препарата через день или через два дня (пн – 100 мг; ср – 100 мг; пт – 150 мг). Во всех случаях недельная доза препарата равнялась 350 мг. Общая длительность приема составляла 60-90 дней.

Осложнений от приема Ревия не наблюдалось, однако побочные явления в виде снижения аппетита, легкой тошноты отмечались у 6 пациентов и 3 пациента связывали ухудшение ночного сна с приемом препарата.

Работа с семьей.

Врач, проводящий лечение Ревия, на свой прием обычно приглашал родителей или родных больных с целью постоянной коррекции их отношений с пациентами. Во всех случаях имела место договоренность о контроле приема Ревия со стороны родителей или близких родственников.

Результаты исследования.

При оценке терапевтической эффективности препарата, в первую очередь обращалось внимание на

длительность воздержания больных от героина, других наркотиков, алкоголя. Рецидив заболевания произошел у 3 пациентов на 1, 3, 4 месяце лечения. У 3 больных наблюдались единичные эпизоды употребления алкоголя. Все остальные пациенты прошли весь период исследования без каких-либо “срывов”. При этом необходимо отметить, что включение ревиа в терапевтические программы более успешно реализовывались при наличии существенных позитивных социально-психологических факторов таких, как достаточный уровень мотивации больного, общий его настрой на лечение, внимательное отношение к пациенту и заинтересованность его семьи в выздоровлении, поддерживающее социальное окружение.

На фоне проводившейся комплексной терапии пациенты отмечали хорошее самочувствие, ровный фон настроения, в течение дня они оставались бодрыми и контактными. В то же время у них периодически наблюдались изменения психического состояния, характерные для актуализации патологического влечения к наркотику, которые проявлялись психомоторным возбуждением, нарастанием депрессивной симптоматики, расстройствами сна. Эти явления купировались дополнительным назначением транквилизаторов, нейролептиков, антидепрессантов.

При приеме ревиа у больных практически не возникало осложнений, все хорошо переносили назначенную терапию, не предъявляли каких-либо жалоб.

Ревия, обладая более высоким сродством с опиоидными рецепторами, по сравнению с экзогенно поступающим героином, конкурируя с ним за места связывания с этими рецепторами, блокирует их, не давая соединиться с героином.

Таким образом, проведенное исследование позволило сделать вывод о высокой эффективности применения Ревия в поддерживающей комплексной противорецидивной терапии наркозависимых больных. При длительном приеме препарата происходил полный отказ от приема наркотика. Налтрексон гидрохлорид может применяться у пациентов с наркотической зависимостью, независимо от “стажа” употребления и возраста пациента. Налтрексон можно использовать в группе риска с эпизодическим употреблением наркотика для профилактики заболевания.

Литература:

1. Иванец Н.Н. Героиновая наркомания. - М.: Медпрактика, 2000.
2. Иванец Н.Н., Винникова М.А. Руководство по наркологии. - М.: Медпрактика, 2002.
3. Макарова В.В., Колосов В.П. // Вопросы наркологии Казахстана. – 2001. – Т 1, № 1. - с.61-65.
4. Бутров А.В., Гофман А.Г. Купирование абстинентного опийного синдрома антагонистами опиатов под общей анестезией. – Москва, 2000.
5. Лекции по наркологии. // Под редакцией члена-корреспондента РАМН, профессора Н.Н.Иванца. – Москва, 2000.

ОПЫТ КУПИРОВАНИЯ АБСТИНЕНТНОГО СИНДРОМА У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ БОЛЬНЫХ НАРКОМАНИЕЙ

С.В.Рудяков, П.Г.Брыжахин, С.Х.Хасс,
А.И.Филипцов, М.А.Ахметова, С.Д.Жаныбеков

г. Семипалатинск

В течение последних 10-15 лет в странах СНГ, включая Казахстан, отмечается постоянный рост числа лиц, употребляющих наркотики. При этом более высокие темпы почти в 6 раз, наркотизации отмечают у женщин, по сравнению с мужчинами (К.В.Некрасов, 2003). Средний возраст женщин, больных наркоманией, составляет 19 лет. По сравнению с 1980 годом количество детей, рожденных женщинами, страдающими наркоманией и токсикоманией удвоилось (Н.П.Шабалов, 1997). Аналогичная статистика отмечается и по нашему региону.

В течение 1 года (2003-2004 г.) нами проконсультировано в родильных домах г. Семипалатинска 6 женщин-роениц и новорожденных на 1-7 сутки от родов.

Все женщины страдали опийной наркоманией. Срок наркотизации составил от 1,5 до 6 лет, то есть в среднем 2,5 года. Употреблялся внутривенно героин, низкого качества от 0,5 до 3,0 гр. в сутки, то есть в среднем – 1,0 гр. Во время беременности прием наркотических веществ не прекращался. Последнее введение опиатов, как правило, было незадолго до родовой деятельности (4 случая), порой - во время родовых схваток (2 случая). Во всех случаях роды самостоятельные, стремительные. В одном случае роды проходили вне стен больницы (на улице). Только 2 новорожденных были доношенными. Вскармливание детей проводили искусственное, так как все женщины отказались от родительских прав.

По окончании родов все новорожденные, через 3-6 часов, стали проявлять беспокойство, пронзительно кричали, отмечался мелкокоразмашистый тремор конечностей, головы, ригидность мышц, синюш-

ность кожных покровов. В одном случае отличались выраженные судорожные явления. Больше чем у половины новорожденных, на фоне общего беспокойства, прослеживалась булимия с диспепсией, с частым срыгиванием.

Все лечебные мероприятия были направлены на восстановление гомеостаза новорожденных, нарушенного внутриутробным “приемом” наркотиков, а также проведение антиабстинентной терапии. Всем новорожденным была проведена катетеризация пупочной вены. Кроме инфузионной терапии (0,9% физиологический раствор и 5% глюкоза), проводили общеукрепляющее (витамины группы В, С), ноотропное, ферментативное (улучшающее пищеварение), антибактериальное, седативное лечение. Нами было отмечено, что производные барбитуровой кислоты (фенобарбитал) не давали желаемых результатов в релаксации новорожденных. Препаратом выбора являлись бензодиазепины – диазепам, который вводился первые 3-4 суток внутримышечно, затем *per os*. Отмечено, что к 6-7 суткам жизни синдром отмены у новорожденных стихал, отмечалось периодическое беспокойство, булимия сменялась вялостью сосания.

Таким образом, у всех новорожденных детей имел место абстинентный синдром, вследствие внутриутробного воздействия наркотиков на плод. Нами отмечены следующие клинические проявления – задержка развития, поражение центральной нервной системы, булимия с желудочно-кишечными расстройствами, лихорадка. В седативной терапии абстиненции - предпочтительное использование бензодиазепинов.

ВЛИЯНИЕ АЛКОГОЛЯ НА РАЗВИТИЕ И ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ

И.С.Шевченко, А.И.Нупрейчик,
Н.Г.Фаттахова, А.В.Сычева, Н.В.Хабарова

Известно, что антенатальное воздействие алкоголя на организм человека способствует возникновению различных нервно-психических расстройств и может приводить к возникновению, так называемой, алкогольной эмбриофетопатии. Клиническими признаками последней являются краниофациальные аномалии, гипотрофия, различные нарушения деятельности ЦНС.

До сих пор не существует единого мнения о том, что является непосредственным теротогенным фактором - сам этанол, его метаболит ацетальдегид или комплекс нарушений обмена веществ сопутствующий алкогольной интоксикации, в том числе микроэлементов, играющих важную роль в обеспечении нормального внутриутробного развития. Есть

предположения, что наиболее неблагоприятным для физического развития потомства и его ЦНС в особенности, может быть приобщение родителей к спиртному в период максимальной активности развития, созревания их репродуктивных органов, то есть в пубертатный период. Доказанная тяжесть церебральных нарушений у потомства оказывается наибольшей, если родители начали употреблять алкоголь в раннем пубертатном периоде с 14 - 15 лет. В многочисленных исследованиях отмечается, что заболеваемость детей, родившихся от отцов, начавших употреблять алкоголь в тот период, когда их репродуктивная система уже созрела, была ниже. Успеваемость этих детей в школе выше, по сравнению с детьми, чьи отцы начали употреблять алкоголь в пубертатный период. Исследованиями так же доказано, что одного лишь влияния алкоголя на репродуктивную физиологию родителей не достаточно. В этом плане особого внимания заслуживают состояния обмена микроэлементов, в частности цинка и меди.

По данным ВОЗ алкоголизация родителей констатируется при умственной отсталости детей в разных странах в 40-50% случаев. При обследовании умственно отсталых детей установлено, что в 50% случаев отцы страдают алкоголизмом, в 14% матери или оба родителя. Не случайно, что среди детей алкоголиков так часто отмечается отставание в психическом и физическом развитии; они слабо учатся в школе, конфликтуют со сверстниками.

По нашим наблюдениям в семьях алкоголиков вдвое чаще наблюдаются случаи недоношенности и мертворождений, более высок уровень заболеваемости ОРВИ, анемией, чем в здоровых семьях.

Литература:

1. Алкоголь и потомство // Под редакцией В. А. Таболина. - М., 1988.
2. Острые токсикозы в раннем детском возрасте // Под редакцией А. В. Папаян, - Л., 1989.

ОСОБЕННОСТИ МЕХАНИЗМОВ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ НАРКОЗАВИСИМЫХ КАЗАХСКОЙ И РУССКОЙ ЭТНИЧЕСКИХ ГРУПП

К.А.Хохлова, Н.Р.Жидкова

В последнее время повышается внимание к роли социальной и культурной среды в формировании личности и, в частности, значению этнокультуральных факторов в формировании и развитии наркотической зависимости.

Наряду с интенсивным темпом роста распространения наркозависимости наблюдается низкая эффективность противодействующих усилий, в частности, профилактических и медико-реабилитационных (Алтынбеков С. А., Катков А. Л., Муслинов С. Р.) [1; 5].

Нами наблюдалось 40 детей в возрасте до одного года. Из них 20 детей были из социально благополучных семей и 20 детей из неблагополучных семей, где один или оба родителя употребляют алкоголь. Из I группы - 5 детей болели ОРВИ 6 - 7 раз за год; двое из них страдали анемией; 4 ребенка из этих 5 находились на искусственном вскармливании.

Из II группы 16 детей из 20 наблюдаемых детей болели ОРВИ 7 - 8 раз в год, причем у 14 отмечалась анемия, экссудативно - катаральный диатез у 4 детей, 12 детей находились на искусственном вскармливании. Несмотря на проводимое против рецидивное лечение (назначение иммуномодуляторов, витаминов, физиолечение, массажа) дети, относящиеся ко второй группе продолжают чаще болеть; у ряда детей сохраняется отставание в физическом развитии, хуже поддается лечению анемия, течение соматических заболеваний более тяжелая и часто протекает с осложнениями.

Однако высокая заболеваемость у детей из второй группы, по-видимому, связана не только с эмбриофетопатией, вызванной алкогольной интоксикацией во время внутриутробного развития, но и с неблагоприятными бытовыми условиями, обусловленными социальным фоном.

Таким образом, наблюдение за небольшой группой состоящей из 20 детей, рожденных в неблагополучных семьях, где имеет место злоупотребление алкоголем, показало, что среди этого контингента больше недоношенных детей. Они чаще болеют ОРВИ и заболевания протекают тяжелее, часто с осложнениями. Рахит, гипотрофия, анемия - встречаются в 50 - 60% случаев и тяжелее поддаются лечению. У таких детей часто наблюдаются энцефалопатии и врожденные пороки развития.

необходимость заполнения этого недостатка (Клименко Т. В., Герасимова С. М., 1996; Илешева Р. Г., 1997; Денисова Е.В., 2004) [1;5].

Эффективность психотерапевтического воздействия зависит от совокупности окружающих человека культурных факторов [Havenaar J., 1990]. При сравнении вклада различных сторон психотерапевтического процесса в выздоровление больного около 60% эффективности причисляется за счет культуральных параметров (Менделевич В. Д., 200) [1; 6].

Транскультуральные исследования позволяют провести сравнительное изучение особенностей влияния этнических, культурных установок в отношении употребления наркотических веществ в зависимости от традиций, семейного уклада, религиозного мировоззрения и т. д. (Денисова Е. В., 2004) [1; 5]. Опираясь на материалы подобных исследований, возможно оптимизировать структуру профилактического и реабилитационного процессов.

Такие сложные и важные комплексные воздействия как профилактика и психологическая реабилитация людей с химической аддикцией требуют привлечения мощных ресурсов человека. Сама задача профилактики и реабилитации предполагает содействие формированию психически здоровой личности.

В данном контексте представляется важным понимание феномена психологического здоровья – антинаркотической устойчивости. Концепция психологического здоровья – антинаркотической устойчивости позволяет систематизировать разнонаправленные усилия по блокированию процессов распространения зависимости от психоактивных веществ (ПАВ). Оригинальными положениями настоящей концепции являются: теория личностных свойств, обеспечивающих устойчивость к вовлечению в зависимость от ПАВ; описание базисных стратегий поведения индивида в агрессивной среде; разработка принципов переформирования конфронтационной стратегии поведения на синергетическую; обоснование общего алгоритма формирования свойств психологического здоровья – антинаркотической устойчивости; разработка прикладной концепции превенции распространения зависимости от ПАВ (Россинский Ю. А., 2004) [3; 127].

В рамках проблемы наркозависимости рассматривается один из важных аспектов психологического здоровья личности – феномен психологической адаптации. В психологии понятие адаптации ассоциируется с процессом и результатом установления определенных взаимоотношений между личностью и средой. В процессе адаптации личность приспосабливается к изменениям социальной среды с помощью перестройки стратегии поведения.

Социально-психологическая адаптация – это непрерывный динамический процесс взаимодействия с макро и микросредой, охватывающий весь круг ее отношений (Мясищев В. И.). Идеальная адаптация –

это гармония отношений личности во всех сферах ее социальных взаимодействий. Успешное решение задач адаптации является дополнительным резервом укрепления и сохранения психологического здоровья личности (Шмелева И. А.) [4; 300].

Исходя из всего вышеизложенного, мы поставили перед собой цель – сравнение особенностей механизмов психологической адаптации наркозависимых казахской и русской этнических групп. Выбор данных этнических групп обусловлен местом проведения исследования - г. Павлодар, Республика Казахстан.

Задачами, в пределах поставленной цели, являются: проверка гипотезы о наличии зависимости между особенностями психологической адаптации и этнической принадлежностью испытуемых; выявление сходств и различий в механизмах психологической адаптации данных групп испытуемых.

Так как личность является многоуровневым биопсихосоциальным феноменом, в качестве структурных и динамических характеристик адаптации нами были выбраны различные по своей принадлежности к уровням личности параметры. Это такие, как акцентуации характера, механизмы психологической защиты, смысложизненные ориентации и уровень субъективного контроля личности.

Сбор экспериментальных данных проходил на базе Республиканского научно-практического центра медико-социальных проблем наркомании и Павлодарского областного наркологического диспансера (Казахстан). Группу лиц казахской национальности составили 38 человек, из них - 3 женщины. Группу лиц русской национальности составили 57 человек, из них - 4 женщины. Возрастной интервал испытуемых - от 19 до 57 лет, при этом возрастная группа 25-35 лет является наибольшей. Большинство испытуемых имеют среднее образование.

Для исследования ведущих механизмов психологических защит нами был использован опросник Келлермана - Плутчика, основанный на структурной теории защитных механизмов Плутчика. Для исследования акцентуаций характера применялись: методика определения акцентуаций характера К. Леонгарда и методика “Акцент 2-90”. Смысложизненные ориентации исследовались с помощью методики, разработанной и адаптированной Д. А. Леонтьевым на базе теста “Цель в жизни” Дж. Крамбо и Л.Махолика. Уровень субъективного контроля исследовался посредством методики Дж. Роттера (адаптация Бажиной Е. Ф., Голынкиной С. А., Эткинды А. М.). Из всех лиц, составляющих казахскую группу, у 27 человек были получены показатели по параметрам психологических защит, у 26 человек по параметрам акцентуаций характера, у 10 человек по параметрам СЖО и УСК. В русской группе были получены показатели по параметрам психологических защит у 30 человек; по акцентуациям у 27 человек; 26 человек - по параметрам СЖО; 25 - по параметрам УСК.

В результате исследования у большинства испытуемых обеих групп был диагностирован смешанный тип акцентуаций. В казахской группе преобладающим типом является экзальтированный (6 человек или 23%). В данной группе у 5 человек (19%) наблюдается смешанный тип акцентуаций с одинаковой степенью выраженности 2-3 акцентуаций. В русской группе наиболее часто встречается эмотивный (8 человек или 26,7%) и экзальтированный (6 человек или 20%) типы акцентуаций. В данной группе лиц со смешанным типом акцентуаций с одинаковой степенью выраженности 2 и более акцентуаций не наблюдается. Застревающий и дистимный типы акцентуаций отсутствуют в обеих группах.

Статистически значимой взаимосвязи между национальностью и ведущим типом акцентуации не было выявлено (для проверки использовался коэффициент Пирсона).

При анализе преобладающего вида механизмов психологической защиты мы получили следующие данные. В казахской группе наиболее выражена проекция (среднее значение 0,56); в русской группе ведущим механизмом защиты является компенсация (0,58). В обеих группах из психологических защит замещение (0,41) выражено менее всего.

Был проведен статистический анализ с использованием t-критерия Стьюдента, результаты которого не обнаружили статистически значимых различий между казахской и русской группами по степени выраженности механизмов психологических защит.

При выявлении корреляции между параметрами смысловых ориентаций получены следующие результаты:

- в казахской группе отсутствует статистически значимая взаимосвязь “локуса контроля – Я” и, соответственно, “целей в жизни”, “эмоциональной насыщенности жизни” и “удовлетворенности самореализацией”, а также “общей осмысленности жизни” и “локуса контроля - Я”. В русской группе все параметры коррелируют между собой;

- в казахской группе по сравнению с русской наблюдаются более тесные взаимосвязи между параметрами “цели в жизни” и “эмоциональная насыщенность жизни” (коэффициент корреляции 0,88 в казахской группе и 0,79 - в русской), “удовлетворенность самореализацией” и “эмоциональная насыщенность жизни” (0,91 и 0,81);

- в русской группе значения коэффициентов корреляции всех шкал кроме общего, интегрального параметра “осмысленность жизни” находятся в зоне средних значений, тогда как в казахской группе наблюдается больший разброс значений (не только средние, но также низкие и высокие показатели);

- в казахской группе тесную взаимосвязь с параметром “осмысленность жизни” имеют все шкалы, кроме “локуса контроля - Я”, в русской группе с параметром “осмысленность жизни” наблюдается тесная взаимосвязь всех шкал.

Нами проведен статистический анализ с использованием t-критерия Стьюдента, в результате которого с достоверностью $P < 0,02$ выявлено статистически значимое различие между выраженностью параметра “Цели в жизни”. В казахской группе среднее значение равно 33, а в русской равно 26,5. С достоверностью $P < 0,05$ выявлено различие в значениях интегрального параметра “Осмысленность жизни”, уровень, которого выше в казахской группе (101 против 85). Показатели по параметрам “Эмоциональная насыщенность жизни”, “Удовлетворенность самореализацией”, “Локус контроля - Я”, “Локус контроля - жизнь” также выше в казахской группе, но данное различие не является статистически значимым.

По результатам статистического сравнительного анализа с использованием t-критерия Стьюдента статистически значимых различий у казахской и русской групп по параметрам уровня субъективного контроля не выявлено.

Приведенные выше результаты работы позволяют сделать основной вывод: гипотеза о различиях в механизмах психологической адаптации у наркозависимых казахской и русской этнических групп подтвердилась. Общая характеристика осмысленности жизни и ее частная составляющая - структура целеполагания является различием механизмов психологической адаптации.

Таким образом, можно заключить, что испытуемые казахской группы оценивают свою жизнь как более осмысленную в основном за счет наличия целей в будущем, которые придают жизни направленность и временную перспективу. В русской группе наблюдаются менее тесные взаимосвязи между шкалами СЖО, что говорит о недостаточности цельности системы смысловых ориентаций.

Ряд исследователей (Семке В. Я., Эрдэнэбаяр Л., Бохан Н. А., Семке А. В.) выдвигают гипотезу о том, что частота наркомании в популяции обратно пропорциональна длительности времени, в течение которого этнос употребляет психоактивное вещество. Особенности установок для разных этносов, влияющие на наркопотребление, заключаются в следующем: чем раньше этнос знаком с наркотическим веществом, тем более характерно наличие четких, ограничивающих употребление наркотических веществ, установок, свойственных определенному контингенту населения. Следовательно, можно предположить, что в русском этносе частота наркомании выше, по сравнению с казахским этносом (Денисова Е. В., 2004).

Установки, способствующие началу наркопотребления, для казахского и русского этносов различны. Для казахского этноса они в большей степени связаны с традициями потребления наркотических веществ. Для русских – это, напротив, утрата традиций, регламентирующих употребление алкоголя, а также наличие в семье жесткого запрета на обсуждение темы о наркотиках и реакции игнори-

рования родителями факта употребления наркотиков их детьми (Денисова Е. В., 2004) [1; 24].

Опираясь на данные факты, а также на результаты нашего исследования, мы высказываем предположение, что мотивы обращения к наркотикам у русских в большей степени, чем у казахов, обусловлены недостаточной зрелостью сферы смысло-жизненных ориентаций, и, в частности, целеполагания. При этом для русских обращение к наркотикам может рассматриваться как следствие недостаточной социальной адаптации, в то время как для казахов оно в большей степени обусловлено существующими традициями.

Данный факт необходимо учитывать при разработке профилактических и реабилитационных программ. Для представителей русской этнической группы основной акцент в данных программах должен быть сделан на повышение уровня интегрированности и социальной зрелости личности, на построение позитивного жизненного сценария. Профилактическая и реабилитационная модели работы с представителями казахской этнической группы будут

отличаться от подобных моделей работы с представителями русского этноса. Определение их специфики может являться одним из направлений дальнейших исследований.

Кроме того, можно сделать дополнительный вывод о том, что ряд параметров психологической адаптации личности наркозависимых не обусловлен культурально, т.е. данные параметры являются общими для обеих исследуемых групп. К этим параметрам относятся акцентуации характера, психологические защиты, а также уровень интернальности. Возможно, данный факт обусловлен тем, что данные параметры относятся к внутренним объективным характеристикам личности, в то время как смысло-жизненные ориентации – к внутренним субъективным параметрам. В то же время акцентуации и психологические защиты являются глубинными образованиями в структуре личности, а смысло-жизненные ориентации – социально обусловлены и осознаны в большей степени. Однако в нашем исследовании не ставилась задача найти причины данного факта, но это также может стать темой дальнейшей работы.

Литература:

1. Денисова Е. В. Влияние этнокультуральных факторов на формирование наркотической зависимости в основных этнических группах населения республики Казахстан. Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. – Алматы, 2004. – 32 с.
2. Куликов Л. В. Психогигиена личности. Вопросы психологической устойчивости и психологической профилактики. Учебное пособие. – СПб.: Питер, 2004. – 464 с.
3. Россинский Ю. А. Ранняя профилактика и реабилитация опийной наркомании (региональные, клинико-психологические аспекты). Диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук. – Томск, 2004.
4. Ширко С. М. Теоретические подходы к изучению адаптации личности // Материалы научно-практической конференции “Ананьевские чтения” 26-28 октября 2004/ Под ред. Цветковой Л. А., Яковлева Г. М., СПб., издание СпбГУ, 2004. – 686 с.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ НАРКОЗАВИСИМЫХ, ОБРАТИВШИХСЯ ЗА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩЬЮ

К.А.Хохлова, Б.К.Онгербаета, Ж.Г.Сабир

Злоупотребление наркотическими и токсическими средствами относится к разряду серьезных социальных проблем. Масштабы и темпы распространения наркомании таковы, что ставят под вопрос физическое и моральное здоровье молодежи и будущее значительной ее части. По данным на 2000 год - за последние 10 лет в России субпопуляция больных росла в 3 раза быстрее, чем здоровых (Родинова М. С., Вяльцева И. М.) [4]. Так же высоки темпы роста распространения наркозависимости среди населения республики Казахстан. По данным исследований, проведенных в 2000 году, около 2% от

общего числа жителей являются лицами с наркотической зависимостью (Денисова Е.В.). Наряду с интенсивным темпом роста распространения наркомании отмечается низкая эффективность противодействующих усилий, в частности, медико-реабилитационных (Алтынбеков С. А., Катков А. Л., Мусинов С. Р.) [1].

Комплексная оценка аддиктивного поведения, как психологического феномена, отражающего воздействие зависимости на все сферы ментальной жизни человека, требует оценки не только психологических механизмов, условий и факторов его формиро-

вания, но и анализа структуры личности, несущей аффинитет к аддиктивному реагированию. Личность человека является тем материальным субстратом, через который реализуются психологические механизмы изучаемого эпифеномена, именно здесь происходит возникновение, формирование и течение зависимого поведения (Четвериков Д.В., 2002) [6].

Как правило, особенности личности наркозависимого изучаются в рамках клинического подхода. Но если осуществлять анализ столь сложной проблемы как изучение патопластической роли личностных свойств в структуре клинических проявлений с использованием только клинического подхода, то это значительно сужает исследовательские возможности и ограничивает доступ к оценке ресурсного потенциала личности.

Перед исследователями стоит задача не только изучения личности наркозависимого, но поиск механизмов воздействия, которые позволяют эту зависимость преодолеть. Сама задача профилактики и реабилитации предполагает активное привлечение саногенного потенциала личности и содействие формированию ее психологического здоровья. Подход к изучению феномена наркозависимости, относительно психологии здоровья, по нашему мнению, открывает доступ к пониманию психических ресурсов так необходимых в определении реабилитации и развитии человека с наркотической зависимостью.

В рамках адаптационной модели психологии здоровья исследуются факторы и механизмы развития личности, способствующие или препятствующие ее гармоничному существованию во всех сферах взаимодействия со средой. Успешное решение задач адаптации является дополнительным резервом укрепления и сохранения психологического здоровья личности (Шмелев И. А.) [3].

С точки зрения данной парадигмы феномен наркотической зависимости может рассматриваться как проявление социально-психологической дезадаптации.

Одним из ключевых моментов лечения и реабилитации наркозависимых является формирование мотивации на дальнейшие личностные изменения после прохождения первого этапа лечения – детоксикации. Практика показывает, что среди наркозависимых есть лица с различным уровнем эффективности психологической адаптации. Большинство наркозависимых отличаются личностной ригидностью, высокими показателями неконструктивных психологических защит, преимущественно с внешним локусом контроля и низкой мотивацией к излечению. Но среди представителей данной категории есть личности, более восприимчивые к психотерапевтическому воздействию, отличающиеся более высоким уровнем интернальности и мотивации и большей пластичностью, с выраженным ресурсным потенциалом.

Наше исследование направлено на определение специфики качественных и количественных, струк-

турных и функциональных характеристик психологической адаптации группы наркозависимых с более высокой мотивацией к излечению.

В нашей работе осуществлено сравнение особенностей механизмов психологической адаптации наркозависимых, самостоятельно обратившихся за медико-социальной помощью и наркозависимых, находящихся на принудительном лечении.

Задачами работы являются определение специфики механизмов психологической адаптации каждой из обозначенных групп, выявление сходств и различий данных групп по параметрам адаптации.

Основная гипотеза заключалась в следующем: группа наркозависимых, самостоятельно обратившихся за медико-социальной помощью, характеризуется более высоким уровнем адаптивности, по сравнению с группой лиц, находящихся на принудительном лечении.

Сбор экспериментальных данных проходил на базе Республиканского Научно-практического Центра медико-социальных проблем наркомании и Областного наркологического диспансера г. Павлодар (Казахстан). Группу лиц, находящихся на лечении в республиканском центре составили 60 человек (группа РНПЦ); из них 4 женщины. Группу лиц, находящихся на лечении в диспансере, составили 40 человек, из них - 6 женщин (группа “Диспансер”). Возрастной интервал испытуемых от 19 до 57 лет, при этом возрастная группа 25-35 лет является наибольшей. Большинство испытуемых имеют среднее образование.

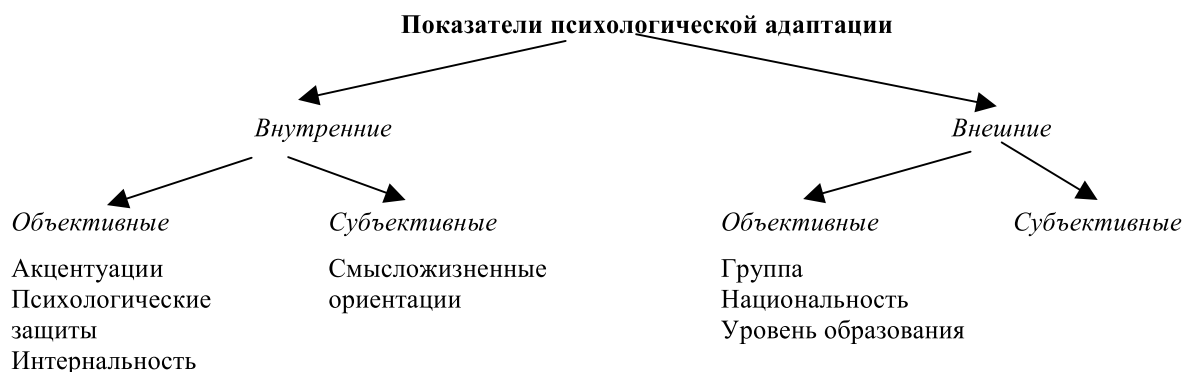
Так как личность представляет собой многоуровневый биопсихосоциальный феномен, то в качестве характеристик психологической адаптации нами были выбраны различные по своей принадлежности к уровням личности составляющие. В качестве параметров психологической адаптации нами исследовались психологические защиты, акцентуации характера, показатели смысложизненных ориентаций (СЖО) и уровень субъективного контроля (УСК).

Таким образом, можно представить общую схему параметров, снимаемых в данном исследовании (Рис. 1).

Как показывает представленная схема, в данном исследовании мы не ставили задачи регистрации субъективных внешних параметров (например, экспертных оценок особенностей психологической адаптации испытуемых их лечащими врачами и психологами), но это может стать одним из направлений дальнейшей работы (см. рис. 1).

Для исследования ведущих механизмов психологических защит нами был использован опросник Келлермана - Плутчика, основанный на структурной теории защитных механизмов Плутчика. Для исследования акцентуаций характера применялись методика определения акцентуаций характера К. Леонгарда и методика “Акцент 2-90”. Смысложизненные ориентации исследовались по методике, разработанной и адаптированной Д. А. Леонтьевым на

Показатели особенностей психологической адаптации наркозависимых, оцениваемые в исследовании



базе теста “Цель в жизни” Дж. Крамбо и Л. Махалика. Уровень субъективного контроля исследовался по методике Дж. Роттера (адаптация Бажиной Е. Ф., Голынкиной С. А., Эткинда А. М.).

В результате исследования у большинства испытуемых обеих групп наркозависимых выявлен смешанный тип акцентуации. В группе РНПЦ преобладают гипертимный тип акцентуации (9 человек или 25%) и экзальтированный тип (6 человек или 16,7%). В группе “Диспансер” преобладают эмотивный и возбудимый типы (9 человек или 23%), а также циклотимный и экзальтированный (7 человек или 18%).

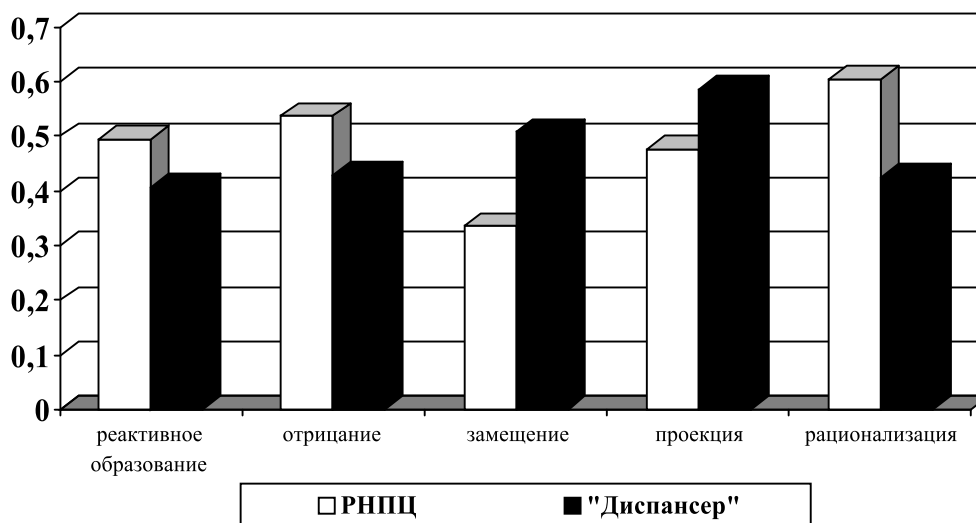
Статистически значимой связи между типом группы и преобладающим типом акцентуации не

выявлено (для проверки использовался коэффициент Пирсона).

По результатам статистического сравнительного анализа с использованием t-критерия Стьюдента получены следующие выводы: статистически значимо, с достоверностью $P < 0,05$ по группам отличаются уровни всех психологических защит, за исключением регрессии и вытеснения. Показатели реактивного образования, отрицания, компенсации и рационализации выше в группе РНПЦ, а показатели замещения и проекции выше в группе “Диспансер”. В группе РНПЦ наиболее высокий уровень из психологических защит имеют рационализация (0,604), и компенсация (0,58). В группе “Диспансер” наиболее высокий уровень имеют проекция (0,585) и замещение (0,5) (см. рис. 2).

Рисунок 2

Статистически значимые различия уровней психологических защит в группах РНПЦ и “Диспансер”



Результаты статистического анализа с использованием t-критерия Стьюдента с достоверностью $P < 0,01$ выявили следующее: в значениях параметров СЖО наблюдаются достоверные различия

между группами по всем шкалам. В группе РНПЦ уровень всех параметров СЖО значительно выше, чем в группе “Диспансер”. Данные представлены в Таблице 1.

Таблица 1

Различия параметров СЖО в группах РНПЦ и “Диспансер”

Параметры СЖО	Средние значения в группе РНПЦ	Средние значения в группе «Диспансер»
Цели	33,2	23,3
Процесс	31,75	21,85
Результат	25,45	18,15
Локус контроля – Я	26,15	19,55
Локус контроля – жизнь	27,7	20,8
Общий показатель осмысленности жизни	103	76

Полученные данные свидетельствуют о том, что испытуемые из группы РНПЦ характеризуются более высоким уровнем осмысленности жизни по сравнению с испытуемыми из группы “Диспансер”.

По результатам статистического анализа с использованием t-критерия Стьюдента с достоверностью

$P < 0,05$ можно заключить следующее: в значениях параметров УСК достоверные различия наблюдаются по параметру “Интернальность в области здоровья”. Этот параметр статистически значимо выше в группе РНПЦ (5,77 против 4,45). Данные показателей УСК в 2 группах представлены в Таблице 2.

Таблица 2

Различия параметров УСК в группах РНПЦ и “Диспансер”

Параметры УСК	Средние значения в группе РНПЦ	Средние значения в группе «Диспансер»
Общая интернальность	4,8 (ниже среднего)	3,8 (ниже среднего)
Интернальность в области достижений	6,5 (выше среднего)	5,6 (средний)
Интернальность в области неудач	4,5 (ниже среднего)	3,7 (ниже среднего)
Интернальность в области семейных отношений	4,7 (ниже среднего)	3,8 (ниже среднего)
Интернальность в области производственных отношений	4,4 (ниже среднего)	3,75 (ниже среднего)
Интернальность в области межличностных отношений	6,8 (выше среднего)	6,1 (выше среднего)
Интернальность в области здоровья	5,7 (выше среднего)	4,45 (ниже среднего)

Таким образом, наркозависимые группы РНПЦ характеризуются общим уровнем интернальности чуть ниже среднего; показатели выше среднего имеются по шкалам интернальности в области межличностных отношений, достижений и здоровья. Наркозависимые группы “Диспансер” характеризуются уровнем интернальности ниже среднего, выше среднего у них уровень интернальности в области достижений и здоровья.

Дополнительно нами был проведен анализ зависимости уровня параметров психологических защит, СЖО и УСК от уровня образования испытуемых. Группу испытуемых с высшим образованием составили 26 человек (из них 21 из РНПЦ, 5 из Диспансера), в группе со средним образованием – 69

человек (18 человек - РНПЦ, 51 – “Диспансер”), в группе со средним специальным образованием – 25 человек (21 человек – РНПЦ, 4 человек – “Диспансер”). Такое распределение испытуемых с различным уровнем образования по группам является косвенным свидетельством того, что люди с более высоким уровнем образования более склонны к тому чтобы, самостоятельно обращаться за медико-социальной помощью. Результаты проведенного анализа дали следующие результаты.

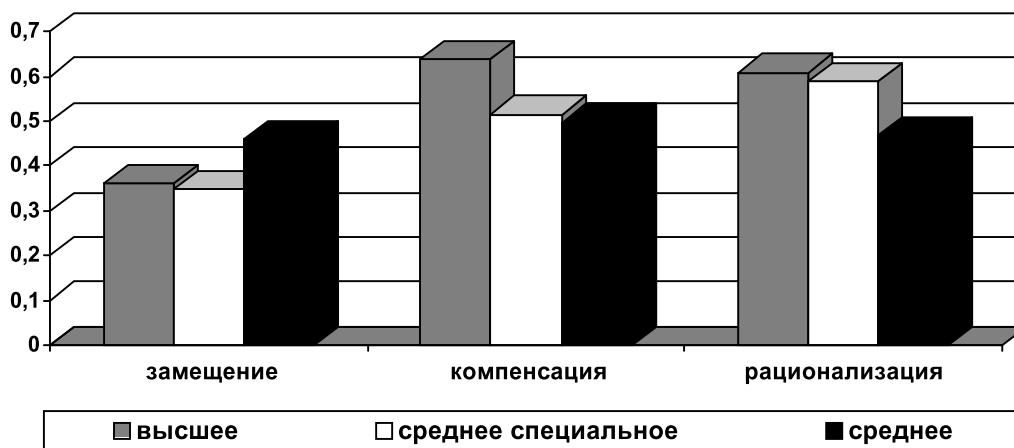
С достоверностью $P < 0,05$ можно утверждать наличие различий групп с высшим и средним специальным образованием по такому виду преобладающей психологической защиты, как *компенсация*. В группе с высшим образованием средний уровень

данной защиты выше, чем в группе со средним специальным образованием (0,64 против 0,51). Группа лиц с высшим образованием отличается от группы лиц со средним образованием по уровню таких защит как *компенсация* (0,64 против 0,5) и *рационали-*

зация (0,6 и 0,4). В группе со средним образованием показатель *замещения* выше, по сравнению с группой имеющей среднее специальное образование (0,45 против 0,34) и ниже показатель *рационализации* (0,46 против 0,59) (см. рис. 3).

Рисунок 3

Статистически значимые различия уровней психологических защит в группах с высшим, средним специальным и средним образованием



По шкалам СЖО в группах с высшим и средним образованием с вероятностью $P < 0,01$ наблюдаются статистически значимые отличия по всем шкалам. В группе с высшим образованием все значения выше. При сравнении групп с высшим и средним специальным образованием по шкалам СЖО наблюдаются различия только по параметру “Локус контроля - жизнь”; он выше в группе с высшим образованием. При сравнении групп со средним и средним специальным образованием отмечаются достоверно более высокие значения по параметрам “Цели в жизни”, “Процесс жизни” и по интегральному показателю “Осмысленность жизни”. Это значит, что уровень осмысленности и интереса к жизни, а также вера в возможность влиять на жизненные события выше у испытуемых с высшим образованием по сравнению со средним уровнем образования. Испытуемым со средним специальным образованием более ясны цели жизни и более привлекателен процесс жизни по сравнению с испытуемыми со средним образованием.

По параметрам УСК у групп с высшим и средним образованием достоверные различия выявлены в уровнях общей интернальности и интернальности в области достижений, в области неудач и в области здоровья. Все эти показатели в группе с высшим образованием выше среднего, в то время как в группе со средним образованием они ниже среднего. При сравнении показателей групп с высшим и средним специальным образованием отмечаются различия в уровнях общей интернальности, интернальности в области неудач и в области производ-

ственных отношений. В группе с высшим образованием данные показатели имеют значения средние или выше среднего, в то время как в группе со средним специальным эти же значения ниже среднего.

Следовательно, испытуемые с высшим образованием более склонны брать на себя ответственность за собственные достижения, неудачи, состояние здоровья и производственные отношения, а также вообще за значимые события их жизни по сравнению с испытуемыми со средним специальным и средним образованием.

Таким образом, применяя метод типологического анализа, есть возможность составить обобщенный портрет пациента республиканского наркоцентра и областного наркодиспансера. “Типичный пациент” наркоцентра характеризуется следующими особенностями: возраст от 20 до 35 лет; образование среднее специальное; преобладающий тип акцентуации – гипертимный, что говорит о постоянном повышенном фоне настроения в сочетании с жадной деятельностью, высокой активностью, предприимчивостью. Ведущий тип психологических защит – рационализация и компенсация. Данный пациент отличается наличием целей в будущем, интересом к процессу жизни. Имеет представление о прожитой части жизни как об осмысленной и продуктивной; о себе как о сильной личности, способной самостоятельно осуществлять жизненный выбор. В целом пациент центра склонен считать, что происходящие с ним события являются скорее действием внешних сил, чем его собственными усилиями (особенно в области производственных отношений). Однако, в сфе-

рах межличностных отношений, достижений и здоровья успехи или неудачи он склонен приписывать своему влиянию на события, а не внешним обстоятельствам.

“Типичный пациент” Диспансера относится к той же возрастной группе - 20-35 лет, образование среднее, преобладающие типы акцентуации – эмоциональный и возбудимый. Человек эмотивного типа акцентуации чувствителен и впечатлителен, отличается глубиной переживаний в области эмоций; возбудимый тип акцентуации характеризует человека повышенной импульсивностью, с ослабленным контролем над влечениями. “Типичный пациент” Диспансера отличается отсутствием ясных целей в будущем и живет преимущественно сегодняшним или вчерашним днем. Он не склонен воспринимать процесс жизни как интересный и захватывающий, прожитую часть жизни как осмысленную и продуктивную. Отличается неверием в свои силы контролировать события собственной жизни и некоторым фатализмом. Склонен интерпретировать значимые события как результат влияния внешних факторов (также особенно в области производственных отношений), и только в сфере межличностных отношений он приписывает успехи или неудачи собственному влиянию на события.

Приведенные результаты работы позволяют сделать следующие выводы:

- гипотеза о различиях в особенностях психологической адаптации пациентов групп Республиканского Наркоцентра и Областного Наркодиспансера подтвердилась: в группе наркозависимых, самостоятельно обратившихся за медико-социальной помощью (группа РНПЦ), наблюдаются более высокие параметры характеристик психологической адаптации, чем в группе наркозависимых, лечащихся по принуждению (группа “Диспансер”);

- наибольшие различия наблюдаются в сфере смысложизненных ориентаций. Все параметры: “Цели”, “Процесс”, “Результат”, “Локус контроля – Я” и “Локус контроля - жизнь”, а также общий показатель осмысленности жизни выше в группе РНПЦ.

Таким образом, испытуемых лиц данной группы в большей степени характеризует:

- наличие целей в будущем, придающих жизни осмысленность и временную перспективу;

- восприятие самого процесса жизни как интересного, эмоционально насыщенного и наполненного смыслом;

- представление о прожитой части жизни как об осмысленной и продуктивной;

- представление о себе как о сильной личности, обладающей достаточной свободой выбора;

- убежденность в том, что человеку дано контролировать свою жизнь, свободно принимать решения и реализовывать задуманное.

Характерно и то, что у испытуемых группы РНПЦ средние значения по всем параметрам СЖО

выше, чем подобные средние значения, полученные на выборке студентов Кемеровского государственного университета (выборка 425 человек). Мы связываем это с компенсаторным характером субъективной оценки себя по параметрам СЖО представителями группы РНПЦ. Это может косвенно свидетельствовать том, что сам факт обращения наркозависимого за медико-социальной помощью является, с одной стороны - показателем развития личности, а с другой стороны - провокатором этого развития. Факт обращения за помощью сказывается на самооценке наркозависимого, т.е. он начинает в большей степени оценивать себя как личность социально значимую.

Ведущими у испытуемых группы РНПЦ являются более зрелые психологические защиты, такие, как рационализация и компенсация, по сравнению с менее зрелыми: проекцией и вытеснением у испытуемых группы “Диспансер”.

По уровню субъективного контроля в группе РНПЦ наблюдается более высокий показатель только по параметру “Интернальность в области здоровья”, что говорит о тенденции испытуемых лиц данной группы считать себя во многом более ответственными за собственные здоровье и болезнь.

Выявлена взаимосвязь между уровнем образования и эффективностью психологической адаптации наркозависимых. Чем выше уровень образования, тем более эффективна психологическая адаптация наркозависимого. Испытуемые группы с высшим образованием отличаются более зрелыми ведущими механизмами психологических защит (рационализация и компенсация) по сравнению с группой со средним образованием (замещение). Чем выше уровень образования испытуемых, тем выше общий уровень осмысленности жизни и, в частности, уровень каждого из параметров смысложизненных ориентаций. Также группу испытуемых с высшим образованием характеризует более высокий уровень интернальности по большинству параметров уровня субъективного контроля по сравнению с группой лиц со средним специальным и средним уровнем образования.

Из обозначенного выше следует, что наркозависимые с более высоким уровнем образования более отзывчивы на психотерапевтическое воздействие и, следовательно, в меньшие сроки дают более высокие результаты позитивных личностных изменений. В данном контексте интересно определить, какую роль в феномене высокой психологической адаптивности играет уровень образования; определить взаимосвязь между явлением самостоятельного обращения за медико-социальной помощью, уровнем образования и феноменом социально-психологической компетентности.

Таким образом, изучение разноуровневых характеристик адаптации наркозависимых является практически значимым. Понимание особенностей психологической адаптации наркозависимого по

зволяет реализовать диагностические и прогностические задачи, более четко определить потенциал психологического ресурса пациента и его уровень восприимчивости к психотерапевтическому воздействию. Представление о характеристиках “крайних полюсов” и промежуточных параметров уровня мотивации пациента поможет в определении “ми-

шеней” и стратегий психотерапевтического воздействия; создании реабилитационных программ, способствующих переходу пациента из состояния ригидности, высокого уровня сопротивления, низкого уровня мотивации в состояние пластичности мотивированности, восприимчивости к психотерапевтическому воздействию.

Литература:

1. Денисова Е. В. Влияние этнокультуральных факторов на формирование наркотической зависимости в основных этнических группах населения республики Казахстан // Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. – Алматы, 2004. – 32 с.
2. Куликов Л.В. Психогигиена личности. Вопросы психологической устойчивости и психологической профилактики // Учебное пособие. – СПб.: Питер, 2004. – 464 с.
3. Материалы научно-практической конференции “Ананьевские чтения” 26-28 октября 2004, под ред. Цветковой Л.А., Яковлева Г.М. - СПб., издание СпбГУ, 2004. – 686 с.
4. Родионова М. С., Вьяльцева И. М. Особенности “Я-концепции” у наркозависимых // Психологическая наука и образование. - 2004. - № 1.
5. Собчик Л. Н. Психология индивидуальности. – СПб.: Речь, 2003 – 624 с.
6. Четвериков Д. В. Психологические механизмы и структура аддиктивного поведения личности. Диссертация на соискание ученой степени доктора психологических наук. – Новосибирск, 2000. – 385 с.

МОТИВАЦИЯ НА ЛЕЧЕНИЕ В НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

О.Г.Юсопов, Б.К.Онгербаева, Е.Г.Дик

г. Павлодар

Проблема мотивации и мотивов поведения – одна из стержневых проблем в психологии. С одной стороны, это происходит потому, что необходимость внедрения в практику психологических исследований, выход к реальному поведению человека, к его регуляции требует сегодня познания закономерностей поведения человека и, особенно в отношении побуждений и их реализации. С другой стороны, назрела необходимость раскрытия связей внутренних мотивационных тенденции человека к действию с социальной детерминации его психики.

В лечении наркозависимости эта проблема приобретают особую значимость, так как практика показывает, что больше половины наркозависимых не стремятся к лечению и не ищут его. С другой стороны, лечебная практика во все времена и повсеместно показывает, что мотивация на лечение – один из самых главных компонентов эффективности прохождения любой лечебной программы, “подвести можем, но пить не заставим”, поэтому если больной не захочет “пить” из лечебного источника, то даже “заморские врачи” ни чем не смогут помочь. На данный момент можно говорить об острой необходимости изучения данной проблемы с одной стороны, с другой - необходима тщательная разработка мотивационного интервью на научной основе в лечении лиц злоупотребляющими ПАВ.

Психологические факторы, влияющие на формирование у наркозависимых лечебной мотивации, не получили до настоящего времени достаточного освещения в современной литературе. Констатация низкой лечебной мотивации наркозависимых является традиционной. И.Н.Пятницкая (1994), в частности, считает, что наслаждение, даваемое наркотиками, образует стойкую доминирующую систему взглядов, подкрепляемую самым сильным фактором - аффектом. Попытка актуализировать прежние интересы и привязанности, считает И.Н.Пятницкая, “бесплодна до тех пор, пока присутствует и говорит влечение. Поэтому, пока есть влечение, стремлению к выздоровлению и отказу от наркотизации не на чем возникнуть”.

В связи с низкой лечебной мотивацией наркозависимых активно дискутируется вопрос об их психической полноценности. Известно, что среди психопатизированных, с глубокой социальной декомпенсацией, грубым интеллектуальным снижением, а также многолетней наркотизацией пациентов мотивы нежелания лечиться более выражены, и среди них часты отказы от лечения. Вопрос о наличии у больных наркоманией интеллектуально-мнестического снижения в процессе наркотизации до сих пор остается спорным (Е.Краепелин, А.С. Тиганова, И.Н.Гуревич, А.А.Козлов, М.Л.Рохлина).

С.Н.Никольский, О.П.Карпова (2002) говорят о своеобразии эмоционально-мотивационных установок наркозависимых: ослабление потребностей в контактах с социальной средой, снижение интереса к межличностным взаимоотношениям и социально-практической деятельности окружающих людей. На фоне сужения контактов и легко возникающей тревожности у больных обнаруживается повышенная истощаемость, гиперчувствительность к обидам, рассеянность, забывчивость, отсутствие умения сосредоточиться, длительно и продуктивно сконцентрировать внимание.

Полученные в исследовании П.Д.Шабанова, О.Ю.Штакельберг (2000) результаты позволяют констатировать у больных наркоманией наличие проблем, связанных с ощущением малой ценности своей личности, неуверенностью в себе, склонностью прибегать к психологической защите. Авторы выявили корреляционную зависимость между «Я-концепцией» и лечебной мотивацией: такие черты образа «Я», как неверие в себя, чувство неполноценности, чувство вины, склонность прибегать к психологической защите, приводящие к низкой самооценке, ослабляют мотивацию. Имеющиеся в литературе по обсуждаемой проблеме, сведения указывают на то, что пассивное отношение к себе является неблагоприятным фактором успешности проведения реабилитационных мероприятий у больных наркоманией (Weisman, 1997).

Мы провели собственное психологическое исследование основных сфер личности наркозависимых, поступающих на лечение в Центр, а именно изучались потребностно-мотивационная, эмоционально-волевая, когнитивно-познавательная, морально-нравственная, действенно-практическая сферы. Результаты исследования следующие:

1. Потребностно-мотивационная, связанная с удовлетворением определенных потребностей, деятельности и направленности

С помощью методики диагностики степени удовлетворенности основных потребностей выявлено, что у наркозависимых при поступлении, в основном, материальные потребности – частично неудовлетворены, в безопасности – частично неудовлетворены, межличностные – удовлетворены, в признании – частично неудовлетворены, в самовыражении – частично неудовлетворены. При исследовании, с помощью методики Цель-Средства-Результат, выявлено, что у 78,7% наркозависимых ставящиеся цели не всегда обоснованы, неустойчивы. Не все разумные действия целесообразны, иногда склоны к пустому времяпрепровождению. В случае затруднения с выбором цели они легко пользуются подсказкой извне, готовы принять цель извне. Чтобы подготовиться к выполнению какой-либо деятельности - всегда требуется определенная сила воли, чтобы «собраться». 63,2% наркозависимых периодически встречается с трудностями в выборе средств (речь идет о психоло-

гических барьерах). Причиной такой скованности часто бывает отсутствие конструктивной, достигаемой цели. Также, одним из факторов подобного поведения является комплекс причин, который можно назвать «страхом самовыражения». В установках преобладают «энергосберегающие мотивы». Недостаточно спонтанное поведение. С другой стороны 69,2% наркозависимых довольно трезво оценивает результаты своей деятельности. Они не переоценивают, но и не недооценивают итоги. По результатам 16-факторного опросника Кеттела у 56,3% наркозависимых отмечается склонность к непостоянству, подверженность влиянию случая, стремление не связывать себя правилами, изолироваться от влияния коллектива; с другой стороны 42,3% пациентов поступающих на лечение имеют средние показатели по таким характеристикам, как осознанность принятых решений, ответственность, стремление придерживаться установленных правил и поступать в соответствии с ценностными ориентациями. Низкий балл по шкале I самоактуализационного теста (САТ) свидетельствующий о высокой степени зависимости, конформности, несамостоятельности субъекта, внешнем локусе контроля отмечается у 65,9% наркозависимых. Низкие показатели по шкале SAV CAT показывают, что 86,6% наркозависимых не разделяют ценности, присущие самоактуализирующейся личности.

2. Эмоционально-волевая – субъективно окрашенные реакции отношения к окружающему миру, волевые усилия, переживания

В опроснике Кеттела у 85,6% пациентов отмечается низкая толерантность к эмоциогенным факторам, неуверенность в себе, повышенная раздражительность, частое проявление волнения. У 41,8% наркозависимых проявляется недисциплинированность, внутренняя конфликтность, несоблюдение правил, подчинение своим страстям и низкий самоконтроль, 57,7% имеют средние показатели и способны в определенных ситуациях к контролю за своими эмоциями, дисциплинированности. Средние показатели по шкале О у 75,8% пациентов указывают на то, что они проявляют излишнее беспокойство, волнение, неуверенность, хотя в некоторых ситуациях способны к спокойствию, к уверенному поведению, могут быть нечувствительными к мнению о себе. По результатам САТ у 83,2% наркозависимых не развита способность принимать свое раздражение, гнев и агрессивность как естественное проявление человеческой природы, хотя может проявляться при оправдании своего антисоциального поведения. 83,8% наркозависимых в низкой степени отдают себе отчет в своих потребностях и чувствах, недостаточно хорошо ощущают и рефлексируют их. 87,2% пациентов поступающих на лечение в Центр не способны спонтанно и непосредственно выражать свои чувства, то есть бояться вести себя естественно и раскованно, демонстрировать окружающим свои эмоции.

3. *Когнитивно-познавательная – получение, хранение, узнавание, воспроизведение, забывание, творческое преобразование информации*

На основе проведенных исследований видно, что довольно низкий процент (1,9%) наркозависимых, поступающих на лечение, имеют относительно примитивное мышление и испытывают трудности при обучении, в то время как 76,4% имеют высокие показатели по шкале В опросника Кеттелла, то есть способны к осмыслению нового материала, к обоснованным заключениям. Зависимость от чужого мнения, предпочтение принятию решения вместе с другими людьми и ориентировку на социальное одобрение имеют 44,2% пациентов. Низкий балл по шкале Тс САТ у 95,2% пациентов означает их ориентацию лишь на один из отрезков временной шкалы (прошлое, настоящее или будущее) и (или) дискретное восприятие своего жизненного пути. Клинический опыт показывает, что, как правило, наркозависимые ориентированы в полюс прошлого “хочу избавиться”, “не хочу возвращаться” и т.д., при этом ассоциируют прошлое непосредственно с наркотическим опытом.

4. *Морально-нравственная сфера, включающая личностные репрезентации основных нормативных регуляций действий человека, закрепленных в привычках, обычаях, традициях социальной жизни людей и экзистенциально-бытийная, проявляющаяся в состоянии самоуглубления, переживании личности своей самости, обособленном мерой сопричастности бытию в этом мире*

По результатам САТ 88,3% пациентов проявляют низкую степень принятия себя таким, как есть, вне зависимости от оценки своих достоинств и недостатков, а у 84,9 наркозависимых отмечается низкая способность ценить свои достоинства, положительные свойства характера, уважать себя за них. 81% наркозависимых не склонны воспринимать природу человека как положительную (“человек человеку - волк”) и считают дихотомии мужественности–женственности, рациональности–эмоциональности и т.д. антагонистическими и непреодолимыми. 86,6% не способны к целостному восприятию мира и людей, к пониманию связанности противоположностей, таких, как игра и работа, телесное и духовное и др. По результатам опросника Кеттелла у 84,1% наркозависимых отмечается стремление к поддержке установившихся понятий, принципов, традиций, новые идеи подвергаются сомнению, перемены отрицаются. У 80,8% пациентов в чертах характера преобладает холодность, чрезмерная скептичность, негибкость в отношениях к людям, т.е. можно сказать, что наркозависимые больше напоминают “закрытую систему”, в которой возможности самоорганизации значительно ограничиваются. 74% иногда склоны проявлять расчетливость, искусственность, цинизм. 48,3% подвержены излишним сомнениям, подозрительности, направленности ин-

тересов только на самого себя, поиску недостатков у других, 47,8% имеют средние значения по данным показателям.

5. *Действенно-практическая сфера человека как деятеля, реализующего свои способности, навыки, умения, достижения, т.е. прагматические аспекты личности*

У 88,3% наркозависимых диагностируется низкая степень гибкости субъекта в реализации своих ценностей в поведении, во взаимодействии с окружающими людьми; способности быстро и адекватно реагировать на изменяющуюся ситуацию является недостаточно развитой. 67,8% наркозависимых свойственно в средней степени проявление смелости, склонности к риску, готовности иметь дело с незнакомыми вещами, но с другой стороны они могут проявлять осторожность, стремление находиться в тени. 77,4% демонстрируют оптимальное отношение к авторитетам. 75,5% находятся на среднем отрезке континуума “озабоченность–беспечность” и склоны, в одинаковой степени, к проявлению как беззаботности, экспрессивности, так и сдержанности, суровости, пессимистичности. 72,1% наркозависимых также находятся на среднем отрезке континуума “напряженность–релаксация”, т.е. в одинаковой степени готовы к проявлению как возбуждения, взволнованности, нетерпимости, избытку побуждений, так и к проявлению чрезмерного спокойствия, не вполне оправданной удовлетворенности, недостаточной мотивации, иногда лени. У 89,9% низкая способность к быстрому установлению глубоких и тесных эмоционально-насыщенных контактов с людьми или к субъект-субъектному общению.

Исследованиям психологических защит также придается большое значение (О.Ф.Ерышев, Т.Г.Рыбакова, 1996): сформировавшаяся в процессе наркотизации система психологических защит, которую строит наркоман, стараясь сохранить представления о мире и самом себе, искажает объективную информацию о наркотиках, при этом критичность больных наркоманией к своему заболеванию резко снижается при обострении патологического влечения к психоактивному веществу. В результате действия психологических защит, по утверждению Ю.П.Сиволапа, А.А.Савченкова (2002), формируются так называемые “мифы” наркоманов, довольно устойчивые к исчезновению.

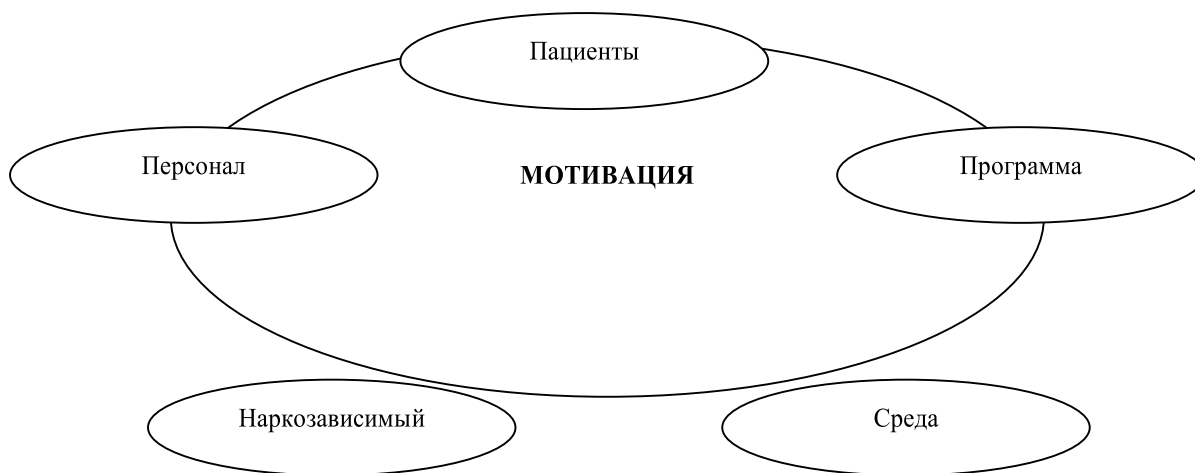
Какие же терапевтические выводы следует сделать, исходя из вышесказанного? Общий вывод таков: масштаб и форма психического нарушения требует соответствующих трудоемких и длительных психотерапевтических мероприятий. Сложности начинаются с общей проблемы создания основы для терапевтического союза. Это требует максимально демократической, полной взаимного признания, манеры поведения, на базе которой могут установиться прочные и абсолютно искренние отношения. В соответствии с обстоятельствами необходимо

вскрывать внутренние и внешние составляющие наркоманической проблемы. Сюда относятся и жестокие реалии ориентированного на успех и потребление общества, и слабости и страхи самого пациента, идущее из детства стремление быть воспринятым, наряду со склонностью причинять вред самому себе и другим. Из результатов исследований видно, что у наркозависимых явно определяется дефицит различных свойств практически во всех сферах личности, однако существуют островки (трезвость в оценке результатов своей деятельности, готовность к дисциплинированности, способность к обучению, желание новизны, склонность к риску, оптимальное отношение к авторитетам), которые могут стать отправными точками в реабилитационной програм-

ме по продвижению пациента к желанному освобождению.

Выше мы подчеркивали значимость мотивации на эффективность лечения, далее мы подробно остановимся именно на процессе мотивирования, когда специалист оказывает влияние на мотивационный процесс другого субъекта, на формирование установки на трезвость и установки на достижение позитивных социально-значимых целей. Мотив – сложное психологическое образование, которое должен построить сам субъект. Следовательно, извне формируются не мотивы, а мотиваторы.

Процесс развития мотивационного процесса на лечение у наркозависимого в наркологической практике может включать в себя несколько составляющих:



Ю.В. Валентик (2001) выделяет у наркозависимых пациентов 3 установки в отношении терапевтического процесса, на основе выделенных установок можно дифференцировать мотивацию пациентов во время прохождения реабилитационных программ. Первая терапевтическая установка - это установка на получение быстрой помощи: как только купируется синдром отмены, пациент прерывает лечение и выписывается. На основе критического понимания болезни может формироваться вторая часть установки на лечение – установка на трезвость – понимание, что нормальная жизнь возможна только в условиях полного безоговорочного отказа от наркотиков. Третий этап – установки на достижение позитивных социально-значимых целей, при прохождении которого возможен результат – способность пациента жить в своем нормативном окружении и быть успешным.

В отношениях с лицом, страдающим наркотической зависимостью, рано или поздно начинает сказываться тот разрушительный потенциал, который ранее был связан с отношениями употребляющего наркотика и самим наркотиком. Если оба участника будут избегать этого аспекта в своих взаимоотношениях, то дело закончится ничем, т.е. каждый останется «при своих интересах» и никакого лече-

ния не будет. Если же терапевт учитывает подобный ход событий и вполне допускает появление и проявление разрушительной агрессии, даже если она направлена против него, и поддерживает пациента, то деструктивные силы шаг за шагом могут быть взяты под контроль и интегрированы. Терапевт при этом должен вовремя отслеживать свои чувства по отношению к пациенту (досада, гнев, страх, стыд и т.д.), сигнализировать о них или находить уместный для конкретной ситуации ответ. Это возможно лишь в том случае, если терапевт понимает своего пациента и разделяет с ним его переживания.

Наркозависимые, обращающиеся за помощью в большинстве случаев, имеют сознательное представление о том, какая помощь им нужна. Здесь следует отметить, что способность пациента к изменению минимальна, а надежда на получение помощи слаба, но они являются отправной точкой развития отношений сотрудничества в лечебно-терапевтическом процессе. Этапы развития такого сотрудничества можно описать следующим образом (Аннелизе Хайгл-Эверс, Франц Хайгл, Юрген Отт, Ульрих Рюгер):

1. Восстановление целей или максимальное приближение к ним:

- ожидания пациента

-
-
- надежды пациента
 - опасения пациента

2. Интенсификация сотрудничества через основные установки терапевта, через определенное качество его поведения

- присутствие
- конгруэнтность
- уважение
- признание

3. Идентификация с терапевтом; начало развития способности сотрудничества.

Таким образом, субъект-объектный характер взаимоотношений специалиста и пациента, при котором сознание пациента оценивается с позиций конвенциональной нормы, должно меняться на партнерское субъект-субъектное взаимодействие (Ч. Гарта). В этом случае предполагается, что сознание - не пассивный и зависимый объект медицинских манипуляций, а всегда индивидуальный и имеющий непререкаемую самооценку, способ взаимоотношений человека с миром. Страдания пациента, в этом понимании, требуют не только физического лечения и приема лекарств, а совместного с врачом поиска душевно-духовных корней недуга (Ассаджиоли, 1965, с.117). Терапевтическая помощь исходит как из профессиональных знаний, так и из принятия того, что «если личности предлагается любовь, понимание и поддержка, духовный кризис прекращается самостоятельно без необходимости обращаться к подавляющим медикаментам. Самый диссоциированный «умственно больной» может стать упорядоченным в короткое время, если кто-нибудь относится к нему с состраданием» (Perry, 1986).

В экзистенциальной терапии говорится о четырех основных измерениях бытия-в-мире человека: физическом, социальном, психологическом и духовном (E. van Deurzen-Smith, 1984). Человек «встречается» с миром одновременно в каждом из этих измерений и на основе этого формирует основные свои жизненные предпосылки и установки. Мы постоянно находимся под воздействием этих измерений - наша жизнь подчиняется физическим, природным, биологическим законам; мы неизбежно находимся в каком-нибудь социально-культуральном контексте; наши действия регулируют психические процессы, образ жизни зависит от характера, особенностей выражения чувств; наши основные установки формируют и действия мотивируют смыслы и ценности, которые обнаруживаем в своём жизненном мире. Следовательно, организации лечебно-реабилитационных программ должно уделяться особое внимание, где физическое пространство, общий контекст, режим и персонал создают вместе уникальное терапевтическое пространство, в котором есть место для присутствия, уважения, принятия и эмпатии. Здесь также следует отметить, что на первых этапах реабилитации желательно максимально ограничить контакт пациента с внешним миром, что позволит снизить риск интен-

сификации патологического статуса, и максимально погружать в терапевтическое пространство, где может происходить форсированное развитие дефицитарных качеств и рост “того другого”, который “равнодушен к наркотикам”.

Первым наиболее значимым шагом в мотивировании наркозависимых является проработка отношения к болезни, четкие описания ее деструктивности и ясное обозначение ближайших горизонтов жизни без ПАВ для пациента. Здесь происходит растождествление патологического и нормативного статусов. “Кого тянет к наркотикам?” и “Кто хочет избавиться от наркотиков? Кто ищет лечения?”. Данные вопросы и безусловно ответы на них, помогают понять, что происходило все то время пока он употреблял наркотики, и теперь образ этого “чего-то во мне” становится более ясным и понятным. При этом врач или консультант стараются дать совместное с пациентом описание патологического и нормативного статусов. Как правило, оказывается, что патологический статус представляется довольно легко и ясно, и о нем есть много что рассказать, нормативный статус наоборот, находится, как бы в “тумане” и больной не в состоянии дать развернутое его описание. При этом у пациента должны произойти два важных изменения: ощущение, что чего-то не хватает, четкое обозначение ближайшей зоны развития, а также понимание, что при определенных условиях и желании пациента окончательный отказ от наркотиков возможен.

Созидательная функция понимания является еще одним фактором, способствующим трансформации личности. Выражаясь точнее, уже само понимание проблемы приводит в действие механизм трансформации. Терапия по Адлеру исходит из того, что, если пациент правильно понимает, то он правильно и поступает. Это как бы современный вариант сократовского афоризма «знать значит действовать». Глубоко верно и утверждение, что знание ведет к добродетели, на этом, в значительной мере, зиждется работа всех психотерапевтов. Знание правды, безусловно, подразумевает необходимость правильных поступков, а они определяют счастье и будущее благополучие человека. Поведение невротика принимает форму самообмана, и, если снять эту обманчивую маску, т.е. рационализацию и ложную мотивацию, его будет вынуждено отказаться от привычной формулы самообмана и найти социально конструктивные формы поведения и самовыражения.

Следующим, способствующим трансформации элементом, является воздействие эмпатической связи, установившейся между пациентом и специалистом. Ранк указывает, что целью этого метода терапии является отождествление пациента с позитивной волей терапевта, при этом пациент получает от последнего дополнительные силы для преодоления своей отрицательной воли. Таким способом пациент учится проявлять свою волю положительно и конструктивно.

Рассмотрим вариант формирования мотива, когда в качестве стимулятора поведения оказываются привлекательные объекты. Исследования К.Левина показали, что предметы, окружающие нас, способны побуждать человека к определенным действиям: красивый ландшафт влечет к прогулкам, пирожное и шоколад “хотят быть съеденными”. К.Левин различает “позитивный” и “негативный” характер требований. Одни вещи побуждают стремиться к ним, а другие – отталкивают. К мотивации, вызванной привлекательностью объекта, относят такие психологические механизмы воздействия как заражение (психологический механизм как процесс передачи эмоционального состояния от человека или группы другому) и подражание (следование какому-либо примеру, образцу, принятие и воспроизведение внешних и внутренних особенностей других людей, привлекательных для данного субъекта). В отношении мотивации наркозависимых на полное излечение здесь могут сыграть свою роль старшие резиденты, волонтеры или консультанты по зависимости, имеющие успешный опыт прохождения программы; видеофильмы с демонстрацией, основных блоков реабилитационной программы с комментарием пациентов; система поощрений и наказаний, действующих в программе, которая закрепляет конструктивные формы поведения и поощряет успех.

Очень важно понять, что мотивация на изменение и ее формирование — это постоянный и наиболее важный процесс как в первичной, вторичной

профилактике, так и терапии и реабилитации. Причем на каждом этапе существуют разные задачи. Мотивация на включение в ту или иную программу, профилактическую или терапевтическую, еще не означает мотивацию на эффективное развитие, осознание и преодоление личных проблем, в процессе профилактики и мотивацию на преодоление болезни в процессе терапии и реабилитации. Мотивация на преодоление болезни еще не означает мотивацию на постоянное усовершенствование стиля своего взаимодействия с социальной средой и т.д. Процесс формирования мотивации бесконечен.

Таким образом можно сделать несколько выводов:

- У большинства наркозависимых определяется дефицитность практически во всех личностных сферах, а именно потребностно-мотивационной, эмоционально-волевой, когнитивно-познавательной, морально-нравственной, действенно-практической сферах.

- Наркозависимые обращаясь за помощью в большинстве случаев, имеют сознательное представление о том, какая помощь им нужна, с установкой на получение быстрой помощи.

- Мотивация на излечение формируется при взаимодействии нескольких составляющих: личность наркозависимого, среда, персонал, программа, другие пациенты.

- Взаимодействие в реабилитационной программе должно иметь партнерский субъект-субъектный характер и строится по принципу сотрудничества.

Литература:

1. Адлер А. *Практика и теория индивидуальной психологии*. - М., 1995.
2. Берн Э. *Игры, в которые играют люди. Психология человеческих взаимоотношений. Люди, которые играют в игры. Психология человеческой судьбы*. - Москва: Прогресс, 1988.
3. Василюк Ф.Е. *Психологические механизмы мотивации человека*. - М., 1990.
4. Вилюнас В.К. *Психологические механизмы биологической мотивации*. - М., 1986.
5. Доценко Е.Л. *Психология манипуляции*. - М., 1996.
6. *Психология личности: Тексты* / Под ред. Ю.Б.Гиппенрейтер, А.А.Пузыря. - М., 1982.
7. Сидоров П.И. Парняков А.В. *Введение в клиническую психологию*. - 2000. - Том 1.
8. Хайгл-Эверс А., Хайгл Ф., Отт Ю., Рюгер У. *Базисное руководство по психотерапии*. - Санкт-Петербург: Речь, 2002.
9. Хекхаузен Х. *Мотивация и деятельность: В 2-х т.* -М.: Мир, 1986. - Т.1.
10. Adler A. *The practice and theory of Individual Psychology*. - London, 1924.
11. Assagioli R. *Psychosynthesis*. - N.Y.: Vicing Press, 1965.
12. Bugental J.F.T. *The Search for Authenticity: An existential-ana-lytic approach to psychotherapy*. 2nd ed. enl. - New York: Irvingston publs., 1981.
13. Miller W.R. *Motivation Enhancement Therapy: Description of Counseling Approach. Approaches to Drug Abuse Counseling*. NIDA. - Rockville, 2000.
14. Perls F., Hefferline R.E, Goldman P. *Gestalt Therapy Excitement and Growth in the Human Personality*. - New York, 1951.

ОРГАНИЗАЦИЯ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

ОПЫТ РАБОТЫ УЧАСТКОВОЙ СЛУЖБЫ НАРКОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА г. СЕМИПАЛАТИНСКА

П.Г.Брыжахин, С.Д.Сулейменова, О.Б.Мингалиева,
Г.К.Асылбекова, Р.Ж.Балтакаева, Ш.Т.Макышева

г. Семипалатинск

Современная наркологическая служба представлена системой ступенчатой специализированной лечебно-профилактической помощи лицам, страдающим хроническим алкоголизмом, наркоманиями и токсикоманиями. Основным звеном в организации наркологической помощи населению является наркологический диспансер. В его структуру входят как амбулаторные подразделения – участковые наркологические кабинеты, так и стационарные и полустационарные наркологические отделения. И каждая из этих структур выполняет определенные функции в лечении и дальнейшей реабилитации больных, страдающих наркозависимостью.

В сложившихся современных условиях, когда отмечается рост алкоголизма и наркомании, особое внимание следует уделить правильной организации работы поликлинической службы.

За последнее десятилетие произошло немало перемен в системе здравоохранения в целом и наркологической службы в частности. Многие наркологические диспансеры Казахстана решились на сокращение до минимума или децентрализацию амбулаторно-поликлинической службы. В связи с данными переменами произошли изменения в поликлиническом отделении наркодиспансера нашего города: объединение и, тем самым укрупнение территориальных участков. Из имеющихся ранее 8 участков осталось 5. В среднем на одном участке наблюдается от 2300 до 2600 больных, а вместе с профилактической группой это составляет в среднем 4000 человек.

Основной задачей в работе поликлинической службы были и остаются профилактические, лечебно-диагностические и реабилитационные мероприятия по преодолению алкоголизма, наркомании среди населения города Семипалатинска.

В связи с вынужденным укрупнением участков возросла нагрузка на участкового врача-нарколога, вдвойне возросла ответственность за выполняемую работу.

Функции, выполняемые участковой службой городского наркодиспансера разнообразны. Основная из них – это выявление лиц, страдающих наркозависимостями на ранних стадиях их проявлений. И здесь невозможно не отметить совместную работу участковой службы наркодиспансера с учреждениями здравоохранения (СВА, центр ЗОЖ, центр СПИД, врачи общелечебной сети), с учебными заведениями города, с правоохранительными органа-

ми (следственные органы, ПДН, отделы полиции, городской медвытрезвитель, отдел по борьбе с наркобизнесом).

С целью профилактики, своевременного выявления, лечения, наблюдения и оказания реабилитационной помощи лицам, склонным к употреблению психоактивных веществ ежегодно составляется управлением здравоохранения и управлением образования, управлением внутренних дел, план совместной деятельности регламентирующий работу этих ведомств.

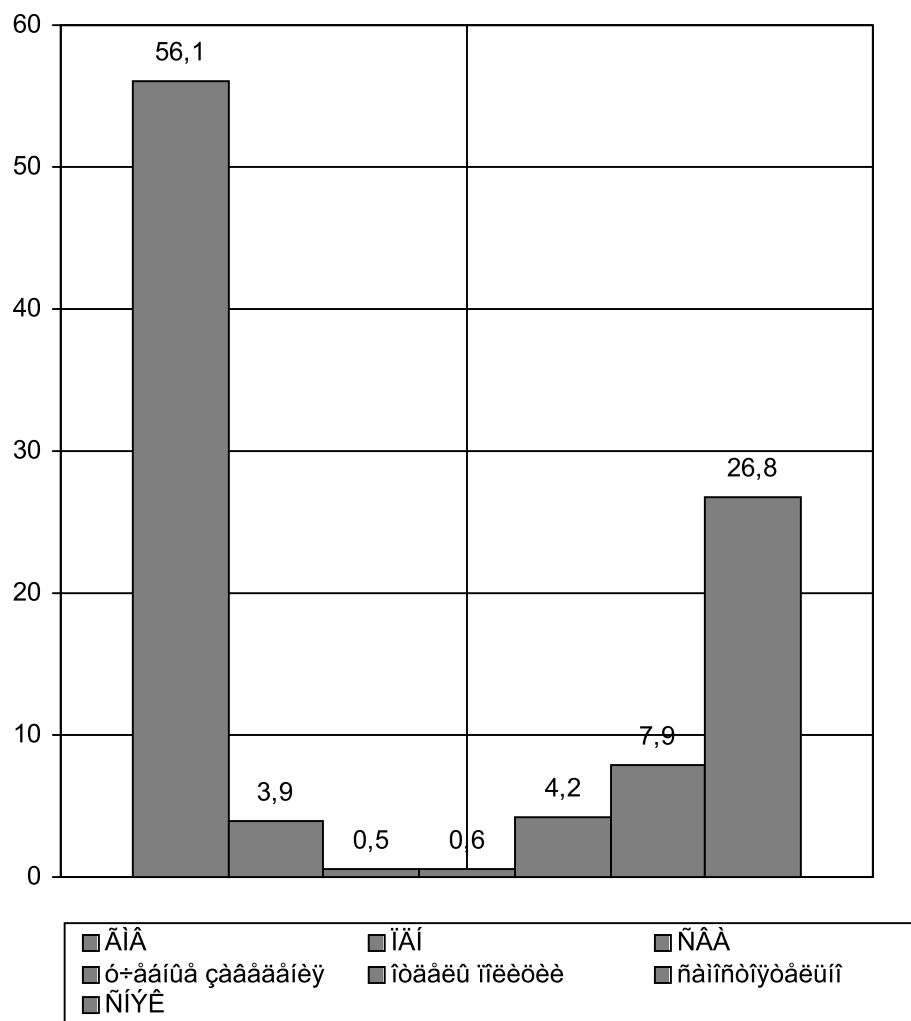
Не остаются без внимания семейные врачебные амбулатории (СВА) и другие лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ) города. За каждым из них закреплен врач-нарколог-куратор, главной задачей которого является проведение санитарно-профилактической и консультативной работы. Именно врачи СВА, чаще обслуживая больного на дому или же на приеме, сталкиваются со случаями наркозависимости и их проявлений на ранних этапах. Благодаря тесному сотрудничеству и заинтересованности СВА города и участковыми врачами-наркологами в течение 2002-2004 гг. выявлено 98 пациентов, нуждающихся в наркологической помощи.

Врачи-наркологи располагают ежедневной информацией о лицах, посетивших городской медицинский вытрезвитель. Если среди них выявляются лица, состоящие на учете с наркологическими заболеваниями, то они направляются на лечение в обычные стационары или в дневные стационары. По возможности больные сразу госпитализируются, доставляются в стационар транспортом наркодиспансера. Посетившие ГМВ впервые (без признаков алкогольной зависимости) – ставятся на медико-социальный контроль. Таким образом, в 2003 году под наблюдение взято 2014 взрослых и 6 подростков.

Не остаются без внимания и лица, задержанные неоднократно в течении года сотрудниками дорожной полиции за управление с ними автотранспортом в состоянии опьянения – берутся под наблюдение, либо проводится индивидуальная профилактическая беседа. Всего за 2003 год было задержано в нетрезвом состоянии 3828 водителей.

Известно, что лица, имеющие хронические наркозависимости, страдают отсутствием адекватной критики к себе и заболеванию, то есть выраженной анозогнозией. Поэтому, будучи в состоянии реци-

Схема первичного выявления лиц, страдающих наркозаболеваниями в 2003 г.



дива заболевания, они не желают самостоятельно проходить необходимое лечение. С этой целью в наркологическом диспансере организуются ежедневные вечерне-ночные выезды совместно с участковыми инспекторами полиции на транспорте диспансера с целью госпитализации нуждающихся в лечении в стационар.

Определенную сложность в работе врача-нарколога представляет привлечение к обследованию на ВИЧ-инфекцию больных наркоманиями, использующих внутривенный путь введения наркопрепаратов. С 1999 года и по сегодняшний день при наркодиспансере существует мобильная бригада по забору крови для обследования на ВИЧ на дому. Процент обследованных из нуждающихся в исследовании на ВИЧ удалось довести до 98%.

Одним из важных направлений работы участковых врачей-наркологов является санитарно-просветительная работа в учреждениях образования. Ежегодно приказом директора за каждым врачом-наркологом закрепляются учебные заведения, независимо от их формы собственности. Для первичной профилактики алкоголизма, наркомании, токсико-

мании среди подростков в школах, средне-специальных и высших учебных заведениях проводятся лекции, беседы, семинары, конференции, круглые столы с участием учащихся и их родителей. Врачи-наркологи выступают на родительских собраниях и педагогических советах, поднимая вопросы о повышении ответственности семьи и школы по воспитанию нравственности, о диагностике опьянений и осторожности в отношении распространения психоактивных веществ среди учащихся.

Наркологический диспансер с 2000 года является одним из инициаторов движения "Город против наркотиков" в рамках Всемирного движения "Здоровые города". Одним из основных направлений этого движения является организация досуга, культурно-спортивных мероприятий с целью привлечения детей и подростков в дворовые клубы. По городу организовано 18 дворовых клубов. В каждом работает педагог-организатор, который занимается организацией досуга детей и подростков, в клубе. Составлен график средней посещения клубов специалистами наркодиспансера для проведения профилактической и консультативной работы.

Нами изготовлена и постоянно обновляется наглядная агитация о последствиях приема психоактивных веществ в виде памяток, буклетов, листовок для родителей, подростков и молодежи.

С начала 2002 года врачами-наркологами нашего диспансера предложен новый вид профилактической работы в виде молодежных общегородских акций, дебатов. Проведено всего 12 акций и 14 дебатов. Опыт проведения подобных мероприятий показывает, что широкомасштабные акции вызывают более живой интерес в молодежной среде, чем простые беседы и лекции. В дальнейшем, при планировании своей работы мы думаем, что необходимо шире использовать практику таких мероприятий.

Санитарно-профилактическая работа проводится не только среди школьников и студентов города, но не забывается и сельская молодежь, в частности, проведены профилактические мероприятия в селах Чекоман, Достык, Букенчи, Прииртышское, Озерки, Чаган, Шульбинск, Баженоко, Чарск и др.

Врачи-наркологи являются научными руководителями программы “Равный – равному”, где школьники проводят исследования среди своих сверстников с целью выяснения уровня потребления психоактивных веществ в подростковой среде. Одновременно с этим ведут разъяснительно-профилактическую работу среди сверстников в других школах города.

Активное участие участковые врачи-наркологи принимают во всех общегородских оперативно-про-

филактических мероприятиях “Подросток”, “Улица”, “Надзор”. В результате этих мероприятий в течение 2003 года было поставлено под наблюдение 140 подростков, за 11 месяцев 2004 года – 120.

Врачи кабинета реабилитации подростков являются кураторами Центра временной изоляции и адаптации несовершеннолетних (ЦВИАРН) и приюта “Подросток”, где проводят профилактическую и консультативную помощь. Подростковый врач-нарколог является членом городской комиссии по защите прав несовершеннолетних. Совместно с инспекторами ПДН регулярно проводятся рейды по неблагополучным семьям, ночным клубам и питейным заведениям с целью раннего выявления лиц, употребляющих психоактивные вещества. За 2003 год обследовано 80 неблагополучных семей, из них 42 больным выставлен диагноз “Алкоголизм”.

В заключении следует отметить, что несмотря на трудности и проблемы в организации и сохранении наркологической помощи населению, отмечаются определенные успехи в этом сложном деле. Наличие амбулаторного отделения в структуре наркологической службы, привлечение к противоалкогольной работе подразделений общемедицинской сети, учреждений образования, а также привлечение к работе правоохранительных органов, без сомнения, приближает наркологическую помощь к населению, улучшает выявление, привлечение к лечению и диспансеризацию наркобольных, а главное повышает качество первичной профилактики.

ТЕНДЕНЦИИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В СРЕДЕ НАРКОЗАВИСИМЫХ

А.Т.Ескалиева

Эпидемия ВИЧ/СПИДа в мире неуклонно прогрессирует. Массовая наркотизация населения еще только началась, и большинство потребителей наркотиков не достигли 40 летнего возраста, в перспективе следует ожидать рост смертности населения (как мужчин, так и женщин) наиболее активных, детородных возрастных групп (Г. М. Энтин с соавт., 1999). Склонность лиц, злоупотребляющих ПАВ, к рискованному поведению и поиску ощущений может усугубить риск ВИЧ-инфекции и стать фактором, препятствующим успешности профилактических мероприятий (Бузина Т. С., 1998). Героиновая наркомания представляет наибольшую опасность в отношении создания постоянной базы потребителей наркотиков и активного вовлечения ими новых потребителей, то есть постоянного расширения этой базы.

Географическое положение Казахстана на пути нелегальной транспортировки героина из Афгани-

стана в Россию и страны Восточной Европы, сложная социально-экономическая ситуация обуславливают потенциально высокую вовлеченность жителей страны в торговлю наркотиками и употребление инъекционных наркотиков, а также в среду оказания сексуальных услуг, то есть в деятельность, связанную с передачей ВИЧ (С. М. Джансергиров., Ж.Х.Сембаев, 2003). До сих пор распространение ВИЧ - инфекции в стране более, чем на 90% зависело от небезопасного употребления инъекционных наркотиков и от небезопасных сексуальных контактов.

Темпы роста употребления наркотических веществ несовершеннолетними в настоящее время опережают таковые у более взрослого населения (Должанская Н. А., Бузина Т. С., 1999). “Взрослая” наркомания, в основном, формируется в подростковой среде, а сами подростки являются группой повышенного риска по наркотизации. Одновремен-

но происходит омоложение контингентов ВИЧ-инфицированных за счет страдающих наркозависимостью подростков, призывников, военнослужащих, заключенных (Белозеров Е. С. с соавт., 1995; Змушко Е. И., Болехан В. Н., 1997; Мебель Б. Д., Воронин Е. Е., 1994; Наркевич М. И., 1998; Покровский В.В., и др. 1998; Чиж И. М., 1997).

В последнее десятилетие изменилось соотношение объемов потребления так называемых “легких” и “тяжелых” наркотиков в пользу “тяжелых”; соответственно изменился характер их употребления. Употребление внутрь и курение все больше вытесняется инъекционным, что создает серьезную угрозу распространения ВИЧ-инфекции и парентеральных гепатитов В и С. Для подростков наиболее характерен эпизодический прием наркотиков, более значимый для распространения инфекций. Возраст начала половой жизни у подростков совпадает с возрастом первых проб наркотиков и, таким образом, у них активно реализуются 2 основных пути заражения ВИЧ-инфекцией: половое и внутривенное. Первичная профилактика употребления наркотиков у подростков необходима не только как средство предупреждения наркоманий, но и как мера против распространения ВИЧ-инфекции, парентеральных гепатитов и других заболеваний, передающихся половым путем.

Эксперты ЮНАИДС отмечают, что в Центральной и Восточной Европе, государствах СНГ ВИЧ-инфекция распространяется быстро. Например, в Украине в настоящее время происходит критическое увеличение случаев ВИЧ-инфицирования среди внутривенных наркоманов. Количество ВИЧ-инфицированных увеличилось за последние 2 года почти в 90 раз. От 289 случаев в 1995 году до 25000 случаев в 1997 году (Адамян Р. Х., 1997).

Учитывая высокую скорость распространения ВИЧ среди наркоманов, вероятность заражения жидких партии наркотиков, предназначенных для продажи или для последующего совместного использования достаточно велика (Энтин Г. М и соавт., 2000; Бобков А. Ф., 2001).

Героин для контрабанды удобен тем, что до потребителя он доводится в 20 - кратном и даже большем разведении (сахаром, мелом), т.е. из 1 грамма героина получается 20 граммов порошка с 50% содержанием героина. Помимо чистого героина, контрабандно приготавливаемого в зарубежных подпольных лабораториях из опия, используется и местный, кустарно изготавливаемый героин путем воздействия уксусным ангидридом на отвар маковой соломки. Концентрация героина в отваре определяется пробой дозы наркоманами. Чрезвычайная опасность такой формы героина заключается в том, что он является источником массового ВИЧ-инфицирования наркоманов, набирающих своим шприцем из общей емкости нужную им дозу наркотика. ВИЧ может длительное время сохранять в растворе вирулентность и достаточно одного зараженного виру-

сом шприца, чтобы вызвать массовое инфицирование наркоманов (Г. М Энтин и соавт., 1999).

По данным медико-социального исследования Должанской Н. А. (1997) в момент обострения влечения к наркотику 20% больных наркоманией признались, что готовы использовать любой шприц или иглу, находящиеся под рукой, не задумываясь об их стерильности. В случае возможного инфицирования 25% ответили, что скрывают от всех свое заболевание, а 12% не стали сообщать о нем своим половым партнерам и использовать презервативы при половых контактах.

Следующим путем передачи ВИЧ является совместное использование не стерильных игл наркоманами при внутривенном введении наркотиков (Adler M. et all., 1996; Покровский В. В., 1996; Сапарбеков М. К., 1999).

Brook David W., Brook Judith S., Richter Linda, Masci Joseph R., Roberto Josephine (2000) считают, что склонность к общему использованию игл является предиктором инфицирования ВИЧ. Общее использование игл обусловлено рядом психосоциальных особенностей, характером отношений в семье и характерами партнеров.

Установлены такие особенности, как повторное использование игл, приобретение раствора у иных лиц, введение наркотика в антисанитарных условиях, несамостоятельное набиравание раствора в шприц, недоступность дезинфицирующих средств, отсутствие знаний и навыков дезинфекции, наличие ВИЧ-инфицированных в окружении, низкий уровень санитарно-гигиенической культуры, сексуальная несдержанность, профессиональная незанятость и др. – все это увеличивает возможность инфицирования ВИЧ в 2 раза (А. В. Якобчук, 2000).

Бузина Т.С., Харькова Н.В., (1998) отмечают, что у лиц, потребляющих психоактивные вещества (ПВ), наблюдаются определенные поведенческие особенности, такие как снижение самоконтроля, импульсивность, внешний локус контроля, неспособность к предвидению и другие. С другой стороны существует такое поведение как “поиск ощущений”. Это поведение связано с потребностью в различных, новых переживаниях и острых ощущениях, и выражается в стремлении к физическому и социальному риску ради ощущений. Изучение этого феномена у подростков показало существование связи предрасположенности к потреблению ПАВ с высокими показателями “поиска ощущений”. Эти же подростки склонны к сексуальному поведению с высоким риском.

Таким образом, склонность лиц, злоупотребляющих ПВ к рискованному поведению и поиску ощущений может усугубить риск ВИЧ-инфекции и стать фактором, препятствующим успешности профилактических мероприятий.

На сегодняшний день, наиболее значимыми путями передачи ВИЧ-инфекции являются инъекционный и половой.

Вследствие одновременной принадлежности работников коммерческого секса к потребителям инъекционных наркотиков, для них характерны частые случайные сексуальные связи с большим числом партнеров, что связано со способом заработка денег на наркотики проституцией (Джансенгиров С.М., Сембаев Ж. Х., 2003).

В настоящее время, то есть в фазе активного распространения эпидемического процесса, основным путем передачи остается парентеральный - 84,5%, особенно среди наркоманов. На втором месте стоит половой путь - 6,8%, на третьем месте - вертикальный (от матери к плоду) - 0,1%. Не установленный путь передачи составил 8,6% (Сапарбеков М. К. и соавт., 1999).

Эпидемиология распространения ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков

Распространение ВИЧ-инфекции среди наркоманов, использующих общий шприц для инъекции, является неблагоприятным прогностическим признаком, т.к. ВИЧ способен в течение короткого периода инфицировать большое количество лиц, употребляющих наркотики. Кроме того, в условиях имеющихся нарушений дезинфекционно-стерилизационного режима занос инфекции в медицинские учреждения может привести к реализации парентерального механизма передачи инфекции и дальнейшему осложнению эпидемической ситуации в республике.

Таким образом, основываясь на результатах проведенного исследования, опыте работы центров по профилактике и борьбе со СПИД необходимо отметить, что неблагоприятная эпидемиологическая обстановка по ВИЧ-инфекции в республике может быть разрешена только при целенаправленном осуществлении государственной политики по отношению к проблеме СПИД. А также проведению органами здравоохранения скоординированной, научно обоснованной эффективной профилактической работы. В течение многих лет, когда в США и странах Западной Европы уже была зарегистрирована эпидемия ВИЧ-инфекции среди больных наркоманиями, вводящих наркотики инъекционно, в Казахстане отмечались единичные случаи (М. К. Сапарбеков и соавт., 1999).

В 1996 году был отмечен рост ВИЧ-инфекции, причем в 80% случаев передачи ВИЧ было связано с внутривенным введением наркотиков (Сире В., 1999; В. В. Покровский, 1996; М. К. Сапарбеков, 1999). Следует отметить, что постоянно растущие контакты с зарубежными государствами, развитие туризма и миграция населения, рост наркомании и венерических болезней позволяют ожидать в Казахстане в ближайшие годы развития более серьезной ситуации по распространению ВИЧ-инфекции.

Исследования, проведенные в 1996 году в Карагандинской области, показали, что по данным наркологической службы области числилось 1209 наркоманов,

то в областном центре по профилактике и борьбе со СПИД было взято на учет 1409 лиц, употребляющих наркотики внутривенно (Сапарбеков М. К., 1999).

По официальным данным Комитета Здравоохранения Республики Казахстан число больных наркоманией в 1996 году составило 21683 человек, а в 1997 году 26584 человека (А. А. Арканов, 1998).

По оценочным данным городского СПИД-центра г. Алматы количество потребителей наркотиков в Алматы равнялось 11-12 тысячам человек, а на учёте в наркологическом диспансере состояло около 1900 наркоманов.

В течение 1987-1996 годов нам не удалось обнаружить ни одного достоверного случая передачи ВИЧ при парентеральном введении наркотических средств. Вероятно, это было связано с тем, что вирус еще не проник в замкнутые группы наркоманов. Первые групповые случаи ВИЧ-инфицированных наркоманов появились в июне - августе 1996 г., когда одновременно в г. Темиртау Карагандинской области было выявлено 7 человек ВИЧ-инфицированных наркоманов, употребляющих наркотики внутривенно. В ходе эпидемиологического расследования очагов ВИЧ - инфекции установлено, что все они потребляли наркотические средства внутривенно.

Выявленные ВИЧ-инфицированные наркоманы в разное время, в течение 1994-1995 годов, совместно употребляли наркотики. Это позволило сделать заключение об одном парентеральном пути заражения через общие шприцы, инфицированные вирусом иммунодефицита, иглы и существование общего источника инфекции. Сравнительный лабораторный анализ полученных результатов в реакции иммуноблотинга отметил характерно одинаковый состав белков: гр. 110/120, 160, р 18, 25, 34, 52, 55, 68 при сомнительном присутствии или отсутствии у большинства наркоманов белков р. 41, р. 24. Это, по-видимому, сказывается на циркуляции среди наркоманов г. Темиртау нового субтипа ВИЧ-I.

Эпидемиологические расследования очагов ВИЧ - инфекции в Карагандинской области (1996-1997 г.г.) показали, что на эпидемический процесс оказывают влияние и местные особенности приобретения, применения и распространения наркотиков. Установлено, что в г. Темиртау наркоманы используют в основном сравнительно дешевый наркотик, стоимостью 150 тенге ("ханка", "таян"). Практикуется метод обмена пустого шприца наркомана на заполненный шприц предыдущего наркомана. Кроме того, отмечена неустойчивость существующих групп наркоманов, которые могут распадаться и вновь собираться в других местах.

В этой связи совершенно очевидно, что при попадании ВИЧ-инфицированного в изолированную группу наркоманов, достаточно нескольких лет, чтобы вся популяция наркоманов, прибегающая к внутривенному введению наркотиков, могла оказаться зараженной (Платошина О. В. и соавторы, 1997).

На 01.01.2000 года по данным Республиканского центра СПИД официально зарегистрировано 1000 случаев ВИЧ - инфекции. Большинство новых случаев связано с внутривенным употреблением наркотиков и локализуется в крупных промышленных центрах - городах Караганда и Темиртау (Сапарбеков М. К., 1999).

Опираясь на имеющиеся можно судить об ухудшении эпидемиологической ситуации по ВИЧ-инфекции повсеместно. По данным Объединенной Программы ООН по ВИЧ/СПИД, через 18 лет после выявления первых случаев, распространение ВИЧ-инфекции достигло размеров глобальной пандемии. Оценивая развитие пандемии СПИД в мире, следует отметить, что инфекция довольно уверенно распространяется по все новым странам. Анализ статистических данных Всемирной Организации Здравоохранения свидетельствует о том, что фактическое число случаев СПИД в 5 раз превышает число выявленных больных. Это необходимо учитывать при прогнозе проведенных противоэпидемических и профилактических мероприятий. NIDA совместно с ВОЗ создал глобальную информационную сеть (Global esearch Networg), охватывающую 21 страну мира и позволяющую проводить обмен информацией по исследованиям в области распространения ВИЧ/СПИД среди лиц, употребляющих наркотики (Cire B., 1999).

Парентеральная передача вируса занимает ведущее место в Китае и Юго-Восточной Азии, за исключением Таиланда, где вирус передается при гетеросексуальных контактах. Считается также, что внутривенное введение наркотиков дает от одной четверти до одной трети всех случаев передачи инфекции в Бразилии и Аргентине. В среде лиц, принимающих наркотики внутривенно, ВИЧ способен распространяться очень быстро. В последнее время в странах СНГ, в том числе в Казахстане, зарегистрирован рост числа заражений ВИЧ-инфекции среди лиц, злоупотребляющих наркотическими средствами внутривенным путем (Покровский В. В. 1996., Сапарбеков М. К. 1999). Оценивая современную ситуацию с наркоманией, большинство исследователей указывают, что во всем мире увеличивается производство и потребление наркотиков, применяемых внутривенно, что значительно увеличивает риск заболеваемости СПИД среди данной категории людей.

Так по данным А. Водак, уже 5 миллионов лиц употребляют наркотики внутривенно более чем в 100 странах мира. Автор отмечает, что на борьбу с эпидемией уже, начиная с 1988 г., в Юго-Восточной Азии выделено около 10 млрд. долларов США (Са-

парбеков М. К., 1999). Заболеваемость СПИД среди наркоманов, появление первых случаев заболеваний среди женщин, которые имели своих партнеров среди наркоманов, уже не оставляют сомнения в том, что это заболевание имеет инфекционную природу. Передается при половых сношениях или с зараженной кровью, сохраняющейся на иглах шприцев, при групповом употреблении наркотических веществ (Жданов В. М., Фарбер И., 1985, Покровский В. И., Покровский В. В., 1988). В 1996 г. был отмечен осязаемый рост ВИЧ-инфекции в Республике Казахстан (Сапарбеков М. К., 1999).

На сегодняшний день ситуация по ВИЧ/СПИДу в Карагандинской области выглядит следующим образом: с нарастающим итогом на 01.01.2005 года зарегистрировано 1431 случаев ВИЧ/СПИДа (107,5 на 100 тыс. населения), из них больных СПИД 166 человек. Заболеваемость зарегистрирована в 8 городах и в 4 сельских районах.

Особенно тревожная ситуация сложилась в г. Темиртау - 1167 случая. В области умерло 318 ВИЧ-инфицированных, в том числе от СПИДа 128 человека. 19 случаев заболевания зарегистрировано среди детей в возрасте до 15 лет. 71,2% всех зарегистрированных приходится на мужчин, 28,2% составляют лица женского пола.

Злоупотребление наркотиками, особенно вводимыми инъекционно, является ведущим фактором риска инфицирования ВИЧ. Потребление наркотиков меняют сексуальное поведение больных наркоманией, стимулируя вступление в беспорядочные половые контакты, что является вторым ведущим фактором заражения ВИЧ. Помимо обычной половой активности молодых наркоманов, значение в росте половой передачи от них могут иметь занятия проституцией в целях добычи средств на наркотики и сексуально возбуждающее действие отдельных психотропных препаратов (Савченко И. Г. с соавт., 1993).

Высокий уровень заболеваемости населения ВИЧ-инфекцией во многих странах, расширение экономических и культурных связей, межгосударственная интеграция и внешние миграционные процессы в Республике создали реальные предпосылки для эпидемического распространения инфекции на всей территории.

Распространение СПИДа имеет общие закономерности: очень быстрое, агрессивное развитие среди представителей уязвимых групп и более медленное среди остального населения (Покровский В. В. и соавт., 1997). Больные наркоманией молодого возраста составляют наиболее важную группу риска для распространения ВИЧ-инфекции (Давыдов А. А., 1997).

Литература:

1. Энтин Г. М., Шамота А.З., Овчинская А. С., Ашихмин О.А. *Вопросы наркологии.* – 1999. - № 1. - С.71-78.
2. Должанская Н. А, Бузина Т. С. *Мотивация к поиску острых ощущений, как предпосылка к рискованному поведению в отношении наркотизации и ВИЧ-инфекции // Вопросы наркологии.* – 1997. - С.51.
3. Джансенгиров. С. М., Сембаев Ж. Х. *СПИД-социальная проблема общества. Актуальные проблемы организации здравоохранения клинической и экспериментальной медицины. // Сборник к 100-летию Писпе-*

лова. - Караганда, 2003. - С. 371-372.

4. Белозеров Е. С., Клебанов Е. А., Сапарбеков М. К. СПИД (учебное пособие). - Алматы: "Ана тілі", 1995. - 192 с.

5. Змушко Е. И., Болехан В. Н. Эпидемиология ВИЧ-инфекции среди наркоманов // 2 сб. тезисов, докладов на российско-американском рабочем совещании "Предупреждение ВИЧ и других инфекционных заболеваний среди наркоманов". - СПб., 1997. - С. 11-12.

6. Мебель Б. Д., Воронин Е. Е., Макаренко Г. А. и др. ВИЧ-инфекция у детей. - СПб.: СППО - 2, 1994. - 72 с.

7. Наркевич М. И. ВИЧ-инфекция в России. - С. 7.

8. Покровский В. И., Наркевич Т. И., Покровский В. В. и др. СПИД-проблема общенациональная (материалы круглого стола). - Россия, Медицинские вестн, 1998. - № 1. - С. 4-18.

9. Покровский В. В. Эпидемиология и профилактика ВИЧ-инфекций и СПИД. - Москва: Медицина, 1998. - С. 248.

10. Чиж И. М. // Военно-медицинский журнал. - 1997. - том 318, №7. - С. 4-11.

11. Савченко И. Г., Покровский В. В. // Вопросы вирусологии. - 1993. - № 6. - С. 36-39.

12. Богач В. В., Старостина И. С., Троценко О. Е., Томилка Г. С., Дурнева В. М., Балахонцева Л. А., Фоменко В. Л., Шкап В. А. Состояние иммунного ответа при вирусном гепатите у наркоманов // Рус. ж. ВИЧ/СПИД и родств. пробл. - 1998. - № 2. - С. 26-27.

13. Селедцов А. М. Патология и ее фармакология. - 1981. - 242 с.

14. Кулагина Н. Е. Варианты течения и клинические проявления эфедроновой наркомании.

15. Покровский В. В., Савченко И. Г., Суворова З. К. и др. Эпидемиология и инфекционные болезни. - 1997. - № 2. - С. 8.

16. Адамян Р. Х. Анализ ситуации в мире и Кыргызской республике: информационный бюллетень по проблеме СПИД и БППП. Программа ООН - СПИД. - Бишкек, 1997.

17. Энтин Г. М., Фомичева В. М., Моисеенко А. С., Матвеева Э. А. Локализация вспышки ВИЧ-инфекции, вызванной употреблением кустарно изготовляемого раствора героина в г. Мценске (Орловская область) // Вопросы наркологии. - 2000. - № 4. - С. 47-53.

18. Энтин Г. М., Овчинская А. С., Чернобровкина Т. В., Варламов В. И. Героиновая наркомания в России в конце XX века // Проблемы современной наркологии и психиатрии в России и за рубежом. Республиканский сборник научных трудов. - Москва, 1999. - С. 68-75.

19. Должанская Н. А. Знание и отношение больных наркоманией к проблемам ВИЧ-инфекции // Рус. Ж. "ВИЧ/СПИД и родств. проблемы". - 1997. - № 1. - С. 88, С. 228.

20. Покровский В. В. Эпидемиология и профилактика СПИД. - Москва, 1996. - 246 с.

21. Сапарбеков М. К. Научные основы эпидемиологического надзора и профилактики ВИЧ-инфекции в Казахстане // Дисс. докт. мед. наук. - Алматы, 1999. - 261 с.

22. Brook D. W., Brook J. S., Richter L., Masci J. R., Roberto J. Needle sharing: A Longitudinal study of female injection drug users. Amer. J. Drug and Alcohol Abuse 2000, №2, P.263-281.

23. Козлов А. П. Новая стадия эпидемии ВИЧ/СПИД в России и наши новые задачи // Рус. ж. "ВИЧ/СПИД и родств. пробл.". - 1997. - № 1. - С. 84-85.

24. Якобчук А. В. Эпидемия ВИЧ/СПИДа и тенденции поведения лиц, потребляющих инъекционные наркотики. // Ж. Микробиол., эпидемиол. и иммунобиология. - 2000. - № 4. - С. 100-103.

25. Бузина Т. С., Должанская Н. А., Лозовая И. С. Вопросы наркологии. - 1996. - № 2. - с. 64-67.

26. Cire B. Global network will promote information exchange on HIV prevention in drug-using populations / NIDA Notes, 1999, 13, 5, P.12-13.

27. Покровский В. В. Эпидемиология и инфекционные болезни, 1996, №3, С. 4-104.

28. Арканов А. А. Проблемы и перспективы формирования здорового образа жизни для улучшения состояния народонаселения Республики Казахстан // В сб.: Актуальные проблемы и перспективы формирования здорового образа жизни в рамках стратегии "Казахстан - 2030". - 2003. - С. 6 - 11.

29. Платошина О. В., Афанасьев В. С. Изучение поведения наркоманов, связанного с риском заражения ВИЧ и вирусами гепатитов В и С. // Актуальн. вопросы ВИЧ-инфекции: Сб. матер. научн.-практ. конф.-и. - Санкт-Петербург, 1997. - С. 104-105.

30. Жданов В. М., Фарбер И. А. Новые вирусные инфекции и синдром приобретенного иммунодефицита // Сов. Медицина. - 1985. - № 10. - С. 41-46.

31. Покровский В. И., Покровский В. В. СПИД: Синдром приобретенного иммунодефицита - М.: Медицина, 1988.

НЕКОТОРЫЕ ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В УСЛОВИЯХ НАПРЯЖЕННОЙ СИТУАЦИИ ПО НАРКОМАНИИ

С.Б.Имангазинов

г. Павлодар

До середины 90 годов прошлого столетия Казахстан и Россия относились к числу стран с низким уровнем распространения ВИЧ-инфекции. В последующем возникли крупные вспышки в ряде регионов, связанные с инфицированием инъекционных потребителей наркотиков. На долю этой группы приходилось более 90% всех случаев заражения.

Степень распространения эпидемии ВИЧ/СПИД на различных территориях не одинакова и существенное значение в профилактической работе имеет изучение этих особенностей эпидемии ВИЧ-инфекции [1].

Нами проведен сравнительный анализ заболеваемости ВИЧ-инфекцией в Павлодарской области и сопредельной территории Омской области России (данные представлены главным врачом Омского областного центра СПИД А.Т.Тюменцевым). Города Павлодар и Омск расположены вдоль основной

трассы наркотрафика из южных регионов СНГ и Афганистана.

До ухудшения ситуации по распространению наркомании среди населения, особенно молодежи, были зарегистрированы единичные случаи ВИЧ-инфекции. Все они были случаями завозных инфекции из-за пределов сравниваемых территорий. В 2000 году почти одновременно в обеих областях начался всплывший подъем заболеваемости ВИЧ-инфекцией у потребителей инъекционных наркотиков.

Анализ заболеваемости по годам показывает, что наивысший пик распространения ВИЧ-инфекции приходится на 2001 год и постепенное снижение регистрации ее в 2002 и 2003 годах, хотя темп роста заболеваемости несколько выше в Павлодарской области по сравнению с Омской областью. По состоянию на 31.12.2003 года в Павлодарской области было зарегистрировано куммулятивным итогом 798 ВИЧ-инфицированных, а в Омской области – 357 (таблица).

Таблица

Динамика регистрации случаев ВИЧ-инфекции в Павлодарской и Омской областях

Регионы \ Годы	1996-1999 г.г.	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.
Павлодарская область	13	79	439	173	97
Омская область	22	59	106	85	85

В структуре зарегистрированных ВИЧ-инфицированных лица с парентеральным путем передачи ВИЧ (потребители инъекционных наркотиков) составили в Павлодарской области 88,8%, в Омской области – 73,3%. Однако, в динамике отмечается значительный рост полового пути передачи ВИЧ. Так, в Павлодарской области половой путь передачи ВИЧ-инфекции за период с 2001 года по 2003 год вырос с 1,4% до 23,7% и соответственно в Омской области с 16,2% до 51,3%, что показывает на стабильное превалирование полового пути передачи в Омском регионе.

Среди ВИЧ-инфицированных доля мужчин в Павлодарской области составляет 72,2%, в Омской области – 78,6%, а доля женщин - 27,8% в Павлодарской области и у 21,4% в Омской области. Однако в эпидемическом процессе прослеживается отчетливое увеличение количества женщин в Павлодарской области с 16,8% в 2001 году до 23,7% в 2003 году, в Омской области - с 12,8% до 40,7%. В данном случае увеличение темпа роста ВИЧ-инфекции среди женщин прослеживается в Омской области по сравнению с Павлодарской областью.

На момент установления наличия ВИЧ в Павлодарской области преобладали безработные и их число составляло 71,1%, этот показатель оказался значительно ниже в Омской области - 45,5%.

Известно, что ВИЧ-инфекция неравномерно поражает различные возрастные группы населения. Наиболее уязвимыми явились лица в возрасте от 20 до 39 лет. В этой возрастной группе ВИЧ-инфекция установлена у 81,4% случаев в Павлодарской области, и у 80,1% - в Омской области, что не выявило существенных различий.

В обеих областях имеет место тенденция к увеличению случаев беременности среди ВИЧ-инфицированных женщин. В Павлодарской области с 2000 по 2003 годы зарегистрировано 56 случаев беременности у 48 женщин. Закончились срочными родами 20. Из них 13 детей родилось в 2003 году. Все дети живы. ВИЧ-инфекция установлена у одного ребенка в возрасте 2 лет.

В Омской области выявлен 21 случай беременности у ВИЧ-инфицированных женщин. Родилось 14 детей. Из них 9 детей родилось в 2003 году. Сведения о ВИЧ-инфицировании детей отсутствуют.

Таким образом, на фоне общих закономерностей распространения ВИЧ-инфекции в Павлодарской области Казахстана и Омской области России в условиях сохранения напряженной ситуации по наркомании выявляются отдельные особенности эпидемии ВИЧ/СПИД в Павлодарской области. Это - опережающий темп роста новых случаев ВИЧ-ин-

фекции, значительная доля регистрации ВИЧ-инфекции среди безработных и рост случаев беременности у ВИЧ-инфицированных женщин.

Указанные отличительные моменты должны учитываться при планировании и реализации программ противостояния дальнейшему распространению эпидемии ВИЧ/СПИД в регионах.

Литература

1. Сапарбеков М.К., Шуратов И.Х., Чакликов Т.Е. и др. *Эпидемиология и профилактика ВИЧ-инфекции в Казахстане.* - Алматы, 2000. - 176 с.

НАРКОСИТУАЦИЯ В ЗОНЕ “ОШСКОГО УЗЛА”

Ж.Космухамедова

г. Вена

Проблема афганского наркотрафика впервые обозначилась в регионе в 1992 году, когда только в Киргизии из незаконного оборота были изъяты первые 5 килограммов контрабандного опия “Made in Afghanistan”. В дальнейшем положение все более обострялось. В **Кыргызской Республике** в 1993 году было конфисковано 153 килограмма, произведенного в Афганистане, опия-сырца, в 1994 - почти 199 килограммов, в 1995 - без малого 621 килограмм, в 1996 - 807 килограммов, в 1997 - 683,4 килограмма, в 1998 году - 171 килограмм. Проблему осложняет, возросшая экспансия героина из Афганистана. В 1995 году в Киргизии были изъяты первые 305 граммов героина, в 1996 - 1035 граммов, 1997 - 4200 граммов, в 1998 году - 24,7 килограмма героина. При этом отмечается снижение цены на этот сильнейший наркотик на “черном рынке” (при стабильных ценах на опий) почти на 40%. Специалисты считают дешевизну героина не случайной. По их мнению, поставляемый вначале по заниженным ценам, этот более мощный по воздействию на организм человека наркотик вызывает обязательное и более быстрое привыкание. Привыкнув к героину, наркоман уже не может вернуться к опию и вынужден платить за героин все больше и больше. Еще в 1997 году килограмм героина на “черном рынке” Киргизии стоил 30-40 тысяч долларов США и почти целиком, транзитом, уходил за рубеж. В 1998 году началось устойчивое освоение внутреннего рынка, и цены на героин упали почти вдвое. Потребление героина сегодня зафиксировано практически во всех регионах республики, кроме Нарынской и Таласской областей. Если всего два года назад, согласно статистической отчетности Ошского областного наркологического диспансера, на учете состояли только токсикоманы, потребители опия, гашиша, марихуаны и не

было ни одного больного героиновой наркозависимостью, то в 1998 году в связи с обозначенными выше проблемами количество больных, зависимых от героина, составило уже 6,9% от общего количества лиц, состоящих на учете с диагнозом Наркомания.

Три с половиной тонны опия - сырца и свыше 60 килограммов героина афганского производства в 1997 году было изъято правоохранительными органами **Республики Таджикистан**. В 1998 году здесь было конфисковано 1424 килограмма различных наркотических веществ, включая 94 килограмма героина.

Неуклонно возрастая с 1992 года, количество изъятого из незаконного оборота опия в 1997 году достигло в **Республике Узбекистан** 2399,7 килограмма, героина - 70,3 килограмма. Специалисты обоснованно утверждают, что в силу сверхвысокой доходности (килограмм опия-сырца на черном рынке России, основном потребителе прошедших через “ошский коридор” наркотиков, - стоит 8-10 тысяч долларов, а реализация килограмма героина в Москве может принести доход до 100 тысяч долларов США), малого объема при транспортировке (из килограмма опия можно приготовить от 80 до 100 граммов героина), героин вскоре полностью вытеснит опий-сырец с черного рынка.

Начиная с 1992-го и по 1996 год львиная доля контрабандных наркотиков поступала в Ферганскую долину через практически “прозрачную” афганско-таджикскую границу в Горно-Бадахшанскую Автономную область (Таджикистан), и далее по высокогорной и практически неконтролируемой трассе Хорог - Ош - Андижан в Ошскую (Киргизия) и Андижанскую (Узбекистан) области.

Для изучения ситуации “из первых рук” сотрудник Службы по борьбе с наркобизнесом Министерства внутренних дел Кыргызской Республики, в 1992

году одним из первых представителей силовых структур республики побывал в Иране, а в 1993 году - в Горно-Бадахшанской Автономной области Таджикистана; изучил всю доступную, на тот момент, информацию. В результате выяснилось, что согласно данным ООН, Афганистан ежегодно поставлял (и до сих пор поставляет) на черный рынок до 3000 метрических тонн опия-сырца, из которых можно изготовить до 300 тонн героина. Наркотики эти на протяжении ряда лет через труднодоступный участок границы на стыке Афганистана - Ирана - Пакистана попадали в Исламскую Республику Иран и далее - в Турцию, откуда морем доставлялись в Европу. Но уже с начала 80 годов Иран, по рекомендации ООН и в целях сохранения генофонда нации, ужесточил законодательство, значительно усилил структуры по борьбе с наркотиками. Иран возвел на границе с Афганистаном и Пакистаном мощные фортификационные сооружения, осуществил другие мероприятия, что значительно затруднило использование его территории для транзита наркотиков.

Международная наркомафия выбрала новый безопасный маршрут контрабанды наркотиков через территорию Центрально - Азиатских государств - в Россию, Балтию и другие европейские страны. Этот маршрут, по мнению специалистов, стал одним из самых оживленных в мире. Только в Германии при попытке реализовать наркотические вещества в 1996 - 1998 г.г. были задержаны шесть граждан Кыргызской Республики. Один из них, неоднократный призер чемпионатов Европы по боксу кыргызстанец А. Курнявка, задержанный немецкой полицией в 1998 году при попытке реализовать три килограмма героина. Он был осужден к 7,5 годам лишения свободы. Заинтересованное внимание наркомафии к Центрально - Азиатскому региону, в первую очередь, связано с наличием у региона общей границы с государствами - основными производителями наркотиков, с нестабильной политической ситуацией в Афганистане, с прозрачностью внутренних границ стран СНГ.

Важным фактором, способствующим использованию региона как главной наркоартерии, является и его география. Две трети трассы Хорог - Ош - Андижан проходят на высоте свыше 3 000 метров над уровнем моря, здесь имеется множество глухих ущелий, горных троп, по которым легко обойти все посты и маршруты патрулирования силовых структур, что весьма затрудняет контроль. Так, по данным Мургабского районного отдела внутренних дел (ГБАО, Республика Таджикистан), в зимний период 1998 года на горных тропах Мургабского района пропали без вести 12 наркокурьеров. В ходе поисковых мероприятий удалось обнаружить тела восьми из них.

Развиваются и другие опасные явления, свидетельствующие об ухудшении наркоситуации. Так, повсеместно растет наркотизация населения (при

этом, традиционный для этих мест гашишизм стремительно вытесняется гораздо более опасным внутривенным потреблением опия и особенно героина). Если в 1992 году в Ошском областном наркологическом диспансере с диагнозом "наркомания" на учете состоял лишь 91 человек, то в следующем году здесь лечилось уже 125 больных; в 1994 - 155, в 1995 - 277, в 1996 - 394, 1997 - 517. В 1998 году на учете в том же диспансере состояли 644 человека. Таким образом, количество состоящих на учете лиц с диагнозом "наркомания" за последние 6 лет увеличилось более чем в 7 раз, что явилось следствием, в основном, наркоэкспансии из Афганистана. Изменился и социально-демографический портрет современного "регионального" наркомана: львиная доля сегодняшних потребителей - безработная и не учащаяся молодежь 13-22 лет. В наркобизнес в силу известных причин социально-экономического характера все больше втягивается местное население. Основными субъектами наркопреступлений в Кыргызской Республике в 1997 году, например, стали ее граждане (92,3%). Все сильнее обозначается феминизация преступного промысла, что весьма выгодно наркодельцам. Во-первых, им удается избежать проблем при оплате, так как женщины соглашаются сбывать или перевозить наркотик за мизерную плату или за продукты; во-вторых, боясь расплаты, в том числе мести членам семьи, женщины редко выдают организаторов и пособников наркопреступлений. И, наконец, в-третьих, в случае привлечения к уголовной ответственности женщин, особенно многодетных, такая мера пресечения, как арест, применяется сравнительно редко, а в случае осуждения чаще всего применяются меры наказания, не связанные с лишением свободы. Именно поэтому, в 1997 году женщины составляли 40% от общего количества задержанных в Андижанской области перевозчиков наркотиков. В Ошской области Кыргызской Республики за последние годы удельный вес задержанных за контрабанду наркотиков женщин возрос с 3 до 16%.

Растет замешанная на полученной от торговли наркотиками прибыли коррупция (в Кыргызстане, например, в 1998 году к уголовной ответственности за незаконные операции с наркотиками привлечены 7 бывших офицеров правоохранительных органов).

Наркодельцы ввозят в регион из зоны боевых действий оружие, взрывчатые вещества, которые используются затем экстремистами для совершения терактов. В ходе одной операции в сентябре 1998 года сотрудники Ошского областного Управления министерства национальной безопасности Кыргызской Республики изъяли у продавцов наркотиков 19 боевых гранат повышенной взрывной силы, партию героина и марихуаны. Комментируя эту операцию, начальник областного управления МНБ подчеркнул, что вооруженные наркоторговцы становятся все более типичным явлением в регионе. Так, в августе 1998 года в Оше были задержаны два члена незакон-

ных вооруженных формирований из Таджикистана, которые контрабандно провезли в Кыргызскую Республику 1 килограмм опия и автомат Калашникова.

Наркотики также используются криминальными элементами в качестве платежного средства. Для их приобретения в регион в большом количестве поступают фальшивые денежные знаки, в том числе американские доллары.

На Рабочей встрече руководителей республиканских (Узбекистан, Таджикистан, Кыргызстан) и областных силовых структур (Андижанская, Горно-Бадахшанская Автономная, Ошская области), проведенной в феврале 1998 года в рамках Международного проекта ООН по борьбе с наркотиками “Ошский узел”, прозвучала информация о появлении на “черном рынке” Оша нескольких десятков тысяч фальшивых американских долларов, поступивших сюда от российских наркодиллеров на покупку наркотических веществ.

Наркобизнес в этом регионе все быстрее переходит под контроль организованных преступных группировок. Все эти факторы влияют на ухудшение криминогенной ситуации, влекут за собой рост преступности, в том числе ее особо опасных проявлений. Так, например, в феврале 1998 года совместными усилиями сотрудников уголовного розыска УВД Ошской области и Мургабского РОВД Горно-Бадахшанской Автономной области Республики Таджикистан было раскрыто убийство двух жителей Мургабского района. В ходе расследования установлено, что жертв “наказали” за то, что они присвоили деньги, полученные от реализации 60 килограммов опия. Убийство по предварительному сговору подготовили и совершили 4 преступников: двое - жители Ошской области, и двое - Мургабского района ГБАО. В июне 1999 года, раскрыв убийство двух жителей города Ош, сотрудники уголовного розыска доказали, что, обладая большой суммой денег, убитые пытались приобрести героин, чтобы в последующем переправить его в Сибирь. Убийство было совершено в целях завладения этими деньгами.

Наметившаяся в последнее время тенденция втягивания в афганский наркотрафик территории Китайской Народной Республики грозит в скором будущем привлечь к этому региону внимание преступных международных синдикатов.

Предвидя опасность, президенты и правительства стран Центральной Азии проявили озабоченность еще 5 лет назад. С трибуны Генеральной Ассамблеи ООН, других международных форумов они предупреждали о надвигающейся угрозе, просили международное сообщество о помощи, подписали ряд межправительственных соглашений. В 1994 году Международная программа ООН по контролю за наркотиками, во взаимодействии с соответствующими государственными органами Узбекистана, Кыргызстана и Таджикистана, приступила к разработке проекта, направленного на укрепление силовых

структур по борьбе с наркотиками региона, на дальнейшее развитие приграничного взаимодействия. Представители правительств Республики Узбекистан, Кыргызской Республики, Республики Таджикистан и Организации Объединенных Наций, подписав проект в 1997 году, дали, “Ошскому узлу” “зеленую улицу”. Тем самым было подчеркнuto, что подобного рода проект, первый в Центральной Азии. Он призван оказывать консультативную помощь странам – участницам, поставлять транспорт и современнейшие средства связи, полицейское и таможенное оборудование для подразделений УВД по борьбе с наркотиками и таможенных служб Андижанской (Узбекистан), Ошской (Кыргызстан) областей и Мургабского района Горно-Бадахшанской Автономной области (Таджикистан), организовать обучение их персонала. Многие из перечисленных мероприятий проекта уже выполнены.

В настоящее время в Средней Азии развернуты и другие проекты ЮНДКП - Международной программы ООН по контролю над наркотиками и борьбе с ними. В государствах региона весьма ценят такую помощь, понимают всю важность и необходимость ведения решительной борьбы с изготовлением и распространением наркотиков.

Тревога по поводу наркотической угрозы, исходящей из Афганистана, ее последствий для государств региона, демократических преобразований в них и судеб целых народов вполне обоснованна. Ведь если сравнить ситуацию с производством опия в Афганистане и в печально известных странах “золотого треугольника” - Лаосе, Таиланде и Мьянме (бывшей Бирме), производивших тонны синтетических наркотиков, распространявшихся затем по всему миру, главным образом - в США и Европе, то соотношение будет явно не в пользу последних. Например, признанным лидером международного наркобизнеса до последней поры считался Лаос - сырьевая база героиновых картелей. По официальным данным, сбор опиума, из которого получают смертоносный “белый порошок” - героин, не превышает в стране 70 тонн. Западные эксперты называют цифру в 5 раз большую - 350 тонн. В то же время, производство опия - сырца в Исламском Государстве Афганистан, по данным ООН, в 1998 году по сравнению с 1997 годом, увеличилось на 9%. Посевы опийного мака в 1998 году занимали в Афганистане 63 тысячи гектаров. По мнению экспертов, с них было собрано 2200 тонн опия - сырца, достаточного для производства 210 тонн героина. При этом, согласно аналитическому докладу Интерпола, в 1998 году полицейские службы всего мира конфисковали 28 тонн героина: 11 тонн из них в Соединенных Штатах Америки и Европе - основных зонах оборота и потребления героина, 17 тонн - в азиатских странах производства и транзита. Отмечается всевозрастающая организованность, структурированность и эффективность поставок героина; активизация на героиновом

рынке центрально-азиатских, нигерийских, турецких, а также албанских и южно - американских преступных группировок.

Анализируя наркоситуацию в регионе, небезынтересно проследить истоки афганского “нарковоружения”. Один из сотрудников силовых структур Киргизии, был приглашен в 1992 году на семинар в Исламской Республике Иран, где борьба с наркоизмом возведена в ранг государственной политики. Летом 1993 года в целях глубокого изучения проблемы в большинстве районов Горно-Бадахшанской Автономной области Республики Таджикистан были проведены встречи с сотрудниками правоохранительных органов, силами оппозиции, местными жителями, военнослужащими Группы федеральной пограничной службы Российской Федерации в Таджикской Республике, а также и с лицами, задержанными за контрабанду наркотических средств. В дальнейшем, в 1994-1999 годах, в ГБАО неоднократно отслеживался развивающийся здесь процесс в динамике. Результатом проделанной работы стали следующие выводы.

Как уже отмечалось выше, опиный мак в Афганистане производился издавна. Традиционно опиный сырец и героин переправлялись из региона, где производился наркотик (страны “Золотого полумесяца”), в Европу через Иран и Турцию. Контролировать “Золотой полумесяц” - труднодоступный высокогорный район на стыке Афганистана, Пакистана и Ирана из-за его отдаленности, а также ряда проблем социального, политического, этнического характера было практически невозможно. Но несколько лет назад Исламская Республика Иран кардинально изменила свою позицию в области борьбы с наркотиками. Вполне официально, на государственном уровне, производству и сбыту наркотиков здесь был объявлен джихад (“священная война”), создана Исламская национальная гвардия, призванная вести борьбу, в первую очередь, с контрабандным ввозом в страну наркотиков. В труднодоступные горные районы для маневрирования силами и средствами были проведены шоссейные дороги; ущелья, наиболее часто используемые для перевозки наркотических веществ, были перекрыты фортификационными сооружениями. Боевые операции против контрабандистов наркотиков ведутся здесь и сегодня. В результате только за один год (21 марта 1998 - 21 марта 1999 г.г.) здесь было конфисковано 130 тонн 415 килограммов наркотических средств. По приговору шариатского суда казнены несколько наркодельцов.

Боясь потерять сверхприбыли (по данным международных экспертов ООН и Интерпола, один вложенный в наркобизнес доллар приносит 12 240 долларов прибыли), и, убедившись, что традиционный “иранский маршрут” становится все более опасным для транспортировки наркотических средств, наркомафиози начали усиленный поиск новых путей перевозки наркотиков. Их взоры обратились к Цен-

трально-азиатским республикам бывшего СССР, не очень давно приобретшим независимость. После распада СССР распалась и единая пограничная служба. В 1991-1992 годах заметно ослабла охрана внешних государственных границ молодых суверенных государств бывшего Союза. Внутренние границы между бывшими союзными республиками оставались практически прозрачными до формирования национальных таможенных служб в 1993-1994 г.г. Криминальные элементы не преминули воспользоваться этим обстоятельством. В Китай, Иран и другие сопредельные государства хлынул поток ворованного цветного металла, полимеров, сельскохозяйственного сырья. Предприимчивые иностранные бизнесмены, открыв в республиках Центральной Азии общества с различными видами собственности и другие коммерческие предприятия, стали усиленно скупать и вывозить дешевую шерсть, хлопок, овчины, подрывая тем самым местную перерабатывающую промышленность. Активно велась так называемая “приграничная торговля”. Одновременно опытные наркодельцы внимательно изучали новую ситуацию, вели усиленную разведку безопасных путей переброски больших партий опия, героина через территории Узбекистана, Казахстана, Таджикистана, Кыргызстана в Россию, Западную и Восточную Европу; вербовали перевозчиков, проводников, пользуясь тем, что массовая безработица толкала людей на поиски средств существования. Только в 1993 году по решению совещания Глав государств СНГ внешние границы отдельных центрально-азиатских стран Содружества стала охранять недавно организованная единая пограничная служба России. Одновременно началось в суверенных государствах формирование национальных пограничных подразделений, таможенной службы.

Только к середине 1994 года в ГБАО удалось наладить деятельность таможенной и пограничной служб, милиции и подразделений государственной безопасности по борьбе с наркотиками. Тогда же, в 1992 году, ситуация на границе не контролировалась. И опиум из Афганистана, Пакистана начал поступать большими партиями в Горный Бадахшан. Оттуда, по единственной здесь высокогорной, практически не контролируемой, трассе Хорог-Ош, наркотик попадал в Ферганскую долину. И через территорию Кыргызстана, Узбекистана и Казахстана – следовал дальше: в Россию, страны Балтии, где возник прекрасный рынок сбыта, так как появились большие “свободные” деньги, добытые удачливыми дельцами, полукриминальными элементами во время неконтролируемой приватизации государственной собственности при переходе к рыночной экономике. Российская Федерация и до сих пор является крупнейшим рынком сбыта наркотических средств афганского происхождения. По данным Государственного таможенного комитета Российской Федерации, в 1998 году “наиболее драматично обстановка раз-

вивалась на границе с Казахстаном, через которую продолжался активный рост объемов контрабанды наркотиков при ввозе из других государств Центральной Азии, а также из Афганистана и Пакистана. Всего на этом направлении задержано 80% героина, 84 % гашиша, 60% опия и 53% марихуаны”. Для перевозки наркотических средств на территорию России преступники активно используют и авиатранспорт. В результате оперативно - розыскных мероприятий, проведенных пограничниками в аэропорту Душанбе, в течение только одной недели апреля 1999 года у пассажиров авиационных рейсов, в первую очередь, на Москву, а также Бишкек и Алматы было изъято шесть килограммов героина. Как уже было сказано, к началу 1994 года правоохранительная система Российской Федерации начала укреплять контакты с правоохранительными органами суверенных республик, совершенствовать охрану внешней границы, вкладывать средства в проведение совместных операций по разоблачению наркодельцов, пресечению наркотрафика. Но к тому времени в наркобизнес уже были втянуты многие местные жители, для большинства из которых этот промысел стал единственным источником существования.

Для лучшего понимания сложившейся в то время ситуации необходимо представить социально-экономическое положение Горно-Бадахшанской Автономной области Республики Таджикистан. Имея весьма слабо развитую промышленность (хлебозавод, швейное производство малой мощности, полукустарная фабрика по обработке местных полудрагоценных камней) и сельское хозяйство, население области (свыше 200 000 человек) снабжалось в советские годы прямо из центра. Здесь действовала система так называемого централизованного или “московского” обеспечения. По железной дороге грузы поступали на станцию города Ош в Киргизии, где и до сих пор расположены несколько работающих исключительно на Памирском направлении автотранспортных предприятий, которые и перевозили эти грузы по 725 - километровой высокогорной трассе в Хорог. По статистике начала 90-х годов по маршруту Ош - Хорог и обратно в месяц в общей сложности проходило до двух тысяч грузовых автомобилей. Прекратившиеся непосредственно после распада Союза ССР централизованные поставки привели большую часть населения ГБАО буквально на грань выживания. Ситуация осложнялась еще и тем, что после начала в Таджикистане гражданской войны на территорию ГБАО из Душанбе, Кулябской области, других регионов республики прибыло более 40 тысяч беженцев - этнических памирцев. Таким образом, практически открытая таджикско-афганская граница, с одной стороны, и всеобщее, обвальное снижение уровня жизни – с другой, и послужили теми факторами, которые резко осложнили криминогенную ситуацию в регионе, способствовали вовлечению в наркобизнес местного населения.

К середине 1994 года ситуация изменилась. Вследствие улучшения охраны государственной границы Таджикистана, но, главным образом, из-за высокой прибыльности наркобизнес все более подпадал под контроль организованных преступных группировок, существовавших тогда на территории ГБАО практически легально, под видом отрядов самообороны. За сферы влияния между ними развернулась жестокая борьба, вплоть до физического устранения конкурентов. Так, упоминаемый выше преступный авторитет и лидер одного из наиболее влиятельных в регионе вооруженных формирований Алихон, известный более как “Леша-горбун”, был убит, когда в сопровождении множества телохранителей возвращался на базу: джип, в котором он ехал, был взорван из ручного гранатомета. Преступление осталось нераскрытым.

Во время гражданской войны в Таджикистане противоборствующие вооруженные формирования использовали опий для приобретения оружия, провианта, боеприпасов. Когда в 1997 году правительственные войска в ходе крупномасштабной операции обезвредили банду известного многочисленными захватами заложников террориста Содирова и уничтожили ее главаря, они обнаружили в районе столкновения большое количество наркотиков.

Большой вклад в пресечение контрабанды наркотиков из сопредельного государства Афганистан вносили и вносят военнослужащие Группы Федеральной пограничной службы Российской Федерации в Республике Таджикистан. Если в 1994 ими было изъято всего 530 килограммов опия, то в 1995 году - уже 1690, в 1996 – 2150 килограммов, в 1997 году - 2217 килограммов. В марте 1998 года в приграничной перестрелке были тяжело ранены двое российских пограничников из Пянджского погранотряда. По мнению руководства Группы погранвойск, так им отомстили члены организованной преступной группировки за задержание 28 февраля 1998 года крупной партии героина стоимостью 30 миллионов долларов. Всего же в 1998 году, в результате деятельности дислоцированных в Таджикистане российских пограничников по борьбе с наркотиками, было пресечено 135 попыток перехода границы наркоконтрабандистами, при этом в 40 вооруженных столкновениях 35 перевозчиков было убито и 7 ранено. Главари вооруженных формирований, занимающихся незаконным оборотом наркотиков, реально угрожали убийством начальникам семи пограничных застав и укрепленных районов. В интервью директор федеральной пограничной службы России К.Тоцкий отмечал, что Таджикистан все быстрее становится настоящим коридором для идущего в Европу афганского героина. По информации российской пограничной службы, несколько мощных лабораторий по производству героина сейчас возводятся в приграничных с Таджикистаном районах воюющего Афганистана. Эксперты допускают,

что к 2001 году производство героина в Афганистане возрастет до 700 тонн. Директор ФПС Российской Федерации подчеркнул, что, принимая во внимание положение в соседних странах, контрабанда наркотиков в Европу через Таджикистан и Россию до сих пор остается наиболее удобным для преступников маршрутом. В этой связи генерал Тоцкий открыто критиковал своих таджикских коллег за потворство контрабандистам. По его словам, с января 1999 года по соглашению с руководством республики российские пограничные войска проводят эксперимент по передаче 20-километрового участка таджикско-афганской границы под охрану таджикских пограничников. Однако уже через два месяца после начала эксперимента была получена информация, что поток оружия и наркотиков через “учебную зону” возрос многократно. Местные пограничники попросту распахнули границу перед наркокурьерами. “Поэтому, - заявил директор ФПС, - эксперимент по самостоятельной охране Таджикистаном своих границ, скорее всего, будет заморожен”. При этом, отвечая на вопрос, каково будущее расквартированной в Таджикистане Группы российских погранвойск, Константин Тоцкий отметил, что “вопрос об их выводе не стоит. Это было бы весьма опрометчивым шагом. За первые четыре месяца 2000 года в зоне, охраняемой российскими пограничными войсками, было предотвращено 53 попытки перехода границы, задержано более 100 нарушителей границы, имевших при себе оружие, амуницию и 48 килограммов наркотиков. Это показывает, что наши пограничные силы РФ продолжают выполнять свои задачи на этом рубеже. В этом очень заинтересовано руководство Таджикистана. Кроме того, Россия объективно нуждается в присутствии своих “зеленых фуражек” на афганской границе. Рассудите сами, кровопролитный внутренний конфликт в Афганистане растянулся уже на многие годы и способен очень быстро распространиться на соседний Таджикистан. Исламские фундаменталисты готовы “экспортировать” эту войну и в Россию. К этому следует добавить, что в Афганистане ежегодно производится 3500 тонн различных наркотиков, предназначенных для России и стран Европы. Легче перекрыть этот поток “белой смерти” на линии, где пограничная инфраструктура более или менее сохранилась с советских времен, чем пытаться закрыть 7500 километров “прозрачной” границы между Россией и Казахстаном”. Согласно подписанному в апреле 1999 года договору между правительствами Российской Федерации и Республики Таджикистан, в Таджикистане дислоцирована военная база российских вооруженных сил. Всего же, начиная с 1994 года, российскими пограничниками было пресечено более 800 попыток пересечь таджикско-афганскую границу вооруженными курьерами. Этот район границы господин Пино Арлаки, исполнительный директор Международной Программы ООН по контролю наркотиков, называет “воротами в Западную Европу”. При этом конфисковано 7,5 тонн наркотиков.

Республика Таджикистан

Вообще же доставка, сбыт наркотиков и связанные с ними негативные социальные явления приобретают в Республике Таджикистан все более значительные масштабы и самым существенным образом сказываются на морально-психологической атмосфере в обществе, отрицательно влияют на экономику, политику и правопорядок. Быстрыми темпами растет уровень наркотизации населения.

В 1998 году Государственной комиссией при Правительстве Таджикистана по контролю за наркотиками было проведено анонимное анкетирование 3 000 студентов высших учебных заведений города Душанбе. Его результаты показали, что так называемая “группа риска”, т.е. категория молодых людей, экспериментирующих с наркотиками, либо употребляющих их эпизодически или регулярно, составила 31% от общего количества опрошенных. При этом 44% “группы риска” составляют женщины. Аналогичное исследование было проведено среди 5 000 старшеклассников средних общеобразовательных школ Душанбе. Статистическая обработка полученных результатов показала, что к “группе риска” здесь относятся 18% опрошенных. 12% из них пробовали наркотики, 6% контактируют с наркоманами. Однако кроме наркотизации населения, серьезную озабоченность вызывают и многочисленные факты задержаний граждан Республики Таджикистан за совершение преступлений, связанных с незаконными операциями с наркотиками, на территории других стран. По данным Государственной комиссии при Правительстве Республики Таджикистан по контролю за наркотиками, в 1996-1997 годах на территории Российской Федерации, Республики Казахстан, Республики Узбекистан, Кыргызской Республики и Туркменистана был задержан 821 гражданин Республики Таджикистан. У них было изъято 3059 килограммов наркотиков, в том числе 67,7 килограмма героина. Основным средством доставки наркотиков по-прежнему остается железнодорожный транспорт, на долю которого приходится 49% выявленных перевозок. Воздушным транспортом перевозилось 25% конфискованных наркотиков, автомобильным – 21%.

Ситуация осложняется еще и тем, что население республики, экономика которой в ходе гражданской войны пришла в упадок, пытается поднять благосостояние за счет производства наркотических средств. В 1998 году здесь выявлен 801 факт посевов наркосодержащих растений, по которым возбуждено 298 уголовных дел.

Но главной наркопроблемой сегодняшнего Таджикистана по-прежнему остается стремительный рост контрабанды наркотиков из Афганистана. При этом в последнее время отмечается изменение основных маршрутов транзита наркотиков. Если ранее для этого использовалась главным образом территория Горно-Бадахшанской Автономной области, то в настоящее время – это Шураабадское, Мос-

ковское, Пянджское и Шартузское направления Хотлонской области, через которые в Таджикистан перебрасывается до 80% наркотиков, сосредоточенных в приграничных районах Афганистана. На этих участках границы военнослужащими погранвойск конфисковано более 956 килограммов наркотиков, в том числе 172,1 килограмма героина. Изменение путей транспортировки наркотика объясняется, прежде всего, изменениями социально-политической обстановки, наличием в Хотлонской области равнинного рельефа, хорошо развитых транспортных коммуникаций, позволяющих доставлять наркотики в Ходжент, Душанбе и далее в страны СНГ и Европу. При этом контрабанда опия - сырца развивается здесь параллельно внедрению героина. Если в 1994 году в Таджикистане было изъято 243,6 килограмма опия - сырца, то в следующем - уже 1571,3 килограмма, а в 1996 году - 3405 килограммов, в 1997 году - 3455,5 килограмма. В 1998 году количество конфискованного опия - сырца резко сократилось до 1190,4 килограмма, зато существенно возросло количество изъятого героина. Одновременно в 3,5 раза возросло количество наркопреступлений, совершенных группой лиц.

Горно-Бадахшанская Автономная Область (ГБАО) Республики Таджикистан

Как указывалось выше, зона действия Международного проекта по борьбе с наркотиками "Ошский узел" в Республике Таджикистан распространяется, в первую очередь, на территорию Мургабского района Горно-Бадахшанской Автономной области. Но поскольку изучение наркоситуации в этом районе возможно лишь в общем контексте с ее изучением на всей территории ГБАО, граничащей с Исламским Государством Афганистан на протяжении 618 километров, то представляется необходимым привести некоторые данные, характеризующие современное состояние наркоситуации в этом регионе в целом.

Согласно данным Государственной комиссии при Правительстве Республики Таджикистан по контролю за наркотиками, в 1992 году правоохранными органами Горно-Бадахшанской Автономной области во взаимодействии с российскими пограничниками было выявлено 25 преступлений, связанных с незаконным оборотом наркотиков. В следующем году их было уже 40, в 1994 году - 41. "Пик" по выявлению преступлений с наркотиками пришелся, очевидно, на 1995 год, когда было выявлено 53 уголовно наказуемых деяния. В 1996 году количество выявленных преступлений рассматриваемой категории сократилось почти вдвое - 28 (при пике активности наркоборцов соседней Ошской области Кыргызстана, вероятно, принявших на себя основной удар). В 1997 году их было выявлено еще меньше - 24, и только в 1998 году выявляемость несколько возросла - до 34. При этом в Мургабском районе в 1998 году было выявлено 12 уголовно наказуемых фактов незаконных опе-

раций с наркотиками (1997 год - 11). Опираясь на имеющиеся факты, Государственная комиссия при Правительстве республики по контролю за наркотиками сделала вывод об ослаблении правоохранными органами ГБАО борьбы с наркотиками. При этом отмечается и уменьшение из года в год количества изымаемых наркотиков. В Горно-Бадахшанской Автономной области в последнее время большое внимание уделяется профилактике наркомании. Так, несмотря на значительные материальные трудности, в городе Хорог создан областной наркологический диспансер, где добровольно лечится несколько десятков больных наркоманией. На борьбу с этим злом без преувеличения поднялось все население области, хотя отдельные формы и методы работы общественности и выходят за рамки закона. Так в кишлаке Поршинева, где проживает около 14 тысяч человек, местных наркоманов собрали в самом большом доме, обеспечили их всем необходимым, включая помощь врачей, и буквально заставили под медицинским надзором перенести абстинентный синдром, т.е. "переболеть". Начало такой работы следует приветствовать хотя бы потому, что несколько лет до этого население области безучастно взирало на то, как разрушается генофонд нации, считая такое развитие событий неизбежным. Ведущую роль в активизации всей работы по профилактике и предотвращению наркомании сыграла созданная в ГБАО по инициативе Проекта "Ошский узел" "Памирская ассоциация волонтеров по борьбе с наркотиками", закрепившая народную инициативу, повернувшая ее в законное русло и придавшая ей новый импульс.

Республика Узбекистан

Расширяющееся производство опия и героина в Исламском Государстве Афганистан сильно сказывается на обострении наркоситуации и в Республике Узбекистан. Афганистан активно использует для переброски наркотиков автомобильную, железнодорожную и водную артерии. В 1997 году, например, на границе с Узбекистаном было обезврежено 6 вооруженных групп контрабандистов. Правоохранные органы Узбекистана особенно встревожены расположенными на сопредельной территории героиновыми лабораториями. С 1995 года таможенными органами Республики Узбекистан пресечены попытки контрабандной переброски в Афганистан 72 тонн прекурсоров - химических веществ, без которых переработка сырца в героин невозможна. В январе 1998 года в Термезе за один раз было изъято 16 тонн уксусного ангидрида. Его упаковали для маскировки в тюбики с зубной пастой и в коробки со швейными машинками.

В Узбекистане растет количество потребителей наркотических веществ, состоящих на учете. Уже в 1997 году здесь официально насчитывалось свыше 12 тысяч потребителей, 9% из которых - женщины. И если раньше наркомания считалась проблемой

сугубо городской, то сегодня 41% лиц, состоящих на учете – это жители сельской местности.

Андижанская область Республики Узбекистан

Все отмеченные выше тенденции, в целом характеризующие состояние и динамику складывающейся в Республике Узбекистан наркоситуации, характерны и для непосредственно входящей в сферу деятельности Международного проекта ООН по борьбе с наркотиками “Ошский узел” Андижанской области. Здесь, как и в целом по республике, заметно увеличилось количество наркопреступлений. Если в 1992 году их было выявлено 323, и по 133 из них были возбуждены уголовные дела, а из незаконного оборота было изъято около 40 килограммов наркотических средств, то в 1993 году эти показатели увеличились уже до 458, 322 и 190,1 килограмма соответственно. В следующем 1994 году эти цифры составили 768, 591, 131,7 килограмма. В 1995 году правоохранительные органы области выявили 740 наркопреступлений, возбудили 591 уголовное дело рассматриваемой категории и изъяли из незаконного оборота около 100 килограммов наркотиков. В 1996 году эти показатели составили 725, 592, 125,5 килограмма, в 1997 году соответственно 740, 558, 148,3 килограмма. В 1998 году в Андижанской области Республики Узбекистан было зарегистрировано 748 преступлений, связанных с незаконным оборотом наркотиков. По ним было возбуждено 547 уголовных дел, у преступников изъято 81,7 килограмма наркотических средств.

Особую тревогу у правоохранительных органов Андижанской области Узбекистана вызывают все увеличивающиеся факты проникновения наркотиков из Ошской и Джелалабадской областей Киргизии, куда, в свою очередь, они через территорию Горно-Бадахшанской Автономной области были нелегально ввезены из Афганистана. В приграничных районах Андижанской области в 1998 году только сотрудниками органов внутренних дел было выявлено 20 фактов перевозки наркотиков через границы республики контрабандным путем. За что были задержаны 24 гражданина различных государств СНГ, у которых обнаружено и изъято 13 килограммов наркотических веществ.

Рост тайного ввоза наркотических веществ на территорию Андижанской области отмечается и по линии таможенной службы.

Социально-демографический анализ лиц, задержанных за контрабанду наркотических средств таможенными органами Андижанской области, показывает, что в качестве курьеров здесь все чаще используются не работающие и ранее не судимые граждане, испытывающие серьезные материальные трудности. Из 24 граждан, задержанных в 1996 году за контрабанду наркотиков, ранее судимыми оказались 7 человек (29,2%); не судимыми - 17 (77,3%); не работающими - 21 (87,5%); имеющих постоянную работу - 3 (12,5%). Среди задержанных в 1997 году 50

граждан ранее судимыми оказались 9 человек (29,2%); не судимыми - 41 (82%); не работающими - 43 (86%); занятых общественно полезным трудом - 7 (14%).

Материалы предварительного расследования, статистический анализ свидетельствуют, что в силу своего географического расположения Андижанская область Республики Узбекистан, как и Ошская область Киргизии, все более широко используется для транзита наркотических веществ афганского производства, главным образом в Российскую Федерацию. В 1997 году таможенной службой было пресечено 24 факта (по сравнению с 1996 годом + 14%) вывоза наркотических средств из Андижанской области, что составляет 70,5% от общего количества выявленных здесь фактов контрабанды наркотиков. При этом изъято 36,658 кг наркотических средств, или 74,7% от общего количества конфискованного наркотика.

При контрабанде наркотических средств организаторы этого преступного промысла с целью конспирации и уменьшения риска все чаще прибегают к услугам женщин, что подчеркивает правильность ранее сделанного вывода о феминизации наркобизнеса. В 1997 году количество лиц женского пола, задержанных таможенной службой за контрабанду наркотиков, возросло с 8 в 1996 году до 20. Это составило 40% от общего количества лиц, задержанных за совершение указанного вида преступлений (против 33,3% в 1996 году).

Республика Кыргызстан

Как и в соседних странах Центрально-азиатского региона, ситуация с наркотиками все более осложняется и в **Республике Кыргызстан**. Постоянно увеличиваются объемы транзита через ее территорию наркотических веществ. В 1998 году в странах СНГ было задержано 50 граждан Киргизии – курьеров, доставляющих наркотики. Бурно растет количество выявленных наркопреступлений, отмечается реструктуризация рынка наркотиков - опий все более заменяется героином со всеми вытекающими отсюда негативными последствиями. Наркобизнес все более подпадает под контроль организованных преступных группировок, становится все более закрытым и профессиональным. Растет его феминизация, в потребление наркотиков все более втягивается молодежь - возраст среднестатистического наркомана составляет сегодня 12-13 лет.

Ошская область

Негативные тенденции в развитии наркоситуации в Кыргызстане в целом наиболее отчетливо прослеживаются на примере Ошской области, входящей в сферу деятельности Международного проекта ООН по борьбе с наркотиками “Ошский узел”. Область имеет 800 километров общей границы с Таджикистаном (Горно-Бадахшанской Автономной областью, Хотлонской и Ленинабадской областями Республики Таджикистан). Как и по республике в целом, здесь ежегодно увеличивается количество выявленных

преступлений, которые связаны с наркотиками. В 1997 году здесь продолжается рост количества связанных с наркотиками преступлений (387; изъято 592,6 килограмма опия). Но в том же году здесь были изъяты первые 1,2 килограмма героина, что, по сути, знаменует начало героиновой экспансии. И, наконец, в 1998 году на территории Ошской области было зарегистрировано уже 395 наркопреступлений; изъято 396,4 килограмма наркотических средств, в том числе 9,2 килограмма героина афганского производства, что составляет 37,2% от общего количества героина, изъятого в Кыргызстане в 1998 году. Таким образом “наркотическим”, т.е. напрямую связанным с изъятием наркотических веществ, в Ошской области, в 1998 году являлось каждое 9 преступление по линии уголовного розыска.

В 1997 году основными субъектами этого вида преступлений в этой области Киргизии стали местные жители (92,3%). В число перевозчиков наркотиков в крупных объемах входят также и граждане Республики Таджикистан. Задержано 20 человек, или 6,3% от общего количества задержанных за наркотрафик. Изъято 259,4 килограмма наркотических веществ. В число перевозчиков наркотиков входят и граждане Республики Узбекистан (7 чел.), Казахстана (2 чел.), Российской Федерации (2 чел.), Литовской Республики (1 чел.).

Начиная с 1995 года, высокогорная трасса Хорог-Ош потеряла значение единственного в регионе маршрута поставки наркотических веществ, произведенных в Афганистане. Они, как отмечалось выше, стали поступать в Ошскую область практически по всей открытой таджикско-киргизской границе протяженностью свыше 800 километров. При этом, обходя посты и заслоны, наркокурьеры активно используют горные тропы для транспортировки наркотических веществ конно-пешим порядком, о чем свидетельствуют их многочисленные задержания при проведении специальных операций силами отряда специального назначения УВД Ошской области “Эрдик” (“Отвага”).

Своего рода первооткрывателями горных троп и маршрутов перемещения людей и грузов из Таджикистана в Кыргызстан еще в 1992 году с началом гражданской войны в Таджикистане стали беженцы. Ими было проложено более 30 переходов по всей протяженности таджикско-киргизской границы с выходом в Ферганскую долину. Впоследствии большинство этих скрытых переходов использовались для перевозки наркотических веществ, оружия, боеприпасов, провианта для незаконных вооруженных формирований.

В настоящее время четко обозначились 4 основных направления поступления наркотических веществ в Ошскую область Кыргызской Республики с территории Республики Таджикистан:

1. Кызыл – Артское, охватывающее трассу Хорог - Ош с прилегающими к ней обширными гор-

ными массивами, расположенными главным образом в Мургабском районе Горно - Бадахшанской Автономной области Республики Таджикистан;

2. Алтын - Мазарское, начинающееся с Рушанского плоскогорья на афганско - таджикской границе в ГБАО и идущее через ущелья Памира и Заалайского хребта до Чон-Алайской долины Ошской области;

3. Баткенское, направление, включающее многочисленные горные тропы, используемые для переходов из Джергетальского и других близлежащих районов Таджикистана в Баткенский и Кадамжайский районы Ошской области;

4. Ленинадское, охватывающее шоссейные дороги и прилегающую к ним территорию начиная от города Ходжента в Таджикистане, включая Ляйлякский район Ошской области и прилегающие к нему районы Республики Таджикистан и Республики Узбекистан до города Оша.

Каждое из указанных выше направлений в свою очередь подразделяются на многочисленные каналы, пути и маршруты поставки наркотиков, включающие переходы через труднодоступные высокогорные перевалы.

Впервые в регионе 1 кг героина удалось изъять в 1997 году, и с тех пор “героиновая экспансия”, в связи с ее сверхходностью, постепенно вытесняет опииную как из наркотрафика, так и с внутреннего рынка потребления. Произошедшая реструктуризация рынка наркотиков, появившаяся возможность поставлять наркотики в Российскую Федерацию без кыргызстанского посредничества напрямую, т.е. произошедшее разделение рынков сбыта, привело к некоторому разрыву преступных связей и временной потере доверия таджикских наркобаронов к кыргызстанским наркодиллерам. Во всяком случае, наркотики “под реализацию” отпускаться им перестали.

Тогда наркодельцы сменили тактику. Они стали приезжать в отдаленные села и приглашать молодых мужчин “на заработки за границу”, используя при этом экономические трудности большей части населения, его готовность взяться за любую работу. При этом в качестве аванса предлагались мука, сахар, другие продукты питания. Завербованные таким образом и обманутые люди становились фактически заложниками. Их увозили за пределы республики и обменивали на героин. Под охраной заложники ждали, пока наркотик распродавался, и его хозяину возвращались деньги. Заложников в это время заставляли выполнять грязную, тяжелую работу, их унижали, эксплуатировали как рабов.

В настоящее время процесс интеграции организованных наркосообществ не только возобновился, но и вступил в новую, еще более опасную, фазу. Незаконными операциями с наркотиками, так или иначе, занимаются практически все действующие в Центрально-азиатском регионе организованные преступные группировки (ОПГ). В последнее время наблюдается процесс интегрирования их в между-

народную систему торговли наркотиками со всеми вытекающими отсюда негативными последствиями. Распределяются сферы влияния, происходит преступная специализация - часть ОПГ специализируется на контрабанде наркотических веществ из Афганистана, другая - занимается их доставкой из Таджикистана, третья - распространяет наркотики по государствам СНГ, в том числе практически во все крупные промышленные центры России. Наиболее сильные и многочисленные ОПГ осуществляют полный цикл наркобизнеса от контрабанды наркотиков из Афганистана, через Таджикистан, Кыргызстан, Узбекистан, Казахстан до конечного пункта - главным образом Российской Федерации. Свою деятельность они осуществляют столь успешно что, по мнению Управления по борьбе с таможенными правонарушениями Государственного таможенного комитета Российской Федерации, "непрерывный рост объемов контрабанды наркотических средств и психотропных веществ в настоящее время представляет угрозу национальной безопасности Российской Федерации". Оперативную обстановку, связанную с контрабандой наркотиков, специалисты ГТК РФ характеризуют прежде всего такими факторами, подтверждающими высказанную выше точку зрения о все возрастающей роли и месте межрегиональных и созданных по принципу этнического родства организованных преступных группировок в обеспечении наркотическими веществами черного рынка в России:

- продолжающимся увеличением объемов контрабанды героина на территорию России и вытеснением им более дешевых наркотиков. За прошедший год количество случаев задержания героина, по сравнению с 1997 годом, возросло в 5 раз, и по общему весу - в 2 раза;

- активной ролью организованных преступных группировок этнического характера в осуществлении контрабанды наркотиков. Таможенными органами Российской Федерации были выявлены и пресечены каналы контрабанды наркотиков, используемые преступными группами - китайскими, корейскими, нигерийскими, **таджикскими** и цыганскими;

- дальнейшими процессами формирования таможенного союза. Вступлением в этот союз Таджикистана, при одновременном усилении контрабандного ввоза наркотиков из государств Средней Азии на территорию России.

Специалисты Государственного таможенного комитета Российской Федерации считают также, что "государства Средней Азии стали играть ведущую роль в экспансии наркотиков на территорию России, в формировании наркорынка и в настоящее время стали представлять главную угрозу интересам безопасности России". Так, по количеству случаев (54) нелегального перемещения наркотических средств и психотропных веществ через границу России в 1998 году Таджикистан находится на четвер-

том месте после Украины (278), Казахстана (79), Литвы (62). Кыргызстан в этом списке находится на десятом месте (14 случаев). В 1997 же году за контрабанду наркотиков на границах Российской Федерации были задержаны: 41 гражданин Республики Таджикистан; 11 граждан Республики Узбекистан, 6 граждан Кыргызской Республики. Для сведения: в том же году здесь было задержано 136 граждан Украины, 25 граждан Казахстана, 16 граждан Литвы.

Как уже отмечалось, особую озабоченность российской таможенной службы вызывает все возрастающий объем контрабандных поставок героина. В 1998 году в 131 случае его было изъято около 47,3 килограммов. В 80% выявленных фактов героин в Российскую Федерацию поставлялся из Казахстана, Узбекистана, Кыргызстана и Таджикистана. Из Средней Азии в Россию поступила и основная часть из 130 килограммов опия, задержанных на границе. Оттуда же осуществлялись и основные поставки марихуаны. Всего было изъято свыше 612 килограммов этого наркотика, гашиша - 44,2 килограмма.

В обратном же направлении - из Российской Федерации в республики Средней Азии контрабандно вывозятся большие партии прекурсоров. При этом анализ задержаний химических веществ, незаконно перемещаемых, свидетельствует, о том, что азиатское направление контрабанды прекурсоров используется особенно активно. Доля всех задержанных в 1998 году на этом и на Закавказском направлении химических веществ от общего количества задержанных на границах России контрабандных прекурсоров составляет 45,8%.

Столь тревожная ситуация с контрабандой в республики Средней Азии прекурсоров может свидетельствовать как о наличии здесь лабораторий по производству героина, так и о хорошо налаженных контрабандных каналах их поставки в Афганистан, где, как известно, такие лаборатории действуют повсеместно.

Констатируя тот факт, что государственная и таможенная границы Российской Федерации стали объектом экспансии международной и российской наркомафии, и что здесь быстрыми темпами формируется внутренний рынок наркотиков, ориентированный на интеграцию в международный наркобизнес, специалисты отметили, что самым главным фактором, определяющим формирование оперативной обстановки, связанной с контрабандой наркотиков в ближайшее время, будет борьба за проникновение, освоение и формирование российского рынка наркотических средств. При этом, подтверждая обозначенную выше тенденцию все возрастающей роли в этом процессе организованных преступных формирований, в том числе среднеазиатских, российские специалисты считают, что в этих условиях борьба с контрабандой наркотиков будет все более приобретать характер борьбы с организованной преступностью. Преступные этнические

группировки при этом будут стремиться использовать для перевозки наркотиков женщин и детей. Среди курьеров из стран ближнего зарубежья большой процент будут составлять лица, нанятые для разового использования с низким уровнем доходов и не связанные с преступным миром. Возрастание стоимости наркотиков по пути их транспортировки в Россию в 10-15 раз является тем стимулом, который оправдывает риск, особенно для жителей Средней Азии и иных государств с низким уровнем жизни.

Китайский синдром

Другим важнейшим фактором, характеризующим состояние наркоситуации в регионе, являются все учащающиеся в последнее время попытки использовать для транспортировки наркотиков территорию Китайской Народной Республики и, следовательно, «втянуть» КНР в афганский наркотрафик. Спустя полтора столетия Китаю вновь угрожает «Опиумная война». Новый канал распространения наркотиков отслежен на Памире, на территории Мургабского района ГБАО Республики Таджикистан, на стыке границ Таджикистана, Китая и Афганистана. Уже с начала 1998 года здесь заключаются бартерные сделки - афганские опий и героин обмениваются на продукты, предметы первой необходимости. По неофициальным данным, полученным в ходе ставших регулярными приграничных встреч, китайские пограничники проинформировали о фактах задержаний в 1998 году на своей территории, по крайней мере, нескольких граждан Республики Таджикистан и Кыргызской Республики, изъяв у них свыше 50 килограммов опия. По мнению специалистов, складывающаяся сегодня здесь ситуация аналогична ситуации на афгано-таджикской границе в ГБАО в 1991-1993 годах, когда такой «бартер» послужил началом афганской наркоэкспансии. Специалисты считают, что если в афганский наркотрафик окажется втянутым Китай, то последствия могут ока-

заться самыми непредсказуемыми. Во-первых, по данным самих же китайских спецслужб, преступные группировки центрально - азиатских государств сегодня активно срачиваются с наркомафиозными структурами КНР. Их конечная цель - Западная Европа, США.

Через международное Каракорумское шоссе, проходящее через территорию Китайской Народной Республики, картели получают туда самый короткий путь. В обратном же направлении, через территорию Таджикистана, Кыргызстана и Узбекистана, в сторону Афганистана и Пакистана будут поставляться производимые в КНР прекурсоры. Во-вторых, доллары, заработанные на наркотиках, мгновенно стимулируют и без того достаточно хорошо развитый в Китае коррупционный механизм. В-третьих, не исключена возможность того, что на почве религиозного фундаментализма, фанатизма и торговли оружием афганские моджахеда установят контакты с лидерами тех групп населения Синцзян - Уйгурского Автономного Района, которые выступают за отделение региона от Китая. Такие попытки уже предпринимались. Имея печальный опыт, приобретенный во время «Опиумных войн», когда от территории Великой Китайской Империи, был отторгнут, обращенный в английский протекторат, Гонконг, возвращенный Китаю лишь спустя 150 лет - в 1997 году, - китайские власти могут пойти на наращивание в регионе военной силы, что приведет к нарушению паритета и усилению здесь политической нестабильности и напряженности.

Пока же, предвосхищая события, китайские власти выражают твердое намерение крепить международное сотрудничество в борьбе с наркобизнесом.

Исходя из приведенного анализа, с большей или меньшей очевидностью можно прогнозировать дальнейшую эскалацию афганской наркоэкспансии со всеми вытекающими отсюда для стран региона негативными последствиями.

ИНФОРМАЦИЯ

СОЦИАЛЬНО-КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НАРКОЗАВИСИМОСТИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ (аналитический обзор литературы)

А.Т.Ескалиева

Одной из серьезных проблем современного общества, оказывающих существенное влияние на формирование образа жизни, как отдельного субъекта, так и общества в целом, является появление наркозависимости, получившей сегодня достаточно широкое распространение у некоторых групп населения и, особенно, среди молодежи. Опасность этого вида вредных привычек и увлечений заключается и в том, что перечень веществ, обладающих наркотическим действием постоянно видоизменяется. Это создает новые препятствия, для преодоления которых требуется анализ ситуации, методическая подготовка и выработка практических навыков оказания своевременной медицинской помощи, как при обращении, так и в профилактической работе практических врачей.

Наркомания по злокачественности превышает все известные медицине заболевания, так как в короткие сроки человек гибнет, как существо социальное, в дальнейшем, прямо на глазах разрушается личность, а затем несколько лет доживает лишь отравленная "телесная оболочка" (С. В. Роскутов., Л.А.Саута., 1999).

Проблема наркомании и токсикомании достигла глобальных масштабов; имеет многогранный характер, включает экономический, медицинский, социальный, правовой, воспитательный аспекты (Силласте Г. Г., 1993; Врублевский А. Г., 1994,1995; Пятницкая И. Н., 1995; Целинский Б. П., Коробов А. В., 1996; Яковлев В. А., Мартынюк Ю. Л., 1998; Бабаян Э.А., 1990, 1991; Сирота Н.А.,1990; Оруджев Н. Я., 2002).

Угрожающая ситуация с потреблением наркотиков наблюдается и в Казахстане. По данным Grant В., (1995); Kendler К., et all.(1997) за период с 1995 по 1999 годы, и особенно за 1997-1999 годы, резко изменилась в худшую сторону ситуация в связи с ростом употребления ПАВ. Если первичная заболеваемость, вследствие употребления ПАВ, в 1990 году составляла 96,1 на 100 тысяч населения, то в 1999 и 2000 гг. она составила 260,7- 280,5 на 100 тысяч населения, то есть увеличилась в 3 раза.

Многочисленные исследования последних лет показали, что употребление психоактивных веществ, приобрело характер эпидемии. Необходимо обратить внимание на все большее вовлечение в наркотизацию детей и подростков, высокую частоту ВИЧ-инфицированных среди данной категории больных

(Якубовская М. Л., 1997; Драган Г. Н.,1997; Шамота А.З., Вышинский К. В., Киржанова В. В.,1998; Гречаная Т. Б., Романова И. Л.,1998). Быстрый рост числа больных, высокая летальность, отсутствие надежных методов лечения и профилактики, наличие в мире растущего числа ВИЧ-инфицированных делают СПИД одной из наиболее важных медико-социальных проблем здравоохранения (Покровский В. В., Янкина З.К., Топоровский Л. М., 1987; Хаитов Р. М., 1988).

1.1 Основные факторы, способствующие формированию зависимостей от психоактивных веществ

Согласно последним исследованиям ООН в настоящее время в мире употребляют марихуану 142 миллиона человек; амфетамины и синтетические наркотики – 30,5 миллиона, кокаин - 30,5 млн. человек, героин и опиаты - 8 миллионов человек.

Уровень распространения зависимости от психоактивных веществ в Республике Казахстан и странах Центральной Азии, при сравнении с подобными показателями в странах мира, очень высок (Ф.Кумпл., С. Франке, 2002). За последние 10 лет количество лиц, употребляющие наркотики, по показателям первичной заболеваемости, увеличилось в 20 раз, обнаруживая тенденцию стабильного роста.

Масштабы распространения зависимости от психоактивных веществ среди населения Республики Казахстан в 2001 году достигли критического уровня: 4,8% от всего населения РК являются зависимыми от ПАВ; из них 1,7% - наркозависимыми. Абсолютное число наркопотребителей составило 165 - 186 тысяч человек (Алтынбеков С. А., Катков А. Л., Мусинов С. Р., 2003). Общими тенденциями распространения наркотиков являются следующие: не контролируемый рост заболеваемости и болезненности по данному профилю; героин плохого качества становится основным наркотиком, особенно для внутривенного употребления, стоимость которого составляет 1-2 доллара за дозу; внутривенное потребление наркотиков - основная причина стремительного распространения ВИЧ/ СПИДа и других заболеваний, передающихся через кровь (Ф. Кумпл., С.Франкл., 2002).

Анализ данных, опубликованных в литературе, свидетельствует о тенденции роста смертельных случаев в результате употребления ПАВ и резком сокращении жизни среди больных наркоманией, как в странах дальнего зарубежья, так и в СНГ (Врублев-

кий А. Г., с соавт., 1994; Егоров В. Ф., 1995). В России за последние 10 лет число смертельных случаев в результате употребления ПАВ возросло в 12 раз, а среди детей в 42 раза (Герасименко Н., Зыков О., Пелипа В., 1998). По данным официальной статистики в России за последние 10 лет отмечается резкий рост уровня заболеваемости наркоманиями в 12,8 раза (Иванец Н.Н., Анохина И. П., Стрелец Н. В., 1997).

1.1.1 Биологические факторы

В последние годы произошли существенные изменения в структуре, клинике и течении наркомании и токсикомании. В 80-е годы и в начале 90-х годов прошлого столетия в спектре, потребляемых наркотических средств, преобладали кустарные препараты опия, изготовленные путем химической обработки растительного сырья, а также такие “самодельные вещества”, как эфедрон и первинит, так называемый “винт” (Кошкина Е. А., 1997; Козлов А., 1999). С середины 90-х годов на наркотический рынок стали поступать “тяжелые” наркотики - героин, метадон, кокаин, амфетамины. В настоящее время среди больных преобладают больные героиновой наркоманией (А. А. Козлов, 1999).

Изучение этой сложной проблемы показало, что между табакокурением, пьянством и наркоманией существует взаимосвязь (В. Б. Корченков, 1999). У половины детей, страдающих токсикоманией, отцы страдают алкоголизмом (Антропов Е. С., Павловский В. А., Яворский В. М., Могилева Д. Л., Антропов А. Ю., 1989; Гунько А. А., 1991; Майский А. И., Салимов Р. М., 1995; Рожкова Т. М., 1996; Надеждин А.В., 1996). Как правило, приобщение к наркотическим препаратам чаще всего происходит на почве спиртного и наблюдается некоторая последовательность в приобщении человека к наркотикам, в частности сигареты – алкоголь – гашиш - марихуана, а далее - внутривенные наркотики (В. В. Корченков, 1999).

Биологическая предрасположенность к злоупотреблению психоактивных веществ находит свое отражение в работе многих авторов (Белогуров С. Б., 1998; Анохина И. П., 1999). По данным Артаменова Л. А (1998), наследуемость наркомании составляет в различных моделях наследования от 40 до 100% и 15% родителей, больных наркоманией, страдают алкоголизмом.

В семьях, где подростки злоупотребляют наркотиками, достоверно часто обнаружены такие расстройства, как злоупотребление алкоголем, симптомы злоупотребления наркотиками, нарушение поведения и признаки антисоциальной личности (Taylor J., 1998). Факторами риска раннего начала употребления психоактивных веществ следует признать конфликтные отношения в семье, аномалии характера, раннее начало девиантного поведения, инфантилизм, невысокий интеллектуальный уровень, плохую успеваемость, отсутствие планов на продолжение образования (Ашихмин О. А., 1998).

Другим, очень важным направлением в развитии наркоманий, является продолжающееся омоложение контингента больных (Давыдов А. А. и соавторы, 1997). По исследованиям в 7 городах России, число подростков, больных наркоманией увеличилось за период с 1994 по 1997 год в 3 раза; число больных токсикоманией выросло в 2 раза (Тушканов А. И., 1994; Козлов А. А., Бузина Т. С., 1999). Наблюдения Оруджева Н. Я. показывают, что “знакомство” с наркотиками происходит в возрасте от 5 до 40 лет, но в подавляющем большинстве случаев (77,3%) в 15-25 лет, чаще у лиц мужского пола. В то же время отмечается явное вовлечение в употребление наркотиков лиц женского пола, девочек (Измайлова Н. Т., Илешева Р. Г., 2001; Freshman A., Leinwand C., 2001).

Определенное число людей становится наркоманами потому, что в период длительной депрессии, вызванной чисто внутренними (биологическими) причинами, они пробовали купировать это состояние приемом наркотика. Мощное эйфоризирующее действие наркотика резко сдвигает баланс эмоционального состояния в сторону позитивной эмоции, что в дальнейшем ведет к формированию зависимости (Д. П. Билибин., В. Е. Дворников., 1991).

1.1.2 Индивидуально-психопатологические факторы, способствующие формированию зависимости от ПАВ

Для возникновения разнообразных форм девиантной активности, в том числе и для злоупотребления наркотическими средствами, необходимы единые условия и биологические предпосылки, поэтому все лица с различными формами нарушенного поведения могут быть отнесены к группе риска по наркомании. В преморбидном периоде у обследованных в детском и подростковом возрасте наблюдались: различные дисциплинарные нарушения; бродяжничество; эпизодическое употребление спиртных напитков; раннее начало половой жизни с беспорядочными и случайными контактами; суицидальные мысли и тенденции (Арахаров Д. А., Клименко Т. В., 1998).

В большинстве случаев употреблению наркотиков предшествовали психопатоподобные расстройства или психопатическое поведение; это дает основание утверждать, что личностные особенности, несомненно, являются мощным фактором формирования наркоманий (Оруджев Н.Я., 2002). У лиц, потребляющих психоактивные вещества, наблюдаются определенные поведенческие особенности, такие, как снижение самоконтроля, импульсивность, внешний локус контроля, неспособность к предвидению. Эти же лица склонны к сексуальному поведению с высоким риском (Бузина Т. С., 1998).

Соматические заболевания, отмечаемые в анамнезе наркопотребителей, чаще в сочетании с черепно-мозговой травмой, имеют место при формиро-

вании зависимости от ПАВ (Н. Я. Оруджев, 2002). По данным исследований Козлова А. А., Рохлиной М.Л., 2001 г., выраженные в той или иной степени личностные девиации в преморбиде наблюдались у подавляющего большинства зависимых от ПАВ - это акцентуации характера, психопатии. У больных с психопатиями достоверно чаще, и в более сжатые сроки, формировались изменения личности, характерные для больных наркоманиями, в том числе такие тяжелые их формы, как психопатоподобные нарушения и деградация личности с выраженным морально-этическим снижением, нарушением трудоспособности и семейных взаимоотношений (Найденова Н. Г., 1992).

Многие авторы отмечают у больных наркоманиями расстройства эмоциональной сферы в виде депрессии и дистимии (Пятницкая И.Н., Рохлина М.Л., Врублевский А. Г., 1990).

1.1.3. Социальные факторы

Общий уровень образования у лиц, употребляющих наркотики чаще всего низкий. Высшее образование имели лишь у 2,7% больных, и в основном - мужчины (Оруджев Н. Я., 2002). Многие из лиц, не получивших образование, в соответствии с возрастом прерывали учебу по причинам, связанным с употреблением наркотиков. Отсюда следует низкий уровень трудовой занятости, высокая частота криминогенного поведения и судимостей, частые нарушения семейных связей (Кошкина Е.А., 1993; Пелипас В. Е., Мирошниченко А. Д., 1991).

Зарубежные авторы работ указывают на повышенный риск суицида и высокую смертность у больных наркоманиями. (Groughau J. Z., Miller J. P., Wagelin D., Whitman B. J., 1982; Shufman N. E., Witzum., 1994).

Приобретение психоактивных веществ, производимых незаконно, более доступно в городе, чем в сельских местностях (Шейдер Р., 1998). Наиболее часто "знакомство" с наркотиком по данным Оруджева Н. Я., 2002г., происходило в дворовых компаниях, в собственных семьях, где уже есть наркоманы, в кругу друзей-ровесников и лиц, старших по возрасту.

Анализ изучения данной проблемы Корченовым В. В., 1999, показал, что приобщение к наркотическим веществам начинается с того, что это якобы для снятия стрессов, преодоления неприятных переживаний, расслабления, ощущения собственной значимости, иллюзорного удовлетворения завышенных потребностей. В слоях "обеспеченных" наркоманов наркотики употребляются не только для того, чтобы "забыться", но и для веселого отдыха, развлечения.

В изложенном перечне вопросов и проблем отражены основные проблемы современной молодежи. К ним относятся - невозможность реализовать себя в личностной и общественной сферах и завышенные потребности при весьма скромных возможностях, а также неумение владеть собой, отсутствие других форм занятости.

1.1.4. Микросоциальные факторы

Взаимоотношения и микроклимат в семьях играют значительную роль в формировании предрасположенности к возможному употреблению психоактивных веществ. По данным Оруджева Н. Я. 87,3% подростков жили в обстановке конфликтности, недоброжелательности, а также наличия наркоманий среди родных и близких людей.

Из зарубежного опыта известно, что потребление наркотиков преимущественно усваивается из трех источников: семьи, школы и сверстников (Getting E.R., 1999). Если родители являются потребителями психоактивных веществ, то существует большая вероятность того, что и ребенок будет употреблять их (Brook S. et al., 1999). По данным А. N. Cheryl, семьи с одним здоровым родителем обеспечивали больше защиты от наркомании, чем семьи с двумя биологическими родителями, где последние употребляли психоактивные вещества.

Сделано заключение, что проживание с обоими родителями является некоторым барьером в отношении потребления ПАВ, но качество жизни в семье, в частности, доверие матери, - более мощный барьер. Последнее является мощным ингибитором потребления ПАВ, независимо от региональных различий в доступности ПАВ и лишь проблемное поведение ослабляет этот барьер (Madray Heather, Hulst Yael., J. Drug, 2000).

Подростки, чьи родители потребляют психоактивные вещества, имеют больший риск возникновения стрессовых событий; у них ослаблены внутрисемейные привязанности и они склонны дружить с теми, кто употребляет ПАВ (Hoffmann John P., 1998). Более 50% городских героиновых наркоманов принадлежат к выходцам из неполных семей или из семей, в которых родители разведены (Р. Шейдер, 1998). Еще одной важной проблемой является внутриутробное развитие наркомании. Приблизительно около 3/4 детей, рождающихся от матерей - наркоманок, обнаруживают абстинентный синдром.

Большинство больных в детстве были предоставлены сами себе, находились практически вне сферы воспитания. Длительная бездомность является прогностическим признаком появления в дальнейшем наркотической зависимости (Kane R.J., 1999). Во Франции употребление наркотиков отмечалось уже у школьников 5-6 классов. Это связывают с наличием у детей депрессивной симптоматики (G. Michael., S.Garton., F. Rerez - Diaz et al., 1998). Ученики двенадцатых классов, как девочки, так и мальчики, активно употребляли марихуану, ингаляторы, ЛСД (S. Falek et al., 1999). У студентов старших курсов отмечалось употребление "тяжелых" наркотиков (E.F. Wagner et al., 1999).

В исследованиях, проведенных Wilens Т., Biederman J., Abrantes А., Spencer Т., 1997., указано, что в настоящее время от 20% до 30% взрослых употребляли психоактивные вещества (ПАВ) когда-ни-

будь в течение жизни, но наиболее высокие уровни потребления наблюдаются в позднем пубертатном возрасте. Существует множество предшествующих факторов риска: употребление ПАВ родителями и сверстниками, индивидуальные и общественные ценности, академическая неуспеваемость, межличностные взаимоотношения, индивидуальный темперамент и психологический дистресс. Психопатология является важным предиктором инициации и продолжения употребления ПАВ в юности. При мультивариантном анализе лиц, инъекционно вводящих наркотики выявлены основные характеристики (Smyth Bobby P., Barry Joe, Keenon Eamon., 2001). Они рано бросили школу, их родители были безработ-

ными, эти люди имели большой стаж инъекционного применения наркотиков. Больные, одалживающие шприцы, чаще инъекционно вводили несколько разных наркотиков и были склонны к инъекционному введению совместно с друзьями.

Закономерно, что перед началом употребления наркотиков подростки какое-то время курят табак и употребляют алкоголь (Скворцова Е. С., 1999). R.J.Кане отмечает, что подростки редко начинают употреблять марихуану, если этому не предшествовали табакокурение и потребление спиртных напитков. Переходу на “тяжелые” наркотики (героин, кокаин) обычно предшествует потребление марихуаны.

Литература:

1. Роскутов С. В., Саута Л.А. Внутреннее единство современных психотерапевтических подходов и гуманистических видов лечений в терапии наркозависимости // Республиканский сборник научных трудов. - Москва, 1999. - с.135-140.
2. Силласте Г. Г. Социологическое исследование на тему: “Социальные последствия возможной легализации наркотиков в России” // Информационный сборник “Безопасность” - М., 1993. - № 2. - с.30.
3. Врублевский А. Г., Кузнец М. Е., Мирошниченко Л. Д. Динамика и прогноз наркологической ситуации на территории Российской Федерации // Актуальные проблемы медико-социальной реабилитации больных алкоголизмом и наркоманией. - М., 1994. - с.65-68.
4. Пятницкая И.Н. Развитие наркотизма в прошлом и настоящем (часть 1) // Вопросы наркологии. - 1995. - № 1. - с.85-91.
5. Врублевский А. Г., Егоров В. Ф., Гречаная Т. Б. Динамика смертности наркоманов, применяющих наркотики внутривенно в г. Москве за 12 лет. // Материалы XII съезда психиатров в России. - М., 1995. - с.705-707.
6. Оруджев. Н. Я. Медико-социальная характеристика и адаптация лиц, употребляющих наркотики / Журнал неврологии и психиатрии. - № 3. - 2002. - с. 59-64.
7. Сирота Н. А. Копинг-поведение в подростковом возрасте // Дисс. докт. мед. наук. - Спб., 1990. - с. 283.
8. Бабаян Э. А. Контроль наркотических средств и психотропных веществ и проблемы сокращения спроса на них // Актуальные вопросы контроля наркотических средств и проблемы наркологии. - М., 1990. - с.13-36.
9. Бабаян Э. А. Сравнительный анализ динамики наркоманий и токсикоманий в СССР // Актуальные вопросы контроля наркотических средств и проблемы наркологии. - М., 1991. - с.12-49.
10. Grant B. F. Comorbidity between DSM-I/drug use disorders and major depression: results of a national survey of adults//J.Subst.Abuse.1995.7(4). -P81-97.
11. Kendler K.S., Gardner Ch.O., Prescott C. A.. Religion, psychopathology and substance use and abuse: A multimeasure, genetic-epidemiologic study //amer. J. Psychiat.,1997.-154.№3., P.322-329.
12. Драган Г. Н. // Вопросы наркологии. - 1997. - № 2. - с. 76-84.
13. Покровский В. В., Янкина З. К., Топоровский Л. М. // Журнал микробиологии. - 1987. - № 7. - С.21-23.
14. Хаитов Р. М. // Иммунология. - 1988. - № 2. - С.4-16.
15. Кумпл Ф., Франке С. Анализ потребностей стран Центральной Азии в сокращении спроса на наркотики // Рабочий документ ОДССР. - 2002. - 54 с.
16. Алтынбеков С. А., Катков А. Л., Мусинов С. Р. Организация наркологической помощи в РК и за рубежом. - Астана, 2003. - 161 с.
17. Егоров В. Ф., Бородкин Ю. С., Кошкина Е.А., Корчагина Г. А. Оценка ситуации, связанной со злоупотреблением наркотиками в России // Материалы XII съезда психиатров в России. - Москва, 1995. - С.19-20.
18. Иванец Н. Н., Анохина И. П., Стрелец Н. В. Современное состояние проблемы наркоманий в России / Вопросы наркологии. - 1997. - № 3. - С.3-13.
19. Кошкина Е. А., Шамота А. З., Вышинский К. В. // Вопросы наркологии. - 1997. - № 4. - С. 64-67.
20. Козлов А. А. Клинические проявления изменения личности у больных наркоманиями // Автореф. дис. канд. - Москва, 1999.
21. Корченков В. В. Моральное и физическое здоровье. Проблемы и надежды // Республиканский сборник научных трудов. - Москва, 1999. - С.28-32.
22. 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.

-
-
23. Гунько А. А. Алкоголизм у родителей и наркомания у детей, описание двух родословных. // Тезисы доклада Всесоюз. научный центр мед. проблем наркологии. - Москва, 1981. - С.23.
 24. Майский А. И. Салимов Р. М. Взаимодействие генетических факторов и условий окружающей среды в процессе развития пристрастие к алкоголю. // Вопросы наркологии. - 1995. - № 1. - С.29-32.
 25. Рожнова Т. М. Психопатологические расстройства у детей, отцы которых страдают алкоголизмом. - М., 1996. - С.152.
 26. Надеждин А. В. Научно-практическая конференция "Патология влечения у детей и подростков: клиника, диагностика, нейрофизиология, профилактика и коррекция". //Тезисы доклада. - 1996. - С.77.
 27. Белогуров С. Б. Популярно о наркотиках и наркоманиях. // Книга для всех. - СПб., М.: "Невский диалект- БИНОМ", 1998. - С.128.
 28. Анохина И. П. Особенности вызванной электрической активности мозга и функции системы как маркеры к формированию зависимости от психоактивных веществ. // Вопросы наркологии. - 1999. - № 2. - С.45-51.
 29. Артаменова Л. А., Матузок Э. Г., Побережная О. В. Генетическое изучение наркоманийной зависимости в популяции г. Харькова //Ж. цитология и генетика. - Киев, 1998. - С.12-16.
 30. Taylor J., Carey G. Antisocial behavior, substance use, and somatization infamilies of adolescent drug abusers and adolescent controls// Amer. J. Drug and Alcohol. Abuse,1998,24 №4. P635-646.
 31. Ашихмин О.А. Особенности злоупотребления подростками ПАВ (по данным наркологического диспансера) // Социальная и клиническая психиатрия. - 1998. - № 1. - С.40-43.
 32. Давыдов А. А., Богоявленский Г. В., Волкова Н. Ф., Мебель Б. Д., Нижников А. М., Чайка Н. А. Наркомания и возможный риск ВИЧ-инфицирования у молодых людей в России // Вопросы наркологии. - 1997. - № 3. - С.52-53.
 33. Тушканов В. Н // Вопросы наркологии. - 1994. - п 2. - С.68-72.
 34. Козлов А.А., Бузина Г.С. Психологические особенности больных наркомании // Журнал неврологии и психиатрии. - 1999. - № 10. - С.14-19.
 35. Freshman A., Leinwand C. // The implications of female risk factors for substance abuse prevention in adolescent girls. J.Prev. and Literv. Commun. 2001.21, №1, p.29-51
 36. Билибин Д. П., Дворникова В.С. Патофизиология алкогольной болезни и наркомании. Учебное пособие. - Москва, 1991. - 104 с.
 - 37.Арахаров Д.А, Клименко Е.В. Особенности социальной активности больных наркоманией в преморбидном периоде// Материалы междуна. конфер. психиатров и наркологов. - Москва,1998. - 296 с.
 38. Бузина Т.С, Харькова Н.В. Обоснованность учета психологических факторов в профилактике ВИЧ-инфекции у потребителей ПАВ //Материалы международной конференции психиатров. - Москва, 1998. - с. 298.
 39. Найденова Н. Т. Алкоголизм и неалкогольные токсикомании // Республиканский сборник научных трудов // Под. ред. И.Н. Пятницкой. - Москва, 1992. - С. 51-57.
 40. Кошкина Е. А. // Вопросы наркологии. - 1993. - п 4. - С. 65-70.
 41. Пелипас В. Е., Мирошниченко А. Д. Вопросы наркологии. - 1991. - п.1. - с.31.
 42. Groughau J. Z, Miller J. P, Vagelin D, Whitman B. J //J. Clin. Psychiat., 1982, 43, P. 225-228.
 43. Shuman N. E., Witzum E., Harefnah., 1994,127, P.52 – 63.
 44. Шейдер Р., Грин А., Пайлдис М. Психиатрия // Практика. - 1998. - 485 с.
 45. Getting E. R. Primary socialization theory the influence of the community on drug use and deviance /E. Getting, J. P. Dennermeyer, J. Z. Deffenbacher / Substance Use and Missuse.- 1999.- V. 33,8.- P.1629 - 1655.
 46. Brook J. S. Older sibling correlated of younger sibling drug use in the context of parent-child relation// Brook J. S., Brook D. W., Whiteman M.// Genet. Soc. and Gen. Psychol. Monog.-1999.-V.125, №4. P.451-468.
 47. Cheril A. A. Race and ethnic differences in adolescent drug use: the impact of family structure and the guflity of parental interaction / Cheril A.A. ., Stan F.L., //J. Drug. Isuses.- 1998.- V.28, №2.- P.283-298.
 48. Madray H, Hulst Y.J. Reducind HIV/AIDS high-risk behavior amoug injection drug bsers: reers vs.edication/ /Drug Educ.,2000, 2, P.205-211.
 49. Hoffmann J. P, Su S. Susan. Parental substance bse disorder, mediating variables and adolescent drug use: A non-recursive model// Addiction, 1991, 9P. 1351-1364.
 50. Wagner E. F., Dinklage S. C., Cuduryrth C. Vose J.//Substance Use Misuse -1999.V.34. №11, p.1571-1584.
 51. Falk R. S., Seigal H. A., Wang, J., Carlson // Substance Use and Misuse.-1999.- V.4. № 4-5. P.807-809.
 52. Kane R. J., Patterns of drug escalation among Philadelphia arrestees: an assessment of the gateway theory // Kane R. J., Yacoubian // J. Drug. Isuses.1999.-V.29, №1.- P.283-298.
 53. Michael G., Garton.S., Perez-Diaz F. et al.// Symptomatologie depressive et consommation de substances psycho-actives chez des lyceens //Neuropsychiat.Enfance et adolescence. -1998.-V.46.№10-11.- P.531-536.
 54. Wilens T., Biederman J., Abrantes A., Spenser T. The relationshin of juvenile psychiatric and substance disorders// Biol. Psychiat, 1997, 42, 1,P.145.
-
-

55. Smyth B. P, Barry J., Keenan E. *Syringe borrowing persists in Dublin despite harm reduction interventions* / *Addict.Biol.* 2001, 3, P.267.

56. Скворцова Е. С. *Особенности взаимосвязи между алкоголизацией, курением, наркотизацией у подростков-школьников Российской Федерации* / Скворцова Е. С, Черемных Л. Т. // *Образование в области здоровья и укрепления здоровья среди детей, подростков и молодежи России: Материалы Всероссийского форума по политике в области общественного здоровья.* - М., 1999. - с. 185-189.

СОЦИАЛЬНО-ВОЗРАСТНОЙ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТЫ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ СЕЛЬСКИХ БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ

А.Н.Тургинбаева

Всемирная организация здравоохранения, Международная противэпилептическая лига объявили в 1997 г. кампанию “Эпилепсия из тени”. Основной задачей программы является проведение работы по привлечению внимания органов здравоохранения к проблемам эпилепсии, обеспечению и облегчению доступа больных к квалифицированному обследованию и лечению, социальному обеспечению и образованию, преодолению общественных стереотипов о неизлечимости и нетрудоспособности больных эпилепсией.

Эпилепсия является заболеванием, имеющим четко выраженную социальную значимость и достоверное влияние на качество жизни больных. Поэтому, согласно мнению многих отечественных и зарубежных эпилептологов, стратегической задачей его лечения на современном этапе является не только купирование припадков и других проявлений эпилепсии, но и повышение качества жизни пациентов [1].

Этим же обусловлен тот факт, что одним из перспективных направлений современной эпилептологии является улучшение качества жизни больных эпилепсией [2, 3]. Согласно разработкам Международного центра исследования качества жизни, одной из составляющих концепции качества жизни является его многомерность, т.е. охват всех основных сфер жизнедеятельности человека: физической, психологической, социальной, духовной и экономической [4]. В связи с этим, определенный интерес представляет уточнение связи качества жизни с социально-возрастными и психологическими факторами.

Задачами данного исследования являются:

1. Изучение качества жизни сельских больных эпилепсией в процессе восстановительного лечения
2. Изучение зависимости оценки качества жизни при эпилепсии от возраста пациента, возраста дебюта и длительности заболевания
3. Изучение зависимости оценки качества жизни при эпилепсии от социального, семейного статуса, уровня образования

4. Исследование связи оценок качества жизни с психоэмоциональным фоном больных

Использованные методы исследования:

1. Опросник КЖВОЗ-100 – для самооценки качества жизни больных

2. Опросник депрессии Бека

Клинический материал составили 126 больных эпилепсией в возрасте от 15 до 55 лет, находившихся на стационарном лечении в неврологическом отделении Жамбылской областной больницы.

Для определения зависимости качества жизни больных от их возраста обследуемые были разделены на следующие возрастные группы: до 20 лет – 16 человек (12,7%); от 21 до 35 лет – 73 человека (57,9%); старше 35 лет – 37 человек (29,4%); всего – 126 человек (100%). Показатели ВОЗЖ-100 в различных возрастных группах. Выяснилось, что в сравнении с пациентами моложе 20 лет, пациенты старше 35 лет существенно ниже оценивали свое качество жизни в физической (10,5 и 13,2, соответственно), психической (12,5 и 14,0) сферах, по уровню независимости (12,1 и 15,0), общему качеству жизни (11,2 и 14,3), окружающей среде дома (14,3 и 18,0), финансовым ресурсам (10,5 и 16,7), социальной поддержке (14,7 и 17,5) и возможностям для отдыха (11,8 и 15,5).

Оценки качества жизни в группе больных от 21 до 35 лет занимают промежуточное положение, но по основным параметрам созвучны с оценками старшей возрастной группы. Пациенты моложе 20 лет более позитивны в своих оценках, что, по-видимому, связано с поддержкой родителей, благотворным влиянием учебных заведений, общения со сверстниками, причастности к учебному процессу.

Эти различия в оценках качества жизни связаны также с разным психоэмоциональным фоном в возрастных группах. В группе пациентов старше 35 лет преобладали проявления легкой (29,7%) и умеренной (29,7%) депрессии, в средней возрастной группе – проявление легкой (38,4%) и тяжелой (27,4%) депрессии; в младшей группе – проявление легкой (68,7%) депрессии и ее отсутствия (31,3%).

При изучении влияния возраста дебюта заболевания на оценку качества жизни было выявлено, что самую низкую итоговую оценку качества жизни предъявляют пациенты с возрастом дебюта болезни от 21 до 35 лет, самую высокую – с возрастом дебюта старше 40 лет. По-видимому, начало заболевания в самом продуктивном возрасте (21-30 лет), когда происходит становление человека как профессионала и личности оказывает наиболее психотравмирующее влияние, снижающее оценку качества жизни. В связи с этим, в данной группе пациентов выявлены самые низкие оценки в большинстве сфер и субсфер качества жизни (независимость, социальные отношения, окружающая среда, духовность). Максимальные оценки в большинстве сфер предъявляли пациенты с началом заболевания в возрасте старше 40 лет. Вероятно, состоявшиеся во всех планах и стабилизировавшие основные сферы своей жизни пациенты более позитивно адаптируются к заболеванию. Однако в субсфе-

рах общее качество жизни, самооценка, подвижность, зависимость от лекарств, окружающая среда, способность приобретения новой информации оценки данной группы сопоставимы с другими группами, что свидетельствует об общих для всех больных эпилепсией проблемах.

В группе больных с началом заболевания до 10 лет сравнительно высокие оценки даны в субсферах общее качество жизни, зависимость от лекарств, финансы, способность приобретения новой информации. Одни специалисты связывают это с лучшей приспособляемостью и пластичностью детского мозга, ведущей к адаптации к болезни и необходимости приема лекарств. Другие отмечают у них заведомо низкий уровень притязаний, что приводит к удовлетворенности имеющимися условиями и уровнем жизни.

Определенный интерес представляет изучение эмоционального фона в указанных группах (таблица 1).

Таблица 1

Выраженность депрессии в группах больных, различных по возрасту дебюта заболевания

Степень выраженности депрессии	до 10 лет	11-20 лет	21-30 лет	31-40 лет	свыше 40 лет
Отсутствие депрессии	2 (10,0%)	5 (11,9%)	8 (19,0%)	5 (41,7%)	2 (20%)
Легкая депрессия	7 (35,0%)	22 (52,4%)	12 (28,6%)	5 (41,7%)	3 (30%)
Умеренная депрессия	5 (25,0%)	7 (16,7%)	10 (23,8%)	2 (16,6%)	3 (30%)
Тяжелая депрессия	6 (30,0%)	8 (19,0%)	12 (28,6%)	-	2 (20%)
Всего	20 (100%)	42 (100%)	42 (100%)	12 (100%)	10 (100%)

Согласно данным проведенного исследования, наибольшая доля больных с тяжелой депрессией оказалась в группах с возрастом заболевания в 21-30 лет и до 10 лет. Умеренная депрессия оказалась у большинства больных с возрастом начала болезни старше 40 лет, легкая депрессия – с возрастом начала от 11 до 20 лет, отсутствие депрессии - с возрастом начала от 31 до 40 лет.

При выявлении влияния длительности заболевания на качество жизни больных было выявлено, что больные с длительностью заболевания до 5 лет достоверно выше оценивают физическую, психологическую сферу и социальные отношения. По остальным сферам и субсферам данные противоречивы, однако, итоговая оценка качества жизни имеет тенденцию к ухудшению с увеличением продолжительности болезни (77,9[®] 77,4[®] 71,1). Таким образом, полученные данные свидетельствуют об отрицательной корреляции между длительностью заболевания и качеством жизни больных.

Влияние давности болезни на выраженность депрессии показало, что в первой группе (с давностью до 5 лет) преобладали пациенты с отсутствующей и легкой депрессией (34 и 34%), во второй (с давностью до 10 лет) – с умеренной (47,2%) и легкой (31,4%) депрессией. Кроме того, с возрастанием продолжи-

тельности болезни в группах отмечается тенденция к увеличению числа пациентов с тяжелыми формами депрессии (15%[®] 21,5%[®] 25,5%).

Следующим фактором, степень влияния которого на качество жизни изучалась нами, определен семейный статус респондента. В обследуемой группе оказалось 44 (34,9%) не состоявших в браке, 76 (60,3%) семейных и 6 (4,8%) разведенных пациентов.

Согласно проведенному исследованию, итоговая оценка качества жизни ниже всех оказалась у разведенных (71,7%), выше – у не состоявших в браке (76,5%). Из субсфер ниже всех оценивают разведенные пациенты сон и отдых, положительные эмоции, самооценку, зависимость от лекарств, окружающую среду вокруг, транспорт. Холостые пациенты ниже других оценивают личные отношения, физическую безопасность, духовность.

В вышеуказанных группах выявлен также различный эмоциональный фон. По результатам опросника Бека в группе пациентов, не состоявших в браке, отмечается большая представленность легкой формы депрессии (47,7%), у семейных – 36,8%. У разведенных одинаково представлены тяжелая и умеренная формы депрессии. Таким образом, у разведенных пациентов эмоциональный фон оказал-

ся намного ниже, что перекликается с результатами опросника ВОЗКЖ-100.

Другим фактором, влияющим на качество жизни, является уровень образования, согласно которому обследуемая группа имела следующую структуру:

- неполное среднее образование – 18 человек (14,3%);
- среднее – 62 человека (49,2%);
- среднее специальное – 30 человек (23,8%);
- высшее – 16 человек (12,7%).

При анализе влияния уровня образования на субъективную оценку качества жизни выяснилось, что пациенты с неполным средним образованием достоверно выше оценивают физическую сферу, окружающую среду, общее качество жизни, жизненную активность, сон и отдых, мышление, финансовые ресурсы, возможности для приобретения новой информации, отдыха и развлечения. Оценки остальных трех групп (со средним, средним специальным и высшим образованием) в основном сопоставимы,

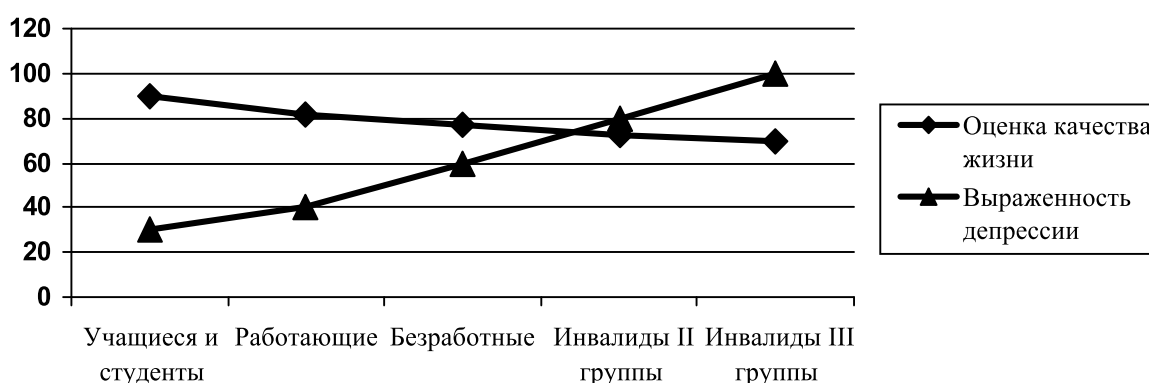
за исключением социальных отношений, субсфер внешности, социальной поддержки, подвижности и способности к работе, которые пациенты с высшим образованием оценивают более позитивно.

Очевидно, позитивные оценки пациентов первой группы обусловлены поддержкой родителей, школы, а также повышенным эмоциональным фоном, свойственным школьникам и общей популяции. Это подтверждается результатами обследования больных при помощи опросника, согласно которым в группе школьников не выявлено умеренных и тяжелых форм депрессии. В группе со средним образованием преобладали пациенты с легкой (33,9%) и тяжелой (32,2%), а в группе со средним специальным образованием – с умеренной (33,3%) и тяжелой (26,7%) формами депрессии.

Существенные отличия в оценках качества жизни получены при сопоставлении результатов обследования у пациентов с различным социальным статусом (рисунок 1).

Рисунок 1

Средние показатели качества жизни и выраженность депрессии в группах пациентов с различным социальным статусом



Как видно из рисунка, отмечена тенденция к снижению оценок в следующем направлении: у учащихся и студентов – самые высокие оценки в подавляющем большинстве сфер, итоговая оценка качества жизни – 90,2 балла; несколько ниже эти показатели у работающих (81,4 балла); у неработающих – 76,6 балла. Самые низкие показатели по всем сферам выявлены у инвалидов, причем худшие оценки предъявляют инвалиды II группы (69,5 балла), что подтверждает их большую социальную незащищенность.

При изучении эмоционального фона в этих группах с помощью опросника депрессии Бека также была выявлена тенденция к нарастанию выраженности депрессии у инвалидов по болезни (особенно II группы) по сравнению с учащимися и работающими. Причем у инвалидов II группы преобладали тяжелые формы депрессии (36,2%).

Таким образом, итогом представленного исследования явился ряд *следующих выводов*:

1. Качество жизни – не только субъективный, но и объективный показатель адекватности лечебно-реабилитационных мероприятий, и его оценка зависит не только от клинических показателей, но и от социально-возрастных и психо-эмоциональных характеристик пациентов

2. Оценка качества жизни при эпилепсии зависит от возраста больного, возраста дебюта и длительности заболевания, что выражается ухудшением показателей качества жизни у больных с увеличением продолжительности болезни и возраста. При этом более высокую итоговую оценку качества жизни предъявляют пациенты с поздним дебютом заболевания (старше 40 лет)

3. Социальный статус больных играет существенную роль в оценке качества жизни: лучшие показатели опросника выявлены у учащихся, студентов и работающих, худшие – у инвалидов 2-ой группы, что является подтверждением большей уязвимости последних.

При рассмотрении образовательного уровня лучшие оценки были у пациентов с неоконченным средним образованием (у школьников). Оценки также отличались в зависимости от семейного статуса: более низкие показатели опросника получены у разведенных пациентов

4. Показатели качества жизни достоверно зависят от психоэмоционального состояния пациентов, повышения уровня депрессии, способствующих ухудшению предъявляемых оценок во всех сферах жизни.

Литература:

1. Громов С.А., Михайлов В.А., Вассерман Л.И. и др. Качество жизни и реабилитация больных эпилепсией // *Журнал неврол. и психиатрии*, 2002. – Т. 102. – № 6. – С. 4-8.
2. Crater J.A., Perrine K., Devinsky O., Meador K. *Epilepsia*, 1996, 37: 577-582.
3. Карлов В.А., Хабибова А.О. Качество жизни больных эпилепсией // *Научная конференция с международным участием “Качество жизни в психоневрологии”*: Тезисы докладов. - С-Пб, 2000; 62.
4. Новик А.А., Ионова Т.И., Кайнд П. *Концепция исследования качества жизни в медицине*. - С-Пб: ЭЛБИ, 1999.

SUMMARIES

MODERN SIGHT ON MODEL OF CONTINUOUS POSTDEGREE EDUCATION ON A SPECIALITY «NARCOLOGY»

A.V.Gruzman

In the article the opinion on structure of modern continuous postdegree education on a speciality «narcoology» is represented. The basic stages of offered model are shown. Necessity of knowledge is reflected not only in region of narcology, but also in psychology, psychotherapy, sociology, social pedagogics. Components and problems of each educational stage are described. The circuit of continuous postdegree education on a speciality «narcoology» is taken out for discussion.

EXPERIENCE OF APPLICATION RISPOLEPT IN OUT-PATIENT CONDITIONS

B.S.Baikenova, Z.H.Zhanabaeva

Ability of Rispolept to prevent development not only the next relapse of a psychosis, but also increase of weight of negative disorders, together with antiresistant action give to it completely special status among all variety modern antipsychotic medical products.

FEATURES OF CLINICAL-PSYCHOPATHOLOGICAL DISPLAYS OF OPIOID DEPENDENCE AT THE HIV-INFECTED DRUG USERS

A.T.Eskalieva

In the article features of influence on an organism of drugs use are considered. Expressed destructive and dystrophic changes in various structures of a brain are marked at a chronic narcotic intoxication. The symptomatology accrues in process of increase of disease duration. The drugs especially made in the handicraft way, have high toxicity and result in heavy somatic diseases. More than 90 % of the revealed cases of infection of HIV - INFECTION were connected to the intravenous drugs use.

MODERN LINES IN STUDYING OF CLINICAL-PSYCHOPATHOLOGICAL DISPLAYS OF OPIOID DEPENDENCE AT THE HIV-INFECTED DRUG USERS

A.T.Eskalieva

The review of development of the HIV-infection epidemic in Republic of Kazakhstan, the foreign countries is submitted. According to the incorporated Program of the United Nations on HIV/AIDS in the world it is registered 60 million persons, struck with the virus. Stages of development of the HIV epidemic are considered. The various factors influencing distribution of the virus in the environment of injection drug users are analyzed.

DIAGNOSTICS, CURRENT, TREATMENT AND REHABILITATION OF PATIENTS WITH A THEBAIC ADDICTION IN A COMBINATION TO THE HIV-INFECTION

A.T.Eskalieva

Abusing drugs especially entered injectionly, is conducting risk factor for HIV. Features of diagnostics, current, treatment of the HIV-infection at injection drug users are considered.

The system of actions at the HIV-infection is submitted, as well as at any infection, directed on interruption or restriction of ways of transfer of HIV. Ways of the prevention of the further distribution of the HIV-infection on territories of Republic, decrease of its social and economic and political consequences are discussed.

Information work on a problem of AIDS is one of priority directions of the concept of formation of a healthy life style. The purpose of formation of a healthy life style for the prevention of the HIV-infection is decrease of HIV-infection risk, reduction of psychosocial stress and the service directed on development of ability of the person to deal with a developing situation.

RESEARCH OF CLINICAL-PSYCHOPATHOLOGICAL DISPLAYS OF HEROIN DEPENDENCE AT THERAPY WITH ATYPICAL AND CLASSICAL ANTIPSYCHOTIC DRUG

R.M.Koshchegulova

In the given work experience of application of antipsychotic drug risperidone, clozapine and haloperidol is described at treatment of patients with heroin addiction. Results double blind randomized clinical test of the given preparations in comparative aspect at patients with heroin addiction in an abstinence syndrome and a postabstinence condition are resulted. Parameters of definition of clinicopsychopathological displays of heroin addictions are revealed at which the greatest efficiency of risperidone are allocated. In connection with its relative safety and rather small quantity of by-effects, the preparation is recommended both for stationary, and for out-patient treatment.

METABOLIC ASPECTS OF NERVOUS SYSTEM AFFECTION AT ACUTE THEBAIC INTOXICATION

T.K.Kuderinov, T.T.Kispaeva, R.B.Koshikova

At research of a condition of system the POL-AOP in a nervous tissue at modeling opium intoxication departments of a brain with the most expressed different shifts of metabolic parameters (hypothalamus, striatum, hippocampus) have been revealed. The received results testify to the expressed displays of membrane-pathological processes in a fabric hypothalamus, striatum, hippocampus with subsequent their damage нейронов and development of a corresponding neurological pathology (hypothalamic, extrapyramidal and limbic symptoms).

INFLUENCE OF DEPRESSIVE DISTURBANCES ON THE CONCLUSION OF THE THERAPEUTIC CONTRACT OF PATIENTS WITH NARCOTIC DEPENDENCE

A.R.Parpieva

Presence of connection (comorbidity) between abusing narcotic substances and affective disturbances (depression) is confirmed with many researches. In this connection, it is important to estimate, as features of interaction of the given category of patients will be formed with own disease, with the doctor and with offered methods of treatment. In the given small research attempt of studying of features of the conclusion of the therapeutic contract with drug addicts with affective disturbances is reflected.

APPLICATION OF A PREPARATION REVIAE IN NARCOLOGICAL PRACTICE

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

Given article about use of blocker preparations of opioid receptors for treatment of heroin addictions, on an example of use of the registered preparation in Kazakhstan Narpani (Reviae).

INFLUENCE OF ALCOHOL ON DEVELOPMENT AND HEALTH OF CHILDREN

I.S.Shevchenko, A.I.Nuprejchik, N.G.Fattahova, A.V.Sycheva, N.V.Habarova

In given article influence of abusing alcohol of parents on development and health of children is shown. Children who have been given birth from parents - alcoholics, are sick viral respiratory infection more often, diseases proceed more hardly, with complications.

FEATURES OF MECHANISMS OF PSYCHOLOGICAL ADAPTATION OF DRUG ADDICTS OF KAZAKH AND RUSSIAN ETHNIC GROUPS

K.A.Hohlova, N.R.Zhidkova

The article is devoted to a problem of research of psychological adaptation of drug addicts. The comparative analysis of features of psychological adaptation of drug addicts of Kazakh and Russian ethnic groups are carried out. Results of research of examinees such components of psychological adaptation, as accentuation, psychological defenses, life sense orientation and a level of the subjective control are submitted. Conclusions about distinctions in mechanisms of adaptation of the given groups of examinees are made.

FEATURES OF PSYCHOLOGICAL ADAPTATION OF DRUG ADDICTS, APPLIED FOR MEDICAL-SOCIAL AID

K.A.Hohlova, B.K.Ongerbaeva, Z.G.Sabir

The article is devoted to a problem of research of psychological adaptation of people with narcotic addiction. The comparative analysis of features of psychological adaptation of drug addicts, applied for medical-social aid, and drug addicts, being on compulsory treatment are carried out. Results of research of such components to psychological adaptation of examinees, as accentuation, psychological defenses, life sense orientation and a level of the subjective control are submitted. Additional conclusions about interrelation between educational level and efficiency of psychological adaptation of examinees also are made.

MOTIVATION IN TREATMENT OF DRUG ADDICTION

O.G.Yussopov, B.K.Ongerbaeva, E.G.Dik

Results of own research of the basic characteristics of personal spheres of drug addicts are submitted in present article. On the basis of the received data questions of motivation and motivating of drug addicts for treatment are considered, and also features of the organization of motivation process in medical institution are discussed.

TENDENCIES OF DISTRIBUTION OF THE HIV-INFECTION IN THE ENVIRONMENT OF DRUG ADDICTS

A.T.Eskalieva

The problem of drug addiction associates with other global problem - the HIV-infection. They remain priority problems of the national and international public health services, demanding the social, medical and scientific decision. For today, the most significant ways of transfer of the HIV-infection are injection and sexual.

Possible preconditions of «risky» behaviour of injection drug users, epidemiology of distributions of the HIV-infection in Republic of Kazakhstan and in Karaganda region are considered.

SOCIAL - CLINICAL ASPECTS OF DRUG ADDICTION AT THE PRESENT STAGE
(analytical literary review)

A.T.Eskalieva

The literary review of the domestic and foreign literature on a problem of drug addiction is submitted. The modern situation of distribution of dependence from psychoactive substances is analyzed. Principal causes and the contributing factors promoting formation of addiction are considered. It is shown, that in ethiology of development of drug addiction besides biological predisposition, important value have: characterological features of the person and a social environment.

DYNAMICAL CLINICAL-PSYCHOLOGICAL RESEARCH OF EPILEPSY PATIENTS
DURING MEDICAL REHABILITATION PROCESS

A.N.Turginbayeva

Epilepsy represents is more frequently meeting social important psychological disease, which lower a rating of quality of patient's life. One of perspective direction of contemporary epileptology is study of life's quality. The purpose of the given work was to study of a tie between quality of life, social-age and psychopathological indexes of the epilepsy patient's. The research 126 patients with epilepsy in the age of from 15 till 55 years with application of methods questionnaires of Beka and BO3KЖ-100 is carried out. It found, that social-age and psycho-emotional condition of the epilepsy patient's influence on the level their quality of lives.