

---

---

**НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ**

**ВОПРОСЫ НАРКОЛОГИИ КАЗАХСТАНА**

**Том V № 2**

**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:

**МИНИСТЕРСТВО  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ  
КАЗАХСТАН**

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

**Том V  
№ 2  
2005 год**

**выходит  
4 раза в год**

### ПРОГРАММНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

- Асанов Т.К., Партиева А.Р.*  
Анализ программы заместительной терапии в Кыргызской Республике 7-24
- Грузман А.В., Садвакасова Г.А., Тулегенова Б.Е.*  
Протоколы фармакологического лечения психических и поведенческих расстройств при злоупотреблении опиоидами 24-27

### ФУНДАМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- Каражанова А.С., Грузман А.В.*  
Основные принципы и особенности медикаментозной коррекции несовершеннолетних, зависимых от ПАВ 28-31
- Коцегулова Р.М.*  
Применение респалепта в лечении больных опиоидной (героиновой) наркоманией 32-35
- Нуржанова А.М., Ескалиева А.Т.*  
Сравнительный анализ за 2003-2004 г.г. поведенческого и серологического надзора среди потребителей инъекционных наркотиков в г. Караганде в рамках эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией 35-49

### ПРОФИЛАКТИКА И РЕАБИЛИТАЦИЯ

- Новикова Е.В., Комарова О.Н., Иванова Н.М.*  
Выявление донологических форм наркологических расстройств 50-52
- Пак Т.В.*  
Основные подходы к реабилитации зависимых от психоактивных веществ 52-58
- Шарапатова К.Г.*  
Об основных направлениях работы по предупреждению распространения наркомании среди подростков и молодежи 58-62
- Шарапатова К.Г.*  
Фактор курения и некоторые аспекты образа жизни семьи 62-63
- Шарапатова К.Г.*  
Фактор курения и некоторые аспекты образа жизни школьников на примере Павлодарской области 63-66
- Шахметов Б.А.*  
Оптимальное комфортное состояние – главная стратегия профилактики зависимостей от психоактивных веществ 66-67

---

---

## КЛИНИКА

- Патютко Н.С., Селюнина Л.В.*  
Социально-демографическая и медико-психологическая характеристика подростков с наркологическими расстройствами, совершивших противоправные действия 68-77
- Россинский Ю.А., Алтынбекова Г.И., Нуралиев Б.Ж.*  
Специфические расстройства зрелой личности и опийная наркомания: коморбидность как интраморбидная и метаморбидная патология 77-79

## ОРГАНИЗАЦИЯ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

- Нуржанова А.М., Ескалиева А.Т., Кузнецов Н.П.*  
Развитие программы «Снижение вреда» в Карагандинской области и эффективность деятельности пунктов доверия 80-85
- Селюнина Л.В., Патютко Н.С.*  
Характеристика наркологической ситуации в Северо-Казахстанской области за 2004 год 85-87
- Резюме* 88-93
- 
-

---

---

# VOPROSY NARCOLOGYI KAZAKHSTANA

## TABLE OF CONTENTS

### FOUNDERS:

### PROGRAM MATERIALS

- Asanov T.K., Parpieva A.R.*  
The analysis of the substitution therapy program in the Kirghiz Republic 7-24
- Gruzman A.V., Sadvakasova G.A., Tulegenova B.E.*  
Reports of pharmacological treatment of mental and behavioral disorders at abusing opioids 24-27

### THE MINISTRY OF HEALTH OF KAZAKHSTAN

### BASIC RESEARCHES

- Karazhanova A.S., Gruzman A.V.*  
Main principles and features of medicamentous correction of nonaged minors dependent from psychoactive substances 28-31
- Koshchegulova R.M.*  
Application of rispolept in treatment of patients with thebaic addiction 32-35
- Nurzhanova A.M., Eskalieva A.T.*  
The comparative analysis for 2003-2004 of behavioural and serological examination among of injection drug users in Karaganda within the framework of epidemiological supervision of the HIV-infection 35-49

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

### PREVENTION AND REHABILITATION

- Novikova E.V., Komarova O.N., Ivanova N.M.*  
Revealing of prenosological forms of narcological disorders 50-52
- Pak T.V.*  
The basic approaches to rehabilitation of dependent from psychoactive substances 52-58
- Sharapatova K.G.*  
About the basic directions of work at the prevention of distribution of drug addiction among teenagers and youth 58-62
- Sharapatova K.G.*  
The factor of smoking and some aspects of family way of life 62-63
- Sharapatova K.G.*  
The factor of smoking and some aspects of schoolchildren way of life on an example of the Pavlodar region 63-66
- Shahmetov B.A.*  
Optimum comfortable condition - the main strategy of prevention of dependences from psychoactive substances 66-67

Volume V  
№ 2  
2005

Published  
4 times in a year

---

---

---

---

## CLINIC

- Patyutko N.S., Selyunina L.V.*  
The social-demographic and medico-psychological  
characteristic of teenagers with narcological disorders,  
made illegal actions 68-77
- Rossinskiy Ju.A., Altynbekova G.I., Nuraliev B.Z.*  
Specific frustration of the mature person and thebaic  
addiction: a comorbidity as intramorbidity and  
methamorbidity pathology 77-79

## ORGANIZATION OF NARCOLOGICAL SERVICE

- Nurzhanova A.M., Eskalieva A.T., Kuznetsov N.P.*  
Development of the program «Harm reduction» in the  
Karaganda region and efficiency of activity of trust  
points 80-85
- Selyunina L.V., Patyutko N.S.*  
The characteristic of a narcological situation in the  
North-Kazakhstan region for 2004 85-87
- Summaries* 88-93
- 
-

---

---

## ПРОГРАММНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

### АНАЛИЗ ПРОГРАММЫ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Т. К. Асанов, А. Р. Парпиева

г. Бишкек

#### 1. Введение

Согласно отчету Международной комиссии по контролю наркотиков в 2001 году общая стоимость незаконно произведенных опия и коки составила 1 млрд. 100 млн. долларов США, а стоимость расходов, связанных с незаконными наркотиками в США составила 161 млрд. долларов, в Западной Европе – 32 млрд. долларов США (данные за 2000 г.). При этом во всем мире сохраняется тенденция роста потребления наркотиков и ущерба, связанного с ними.

В Центральной Азии количество наркопотребителей в 2002 году оценивалось цифрой около 500 тысяч человек, что составляет около 2% трудоспособного населения региона.

В Кыргызской Республике оценочное количество наркопотребителей составило в 2002 году 80-100 тысяч человек, или 4% взрослого населения, при этом количество официально зарегистрированных лиц с наркотической зависимостью оказалось в 16 - 20 раз ниже оценочных цифр. Первичная заболеваемость наркоманиями, по сравнению с 1991 годом, выросла в 6 раз и имела сохраняющуюся тенденцию роста.

В Кыргызстане рост потребления наркотиков и ущерба, связанного с ними, в 1991- 2000 годах не сопровождался адекватными мерами по профилактике наркологических расстройств и обеспечению доступности наркологической помощи. Наоборот, происходило сокращение финансирования профилактических и лечебных программ, сокращение коечного фонда и врачебных ставок, как в наркологических учреждениях, так и на уровне первичного звена здравоохранения. Следствием такого подхода явилось ослабление профилактических мероприятий, сокращение объемов медицинской помощи, уменьшение количества обращений наркозависимых лиц за наркологической помощью, и возникновение реальной угрозы утраты контроля над ситуацией, особенно, связанной с распространением социально-опасных инфекционных заболеваний (гепатиты В, С, ВИЧ/СПИД, туберкулез) среди популяции потребителей наркотиков и резкое повышение риска распространения названных инфекций среди остального населения. В частности, республика столкнулась с фактом преимущественного распространения ВИЧ - инфекции через использование нестерильных шприцев и игл, когда более 80% ВИЧ - инфицированных лиц оказались потребителями наркотиков.

Между тем, начиная с 1994 года, Кыргызская Республика является страной, присоединившейся к Еди-

ной Конвенции о наркотических средствах от 30 марта 1961 г. (с изменениями от 25 марта 1972 г.). Кыргызстан взял на себя определенные обязательства по противодействию распространению наркомании и обеспечению доступной наркологической помощи для лиц, употребляющих наркотические вещества. В частности, в соответствии со статьей 38 «Меры борьбы со злоупотреблениями наркотическими средствами» каждая страна, подписавшая Конвенцию, берет на себя обязательства:

1. уделять особое внимание и принимать все возможные меры, направленные на предотвращение злоупотребления наркотическими средствами и на раннее выявление, лечение, воспитание, восстановление трудоспособности, возвращение в общество соответствующих лиц и на наблюдение за ними после окончания ими лечения, и координировать свои усилия для достижения этих целей;

2. содействовать, насколько это возможно, подготовке кадров для лечения, восстановления трудоспособности, возвращения в общество лиц, злоупотребляющих наркотическими средствами, а также для наблюдения за ними после окончания лечения;

3. принимать все возможные меры, чтобы содействовать ознакомлению лиц, которым это необходимо по работе, с проблемами злоупотребления наркотическими средствами и его предотвращения, а также способствовать ознакомлению с этими проблемами населения в случае, если есть опасность того, что злоупотребление наркотическими средствами приобретает широкие масштабы.

В совместном заявлении Всемирной Организации Здравоохранения, Управления ООН по наркотикам и преступности, Объединенной программы ООН по ВИЧ/СПИДу (2004) отмечается, что не существует единственного метода лечения, эффективного для всех индивидов с опиоидной зависимостью, и что для таких лиц должен быть доступен достаточно широкий арсенал разнообразных методов.

В число таких методов лечения входит заместительная поддерживающая терапия, как один из наиболее эффективных методов лечения опиоидной зависимости и ее следует рассматривать как важный вариант выбора среди возможных методов лечения в районах с высокой распространенностью опиоидной зависимости.

Согласно рекомендациям Всемирной Организации Здравоохранения (1998): «Заместительная терапия при условии медицинского контроля должна

быть доступна для употребляющих опиоиды как средство замещения легальным наркотиком, принимаемым внутрь, нелегального наркотика, обычно вводимого путем инъекций. Такая терапия должна быть одной из составляющих служб оказания всесторонней медицинской и социальной помощи».

С учетом ситуации, международными обязательствами и рекомендациями Всемирной Организации Здравоохранения, в целях сокращения последствий, связанных с потреблением наркотиков, министерство здравоохранения Кыргызской Республики, предприняло ряд мер по совершенствованию системы оказания наркологической помощи, повышения ее доступности, качества и расширения спектра оказываемых медицинских услуг. Одной из таких мер явилось принятие в 2001 году решения о реализации пилотных проектов по заместительной терапии метадон в специализированных медицинских учреждениях, оказывающих наркологическую помощь.

Настоящий отчет подготовлен в соответствии с пунктом 3.1. приказа министерства здравоохранения Кыргызской Республики «Об условиях и порядке проведения заместительной терапии лицам с наркотической зависимостью в Кыргызской Республике» от 13.03.2001 г. № 71 и направлен:

- на максимально возможное в имеющихся условиях информирование министерства здравоохранения Кыргызской Республики о результатах реализации пилотных программ заместительной терапии метадон в гг. Бишкек и Ош;
- на обоснование лечебного характера и применимости метода заместительной терапии в наркологической практике в Кыргызской Республике;
- на приведение доказательств в пользу того, что использование метадона в виде заместительной терапии является использованием наркотических средств в медицинских целях, как того требует Единая Конвенция о наркотических средствах от 30 марта 1961 г. (с изменениями от 25 марта 1972 г.);
- на внесение предложений по дальнейшему использованию в наркологической практике метода заместительной терапии.

## **2. Основные сведения о заместительной терапии и метадоне**

### **2.1. Заместительная терапия и его виды**

В совместном заявлении по заместительной поддерживающей терапии, распространенном ВОЗ, Управлением ООН по наркотикам и преступности, Объединенной программой ООН по ВИЧ/СПИДу (2004) даётся определение заместительной терапии. Под термином «заместительная поддерживающая терапия» подразумевается метод лечения, который соответствует следующим критериям: а) вещества, используемые для заместительной терапии, были подвергнуты тщательной оценке; б) лечение проводится прошедшими аккредитацию специалистами в

рамках официально признанной медицинской практики; в) осуществляется надлежащий клинический мониторинг.

Существенным моментом в данном заявлении является констатация того, что под заместительной терапией подразумевается «метод лечения».

Заместительная терапия в медицинской практике означает использование определенного вида лекарственного препарата для замещения другого вещества, следовательно, является формой медицинского вмешательства с использованием фармакологических средств, относимых к, так называемым, опиатным агонистам, т.е. веществам, обладающим воздействием на центральную нервную систему, аналогичным действию героина или морфина. В результате применения агонистов устраняется или смягчается абстинентный синдром и подавляется влечение к наркотику. Согласно критериям ВОЗ заместительная терапия проводится либо в виде кратковременной заместительной терапии (КЗТ) в целях детоксификации, т.е. лечения синдрома отмены опиатов, либо в виде поддерживающей заместительной терапии (methadone maintenance therapy или ММТ).

Поддерживающая заместительная терапия, в отличие от детоксификации метадон, является формой оказания длительной медицинской помощи и ухода за лицами, страдающими зависимостью от опиатов. Её рекомендуется назначать тем пациентам, которым трудно прекратить употребление наркотиков. Считается, что участие в программах ММТ предоставляет наркозависимым возможность стабилизировать свое состояние в медицинском и социальном плане, т.е. улучшить физическое здоровье и снизить вероятность рискованного поведения за счет подавления потребности в приеме других наркотиков на продолжительное время.

К наиболее известным препаратам, используемым для заместительной терапии, относятся метадон, бупренорфин, ЛААМ. Среди них наиболее широко применяемым является метадон.

Начало использования метадона относится к 60 - 70 годам XX столетия. В США он разрешен в 1966 году (неофициально используется с 1964); в Великобритании – 1968; в Дании - конец 60 годов; в Голландии - 1968; в Италии - 1975; в Испании - 1983; в Германии - 1992; во Франции - 1995 (неофициально используется с 1972); в Польше – 1992 году.

По данным Э. Субаты (2001) в программах поддерживающей терапии метадон участвовали в: Испании 208 человек на 100 тысяч населения (1997); Ирландии - 145 на 100 тыс. населения (1997); Нидерландах - 118 на 100 тыс. (1997); Италии - 112 на 100 тыс. населения (1997); Великобритании - 96 на 100 тысяч населения (1997); Германии - 75 на 100 тыс. населения (1997); Австралии - 58 на 100 тыс. населения (1997); Франции – 0,3 на 100 тыс. населения (1996). По данным R. Newman (2003) в США количество пациентов, принимающих метадон, составляет 180 тысяч человек.

---

---

В странах бывшего СССР заместительная поддерживающая терапия метадонем впервые была внедрена в Литве, Эстонии и Латвии (1996–1997 г.г.). По данным на январь 2005г. программы заместительной терапии реализуются также в Азербайджане (2004) и Молдове (2004). Планируются к внедрению в 2005 г. проекты ЗТ на Украине и в Узбекистане.

## **2.2. Метадон**

### 2.2.1. Физико-химические характеристики

Метадон – это белый кристаллический порошок с горьким вкусом и специфическим запахом, напоминающим запах хлора. Растворяется в воде, спирте, хлороформе. Не растворяется в эфире.

По своей химической структуре и свойствам метадон (6-диметиламино-4,4-дифенил-3-гептанон) является синтетическим производным опиоя, относится к агонистам опиатов (агонист мю-опиоидных рецепторов), т.е. веществам, имеющим сходное действие с морфием и героином. Важной особенностью агонистов является их способность воздействовать на патогенетические механизмы формирования зависимости, что сопровождается эффективным купированием синдром отмены опиатов, а также подавлением влечения (тяги, потребности в повторном приеме) к опиатам (опий, героин, морфин и др.). Это происходит за счет блокирования опиатных рецепторов мозга, в результате чего одновременное употребление нелегальных опиатных наркотиков не дает ожидаемого (прежде всего, эйфорического) эффекта.

К признанным преимуществам метадона, позволяющим использовать его в качестве средства для поддерживающей терапии, относится его длительный эффект (24-36 часов) и возможность перорального приема один раз в сутки. Будучи синтетическим опиоидом метадон обладает также слабым седативным и обезболивающим действием, равным по силе действию морфина. При длительном использовании метадона происходит медленное повышение толерантности к нему и формирование зависимости. Эйфорический эффект препарата выражен незначительно и проявляется при высоких дозировках, существенно превышающих терапевтические дозы.

Рекомендуемые дозировки при поддерживающей терапии составляют 80-100 мг. (V.Dole), или выше 60 мг. (Национальный институт наркологии США - NIDA).

### 2.2.2 Хранение

Каждая страна имеет собственные правила, регламентирующие хранение и использование наркотических веществ.

В Кыргызстане, согласно «Правилам хранения, учета и отпуска ядовитых, наркотических и сильнодействующих лекарственных средств и бланков на наркотические средства на аптечных складах», утвержденным приказом Министерства здравоохранения Кыргызской Республики от 27.01.1992 г. № 24, хране-

ние наркотических средств должно осуществляться в сейфах в специально оборудованных помещениях, имеющих охранную сигнализацию с выводом на пульт вневедомственной охраны.

Метадон, закупленный в виде порошка относится к веществам, которые требуют защиты от влаги и должен храниться в условиях, исключающих воздействие влаги.

Согласно пункту 4.2.4. «Инструкции по организации хранения в аптечных учреждениях различных групп лекарственных средств и изделий медицинского назначения», утвержденной приказом Минздрава Кыргызской Республики «Об утверждении инструкции по организации хранения в аптечных учреждениях различных групп лекарственных средств и изделий медицинского назначения» от 17.11.1998 г. № 281 «...лекарственные средства данной группы, полученные в упаковке из полимерной пленки, следует хранить в заводской упаковке или переложить в стеклянную или металлическую тару».

В рамках пилотных программ ЗТ хранение субстанции метадона гидрохлорида осуществляется в условиях соответствующих установленным требованиям:

- а) в г. Бишкеке - на аптечном складе АО «Фармация»
- б) в г. Оше - в аптеке «Ош-Фарм-Ка».

### 2.2.3. Учет

Метадон входит в список I наркотических веществ, подлежащих национальному контролю, и находится на строгом предметно-количественном учете.

Для обеспечения надлежащего хранения, учета, отпуска и использования метадона, приказами по РЦН и ООНД назначены материально - ответственные лица за хранение, приготовление и отпуск метадона гидрохлорида.

Для осуществления предметно-количественного учета, контроля качества и выдачи метадона заведены следующие журналы, заверенные подписью руководителя и печатью учреждения:

- журнал движения метадона;
- журнал учета выдачи метадона медперсоналу;
- журнал учета химического анализа метадона;
- журнал выдачи метадона больным;
- журнал учета получения и выдачи метадона.

### 2.2.4. Приготовление

Технология приготовления 0,1% раствора метадона гидрохлорида (1 мг/1 мл) из субстанции метадона гидрохлорида не требует заводских или асептических условий и заключается в растворении порошка метадона в соответствующем количестве воды очищенной.

Необходимыми условиями для приготовления раствора являются оснащенность аналитическими весами, узкогорлыми колбами с рискной, наличие метадона гидрохлорида, воды очищенной.

Основным способом приготовления раствора требуемой концентрации является метод двух цилиндров: точно отвешенное количество метадона (1,0 гр. из расчета на 1 литр раствора), растворяется в 100 мл воды очищенной. После полного растворения порошка метадона гидрохлорида объем воды очищенной доводится до 1000 мл.

Срок годности приготовленного раствора 10 дней.

#### 2.2.5. Качественный анализ

Качественный анализ метадона гидрохлорида проводится в соответствии с Ph. Eur. (Европейская Фармакопея), статья Methadoni hydrochloridum, 1997.04.08.

#### 2.2.6. Формы применения

Существуют различные формы выпуска метадона - от раствора для приема внутрь до раствора для инъекций.

В РЦН и ООНД метадона гидрохлорид применяется в виде 0,1% водного раствора, предназначенного для приема внутрь.

Принимается перорально (внутри через рот) один раз в сутки. После приема метадон запивается либо подслащенной, либо обычной водой.

#### 2.2.7. Дозирование

В РЦН и ООНД дозирование метадона производится с использованием механических дозаторов, различной емкости и конструкции.

Но и в том и другом учреждении дозировка метадона соответствует следующей пропорции: в 1 мл раствора содержится 1 мг метадона гидрохлорида.

#### 2.2.8. Расход метадона

Для реализации пилотных программ ММТ в Кыргызской Республике было осуществлено 2 закупки субстанции метадона гидрохлорида в 2002 и 2004 гг. Фирмой поставщиком являлась фирма «Словакофарма» (Словацкая Республика). Общее количество закупленного вещества составило 10 000,00 гр.

Расходы метадона в поквартальном разрезе представлены в таблице 1.

Таблица 1.

*Расходы метадона*

Годы	Кварталы	РЦН (гр.)	ООНД (гр.)	ВСЕГО (по стране в гр.)
2002	II кв.	62,5	38,63	101,13
	III кв.	238,7	195,19	433,89
	IV кв.	330,0	362,01	692,01
<b>ИТОГО за 2002 г.</b>		<b>631,2</b>	<b>595,830</b>	<b>1227,03</b>
<i>Средний поквартальный расход в 2002 г.</i>		<i>210,4</i>	<i>198,61</i>	<i>204,50</i>
2003	I кв.	371,0	404,0	775,0
	II кв.	428,0	376,0	804,0
	III кв.	444,0	422,0	866,0
	IV кв.	403,0	468,0	871,0
<b>ИТОГО за 2003 г.</b>		<b>1646,0</b>	<b>1670,0</b>	<b>3316,0</b>
<i>Средний поквартальный расход в 2003 г.</i>		<i>411,5</i>	<i>417,5</i>	<i>414,5</i>
2004	I кв.	403,0	526,0	929,0
	II кв.	360,0	582,0	942,0
	III кв.	335,0	488,0	823,0
	IV кв.	345,0	402,0	747,0
<b>ИТОГО за 2004 г.</b>		<b>1443,0</b>	<b>1998,0</b>	<b>3441,0</b>
<i>Средний поквартальный расход в 2004 г.</i>		<i>360,75</i>	<i>499,5</i>	<i>412,125</i>
<b>Общий расход по стране за 2002 - 2004 гг.</b>		<b>3720,2</b>	<b>4263,83</b>	<b>7984,03</b>

Сравнительный анализ свидетельствует о том, что расход метадона в г. Ош был большим, чем в г. Бишкек, за исключением 2002 года, и прямо коррелирует с количеством принятых в программы пациентов.

В таблице 2 показано, что средний расход метадона в 2002-2004 г.г. составил 56,5 мг в день на пациента. Однако если исключить из расчетов 2002 год, когда программы ЗТ только начинались, и значительное большинство пациентов в том году находилось на начальных субтерапевтических дозировках мета-

дона, то окажется, что средний ежедневный расход метадона на пациента в 2003-2004 годах составлял 60-63 мг, что соответствует нижней границе рекомендуемых терапевтических дозировок (60-80 мг).

Причина такого минимального среднего расхода метадона связана, скорее всего, с пилотным характером программ, т.е. в таких программах ЗТ значительный удельный вес пациентов приходится на тех, кто получает намного меньшие дозы метадона, чем средние терапевтические, т.к., одни пациенты

## Средний расход метадона на пациента

	РЦН			ООНД			К Р
	Среднее кол-во пациентов в месяц	Расход метадона в год (в граммах)	Средняя доза метадона на пациента в день (мг)	Среднее кол-во пациентов в месяц	Расход метадона в год (в граммах)	Средняя доза метадона на пациента в день (мг)	Усредненная доза метадона на пациента в день (мг)
<b>2002 г.</b>	40,7	631,2	42,5	33,3	595,83	49,0	45,75
<b>2003 г.</b>	73,1	1646,0	61,7	77,6	1670,0	59,0	60,35
<b>2004 г.</b>	65,2	1443,0	60,6	82,3	1998,0	66,3	63,4
<b>2002-2004</b>	59,7	3720,2	54,9	64,4	4263,83	58,1	56,5

находятся на начальном этапе лечения (подбор дозировок начинается с 20 мг в день), другие же, соответственно, на этапе завершения лечения - на снижающихся дозировках метадона (до 2-5 мг в день).

Приведенные данные могут быть использованы для расчета потребности страны в метадоне по следующей формуле:

*ориентировочная потребность существующих программ ЗТ в метадоне = среднее число постоянных пациентов программ ЗТ \* средний расход метадона на 1 пациента в день \* 365 (366) дней.*

Используя приведенную формулу и показатели расхода метадона в 2004 году, можно рассчитать базовую потребность в метадоне на 2005 год, например: *147 человек \* 63,4 мг \* 365 дней = 3401,73 грамм.*

К исходной цифре могут быть добавлены расчеты на предполагаемое количество дополнительных пациентов, которые будут приняты в программы ЗТ в случае их расширения. Например, если планируется расширение программ ЗТ и охват программами до 200 постоянных клиентов, то потребность на дополнительных пациентов составит  $53 * 63,4 * 365 = 1226,5$  граммов метадона.

Суммируя полученные цифры, получаем:  $3401,7 + 1226,5 = 4628,2$  грамма метадона на 2005 год.

### 3. Нормативная правовая база заместительной терапии в Кыргызской Республике

Единая Конвенция о наркотических средствах (1961 г., с изменениями от 25 марта 1972 г.) ограничивает использование наркотических средств в медицинских и научных целях. Данное положение закреплено в статье 4, пункт в), в котором отмечено, что страна, присоединившаяся к Конвенции, обязуется ограничить исключительно медицинскими и научными целями производство, изготовление, вывоз, ввоз, распределение наркотических средств, торговлю ими и их применение и хранение.

Закон Кыргызской Республики «О наркотических средствах, психотропных веществах и прекурсор-

рах» (1998) не запрещает использование наркотических средств в медицинских и научных целях, в том числе для лечения наркотической зависимости.

Метадон в Кыргызской Республике входит в Список 1 наркотических веществ, подлежащих национальному контролю и, соответственно, не входит в Список 4 наркотических веществ, запрещенных к использованию в медицинских целях.

Основаниями для реализации пилотных проектов заместительной терапии и проведения клинических испытаний метадона являются приказы Министерства здравоохранения Кыргызской Республики:

1. «Об условиях и порядке проведения заместительной терапии лицам с наркотической зависимостью в Кыргызской Республике», от 13.03.2001 г. № 71. Данным приказом утверждены: а) пилотная программа «Заместительная терапия метадоном в г. Бишкеке» и б) положение «Об условиях и порядке проведения заместительной терапии метадоном в Кыргызской Республике»;

2. «О передаче субстанции метадона гидрохлорида в Ошский областной наркологический диспансер для реализации пилотного проекта заместительной терапии метадоном в г. Ош», от 20.02.2002 г. № 64.

Проект программы заместительной терапии рецензирован Ученым Медицинским Советом министерства здравоохранения Кыргызской Республики, дано заключение о том, что рецензируемая программа заместительной терапии метадоном соответствует критериям, предъявляемым к лечебному методу. Проект также согласован с Государственной комиссией при Правительстве Кыргызской Республики по контролю наркотиков (ныне Агентство Кыргызской Республики по контролю наркотиков), с министерством внутренних дел и службой национальной безопасности.

Во исполнение приказов МЗ, в целях реализации проектов ЗТ заключены договоры:

1. между РЦН и Фондом «Сорос-Кыргызстан»:
  - а) № 525731JB31 от 19.07.2001 г.
  - б) № 525732JB11 от 4.12.2002 г.

- 
- 
- в) № 6445 от 25.02.2004 г.
2. между ООНД и ПРООН по реализации проекта «Заместительная терапия в г. Ош»:
- а) № 01-12 от 22.10.2001 г.
- б) № 01-012 от 4.11.2002 г.
- в) № 03-002 от 20.01.2003 г.
- г) 04-011 от 25.03.2004 г.
3. между ООНД и РО СПИД по реализации проекта ММТ в г. Ош от 30.09.2004 б\н.

#### **4. Организационные аспекты программ заместительной поддерживающей терапии в Кыргызской Республике**

##### 4.1. Цели и задачи

Основной целью пилотных программ ММТ являлось изучение метода заместительной поддерживающей терапии метадона применительно к лицам с зависимостью от опиатов для обоснования целесообразности применения метода заместительной терапии метадона на территории Кыргызской Республики.

В качестве дополнительных целей определены повышение качества жизни и социального функционирования пациентов ММТ, а также профилактика инфекционных заболеваний, передающихся через кровь, среди участников программ ММТ.

В задачи пилотных проектов входили:

- клиническое испытание метадона для лечения зависимости от опиатов и синдрома отмены опиатов;
- изучение побочных эффектов метадона;
- изучение эффективности поддерживающей заместительной терапии в условиях Кыргызской Республики;
- снижение риска распространения ВИЧ/СПИДа среди участников программ ММТ.

##### 4.2. Выполненные мероприятия

В рамках реализации пилотных программ ММТ выполнены следующие мероприятия.

1. Проведены ремонтно-технические работы и организованы кабинеты выдачи метадона.
2. В кабинетах выдачи метадона на окна поставлены металлические решетки, установлены бронированные двери, оборудованные светозвуковой сигнализацией.
3. Приобретено оборудование, заложенное в бюджете проекта. В число приобретённого оборудования вошли - сейфы, дозаторы, компьютер, напольные весы, лабораторная посуда, одноразовые пластиковые стаканчики и др.
4. Укомплектован штат сотрудников, предусмотренных штатным расписанием. Они прошли обучение в Вильнюсском центре терапии зависимостей (2002 г.).
5. Приобретена в 2002 и 2003 годах субстанция метадона гидрохлорида, в количестве 5,0 кг сухого порошкообразного вещества.

6. В апреле 2002 года начался прием пациентов в программы ММТ в городах Бишкек и Ош.

7. Отработаны технологии:

- приема и выхода пациентов из программы ММТ;
- подбора начальных и поддерживающих дозировок метадона в стационарных и амбулаторных условиях;
- проведения психокоррекционных мероприятий в амбулаторных условиях;
- детоксификации в зависимости от вариантов прекращения участия в программе ММТ;
- тестирования мочи пациентов на содержание нелегальных наркотиков;
- оказания дополнительных услуг, направленных на профилактику ВИЧ/СПИДа и уменьшения рискованного поведения;
- взаимодействия с другими лечебными учреждениями в случаях госпитализации в них пациентов программ ММТ;
- взаимодействия с родственниками пациентов;
- разработки индивидуального плана лечения и оценки эффективности проводимой терапии;
- выдачи метадона в рабочие, выходные и праздничные дни, а также в особых случаях;
- мотивирования на участие в реабилитационных программах, предусматривающих полный отказ от потребления наркотиков, в т.н. “drug free” программах.

##### 4.3. Персонал

Основной персонал программ (врачи и медсестры) комплектовался из числа штатных сотрудников Республиканского центра наркологии и Ошского областного наркологического диспансера, за исключением ряда вспомогательных позиций.

Сотрудники обеих проектов из городов Бишкек и Ош с 16 по 26 марта 2002 г. прошли обучение по методике проведения заместительной терапии в г. Вильнюс (Литва).

Основными позициями в программах ММТ являлись должности врача - нарколога, психотерапевта/психолога, социального работника, медицинских сестер.

##### **Функциональные обязанности врача психиатра - нарколога:**

- обследование пациентов;
- подбор дозировок метадона;
- мониторинг состояния здоровья пациентов программы;
- оценка эффективности проводимой заместительной терапии;
- участие в работе консультативной комиссии по отбору и исключению из программы.

##### **Функциональные обязанности психолога - психотерапевта:**

- изучение личностных и поведенческих особенностей личности пациента;

## Персональный состав программ

	Персонал программ	РЦН		ООНД	
		2002–2003 г.г.	2004 г.	2002–2003 г.г.	2004 г.
1.	Руководитель проекта	+	+	+	+
2.	Менеджер	1,0 ст.	0,0 ст.	0,0 ст.	0,0 ст.
3.	Офис-администратор	0,0 ст.	0,0 ст.	0,0 ст.	1,0 ст.
4.	Консультативная комиссия	0,0 ст.	0,0 ст.	3,0 ст.	2,0 ст.
5.	Врач психиатр-нарколог	1,0 ст.	1,0 ст.	1,0 ст.	2,0 ст.
6.	Психолог-психотерапевт	1,0 ст.	1,0 ст.	0,0 ст.	1,0 ст.
7.	Медицинская сестра	2,0 ст.	2,0 ст.	2,0 ст.	2,0 ст.
8.	Провизор/фармацевт	1,0 ст.	1,0 ст.	2,0 ст.	2,0 ст.
9.	Бухгалтер	0,5 ст.	0,5 ст.	1,0 ст.	1,0 ст.
10.	Социальный работник	1,0 ст.	0,0 ст.	1,0 ст.	1,0 ст.
11.	Технический работник	0,0 ст.	0,0 ст.	1,0 ст.	1,0 ст.
	<b>ВСЕГО</b>	<b>7,5 ст.</b>	<b>5,5 ст.</b>	<b>11,0 ст.</b>	<b>13,0 ст.</b>

- проведение индивидуальной и групповой психотерапии;

- участие в работе консультативной комиссии по отбору и исключению пациентов из программы.

**Функциональные обязанности медицинской сестры:**

- дозировка и выдача метадона в кабинете выдачи метадона;

- регистрация индивидуальных дозировок препарата в листе контроля и журнале расхода метадона;

- визуальный контроль приема пациентом метадона;

- тестирование мочи для определения содержания нелегальных наркотиков;

- отбор крови для исследования на ВИЧ-инфекцию.

**Функциональные обязанности социального работника:**

- оказание пациентам помощи в решении вопросов социально-бытового характера.

**Функциональные обязанности руководителя проекта:**

- решение организационных и финансовых вопросов

- подбор кадров

- руководство работой персонала

- подготовка отчетов.

Остальные позиции являлись вспомогательными и не были непосредственно связаны с оказанием помощи пациентам.

**4.4. Время работы**

Для выдачи и приема раствора метадона гидрохлорида в РЦН и ООНД организованы специальные кабинеты выдачи метадона, размещенные на первом этаже зданий, имеющие отдельные входы.

Установленное время работы кабинетов: ежедневно с 8.00 до 12.00 (РЦН) и с 8.00 до 14.00 (ООНД). В праздничные и выходные дни время выдачи метадона сдвигалось на 1 час позже.

Рядом с кабинетами установлены доски объявлений, где пациентам предоставлялась разнообразная информация, в том числе, консультативная, в частности, следующая:

- о порядке восстановления документов

- о вакансиях на рынке труда

- о работе организаций, защищающих права лиц, входящих в уязвимую группу

- номера «телефонов доверия» и «горячих линий»

- адреса реабилитационных, кризисных центров и т.д.

**4.5. Порядок и условия проведения ММТ**

Программы ММТ, реализуемые в стране, относятся к проектам с высоким порогом доступности, т.е. требуется соблюдение ряда условий ограничивающих назначение и проведение заместительной терапии. Эти условия предусмотрены положением «Об условиях и порядке проведения заместительной терапии в Кыргызской Республике». В частности, установлены следующие ограничения:

1. Заместительная терапия метадонном проводится только в специализированных наркологических лечебных учреждениях, которые имеют разрешение Министерства здравоохранения на проведение заместительной терапии.

2. Разрешение на проведение заместительной терапии выдается Министерством здравоохранения исключительно государственным лечебным учреждениям.

3. Запрещается проведение заместительной терапии на условиях анонимности пациентов.

4. Во время проведения заместительной терапии в обязанности пациента входит ежедневное посещение лечебного учреждения и прием заместительного опиоидного препарата (метадона) под контролем медицинского персонала.

5. Пациенты обязаны проходить проверку (тестирование) на употребление других психоактивных (наркотических и психотропных) веществ с целью

---

---

установления/исключения фактов употребления пациентом других наркотиков и объективной оценки эффективности лечения.

6. В случае установления факта употребления пациентом иных психоактивных (наркотических, психотропных) веществ, т.е. нарушения им условий договора, заместительная терапия может быть прекращена, а пациент исключен из программы заместительной терапии.

7. Решение о назначении и прекращении заместительной терапии принимается только специальной консультативной комиссией.

Показания к применению заместительной терапии.

1. Опиная/ опиоидная зависимость с регулярным внутривенным употреблением наркотиков на протяжении более чем 2 лет и несколькими неудачными попытками лечения в лечебных учреждениях республики.

2. Осложнения зависимости от опия и опиоидов (различные опасные для жизни состояния, гепатиты В, С, трофические язвы, сепсис, нагноения, общее истощение организма, ВИЧ и СПИД).

3. Сопутствующие заболевания (онкологические заболевания, психические расстройства, сахарный диабет и др. заболевания).

4. Беременность.

5. Индивидуальные показания - по решению консультативной комиссии.

Консультативная комиссия при приеме в программу, помимо приведенных критериев, учитывала следующие обстоятельства:

- пациент должен находиться на учете в наркологическом учреждении по поводу зависимости от опиатов не менее трех лет;
- пациент должен иметь зависимость от опиатов, но не полинаркоманию;
- пациент должен изъявить добровольное желание принять участие в программе;
- при приеме в программу пациент должен дать согласие на выезд из города;
- пациент должен согласиться на неанонимный характер участия в программе.

Всех вновь принимаемых пациентов извещали о пилотном характере программы ЗТ и мотивировали на участие в программе в течение 1-1,5 лет с последующим плановым выходом из программы.

Исключение пациентов из программы было предусмотрено в следующих случаях:

- продолжение употребления нелегальных наркотиков (по результатам тестов на содержание наркотиков в крови или моче);
- систематическое злоупотребление алкоголем с клиническими признаками алкогольной зависимости;
- нерегулярное посещение программы, отказ от контактов с врачом и психологом/психотерапевтом программы;

- совершение уголовно наказуемых деяний в период пребывания в программе, с возбуждением уголовного дела против участника программы;
- наличие подозрений в торговле нелегальными наркотиками;
- попытка несанкционированного выноса метадона из кабинета;
- проявление агрессии к другим участникам и персоналу программы.

#### 4.6. Технология проведения ММТ

Прием пациентов в программы осуществлялся специальными консультативными комиссиями по представлению врачей - наркологов, ответственных за проведение ЗТ.

В случае приема в программу ММТ с пациентами заключались так называемые «терапевтические контракты», в которых определялись ответственность наркологического учреждения и пациента в период проведения заместительной терапии.

Дальнейший процесс ММТ происходил в 2 этапа:

- 1 этап – подбор начальных дозировок метадона в стационаре в течение 3-5 дней;
- 2 этап - перевод и осуществление поддерживающего лечения в амбулаторных условиях.

Для каждого пациента разрабатывались индивидуальные планы обследования и лечения, предусматривающие ряд обязательных процедур, в частности:

- а) обследование на наличие гепатита В и С, ВИЧ-инфекции, венерических и других заболеваний;
- б) лечение медицинских осложнений и сопутствующих заболеваний;
- в) проведение мероприятий по психологической и социальной реабилитации.

Коррекция дозировок в амбулаторных условиях производилась врачом-наркологом программы, и каждые три месяца утверждалась консультативной комиссией.

В зависимости от планового или внепланового прекращения участия пациентов в программе ЗТ были отработаны 3 варианта детоксификации метадонем:

1. краткосрочная детоксификация (обычно в течение 10 дней) применялась при исключении пациентов из программы. Заключалась в быстром снижении дозировок до 5 мг с последующей выдачей 5 мг метадона в течение 3 дней, после чего выдача препарата прекращалась;

2. среднесрочная детоксификация (обычно в течение 1 месяца) применялась в случаях досрочного внепланового прекращения лечения по инициативе пациента. Заключалась в постепенном снижении дозировок метадона в течение месяца;

3. долгосрочная детоксификация (обычно в течение 3 - 4 месяцев) применялась в случаях планового завершения участия пациента в программах ЗТ.

---

---

В отдельных случаях, по согласованию с пациентом, применялась так называемая психофармакологическая модель детоксификации в стационарных условиях (с применением комбинаций психотропных и сильнодействующих препаратов, в сочетании с дегидратационной и витаминотерапией).

В случаях планового выхода из лечебной программы, в зависимости от установок пациента, с ним проводилась индивидуальная работа по мотивированию на участие в реабилитационных программах “drug free”.

#### 4.7. Дополнительные услуги

В рамках пилотных программ ЗТ, помимо выдачи метадона, были предусмотрены следующие виды дополнительных услуг.

1. Консультирование психологом-психотерапевтом. Участие в краткосрочном 8-часовом курсе групповой когнитивно-бихевиоральной психотерапии, проводимой 2 раза в неделю в течение 1 месяца.

2. Консультирование и помощь социального работника по индивидуальному плану.

3. Консультирование врачом - терапевтом и рекомендации по лечению сопутствующих соматических расстройств.

4. Проведение тематических семинаров для участников программы, их родственников.

5. Оказание правовой помощи (юрист правовой клиники «Адилет», 2004 г.).

6. Обеспечение презервативами. Получены по линии гуманитарной помощи от РО СПИД, в количестве 14400 штук, страна производитель: Пакистан, рег. № 0107110916, материал: латекс, срок годности: до 07.2006 г. (2002-2003 гг.)

7. Раздача информационных материалов.

### **5. Основные результаты реализации программ ММТ и оценка эффективности**

#### 5.1. Методы сбора и анализа информации

Для оценки медицинского состояния, личностно-психологического и социального статуса пациентов использовались статистический, клинический, лабораторный, патопсихологический, социологические методы.

5.1.1. Статистический анализ проводился по компьютерной базе данных, учитывающей следующие параметры:

- общие сведения (паспортные и другие данные);
- наркологический анамнез;
- соматические расстройства;
- психические расстройства;
- правонарушения;
- рискованное поведение (в отношении ВИЧ-инфицирования);
- наличие ВИЧ/СПИДа и гепатитов;

- социальные характеристики и их динамика (занятость, семейное положение, наличие/отсутствие документов, удостоверяющих личность, жилищные условия и др.);

- побочные эффекты метадоновой терапии;
- динамика дозировок метадона;
- результаты тестирования на употребление других наркотиков (героин, каннабис) и бензодиазепинов (диазепам и др.);
- прекращение участия в программе с указанием его причин.

5.1.2. Клинический анализ проводился по данным истории болезни, динамике соматоневрологического и психического статусов.

5.1.3. Лабораторный анализ включал изучение результатов исследования крови и мочи на содержание нелегальных наркотических веществ, а также результатов тестирования на ВИЧ-инфекцию.

5.1.4. Экспериментально-психологическое исследование проводилось с использованием следующих методик:

- определение уровня личностной и ситуативной тревоги по методике Спилбергера-Ханина;
- определение уровня интеллекта по шкале Равена;
- изучение фрустрационных реакций по методике Розенцвейга;
- диагностика показателей и форм агрессии по методике Басса-Дарки.

5.1.5. Социологические исследования проводились с использованием следующих опросников:

- профиль качества жизни;
- опросник по изучению инъекционного и сексуального поведения;
- форма уточнения проблем пациента;
- оценка удовлетворенности лечением;
- опросник для родственников для оценки изменений пациентов.

#### 5.2. Общие показатели программ ММТ

В таблице 4 представлено общее количество всех случаев приема пациентов в программы ММТ в период с 2002 по 2004 годы, что составило 304 случая или примерно 6% охвата от всего количества учтенных инъекционных потребителей наркотиков или 0,6% охвата относительно оценочного количества инъекционных потребителей наркотиков. Здесь следует уточнить, что в задачи пилотных программ ММТ не входил максимальный охват ИПН.

Количество постоянных пациентов программ на конец каждого года существенно превышало запланированное количество (100 человек), что свидетельствует о востребованности лечебной программы.

В 2002 году в программах ММТ принимало участие 108 пациентов (на 8% больше запланированного), в 2003 году – 152 пациента (превышение проектной мощности на 52%), в 2004 году - 138 пациентов, что на 38% больше запланированного.

## Общие статистические данные по программам ММТ

	2002 г.	2003 г.	2004 г.
1. Количество всех случаев приема в программы ЗТ, начиная с апреля 2002г.	121/24*	235/33	304/41
г. Бишкек	61/14	98/17	133/21
г. Ош	60/10	137/16	171/20
2. Количество пациентов, участвующих в программе на конец года	108/13	152/25	138/21
г. Бишкек	56/14	64/13	70/12
г. Ош	52/9	88/12	68/9
3. Количество пациентов, принятых в программу за год	121/24	114/9	69/8
г. Бишкек	61/14	36/3	35/4
г. Ош	60/10	77/6	34/4
4. Количество пациентов, выбывших из программы в месяц (в год)	13/1	69/7	83/11
г. Бишкек	5	28	29
г. Ош	8	41	54

\* количество эсценцин

Количественное соотношение вновь принятых пациентов и выбывших из программы выглядело следующим образом:

- в 2002 г. принято 121, выбыло 13 пациентов;
- в 2003 г. принято 114, выбыло 69;
- в 2004 г. принято 69, выбыло 83.

Так как исследовательская база данных была составлена только на пациентов г. Бишкек, то нижеприводимые данные основаны на результатах изучения 121 пациента программы ММТ в Республиканском центре наркологии.

Первые запланированные для приема 50 пациентов были приняты в программу в течение очень короткого срока - всего 4 месяцев со дня начала программы, т.е., в среднем, в течение одного месяца в программу принималось по 13 новых пациентов. Такой интенсивный темп набора пациентов является очевидным доказательством высокой востребованности программы заместительной поддерживающей терапии и больших ожиданий, связанных с ее внедрением, в среде наркопотребителей.

В дальнейшем прием новых пациентов был ограничен проектной мощностью и недостаточными запасами метадона. Следующие 50 новых пациентов были приняты в программу в течение 17 месяцев, в среднем, менее 3 новых пациентов в месяц.

Новые пациенты, последние 21 человек, приняты в течение 14 месяцев, что в среднем составляет менее 2 пациентов в месяц.

К настоящему моменту число пациентов, участвующих в программе более 1 года, составило 45 человек или 37,2% относительно общего количества случаев. Число пациентов, продолжающих лечение более 2 лет, составило 22,3%. Отдельные пациенты продолжают участие в программе ММТ в течение 3

лет. Средняя продолжительность участия в программе составляет 5,5-6 месяцев.

Изучение общего и наркологического анамнеза показало, что из них мужчин - 83,1%, женщин - 16,9%. Средний возраст составляет 37,2 года, средний возраст начала потребления наркотиков - 17 лет, средний возраст начала потребления опиатов - 20 лет, средний стаж потребления наркотиков - 13 лет.

До приема в программу 65,4% пациентов состояли на наркологическом учете и 34,6% были взяты на учет непосредственно перед приемом в программу.

Подавляющее большинство пациентов - 88,5% до обращения в программу ММТ имели опыт безуспешного лечения другими методами в наркологических стационарах или у частнопрактикующих врачей - наркологов.

Практиковали рискованное совместное употребление наркотиков 34,6% пациентов, а 6,9% употребляли уже приготовленный раствор наркотика.

Большинство пациентов - 59,2%, ранее имели судимость, из них 83,1% по делам, связанным с наркотиками.

По результатам экспериментально-психологического исследования составлен обобщенный «портрет» пациента программы ММТ в Бишкеке. Типичный пациент программы выглядит следующим образом.

Интеллектуальные способности соответствуют среднему уровню, отмечается высокий уровень личностной тревоги, сниженный уровень самооценки, выраженное чувство вины, сочетающееся с высоким уровнем агрессии и негативизма, экстрапунитивной (внешнеобвиняющей) позицией, требовательностью к окружающим, стремлением подключить других к решению проблемных ситуаций, доминированием негативных тенденций в построении взаимоотношений с окружающими.

### 5.3. Побочные эффекты метадона и их динамика

В рамках пилотных программ ЗТ было предусмотрено также изучение побочных эффектов метадона. Исследование проведено в течение одного года со времени начала программы у первых 50 пациентов.

Среди первых 50 пациентов программы ММТ в г. Бишкек в течение первого месяца участия в программе были зарегистрированы следующие побочные эффекты метадона: а) тошнота (36%); б) запоры (36%); в) потливость (22%); г) рвота (18%); д) сексуальная дисфункция (6%); е) кожный зуд (6%).

Указанные расстройства имели различную продолжительность с тенденцией к уменьшению. Через год участия в программе пациенты упоминали о запорах (10%), потливости (125%), кожном зуде (10%) и сексуальной дисфункции (4%) в гораздо меньшей степени.

Все указанные побочные эффекты имели не резко выраженную интенсивность и сами по себе не причиняли значительного дискомфорта. Здесь уместно отметить, что большая часть пациентов, сообщавших о побочных эффектах метадона, была из числа тех, кто допускал параллельное потребление нелегальных наркотиков или других психотропных

или сильнодействующих веществ в период их участия в лечебной программе.

В целом, исследование подтвердило научно доказанные факты малой токсичности и хорошей переносимости метадона.

### 5.4. Оценка эффективности программ ММТ

Оценка эффективности программ оценивалась по следующим параметрам:

1. динамика статистических показателей участия в программах ММТ (процент планового завершения лечения, процент удержания пациентов в программах ММТ в течение года или уровень достижения у пациентов состояния контролируемой зависимости и др.);

2. клинические проявления и динамика синдрома отмены (клинических соматоневрологических и психопатологических параметров);

3. динамика зависимости от опиатов (психопатологических, личностно-психологических и поведенческих параметров и др.).

#### 5.4.1. Динамика статистических показателей участия в программах ММТ

Таблица 5.

*Количество случаев прекращения участия в программах ММТ*

	2002	2003	2004	Всего	%
<b>ВСЕГО</b>	<b>13</b>	<b>69</b>	<b>83</b>	<b>165</b>	<b>54,3</b>
г. Бишкек	5	28	29	62	20,4
г. Ош	8	41	54	103	33,9
в т.ч. завершили лечение в плановом порядке	4	27	33	64	21
г. Бишкек	-	10	12	22	16,5
г. Ош	4	17	21	42	24,6
в т.ч. внеплановое прекращение лечения	5	15	27	47	15,5
г. Бишкек	2	6	5	13	9,8
г. Ош	3	9	22	34	19,9
в т.ч. привлечены к уголовной ответственности	2	20	19	41	13,5
г. Бишкек	1	9	2	12	3,9
г. Ош	1	11	17	29	9,5
в т.ч. исключены	2	2	5	9	3,0
г. Бишкек	2	2	3	7	2,3
г. Ош	-	-	2	2	0,7
в т.ч. умерло	-	4	4	8	2,6
г. Бишкек	-	1	2/0	3	1,0
г. Ош	-	3	2/1	5	1,6

Таблица №5 показывает, что завершение участия и выход из лечебной программы происходили по разным причинам, среди которых основными являлись следующие (перечисление по мере снижения частоты).

1. Выход из программы в результате планового завершения лечения по согласованному решению врача и пациента. Подобный вариант выхода из программы в заранее оговоренные сроки свидетельству-

ет о полном выполнении индивидуального плана лечения для данного пациента и достижении желаемого эффекта от лечения.

Удельный вес таких случаев составил 21%, иными словами, не менее чем у 2/5 части пациентов программ ММТ наступило такое улучшение физического, психического состояния и социального функционирования, которое позволило перевести их с контролируемого потребления на полное прекраще-

---

---

ние потребления наркотических веществ с перспективой длительной ремиссии.

В программе ММТ, реализуемой в ООНД, процент успешного завершения лечения по данному критерию оказался выше, чем у пациентов РЦН - 24,6% против 16,5%.

2. Внеплановый выход из программы ММТ по одностороннему решению пациента. Такой вариант завершения лечебного процесса свидетельствует о неполном выполнении индивидуального плана лечения, и, соответственно, недостаточной, «неполной» эффективности программ ММТ для пациентов.

Удельный вес таких случаев составил в среднем 15,5%, при этом в ООНД процент таких случаев оказался в два раза выше, чем в РЦН - 19,9% против 9,8%.

С другой стороны, даже в этих случаях, отслеживание дальнейшей судьбы некоторых пациентов показывает, что у немалой их части в дальнейшем отмечалась ремиссия в течение 1-1,5 лет, т.е. не для всех больных данной группы можно говорить о малоэффективности ММТ.

3. Третьей причиной выхода из программы явилось привлечение пациентов к уголовной ответственности в период их участия в программах ММТ, т.е. у некоторой части пациентов сохранялось криминальное поведение (не обязательно связанное с наркотиками), которое привело к возбуждению против них уголовного дела и аресту. Расценивать приведенный показатель можно двояким образом. С одной стороны можно говорить о полной неэффективности программы ММТ для данных пациентов, с другой стороны, участие этих пациентов в программах ММТ было прервано до того, как у них начались позитивные изменения в ранее усвоенных моделях поведения.

Процент пациентов, выбывших по данной причине, составил 13,5%. В Оше он оказался выше, чем в Бишкеке – 9,5% против 3,9%, соответственно, в городе Оше эффективность ММТ по данному параметру оказалась ниже, чем в г. Бишкеке.

4. Следующей причиной прекращения лечения являлось нарушение пациентами условий участия в программах ММТ, причем нарушения носили такой характер, что делали невозможным продолжение лечебного процесса (например, грубая агрессия против персонала или попытка несанкционированного выноса метадона). В таких случаях так же, как и в предыдущем случае, можно говорить о неэффективности ММТ.

Удельный вес пациентов, исключенных из программ ММТ, составил в среднем 3%. При этом, процент исключенных из программы в г. Бишкеке оказался выше, чем в г. Оше (2,3% против 0,7%), что косвенно свидетельствует о более жестком отношении в РЦН к пациентам, допускающим грубые нарушения правил участия в лечебной программе. В ООНД, разумеется, допустимо предположить более толерантное отношение к такого рода нарушениям, нарушения имеют место.

5. Наименьший процент прекращения лечения приходится на случаи смерти пациентов. Общее количество составило 8 случаев или 2,6%.

Анализ причин летальности показал, что смертность была связана с имеющимися тяжелыми соматическими заболеваниями и аффективными депрессивными расстройствами после обнаружения положительного ВИЧ-статуса. Так как, все случаи смерти пациентов не были непосредственно связаны с действием метадона и программой поддерживающего лечения метадона, то это исключает возможность интерпретации данных случаев применительно к программе заместительной поддерживающей терапии.

6. Остальные 45,4% пациентов ко времени подготовки настоящего отчета продолжают свое участие в программах ММТ и можно говорить о стабильном состоянии контролируемой зависимости у них, т.е. выполнении одной из задач, поставленных перед программами. В сравнительном аспекте число пациентов с контролируемой зависимостью в г. Бишкеке составляет 52,6%, в г. Оше - 39,7%.

7. Суммирование случаев контролируемой зависимости и случаев планового завершения лечебной программы дает цифру условной эффективности программ для 66,4% пациентов в целом по республике, в т.ч. для 69,1% в Бишкеке и 64,3% пациентов в Оше, в частности.

8. Суммирование случаев завершения участия в программах ЗТ, которые произошли в результате привлечения участников к уголовной ответственности и случаев исключения из них, позволяет говорить об относительной неэффективности программ ММТ для 16,5% пациентов, в т.ч. в г. Бишкек - 6,2%, в г. Ош - 10,2%.

9. В городах Бишкек и Ош были зарегистрированы случаи повторного приема в программы ММТ. Подобные случаи являлись очевидным доказательством рецидива наркопотребления, наступившего спустя некоторое время после завершения лечения.

Удельный вес случаев доказанного рецидива составил, в среднем, 10,9%, относительно числа пациентов, завершивших лечение.

Средняя продолжительность ремиссии у данных пациентов составила 5,7 месяца.

С другой стороны возвращение в программы ЗТ может служить также и показателем доверия и приемлемости программ заместительной терапии для лиц с зависимостью от опиатов (Таблица № 6).

#### 5.4.2. Синдром отмены опиатов. Динамика синдрома.

Синдром отмены является одним из проявлений зависимости от психоактивных веществ и развивается при прекращении поступления наркотического вещества в организм. Диагноз состояния отмены опиатов может быть поставлен при наличии любых трех признаков из числа следующих (МКБ-10):

## Повторный прием в программы ЗТ

	2002	2003	2004	ВСЕГО случаев повторного приема	ВСЕГО случаев выхода из программы	Процентное отношение к общему числу пациентов	Процентное отношение к числу пациентов завершивших лечение
ВСЕГО	-	-	18	18	165	5,9	10,9
Бишкек	-	-	8	8	62	6	12,9
Ош	-	-	10	10	103	5,8	9,7

1. сильное желание принять опиоидное средство;
2. риноррея или чихание;
3. слезотечение;
4. мышечные боли или судороги;
5. абдоминальные судороги;
6. тошнота или рвота;
7. диарея;
8. мидриаз;
9. образование «гусиной кожи» или периодический озноб;
10. тахикардия или гипертензия;
11. зевота;
12. беспокойный сон.

В задачи исследования входило: подтверждение известного и научно доказанного факта влияния метадона на синдром отмены опиатов и изучение динамики синдрома отмены опиатов в зависимости от дозировки метадона.

**Результаты:**

Была изучена 121 история болезни в г. Бишкеке и выделены 2 группы пациентов: а) поступившие в стационар в состоянии отмены опиатов, б) поступившие в стационар без признаков синдрома отмены. По результатам исследования получены следующие данные, касающиеся динамики синдрома отмены опиатов.

1. У тех пациентов, которые поступали в стационар в состоянии отмены, редукция клинических признаков синдрома отмены опиатов начиналась спустя 4 часа после получения первой дозы метадона. Полное купирование синдрома отмены происходило в течение 24-36 часов при дозировках от 20 до 40 мг. В дальнейшем, в течение 3 суток пребывания в стационаре, пациенты практически не предъявляли жалоб, характерных для синдрома отмены. Отсутствие жалоб сочеталось с отсутствием также и клинических признаков отмены опиатов.

2. Описанная динамика состояния опиатной отмены позволяет сделать вывод, что метадон действительно обладает способностью воздействовать на патогенетические механизмы развития синдрома отмены и купировать его.

3. У пациентов, госпитализированных в стационар без признаков синдрома отмены опиатов, динамика состояния была такова. На фоне приема на-

чальных доз метадона, синдром отмены либо вовсе не развивался, либо проявлялся минимальными вегето-сосудистыми нарушениями без болевого и аффективного компонентов в течение первых 1,5-2 суток пребывания в стационаре. В дальнейшем, начиная со вторых суток пребывания в стационаре, клинические проявления синдрома отмены опиатов у пациентов исчезали и отсутствовали вплоть до выписки из стационара.

4. Описанная динамика синдрома отмены у пациентов программы ММТ позволяет подтвердить способность метадона предупреждать развитие синдрома отмены у больных с зависимостью от опиатов.

5. В последующем, в период амбулаторного приема метадона, синдром отмены опиатов у пациентов не регистрировался. Исключение составляли случаи параллельного потребления нелегальных наркотиков, что подтверждалось результатами тестирования мочи.

## 5.4.3. Зависимость от опиатов и ее динамика

В соответствии с МКБ-10 диагноз зависимости от опиатов может быть выставлен при наличии трех или более, периодически повторяющихся, признаков в течение 12 месяцев, из числа следующих:

1. потребность в приеме опиатов (влечение к наркотикам);
2. нарушение способности контролировать прием наркотического вещества;
3. развитие физиологического состояния отмены при прекращении потребления опиатов;
4. повышение толерантности (устойчивости) к наркотическому веществу;
5. забывание альтернативных интересов и потребностей в пользу потребления наркотиков;
6. продолжающееся потребление наркотического вещества, несмотря на вредные последствия от его потребления.

В рамках пилотных проектов ММТ предусматривались изучение и оценка влияния метадона на опиатную зависимость по следующим параметрам:

1. восстановление способности к контролю приема наркотических веществ;
2. восстановление альтернативных интересов;
3. прекращение потребления опиатов.

---

---

## Результаты

Была изучена 121 история болезни пациентов программы ММТ в г. Бишкеке.

1. Способность контролировать прием наркотического вещества и своего поведения, связанного с наркотиками, определялась по частоте случаев пропусков приема метадона в течение всего времени участия в программе.

По результатам исследования установлено, что процент участников, не допустивших ни одного пропуска приема лекарственного препарата, составил 20,7%. Можно утверждать, учитывая слабо организованный, хаотический образ жизни потребителей наркотиков, что у указанного числа пациентов произошло такое восстановление контроля над своим поведением, связанного с наркотиками, что они оказались способными к точному соблюдению установленных правил, касающихся ежедневного приема метадона в указанное время.

Приведенная цифра практически совпадает с числом лиц, успешно завершивших участие в лечебной программе в плановом порядке, т.е. для которых программы ММТ обнаружили высокую эффективность (21%).

У остальных пациентов отмечались пропуски различной частоты и в этих случаях сложно говорить о существенном восстановлении контроля над своим поведением, в том числе, связанного с наркотиками.

2. Восстановление альтернативных интересов было изучено у 50 первых пациентов программы ММТ в г. Бишкеке и определялось по ряду показателей, в частности:

- трудоустройство;
- восстановление семейных отношений;
- восстановление документов;
- отказ от криминального поведения.

В результате исследования установлено, что уровень незанятости, среди первых 50 пациентов программы в течение года участия в программе ММТ в г. Бишкеке, снизился с 64% до 16%, соответственно доля лиц, устроившихся на работу, увеличилась с 36% до 84%. Такая положительная динамика показателя трудоустройства однозначно свидетельствует о серьезном восстановлении альтернативных интересов, которые прежде были замещены влечением к потреблению наркотиков.

Процент пациентов восстановивших семейные отношения увеличился с 28% до 30%, а удельный вес разведенных уменьшился с 34% до 28%. Также уменьшился удельный вес пациентов, не имеющих собственной семьи - с 20% до 12%.

Более 90% пациентов в беседах с врачами отмечали улучшение взаимоотношений в семье. Эти данные также служат свидетельством постепенного восстановления социального функционирования пациентов.

Показатель восстановления документов, удостоверяющих личность пациента, через год участия в программе увеличился с 62% до 84%, что также свидетельствует о повышении диапазона социальной и личностной активности пациентов и его интересов.

Дополнительными свидетельствами реабилитации и ресоциализации личности и расширения диапазона интересов могут служить факты восстановления в высших учебных заведениях - 2%, завершения обучения на профессиональных курсах 6% участников.

Показатель криминального поведения по доказанным фактам совершения правонарушений и привлечения к уголовной ответственности составил 13,5% по двум программам. Для сравнения - уровень судимости среди пациентов г. Бишкека до их поступления в программу составлял 59,2%. Приведенный показатель является также свидетельством того факта, что почти 86% пациентов в период участия в программе вели просоциальный образ жизни и не допускали противоправных действий.

3. Прекращение потребления нелегальных наркотиков.

Контроль потребления нелегальных наркотиков осуществлялся путем выборочного тестирования мочи пациентов на содержание морфина и марихуаны в период их участия в программе.

Количество больных, у которых не было зарегистрировано ни одного случая обнаружения героина в моче, составило 27 человек или 22,3% из 121 пациента программы ММТ в Бишкеке.

Обращает внимание, что приведенный процент совпадает с удельным весом пациентов, успешно завершивших программу лечения (21%) и восстановивших контроль над своим поведением (20,7%).

Также установлено, что у 11,6% пациентов в более чем половине случаев тестирования мочи на героин отмечены положительные результаты, что можно считать свидетельством неэффективности программ ММТ для указанной группы пациентов.

На диаграммах 1 и 2 показана динамика положительных результатов тестирования мочи на героин в 2002 и 2003 годах.

Диаграммы продемонстрируют, что диапазон положительных тестов на героин в течение первого года варьировал от 46,8% до 2,8%, а на второй год участия – от 8,6% до 47%. При этом, в первый год результаты тестирования имели отчетливую регрессивную динамику, а во второй год определенной тенденции не определялось. Расхождение в тенденциях объясняется тем, что в первый год проводилось сплошное тестирование каждый месяц, а во второй год - тестирование носило выборочный и случайный характер. Естественно, сплошное тестирование, будучи проявлением, более жесткого контроля над поведением пациен-

Результаты тестирования на употребление героина в г. Бишкеке

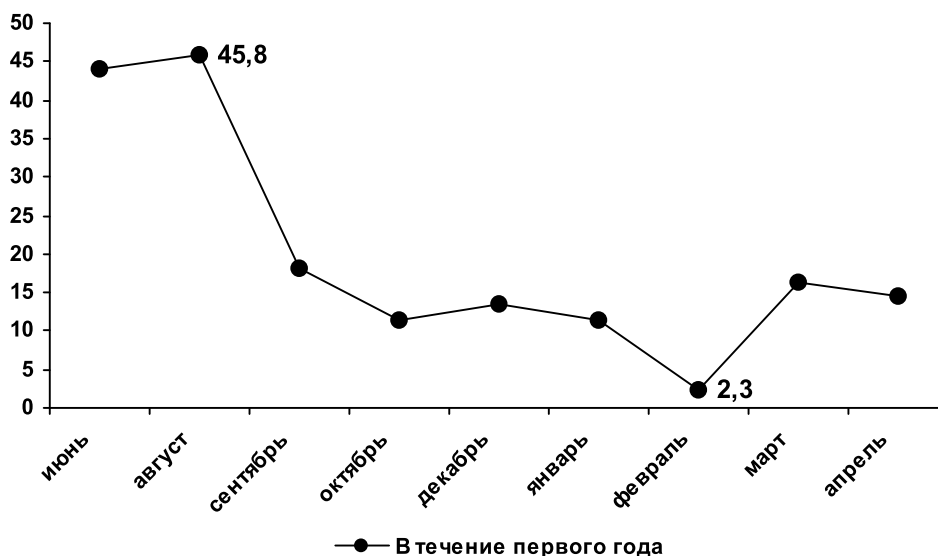
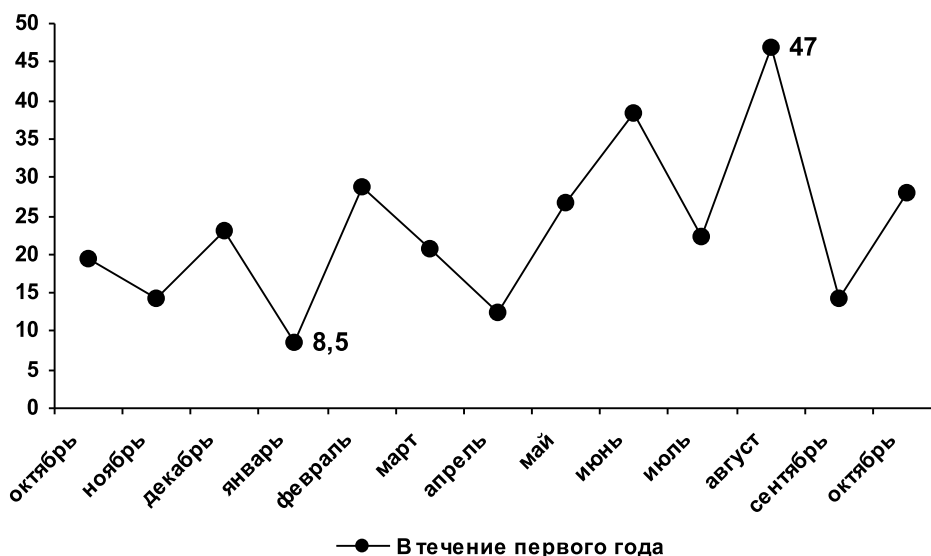


Диаграмма 2.

Результаты тестирования на употребление героина в г. Бишкеке



тов, способствовало отчетливому снижению случаев параллельного потребления нелегальных наркотиков.

На основании приведенных данных можно сделать вывод о том, что изучение влияния метадона на опиатную зависимость по приведенным выше показателям подтверждает высокую эффективность программ ММТ у 20 - 22% пациентов и низкую эффективность примерно у 12% пациентов.

В остальных 66 - 68% случаев можно говорить об относительной эффективности программ ММТ по указанным параметрам зависимости.

#### 6. Публикации, доклады, тренинги

По результатам программ заместительной терапии в Кыргызской Республике имеются следующие публикации.

1. Асанов Т. К. «Успех лечения метадонем в Кыргызстане» // Новости снижения вреда. Информационный бюллетень Международной программы снижения вреда, Нью-Йорк, 2003, выпуск 4, номер 2, с. 8 - 10.

2. Асанов Т. К. Заместительная поддерживающая терапия метадонем в Кыргызской Республике / «Снижение уязвимости инъекционных потребителей наркотиков в Кыргызской Республике (материалы)

лы конференции, г. Ош, 29 - 30 мая 2003 г.)» // Бишкек, 2004.- с.16 - 23.

3. Асанов Т. К. Перспективы поддерживающей терапии метадон в Кыргызской Республике // «Снижение уязвимости инъекционных потребителей наркотиков в Кыргызской Республике (материалы конференции, г. Ош, 29 - 30 мая 2003 г.)» // Бишкек, 2004.- с. 45-48.

4. Асанов Т. К. «Заместительная терапия в Кыргызской Республике» // Наркология и аддиктология (Сб. научных трудов) // Казань, 2004, с. 32 - 53.

5. Бурханов М. М. Подготовительно-организационные аспекты проекта «Заместительная метадонная терапия в г. Ош» // «Снижение уязвимости инъекционных потребителей наркотиков в Кыргызской Республике (материалы конференции, г. Ош, 29-30 мая 2003 г.)» // Бишкек, 2004.- с. 23 - 26.

6. Бурханов М. М. Медицинские аспекты проекта «Заместительная метадонная терапия в г. Ош» / «Снижение уязвимости инъекционных потребителей наркотиков в Кыргызской Республике (материалы конференции, г. Ош, 29-30 мая 2003 г.)» // Бишкек, 2004.- с. 43 - 45.

7. Есенаманова А.Т. Медицинский аспект программы поддерживающей терапии метадон в г. - Бишкек // «Снижение уязвимости инъекционных потребителей наркотиков в Кыргызской Республике (материалы конференции, г. Ош, 29-30 мая 2003 г.)» / Бишкек, 2004.- с. 26 - 35.

8. Менделевич В. Д., Субата Э., Асанов Т. К., Власенко Л. В. «Опыт заместительной терапии в странах бывшего СССР и его применимость в России» / Менделевич В. В. Проблема наркомании в России: столкновение интересов специалистов, пациентов, общества и власти // Казань, 2004, с. 198 - 216.

9. Парпиева А. Р. Психосоциальная реабилитация в программе заместительной терапии метадон в г. Бишкек // «Снижение уязвимости инъекционных потребителей наркотиков в Кыргызской Республике (материалы конференции, г. Ош, 29-30 мая 2003 г.)» // Бишкек, 2004.- с.35-43.

Отдельные результаты реализации программ ММТ в Кыргызской Республике были представлены на международных конференциях в г. Любляна (Словения, 2002), г. Щецин (Польша, 2002), г. Чанг-Май (Таиланд, 2003), г. Ош (Кыргызстан, 2003), г. Тбилиси (Грузия, 2003), г. Казань (Россия, 2004), г. Киев (Украина, 2004г.), г. Варшава (Польша, 2005).

Опыт Республиканского центра наркологии по внедрению метода заместительной терапии метадон был использован для обучения врачей - наркологов из других стран постсоветского пространства. В частности, в Кыргызской Республике были проведены следующие конференции и тренинги.

В мае 2003г. в г. Оше проведена международная конференция «Снижение уязвимости потребителей

наркотиков в Кыргызской Республике», на которой были представлены основные результаты реализации программ ММТ в городах Бишкек и Ош.

В декабре 2003 г. проведен обучающий семинар по заместительной терапии для врачей, медсестер и фармацевтов из Алматы, Павлодара, Караганды (Республика Казахстан), Душанбе (Таджикистан).

В мае 2004 г. проведен тренинг- семинар по ЗТ для врачей - наркологов Белоруссии.

В июле 2004 в Бишкеке была проведена международная конференция «Региональный опыт в реализации программ снижения вреда в странах Центральной Азии», в ходе которой участники были ознакомлены с программой ММТ в РЦН.

В сентябре 2004 г. проведен ознакомительный визит в программу ММТ в РЦН представителей стран Центральной Азии и координаторов программ профилактики ВИЧ/СПИДа из стран СНГ.

В апреле 2005 г. проведен тренинг - семинар по ЗТ для врачей - наркологов и врачей - инфекционистов Узбекистана.

## 7. Выводы

Клинические испытания метадона, в качестве средства для заместительной терапии при зависимости от опиатов, позволяют сделать следующие выводы:

1. Является доказанным и признанным, что метадон является веществом, выпускаемым медицинской промышленностью и во всех странах используется в медицинских целях.

2. Метадон действительно обладает способностью эффективно купировать синдром отмены опиатов, следовательно, является фармакологическим средством, воздействующим на патогенетические механизмы развития зависимости.

3. Метадон, назначаемый и применяемый в терапевтических дозировках не обнаруживает токсических эффектов и, при его применении, отмечаются минимальные побочные эффекты транзиторного (преходящего) характера.

4. Использование метадона в качестве средства для поддерживающей заместительной терапии позволяет перевести пациента на контролируемое потребление наркотиков и осуществлять лечебно - реабилитационные вмешательства, направленные на прекращение потребления наркотиков, улучшение качества жизни и социального функционирования, в т.ч. направленные на снижение уровня рискованного инъекционного поведения и заражения инфекциями, передающимися через кровь (гепатиты В, С, D, ВИЧ - инфекция).

5. Исходя из результатов, полученных в ходе реализации пилотных программ заместительной терапии метадон, можно признать:

- высокую эффективность программ ММТ для 20 - 22% пациентов;
- недостаточную эффективность ММТ для 15 - 16% пациентов;

- неэффективность программ ММТ для 12 - 16% пациентов;
- можно говорить об относительной (условной) эффективности программ ММТ примерно у 45 - 50% пациентов.

Под эффективностью терапии понимается, с одной стороны - достижение воздержания от потребления наркотиков, с другой стороны - снижение серьезных рисков для здоровья индивидуумов и общественного здравоохранения, связанных с потреблением наркотиков.

Приведенная цифра 20 - 22% высокой эффективности программ ММТ совпадает с данными М. JKreek (2000) о 20% высокой эффективности программ ММТ для пациентов по истечении одного года.

6. Установление жесткого контроля мочи на содержание нелегальных наркотиков способствует сокращению потребления нелегальных наркотиков и позитивному изменению поведения, и, наоборот, послабление контроля, повышает частоту параллельного потребления психоактивных веществ, в т.ч. нелегальных наркотиков.

7. Длительное участие в лечебной программе ММТ позволяет дополнительно использовать другие методы лечения для пациентов, в частности, психотерапевтических и фармакологических (в том числе антиретровирусную терапию для ВИЧ - инфицированных пациентов).

8. Результаты клинических испытаний метадона позволяют считать, что использование метадона при зависимости от опиатов является использованием названного препарата в медицинских целях, т.к. направлено на купирование и предупреждение развития синдрома отмены, а также предупреждение осложнений в виде инфекций, передаваемых через кровь. Дополнительным доказательством медицинского характера использования метадона является улучшение качества жизни и социального функционирования пациентов, что является одним из компонентов здоровья, как оно определяется ВОЗ.

## 8. Предложения и рекомендации

На основании результатов реализации пилотных программ заместительной поддерживающей терапии метадон в Кыргызской Республике рекомендуется следующее.

1. Метадон должен быть рекомендован для использования в качестве средства для заместительной поддерживающей терапии при опиатной /опиоидной зависимости.

2. Заместительная терапия должна быть признана научно обоснованным методом, разрешенным к применению в медицинских целях в практике оказания специализированной наркологической помощи в Кыргызской Республике, как средства лечения и реабилитации лиц с опиоидной зависимостью, использующих инъекционный способ введения наркотика в организм.

3. Для обеспечения необходимой квалификации врачебного, среднего медицинского и иного персонала программ ММТ рекомендуется внедрение в учебные курсы обучение методике проведения заместительной терапии при зависимости от опиатов.

4. Для обеспечения нормативного правового обеспечения проведения заместительной терапии при зависимости от опиатов/опиоидов рекомендуется разработка и утверждение Министерством здравоохранения клинических протоколов, а также внесение соответствующих изменений в правила прописывания, хранения, учета и использования наркотических средств в наркологических учреждениях Кыргызской Республики.

5. Учитывая возможности применения дополнительных психотерапевтических и фармакологических методов лечения как самой зависимости, так и сопутствующих заболеваний и/или осложнений, рекомендуется разработка нормативного правового обеспечения для подключения антиретровирусной терапии для больных ВИЧ/СПИДом, участвующих в программах заместительной поддерживающей терапии.

6. Для обеспечения необходимого мониторинга и оценки эффективности программ ММТ должны быть продолжены исследования по разработке критериев эффективности и правил проведения заместительной терапии в различных ее вариантах.

7. С целью сокращения финансовых издержек и бремени для общественного здравоохранения от ущерба, связанного с потреблением наркотиков, рекомендуется значительное расширение существующих и внедрение новых программ заместительной поддерживающей терапии как в гражданском здравоохранении, так и в пенитенциарной системе.

## Использованные сокращения

ВОЗ - Всемирная Организация Здравоохранения  
УООННП - Управление ООН по наркотикам и преступности

ЮНЕЙДС - Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу

ПРООН - Программа развития ООН

МЗ КР - Министерство здравоохранения Кыргызской Республики

АКН - Агентство Кыргызской Республики по контролю наркотиков

МВД - Министерство внутренних дел Кыргызской Республики

РЦН - Республиканский центр наркологии

ООНД - Ошский областной наркологический диспансер

РО СПИД - Республиканское объединение СПИД

ИПН - инъекционные потребители наркотиков

ЗТ - заместительная терапия

ММТ - methadone maintenance therapy или поддерживающая заместительная терапия метадон

ВИЧ - вирус иммунодефицита человека  
СПИД - синдром приобретенного иммунодефицита

ЛААМ - Лево альфа ацетилметадол  
АН - группы самопомощи «Анонимные наркоманы»

## 9. Библиография

1. Доклад за 2002 год, МККН// ООН, Нью-Йорк, 2003, 100 с.
2. Наркотики в Центральной Азии // Бишкек, 2003, 76 с.
3. Совместная позиция ВОЗ, УООННП, ЮНЕЙДС «Заместительная поддерживающая терапия в ведении пациентов с опиоидной зависимостью и профилактике ВИЧ-инфекции и СПИДа», 2004, 37 с.  
Документ доступен в Интернете по следующим адресам:
  - [http://www.who.int/substance\\_abuse/](http://www.who.int/substance_abuse/)
  - <http://www.unodc.org>
  - <http://www.unaids.org>
4. Principles for preventing HIV infection among drug users// WHO. Regional office for Europe, 1999.
5. Веселовская Н. В., Коваленко В. Е. Наркотики. Свойства, действие, фармакокинетика, метаболизм / М. 2000, 206 с.
6. Метадон. Пособие по метадону и его применению для врачей и работников здравоохранения, п.р. Э.Престон.
7. Э. Субата, Заместительная терапия метадоном. Информация и рекомендации для работников здравоохранения. Вильнюс, 2001.
8. Фармакологические подходы к лечению опиоидной зависимости. Сборник научных статей. Киев, 2001, 166 с.
9. Инвестиции в лечение наркомании: документ для обсуждения на уровне лиц, ответственных за разработку политики. Управление ООН по наркотикам и преступности //ООН, Нью-Йорк, 2003, 38 с.
10. Современные методы лечения наркомании: обзор фактических данных Управление ООН по наркотикам и преступности //ООН, Нью-Йорк, 2003, 24 с.
11. Снижение уязвимости инъекционных потребителей наркотиков в Кыргызской Республике: материалы конференции (г. Ош, 29-30 мая 2003 г.) // Бишкек, 2004, 64 с.
12. Асанов Т. К. «Успех лечения метадоном в Кыргызстане» // Новости снижения вреда // Информационный бюллетень Международной программы снижения вреда, Нью-Йорк, 2003, выпуск 4, номер 2, стр. 8-10;
13. Асанов Т. К. «Заместительная терапия в Кыргызской Республике»// Наркология и аддиктология (сборник научных трудов) // Казань, 2004, стр. 32 - 53;
14. Менделевич В. Д., Субата Э., Асанов Т. К., Власенко Л. В. «Опыт заместительной терапии в странах бывшего СССР и его применимость в России» // Менделевич В. В. Проблема наркомании в России: столкновение интересов специалистов, пациентов, общества и власти//Казань, 2004, стр. 198-216.
15. David R. Gibson, Neil M. Flynn, John J. McCarty. «Эффективность метадоновой терапии и снижение риска заражения ВИЧ среди лиц, употребляющих инъекционные психоактивные вещества» //Обзор современной психиатрии. Вып. 8 (4), год 2000 // Киев, 2000, стр.80 - 92
16. A. Verster, E. Buning. Methadone. Guidelines. Eurometwork, 2000// <http://www.q4q.nl/network>.
17. Subata E. Paving the way for substitution treatment in Eastern Europe and Central Asia// 14<sup>th</sup> International Conference on the Reduction of Drug Related Harm, 6-10 April, 2003, Chiang May, Thailand, p.262

## ПРОТОКОЛЫ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИИ ОПИОИДАМИ

А. В. Грузман, Г. А. Садвакасова, Б. Е. Тулегенова

г. Павлодар

Несмотря на большое количество научных публикаций, касающихся вопросов лечения опиоидной зависимости (опийная наркомания), вопрос о целесообразности и предпочтительности использования в ее лечении тех или иных препаратов из

различных фармакологических групп остается недостаточно изученным. Поэтому разработка эффективных фармакологических схем коррекции психических и поведенческих расстройств возникающих вследствие злоупотребления опиоидами

---

---

остаётся актуальной проблемой современной наркологии.

В данной работе представлены поэтапные (абстинентный синдром, ранний постабстинентный период) фармакологические протоколы лечения психических и поведенческих расстройств, возникающих вследствие злоупотребления опиоидами.

Протоколы составлены на основании опыта, полученного в отделениях медикаментозной коррекции и реабилитации Республиканского научно-практического центра медико-социальных проблем наркомании.

### **1. Купирование абстинентного синдрома.**

Длительность острого периода опиоидного абстинентного синдрома составляет чаще всего от 7 до 10 дней. Опиоидный абстинентный синдром отличается тяжестью и требует взвешенного медицинского подхода к его купированию.

- При детоксикации используется в качестве стандартной схемы следующее сочетание препаратов: клонидин (0,45-0,9 мг/сутки) в сопровождении преднизолона (5-15 мг/сутки), диазепам (30 - 60 мг/сутки), трамадол (400 - 500 мг/сутки, в тяжелых случаях до 600 мг). Курс лечения трамადолом в таких дозах не должен превышать 5 дней с последующей постепенной отменой по 100 мг в сутки\*.

- Если абстинентный синдром сопровождается выраженными поведенческими, аффективными расстройствами и выраженным влечением к наркотику, то дополнительно к описанной схеме предлагаются определенные дифференцированные подходы.

При преобладании взрывчатости, возбудимости, брутальности, компульсивного и импульсивного компонента влечения препаратами выбора являются хлорпромазин (аминазин) 50-200 мг/сутки, галоперидол (5 - 15 мг/сутки), левомепромазин (тизерцин) 50 - 100 мг/сутки.

При преобладании в клинике тревоги, подавленности, апатии, депрессии препаратом группы выбора может быть рисперидон (рисполепт) 4 -6 мг/сутки (в таблетированной форме и в форме раствора).

- Для купирования диссомнических расстройств возможно применение 0,5% раствора диазепама (4-6 мл/сутки), 20% раствора оксibuтирата натрия (10-20 мл/сутки). В качестве дополнительных средств возможно дополнительное назначение нейролептиков левомепромазин (тизерцин) или клозапин (азалептин) в дозах до 50 мг на ночь.

- При выраженном болевом синдроме, в тех случаях, когда трамадол в дозе 400-500 мг в сутки не снимает болевых проявлений или болевые проявления отмечаются более чем 5 дней, целесообразно

добавление к лечению нестероидных противовоспалительных средств. Кетопрофен (кетонал) до 100-200 мг в сутки, диклофенак до 150 мг в сутки, лорниксикам (ксефокам) до 24 мг в сутки и др.

- Назначение пролонгированных форм нейролептиков в абстинентном периоде нецелесообразно из-за опасности усугубления интоксикационных проявлений.

- Abortивные методики купирования абстинентных состояний. К ним относится ускоренная опиоидная детоксикация, ЭСТ (электросудорожная терапия), атропино-коматозная, инсулинокоматозная терапия. Эти методы, хотя и описываются в литературе, но их проведение часто сопровождается возникновением тяжелых осложнений. Кроме того, эти методы воспроизводимы не во всех лечебных учреждениях наркологического профиля и требуют наличия реанимационного оснащения и реанимационно-анестезиологической подготовки медицинского персонала. Поэтому, оставаясь в арсенале лечения, они не могут быть рекомендованы в качестве рутинных методик.

- Купирование абстинентного синдрома по принципам заместительной терапии в Республике Казахстан не проводится.

Состояние отмены опиоидов, в большинстве своём, представляет собой urgentное клиническое состояние, требующее стационарного лечения в специализированных наркологических отделениях.

### **2. Коррекция поведенческих, психических и соматоневрологических нарушений в постабстинентном периоде.**

Постабстинентный период делится на ранний постабстинентный период, который длится в течение 30 дней после купирования абстинентных расстройств, и поздний постабстинентный период длительность, которого может достигать 12 месяцев. Публикуемые рекомендации в основном касаются раннего постабстинентного периода. Коррекция расстройств, характерных для постабстинентного периода в зависимости от тяжести их проявлений, возможна как в стационарных, так и в амбулаторных условиях.

Закономерным проявлением этого периода является обострение влечения к наркотику после минования пика абстинентного синдрома (псевдоабстинентный синдром). Клинически это проявляется поведенческими нарушениями различного регистра - от астенодепрессивного синдрома, тревожности до выраженной дисфории с внешне немотивированным отказом от дальнейшего лечения, агрессией по отношению к окружающим больным и медперсоналу.

---

\* Кроме описанной схемы детоксикации с применением клонидина, существуют схемы с изолированным использованием фенозепам или карбамазепина. Однако ввиду того, что эти схемы недостаточно апробированы, то они не могут быть рекомендованы в качестве стандартных схем для лечения абстинентных состояний при опиоидной наркомании.

---

---

· С целью профилактики обострения патологического влечения рекомендовано назначение сразу после купирования острых абстинентных проявлений рисперидон (рисполепт) 0,5-4 мг/сутки в таблетированной форме и форме раствора. Курс 4-8 недель.

· При компульсивном варианте влечения препаратами выбора являются нейролептики клопромазин (аминазин), галоперидол в дозах, указанных выше, клозапин (азалептин) 100-200 мг в сутки, а также "корректор поведения" перициазин (неулептил) в дозах до 40 мг в сутки. Курс 2-4 недели.

· Применение антидепрессантов патогенетически наиболее оправданно для лечения obsесивного компонента патологического влечения. Препаратами выбора здесь являются антидепрессанты, обладающие седативным действием: кломипрамин, флувоксамин, сертралин, амитриптилин в среднесуточных дозировках. Антидепрессанты также используются для купирования аффективных расстройств. Курс 4-8 недель. Учитывая, что клиническое действие антидепрессантов развивается через 10-14 дней от начала приёма, то на это время целесообразно их сочетание с нейролептиками, обладающими седативными свойствами.

· Для купирования патологического влечения, в структуре которого доминируют дисфорические расстройства, традиционно используются и противосудорожные средства, обладающие нормотимическим действием карбамазепин в дозе 400 - 600 мг/сутки; вальпроат натрия в дозе 450 - 900 мг/сутки. Курс 2 - 4 недели. Однако следует помнить, что противосудорожные препараты, путём ингибирования или активации печеночных ферментов, могут заметно изменять концентрацию других психотропных препаратов. Поэтому последствием сочетанного применения этих препаратов в больших дозах может быть усиление побочного действия и токсических реакций, присущих как противосудорожным, так и другим психотропным препаратам.

При преобладании астенических и апатических проявлений препаратами выбора являются: сульпи-

рид (эглонил) в дозах до 150 мг в сутки, мелипрамин 25 - 150 мг в сутки, флуоксетин 20 - 40 мг в сутки. Курс 4 - 8 недель. В этих случаях также показаны ноотропы и адаптогены. Пироцетам в средние суточные дозы 0,8 - 2,4 г, фенибут в дозе 1,5 г/сутки, оказывающий седативное и ноотропное действие, пантогам в той же дозе, танакан по 1 таблетке 3 раза в день. Ноотропы назначают курсом от 2 до 4 недель.

Коррекция агрипнического синдрома (бессонницы). Препаратами выбора могут быть снотворные препараты 3 поколения зопиклон (имован) и золпидем (нитрест) и производное бензодиазепинов - нитразепам. При назначении снотворных препаратов у больных страдающих зависимостями от психоактивных веществ должны соблюдаться определенные правила. Эти препараты должны применяться в минимально эффективных дозировках (зопиклон - 7,5 мг; золпидем - 10 мг; нитразепам - 5 мг), чередоваться между собой и назначаться курсами не более 5 дней подряд. В случае отсутствия эффекта в течение 5 дней целесообразно отменить снотворные и перейти на приём нейролептиков: левомепромазин (тизерцин) или клозапин (азалептин) в дозах до 50 мг на ночь.

Резидуальные болевые ощущения в мышцах и суставах в структуре постабстинентных нарушений могут устраняться назначением ненаркотических анальгетиков (таких, как диклофенак, бутадиион, кеторолак).

Коррекция соматических расстройств. Проводится по показаниям. Общепринятым является включение в курс терапии витаминов тиамин (В1), пиридоксин (В6), цианкобаламин (В12), пангома-та кальция, аскорбиновой и никотиновой кислоты, токоферола ацетата. Из-за нарушений всасывания витамины группы В лучше вводить внутримышечно. В виду частых аллергических реакций витамин группы В - В1 и В6 по 2,0 мл; В12 по 1,0 мл (500 мкг) рекомендуется вводить не в один день, а чередовать их между собой. Также общепринятым считается назначение гепатопротекторов: карсил, гепабене, лив-52, эссенциале.

### **Литература:**

1. Воронин К. Е. Подходы к фармакотерапии опиоидной наркомании. // Сб. Материалы междунар. конферен-ции. - М., 1993. - с. 310-312.
2. Гофман А. Г. Клиническая наркология. - М., 2003. - С. 166-210.
3. Иванец Н. Н., Винникова М. А. Героиновая наркомания. - М.: Медпрактика, - 2001. - 121 с.
4. Дмитриева Т. Б., Игонин А. Л., Клименко Т. В., Кулагина Н. В., Пищикова Л. Е. Злоупотребление психоактивными веществами (клинические и правовые аспекты). - М.: МНЦ "Информкоррекция", 2003. - С. 181-224.
5. Коцегулова Р. М., Грузман А. В. Сравнительная терапевтическая активность нейролептиков (рисперидон, галоперидол) в отношении клинико-психопатологических проявлений зависимости от героина / Вопросы наркологии Казахстана. - 2004. - Т. 4. - С. 111-115.
6. Коцегулова Р. М., Грузман А. В. Применение рисполепта в лечении больных опиоидной (героиновой) наркоманией. // Методические рекомендации. - Павлодар, 2005. - 31 с.
7. Сиволоп Ю. П., Савченко В. А. Фармакотерапия в наркологии. - М.: Медицина, 2000. - 348 с.

- 
- 
8. Сиволап Ю. П. Оценка роли разных классов лекарственных средств в терапии опиоидной зависимости. // *Ж. Неврологии и Психиатрии*. - 2004. - 1. - С. 31-36.
  9. Справочник Видаль - Специалист "Неврология и психиатрия". - М.: Астра Фарм Сервис, 2003. - 604 с.
  10. Шабанов П. Д. Основы наркологии. - СПб.: "Лань", 2002. - С. 411- 464.

---

---

## ФУНДАМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

### ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ И ОСОБЕННОСТИ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ КОРРЕКЦИИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ, ЗАВИСИМЫХ ОТ ПАВ

А. С. Каражанова, А. В. Грузман

г. Павлодар

Актуальность проблемы наркотизации среди несовершеннолетних на сегодняшний день очевидна. Анализ статистических данных (С. А. Алтынбеков, А. Л. Катков, С. Р. Мусинов, 2003; статистические сборники «Психиатрическая и наркологическая помощь населению Республики Казахстан» за 2000 - 2004 годы) позволяет оценить ситуацию, сложившуюся на сегодняшний день в области наркопотребления детского и подросткового населения Республики. Отмечается незначительный рост первичной заболеваемости по профилю общей зависимости от ПАВ в период 2000 - 2004 годы среди контингента подростков - с 585,1 до 600,6 на 100 тысяч подросткового населения Казахстана (соотношение 1,03). При этом сохраняется та же тенденция, что и для всего населения республики - это рост показателя по профилю алкогольной зависимости (с 406,2 до 436,3 - соотношение 1,07), и его снижение по профилю наркотической зависимости (с 178,9 до 164,3 - соотношение 1,09). Наиболее заметным было снижение показателя первичной заболеваемости у подростков по профилю опиоидной зависимости (с 49,9 до 7,6 - соотношение 6,56).

Отмечается снижение показателя болезненности среди подростков по всем анализируемым параметрам. По профилю общей зависимости от ПАВ с 1362,6 до 1181,6 (соотношение 1,15). По профилю алкогольной зависимости с 923,1 до 829,2 (соотношение 1,11), с 439,5 до 352,4 (соотношение 1,25) - по профилю наркотической зависимости. Наиболее существенным было снижение показателя болезненности по профилю зависимости от опиоидов - с 78,6 в 2001 году до 12,5 в 2004 году (соотношение 6,29).

Вместе с тем, настораживают показатели роста первичной заболеваемости по всем анализируемым параметрам среди детей. По профилю общей зависимости от ПАВ - с 8,8 до 33,8 на 100 тысяч детского населения (соотношение 3,84); по профилю алкогольной зависимости - с 5,3 до 14,8 (соотношение 2,79); по профилю наркотической зависимости - с 3,5 до 19,0 (соотношение 5,43).

Аналогичная тенденция отмечается при анализе показателя болезненности среди детского населения РК. По профилю общей зависимости от ПАВ - с 25,8 до 55,7 (соотношение 2,16); по профилю алкогольной зависимости данный показатель остается стабильным - 19,9 в 2000 году и 19,4 в 2004 году. По профилю наркотической зависимости отмечается существенный рост - с 5,9 до 36,3 (соотношение 6,15).

Сложившаяся эпидемиологическая ситуация диктует необходимость акцентировать внимание на повышении эффективности наркологической помощи детско-подростковому контингенту, а именно на разработке методов лечения и медико-социальной реабилитации детей и подростков, зависимых от ПАВ, на территории РК.

Научные работы (Пятницкая И. Н., Найденова Н. Г., 2002; Егоров А. Ю., 2002; Дудко Т. Н., Валентик Ю. В. и др., 2004; Надеждин А. В., 1999; Дмитриева Т. В., Игонин А. П. и др., 2004; Каражанова А. С. 2004), направленные на исследование клинических особенностей наркотизации детей и подростков, позволяют определить основные принципы медико-социальной реабилитации несовершеннолетних лиц, зависимых от ПАВ.

Весь комплекс мероприятий медико-социальной реабилитации детей и подростков (МСР ДиП), злоупотребляющих психоактивными веществами, проводится в условиях стационарного, полустационарного и амбулаторного режимов и представляет собой комплексную, взаимосвязанную систему медицинских, педагогических (воспитательных, психологических, образовательных) и социальных мероприятий. Общая продолжительность реабилитационных мероприятий составляет до 24 месяцев.

В лечении зависимости от различных классов ПАВ несовершеннолетних выделяются три этапа.

**Первый этап:** лечение острых и подострых состояний, вызванных хронической или острой наркотической интоксикацией, дезактуализация патологического влечения к ПАВ.

Приоритетными мишенями I этапа МСР ДиП являются: патологический соматический статус; патологическое влечение к ПАВ; патологический личностный статус; работа над динамикой мотивации от поверхностной к глубокой.

Длительность I этапа МСР ДиП – от 2 до 4 недель.

Особенности режима: единственным ограничением для активного вовлечения пациента в терапевтическую деятельность является тяжесть соматического состояния.

Координатором этапа является подростковый (детский) врач психиатр - нарколог.

**Второй этап.** Формирование устойчивых групп больных, которые объединены общим кругом интересов, способны оказывать положительное влияние друг на друга. Они увлечены социально приемлемыми интересами и занятиями. Одновременно проводится психотерапевтическая работа с родственни-

ками больных (терапия созависимости). На данном этапе подразумевается изменение личности пациента от патологического стереотипа к нормативному. Параллельно проводится лечение сопутствующей соматической патологии.

Приоритетные мишени II этапа МСР ДиП: неоабилитационный личностный статус; патологический личностный статус; динамика мотивации на избавление от зависимости; дефицитарный социальный статус.

Длительность II этапа МСР ДиП – до 6 месяцев

Особенности режима: максимальная направленность социально - педагогических (обучение в рамках общеобразовательной программы, воспитание) и социально - психологических (обучение навыкам социально-бытовой адаптации) мероприятий на растождествление патологического и нормативного статусов пациента, доминирование нормативного и установление контроля над патологическим статусом.

Координаторы этапа — врач психиатр - нарколог и/или психотерапевт, социальный педагог.

**Третий этап:** развитие индивидуальной и микро-социальной антинаркотической устойчивости.

На данном этапе выполняется центральная задача МСР ДиП в плане формирования свойств личности, обеспечивающих устойчивость к повторному вовлечению в орбиту наркотизма. Увеличивается объем физического и интеллектуального труда, стимулируется профессиональная ориентация (для подростков). При необходимости проводятся социальные мероприятия (юридическая и правовая поддержка несовершеннолетних)

Приоритетные мишени III этапа МСР ДиП: неоабилитационный личностный статус; дефицитарный социальный статус; динамика мотивации на избавление от зависимости.

Длительность III этапа МСР ДиП: 12 – 16 месяцев

Особенности режима: максимальная направленность педагогических и социальных мероприятий на формирование личностных свойств, обеспечивающих устойчивость к повторному вовлечению в орбиту наркотизма.

Координаторы этапа — психотерапевт и/или психолог, специалист по социальной работе, социальный педагог.

#### Основные принципы медикаментозной терапии.

Общие принципы проведения медикаментозной терапии детей и подростков обусловлены анатомо-физиологическими особенностями организма и, соответственно, отличиями механизмов действия препаратов (особенно психотропных) у детей от таковых у взрослых.

Большая скорость метаболических процессов у детей указывает на необходимость назначения препарата через меньшие промежутки времени. Необходимо помнить, что любое использование медикаментозных препаратов проводится под строгим контролем общего состояния пациента.

На начальном этапе лечения основной задачей является купирование абстинентных проявлений. Феноменологическая незавершенность признаков абстинентных проявлений, менее выраженные признаки отмены у пациентов детского возраста, чем у подростков и взрослых обуславливает необходимость проведения дезинтоксикационной терапии с некоторым ограничением применения психотропных препаратов.

В настоящее время приоритет отдается методам стимуляции естественных процессов очищения организма, как наиболее физиологичным. Свидетельством этому является возрастающая роль энтеросорбции и активированного угля в терапии острого и хронического отравлений, с целью предотвращения гепатоэнтеральной циркуляции токсина. В то же время, на фоне проявлений резорбтивных эффектов яда и при их последующем нарастании многие годы первое место традиционно отдается способам, усиливающим элиминацию почками, и для летучих веществ – вентиляции легких (Маркова И. В., Афанасьев В. В., Цыбулькин Э. К. Клиническая токсикология детей и подростков. - Санкт-Петербург, 1988. – 302 с.)

Выбор форсирования диуреза зависит от тяжести состояния пациента и характера употреблявшегося вещества. Если ребенок в сознании и степень выраженности абстинентных проявлений незначительна (что чаще всего бывает), то ему на 6 часов можно назначить полиионный раствор типа «Оралит» или «Регидрон» в объеме соответствующем S возраст-ных потребностей в воде (таблица 1).

Таблица 1.

#### *Суточные потребности в воде у детей старше 1 месяца*

Масса тела (кг)	Суточная потребность	Скорость введения (мл/(кг*ч))
До 10	100 мл/кг	40 -50
11 – 20	1000+50 (n -10) мл	50 -65
Более 20	1500 + 20 (n - 20) мл	65 -80

Где n – масса тела ребенка в килограммах.

---

---

Проводя дезинтоксикационную терапию ребенку, необходимо контролировать почасовой диурез, относительную плотность мочи и содержание в ней натрия.

При средней и выраженной степенях синдрома отмены рекомендуется проведение инфузионной терапии глюкозо-солевыми растворами. Внутривенное ведение осуществляют 1-2 раза в сутки в количестве соответствующем возрасту и массе тела. При тяжелой степени абстинентных проявлений больному для усиления диуреза дополнительно с водной нагрузкой и регуляцией pH мочи назначают мочегонные средства. Стимуляцию диуреза осуществляют осмотическими (Маннитол, Сорбитол) или салуретическими (Лазикс) мочегонными средствами в зависимости от развития возможных осложнений. В каждом конкретном случае необходимый объем водной нагрузки регулируют в соответствии с характером диуретической реакции с тем, чтобы на фоне усиленного диуреза суточный баланс жидкости не выходил за пределы  $\pm 1,5 - 2\%$  массы тела больного.

Приобщение к употреблению психоактивными веществами в подростковом и, особенно, в детском возрасте чаще происходит на фоне сопутствующей патологии (формирующаяся психопатия, органические расстройства, нарушения адаптации и т.д.) и, как порочный круг, потребление ПАВ в свою очередь усугубляет уже имеющуюся патологию и социальную дезадаптацию несовершеннолетних. В этой связи, в детско-подростковой клинике большее значение, чем во взрослой клинике, имеют общепсихиатрические подходы и меньшее – специфические для наркологии методы. Назначение психофармакологических препаратов применяется при лечении практически всех подростков, зависимых от ПАВ. При этом необходимо предпринимать необходимые предосторожности в отношении возможного возникновения побочных действий и осложнений в виде нарушений деятельности желудочно-кишечной, сердечно-сосудистой и других систем организма. У данной категории пациентов очень часто наблюдаются органические расстройства резидуального характера, поэтому неврологические осложнения бывают у подростков особенно выраженными и стойкими (Дмитриева Т. В., Игонин А. П. и др., 2005).

Использование нейролептиков на первых этапах медико-социальной реабилитации детей и подростков, зависимых от ПАВ позволяет корректировать аффективные (проявляются сниженным фоном настроения, нежеланием что-либо делать, апатией или тревожностью, плаксивостью; в ряде случаев могут наблюдаться дисфорические состояния с характерным для них девиантным поведением в виде повышенной раздражительности, несдержанности, отказов от лечения и пр.) и поведенческие (в большинстве случаев можно охарактеризовать как проявления вербальной агрессии: негативное и оппозиционное отношение к персоналу, ссоры с другими па-

циентами, недовольство режимом, отказ от лечения) расстройства, нивелировать влечение к ПАВ (у несовершеннолетних отличается способностью к быстрой дезактуализации; сопровождается незначительно выраженными нарушениями сна (в виде затрудненного засыпания и поверхностного сна), проявлениями со стороны вегетативной нервной системы, аффективными и поведенческими расстройствами). Рекомендуемыми препаратами являются: Неулептил, Сонопакс, Хлорпротиксен.

Неулептил (Перициазин) – «корректор поведения» - показан при лечении больных как с психотическими, так и психопатоподобными состояниями. Особенно он эффективен при нарушениях поведения у детей. Уменьшает агрессивность и благодаря мягкому седативному эффекту не вызывает выраженной вялости, заторможенности. Суточная доза 10 - 20 мг до получения стойкого эффекта. Назначают его с 5 мг, постепенно наращивая дозу.

Сонопакс – эффективен при психопатоподобном поведении, повышенной раздражительности, беспокойстве, ночных страхах и др. Назначают по 0,005 - 0,01 г 2 - 3 раза в день. Суточная доза для детей дошкольного и раннего школьного возраста 10 - 30 мг, а для детей более старшего возраста – до 40 - 60 мг (в среднем 1 мг/кг).

В исключительных случаях могут использоваться минимальные дозы «больших» нейролептиков: аминазин, галопиредол, пипортил.

В клинике опийной наркомании при преобладании в первые дни отмены депрессивных расстройств показаны антидепрессанты. При этом необходимо отметить низкую эффективность норадренергических антидепрессантов (амитриптилин, имипримин) в силу того, что норадренергическая система полностью не развивается анатомически и функционально до юношеского возраста. По данным последних клинических исследований (Сборник статей по опыту применения Флувоксамина в клинической практике, Москва, 2003, с. 36) рекомендуется использование избирательных ингибиторов обратного захвата серотонина (ИОЗС) – Флувоксамин, Пароксетин, Сертралин. По мнению ученых эти препараты менее токсичны и вызывают менее выраженные побочные эффекты, чем трициклические антидепрессанты. ИОЗС оказывают не только антидепрессивное действие, но и нивелируют раздражительность, агрессию, корректируют поведение (смягчаются проявления социальной дезадаптации), нормализуют сон. Однако долгосрочные эффекты избирательных ингибиторов обратного захвата серотонина пока неизвестны. Лечение проводится в средневозрастных дозах.

Использование транквилизаторов в детско-подростковой практике рекомендуется использовать с большой осторожностью в связи с частым развитием привыкания к ним.

Относительно новым направлением в лечении опийного абстинентного синдрома является ис-

---

---

пользование альфа - и бета - адrenoблокаторов (И.Н.Пятницкая, 2002), влияющих на периферические и центральные адреноактивные системы и обладающие умеренным седативным эффектом у взрослых наркозависимых (Пирроксан, Клофелин). Однако необходимо обратить внимание на специфику вегетативного реагирования в острый период абстинентного синдрома несовершеннолетних потребителей опиатов: крайне редко наблюдаются выраженные реакции симпатoadреналового полюса, в виде артериальной гипертензии, выраженного озноба и т.д., скорее наоборот отмечается тенденция к гипотоническим реакциям. В связи с этим при лечении героинового синдрома отмены у несовершеннолетних не целесообразно к применению Клофелин, в виду большей, чем у взрослых, частоты синкопальных реакций (А. В. Надеждин и др., 1999).

Использование в лечении и реабилитации опиоидной наркомании антагонистов опиатов Налтрексон (Анатаксон) обусловлено тем, что налтрексон гидрохлорид посредством конкурентного связывания опиоидных рецепторов блокирует фармакологическое действие экзогенных опиатов. Дозировка Анатаксона в 50 мг в течение 24 часов устраняет эйфоризирующий эффект 25 мг героина. При этом, как показали клинические испытания, препарат не обладает психотропным действием и не вызывает симптомов психической и физической зависимости даже при многомесячном использовании. В детско-подростковой наркологии Налтрексон применяется с большой осторожностью, особенно если у несовершеннолетних не сформирована установка на воздержание от наркотика. Попытка вызвать состояние эйфории повышенной дозой опиоидов может привести к передозировке со всеми вытекающими последствиями.

Алгический компонент отмечается, как правило, у пациентов с опиоидной зависимостью. Учитывая особенности наркотизации детей (употребление малых доз опиатов, частое сочетанное употребление с другими ПАВ, наиболее доступными и менее дорогостоящими), болевая симптоматика у них менее выражена, а период острых соматовегетативных проявлений намного короче. В связи с этим рекомендуется использование ненаркотических анальгетиков – аналгина, баралгина, парацетамола. При мышечно-суставных болях назначаются: индометацин, диклофенак, ибупрофен.

Для пациентов с формирующейся, или уже сформировавшейся зависимостью от ПАВ характерны резидуально - органические расстройства, проявляющиеся в форме неглубоких нарушений ряда психических функций: снижением всех видов памяти, концентрации внимания, быстрой истощаемостью при интеллектуальной деятельности. Для таких больных характерна низкая успеваемость, снижение когнитивных способностей и отсутствие интересов к приобретению профессии и осуществлению любой социально значимой деятельности. Применение ноотропов приводит к улучшению метаболических процессов головного мозга, а, следовательно, повышает концентрацию внимания, памяти, продуктивности мышления, умственной работоспособности и др. Используются по показаниям на любом этапе реабилитации. Назначают одно из ниже перечисленных средств.

Пирацетам. Средняя суточная доза 0,8 - 1,2 г в 2-3 приема (утром и днем). Продолжительность курса лечения: от 4 недель до 2 месяцев. Гамма-аминомасляная кислота (Аминалон). Средняя суточная доза составляет 0,5 - 3,0 г 3 раза в день (до еды). Продолжительность курса лечения: от 4 недель до 2 месяцев. Фенибут 12,5 мг/кг (250 - 375 мг) перорально, в 2-3 приема (утром и днем). Продолжительность курса лечения: от 4 недель до 2 месяцев. Церебролизин 0,1 мл/кг (2,0 - 3,0 мл) внутримышечно, ежедневно, 1 раз в день (в утренние часы).

Коррекция соматических расстройств проводится по показаниям. Общепринятым является включение в курс терапии витаминов: тиамина (В1), пиридоксина (В6), цианкобаламина (В12), пангамата кальция, аскорбиновой и никотиновой кислоты. Из-за нарушений всасывания витамины группы В лучше вводить внутримышечно. В виду частых аллергических реакций, а так же затрудненного превращения в биологически активные (фосфорилированные) формы витамины группы В (В1 по 0,5 мл 5% раствора и В6 по 0,5 - 1,0 мл 5% раствора; В12 по 0,5 мл 0,02% раствора (200 мкг) рекомендуется вводить не в один день, а чередовать их между собой. Также общепринятым считается назначение гепатопротекторов. Карсил (по 1-2 таблетки в 2-3 приема), гепабене (по 1 капсуле 2-3 раза в день), ЛИВ - 52 (по 1-2 таблетки 3-4 раза в день), эссенциале (по 1-2 капсуле 3 раза в день).

## ПРИМЕНЕНИЕ РИСПОЛЕПТА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОПИЙНОЙ (ГЕРОИНОВОЙ) НАРКОМАНИЕЙ

Р. М. Кошегулова

г. Павлодар

В Республике Казахстан за последнее десятилетие показатель заболеваемости нозологическими формами наркомании и алкоголизма значительно увеличился (в 10,3 раза наблюдается рост наркозависимости). Это определило актуальность многочисленных сообщений, как в отечественной, так и в зарубежной литературе, изучающих различные аспекты данной проблемы [Виленский О. Г., Исуева Д. И. 1990; Пятницкая И. Н. 1994; Чирко В. В. 2001; Субханбердина А. С., 2002; Толстикова А. Ю. 2003; Murray G. F. 1998].

Основной причиной неблагоприятного прогноза и низкой курабельности заболеваемости является стойкость и относительная резистентность к фармакотерапии стержневого аддиктивного расстройства – патологического влечения к наркотику.

Наиболее эффективными средствами выбора при актуализации неодолимого влечения к наркотику являются нейролептики. Назначение нейролептиков больным с зависимостью от опиоидов преследует следующие терапевтические цели:

- подавление патологического влечения к объекту злоупотребления;
- коррекция поведения у лиц с психопатическими чертами;
- потенцирование действия снотворных и седативных средств, назначаемых для купирования синдрома отмены опиоидов.

### Методология исследования сравнительной эффективности нейролептиков рисполепта, азалептина и сенорма.

В настоящем исследовании нами изучены сравнительная эффективность и переносимость атипичных нейролептиков рисполепта (рисперидон), азалептина (клозапин) и классического нейролептика сенорма (галоперидол) при лечении абстинентного синдрома и постабстинентного периода опиийной наркомании. Исследование проводилось как двойное слепое рандомизированное. Непредвзятость оценки исследователя обеспечивалась слепым рейтингом. Рейтер (исследователь) и лечащий врач были разными лицами, пациенты не знали о назначенном препарате, а лечащий врач о выбранном нейролептике (НЛ). Длительность курса нейролептической терапии в ходе исследования составляла 8 недель.

Основным *материалом исследования* явились пациенты с опиийной зависимостью, состоящие на учете в наркологических диспансерах РК и прошедших курс лечения в отделениях медикаментозной коррекции и психотерапии-реабилитации РНПЦ МСПН.

Общая группа исследования (n=259) была сформирована методом случайной выборки и разделена на 3 подгруппы.

В одной исследуемой подгруппе (n=99) на фоне базисной терапии в абстинентном синдроме и постабстинентном периоде назначали рисполепт (рисперидон), максимальная суточная доза до 6 мг в сутки.

Во второй исследуемой подгруппе (n=62) назначали азалептин (клозапин) в максимальной суточной дозе до 200 мг в сутки.

В третьей контрольной подгруппе (n=98) назначали сенорм (галоперидол) до 10 мг в сутки.

Лечение абстинентного синдрома в группах было комплексным и сопоставимым, и кроме указанных выше нейролептиков включало базисную терапию. В неё входило назначение антиконвульсантов (карбамазепин 400 - 600 мг/сутки), агонистов альфа – 2 - адренорецепторов (клофеллин 0,045 - 0,06 мг/сутки), анальгетиков (грамал 400 - 600 мг/сутки), транквилизаторов (диазепам до 40 мг/сутки). Применяли также общеукрепляющую и гепатотропную терапию.

### Критерии включения и исключения из исследования

В исследование были включены следующие пациенты с диагностикой синдрома зависимости по МКБ-10:

- психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением опиоидов;
- возраст больных от 17 до 52 лет.

Из исследования исключались пациенты:

- с алкогольной, табачной, каннабиноидной формами зависимости и токсикоманиями;
- с хроническими соматическими заболеваниями в стадии обострения;
- с острыми психотическими состояниями.

### Методика применения рисполепта

В ходе исследования рисполепт использовался в таблетках (2 мг в 1 таб.) и в форме раствора (1 мг в 1 мл).

В период купирования клинко-психопатологических проявлений абстинентного синдрома начальная доза препарата составляла 1 мг/сутки. Затем лекарственную дозу постепенно повышали на 1 мг ежедневно. Максимальные дозы 5 - 6 мг/сутки достигались к 5- 7 дню лечения абстинентного синдрома, так как именно к этому времени симптоматика, характерная для абстинентного синдрома, достигала своей максимальной выраженности.

В постабстинентном периоде пациенты продолжали получать рисполепт в подобранных дозах в течение 4 недель пребывания в стационаре. Затем про-

водилось постепенное снижение суточных доз препарата. Дозы рисполепта снижались на 1 мг в промежутки времени от 3 до 5 дней.

Поддерживающая доза в зависимости от психопатологической симптоматики составляла 1-2 мг/сут.

В тех случаях, когда пациенты поступали в период воздержания от приема наркотика, начальная доза препарата составляла 1 мг/сут. В последующем дозы при необходимости увеличили на 1 мг каждые два дня. В этих случаях максимальные лекарственные дозы не превышали 4 мг/сут. Лечение в указанных дозах пациенты получали в течение 4 недель. Затем доза рисполепта снижалась на 1 мг каждые 5 дней. Поддерживающая доза препарата составляла 1-2 мг/сут.

Дозы, превышающие 2 мг рисполепта в сутки, назначались в несколько приёмов. В дневное время - 1/3 часть дозы и на ночь - 2/3 дозы.

#### *Суточные дозы используемых в исследовании нейролептиков*

В ходе исследования были эмпирически установлены максимальные суточные дозы исследуемых НЛ с учётом их общепринятого использования для купирования клинико-психопатологических расстройств в абстинентный синдром и постабстинентный период.

Данные относительно применявшихся доз НЛ отражены в таблице 1.

Таблица 1.

#### *Суточные дозы нейролептиков на разных этапах лечебно-реабилитационного процесса*

<b>Нейролептик</b>	<b>Абстинентный Синдром (мг)</b>	<b>Постабстинентный период (мг)</b>
Рисполепт (рисперидон) таблетированная форма	4 – 6	3 – 4
раствор	4 – 6	3 – 4
Азалептин (клозапин)	100 – 200	12,5 – 50
Сенорм (галоперидол)	7,5 – 10	2,5 – 5

#### **Результаты исследования**

Получена достоверная разница в группах по длительности абстинентного синдрома в процессе лечения рисполептом, азалептином и сенормом. В группе пациентов, получавших рисполепт, абстинентный синдром купировался в более короткие сроки (7 дней) по сравнению с группами, получавшими азалептин (8 дней) и галоперидол (8,7 дней). Эти различия носили статистически достоверный характер ( $p < 0,01$ ). Пациенты первой исследуемой группы, благодаря меньшему по продолжительности периоду абстиненции, быстрее включались в работу с психотерапевтом (по сравнению с пациентами других групп).

Обнаружено, что по частоте встречаемости симптомов в общей группе наблюдавшихся пациентов на начало лечения абстинентного синдрома из психопатологических были наиболее выражены: недостаточность суждений и критики (100%), влечение к наркотику (99,4%), бессонница (96,8%), тревога (90%), аффективная лабильность (87,5%); из соматоневрологических симптомов основные жалобы наблюдались на боли в мышцах (84,2%). Если больные включались в исследование на стадии постабстинентного периода, то представленность клинико-психопатологических расстройств была аналогичной, за исключением жалоб на боли в мышцах, которые на тот период редуцировались.

Анализ состояния больных позволил выявить расстройства, наиболее чувствительные к действию

рисполепта, сенорма и азалептина. Нейролептики не обнаружили отличительной тропности в абстинентном синдроме в отношении:

- психопатологических симптомов - возбуждение, аффективная лабильность, агрессивность;
- соматовегетативных симптомов - боли в мышцах, зевота, гипергидроз, слезотечение, насморк, анорексия, холодные и горячие волны.

В постабстинентном периоде НЛ не обнаружили отличительной тропности – в отношении поведенческих расстройств, рудиментарных алгических проявлений и парестезий. Между выраженностью этих симптомов у больных, получавших рисполепт, азалептин и сенорм, не было статистически достоверной разницы.

В то же время выявилась более выраженная (по сравнению с другими нейролептиками) чувствительность к действию рисполепта такого стержневого симптома опийной наркомании, как *патологическое влечение к наркотику* ( $p < 0,01$ ). Данные различия отмечались как в периоде абстинентного синдрома, так и в постабстинентном периоде.

Достоверные отличия в эффективности действия исследуемых нейролептиков (рисполепт, азалептин и сенорм) были выявлены также в отношении таких психопатологических симптомов, как *тревога, бессонница, недостаточность суждений и критики, подавленность, апатия, депрессия*.

Преимущественная эффективность рисполепта (по сравнению с другими нейролептиками) по воздействию на психопатологическую симптоматику абстинентных и постабстинентных расстройств при опийной наркомании отражена в таблице 2.

Таблица 2.

*Преимущества рисполепта  
(в сравнении с другими нейролептиками)  
в лечении абстинентных и  
постабстинентных расстройств,  
вызванных злоупотреблением  
опиоидов*

Симптомы	Статистически достоверная разница
Влечение к наркотику	$P < 0,01$
Тревога	$P < 0,01$
Недостаточность суждений и критики	$P < 0,01$
Подавленность	$P < 0,01$
Апатия, безразличие	$P < 0,01$
Депрессия	$P < 0,05$
Бессонница	$P < 0,05$

Примечание: P – вероятность ошибочного заключения.

#### Выводы

Выявленные достоверные различия в динамике клиничко-психопатологических проявлений опийной наркомании при применении различных нейролептиков определили преимущественную эффективность атипичного нейролептика рисполепта.

· Значение преимущества препарата в том, что рисполепт в сравнении с другими нейролептиками

быстрее купировал психопатологические проявления абстинентного синдрома.

· Препарат рисполепт по сравнению с азалептином и сенормом эффективнее дезактуализировал стержневой синдром наркотической зависимости - патологическое влечение к наркотику.

· Как в процессе лечения абстинентного синдрома, так и во время терапии постабстинентного периода у рисполепта в сравнении с азалептином и сенормом отмечен более высокий тимолоптический эффект. Купирование аффективных расстройств проявлялось изменением поведения больных в виде отсутствия конфликтов с персоналом, и агрессивности в отношении других больных.

· В постабстинентном периоде рисполепт в сравнении с другими нейролептиками заметнее снижал проявления апатии и безразличия, выраженность тревожной симптоматики.

· При применении рисполепта (как в форме таблеток, так и в форме раствора) экстрапирамидные побочные эффекты были выражены незначительно, в целом препарат хорошо переносился больными.

Имеющийся к настоящему времени опыт применения нейролептиков в клинике наркологических заболеваний свидетельствует, что атипичный нейролептик рисполепт является одним из наиболее эффективных и безопасных психотропных средств в наркологической практике. Полученные результаты позволяют рекомендовать включать рисполепт в комплексные терапевтические программы при лечении больных опийной 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. Авруцкий Г. Я., Гурович И. Я., Громова В. В. Фармакотерапия психических заболеваний. - М.: Медицина, 1974. - 470 с.
2. Гофман А. Г., Лошаков Е. С. Опыт применения рисполепта (рисперидона) при купировании алкогольного делирия // Социальная и клиническая психиатрия. - М., 2002. - №4. - 36-38 с.
3. Даренский И. Д. Антипсихотические нейролептики в наркологии. // IX Российский национальный конгресс "Человек и лекарство." Тезисы докладов. - М., 2002. - С. 125.
4. Дороженко И. Ю., Никишова М. Б. Эффективность рисполепта при аффективных расстройствах // Психиатрия и психофармакотерапия. - 2002. - Т. 4. - С. 36-38.
5. Дроздов Е. С. Эффективность рисполепта (рисперидона) при лечении пациентов с шизофренией и зависимостью от психоактивных веществ // Военно-медицинский журнал. — 2002. — Т. 323, № 7. — С. 46–52.
6. Дубницкая Э. Б. Опыт применения рисполепта при смешанных состояниях // Социальная и клиническая психиатрия. - 2003. -Т. 4, № 4. - С. 143-145.
7. Закревский А. П., Медведева Е. В., Цыба И. В., Чангли В. А., Ляпин П. Л. Опыт использования препарата "Рисполепт" в комплексной терапии абстинентного синдрома у лиц с опийной зависимостью // Травма. - 2001. - Т. 2, № 1. - С. 99-100.
8. Иванец Н. Н., Винникова М. А. Применение рисполепта (рисперидона) при лечении больных героино-вой наркоманией // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2002. — Т. 4, № 1. — С. 26–31.
9. Коцегулова Р. М., Грузман А. В. Сравнительная терапевтическая активность нейролептиков (рисперидон, галоперидол) в отношении клиничко-психопатологических проявлений зависимости от героина / Вопросы наркологии Казахстана. – 2004. - Т. 4. - С. 111-115.

- 
- 
10. Коцегулова Р. М., Рамм А. Н. Сравнительные характеристики рисполепта и галоперидола при лечении героинового абстинентного синдрома // *Ж. Вопросы наркологии Казахстана*. – 2003. – III том, № 2. – 83-88 с.
11. Линский И. В., Минко А. И., Самойлова Е. С. Место рисполепта в лечении зависимости от опиоидов // *Український вісник психоневрології*. — 2003. — Т. 11, вип. 3. — С. 79–82.
12. Субханбердина А. С. Социально-демографическая характеристика больных шизофренией, осложненной опийной наркоманией и судебно - психиатрическая экспертная оценка их общественно опасных действий // *Журнал «Медицина»*, N1. - 2002. - 51-57 с.
13. Толстикова А. Ю. Клинико-психопатологический анализ депрессивных состояний и суицидального поведения у больных с зависимостью от психоактивных веществ // *«Вопросы ментальной медицины и экологии, том II*, 2003.
14. Тихомиров С. М. Стресс-лимитирующие эффекты рисполепта в неотложной наркологической помощи, г. Санкт-Петербург // *Неотложные состояния в наркологии. Под ред. проф. Б.Д.Цыгынкова*. - 2003. - 102-105 с.
15. Kasper S., Rosillon D., Duchesne I. Risperidone Olanzapine Drug Outcomes Studies of schizophrenia (RODOS): efficacy and tolerability results of an international naturalistic study//*Int. Clin. Psychopharmacol.*-2001.-Vol. 16, N4.-P. 179-187.
16. Koob G.F. The role of the stria topallidal and extended amygdala systems in drug addiction. *Ann NY Acad Sci*, 1999; 877:445-460.
17. Masand P. S., Sime R. S., Sipahimalani A. Risperidone in treatment of delirium.- 1999.
18. McEvoy, Stiller J., Farr R. (1986) Plasma haloperidol levels drawn at neuroleptic threshold doses: A pilot study. *Journal of clinical pharmacology*, 6, 133-138.
19. Meltzer H. Y. // *Schizophr. Bull.* 1999. Vol. 25. №2. - P. 233-255.
20. Roy A. et al.//*Am. J. Addict.* 1998. Vol. 7. №1. - P. 90.
21. Smelson D. A. et al. Risperidone diminishes cue-elicited craving in withdrawn cocaine-dependent patients // *Can. J. Psychiatry*. 1997. Vol. 42. №9. - P. 984.

**СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПОВЕДЕНЧЕСКОГО И СЕРОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА  
ЗА 2003-2004 ГОДЫ СРЕДИ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОТИКОВ  
В г. КАРАГАНДЕ В РАМКАХ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА  
ЗА ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ**

А. М. Нуржанова, А. Т. Ескалиева

г. Караганда

**Введение**

В Карагандинской области эпидемиологическая ситуация по ВИЧ - инфекции остаётся напряженной. На 01 ноября 2004 года зарегистрировано 1412 случаев ВИЧ - инфекции, показатель на 100 тысяч населения составляет 105,3, при республиканском показателе 30,0 на 100 тысяч населения.

В связи с высоким ростом заболеваемости ВИЧ/СПИДа среди населения г. Караганды, в соответствии с приказом Министерства здравоохранения РК от 29.01.2003 года № 85 и приказом Карагандинского областного управления здравоохранения от 05 февраля 2002 года № 36-п «О проведении эпидемиологического надзора за ВИЧ - инфекцией в Карагандинской области» в июне - июле 2004 года проведен дозорный эпидемиологический надзор (ДЭН) среди потребителей инъекционных наркотиков (ПИН).

**Методология**

Целью проведения ДЭН явилось изучение распространенности ВИЧ инфекции, ВГС, сифилиса, а также моделей рискованного поведения в группах ПИН, связанных с риском ВИЧ инфицирования.

**Задачи дозорного эпидемиологического надзора среди ПИН:**

- оценка распространенности и распределения ВИЧ - инфекции, ВГС и сифилиса среди ПИН;
- оценка распространенности моделей поведения, связанных с риском ВИЧ - инфицирования среди ПИН;
- определение уровня осведомленности ПИН о путях передачи ВИЧ и мерах профилактики;
- доступность профилактических средств для ПИН;
- охват тестированием ПИН на ВИЧ – инфекцию;
- использование полученных данных для разработки, планирования и внедрения профилактических программ;

- охват ПИН профилактическими программами;
- предоставление информации для разработки программ по проведению контроля над инфекцией и обоснования выделения необходимых ресурсов;
- оценка эффективности программ по контролю над инфекцией и ее профилактикой.

#### **Размер выборки:**

Репрезентативная выборка проведена с помощью специально разработанной (СДС, Атланта, США) компьютерной программы Epi-Info для популяционного, эпидемиологического анализа. Для этого взята численность ПИН по быстрой оценке ситуации (БОС), которая по г. Караганде составляет 8000 человек. При распространенности ВИЧ - 2,2% (по данным исследования, проведенного при содействии СДС в 2003 году по г. Караганде), при наихудшем ожидаемом результате 4,2%, ошибке  $\pm 2\%$  и доверительном интервале 95%, выборка определена по городу Караганде в 350 ПИН.

#### **Учет плотности расселения ПИН внутри города:**

- Город Караганда подразделен на участки. Это участки административной полиции, т.е. участковые пункты полиции (УПП).

- В Караганде всего 33 участковых пункта полиции (УПП). Они сопоставимы по численности населения.

- На каждом участке проведена оценка численности ПИН. Дислокация УПП и количество ПИН на участках были нанесены на карту города. Данные о регистрации ПИН на участке взяты из различных источников: регистрация ПИН по областному наркологическому диспансеру, по административным пунктам полиции, по токсикологическому отделению, куда поступают ПИН с передозировкой и т.д. Составленные списки были откорректированы и сведены в один общий список ПИН по г. Караганде. Общее количество ПИН составило 1983 человека. Мы предполагаем, что доля зарегистрированных ПИН среди всех ПИН незначительно отличается от участка к участку, то есть для всех участков она примерно одинакова и составляет, например, 4,5%. Для каждого участка была определена доля проживающих там зарегистрированных ПИН от общего количества ПИН в г. Караганде (р). Например, на участковом пункте полиции (УПП) № 15 проживает 3,23% от общего количества зарегистрированных ПИН, на участковом пункте полиции (УПП) № 16 - 0,71% и т.д.

- Количество интервью на каждом участке вычислено по формуле:

$$n_u = n * p / 100\%$$

Так как, объем выборки равен 350 респондентам, то на УПП № 15 необходимо опросить  $n_{15} = 350 * 3,23\% / 100\% = 11$  респондентов.

#### **Отбор респондентов на участке**

До того как отобрать респондентов методом снежного кома, были установлены первоначальные контакты и люди, от которых впоследствии исходил

«снежный ком». Рекомендуемое количество первоначальных контактов - 25% от численности респондентов на участке. Например, в УПП № 15 - 3 человека. Эти люди будут случайным образом отбираться из списка зарегистрированных ПИН на участке. Так из 350 ПИН, определенных по выборке, 87 - 86 отбирались по списку. После их опроса интервьюер обращался к ним за помощью для поиска других респондентов, то есть просил посоветовать ему других ПИН для участия в исследовании. Этот процесс повторялся до достижения необходимого количества ПИН, т.е. методом «снежного кома» было опрошено 263 - 264 человека.

**Половозрастная структура ПИН по городу:** мужчин - 86%, женщин - 14%. Возраст: 15 - 19 лет - 0,4%; 20 - 29 лет - 35,6%; 30 - 39 лет - 45,8%; 40-49 лет - 13,9%; 50 - 59 лет - 3,9%; 60 лет и старше - 0,4%.

К работе привлекались волонтеры, обученные на семинаре - тренинге, их задачей было привлечение ПИН в пунктах обмена шприцев (ПОШ) стационарного и передвижного типа.

При ДЭН за ВИЧ - инфекций проводилось добровольное анонимное связанное тестирование и анкетирование после получения устного информированного согласия с проведением дотестового консультирования. Оно предполагало проведение профилактического консультирования и разъяснительной работы, направленной на снижение индивидуального риска для ВИЧ - инфицированных людей, а также для лиц, имеющих повышенный риск ВИЧ - инфицирования с целью уменьшения приобретения и передачи ВИЧ- инфекции. При проведении дотестового консультирования, перед взятием биоматериала, участники исследования получали информацию о путях передачи и способах профилактики ВИЧ - инфекции, определении и изменении поведения, которое ставит их в положение риска приобретения или передачи ВИЧ - инфекции, а также о значении тестирования. Потребители инъекционных наркотиков опрашивались об инъекционной практике, половом поведении, участии в профилактических вмешательствах и т.д. Взятие биоматериала проводилось методом сухой капли на стандартную фильтровальную бумагу на ВИЧ, гепатит С и сифилис.

Проводилось кодирование анкеты и биоматериала от исследуемого, код присваивался обследуемому лицу за тем, чтобы только он (она) смогли идентифицировать себя с результатами теста.

При опросе применялись соответствующие правила отбора респондентов:

- в одной группе не опрашивались более одного, максимум два респондента.
- если был выбор между респондентами, то выбирались лица с меньшим стажем инъекционного потребления наркотиков.
- предпочтение отдавали потребителям инъекционных наркотиков молодого возраста.

## **Лабораторный этап исследования**

### **Выбор стратегии лабораторного тестирования**

Скрининговый этап предусматривает использование высокочувствительных тест-систем, которые должны иметь чувствительность не менее 99% по данным инструкции по их применению и правильно идентифицировать 100% положительных образцов референс-панели.

Экспертный этап предусматривает использование высокоспецифичных тест-систем, которые должны иметь специфичность не менее 98% по данным инструкции по их применению и правильно идентифицировать 100% отрицательных образцов референс-панели.

Независимо от распространенности ВИЧ в исследуемой популяции для проведения ДЭН была выбрана вторая стратегия тестирования на ВИЧ. Она включала:

- скрининг на российских тест-системах;
- версификацию положительного результата на экспертных тест-системах (подтверждающий тест - ИБ не применялся).

Для исследования биологических образцов был применен иммуноферментный анализ – твердофазная ELISA.

### **Тест-системы**

При выборе тестов придерживались следующих требований:

- чувствительность скринингового теста должна быть не менее 98%. Тест должен иметь лицензию страны производителя, и быть зарегистрированным в Республике Казахстан;
- специфичность экспертного теста должна быть более 95%, тест-система лицензирована и рекомендована ВОЗ.

В ДЭН были использованы скрининговые тест-системы, применяемые в лабораторной практике Центра СПИД. Они прошли входной контроль с использованием стандартных панелей. Экспертные тесты были представлены СДС.

### **Скрининговая тест-система**

Тест производства г. Новосибирск ЗАО «Вектор Бест» лицензирована и зарегистрирована в Республике Казахстан.

### **Экспертная тест-система:**

«Murex», фирма «Abbott», США. Тест рекомендован ВОЗ.

## **Результаты лабораторных исследований (выборка 350 человек)**

### **1. Исследование на ВИЧ.**

- Отрицательные образцы - 346
- Положительные в скрининге - 7
- Положительные в экспертной тест-системе - 4

**Заключение:** При проведении скринингового этапа ДЭН среди ПИН на наличие антител к ВИЧ от 350 образцов сухой капли получено 7 положительных результатов, что составляет 2%. При подтверждении

на экспертном этапе 4 положительных, что составляет 1,1%.

### **2. Исследование на СИФИЛИС.**

- Отрицательные образцы – 323;
- Положительные результаты в скрининге – 48;
- Положительные результаты в экспертной тест-системе – 27.

**Заключение:** При проведении скринингового этапа ДЭН среди ПИН на наличие антител к сифилису от 350 образцов сухой капли получено 48 положительных результатов, что составляет 13,7%. При подтверждении на экспертном этапе - 27 положительных, что составляет 7,7%.

### **3. Исследование на ГЕПАТИТ «С».**

- Отрицательные образцы – 124;
- Положительные результаты в скрининге – 290;
- Положительные результаты в экспертной тест-системе – 226.

**Заключение:** При проведении скринингового этапа ДЭН среди ПИН на наличие антител к вирусу гепатита «С» от 350 образцов сухой капли получено 290 положительных результатов, что составляет 83%. При подтверждении на экспертном этапе - 226 положительных, что составляет 65%.

## **1. Характеристика ПИН.**

### **1.1. Социально-демографические характеристики ПИН**

#### **Возрастное распределение**

Выборочная совокупность представлена респондентами в возрасте от 14 до 54 лет в 2003 году и от 15 до 57 лет в 2004 году, т.е. заметных различий в возрастном распределении по годам не наблюдалось. Средний возраст составляет в 2003 году 32,3 года и 31,3 года в 2004 году, т.е. без заметных различий. Доля женщин среди обследованных ПИН составила: в 2003 году - 24,1%, и 25,1% в 2004 году.

Примерно 80% (80,4% - 2003 г. и 80,6% - 2004 г.) ПИН составляют люди в возрасте от 20 до 40 лет. Распределение ПИН по возрастам без значимых различий:

- **20 - 30 лет** - 40,4% в 2003 году;
- **30 - 40 лет** - 40% в 2003 году;
- **20 - 30 лет** - 42,0% в 2004 году;
- **30 - 40 лет** - 38,6% в 2004 году.

#### **Семейное положение**

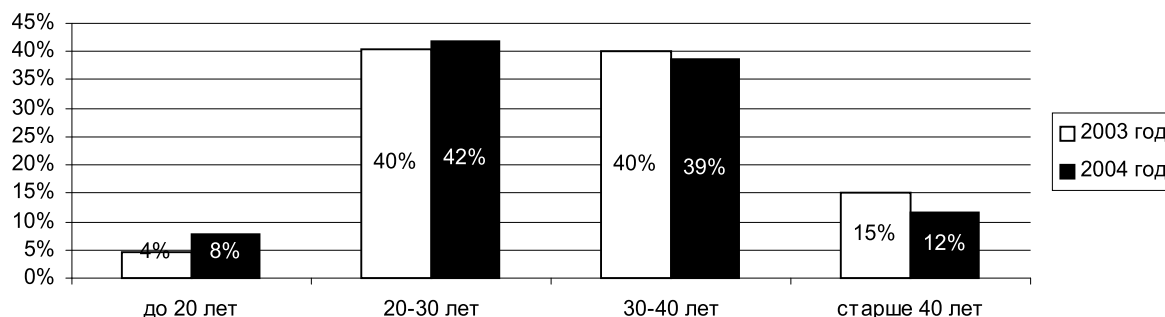
Около 70% ПИН не состоят в браке (71,1% - 2003 г.; 69,4% - 2004 г.):

- никогда не состояли в браке - **44, 8%** в 2003 году и **44%** в 2004 году;
  - разведены - **22,6%** в 2003 году и **24%** в 2004 году
  - овдовели - **3,7%** в 2003 году и **1,4%** в 2004 году
- Состоят в браке в пределах **30% - 28,9%** - 2003 г. и **30,6%** - 2004 г.

#### **Уровень образования**

Наибольшее количество ПИН имеют среднее общее и среднее специальное образование: - 82,2% в 2003 году - 76,3% в 2004 году.

### Возрастное распределение ПИН



Незаконченное высшее и высшее образование имеют в среднем 8%:

- 8,6% в 2003 году
- 8,9% в 2004 году

Доля респондентов, имеющих среднее и среднее специальное образование в 2004 году на 5,9% больше, чем в 2003 году. Начальное и неполное среднее образование имеют - 9,3% в 2003 году и 14,9% в 2004 году, т.е. в 2004 году эта доля респондентов оказалась больше на 5,6%.

#### Род занятий

В пределах половины ПИН не имеет определенного занятия: 63% - 2003 г. и 50% - 2004 г. Работают - 33% - 2003 г. и 44,3% - 2004 г. Учатся 1,9% - 2003 г. и 1,7% - 2004 г. Совмещают работу и учебу от 2% в 2003 г. до 4% в 2004 г.

#### Национальная принадлежность

По национальной принадлежности ПИН распределились следующим образом:

##### Русские:

- 2003 год - 66,7%;
- 2004 год - 61,4%.

##### Представители других национальностей:

- 2003 год - 23,3%;
- 2004 год - 24%.

#### Казахи:

- 2003 год - 10%;
- 2004 год - 14,6%.

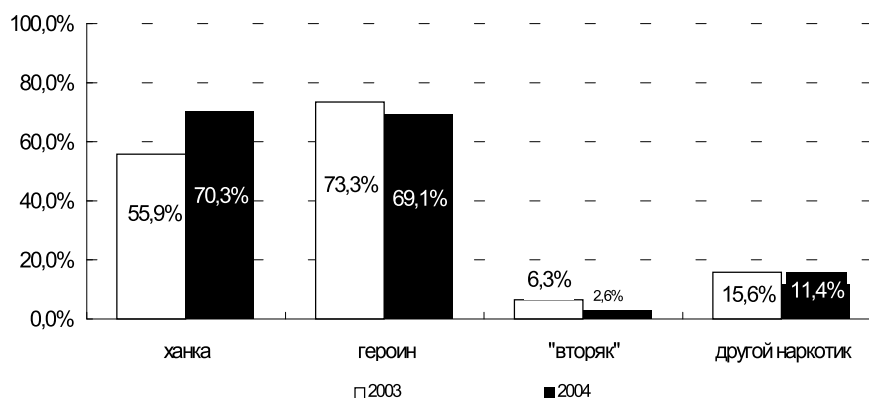
Более половины ПИН - это представители русской национальности. Представители коренной национальности составляют в пределах десятой части. Четверть часть - это представители других национальностей. Существенных различий в сторону увеличения или уменьшения числа лиц по национальной принадлежности по годам не наблюдалось.

### 1.2. Характеристики употребления наркотиков Употребляемые наркотики

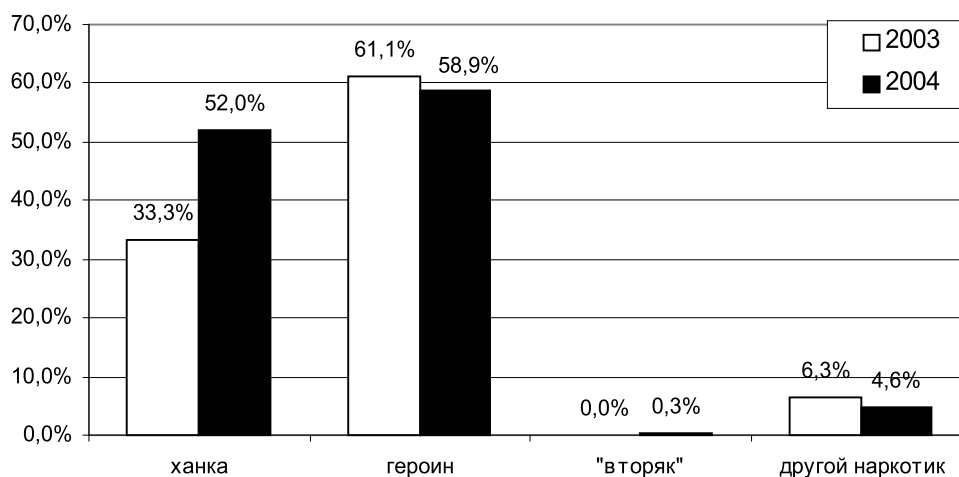
Подавляющее большинство ПИН употребляли только героин в 2003 году - 73,3%. Почти для всех он являлся основным инъекционным наркотиком. За 2004 год несколько снизилось употребление героина с 69,1%, но увеличилось употребление ханки в 2004 г. до 70,3% против 55,9% в 2003 году. Тем не менее, основное количество ПИН - 61,1% в 2003 году и 58,9% в 2004 году ответили, что за последний месяц чаще всего употребляли героин. Снизилось употребление «вторяка» с 6,3 в 2003 году до 2,6% в 2004 году, т.е. на 3,7%, а также другого вида наркотика с 15,6% в 2003 году до 11,4% в 2004 году, т.е. на 4,2%.

Рисунок 2.

Распределение ПИН г. Караганды по употребляемым инъекционным наркотикам за последний год



Распределение ПИН г. Караганды по употребляемым инъекционным наркотикам наиболее часто за последний год



### 1.3. Распространенность моделей поведения, сопряженных с риском ВИЧ-инфицирования, при инъекционном употреблении наркотиков.

Совместное употребление инъекционных наркотиков.

Групповое употребление наркотиков является одной из причин передачи ВИЧ - инфекции среди ПИН. Разновидность групп потребителей инъекционных наркотиков представлена следующими видами.

- закрытые группы, когда состав группы ПИН не меняется, т.е. остается постоянным.
- полукрытые, когда основная часть группы не меняется, но иногда в эту группу попадают другие ПИН.

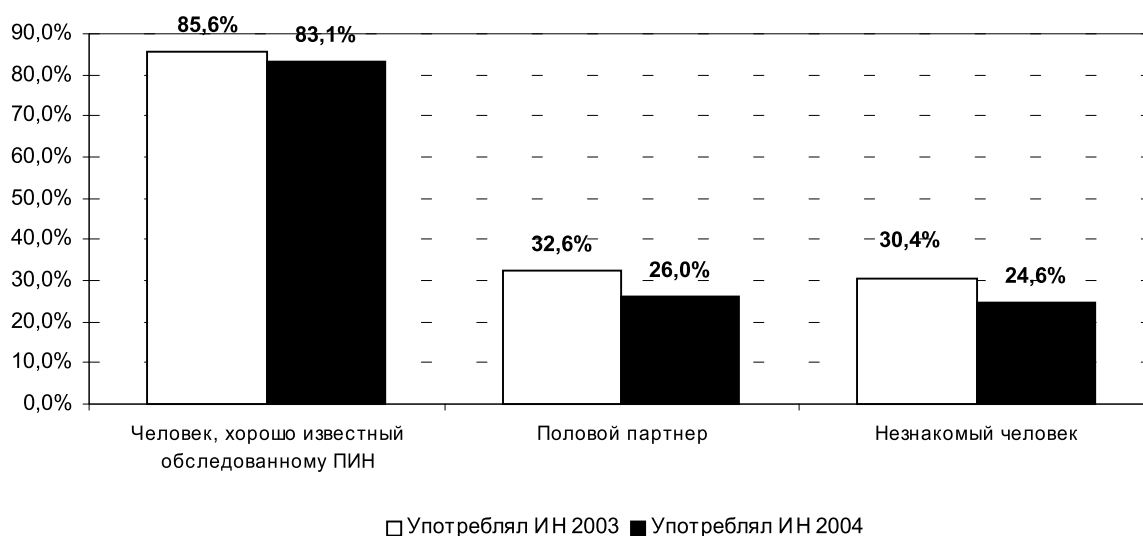
- открытые, когда группа состоит из случайных ПИН.

В закрытой группе ВИЧ - инфекция распространяется только среди ПИН этой группы в отличие от открытой, где ВИЧ - инфекция может быть занесена и вынесена.

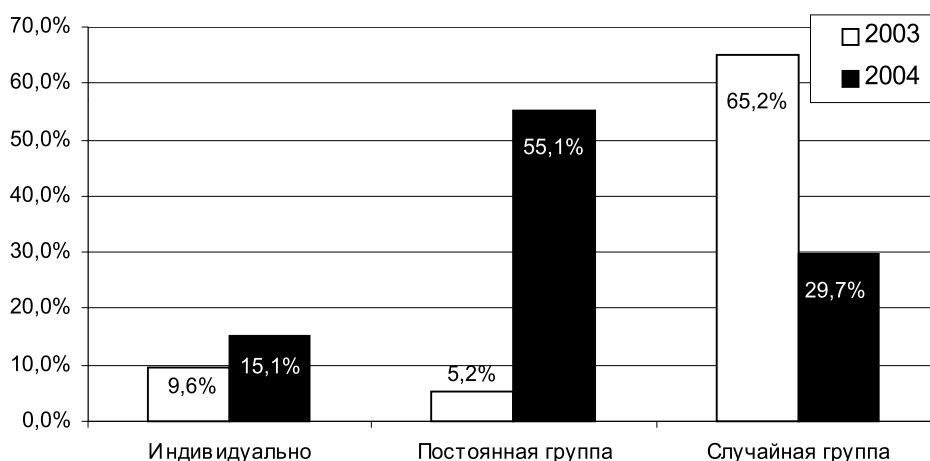
Были получены следующие ответы на вопросы заданные ПИН о людях, с которыми они употребляли наркотики (см. рисунок 4) в течение последних 12 месяцев и как часто они это делали: индивидуально, в постоянной группе, случайной группе (см. рисунок 5).

Рисунок 4.

Люди, с которыми ПИН употребляли ИН в течение последних 12 месяцев



Частота употребления ИН индивидуально, в постоянной группе, в случайной группе



В результате полученных ответов респонденты были разбиты на 3 группы по степени их вовлечения в разные сети потребления наркотиков:

- первая группа (9,6% - 2003 г. и 15,1% - 2004 г.) - ПИН, употреблявшие наркотики только индивидуально. Они не употребляли инъекционные наркотики совместно с кем – либо. Эти потребители никогда не употребляли наркотики ни в постоянной, ни в случайной группах. В этой группе мы видим, что в 2004 году она увеличилась на 5,5%.

- вторая группа (25,2% - 2003 г. и 55,1% - 2004 г.) - ПИН, которые не вводили наркотики с незнакомыми ПИН и никогда не «кололись» в случайной группе. Имеет место заметное увеличение этой группы в 2004 году на 29,9%.

- третья группа (65,2%-2003г. и 29,7%-2004г.) – ПИН, которые употребляли инъекционные наркотики либо с незнакомыми ПИН, либо в случайной группе в течение последних 12 месяцев. Отмечено снижение её численности в 2004 году на 35,5%.

#### **Совместное использование инструментария при введении наркотиков в течение последнего месяца, года.**

Об опыте применения 7 опасных практик отвечали 38,5% респондентов. Распространенность опасных практик среди обследованных ПИН в течение 2003 года представлена в следующей последовательности:

- набирали наркотик из общей емкости - 75,2%;
- использовали общую воду для промывания шприцев и игл - 61,5%;
- пользовались чужим шприцем - 35,9%;
- перекачивали наркотик из одного шприца в другой - 33%;
- пускали шприц по кругу - 27,5%;
- использовали приготовленные каким - либо другим лицом инъекционные наркотики - 23,3%
- не применяли в течение последнего года ни одну из указанных опасных практик 61,3% респондентов (см. таблицу 1).

Таблица 1.

*Наличие опасных практик в течение последних 12 месяцев 2003 года среди ПИН г. Караганды*

№ п/п	Виды опасных практик	Применяли (%)	Не применяли (%)	Не знают/ не помнят
1.	Пользовались чужим шприцем	35,9	64,1	-
2.	Набирали раствор наркотика из общей посуды	75,2	24,8	-
3.	Перекачивали наркотик из одного шприца в другой	33	67	-
4.	Пускали шприц по кругу	27,5	71,7	-
5.	Использовали общую воду для промывания шприца и иглы	61,5	38,5	-
6.	Добавляли кровь (свою или чужую) в раствор наркотика	13,3	86,7	-
7.	Пользовались наркотиком, заправленным в шприц кем-то другим	23,3	76,7	-

Представляющим интерес промежуток времени, помимо года являлся и месяц (см. таблицу 2). Данные свидетельствуют о том, что существующие опасные практики характерные для ПИН практикуются ими постоянно. То есть нет больших различий

в распространенности опасных практик в течение года по сравнению с последним месяцем - 68,9% - 2003 г. и 48,3% - 2004 г. респондентов сказали о том, что не применяли в течение последнего месяца ни одну из указанных опасных практик.

Таблица 2.

*Наличие опасных практик в течение последнего месяца среди ПИН г. Караганды*

Виды опасных практик	Применяли		Не применяли		Не знают/ не помнят	
	2003	2004	2003	2004	2003	2004
Пользовались чужим шприцем	24,2%	23,1%	75,5%	76,3%	0,4%	0,6%
Набирали раствор наркотика из общей посуды	63,9%	60%	36,1%	40%	-	-
Перекачивали наркотик из одного шприца в другой	27,5%	24,9%	72,5%	74,9%	-	0,3%
Пускали шприц по кругу	20,8%	14,3%	78,8%	85,4%	0,4%	0,3%
Использовали общую воду для промывания шприца и иглы	51,7%	44,6%	48,3%	54,9%	-	0,6%
Добавляли кровь (свою или чужую) в раствор наркотика	9,3%	11,4%	90,7%	87,4%	-	1,1%
Пользовались наркотиком, заправленным в шприц кем-то другим	16%	26%	84%	72,9%	-	1,1%
Медиана	31,1	51,7				

**Совместное использование инструментария при последнем введении наркотика.**

Характеристика последнего инъекционного употребления наркотика позволяет нам оценить долю инъекций, связанных с риском ВИЧ инфицирования, среди всех инъекций наркотиков:

- каждая вторая инъекция (66,3% - 2003 г. и 42,6% - 2004 г.) сопровождалась забором наркотика из общей емкости.
- каждая четвертая в 2003 году (23,7%) и каждая

седьмая в 2004 году (13,1%) производилась чужим шприцем.

- при каждой второй в 2003 году (50,4%) и каждой третьей в 2004 году (30,6%) использовалась общая вода для промывания шприца и иглы.
- на 3,8% увеличилось употребление наркотика, заправленного в шприц кем-то другим в 2004 году (11,9% - 2003 г. и 15,7% - 2004 г.).

В итоге 72,2% в 2003 году и 68,9% в 2004 году инъекции наркотиков были связаны с риском передачи ВИЧ.

Таблица 3.

*Наличие опасных практик при последнем введении наркотика среди ПИН г. Караганды*

Виды опасных практик	Применяли		Не применяли		Не знают/ не помнят	
	2003	2004	2003	2004	2003	2004
1. Пользовались чужим шприцем	23,7%	13,1%	76,3%	86,9%	-	-
2. Набирали раствор наркотика из общей посуды	66,3%	42,6%	33,7%	57,1%	-	0,3%
3. Перекачивали наркотик из одного шприца в другой	14,1%	12,3%	85,9%	87,4%	-	0,3%
4. Пускали шприц по кругу	16,3%	7,7%	83,7%	92,3%	-	-
5. Использовали общую воду для промывания шприца и иглы	50,4%	30,6%	49,3%	69,1%	0,4%	0,3%
6. Добавляли кровь (свою или чужую) в раствор наркотика	5,6%	5,4%	94,4%	93,7%	-	0,9%
7. Пользовались наркотиком, заправленным в шприц кем-то другим	11,9%	15,7%	88%	83,4%	-	0,9%
Медиана	72,2%	68,9%				

### Обработка инструментария.

Четверть ПИН (23%) пользующихся чужими шприцами обрабатывают их:

- всегда - 34,6% - 2003 г. и 18,9% - 2004 г.
- никогда - 10,2% - 2003 г. и 4,9% - 2004 г.
- почти всегда - 2%.
- иногда - от 5,5% в 2003 году до 4,6% в 2004 году.

Обработка чужих шприцев проводилась:

· промыванием водой - 38,1% - 2003 г. и 23,7% - 2004 г.

- кипячением - 2,2% - 2003 г. и 2,9% - 2004 г.
- дезраствором - 1,5% - 2003 г. и 0,6% - 2004 г.

Как мы видим наиболее распространено промывание водой.

### 1.4. Половое поведение потребителей инъекционных наркотиков

### Количество половых партнеров

Сексуальное поведение ПИН определяет передачу ВИЧ из этой популяции к населению в целом. Полученные результаты опроса противоречат тому, что употребление инъекционных наркотиков снижает интенсивность половой жизни:

- четыре из пяти ПИН (84,4% - 2003 г. и 89,4% - 2004 г.) имели половых партнеров в течение последних шести месяцев.

- среднее количество половых партнеров за этот период составило: 37% - 2003 г. и 33,1% - 2004 г. - имели непостоянных половых партнеров.

- 3% - 2003 г. и 3,1% - 2004 г. - коммерческих половых партнеров, то есть тех, с кем сексуальные отношения были обусловлены материальным вознаграждением.

Таблица 4.

*Наличие и среднее количество половых партнеров (постоянных, непостоянных и коммерческих) среди ПИН в течение последних шести месяцев*

	2003	2004
Имели половых партнеров за шесть месяцев (%)	84,8%	89,4%
Среднее количество партнеров за шесть месяцев	298	390
Имели постоянных половых партнеров за шесть месяцев (%)	70,4%	75,1%
Среднее количество постоянных партнеров за шесть месяцев	190	263
Имели непостоянных половых партнеров за шесть месяцев (%)	37%	33,1%
Среднее количество непостоянных партнеров за шесть месяцев	100	116
Имели коммерческих половых партнеров за шесть месяцев (%)	3%	3,1%
Среднее количество коммерческих половых партнеров за шесть месяцев	8	11

### Использование презервативов

Были получены ответы о двух параметрах, характеризующих использование презервативов:

- использование презервативов при последнем половом контакте
- постоянное использование презервативов в

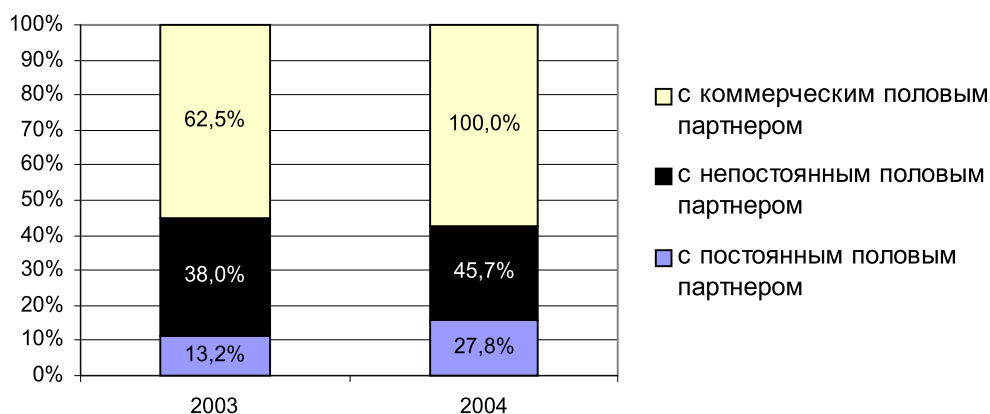
течение последнего месяца.

Использование презервативов зависит от полового партнера и увеличивается в последовательности:

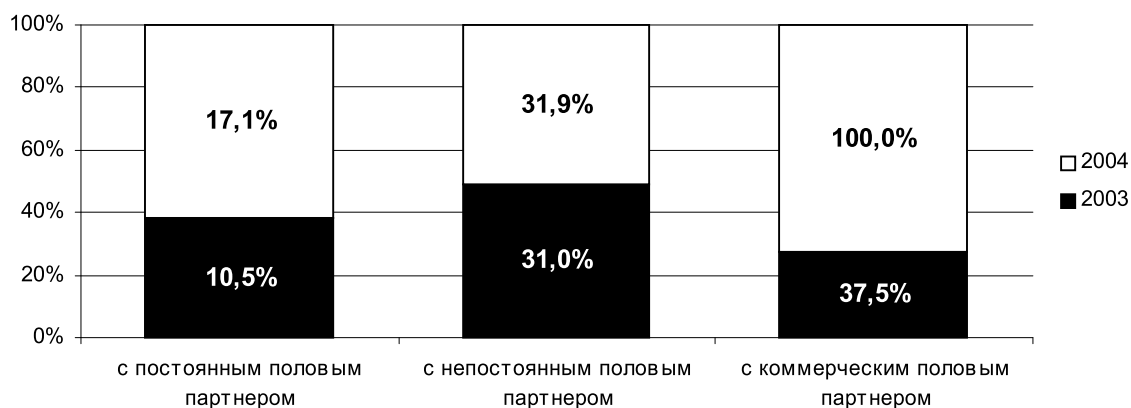
- постоянный партнёр;
- непостоянный партнёр;
- коммерческий партнёр.

Рисунок 6.

*Использование презервативов ПИН при последней половой связи*



*Использование презервативов за последний месяц с половыми партнерами (постоянными, непостоянными, коммерческими) среди ПИН*



Основные причины не использования презервативов:

- нет желания партнера - 13% - 2003 г. и 16,2% - 2004 г.;
- не считали необходимым - 4,4% - 2003 г. и 29,3% - 2004 г.;
- не было при себе - 23,3%;

- из-за отсутствия денег на покупку - 3,4%.

Чаще респонденты приводили следующие причины:

- не считали необходимым;
- не было желания респондента или его партнера;
- доверяли партнеру.

Таблица 5.

*Причины не использования презервативов среди ПИН*

	2003	2004
Не считают необходимым	4,4%	29,3%
Не имели при себе презерватив	5,9%	9,4%
Нет желания партнера	13%	16,2%
Не хотят		
Доверяют партнеру		
Нет денег на покупку	5,6%	5,4%
Негде было приобрести		
Не знают	2,2%	2,18%

**1.5. Симптомы инфекций, передающихся половым путём (ИППП) и поиск их лечения.**

Примерно каждый двенадцатый ПИН (8,5% - 2003 г. и 8,3% - 2004 г.) имел хотя бы один симптом ИППП в течение шести предыдущих месяцев. Симп-

томы ИППП у женщин проявлялись чаще, чем у мужчин:

2003 год:	2004 год
- женщины - 35,3%;	- женщины - 34,2 %;
- мужчины - 4,8 %.	- мужчины - 6,9 %

Таблица 6.

*Наличие симптомов ИППП, проявившихся в течение шести месяцев, среди мужчин и женщин ПИН*

Симптомы ИППП	2003 г.	2004 г.
Необычные выделения из половых органов	14,3%	11,5%
Язвы в области половых органов	2,3%	0,3%
Боли в нижней части живота	21%	22,7%
Жжение и боль при мочеиспускании, выделения из полового органа	3,4%	3,8%
Боль и отечность мошонки	1,4%	3,1%
Наличие хотя бы одного симптома	-	-

1. Почти каждый десятый ПИН (7,8% - 2003 г. и 12,2% - 2004 г.) обратился к частному врачу при наличии симптомов.

2. На 15,2% в 2004 году меньше обращение в кожно-венерологический диспансер (2,4% - 2004 г. против 17,6% - 2003 г.).

3. Выше процент лиц, занимавшихся самолечением на 19,9% в 2004 году (31,7% - 2004 г. против 11,8% - 2003 г.).

4. 7,3% в 2004 году обратились в ЛПУ.

5. Несколько выше на 4,4% в 2004 году (12,2%) число лиц, обратившихся к частному врачу, против 7,8% в 2003 году.

Таблица 7.

*Действия ПИН при наличии симптомов ИППП*

	2003		2004	
	Кол-во ответов	%	Кол-во ответов	%
Ничего не делали	18	35,3%	12	29,3%
Обратились в кожвендиспансер	9	17,6%	1	2,4%
Обратились к частному врачу	4	7,8%	5	12,2%
Обратились к знакомому мед. работнику	1	2%	2	4,9%
Лечились сами	13	11,8%	13	31,7%
К подруге	—	—	1	2,4%
Обратились в ЛПУ	—	—	3	7,3%
Всего				

**1.6. Уровень знаний о ВИЧ/СПИДе, путях передачи и мерах профилактики.**

**Знания о путях передачи ВИЧ**

Практически по всем пунктам большинство респондентов смогло дать правильные ответы. Доля правильных ответов составляет 59,6% в 2003 году и 48,9% в 2004 году.

**Знания о мерах профилактики ВИЧ**

Доля правильных ответов об истинных и мнимых мерах профилактики передачи ВИЧ/СПИДа составляет 16,7% в 2003 году и 42,9% в 2004 году, причем эта доля в 2004 году выше на 26,2%.

**1.7. Мероприятия по контролю и профилактике ВИЧ инфекции.**

**Добровольное получение информации о ВИЧ-статусе**

В течение 12 месяцев, предшествующих исследованию, на ВИЧ обследовались:

- 2003 год – 58,5%
- 2004 год – 60,2%

Не обследовались:

- 2003 год – 40,7%
- 2004 год – 39,4%.

В 2004 году 0,5% ответили, что не знают, были ли они обследованы, т.е. 1 чел.

Из протестированных на ВИЧ респондентов обследовались:

- добровольно 63,9% в 2003 году и 73,5% в 2004 году
- по направлению врача 22,2% - 2003 г. и 20,4% - 2004 г.
- принудительно 12,7% - 2003 г. и 5,7% - 2004 г.

Таблица 8.

*Основные причины, по которым ПИН не проходили тестирование*

Причины	2003 г.	2004 г.
считали не нужным, не хотели	56,4%	58,7%
опасались преследований	7,3%	7,2%
опасались ухудшения отношения со стороны окружающих	2,7%	1,4%
другое	33,6%	32,6%

Охват ПИН профилактическими вмешательствами.

Согласно результатам исследования в городе Караганде мероприятиями по обмену шприцев хотя бы раз за последние шесть месяцев были охвачены

- в 2003 году - 60,4%;
- в 2004 году - 70,6%

Получали презервативы 46% и 28% оказана медицинская помощь.

**Доступность одноразовых шприцев.**

Низкая доступность одноразовых шприцев препятствует безопасному инъекционному поведению

даже при наличии необходимых знаний и навыков у ПИН.

Всегда имеют возможность приобрести стерильные шприцы:

- 2003 г. - 73%
- 2004 г. - 75,7%

Не всегда имеют возможность приобрести шприцы стерильные:

- 2003 г. - 25,6%
- 2004 г. - 22,9%

Не ответили на поставленный вопрос:

- 2003 г. - 1,5%
- 2004 г. - 1,4%

Основной причиной недоступности стерильных шприцев для ПИН является:

- отсутствие денег - 17,8% - 2003 г. и 15,4% - 2004 г.

- отдаленность ПД - 6,9% ПИН в 2004 году против 1,3% в 2003 г.

- опасение полиции - 4,6% - 2004 году и 2,6% - 2003 году.

### 1.8 Распространённость ВИЧ – инфекции, гепатита «С» и сифилиса среди потребителей инъекционных наркотиков.

Распространенность ВИЧ среди ПИН составила:

- 2003 году - 2,2%
- 2004 году - 1,1%

Статистически значимых различий по полу нет:

- 2003 год – мужчины - 2%, женщины - 3,1%,
- 2004 год – мужчины - 0,8% женщины - 2,3%

По возрасту:

- старше 40 лет 4,9% в 2003 году и 0 в 2004 году
- 20 -30 лет - 2,8% в 2003 году и 2,7% в 2004 году

Таблица 9.

### Причины недоступности шприцев, по мнению ПИН

Причины недоступности	2003		2004	
	Кол-во ответов	%	Кол-во ответов	%
Опасаются полиции	7	2,6%	14	4,6%
Далеко пункт обмена	3	1,3%	24	6,9%
Нет денег	48	17,8%	54	15,4%
Далеко киоск, аптека	7	2,6%	7	2%
Не считают необходимым покупать/получать шприцы	10	3,7%	9	2,6%

Рисунок 8.

### Распространенность ВИЧ среди мужчин и женщин ПИН

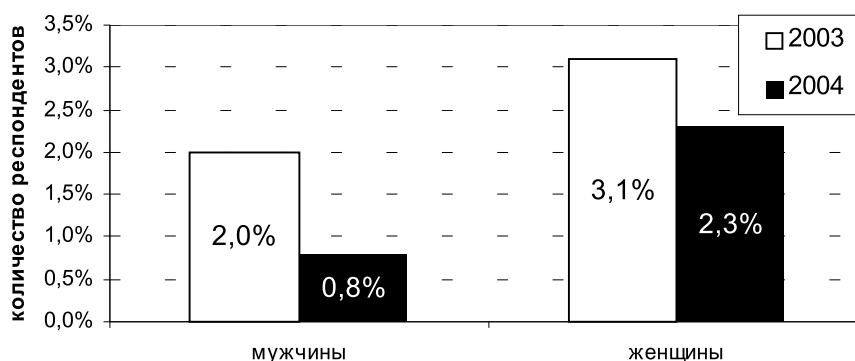
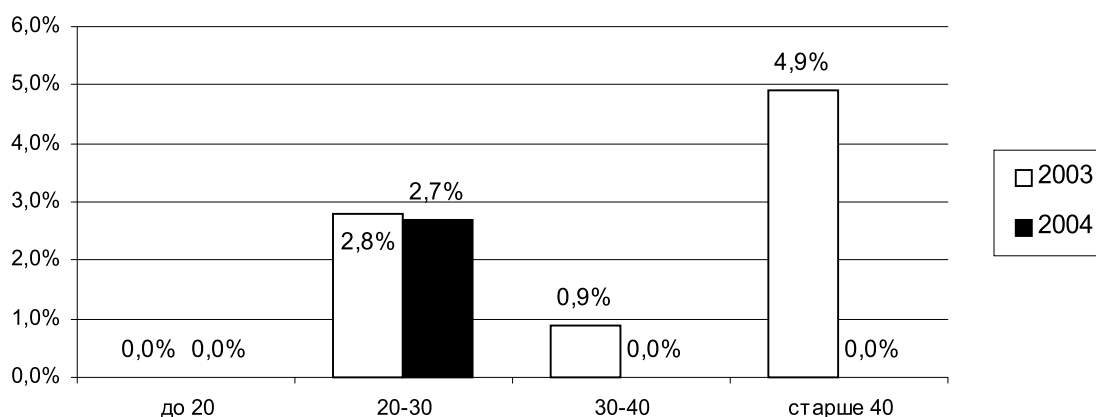


Таблица 10.

### Распределение ВИЧ положительных ПИН по возрастам

ВИЧ +	2003 год								2004 год							
	До 20 лет		20-30 лет		30-40 лет		Старше 40 лет		До 20 лет		20-30 лет		30-40 лет		Старше 40 лет	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
	0	0	3	2,8	1	0,9	2	4,9	0	0	4	2,7	0	0	0	0

Распределение ВИЧ положительных ПИН по возрастам

**Распространенность гепатита «С» среди ПИН.**

Распространенность гепатита С среди ПИН составила:

- 2003 год - 59,7%

- 2004 год - 65,1%

Нет статистически значимых различий в инфи-

цированности между мужчинами и женщинами ПИН:

- 2003 год - мужчины-59,5%, женщины - 58,5%

- 2004 год - мужчины-64,1%, женщины - 68,2%.

По возрасту:

- выше в возрасте 20-30 лет, т.е. 2003 году - 64,2%, в 2004 году - 73,5%, но незначительно.

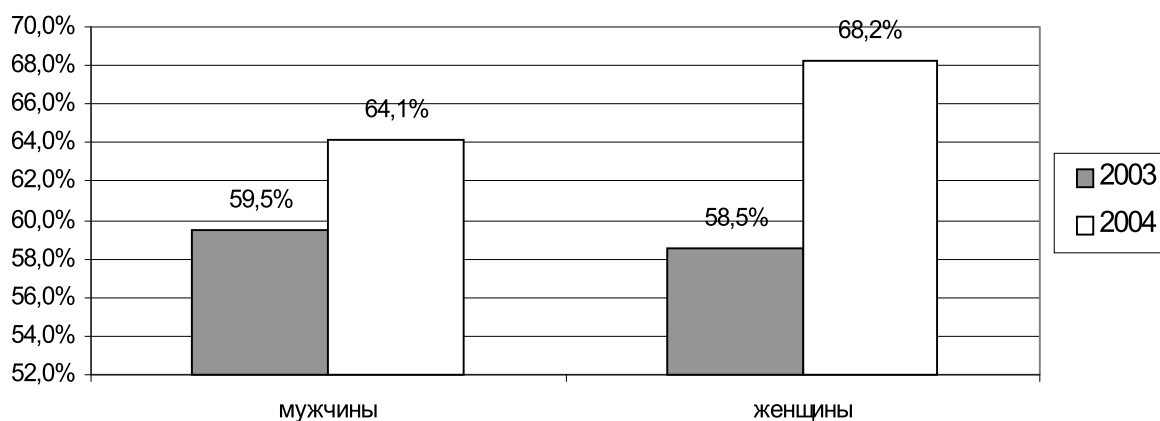
Таблица 11.

Распределение положительных на гепатит С ПИН по возрастным категориям

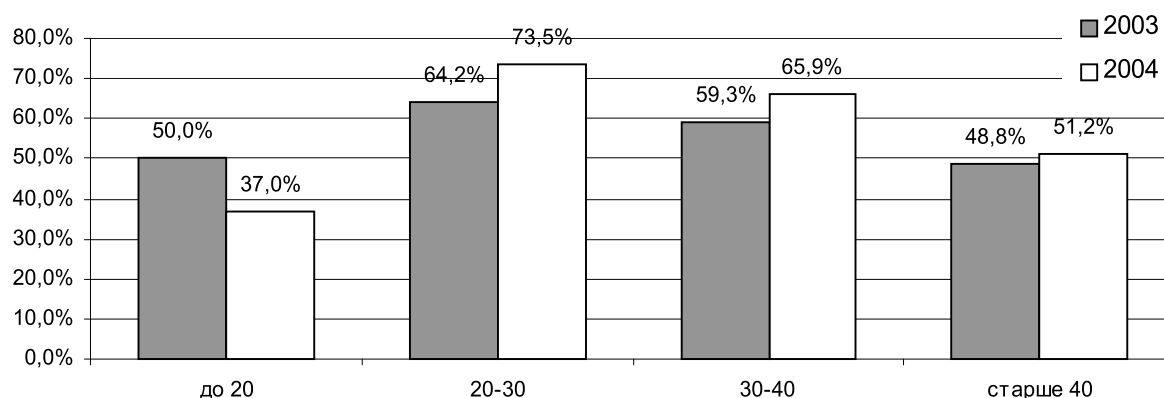
ВГС +	2003 год								2004 год							
	До 20 лет		20-30 лет		30-40 лет		Старше 40 лет		До 20 лет		20-30 лет		30-40 лет		Старше 40 лет	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
	6	50	70	64,2	64	59,3	20	48,8	10	37	108	73,5	89	65,9	21	51,2

Рисунок 10.

Распространенность гепатита С среди мужчин и женщин, являющихся ПИН



*Распределение по возрастам ПИН, имеющих положительный результат на гепатит С*



**Распространенность сифилиса среди ПИН.**

По результатам положительный тест на сифилис составил:

- 2003 году - 4,4%;
- 2004 году - 7,7%.

Выше этот показатель среди женщин:

- в 2003 году – 10,8%;
- в 2004 году – 19,3%.

Ниже этот показатель среди мужчин:

- в 2003 году – 2,4%;
- в 2004 году – 3,8%.

По возрасту:

- наиболее поражённый возраст в 2003 году до 20 лет – 16,6%;
- наиболее поражённый возраст в 2004 году до 20 лет – 13,6%;
- в возрасте до 20 лет в 2004 году - 0%;
- в возрасте 30 - 40 лет – 5,6% в 2003 году и 5,2% в 2004 году.

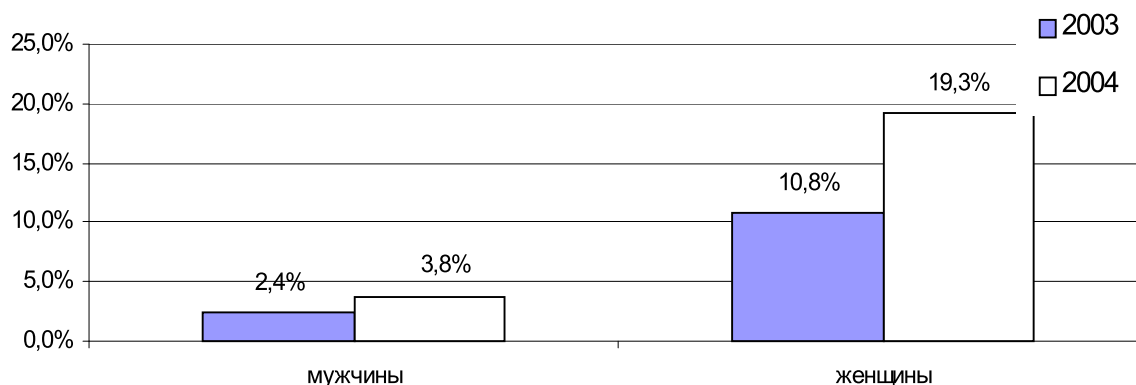
Таблица 12.

*Распределение по возрастам ПИН, имеющих положительный результат анализа на сифилис*

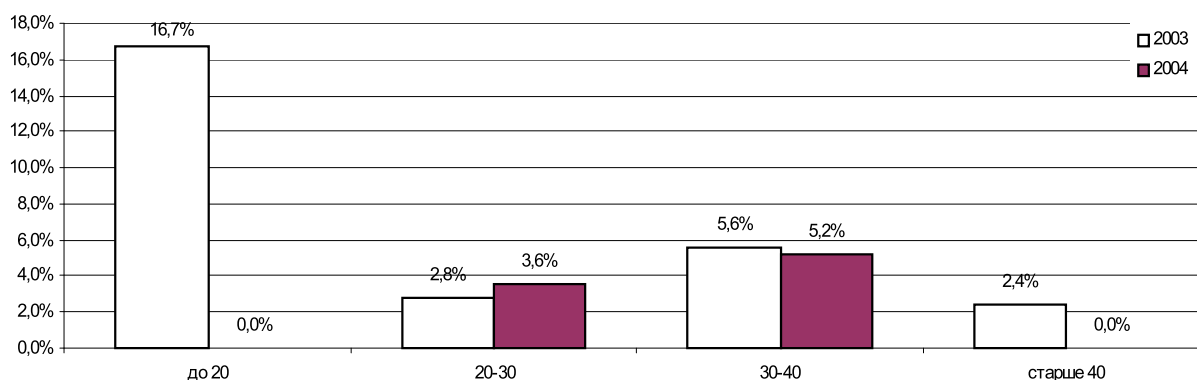
Си-фи-лис +	2003 год								2004 год							
	До 20 лет		20-30 лет		30-40 лет		Старше 40 лет		До 20 лет		20-30 лет		30-40 лет		Старше 40 лет	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
	2	16,7	3	2,8	6	5,6	1	2,4	0	0	20	13,6	7	5,2	0	0

Рисунок 12.

*Распространенность сифилиса среди мужчин и женщин ПИН*



Распределение по возрастам ПИН, имеющих положительный анализ на сифилис

**Выводы:**

- Уровень распространенности в группе ПИН составил: в 2004 году – 1,1%, в 2003 году – 2,2%, продолжает оставаться высокой в возрастах 20-30 лет, в основном среди женщин.

- Уровень распространенности гепатита С составляет 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 составила 59,7%. Наиболее высокое инфицирование отмечается в возрастных группах от 20-30 лет и 30-40 лет и преимущественно среди женщин.

- Распространенность сифилиса составила 7,7% в 2004 году. Отмечен рост сифилиса по сравнению с 2003 годом (в 2003 г. – 4,4%), преимущественно в возрастных группах 20-30 и 30-40 лет, в основном среди женщин.

- Увеличился охват ПИН профилактическими программами (2004 год – 70,6% и 2003 год – 60,4%) в связи с этим повысилась: осведомленность ПИН о мерах профилактики ВИЧ-инфекции и составила 43% в 2004 году при 16,7% в 2003 году, что в свою очередь повлияло на изменение поведения. 15,1% ПИН – употребляют наркотики индивидуально, тогда как в 2003 году – 9,6%; в постоянной группе 55,1% в 2004 году, тогда как в 2003 году – 5,2% и соответственно снизилось употребление наркотиков в случайной группе на 35,5%.

- Но вместе с тем больше половины ПИН продолжают практиковать забор наркотика из общей емкости и прочие опасные практики введения наркотиков: использование чужого шприца составило 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. 100% использовали презервативы с коммерческими половыми партнерами в 2004 году и третья часть использовали презервативы с непостоянными половыми партнерами.

- Каждый двенадцатый ПИН имел хотя бы один из симптомов ИППП в течение шести предыдущих месяцев, но у женщин они наблюдались намного чаще, чем у мужчин. На 15,2% снизилось обращение при наличии симптомов ИППП в кожнодиспансер в 2004 году, причем третья часть занималась самолечением, и незначительное количество обратились к частному врачу и знакомому медицинскому работнику. Что может указывать на недоступность лечения для ПИН, но если и оно и имеется, то слишком отдаленно, так и на отсутствие доверия к лечебным учреждениям.

- Больше половины ПИН обследовались на ВИЧ, основная часть – 73,5% сделали это добровольно, что говорит об информированности ПИН. Незначительное количество обследованных принудительно. Основная масса не обследованных не захотели обследоваться, т.к. не посчитали нужным.

- Положительно сказалось на профилактической работе среди ПИН открытие дополнительных пунктов доверия, о чем говорит то, что свыше 70% ПИН в 2004 году были обеспечены одноразовыми стерильными шприцами.

- В пределах половины ПИН знают о путях передачи, но в то же время хуже знают, как можно предотвратить заражение.

- Ведется определенная профилактическая работа в группах ПИН, но она недостаточная, так как имеющиеся пункты доверия в городе Караганде (5 ПД), слишком отдалены от мест скопления ПИН, а также услуги специалистов не отвечают требованиям этой группы, а те которые и отвечают им, слишком отдалены.

Типичный потребитель инъекционных наркотиков представляет собой:

- Мужчину, преимущественно русской национальности, 31-32 лет, со средним и средним специаль-

---

---

ным образованием, не женатого, не имеющего постоянного занятия. Без значимых различий по годам.

· Употребляет преимущественно героин и в то же время, время от времени переключается на хан-

ку. Несколько повысилось употребление ханки в 2004 году по сравнению с 2003 годом, за счет чего меньше стали употреблять на: 4,2% - героин, 3,7% - «вторяк», 4,2% - другой наркотик.

#### ***Литература:***

1. *О реализации программы по противодействию эпидемии СПИДа в Республике Казахстан на 2001-2005 г.г. // Материалы совещания представителей администрации Президента Республики Казахстан, министерств, ведомств и местных органов исполнительной власти, неправительственных, международных и двухсторонних организаций, г. Темиртау, 2001 год.*

2. *Региональная программа «По противодействию эпидемии ВИЧ/СПИДа в Карагандинской области на 2002-2005 годы». - Караганда, 2002.*

3. *Кузнецов Н. П., Сыздыков М. С., Козаченко Н. В. Снижение вреда от наркотиков в городе Караганде, как элемент реабилитации // Лучшие практики в организации и деятельности реабилитационных наркологических центров. (Материалы международного семинара). - Алматы, 2000.*

---

---

## ПРОФИЛАКТИКА И РЕАБИЛИТАЦИЯ

### ВЫЯВЛЕНИЕ ДОНОЗОЛОГИЧЕСКИХ ФОРМ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Е. В. Новикова, О. Н. Комарова, Н. М. Иванова

г. Астана

Одной из наиболее важных проблем современной наркологии является не только диагностика ранних стадий алкогольной и наркотической зависимости, но так же и донозологических форм алкоголизации – бытового пьянства и эпизодического употребления наркотиков без признаков физической зависимости. На донозологическом этапе, при эпизодическом употреблении алкоголя и наркотиков, отмечается: отсутствие потребности в увеличении дозы, нет труднопреодолимой тяги к приему психоактивного вещества, социальных последствий. Имеются только элементы психической зависимости, выражающиеся в болезненном стремлении постоянно или периодически принимать наркотический или другой психоактивный препарат с тем, чтобы вновь испытать желаемые ощущения, либо устранить явления психического дискомфорта. На фоне личностной сохранности выражена анозогнозия, что затрудняет раннее обращение к специалистам.

С целью раннего выявления патологического пристрастия к психоактивным веществам строятся различные скрининговые тесты. Поиск и отбор критериев заболевания является актуальной потребностью практической наркологии и представляет определенные сложности: пациенты скрывают симптомы, преуменьшают частоту и количество употребляемого ПАВ.

При применении методики для выявления лиц, страдающих наркопатологией, применявшейся до настоящего времени, возникали затруднения из-за частого нежелания самих пациентов участвовать в осмотрах, анкетировании, их настороженности.

Нами предложен и разработан метод накопления информации о лицах, имеющих повышенный риск развития зависимости от ПАВ. Мы назвали его «Картотеккой информации». Нами создан банк данных, в который поступают сведения:

1. Из медицинского вытрезвителя, где ежедневно ведет прием врач - нарколог, так как более половины пациентов медицинского вытрезвителя в наркологическом учреждении не наблюдаются, а при осмотре в медицинском вытрезвителе решить вопрос о наличии наркопатологии сложно. Определенная часть лиц, попавших в медицинский вытрезвитель, стремится диссимулировать свое состояние, что естественно затрудняет оценку формы злоупотребления.

2. Из кабинета экспертизы алкогольного опьянения,

3. Из лечебно-профилактических учреждений города (больница скорой медицинской помощи, травматологические пункты и др.).

Сведения дополняются данными судебно-наркологической экспертизы.

Впервые с 2003 года нами разработан и внедрен дополнительный метод раннего выявления донозологических форм наркологических расстройств. Это медицинская карта профилактического наркологического осмотра.

Медицинская карта включает в себя:

- общие сведения об обратившемся лице;
- данные клинического обследования;
- данные психологического тестирования на выявление употребления ПАВ;
- дополнительные сведения.

После заполнения обследуемым лицом медицинской карты, производится обработка данной информации врачом - наркологом и дается заключение.

При совпадении данных по двум и более параметрам или на основании обработки данных медицинской карты информация передается участковому врачу - наркологу для последующей работы с пациентом. Первая беседа с пациентом и родственниками носит психотерапевтический характер. Врач выясняет и анализирует особенности употребления ПАВ, при необходимости дает рекомендации, информирует о возможных формах наркологической помощи, последствиях при продолжении злоупотребления алкоголем и другими психоактивными веществами.

В течение года было обработано 5000 медицинских карт профилактического наркологического осмотра. В результате выявлено 4,7% злоупотребляющих ПАВ. 76% обследованных лиц были в возрасте от 19 до 29 лет, среди которых 80% мужчин, преимущественно со средним уровнем образования. Длительность эпизодического употребления алкоголя у обследуемых составила до 1 года, наркотических средств до 1 месяца.

1300 медицинских карт были заведены на основании данных из медицинского вытрезвителя, лечебно – профилактических учреждений города, актов медицинского освидетельствования. Из них - на 98 лиц сведения об употреблении ПАВ поступали более 2 раз.

Количество выявленных лиц было разбито на 3 группы:

1 группа составила 27 человек. Это лица, которых не удалось разыскать. 2 группу составили те лица, у

---

---

которых не удалось выявить симптомов заболевания, чаще из-за нежелания пациентов на последующий контакт с врачом – наркологом. Это 52 человека. В третью группу отнесено 19 человек, у которых выявлены явные признаки злоупотребления ПАВ. Все выявленные лица, в последующем относились к группе риска.

Из выявленных с наркопатологией с синдромом зависимости от ПАВ, стационарно было пролечено трое больных, 4 больных прошли курс амбулаторно-

го лечения и 12 человек от предложенного лечения категорически отказались.

Раннее выявление употребления наркотиков и алкоголя дает возможность предотвратить формирование зависимости от психоактивных веществ.

Считаем, что настоящая методика может быть использована в практической работе врача - нарколога с целью раннего выявления и вторичной профилактики наркопатологии.

## Медицинская карта

### Профилактического наркологического осмотра

#### 1. Общие сведения

- 1.1 Фамилия, имя, отчество
- 1.2 Адрес
- 1.3 Место работы, должность
- 1.4 Цель осмотра
- 1.5 Наблюдение у нарколога
- 1.6 Дополнительная информация

#### 2. Результаты исследования

(да-3, нет-0 баллов)

- 2.1 Травматологический анамнез
  - 2.1.1 Травмы головы после совершеннолетия
  - 2.1.2 Переломы костей после совершеннолетия
- 2.2 Клиническое обследование  
(отсутствует - 0, заметно - 1, умеренное - 2, значительное - 3)
  - 2.2.1 Инъецирование конъюнктивы
  - 2.2.2 Аномальная васкуляризация кожи
  - 2.2.3 Тремор рук
  - 2.2.4 Тремор языка
  - 2.2.5 Увеличение печени
  - 2.2.6 Жалобы на состояние здоровья (отсутствуют)

---

Самочувствие удовлетворительное. Пульс \_\_\_\_\_ ударов в минуту удовлетворительных качеств. Сердце и легкие без особенностей.

Соматической и неврологической патологии не выявлено.

Сознание сохранено. Продуктивной симптоматики не выявлено.

#### 2.3 Психологическое тестирование

2.3.1 Как часто опрашиваемый употребляет спиртные напитки? (никогда - 0, раз в месяц или реже - 1, два-четыре раза в месяц - 2, два-три раза в месяц - 3, четыре и более раз в неделю - 4);

2.3.2 Сколько опрашиваемый обычно выпивает алкоголя? (ответ перевести в стандартные дозы спирта, этанола). Стандартная доза содержит 10 гр. этанола. (1-2 стандартные дозы - 0; 3 - 4 стандартные дозы - 1; 5 - 6 стандартных доз - 2; 7 - 8 стандартных доз и более - 4);

2.3.3 Часто ли выпивает 6 стандартных доз за 1 раз (никогда - 0, реже, чем раз в месяц - 1, ежемесячно - 3, ежедневно или почти ежедневно - 4)

---

2.3.4 Как часто на протяжении последнего года начав пить, уже не могли остановиться? (никогда - 0; реже, чем раз в месяц - 1; ежемесячно - 3; ежедневно или почти ежедневно - 4);

2.3.5 Как часто на протяжении последнего года пил больше, чем «надо» (никогда - 0; реже, чем в месяц - 1; ежемесячно - 3; ежедневно или почти ежедневно - 4)

---

2.3.6 Как часто на протяжении последнего года возникала потребность в алкоголе утром, чтобы привести себя в порядок после вчерашнего? (никогда - 0; реже, чем раз в месяц - 1; ежемесячно - 3; ежедневно или почти ежедневно - 4);

---

---

---

---

2.3.7 Как часто на протяжении последнего года чувствовал себя виноватым или ощущал укоры совести после того, как выпил? (никогда – 0; реже, чем раз в месяц – 1; ежемесячно – 3; ежедневно или почти ежедневно – 4)

2.3.8 Как часто на протяжении последнего года не мог вспомнить, что случилось ранее, после последнего употребления алкоголя? (никогда – 0; реже, чем раз в месяц – 1; ежемесячно – 3; ежедневно или почти ежедневно – 4);

2.3.9 Были ли у него или причиненные им травмы в результате употребления алкоголя? (нет – 0; да, но более года назад – 2; да, на протяжении последнего года – 4)

2.3.10 Говорил ли кто-нибудь из родственников, друзей, врачей или других медицинских работников о том, что необходимо меньше пить? (нет – 0; да, но более года назад – 2; да, на протяжении последнего года – 4)

Общее число баллов \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

## 2.4 Дополнительные сведения

2.4.1 Курение табака. Количество сигарет в день

2.4.2 Употребление наркотических и других одурманивающих веществ. Что именно. Когда начал употреблять. Когда употреблял в последний раз, дозы

2.4.3 Как часто опрашиваемый употребляет одурманивающие вещества

2.4.4 Пытался ли прекратить употребление одурманивающих веществ, лечился ли, какой результат

**Выводы** \_\_\_\_\_

Профилактического наркологического осмотра

Врач - психиатр - нарколог \_\_\_\_\_

(подпись, фамилия, печать врача)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 200\_ г.

## ОСНОВНЫЕ ПОДХОДЫ К РЕАБИЛИТАЦИИ ЗАВИСИМЫХ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

к.м.н. Т. В. Пак

г. Павлодар

### Введение

В республике Казахстан (РК) за последние 10 лет количество вновь выявленных лиц, употребляющих наркотики, увеличилось в 20 раз (показатель первичной заболеваемости), обнаруживая стабильную тенденцию к росту. По данным официальной статистики (Психиатрическая и наркологическая помощь населению республики Казахстан 1999-2000 гг., статистические сборники), первичная заболеваемость вследствие употребления психоактивных веществ (ПАВ) в период с 1999 по 2000 гг. увеличилась с 260,7 до 294,9 на 100 тысяч населения.

По материалам многоуровневого социологического исследования проблемы наркозависимости (2001-2003 гг.) реальное число наркозависимых лиц в Республике Казахстан достигает критического зна-

чения – 2,3% от всего населения, 4,3% - составляет группу риска. Динамика роста общей наркологической заболеваемости за последнее десятилетие к 1999 году увеличилась в 3 раза, а к 2001 году – в 5,7 раз (Психиатрическая и наркологическая помощь населению РК за 1990 – 2001 гг. – статистические сборники МЗ РК 1990 – 2001 гг.).

Лечебно-медикаментозные мероприятия в программах медицинской реабилитации (МСР) обеспечивают эффективность ремиссий в течение года у 3-5% больных наркоманией, что кризисно не соответствует росту и масштабам распространения наркотической зависимости в РК. Континуальное и преемственное использование комплексных реабилитационных технологий повышает эффективность медико-социальной реабилитации, снижает финансо-

---

---

вые расходы на восстановление и ресоциализацию зависимых от ПАВ и повышает уровень качества их жизни.

### **Основные компоненты реабилитации зависимых от ПАВ**

Актуальной необходимостью является выделение основных подходов к реабилитации зависимых от ПАВ с целью создания рабочих схем реабилитационных программ для лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) РК. Следовательно, основными компонентами реабилитации зависимых от ПАВ являются:

1. Определение и осуществление комплекса взаимосвязанных, взаимообусловленных мероприятий, направленных на эффективное выполнение поэтапных задач:

- формирование мотивации на участие в лечебно-реабилитационной программе и отказ от употребления ПАВ в процессе:

а) мотивационной психотерапии;

б) мотивационного консультирования;

- избавление от физической зависимости и блокирование психической зависимости за счет спектра фармакологических (с определением формулярных статей лекарственных средств, применяемых в реабилитации зависимых от ПАВ), психотерапевтических, физиотерапевтических и других мероприятий;

- актуализация имеющегося потенциала биологической и социальной адаптации за счет нивелирования астенических (неврастенических), аффективных, поведенческих и интеллектуально-мнестических расстройств, а также развития навыков коммуникации, асертивности, креативности и эффективного копинг-поведения;

- развитие свойств антинаркотической устойчивости - психологического здоровья в процессе интегративно-развивающей, групповой психотерапии, алгоритм формирования которых включает:

а) процесс личностной идентификации с минимизацией патологической субличности и блокированием ее влияния на личность в целом, осознание и развитие нормативных частей личности;

б) развитие навыков ответственного выбора за образ жизни, исключающий употребление ПАВ;

в) создание идентификационного жизненного сценария с развитием и закреплением нормативной ценностной ориентации, новых моделей поведения и образа жизни, исключающих употребление ПАВ;

г) развитие личностных ресурсов и доступ к ним для реализации позитивного жизненного сценария и сохранения достигнутых результатов;

д) формирование характеристик внутреннего локуса контроля с повышением нормативных уровней притязаний и социальных интересов.

- профилактика срывов и рецидивов заболевания в процессе:

а) противорецидивной психотерапии;

б) противорецидивных тренингов;

в) работы групп само- и взаимопомощи;

г) участия в волонтерском движении;

- восстановление семейных отношений и преодоление созависимости в процессе:

а) психотерапевтической работы (семейной, супружеской, групповой психотерапии) со значимыми другими лицами;

б) информационных семинаров, направленных на расширение знаний о медицинских и социально-психологических последствиях зависимостей;

в) тренингов, обучающих навыкам оказания психологической поддержки;

- социальная реабилитация в процессе:

- проживания в условиях терапевтического сообщества;

- развивающих практик;

- трудовой деятельности;

- образования;

- воспитательного опыта;

- спортивно-оздоровительных мероприятий;

- культурно-развлекательных мероприятий;

2. Установление единых стандартных требований к реабилитации зависимых от ПАВ.

3. Контроль объемов, доступности и качества медико-социальной помощи, оказываемой пациентам ЛПУ РК.

### **Общие подходы к реабилитации лиц, зависимых от ПАВ**

Лечебно-реабилитационный процесс основывается на принципах, реализуемых во взаимодействии следующих компонентов: зависимые от ПАВ (больной) — персонал реабилитационного учреждения (реабилитационная бригада) — реабилитационная среда (терапевтическое сообщество) с условным выделением основных периодов (этапов) и соответствующих клинико-психологических мишеней - узлов формирования зависимости от ПАВ:

- *Мишень № 1* – патологический соматический статус лиц, зависимых от ПАВ (включает: признаки интоксикации (передозировки) психоактивным веществом; соматический уровень синдрома зависимости от ПАВ; признаки сопутствующей специфической и неспецифической соматической патологии). Редукция соматического дискомфорта повышает мотивацию пациента на дальнейшее участие в реабилитационной программе и способствует повышению возможностей психотерапевтического процесса;

- *Мишень № 2* – патологическое влечение к психоактивному веществу (ПАВ к ПАВ) во всех проявлениях данного феномена;

- *Мишень № 3* – патологический личностный статус зависимых от ПАВ (дефицит личностных свойств психологического здоровья – антинаркотической устойчивости, характеристики патологического личностного статуса);

- *Мишень № 4* – нормативный личностный статус лиц, зависимых от ПАВ;

---

---

- *Мишень № 5* – дефицитарный социальный статус лиц, зависимых от ПАВ (коммуникативных и других социальных навыков, деформированных отношений в микросоциуме);

- *Мишень № 6* – уровень мотивации лиц, зависимых от ПАВ, на полноценное прохождение реабилитационной программы, соответственно, на достижение стойкой ремиссии и на повышение качества жизни.

Терапевтическое сообщество (община) «therapeutic community», являясь одним из основных компонентов лечебно-реабилитационного процесса, представляет хорошо структурированную, отработанную на практике систему с реабилитационно-терапевтическим содержанием, трансформирующую патологическую личность в нормативную. Основные принципы ТС:

- терапевтическое сообщество (ТС) – это реабилитационно-терапевтическая среда в течение 24 часов в сутки;

- воспитательный опыт осуществляется в общине себе подобных через идентификацию с ролевыми моделями (сотрудники реабилитационной бригады, старшие резиденты, разделяющие идеи ТС);

- нормы и правила ТС определяют поведение, способствующее выздоровлению, и поведение, препятствующее выздоровлению, для всех членов общины (как профессионалов, так и реабилитантов);

- система штрафных санкций и позитивных поощрений, при чем поощрения и привилегии имеют относительно большую терапевтическую ценность;

- переход по вертикали от одной стадии к другой в пределах иерархии ТС осуществляется через последовательность определенных ступеней и соответствует личностному и социальному росту;

- принцип самообеспечения и самообслуживания функционирует через реализацию деятельности всех подразделений центра;

- постоянная занятость (структурирование дня) обеспечивается различными видами трудовой деятельности и активности;

- система контроля и самоконтроля (определяется условиями контракта и уставом ТС) функционирует по принципу немедленного реагирования на происходящие нарушения;

- принцип потенцирования позитивного потенциала каждого реабилитанта и формирования позитивного ядра ТС обеспечивает эффективность в отношении отрицательных лидеров.

В лечебно-реабилитационном процессе условно выделяют следующие основные периоды (этапы): восстановительный (предреабилитационный), собственно реабилитационный (развивающий), социально-реабилитационный и профилактический (амбулаторный).

В свою очередь собственно реабилитационный период (развивающий) состоит из адаптационного, интегративного и стабилизационного этапов. В со-

циально-реабилитационном периоде условно выделяют стадии входа в общину, проживания в общине и возвращения в большое сообщество в условиях загородного поселения.

*Восстановительный (предреабилитационный)*, преимущественно медицинский период включает лечение острых и подострых состояний, вызванных хронической или острой наркотической интоксикацией, передозировкой наркотиками, а также лечение наркотического абстинентного синдрома, постабстинентных расстройств, следовательно, на данном этапе основными являются клиничко-психологические мишени №№ 1, 2, 3, 4, 6. Согласно цели этапа (редукция и блокирование проявлений физической и психической зависимости, мотивация на вхождение в реабилитационную программу) основные реабилитационные мероприятия этапа таковы:

• консультирование больных врачом психиатром-наркологом, психологом, психотерапевтом;

• формирование мотивации на вхождение и участие в реабилитационной программе в процессе индивидуального и группового мотивационного консультирования, индивидуальной и групповой мотивационной психотерапии;

• противорецидивные мероприятия в отношении центрального и периферического запуска патологического влечения к ПАВ.

Основные психотерапевтические мероприятия этапа:  
а) установление контакта с нормативным личностным статусом;

б) растождествление с патологическим личностным статусом;

в) функционирование в нормативном личностном статусе;

г) редукция и блокирование патологического влечения к ПАВ.

Редукция и блокирование патологического влечения к ПАВ реализуются через техники индивидуального консультирования и индивидуальной психотерапии, а также через техники предварительной, начальной и переходной стадии группового консультирования и адаптированные психотерапевтические методы мотивационной психотерапии, гештальт-терапии, трансактного анализа.

Осуществляется данный этап в отделениях медикаментозной коррекции центра (стационара), его продолжительность составляет от 2 до 3 недель, координатором является врач психиатр-нарколог.

*Первый этап реабилитации — адаптационный.*

Цель этапа - восстановление потенциала биологической и социальной адаптации пациента, следовательно, основными клиничко-психологическими мишенями являются мишени №№ 1, 2, 3, 4, 6. Основные реабилитационные мероприятия этапа:

• мероприятия, направленные на адаптацию пациента к условиям, содержанию и графику работы реабилитационного отделения, стационара или амбулатории;

---

---

---

---

- мероприятия по нивелированию астенических (неврастенических), аффективных, поведенческих, интеллектуально-мнестических расстройств и проявлений патологического влечения к ПАВ в постабстинентном периоде;

- мотивационная работа на дальнейшее активное участие пациента в реабилитационной программе и вхождение в терапевтическое сообщество с принятием его правил и норм;

- программа социально-психологических тренингов, направленных на развитие навыков коммуникативности, асертивности, креативности и эффективного копинг-поведения;

- терапевтические мероприятия, направленные на лечение сопутствующей соматической патологии (поражения печени, сердца, других органов) и коморбидных состояний.

Основные психотерапевтические мероприятия этапа:

- активизация внутриличностного конфликта между нормативным и патологическим личностными статусами;

- актуализация и развитие нормативного личностного статуса;

- редукция и блокирование патологического личностного статуса;

- синергетическая модель поведения в условиях терапевтического сообщества;

- редукция и блокирование патологического влечения к ПАВ

реализуются через программу социально-психологических тренингов, через техники переходной и рабочей стадии групповой психотерапии, а также через адаптированные психотерапевтические методы гештальт-терапии, трансактного анализа, телесно-ориентированной психотерапии, психодрамы. Продолжительность данного этапа составляет от 2 до 3 недель в условиях реабилитационных отделений, стационаров для больных со средним и низким уровнем и 2 недели в амбулаторно-поликлинических условиях для больных с высоким уровнем реабилитационного потенциала. Координаторы этапа – это врач психиатр-нарколог, психотерапевт, психолог.

*Второй этап реабилитации — интегративный* включает медицинский, психотерапевтический, психологический и социальный аспекты. Целью данного этапа является формирование и развитие личностных и социальных свойств антинаркотической устойчивости в условиях терапевтического сообщества. Ведущие клиничко-психологические мишени №№ 4, 5, 6. Интегративный этап включает основные реабилитационные мероприятия:

- мероприятия по реализации возможностей реабилитационной среды - терапевтического сообщества, основанного на принципах само-и взаимопомощи, позитивного взаимовлияния;

- психотерапевтическую работу в формате интегративно-развивающей, групповой психотерапии,

основной целью которой является формирование и развитие свойств антинаркотической устойчивости - психологического здоровья;

- программу социально-психологических тренингов, направленных на развитие навыков коммуникативности, асертивности, креативности и эффективного копинг-поведения;

- работу с семьей, со значимыми другими лицами в процессе семейного консультирования, психотерапии, групповой психотерапии с ЗДЛ;

- работу по профилактике срывов и рецидивов в процессе противорецидивной психотерапии, тренингов.

Основные психотерапевтические мероприятия этапа:

- развитие свойств антинаркотической устойчивости - психологического здоровья;

- формирование нормативной системы ценностей;

- создание позитивного жизненного сценария;

- формирование механизмов устойчивости к срыву, рецидиву заболевания;

- преодоление созависимости

реализуются через техники рабочей стадии групповой психотерапии, через адаптированные психотерапевтические методы гештальт-терапии, трансактного анализа, логотерапии, экзистенциальной терапии, а также через программу социально-психологических тренингов.

Продолжительность данного этапа в условиях стационара 1,5 – 2 месяца для больных со средним и низким уровнем и в условиях амбулатории – 1-1,5 месяца для больных с высоким уровнем реабилитационного потенциала. Координаторы этапа – психотерапевт, психолог и/или специалист по социальной работе.

*Третий этап реабилитации — стабилизационный.* Цель этапа - стабилизация и закрепление результатов развития свойств антинаркотической устойчивости – психологического здоровья. На данном этапе проводится подготовка к нормативному функционированию в социальной среде. Основными являются клиничко-психологические мишени №№ 4, 5, 6. Акцент в работе на данном этапе переносится на психосоциальный аспект реабилитационной программы. Основные реабилитационные мероприятия этапа:

- работа по актуализации и закреплению личностных и социальных качеств антинаркотической устойчивости – психологического здоровья в условиях терапевтического сообщества;

- работа по дальнейшему развитию нормативных личностных свойств, способствующих возвращению в семью, в общество;

- программы по профессиональной ориентации;

- работа групп анонимных наркоманов (НА), анонимных алкоголиков (АА);

- профилактическая противорецидивная работа;

- психотерапевтическая работа с созависимыми;
- семейная психотерапия с участием пациента.

Основные психотерапевтические мероприятия этапа:

- актуализация и закрепление свойств антинаркотической устойчивости - психологического здоровья в условиях терапевтического сообщества;
- постановка цели и планирование в трудовой деятельности (трудоустройстве), образовании, создании семьи;
- актуализация и закрепление механизмов устойчивости к срыву, рецидиву заболевания;
- развитие нормативных семейных отношений реализуются через техники рабочей и заключительной стадии групповой психотерапии, а также через адаптированные психотерапевтические методы гештальт-терапии, транзактного анализа, логотерапии, экзистенциальной терапии.

Длительность данного этапа составляет: в стационарных и амбулаторно-поликлинических условиях для пациентов с высоким, средним и низким уровнем реабилитационного потенциала 1,5 – 2 месяца при общей продолжительности реабилитационной программы в 6 месяцев. Координаторы этапа – психотерапевт, психолог и/или специалист по социальной работе.

Собственно реабилитационный период (адаптационный, интегративный, стабилизационный этапы) осуществляется в отделениях реабилитации центра, стационара, дневного стационара, поликлиники.

*Социально-реабилитационный этап.* Цель данного этапа - подготовка пациента к реинтеграции (возвращению) в большое общество через социализацию, трудовую деятельность, образование и духовность. Ведущими являются клиничко-психологические мишени №№ 4, 5, 6. Основные реабилитационные мероприятия этапа:

- совместное проживание и ведение хозяйства в условиях общины;
- работа системы штрафных санкций и позитивных поощрений в условиях ТС;
- использование воспитательного опыта в процессе прохождения ступеней иерархии в условиях ТС;
- увеличение объема трудовой деятельности в условиях общины (микросоциума);
- мотивационная работа, направленная на поиск собственного пути возвращения в общество (ресоциализации);
- программы по профессиональному обучению;
- образовательные программы для консультантов по зависимостям;
- волонтерское движение;
- профилактическая противорецидивная работа;
- работа с семьей и ЗДЛ;
- культурно-развлекательные программы;
- спортивно-оздоровительные программы;
- работа по подготовке к выписке из реабилитационного учреждения.

Основные психотерапевтические мероприятия этапа:

- нормативное функционирование в условиях общины (микросоциума);
- актуализация и закрепление нормативных социальных статусов (Я – мужчина/женщина, Я – партнер, Я – родитель, Я – профессионал/ член группы);
- ситуации риска актуализации патологического влечения к ПАВ в социуме;
- навыки распределения денежных средств;
- социальные дезадаптирующие трудности;
- навыки личного планирования досуга;
- восстановление и развитие нормативных семейных отношений;
- план – проект позитивного жизненного сценария реабилитанта;
- ситуация выписки из реабилитационного учреждения

реализуются через взаимодействия реабилитантов в условиях терапевтического сообщества, через техники рабочей и заключительной стадии групповой психотерапии, а также через адаптированные психотерапевтические методы гештальт-терапии, транзактного анализа, логотерапии, экзистенциальной терапии.

Осуществляется данный этап реабилитации, желательнее, в условиях загородного поселения (общины), его продолжительность для больных с высоким, средним и низким уровнем реабилитационного потенциала 3 - 4 месяца при общей продолжительности реабилитационной программы 6 - 8 месяцев. Координаторами этапа являются психотерапевт, психолог и/или специалист по социальной работе.

*Профилактический (амбулаторный) период* - это комплекс мероприятий, направленных на профилактику срыва и рецидива заболевания, на помощь в решении возникающих проблем нормативного функционирования в социуме (в сфере трудоустройства, поиска жилья, образования, юридической защиты), на дальнейшее развитие нормативных семейных отношений, преодоление созависимости в амбулаторных условиях. Цель этапа – нормативное функционирование в социуме. Основными являются мишени №№ 2, 4, 5, 6. Основные реабилитационные мероприятия этапа:

- программы психолого-социальной поддержки;
- жилищные программы;
- программы профессионального обучения;
- программы правовой (юридической) защиты;
- учебные (образовательные) программы;
- противорецидивная психотерапия;
- работа групп анонимных наркоманов (НА), анонимных алкоголиков (АА);
- семейная и супружеская психотерапия с участием пациента;
- психотерапевтическая работа с созависимыми;
- программы по организации и проведению досуга.

---

---

Основные психотерапевтические мероприятия этапа:

- повышение мотивации на личностный и социальный рост;
- актуализация и закрепление механизмов самоуправления и саморазвития;
- актуализация и закрепление механизмов устойчивости к срыву, рецидиву заболевания;
- развитие способности к активности и инициативности в различных видах деятельности;
- стабилизация нормативных семейных, супружеских отношений

реализуются через техники индивидуального и группового консультирования, индивидуальной и групповой психотерапии в амбулаторных условиях, а также через адаптированные психотерапевтические методы гештальт-терапии, трансактного анализа, логотерапии, экзистенциальной терапии.

Продолжительность данного этапа индивидуальна, определяется степенью ресоциализации реабилитанта и составляет период не менее одного года. Координаторы этапа – психотерапевт, психолог и/или специалист по социальной работе.

Соблюдение основных принципов континуального подхода к комплексной медико-социальной реабилитации и правил преемственности в реализации выше перечисленных этапов обеспечивает высокую эффективность реабилитационного процесса зависящих от ПАВ.

В случае рецидива заболевания, т.е. возобновления употребления ПАВ на одном из реабилитационных этапов, пациент направляется в наркологическое отделение (стационар) медикаментозной коррекции с целью проведения детоксикационной терапии абстинентного синдрома и постабстинентного состояния, в том числе патологического влечения к ПАВ и проведения необходимого комплекса мероприятий по психологическому, психотерапевтическому воздействию.

Все медицинские, психологические, психотерапевтические и социальные реабилитационные мероприятия должны быть отражены в истории болезни или в амбулаторной карте больного.

С момента вхождения в программу пациент мотивируется на то, что своим поведением, соблюдением режима и графика работы отделения (центра), выполнением рекомендаций реабилитационной бригады, активным участием в жизни терапевтического сообщества способствует личностному и социальному росту в процессе реабилитации.

На каждом этапе члены реабилитационной бригады (врач психиатр - нарколог, психотерапевт, психолог, социальный работник и др.) коллегиально оценивают состояние и результаты пациента и принимают решение о готовности пациента к переводу на последующий этап лечебно - реабилитационного процесса.

Начиная с собственно реабилитационного этапа, членами реабилитационной бригады и старши-

ми резидентами ТС проводится аттестация (оценка) достижений пациента по следующим основным направлениям:

- этика поведения в реабилитационном центре (стационаре, амбулатории);
- критика пациента к своему состоянию, заболеванию;
- навыки самообслуживания;
- уровень вовлеченности в жизнь терапевтического сообщества;
- качество индивидуальной работы по заданиям специалистов реабилитационной бригады и старших резидентов ТС;
- степень активности в работе психотерапевтических групп;
- личное отношение к трудовой деятельности;
- приобретение и совершенствование профессиональных навыков;
- личное отношение к образованию, уровень обучаемости;
- степень ответственности (самоконтроля) за взятые на себя обязательства;
- семейные взаимоотношения, степень преодоления созависимости;
- коммуникативные навыки;
- уровень ассертивности в межличностных отношениях;
- планирование позитивного жизненного сценария;
- планирование индивидуального процесса ресоциализации и т.д.

На социально - реабилитационном этапе, перед выпиской пациента из центра, проводится завершающее клиничко-психологическое обследование, которое включает анализ соматического и психического состояния реабилитанта, а также итоговая аттестация – тестирование в форме собеседования.

Итоговая аттестация проводится сотрудниками реабилитационной бригады и старшими резидентами терапевтического сообщества по следующим основным темам:

- адекватное понимание наркомании как болезни (медицинские, психологические, социальные аспекты);
  - последствия наркомании;
  - проявления нормативного и патологического личностных статусов;
  - признаки обострения заболевания, актуализации патологического влечения к ПАВ;
  - противорецидивные навыки срыва в ситуациях риска;
  - планирование трудовой деятельности и образования в процессе выздоровления;
  - система ценностей реабилитанта;
  - планирование позитивного жизненного сценария;
  - планирование индивидуального процесса ресоциализации;
- 
-

· феномен саморазвития в условиях социума и др.

Собеседование проводится в конструктивной, дружественной обстановке на общем собрании терапевтического сообщества. Реабилитант отвечает на вопросы участников терапевтического сообщества и членов реабилитационной бригады. Обязательным является рассказ о себе, заболевании и его последствиях, динамике выздоровления, негативных и позитивных результатах, о взаимоотношениях с другими пациентами, членами реабилитационной бригады, семейных отношениях, планах ресоциализации и ближайшего будущего. Итоговая аттестация с участием родственников пациента завершается добрыми напутствиями и пожеланиями реабилитанту, например, в форме техники «собрать багаж в путь», что укрепляет идеологию и философию центра.

#### **Заключение**

В данной статье дан краткий обзор основных компонентов и общих подходов к реабилитации, на ос-

нове которых возможно создать рабочую схему программы реабилитации зависимых от ПАВ, направленную на повышение эффективности МСР больных наркоманией, улучшение качества их жизни, оказание помощи семьям и ближнему окружению, а следовательно обществу в целом. Выделены этапы лечебно-реабилитационного процесса, цель и основные реабилитационные и психотерапевтические мероприятия на каждом из этапов, а также описана методика проведения оценки (аттестации) достигнутых результатов пациентом в условиях терапевтического сообщества. Данный обзорный материал имеет прикладное значение в практической деятельности ЛПУ. В данной статье дан краткий обзор основных компонентов и общих подходов к реабилитации, на основе которых возможно создать рабочую схему программы реабилитации зависимых от ПАВ, направленную на повышение эффективности МСР больных наркоманией, улучшение качества их жизни, оказание помощи семьям и ближнему окружению, а также обществу в целом.

#### **Список литературы:**

1. Батищев В. В., Негериш Н. В. *Методология организации программы психотерапии и реабилитации больных зависимостью от психоактивных веществ, имеющих низкий уровень мотивации на лечение. Программа «Решение»: теория и практика.* – Москва, 2000. – 184 стр.
2. Валентик Ю. В., Сирота Н. А. *Руководство по реабилитации больных с зависимостью от психоактивных веществ.* – Литера, 2000. – М.: 2002. – 254 стр.
3. Валентик Ю. В. *Реабилитация в наркологии.* – М.: Прогрессивные биомедицинские технологии, 2001. 36 стр.
4. Валентик Ю. В. *Реабилитационные центры «Casa Famiglia Rosetta» для больных наркоманиями (20-летний опыт работы).* – Москва, 2002. – 105 стр.
5. Цетлин М. Г., Пелипас В. Е. *Реабилитация наркологических больных: концепция, программа / Анахарсис, 2001.* – 48 стр.
6. Катков А. Л., Пак Т. В., Россинский Ю. А., Титова В. В. *Интегративно-развивающая психотерапия больных наркоманией.* - Павлодар, 2003. - 267 стр.
7. Sorce V. (Ed.) *Manuale per gli Operatori del Progetto “Terra Promesa. Caltanisseta”.* – 1992. – 180 p.
8. De Leon G. *Therapeutic Communities.* - In: *Textbook of Substance Abuse Treatment / Ed by Marc Galanter, M.D., Herbert D., Kleber, M.D.* - The American Psychiatric Press, 2<sup>nd</sup> Edition. – 1999, Washington.

## **ОБ ОСНОВНЫХ НАПРАВЛЕНИЯХ РАБОТЫ ПО ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ РАСПРОСТРАНЕНИЯ НАРКОМАНИИ СРЕДИ ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЕЖИ**

К. Г. Шарапатова

г. Павлодар

Вопросы борьбы с наркоманией и наркобизнесом не только относятся к числу наиболее острых социальных проблем, но и оказывают прямое влияние на состояние национальной безопасности, экономические и социальные устои и перспективы развития государства. Употребление психоактивных веществ на сегодняшний день одна из острых и трудно-

разрешимых проблем общества. С каждым годом увеличивается число жертв от употребления наркотиков. Проблема употребления психоактивных веществ становится трагедией всё большего количества семей.

В последние годы распространение наркомании в Республике Казахстан связано и с тем обстоятель-

ством, что территория Казахстана стала выгодным «транспортным коридором» для транзита наркотиков из стран Юго-Западной Азии и Афганистана в Россию и далее в Европу. Произошло падение цен на наркотики на «чёрном рынке», что способствует вовлечению в наркопроцесс всё большего круга населения независимо от уровня образования и социального статуса. Наблюдается тенденция к снижению возрастного порога потребления наркотиков, к проникновению наркотиков в учебные заведения, использование детей в потреблении наркотиков и их обороте. Имеет место рост числа лиц, допускающих немедицинское употребление наркотиков.

С учетом того, что эффективность лечебно-реабилитационных мероприятий наркологической службы равна от 1% до 3% ремиссии в течение года (С. А. Алтынбеков, А. Л. Катков, Ю. А. Россинский, 2002), возрастает роль первичной профилактики наркотической зависимости от психоактивных веществ, направленных на здоровых детей, подростков и группу риска, в которую входят дети и подростки с социально-психологическими проблемами, дети из семей алкоголиков и наркоманов, подростки с аддиктивным поведением. По экспертным данным в среднем каждый старшеклассник пробовал наркотики. Приобщение к наркотикам во многом снизилось бы, если подростки смогли бы владеть навыками саморегуляции и ответственного поведения за свое здоровье с акцентом на здоровый образ жизни.

Среди причин, способствующих приобщению к наркотикам, называемых самими подростками являются конфликты в семье, желание все попробовать в этой жизни, от скуки, не быть «белой вороной» в компании сверстников, под давлением старших и значительных для них лиц.

Актуальность этого вопроса связана с ростом распространения ВИЧ-инфекции, вирусного гепатита, так как основным путем передачи этих инфекций является игла. До 80% заражения ВИЧ в Павлодарской области происходит при внутривенном употреблении наркотиков с использованием нестерильных игл и шприцев.

Особую тревогу вызывает рост заболеваемости среди детей и подростков.

По анализу данных медико-аналитического отдела департамента здравоохранения Павлодарской области за 2003 год у детей от 0 до 14 лет выявлен рост заболеваемости наркологическими расстройствами, зарегистрированной впервые в жизни. При сравнении этих данных с данными 2001 года рост заболеваемости увеличился в десять раз. Если в 2001 году зарегистрировано 17,7 на 100 тысяч населения соответствующего возраста, то в 2003 году - 171,6. Тенденция к росту прослеживается и у подростков в возрасте от 15 до 18 лет. В если 2001 году зарегистрировано 3652,0 на 100 тысяч населения соответствующего возраста, то в 2003 уже - 3825,0, наибольший рост отмечен в 2002 году – 4288,6 (см. диаграммы 1-2) [1].

Диаграмма 1.

Общая и первичная заболеваемость наркологическими расстройствами детей до 14 лет

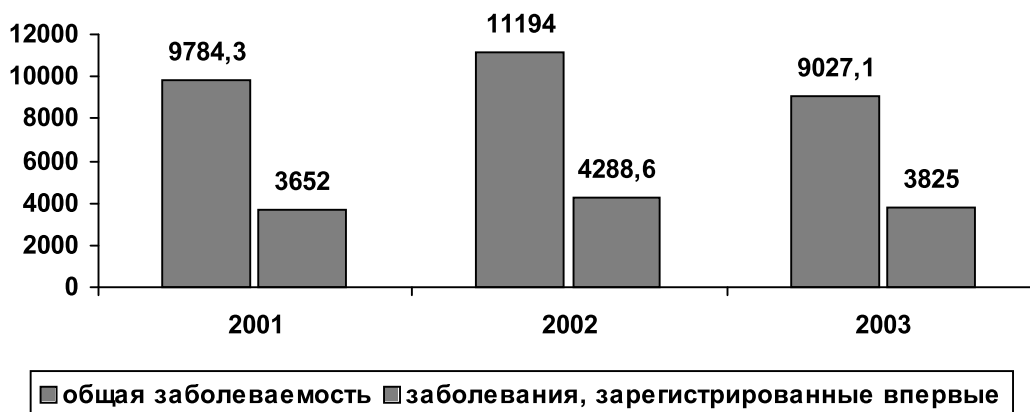


По данным больницы скорой медицинской помощи число подростков (15-18 лет), госпитализированных в токсикологическое отделение с отравлением наркологическими веществами, за 2004 году по сравнению с 2002 годом возросло в 3 раза (2002 год – поступило 5 подростков; в 2004 году – 15) [2].

Социологические исследования, проведенные областным центром проблем формирования здорового образа жизни, областным центром по профилактике и лечению зависимых, среди различных воз-

растных групп по аспекту ЗОЖ, дали следующие результаты. Данные анкетирования среди 2621 учащихся старших классов общеобразовательных школ г. Павлодара таковы. Курят - 16,6% от общего числа опрошенных, многие из них хотели бы избавиться от этой вредной привычки. Пробовали наркотики – 131 человек (3,75%) и одна треть (34,4%) – знакомы с наркотическими веществами. Пробовали и продолжают употреблять алкогольные напитки соответственно – 54,1% и 38,1%, что является высоким пока-

Общая и первичная заболеваемость наркологическими расстройствами подростков от 15-17 лет



затем среди этой возрастной группы. Проблему наркомании актуальной считают 86,7% респондентов, пассивное отношение к ней - у 13,3%, что свидетельствует о равнодушии данной группы к социальным проблемам и коррелирует с данными республиканского научно-практического центра медико-социальных проблем наркомании (14,8%). Мотивацией к приему наркотиков в убывающей последовательности явились: стресс, любопытство, поддержать компанию. Основными источниками информации о вопросах наркомании являются: на первом месте – СМИ, на втором месте – социальные работники, на третьем месте – ближайшее окружение (друзья, родственники).

В социологическом исследовании, проведенном среди студентов I-IV курсов павлодарских университетов, участвовало 545 человек в возрасте от 16 до 29 лет. Курит табак почти четверть опрошенных студентов (24,4%), употребляют алкогольные напитки 61,1%. Основная масса студентов информирована о видах наркотических веществ и способах их употребления: о героине – 61,8%, марихуане – 63,4%, кокаине – 56,2%, опиуме – 52,4%. Среди знакомых употребляющих наркотики у 25,1% опрошенных.

Анализ заболеваемости наркологическими расстройствами и данные социологических опросов позволяют сделать вывод о необходимости усиления профилактической работы, именно среди младшего и среднего подросткового возраста.

Павлодарский областной центр проблем формирования здорового образа жизни используется весь, имеющийся арсенал современных методов профилактической работы, направленной на снижение роста наркомании, употребления алкоголя и курения табака.

Разработан план мероприятий по информационно-пропагандистскому обеспечению борьбы с наркоманией в Павлодарской области. Областным департаментом здравоохранения в блоке профилак-

ческих программ ежегодно к Международному дню борьбы с наркоманией и незаконным оборотом наркотиков объявляется месячник по активизации мер профилактики наркомании.

В целях активизации творческого поиска молодежи в сфере борьбы с алкоголем, наркоманией, токсикоманией, СПИДом проведен областной конкурс творческих работ молодежи возраста от 15 до 30 лет. На конкурс было представлено более 70 работ. Конкурс проводился совместно с партией «Отан» и отделом молодежи департамента внутренней политики, в рамках проводимой республиканским советом молодежного крыла «Жас Отан» социальной молодежной акции «Игла».

Другой конкурс, под девизом «Жизнь без наркотиков», проводился совместно с региональной комиссией по борьбе с наркоманией и наркобизнесом, департаментами здравоохранения, внутренней политики, образования. Этот конкурс был направлен на профилактику наркомании среди подростков и молодежи. Конкурс проводился по номинациям «Лучший КСК», «Лучшая дворовая площадка», «Лучший дом», «Лучшая спортивная программа среди школьных лагерей и летних детских лагерей отдыха».

Разработаны и тиражированы для школьников буклеты «Наркотики - правовая ответственность несовершеннолетних», «Давайте говорить о наркотиках», для родителей буклет «Дети и наркотики: как распознать беду», «Нашакорлык-элеуметтік кесел».

Областным центром профилактики и лечения зависимых заболеваний, областным кожно-венерологическим диспансером ежегодно, в рамках месячников, проводятся «Дни открытых дверей» для детей и подростков и их родителей, с целью оказания консультативной помощи по вопросам профилактики данной группы заболеваний.

Ежегодно 26 июня, совместно с заинтересованными ведомствами и организациями, проводятся

---

---

массовые акции, приуроченные к Международному дню борьбы с наркоманией и незаконным оборотом наркотиков. На заключительной акции, посвященной этому дню, под девизом «Жизнь без наркотиков», которая прошла 26 июня 2003 г. на центральном стадионе шестые открыли медицинские работники и студенты ВУЗов, скандируя призывы «Наркотики - зло, наркотики – яд, а нужно тебе попадать в этот ряд?». В акции приняла участие почти половина сотрудников лечебно-профилактических организаций города. На протяжении всего мероприятия звучали призывы к молодежи вести здоровый образ жизни и никогда не прибегать к наркотикам, а на световом табло были показаны статистические данные о заболеваемости и ситуации по распространению наркотических средств в нашей области. Это молодежная акция еще раз напомнила о том, как важно быть свободным от пагубной зависимости.

С целью привития детям и подросткам навыков для защиты от насильственного склонения к употреблению вредных веществ, нами активно привлекаются врачи - наркологи, психологи, специалисты, занимающиеся вопросами здорового образа жизни. На тренингах путем обсуждения, дискуссии, дебатов, решения ситуационных задач, проведение ролевых игр, подростки получают знания о пути выхода из кризисной ситуации и преодолении стресса, у них развиваются навыки по ведению здорового образа жизни.

Главной целью дебатов, проведенных среди студентов ВУЗов, на тему «Употребление наркотиков – личное дело каждого» была всесторонне обсуждена проблема наркомании среди молодежи. На диспуте «Что мы знаем о последствиях применения наркотиков?» в детском центре педагогов Щербактинского района нашей области было всесторонне освещено губительное воздействие наркотиков на организм подростка. Участники диспута дополнили свои знания о методах противостояния этому злу.

Антинаркотической теме были посвящены круглые столы, которые мы проводили в учебных заведениях:

- «Мифы и правда о наркотиках» в колледже при Павлодарском Государственном университете;
- «Проблемы наркомании и ВИЧ/СПИДа»;
- «Правовая ответственность несовершеннолетних и зависимые заболевания»;
- «Наркомания и СПИД» на базе института экономики и статистики;
- «Подросток и наркомания» на базе физкультурного института;
- «Наркомания и СПИД - смертельный симбиоз», «Правда и ложь о «легких» наркотиках».

Вопросы консолидации усилий НПО и государственных структур в снижении наркотизма обсуждались на круглом столе, организованном Республиканским Научно-практическим центром медико-социальных проблем наркомании, с участием пред-

ставителей департамента здравоохранения, ОЦФ-ЗОЖ, ОЦПЛЗЗ и неправительственными организациями ОФ «Десента», ОО «Равный - равному», волонтерами корпуса мира.

Работа с неправительственными организациями ОФ «Челендж», ОО «Матери», «Врачи против наркотиков», в рамках работы движения ПАНД (Павлодарского антинаркотического движения), начавшаяся в 2002 году, имеет своё продолжение. Регулярно проводятся заседания участников движения, на которых проходит обсуждение вопросов профилактики наркомании.

В рамках движения «Равный - равному» подготовлены более 100 волонтеров – тренеров из числа студентов высших и средних учебных заведений, которые ведут работу среди групп риска.

Для педагогов и медицинских работников проводятся обучающие семинары и конференции, а для медицинского персонала среднего звена в Павлодарском медицинском колледже ежегодно проводится цикл занятий «Тренер здорового образа жизни».

Активно нами используются средства массовой информации. В информационном вестнике «Импульс», который издается ежемесячно с 2000 года (тираж 500 экз.) освещаются вопросы и проблемы, связанные с формированием у детей и подростков антинаркотической устойчивости, а также публикуются материалы, посвященные обучению педагогов, по данной тематике. Антинаркотической теме посвящены статьи: «Как распознать беду», «Молодежь и табак», «Нашакорлык». «26 июня – Международный день борьбы с наркоманией и незаконным оборотом наркотиков», «Наркотики - опасная игра», «Обращение Генерального секретаря ООН» по случаю международного дня 26 июня, «Ядовитое блаженство», «Среднеазиатский регион против наркотиков», «Живи и дай жить другим», образовательные материалы в рубрике «В помощь валеологу», тест «Посмотри правде в глаза», «Модель моста» и другие.

Здравоохранение и образование тесно связаны в вопросах сохранения и укрепления здоровья молодежи. Для раннего выявления употребления наркотических веществ среди школьников в 270 школах области созданы наркопосты. В их состав входят врач-нарколог, заместитель директора по воспитательной работе, социальный педагог, психолог школы. Всего в 2003 году специалистами наркопостов было осмотрено 26878 подростков, в том числе в городе Павлодаре - 7993 подростка.

Одним из реальных мероприятий в пропаганде аспектов здорового образа жизни в учебных заведениях является внедрение проектов Всемирной организации здравоохранения «Школы, способствующие укреплению здоровья», «Здоровые университеты». В Павлодарской области данными проектами ВОЗ охвачено более 50 школ и 6 ВУЗов. Проекты направлены на образовательную работу в среде, окружающей детей и подростков.

---

---

Несмотря на, казалось бы, надоевшую популярность темы «борьбы с наркоманией», мы вынуждены констатировать, что по-прежнему требуется объективное информирование подрост-

ков по этой проблеме – иначе они получают эту информацию в искаженном, привлекательном виде в своей среде и последствия могут быть неоправданными.

### **Литература:**

1. *Данные отчета медико-аналитического отдела департамента здравоохранения Павлодарской области за 2001-2003 годы.*
2. *Данные отчета главного токсиколога департамента здравоохранения Павлодарской области за 2002-2004 годы.*
3. *Данные отчета Областного Центра Формирования здорового образа жизни департамента здравоохранения Павлодарской области за 2003-2004 годы.*

## **ФАКТОР КУРЕНИЯ И НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ОБРАЗА ЖИЗНИ СЕМЬИ**

К. Г. Шарапатова

г. Павлодар

Тенденции роста заболеваемости во многом определяются социально - бытовыми условиями и социально - гигиенической культурой семьи. Комплексные посемейные исследования наглядно показали, что все стороны семейной жизни: материальная обеспеченность, уровень образования членов семьи, жилищные условия, питание оказывают непосредственное влияние на состояние здоровья всех членов семьи, особенно детей и подростков. Внутри семейные установки на образ жизни оказывают сильное как позитивное, так и негативное влияние на выработку навыков здорового образа жизни, правильных ценностных ориентаций и практических навыков у детей.

Невозможно обойти вниманием такие важные проблемы, связанные со здоровьем подростков, как табакокурение и употребления алкоголя в семье. Факторы, влияющие на развитие подростка, такие как неблагоприятная семейная атмосфера, особенно если родители злоупотребляют алкоголем, отсутствие взаимопонимания и заботы со стороны родителей, возможно, являются наиболее опасными факторами для здоровья. От правильного общего уклада, семейных взаимоотношений во многом зависит здоровье человека и, в первую очередь, детей.

### **Материалы и методы исследования.**

Нами проведено социологическое исследование семей с целью, изучения наличия фактора курения у членов семьи, его влияния на образ жизни семьи, их взаимоотношения и уровень медицинской активности. Анкета включала характеристику жилищно-бытовых, социально - гигиенических условий, питания, физической активности, уровень образования и трудовую деятельность родителей, психологический микроклимат семьи. Ведь значительное влияние

на здоровье детей оказывает комплекс факторов, характеризующих психологический микроклимат семьи. Для обсуждения мы предлагаем сравнительную характеристику и те ответы, которые имели достоверные различия в сравниваемых группах. Анкетирование проведено в апреле - мае месяцах 2004 года.

Объем исследований составил 396 семей, имеющих подростков в возрасте от 12 до 18 лет, из них 241 городских и 155 сельских семей. Первая группа – семьи, где курят члены семьи, составило  $n = 184$  (46,4%) и вторая группа – семья, где не курят  $n = 212$  (53,5%). Исследование проводилось по схеме кросс-секционного исследования. Различия определялись с помощью коэффициента Стьюдента. Достоверным считались результаты  $P$  менее 0,05.

### **Результаты и обсуждение.**

По результатам опроса практически в каждой второй семье есть курящие члены семьи. Курение в два раза чаще распространено в городской семье чем, в сельской семье, соответственно  $66,8 \pm 3,5\%$  и  $32,5 \pm 3,5\%$ .

Достоверно чаще курение распространено в полной семье, по-видимому, объясняется это тем обстоятельством, что курит в семье чаще отец. Так в нашем исследовании в семье курит отец в 82,6% случаях, курит мать в 9,2% и в 11,4% и (или) другие члены семьи.

Достоверно чаще в семье, где курят, трудовая деятельность родителей связана с физическим трудом у матери ( $40,7 \pm 3,7\%$  и  $29,1 \pm 3,2\%$ ), и тяжелым физическим трудом у отца ( $17,6 \pm 2,9\%$  и  $6,5 \pm 1,9\%$ ). В два раза реже члены семьи в первой группе занимаются физической культурой. Редко проводят отпуск совместно родители с детьми также в первой группе. На вопрос: «Проводят ли родители отпуск со-

вместно с детьми?» каждый десятый в первой группе ответил: «Никогда».

Более чем в два раза чаще встречается в первой группе частые конфликты в семье (19,7±2,9 и 8,6±1,9%). Частота употребления алкоголя: в каждой десятой семье курящих - ежедневное употребление алкоголя, что в 4 раза чаще, чем во второй группе. Употребление спиртных напитков родителями совместно с детьми достоверно чаще в первой группе (8,2+/-2% и 3,3+/-1,2%).

Большинство наиболее распространенных хронических неинфекционных болезней обусловлены, либо прогрессируют под влиянием курения. В на-

шем исследовании достоверно чаще имеют хронические заболевания члены семей, где курят. В каждой второй семье первой группы (44,2±3,7%) и каждой пятой во второй группе (23,4±2,9%) члены семьи имеют хронические заболевания.

Одним из факторов, определяющим образ жизни и здоровье, является выполнение медицинских рекомендаций. В обеих сравниваемых группах медицинские рекомендации выполняют полностью лишь более или менее половины семей, но достоверно, чаще выполнение медицинских рекомендаций характерно для семей, где не курят (43,9±3,8% и 56,6±3,5%).

#### *Сравнительная характеристика образа жизни семей в зависимости от фактора курения*

Характеристика	Члены семьи курят (n – 184 или 46,4%)	Члены семьи не курят (n – 212, или- 53,5%)	P
У матери физический труд	40,7±3,7%	29,1±3,2%	<0,05
У отца тяжелый физический труд	17,6±2,9%	6,5±1,9%	<0,01
Физкультурой в семье не занимаются	18,5±2,9%	8,5±1,9%	<0,01
Никогда не проводят отпуск родители с детьми	9,8±2,2%	4,7±1,5%	<0,05
В семье часто конфликты	19,7±2,9%	8,6±1,9%	<0,01
Совместно употребляют алкоголь родители с детьми	8,2±2%	3,3±1,2%	<0,05
Алкоголь употребляют ежедневно	9,4±2,3%	2±1%	<0,01
Алкоголь употребляют ежемесячно	20,8±3,%	7±1,%	<0,01
Алкоголь не употребляют	22,5±3,3%	50,3±3,6%	<0,01
Имеют хронические заболевания	44,2±3,7%	23,4±2,9%	<0,01
Медицинские рекомендации выполняют полностью	43,9±3,8%	56,6±3,5%	<0,05
Медицинские рекомендации выполняют частично	40,5±3,7%	26,8±3,1%	<0,01

#### **Выводы:**

Достоверно чаще в тех семьях, где курят члены семьи, отмечается низкая физическая, медицинская активность. У членов семьи выше уровень храни-

ческих заболеваний, чаще психологические проблемы в семье, склонность к употреблению алкоголя, трудовая деятельность родителей связана с тяжелым физическим трудом.

#### *Литература:*

1. Подходы к изучению образа жизни семьи (методические рекомендации). - Алматы, 2001. - с.54.

## **ФАКТОР КУРЕНИЯ И НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ОБРАЗА ЖИЗНИ ШКОЛЬНИКОВ НА ПРИМЕРЕ ПАВЛОДАРСКОЙ ОБЛАСТИ**

К. Г. Шарапатова

г. Павлодар

#### **Введение.**

Формирование различных патологических состояний и отрицательных проявлений часто связаны с образом жизни. В связи с этим, в настоящее время возрастает необходимость изучения проблемы, связанной с влиянием образа жизни на здоровье. Одним из основных показателей, характеризующих со-

стояние здоровья, является фактор курения. Важно учитывать, что каждая из групп населения имеет свою специфику и составляет отдельный предмет исследования.

#### **Материалы и методы исследования:**

Нами проведено анкетирование школьников общеобразовательных школ области с целью изучения

их образа жизни. Исследованы ученики трех средних общеобразовательных школ городов Павлодара, Экибастуза, Аксу и восьми сельских школ. Для проведения исследований нами была разработана специальная анкета. Были исследованы 800 школьников в возрасте от 12 до 18 лет, из них городских - 480 (60,6%) и 320 сельских школьников (39,4%). По возрасту и полу они распределились следующим образом: младший подростковый - 12 - 14 лет, 200 девочек и 200 мальчиков; старший подростковый - 15-18 лет, 200 девочек и 200 мальчиков.

Для обсуждения мы предлагаем выборочную сравнительную характеристику двух групп школьников.

В первой группе - курящие школьники (n - 57) и во второй группе - не курящие (n - 731), не ответили на вопрос - 12 детей. Исследование проводилось по схеме кросс-секционного исследования. Различия определялись с помощью коэффициента Стьюдента.

Достоверным считались результаты  $P < 0,05$ .

**По результатам** исследования нами выявлено: из 800 анкетированных подростков курят 57 человек, что составило 7,12%. По данным Глобального опроса в Павлодарской области, проведенного среди школьников подросткового возраста, процент табакокурения составил 8,3% [1]. Уровень табакокурения среди мальчиков достоверно выше (87,7%), чем среди девочек. Курение распространено в четыре раза чаще среди городских школьников, чем среди сельских ( $80,7\% \pm 5,3\%$  и  $19,3 \pm 5,3\%$ ). Практически все в первой группе ( $91,2 \pm 3,8\%$ ) и более половины во второй группе ( $60,1 \pm 1,8\%$ ), считали себя пассивными курильщиками. Следует отметить, что если в младшей подростковой группе среди мальчиков (12-14 лет) уровень табакокурения составил  $3,6 \pm 1,3\%$ , то в старшей подростковой группе (15-17 лет) -  $22,1 \pm 3\%$ , то есть отмечается рост в 7 раз. Такая же тенденция прослеживается и среди девочек, так в младшей подростковой группе среди девочек уровень табакокурения составил  $0,5 \pm 0,5\%$ , в старшей подростковой группе -  $3,1 \pm 1,2\%$ , то есть наблюдается рост в 6 раз.

Опыт употребления алкоголя был в 3 раза чаще в первой группе, чем во второй группе соответственно  $60,7 \pm 6,6\%$  и  $20,6 \pm 1,5\%$ .

В целях определения распространенности употребления наркотических веществ, нами включены вопросы, косвенно определяющие данный показатель: «Есть или были у Вас проблемы с наркотиками, у Ваших друзей, одноклассников, сверстников?». Среди курящих достоверно чаще встречались проблемы, связанные с употреблением наркотиков. Так были проблемы с наркотиками в первой группе у  $6,0 \pm 3,4\%$  и  $1,8 \pm 0,5\%$  во второй группе. Есть проблемы, связанные с наркотиками в данное время, соответственно  $8,3 \pm 4\%$  в первой и  $1,5 \pm 0,5\%$  во второй группе. На вопрос «Были ли проблемы с наркотиками у Вас?» ответ был положительный у  $0,5\%$  в первой группе.

За последнее десятилетие доля подростков, имеющих опыт сексуальных контактов, значительно возросла. В связи с этим, возрастает роль вопросов, связанных с решением проблем репродуктивного здоровья и профилактики ВИЧ/СПИДа. В нашем исследовании 2/3 в первой группе ( $77,8 \pm 6,3\%$ ) и каждый десятый ( $11,9 \pm 1,3\%$ ) во второй группе имели опыт сексуальных отношений. Большинство в первой группе ( $86,3 \pm 4,9\%$ ) и 1/5 часть школьников во второй группе ( $20,0 \pm 1,6\%$ ) считали допустимыми в данном возрасте сексуальные отношения. Курящие подростки не склонны обсуждать вопросы интимного характера в кругу семьи ( $1,8 \pm 1,8\%$  и  $21,5 \pm 1,5\%$ ), чаще такие вопросы обсуждаются с друзьями ( $47,4 \pm 6,7\%$  и  $26,6 \pm 1,7\%$ ). Информацию о здоровье в первой группе чаще получают от сверстников. Получение информации о здоровье, с использованием ресурсной сети Интернет, доступно лишь школьникам во второй группе.

Более чем в 2 раза чаще курящие подростки подвержены стрессовым ситуациям и испытывают их ( $23,6 \pm 5,8\%$  и  $9,7 \pm 1,1\%$ ).

Заслуживает интерес различие в том, как оценивали подростки свой характер в этих группах. Такая черта характера как пессимистичность в 3 раза чаще встречается среди курильщиков ( $10,5 \pm 4,1\%$  и  $3 \pm 0,6\%$ ).

Подростков первой группы характеризует низкая физическая активность. В ней чаще, чем во второй группе, распространено обучение в подготовительной группе на уроках физкультуры, что может косвенно свидетельствовать об уровне соматического здоровья. Не уделяется должного внимания физической активности дома, в первой группе реже встречается выполнение физических упражнений в домашних условиях.

Домашние задания не выполняет каждый третий ( $40,4 \pm 6,6\%$ ) в первой группе и, как следствие этого, более половины курящих подростков ( $59,3 \pm 6,7\%$ ) оценивают свои знания на «удовлетворительно», редко на «хорошо» и «отлично».

Проблема употребления психоактивных веществ подростками является результатом передачи эстафеты от взрослых. Дети и подростки, усваивая образцы поведения взрослых, затем сами воспроизводят их в своей жизни. Склонность к негативному восприятию и игнорирование мнения взрослых чаще встречается в первой группе ( $10,2 \pm 4,4\%$  и  $2,4 \pm 0,6\%$ ). Безразличное отношение родителей к себе чаще испытывают в первой группе ( $3,6 \pm 2,5\%$  и  $0,6 \pm 0,3\%$ ). Неудовлетворенность жилищно-бытовыми условиями выражают чаще подростки первой группы ( $43,6\% \pm 6,7\%$  и  $23,1\% \pm 1,65\%$ ). Для половины подростков в первой группе ( $52,7 \pm 6,8\%$ ) и менее 1/5 ( $18,8 \pm 1,5$ ) во второй группе не достаточно навыков, получаемых в семье, по ведению здорового образа жизни.

Школьный уровень является основным по внедрению принципов здорового образа жизни. Досто-

верно чаще в первой группе подросткам не достаточно знаний, получаемых в школе по вопросам здорового образа жизни. Каждый второй в 1 группе и каждый четвертый во 2 группе, считает, что в школе не достаточно уделяется внимание вопросам здорового образа жизни, а каждый десятый подросток в первой группе считает, что в школе не уделяется внимание аспектам здорового образа жизни.

Досуг молодежи, по последним исследованиям, имеет тенденцию не только сравнивать с рабочим временем в количественном отношении, но и опередить их по социальной значимости. На вопрос «Как вы проводите свободное время?» из предложенных 12 вариантов ответов достоверно реже в первой группе даётся ответ: просмотр телепередач, чтение художественной литературе. Чаще они проводят досуг гуляя.

Одним из факторов, определяющих образ жизни и здоровье, является медицинская активность. Не выполнение медицинских рекомендаций чаще характерно для первой группы, чем для второй. Каждый десятый (8,9%) в первой группе не выполняет медицинских рекомендаций и каждый второй (46,4%) выполняет медицинские рекомендации частично. Достоверно чаще имели хронические за-

болевания в первой группе. Каждый третий в 1 и каждый пятый во 2 группе указали на имеющееся хроническое заболевание.

**Выводы и обсуждение:** В анализируемых двух группах подростков достоверно чаще распространено курение среди городских школьников и лиц мужского пола. Пассивные курильщики, чаще сами курящие. Опыт употребления алкоголя встречается в два раза чаще, опыт сексуальных отношений отмечен в три раза чаще среди курящих, в связи с чем, возрастает роль факторов риска репродуктивного здоровья. Достоверно выявлены негативные тенденции в образе жизни, в отношении к учебе, к уровню знаний, в чертах характера в группе курильщиков. Частый стресс, не выполнение медицинских рекомендаций, которые ведут к ухудшению здоровья и развитию в будущем хронических заболеваний, чаще встречается в среде курящих. Внедрение рекомендаций по профилактике заболеваний и укреплению здоровья у школьников во многом зависит от родителей и педагогов.

Полученные данные указывают о необходимости более дифференцированного подхода в выборе профилактических мероприятий среди школьников, имеющих факторы риска.

*Сравнительная характеристика курящих и некурящих подростков  
(на примере Павлодарской области)*

Характеристика подростка	Курящие (n-57), %	Некурящие (n-731), %	P
Есть опыт употребления алкоголя	60,7±6,6	20,6±1,5%	<0,01
Друзья знакомые одноклассники употребляют алкоголь	71,1±6,8%	41±1,9%	<0,01
Были проблемы с наркотиками у друзей	6±3,4%	1,8±0,0%	<0,5
Есть проблемы с наркотиками у друзей	8,3±4%	1,5±0,5%	<0,01
Считают допустимыми сексуальные отношения	86,3±4,9%	20±1,6%	<0,01
Есть опыт сексуальных отношений	77,8±6,3%	11,9±1,3%	<0,01
Обсуждают интимные вопросы в семье	1,8±1,8%	21,5±1,5%	<0,01
Обсуждают интимные вопросы с друзьями	47,4±6,7%	26,6±1,7%	<0,01
В семье занимаются физическими упражнениями ежедневно	21,1±5,4%	34,2±1,8%	<0,05
В школе физкультурная группа - подготовительная	16,7±5,4%	7,3±1%	<0,05
Часто испытывают стресс	23,6±5,8%	9,7±1,1%	<0,01
Характер пессимистический	10,5±4,1%	3±0,6%	<0,01
Досуг проводят читая	10,5±4,1%	24,1±1,6%	<0,05
Досуг - смотрят телевизор	15,8±4,9%	31,6±1,7%	<0,05
Досуг – гуляют	47,4±6,7%	33,5±1,8%	<0,05
Домашние задания не выполняют	40,4±6,6%	5,8±0,9%	<0,01
В семье не достаточно уделяется внимание вопросам здорового образа жизни	52,7±6,8%	18,8±1,5%	<0,01
Информацию о здоровье получают с Интернет	0±0%	9,3±1,1%	<0,05
Информацию о здоровье получают от сверстников	8,8±3,8%	3,2±0,7%	<0,05
К мнению взрослых не прислушиваются, поступают наоборот	10,2±4,4%	2,4±0,6%	<0,01

Характеристика подростка	Курящие (n-57), %	Некурящие (n-731), %	P
Испытывают к себе безразличное отношение родителей	3,6±2,5%	0,6±0,3%	<0,05
Успеваемость на "отлично"	3,7±2,6%	16,2±1,4%	<0,05
Успеваемость на "хорошо"	25,9±6%	51,4±1,9%	<0,01
Успеваемость на "удовлетворительно"	59,3±6,7%	27,2±1,7%	<0,01
Задания в школе сильно тяготят	8,8±3,8%	2,7±0,6%	<0,05
Вопросам здорового образа жизни в школе не уделяется внимания	45,6±6,7%	24,2±1,6%	<0,01
Вопросам здорового образа жизни в школе не уделяется внимания	10,5±4,1%	3,9±0,7%	<0,05
Имеют хронические заболевания	34,5±6,5%	21,4±1,6%	<0,05
Обращались в лечебно профилактические организации с профилактической целью	10,9±4,6%	25,8±2,1%	<0,05
Полностью выполняют медицинские рекомендации	35,7±6,5%	63,7±1,8%	<0,1
Выполняют медицинские рекомендации частично	46,4±6,7%	25,2±1,6%	<0,01
Не выполняют медицинских рекомендаций	8,9±3,8%	1,6±0,5%	<0,01
Оценивают свое здоровье – "удовлетворительно"	25±5,8%	13,9±1,3%	<0,05

#### Литература:

1. Шарипатова К. Г, Жуматова З. С., Толеутаев Р. К. Анализ результатов глобального обзорного исследования «Молодежь и табак» в Павлодарской области // Актуальные вопросы формирования здорового образа жизни, профилактики заболеваний и укрепления здоровья. - №4. - 2004. - с. 51.

## ОПТИМАЛЬНОЕ, КОМФОРТНОЕ СОСТОЯНИЕ – ГЛАВНАЯ СТРАТЕГИЯ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАВИСИМОСТЕЙ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

Б. А. Шахметов

Оптимальное, комфортное состояние (ОКС) включает в себя следующие факторы (рис. 1):

1. Преобладание положительных эмоций, (ПЭФ) – положительный эмоциональный фон.
2. Ощущение собственной значимости (ОСЗ), позитивный уровень самооценки.
3. Гармоничные межличностные взаимоотношения (ГМО) в микросоциальных группах (в семье, в детском, учебном и трудовом коллективах).
4. Достаточный уровень интегрального здоровья (ИГ), включающий в себя физическое, психическое и социальное благополучие.
5. Финансовый достаток (ФД).

Оптимальное, комфортное состояние (ОКС) может быть главной стратегией первичной профилактики зависимости от психоактивных веществ (ПАВ).

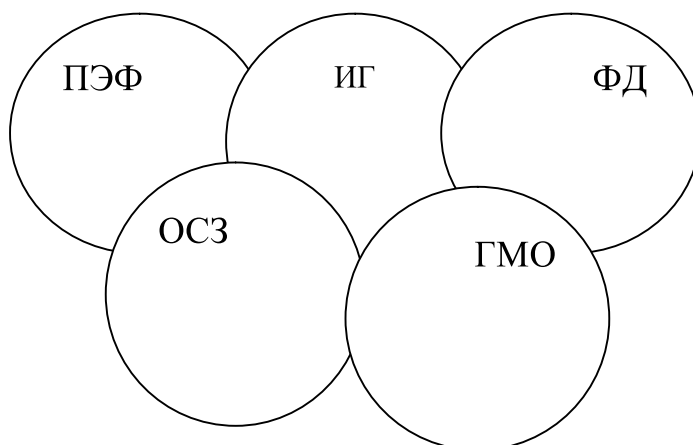
Великий поэт Абай задавал себе вопрос: «Что человеческой сущности потребно?» и отвечал: «Любить, чувствовать, не огорчаться и, разумом обду-

мавши, речи говорить». Как видим, три пункта из четырех вышеназванных относятся к эмоциональной сфере, четвертый пункт относится к интеллектуальной сфере. На наш взгляд человек стремится не просто к удовольствиям, а к оптимальному, комфортно-му состоянию своей души и тела. Обращение к психоактивным веществам тому свидетельство.

Великий ученый Аль – Фараби подчеркивал важность социально – психологических факторов в жизни общества. Он писал: «Вся земля была бы благо-словенной, если бы народы мира помогали друг дру-гу в достижении счастья». Эта мысль свидетельствует о планетарном мышлении философа. Переходя в область малых социальных групп, мы можем так же отметить важность положительных межличностных отношений.

Античным мыслителем Аристотелем была со-здана модель «нормы» психического поведения в рамках добродетели, основной категорией нрав-

Структурно – логическая схема ОКС



ственности. Уклонения от «нормы» или добродетели он рассматривал как «недостатки», которые по его описаниям близки современным представлениям о различных расстройствах личности. Принципиальное значение приобретает воспитание добродетели у подрастающего поколения, как определяющего качества личности в судьбе человека и общества в целом.

Именно добродетель – стремление делать добро людям является стержневым свойством личности. Она определяет положительный фон настроения. Уважение к самому себе, хорошие, теплые отношения с близкими людьми являются базой для крепкого здоровья, хорошего настроения и материального достатка.

Сущностью целевых программ по повышению индивидуального и социального психологического здоровья может являться достижение ОКС (оптимального, комфортного состояния), включающие в себя биологический и социально – психологический регистры личности, другими словами – психосоматическое благополучие или психосоматическое, комфортное состояние.

Метамоделю профилактики заболевания в целом, и зависимостей от психоактивных веществ (ПАВ) в частности, должна включать в себя систему мероприятий по обеспечению ОКС каждой личности в отдельности через систему образования, воспитания, социального обеспечения и менеджмента.

В связи с этим приобретает особую актуальность разработка концепции и внедрение метамоделю социальной психотерапии, где социальными психотерапевтами выступают государство, общество и семья. От продуманных, последовательных и системных мероприятий зависит судьба конкретной личности, общества и государства в целом. Поэтому нужна разработка и использование активных методов первичной профилактики, повышающих эффективность профилактических программ с группами высокого риска вовлечения в зависимость от ПАВ.

Внедрение инновационных методов социальной психотерапии в систему профилактики с активным подключением к этой деятельности государственных учреждений и других ведомств с акцентом внимания на детей, подростков и молодежи страны очень важно.

### СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ И МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОДРОСТКОВ С НАРКОЛОГИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ, СОВЕРШИВШИХ ПРОТИВОПРАВНЫЕ ДЕЙСТВИЯ

Н. С. Патютко, Л. В. Селюнина

г. Петропавловск

В Республике Казахстан в последнее десятилетие тенденция распространения зависимости от психоактивных веществ приняла характер эпидемического процесса, и признана одной из важнейших проблем здравоохранения [1]. Особую тревогу вызывает факт омоложения контингента наркозависимых лиц и активного вовлечения в среду немедицинского употребления психоактивных веществ (далее ПАВ) наиболее уязвимой группы населения - подростков. По официальным данным в Республике Казахстан первичная наркологическая заболеваемость среди подростков за последние 5 лет выросла в 1,6 раза (600,6 на 100 тысяч подросткового населения в 2004 году по сравнению с 387,1 в 1999 году).

В Северо-Казахстанской области также отмечается значительное увеличение заболеваемости подростков наркологическими расстройствами: в 2003 году эта цифра составляла 329,3 на 100 тысяч подросткового населения, а в 2004 году – уже 628,1. По данным анонимного анкетирования 1986 учащихся выпускных классов общеобразовательных школ установлено, что 35,4% из них знакомы с опьяняющими дозами алкоголя, а 3% - пробовали или периодически употребляют наркотики. При проведении подобного исследования у подростков – посетителей ночных дискотек выявлено, что употребляли наркотические вещества 23% респондентов, в том числе опиоиды - 4%, каннабиноиды – 19%.

Очевидно, что если подобная тенденция распространения наркологических расстройств среди восходящего поколения страны будет носить устойчивый характер на протяжении последующих лет, то возникнет прямая угроза генофонду нации и социально - экономическому развитию нашего государства. Необходимо детальное изучение различных аспектов формирования наркологических расстройств у несовершеннолетних, включая социальный и правовой аспекты, определяет актуальность настоящей работы.

Антисоциальный аспект алкоголизма, наркомании и токсикомании в обществе нашел свое отражение в многочисленных исследованиях психиатров, наркологов и криминологов. Выявлена достоверная взаимосвязь диагнозов алкоголизма, наркомании и социопатии, подтвержденная последовательным или одновременным установлением данных расстройств у одной и той же личности (Schubert D.S., Wolf A.W.,

Patterson M.V., 1988; Weisner C.A., 1992). Ряд авторов указывают не только на корреляцию наркотизации и криминальности в обществе, но и на различную криминальность отдельных групп ПАВ, обусловленную особенностью их клинических эффектов (Габиани А. А., 1988; Пятницкая И. Н., 1994). Ведется активный поиск соотношения криминальной активности с социобиологическими и психопатологическими факторами, влияющими на формирование личности, среди которых рассматриваются также и наркологические расстройства (Фирсаков С.В., 1996). Основываясь на практических наблюдениях и сведениях, накопленных психиатрами и наркологами, Пятницкая И. Н. (1994) приходит к выводу о том, что антисоциальный аспект наркомании в обществе в значительной степени определяется подростками, правонарушения которых в большей своей части характеризуются разрушительностью и жестокостью. Это обусловлено как непосредственным действием одурманивающих веществ, так и искажением личности при регулярной наркотизации. Автор отмечает, что особая социальная опасность подростковой наркотизации заключается в высоком уровне прозелитизма в их среде, а также особенностях поведенческих реакций подросткового возраста зачастую диктуемых делинквентными и криминальными группами.

**Целью** нашей работы является анализ влияния демографических и социо-психологических показателей на формирование аддиктивного и криминогенного фразматов девиантного поведения у подростков.

**Объектом изучения** явились 109 подростков в возрасте от 14 до 18 лет с психическими и поведенческими расстройствами, связанными с употреблением ПАВ. Они прошли амбулаторную судебно-наркологическую экспертизу в областном наркологическом центре г. Петропавловска за период 2002–2004 г.г., в связи с привлечением их к уголовной ответственности.

**Предметом изучения** стали характеристики исследуемой группы:

- социально-демографические - возраст, пол, национальность, форма семьи, тип воспитания, образовательный уровень и род занятий;
- медико-психологические - наследственность, сопутствующая пре – и перинатальная патология, особенности преморбидной личности, подростковые поведенческие реакции.

---

---

В соответствии с целевой установкой работы подростки были распределены нами на подгруппы в зависимости от степени социальной опасности употребляемых ПАВ.

### Характеристика подгрупп

**А** – подростки с психическими и поведенческими расстройствами в результате употребления алкоголя (F10) – 63 человека. Из этого числа с синдромом зависимости (F10.2) – шесть подростков - 9,5%.

**В** – подростки с психическими и поведенческими расстройствами в результате употребления седативных и снотворных средств, стимуляторов, галлюциногенов, летучих растворителей и сочетанного употребления ПАВ, не включенных в официальный “Перечень наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров, подлежащих контролю в РК” – 27 человек (F13 – 4 чел., F15 – 2 чел., F16 – 2 чел., F18 – 4 чел., F19 – 15 чел.). Из общего количества 6 подростков (22,2%) имеют сформированную зависимость от токсических веществ.

**С** – подростки с психическими и поведенческими расстройствами в результате употребления опиоидов, каннабиноидов, сочетанным употреблением наркотиков и других ПАВ – 19 человек (F11 – 3, F12 – 3, F19 – 13). В этой подгруппе синдром зависимости сформирован у 5 подростков (26,3%).

Анализируя характеристику подгрупп, можно достоверно отметить следующие закономерности:

1. В подростковом возрасте особенно актуальным являются несформировавшийся ранний алкоголизм, либо наркомании и токсикомании, а злоупотребление этими веществами, когда зависимость от них ещё отсутствует. По нашим данным у 92 человек из обследуемых 109 человек имеет место аддиктивное поведение без признаков психофизической зависимости от ПАВ, что составляет 84,4% от всех случаев;

2. Сочетанное употребление психоактивных веществ выявлено у 25,7% (28 человек из 109), что указывает на склонность подростков последовательно или попеременно испробовать на себе действие различных веществ, свидетельствующих о, характерном для подросткового возраста, поисковом полинаркотизме [2].

3. В подавляющем большинстве случаев (57,8%) предпочитаемым для употребления подростками веществом является алкоголь в силу его доступности.

4. Подростки, не имея доступа и средств для приобретения дорогостоящих наркотиков и психотропных веществ, склонны к злоупотреблению самодельными препаратами, отличающимися высокой токсичностью. По нашим данным в 24 случаях (22%) употребляемые токсические вещества представляли кустарно приготовленные растворы для внутривенного введения из таблеток кодеин – и (или) фенобарбитал содержащих ненаркотических анальгетиков, комбинированных препаратов для лечения

простудных заболеваний с содержанием различных стимуляторов (фенилпропаноламина гидрохлорида, фенилэфедрина гидрохлорида, хлорфенирамина малеата), атропиносодержащих бронхолитиков, антигистаминных средств с холиномиметическим эффектом, а также глазных и интраназальных капель на основе различных адреномиметиков.

5. Скорость формирования зависимости связана с социальной опасностью употребляемого психоактивного вещества: в подгруппе **А** с наибольшим количеством обследуемых (n=63) выявлено всего 9,5% зависимых, тогда как в подгруппе **В** (n=27) – 22,2%, а в самой малочисленной подгруппе **С** (n=19) процент подростков со сформированным синдромом зависимости явился максимальным - 26,3%.

Криминальная активность подростков с наркологическими расстройствами определяется не только и, в большей степени, не столько правонарушениями, связанными с незаконным оборотом наркотиков, а такими преступлениями как кражи, грабежи, разбойные нападения, нанесения телесных повреждений и убийства (см. таблицу 1). Преобладающей группой правонарушений (54,1%) являются преступления против собственности; 41,5% составляют преступления против личности, и только 4,6% - преступления сопряженные с наркотиками.

Эту закономерность определяют два фактора. Во-первых – это потребность в деньгах на приобретение употребляемых алкоголя и наркотиков, при отсутствии легальных заработков; во-вторых – личностные изменения, наступающие в результате наркотизации: искажение эмоциональной сферы с преобладанием аффектов злости, разрушения, которые выражаются крайними, грубыми формами [4].

Анализируя криминогенность различных групп ПАВ, следует отметить, что преступления связанные с насилием над личностью наиболее характерны для подростков, злоупотребляющим галлюциногенами, стимуляторами (51,9%), что объясняется способностью данных веществ вызывать агрессивные формы поведения. Также высок удельный вес преступлений против личности у подростков, злоупотребляющих спиртными напитками – 46%. Хотя алкоголь классифицируется как психоактивное вещество с седативным действием, употребление его в подростковом возрасте вызывает преимущественно атипичные формы опьянения с преобладанием в картине опьянения дисфории и агрессии. Наименее склонны к насилию потребители опиоидов. В подгруппе **С**, где из 19 наблюдений, 14 составляют подростки с моносубстантным и сочетанным употреблением опиоидов, преступления против личности отмечались только в 10,5% случаев. В этой подгруппе лидируют имущественные правонарушения (63,2%), совершение которых диктуется высокими ценами на наркотики.

Желание утвердить свою индивидуальность, соответствуя при этом нормам, принятым в среде сверстников, является закономерным в развитии подро-

Распределение подростков по характеру правонарушений и по группам употребляемых психоактивных веществ

Характер правонарушений	Подгруппы в зависимости от употребляемых ПАВ						ВСЕГО	
	А		В		С		Абсолютное число	%
	Абсолютное число	%	Абсолютное число	%	Абсолютное число	%		
Преступления, сопряженные с наркотиками (ст. 259 - 276 УК РК)	—		—		5	26,3	5	4,6
Преступления против собственности (ст. 175-188 УК РК)	34	54,0	13	48,1	12	63,2	59	54,1
Преступления против личности (ст. 96–130 УК РК)	29	46,0	14	51,9	2	10,5	45	41,3
<b>ВСЕГО</b>	<b>63</b>	<b>100/57,8</b>	<b>27</b>	<b>100/24,8</b>	<b>19</b>	<b>100/17,4</b>	<b>109</b>	<b>100/100</b>

стков. Употребление большинства психоактивных веществ начинается именно в подростковом периоде. Распределение обследуемых подгрупп по возрасту представлено в таблице 2, из которой видно, что знакомство с алкоголем приходится на наиболее ранний

возрастной период - 33,3% психических и поведенческих расстройств в возрастном отрезке от 14 до 15 лет. Однако формирование зависимости от алкоголя происходит в более поздние сроки (1 случай в возрастной категории 16-17 лет и 5 – в категории 17–18 лет).

Таблица 2.

Возраст аддиктов и зависимых по группам употребляемых ПАВ к моменту обследования

Возраст (в годах)	Подгруппы в зависимости от употребляемых ПАВ						ВСЕГО	
	А		В		С		Абсолютное число	%
	Абсолютное число	%	Абсолютное число	%	Абсолютное число	%		
14 -15 лет	21	33,3	6	22,2	2	10,5	27	24,8
15-16 лет	19	30,2	8	29,7	3	15,8	32	29,4
16-17 лет	13	20,6	7	25,9	5	26,3	25	22,9
От 17 до 18 лет	10	15,9	6	22,2	9	47,4	25	22,9
<b>ВСЕГО</b>	<b>63</b>	<b>100/57,8</b>	<b>27</b>	<b>100/24,8</b>	<b>19</b>	<b>100/17,4</b>	<b>109</b>	<b>100/100</b>

Пик злоупотребления токсическими веществами представляет возрастная категория 15–16 летних подростков. Однако в этой подгруппе по нашим данным, не представленным в таблице, имеются значительные возрастные расхождения в зависимости от употребляемого вещества. Так, из 9 потребителей летучих растворителей 6 подростков относятся к возрастному диапазону 14–15 лет, 2 находятся в возрасте от 15 до 16 лет и только один старше 16 лет. Потребители кустарно приготовленных галлюциногенов (2 наблюдения) приходятся на возраст от 15 до 16 лет; стиму-

ляторов (2) - в возрастном диапазоне 16–17 лет, седативных и снотворных веществ (транквилизаторы [1] и ненаркотические анальгетики [3]) с внутривенным путем введения находятся в возрастной категории 16–18 лет. В подгруппе С количественное распределение по возрастным критериям имеет противоположную картину: 47,4% всех случаев находятся в возрастном диапазоне от 17 до 18 лет, при чем подавляющее большинство - 14 подростков (73,7%) инъекционные наркопотребители (опиоиды, сочетание опиоиды + ненаркотические анальгетики, сочетание

опиоиды + каннабиноиды + ненаркотические анальгетики + стимуляторы). Что касается каннабиноидов, то их моносубстантное (3 наблюдения) и сочетанное с галлюциногенами и стимуляторами (5 наблюдений) употребление распределилось равномерно по 4 случая в средних возрастных категориях (15–16 и 16–17 лет). Таким образом, можно проследить определенную последовательность возрастного диапазона упот-

ребления различных ПАВ: алкоголь, летучие растворители – галлюциногены, стимуляторы, каннабиоды – седативные и снотворные вещества – опиоиды.

Половой диморфизм употребления подростками ПАВ показал преобладание мужского населения во всех подгруппах (таблица 3). Соотношение девушек и юношей в общем количестве исследуемых составило 1:5.

Таблица 3.

*Распределение аддиктов и зависимых лиц по половой принадлежности*

Пол	Подгруппы в зависимости от употребляемых ПАВ						Всего	
	А		В		С		Абсолютное число	%
	Абсолютное число	%	Абсолютное число	%	Абсолютное число	%		
Юноши	54	85,7	20	74,1	17	89,5	91	83,5
Девушки	9	14,3	7	25,9	2	10,5	18	16,5
<b>Всего</b>	<b>63</b>	<b>100/57,8</b>	<b>27</b>	<b>100/24,8</b>	<b>19</b>	<b>100/17,4</b>	<b>109</b>	<b>100/100</b>

Исследования этнокультурных аспектов формирования наркотической зависимости обнаруживают ряд относительно значимых различий в отношении употребления ПАВ среди различных этнических групп. Прослеживается определенная закономерность в зависимости от возрастных критериев:

1. наибольшие различия отмечаются в нисходя-

щем поколении различных этнических групп;

2. имеется тенденция к их снижению в доминирующем поколении;

3. наименьшие различия в национальном составе наблюдаются в восходящем поколении.

Распределение исследуемых подгрупп по национальному составу отражено в таблице 4.

Таблица 4.

*Национальная принадлежность подростков в зависимости от употребляемых групп психоактивных веществ*

Национальность	Подгруппы в зависимости от употребляемых ПАВ						ВСЕГО	
	А		В		С		Абсолютное число	%
	Абсолютное число	%	Абсолютное число	%	Абсолютное число	%		
Казахи	18	28,6	8	29,6	5	26,3	31	28,4
Русские	23	36,5	11	40,8	7	36,8	41	37,6
Татары	9	14,3	4	14,8	2	10,5	15	13,8
Украинцы	6	9,5	2	7,4	1	5,3	9	8,2
Немцы	7	11,1	2	7,4	1	5,3	10	9,2
Цыгане	-	-	-	-	3	15,8	3	2,8
<b>ВСЕГО</b>	<b>63</b>	<b>100/57,8</b>	<b>27</b>	<b>100/24,8</b>	<b>19</b>	<b>100/17,4</b>	<b>109</b>	<b>100/100</b>

Подавляющее большинство подростков, совершивших правонарушения, составляют русские (37,6%) и казахи (28,4%); на представителей других национальностей приходится только 34% всех деликтов. Процентное соотношение употребления различных ПАВ в подгруппах имеет ту же тенденцию. От общей закономерности отличаются лица цыганской национальности, где в 100% наблюдений отмечается моносубстантное или сочетанное употребление опи-

оидов (F 11.2 - 2, F 19.2 Н - 1). Однако в данном случае имеют место не столько этнокультурные аспекты цыганской национальности, сколько наличие наркопотребителей среди родителей и sibсов. Следует также отметить прямо пропорциональную зависимость количества исследуемых подростков различных национальностей от процентного соотношения данных этнических групп в области. Для объективного выявления возможной роли национального фактора в

генезе криминальности и формирования зависимости от ПАВ необходимо комплексное исследование ряда показателей: количественное соотношение национальностей подросткового населения в целом по области; национальный состав учтенных подростков с психическими и поведенческими расстройствами в результате употребления различных групп ПАВ (по данным органов здравоохранения) и потребителей алкоголя, наркотиков и токсических веществ (по данным органов внутренних дел).

Кроме того, хочется отметить неоднозначность влияния национальной принадлежности на характер предпочитаемого для употребления наркотического агента и на степень криминальной активности аддиктов и зависимых лиц. По данным ряда исследований американских авторов изучающих данную проблему в США во временном промежутке более 20 лет (Танг В.В.Х., Бигби Дж.-Э., 1996) установлено, что характер употребления наркотических веществ молодыми американцами обусловлен в большей степени низким уровнем жизни, чем этнокультурными факторами. Исследования, в которых изучалось состояние общества и окружающей среды, показали, что разница в уровне употребления крэка между этническими группами исчезла. Используя аналогичные критерии, Танг и Бигби доказали, что распространение алкоголизма среди коренных жителей Северной Америки указывает скорее на факторы экономического упадка – бедность, плохие жилищные условия, низкий уровень медицинского обслуживания, а не на «индейское происхождение».

Следовательно определенная этническая принадлежность должна рассматриваться не как фактор риска, а как маркер риска. Также немаловажную роль играют масштабы ассимиляции культур – процесса слияния этнических культур с утратой этнической индивидуальности в общую культуру. Чем человек моложе, тем больше степень ассимиляции. Американские исследователи предостерегают, что стереотипное представление об этнических группах может препятствовать правильному восприятию пациента.

Уровень образования и род занятий подростков в формировании у них психических и поведенческих расстройств, связанных с употреблением ПАВ и криминального поведения, имеет в большей степени опосредованное, нежели самостоятельное значение. А. Е. Личко и В.С. Битенский (1991) отмечают, что учащиеся ПТУ является гораздо более уязвимым контингентом по употреблению психоактивных веществ, чем ученики старших классов общеобразовательных школ, связывая этот факт не столько с уровнем образования, сколько с характером окружения подростков.

Учитывая, что возраст исследуемой нами группы находится в диапазоне от 14 до 18 лет, то есть является периодом обучения, мы посчитали, что правильным будет распределение подгрупп подростков не по уровню полученного образования, а по роду занятий (таблица 5). Исключения составляют лица с начальным, вспомогательным образованием и необучавшиеся подростки. Таких наблюдений по нашим данным 14, что составляет 12,8% всех обследованных.

Таблица 5.

*Распределение подростков с аддиктивным и криминальным поведением по роду занятий*

Род занятий	Подгруппы в зависимости от употребляемых ПАВ						ВСЕГО	
	А		В		С		Абсолютное число	%
	Абсолютное число	%	Абсолютное число	%	Абсолютное число	%		
Учащиеся старших классов средних школ	10	15,9	2	7,4	-	-	12	11,0
Учащиеся ПТШ и ПТЛ	14	22,2	6	22,2	4	21,1	24	22,0
Учащиеся колледжей	13	20,6	4	14,8	3	15,8	20	18,4
Учащиеся высших учебных заведений	4	6,3	2	7,4	2	10,5	8	7,4
Работающие лица	3	4,8	2	7,4	3	15,8	8	7,4
Без определенного рода занятий	19	30,2	11	40,8	7	36,8	37	33,9
<b>ВСЕГО</b>	<b>63</b>	<b>100/57,8</b>	<b>27</b>	<b>100/24,8</b>	<b>19</b>	<b>100/17,4</b>	<b>109</b>	<b>100/100</b>

Среди аддиктов и зависимых от ПАВ, совершивших правонарушения, учащиеся средних специальных учреждений (22% и 18,3%) в значительной степени преобладают над учащимися старших классов общеобразовательных школ (11%) и высших учебных заведений (7,4%). Однако наибольший процент (33,9) во всех подгруппах составляют подростки, не имеющие определенного рода занятий. Отсюда вытекает предположение о связи систематического употребления алкоголя, наркотиков и токсических веществ с прекращением подростками получения дальнейшего образования. Причинами подобной корреляции являются:

1) снижение энергетического потенциала личности с потерей интереса к продуктивной деятельности;

2) быстрое прогрессирование социальной дезадаптации, связанное с началом употребления ПАВ;

3) нарушение закономерностей психического созревания подростков со снижением уровня их психического развития;

4) формирование токсической энцефалопатии, вызывающей резкое снижение умственной работоспособности.

Влияние социального фактора на формирование у подростков, как делинквентности, так и аддиктивного поведения хорошо изучено в нашей стране и за рубежом. Наибольшую роль здесь играет микросоциальная среда и, в первую очередь, семья (Личко А. Е., Битенский Б. С. 1991; Пятницкая И. Н., 1994; Буш М., Каронна Эл. Б. с соавтор. 1996). Установлено, что тяжелые микросоциальные условия вызывают сугубо биологические следствия – стресс и недостаточную адаптацию, ведущую к нарушению контактов с окружающими.

Формы семьи и типы воспитания исследуемых нами подростков отражены в таблицах 6 и 7, из которых следует, что определяющим фактором в формировании девиантного поведения является воспитание подростков в асоциальных семьях (58,7%) с пьянством, употреблением наркотиков, криминалами родителей. Именно с этими семьями связаны

жестокое отношение к детям и другим членам семьи (49,5% во всех обследуемых подгруппах) и безнадзорность (25,7%). Такие подростки становятся «уличными», группируются с подобными сверстниками в своих микрорайонах. У обследуемых нами подростков из асоциальных семей были отмечены высокая агрессивность, тенденция к разрушительному поведению, низкий самоконтроль и слабость интеллектуальных функций. Не меньшее значение имеют «деформированные» семьи (с отчимом или мачехой) – 15,7%, ведущие к такому типу неправильного воспитания как эмоциональное отвержение (9,2% наших наблюдений). Эмоциональная холодность родителей тяжело переживается подростками, особенно при наличии более любимых сводных единоутробных братьев или сестер. Эти подростки либо замыкаются в себе, либо начинают искать эмоциональную поддержку у сверстников в уличных компаниях. Мотивировками употребления ПАВ в данной группе подростков по нашим данным являлись либо стремление «забыться», отключиться от неприятностей в семье, либо демонстративный протест перед родителями. Следует также отметить роль неполной семьи как обстоятельства, способствующего делинквентному и аддиктивному поведению (12,8%). В неполных семьях обследуемых нами подгрупп подростков отмечались, в основном, гипопротекция, либо потворствующая гиперпротекция со стороны матери (8,3% всех наблюдений). Матери в таких семьях (особенно при совместном проживании с бабушкой и дедушкой) с одной стороны пытаются всячески оправдать действия своих детей, переложить вину на школу, друзей, бросившего семью отца и т. д. и избавить подростков от заслуженных наказаний. С другой стороны – в повседневной жизни подростки представлены самим себе. Формированию аддиктивного поведения в данных случаях способствует ощущение вседозволенности в сочетании с твердой уверенностью, что родственники освободят от неприятностей и проблем, связанных с употреблением психоактивных веществ.

Таблица 6.

*Состав и характер родительской семьи*

Форма семьи	Подгруппы в зависимости от употребляемых ПАВ						ВСЕГО	
	А		В		С		Абсолютное число	%
	Абсолютное число	%	Абсолютное число	%	Абсолютное число	%		
Полная	3	4,8	3	11,1	2	10,5	8	7,3
Неполная	7	11,1	4	14,8	3	15,8	14	12,8
Деформированная	9	14,3	4	14,8	4	21,0	17	15,7
Асоциальная	41	65,0	14	51,9	9	47,4	64	58,7
Воспитание вне семьи	3	4,8	2	7,4	1	5,3	6	5,5
<b>ВСЕГО</b>	<b>63</b>	<b>100/57,8</b>	<b>27</b>	<b>100/24,8</b>	<b>19</b>	<b>100/17,4</b>	<b>109</b>	<b>100/100</b>

## Типы воспитания в семье

Типы воспитания	Подгруппы в зависимости от употребляемых ПАВ						ВСЕГО	
	А		В		С		Абсолютное число	%
	Абсолютное число	%	Абсолютное число	%	Абсолютное число	%		
Безнадзорность и гипопротекция	15	23,8	8	29,6	5	26,3	28	25,7
Эмоциональное отвержение	4	6,3	3	11,1	3	15,8	10	9,2
Жесткие взаимоотношения в семье	36	57,2	11	40,8	7	36,8	54	49,5
Доминирующая гиперпротекция	1	1,6	1	3,7	-	-	2	1,8
Потворствующая гиперпротекция	5	7,9	1	3,7	3	15,8	9	8,3
Противоречивое воспитание	2	3,2	3	11,1	1	5,3	6	5,5
<b>ВСЕГО</b>	<b>63</b>	<b>100/57,8</b>	<b>27</b>	<b>100/24,8</b>	<b>19</b>	<b>100/17,4</b>	<b>109</b>	<b>100/100</b>

В подростковом возрасте поведение в значительной мере определяется характерными для этого периода жизни возрастными социопсихологическими особенностями – подростковыми поведенческими реакциями. Детальное многолетнее изучение данного феномена позволило Личко А. Е. и Битенскому В. С. отнести некоторые из подростковых поведенческих реакций к соци-

альным факторам повышенного риска формирования аддиктивного поведения. Реакцию группирования со сверстниками авторы выделили как ведущий социопсихологический фактор. В меньшей степени имеют значение реакции эмансипации, увлечения (хобби – реакции), а также реакции, обусловленные формирующимся сексуальным влечением (см. таблицу 8).

Таблица 8.

## Подростковые поведенческие реакции

Типы реакций	Подгруппы в зависимости от употребляемых ПАВ						ВСЕГО	
	А		В		С		Абсолютное число	%
	Абсолютное число	%	Абсолютное число	%	Абсолютное число	%		
Реакция группирования со сверстниками	52	82,5	18	66,7	14	73,7	84	77,1
Реакция эмансипации	4	6,4	3	11,1	2	10,5	9	8,2
Реакция увлечения	2	3,2	-	-	2	10,5	4	3,7
Реакции, обусловленные сексуальным влечением	5	7,9	6	22,2	1	5,3	12	11,0
<b>ВСЕГО</b>	<b>63</b>	<b>100/57,8</b>	<b>27</b>	<b>100/24,8</b>	<b>19</b>	<b>100/17,4</b>	<b>109</b>	<b>100/100</b>

По нашим наблюдениям реакция группирования со сверстниками преобладала во всех исследуемых подгруппах – 71,1%. Основные типы группирования - делинквентные и криминальные территориальные группы (96 наблюдений из 109). В подгруппе **В** наибольшее число (22,2% наблюдений) по сравнению с подгруппами **А** (7,9%) и **С** (5,3%) составляют подростки с реакциями, обусловленными формирующимся сексуальным влечением, что объясняется способностью ПАВ данной подгруппы вызывать визуализацию представлений, в том числе сексуальных. В наших наблюдениях подобная сексуальная мотивация была свойственна в подавляющем большинстве подросткам в возрастном диапазоне от 14 до 16 лет, не имеющим сексуальных связей.

Следует также отметить особенность реакций эмансипации у подростков женского пола. Независимо от подгруппы у всех 18 девушек эта реакция сопровождалась ранним началом половой жизни и сексуальной расторможенностью; 8 девушек имели более одного полового партнера, 3 были склонны к промискуитету, занимались проституцией. Отсюда

вытекает предположение о более быстром огрубении личности у подростков женского пола, злоупотребляющих ПАВ.

Для оценки биологических предпосылок формирования аддиктивного поведения у подростков мы выделили ряд критериев (таблица 9):

1) отягощенная наследственность (алкоголизм, наркомания у родителей развившиеся до рождения подростка);

2) резидуально-органическое поражение головного мозга (сюда отнесены документально подтвержденные тяжелые токсикозы беременности, асфиксия в родах, родовые травмы, а также нейроинфекции и черепно-мозговые травмы с потерей сознания);

3) перенесенный вирусный гепатит как фактор, ослабляющий детоксикационные функции печени.

При сочетании нескольких биологических предпосылок распределение исследуемых подгрупп осуществлялось нами по наиболее выраженному либо при прочих равных условиях, наиболее значимому в формировании аддиктивности фактору.

Таблица 9.

*Биологические предпосылки формирования аддиктивного поведения*

Биологические факторы	Подгруппы в зависимости от употребляемых ПАВ						ВСЕГО	
	А		В		С		Абсолютное число	%
	Абсолютное число	%	Абсолютное число	%	Абсолютное число	%		
Отягощенная наследственность	28	44,4	12	44,4	8	42,1	48	44,0
Резидуально-органическое поражение ЦНС	8	12,7	6	22,2	3	15,8	17	15,6
Вирусный гепатит	16	25,4	2	7,4	3	15,8	21	19,3
Отсутствие биологических предпосылок	11	17,5	7	26,0	5	26,3	23	21,1
<b>ВСЕГО</b>	<b>63</b>	<b>100/57,8</b>	<b>27</b>	<b>100/24,8</b>	<b>19</b>	<b>100/17,4</b>	<b>109</b>	<b>100/100</b>

Изучение биологических факторов, способствующих формированию наркологических расстройств у подростков показало преимущественное значение отягощенной наследственности во всех исследуемых подгруппах – 44%. Резидуально-органическое поражение головного мозга наиболее часто встречалось в подгруппе **В** (22,2%), что может косвенно указывать на более злокачественное формирование и течения токсикомании на органически неполноценной почве, и предпочтение у таких подростков использования психоактивных веществ с мощным, но не «оглушающим» как у алкоголя эффектом. Достоверно отмечено, что такой приобретенный биологический фактор, как перенесенный гепатит, повы-

шает риск развития алкоголизма (Братусь Б. С., Сидоров П. И. 1984). Наше исследование в полной мере подтверждает эти данные. В подгруппе **А** такие подростки составили 25,4% наблюдений, тогда как в подгруппах **В** и **С** только 7,4% и 15,8%.

Влияние психопатического преморбида на формировании у подростков психических и поведенческих расстройств, связанных с употреблением ПАВ – бесспорный, научно доказанный факт. Однако большее значение имеет не степень аномалии характера, а её тип [2, 3].

Учитывая амбулаторный характер производства СНЭ и отсутствие в составе комиссии медицинского психолога, для оценки взаимосвязи типов акцентуа-

ции характера с риском формирования аддиктивного поведения мы опирались только на достоверно диагностированные случаи: 1) заключение подростковых психиатров в материалах уголовных дел; 2) клиническое обследование освидетельствуемых лиц по схеме, предложенной А. Е. Личко в 1985 г., в сочетании с психологическим обследованием с использованием ПДО (только для учтённого контингента). Поскольку подавляющее большинство подростков, совершивших противоправные действия, приговариваются судами к условным срокам наказания и пополняют группы диспансерного и профилактического учётов в местных учреждениях здравоохранения, они подлежат обязательному обследо-

ванию медицинских психологов по месту наблюдения и лечения. Это дало нам возможность в ряде случаев оценить результаты патохарактерологического диагностического опросника в более поздние сроки и объединить их с ранее проведенным нами клиническим обследованием на момент проведения судебно-наркологической экспертизы. Из общего числа подростков, достоверно диагностированные случаи психопатического преморбида, составили 96 человек – 88,1%, что позволило нам провести статистическую оценку с относительной погрешностью 0,12. В таблице 10 представлены сведения о связи типов акцентуаций характера со злоупотреблением различными одурманивающими веществами.

Таблица 10.

*Значение типов акцентуаций характера у подростков для злоупотребления физическими психоактивными веществами*

Типы акцентуации характера	Подгруппы в зависимости от употребляемых ПАВ						ВСЕГО	
	А		В		С		Абсолютное число	%
	Абсолютное число	%	Абсолютное число	%	Абсолютное число	%		
Гипертимный	5	7,9	2	7,4	2	10,5	9	8,3
Эмоционально-лабильный	2	3,2	1	3,7	1	5,3	4	3,7
Истероидный	2	3,2	2	7,4	4	21,1	8	7,3
Шизоидный	1	1,6	1	3,7	2	10,5	4	3,7
Эпилептоидный	10	15,9	5	18,5	1	5,3	16	14,7
Неустойчивый	36	57,1	12	44,5	7	36,8	55	50,4
Неуточненные случаи	7	11,1	4	14,8	2	10,5	13	11,9
<b>ВСЕГО</b>	<b>63</b>	<b>100/57,8</b>	<b>27</b>	<b>100/24,8</b>	<b>19</b>	<b>100/17,4</b>	<b>109</b>	<b>100/100</b>

Из анализа преморбидной психопатологии у обследуемой группы подростков видно, что наибольшее значение в формировании аддиктивного поведения имеет неустойчивый тип акцентуации характера (50,4%), что подтверждает официальную информацию о формирующей роли именно этого типа акцентуации в силу развития у неустойчивых подростков гедонистической установки [2, 3, 4]. Далее в отношении риска аддиктивного поведения в порядке убывания следуют эпилептоидный (14,7%), гипертимный (8,3%), истероидный (7,3%), эмоционально-лабильный и шизоидный типы (по 3,7%).

Анализируя разницу в подгруппах в зависимости от предпочитаемых ПАВ, следует отметить высокий уровень эпилептоидной акцентуации характера у подростков, злоупотребляющих алкоголем (15,9%) и токсическими веществами (18,5%) по сравнению с наркотиками (5,3%), что объясняется кратковременностью или полным отсутствием эйфории в опьянении у эпилептоидов. Поэтому предпочтение отдает-

ся ПАВ с более грубым – «отключающим» эффектом воздействия.

#### **Выводы.**

1. Проведенный анализ употребления психоактивных веществ у подростков с девиантным поведением выявил ряд особенностей: а) преобладание психических и поведенческих расстройств без сформированного синдрома зависимости у данного контингента; б) склонность к злоупотреблению высокотоксичных веществ, приготовленных кустарно; в) взаимосвязь социальной опасности употребляемых ПАВ и скорости формирования зависимости от них.

2. Алкоголь, различные наркотики и токсические вещества обладают различной криминогенностью. Характер совершенных правонарушений связан с особенностями клинических эффектов психоактивных веществ.

3. Оценка социально-демографической и medico-психологической характеристик исследуемой

группы позволила установить дифференцированное значение различных социальных, биологических и психологических предпосылок для формирования аддиктивного и криминального поведения у подростков. Выделить наиболее значимые факторы риска, к которым относятся: асоциальные семьи, условия жестоких взаимоотношений в семье, безнадзорность и гипопротекция; подростковая поведенческая реакция группирования со сверстниками, отягощенная наркологическими заболеваниями наследственность и неустойчивый тип акцентуации характера.

#### **Заключение.**

Учитывая недостаточный объем клинических наблюдений, отсутствие исследований развития девиантного поведения в динамике, настоящая работа носит предварительный характер и не претендует на

глубокий анализ проблемы. Однако, она может найти некоторое практическое применение для ряда специалистов в работе с подростками - правонарушителями, страдающими психическими и поведенческими расстройствами в результате употребления психоактивных веществ:

- для инспекторов по делам несовершеннолетних - с целью дифференцированной индивидуальной профилактики в зависимости от групп риска;
- для медицинских психологов в работе по медико-социальной реадaptации и психокоррекции с учетом социальных факторов формирования аддиктивного поведения и особенностей патохарактерологического развития личности;
- для подростковых наркологов в дифференцированном лечении с учетом различных биологических предпосылок формирования наркологической патологии.

#### **Литература:**

1. Алтынбеков С. А., Катков А. Л., Мусинов С. Р. Организация наркологической помощи в Республике Казахстан и за рубежом. - Астана, 2003. - С. 55-81.
2. Личко А. Е., Битенский В. С. Подростковая наркология. - Ленинград: Медицина, 1991. - 292 с.
3. Личко А. Е. Типы акцентуаций характера и психопатий у подростков. - Москва: ЭКСМО - Пресс, 1999. - 346 с.
4. Пятницкая И. М. Наркомании. - Москва: Медицина, 1994. - 526 с.
5. Братусь Б. С., Сидоров П. И. Психология, клиника и профилактика раннего алкоголизма. - Москва: Изд-во МГУ им. М.В. Ломоносова, 1984. - 143 с.
6. Габияни А. А. Наркотизм вчера и сегодня. - Тбилиси: Сабчота Сакартвело, 1988. - 258 с.
7. Фирсаков С. В. Социально-демографические особенности личности преступников - наркоманов. Безопасность и здоровье нации в аспекте преступности. - Москва, 1996. - С. 51-59.
8. Танг В. В. Х., Бигби Дж.-Э. Культурный аспект проблемы злоупотребления наркотическими веществами / Пер. с англ. - Москва: Бином, 1998. - С. 51-64.
9. Буш М., Каронна Эл. Б., Спратт С.Е., Бигби Дж.-Э. Злоупотребление наркотическими веществами и отношения в семье / Пер. с англ. - Москва: Бином, 1998. - С. 65-77.
10. Schubert D. S. P., Wolf A. W., Patterson M. B. et al. A Statistical evaluation of the literature regarding the associations among alcoholism. Drug abuse and antisocial personality disorder / Jnt. J. Add., 1988 - Vol. 23, №8. - P. 797 - 808.
11. Weisner C. A. Comparision of Alcohol and Drug Treatment Clients /Amer. J. Drug Alcohol Abuse, 1992 - Vol. 18, №4 - P. 429 -444.

## **СПЕЦИФИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ЗРЕЛОЙ ЛИЧНОСТИ И ОПИЙНАЯ НАРКОМАНИЯ: КОМОРБИДНОСТЬ КАК ИНТРАМОРБИДНАЯ И МЕТАМОРБИДНАЯ ПАТОЛОГИЯ**

Ю.А.Россинский, Г.И.Алтынбекова, Б.Ж.Нуралиев

г. Павлодар

Одним из самых давних предметов дискуссии патогенетических, патокинетических и патоморфологических аспектов наркологических расстройств, является значение индивидуальных (биологических и генетических) и личностных (психологических и средовых) факторов (Белокрылов И.В., Даренский И.Д.,

2002). П.Б. Ганнушкин (1935) рассматривал алкоголизм как ситуационное, а наркоманию как конституциональное развитие личности. Ему принадлежит крылатая фраза, что «алкоголиками делаются, а морфинистами рождаются». Позднее было высказано суждение, что существуют «наркоманы поневоле» (те, кто

---

---

прибегал к наркотикам из-за болей) и «наркоманы по призванию» – только последние могут быть отнесены к психопатам (Черняховский Д.А., 1972). По материалам И.Н. Пятницкой, Н.Г. Найденовой (2002), среди зависимых от наркотиков психопатия диагностируется в 28,9% случаев. Л.С.Фридман и др. (1996) приводит данные распространенности случаев расстройств личности среди лиц, злоупотребляющих опиатами от 65 до 90%. Исследования ряда авторов (Christian, Poling, 1997; Schwarz et al., 1998) показали, что еще до злоупотребления наркотиками многие больные обнаруживали признаки психопатий (36,8% мужчин и 68,8% женщин), акцентуаций характера (34,8% и 25,8% соответственно), органического поражения мозга (10,4% мужчин), алкоголизма (1,9% мужчин), шизофрении (1,9% мужчин). По данным В.С. Битенского, А.Е.Личко, Б.Г. Херсонского (1991) психопатия или акцентуация характера до начала употребления наркотиков может быть определена в 64% случаях – наиболее высок риск для эпилептоидного и истероидного типов акцентуаций характера. Эпилептоидов, неустойчивых и циклотимиков считал конституционально наиболее предрасположенными к наркоманиям П.Б.Ганнушкин (1935).

Влияние конституциональных особенностей играет роль как в отношении клинических особенностей возникновения зависимости от ПАВ (Иванец И.И., Игонин А.Л., 1979, Бохан Н.А. и соавт., 2001, Бохан Н.А., 2002), рецидива наркологического расстройства (Короленко Ц.П. и соавт., 1973, Иванец Н.Н. и соавт., 1977, 2001), так и в отношении лечения и реабилитации данного контингента (Бурно М.Е., 1973, 2000, Иванец Н.Н., 2001).

Нами были исследованы больные опийной наркоманией, имеющие клинические признаки специфических расстройств зрелой личности и циклотимии (F 6 и F 34.0 по МКБ-10), проходившие лечение в Республиканском научно-практическом Центре медико-социальных проблем наркомании (Павлодар, Казахстан). Патогенетический анализ данных пациентов позволил выделить среди них две основные группы.

Первую группу составили те пациенты, у которых злоупотребление алкоголем и впоследствии употребление наркотиков являлось непосредственно особенностью специфического расстройства зрелой личности, а в последствии после развития физической зависимости от ПАВ, на первый план выходили поведенческие расстройства в результате употребления наркотиков. Это касалось в основном группы диссоциальных расстройств (в которую включались пациенты, диагностируемые в прежних классификациях как неустойчивые психопаты, антисоциальные личности) и эмоционально-неустойчивых расстройств (в которую включались пациенты, диагностируемые в прежних классификациях как возбудимые, эпилептоидные психопаты). Вторую группу составили пациенты, имеющие признаки акцентуа-

ций и психопатий, наркотическая зависимость у которых развилась непосредственно по механизмам химической аддикции.

И в первом, и во втором случае опийная наркомания и расстройство зрелой личности являются сопутствующими расстройствами, т.е. коморбидной патологией. Однако в первом случае наркомания является как бы следствием основного заболевания (расстройства зрелой личности или психопатии), носит вторичный характер, по сути, являясь интраморбидной патологией, а непосредственно расстройство зрелой личности по отношению к наркомании является метаморбидной патологией. Во втором случае оба заболевания патогенетически являются независимыми друг от друга, хотя оказывают взаимовлияние друг на друга и в процессе прогрессирования наркомании сами расстройства зрелой личности (как в первом, так и во втором случае) обретают характер прогрессивности. Здесь мы сталкиваемся с феноменом, который противоречит классическим взглядам на психопатию, как аномалию характера не прогрессирующую в процессе жизни, т.е. не имеющую прогрессивности. Хотя представители советской психиатрической школы (Личко А.Е. и др.) разделяли психопатии по разной степени выраженности. В этой связи, можно сказать, что наркомания как коморбидная патология (патогенетически развивающаяся по самостоятельным механизмам химической аддикции) и как интраморбидная патология (развивающаяся по механизмам специфического личностного расстройства) оказывает влияние на прогрессивность и патоморфологию специфического расстройства зрелой личности от менее выраженной к более выраженной степени.

В.В. Чирко и Э.С. Дроздов (2002) выделяют два основных типа развития и течения процесса зависимости от психоактивных веществ у больных эндогенными психозами: гомогенный и гетерогенный. Гомогенный тип течения характеризуется тем, что последняя выступает в качестве отдельного изолированного синдрома в общей цепочки развития болезни (иногда даже маскируя собой патогномичную эндогенную симптоматику), и собственную структурно-динамическую специфику во многом утрачивает. Экспессы в этом случае возникают во время обострений, а в периоды ремиссий отсутствуют. Гетерогенный тип течения зависимости от ПАВ характеризуется тем, что, возникнув на фоне психического заболевания, в последующем она как бы отрывается от симптоматики психоза и развивается в соответствии со своими внутренними закономерностями (Чирко В.В., Дроздов Э.С., 2002). В первом случае зависимость от ПАВ является интраморбидной патологией, а эндогенное заболевание – метаморбидной. Во втором случае оба заболевания являются патогенетически автономной коморбидной патологией.

---

---

С нашей точки зрения, разделение наркомании у больных со специфическими личностными расстройствами по патогенетическим механизмам име-

ют большое значение, как в плане прогноза, так и в плане профилактики и лечения зависимости от ПАВ у данного контингента.

### **Литература:**

1. Белокрылов И.В., Даренский И.Д. Личностные и средовые факторы развития зависимости от психоактивных веществ / В книге: *Руководство по наркологии, том I. Под редакцией Н.Н. Иванца* – М.: Медпрактика-М, 2002. глава 10. - с. 161-182.
2. Бохан Н.А. Коморбидность формирования алкоголизма в аддиктивных семьях / *Организация психиатрической помощи: Материалы международной научно-практической конференции (Омск, 5-6- декабря 2002 г.) / Под ред. акад. РАМН В.Я. Семке.* - Томск-Омск: ООО «Изд-во «РАСКО», 2002. - с. 18-22.
3. Бохан Н.А., Мандель А.И., Ветлугина Т.П. Коморбидность и проблема клинической гетерогенности аддиктивных состояний: патобиологические закономерности и возможности профилактики / *Сибирский вестник психиатрии и наркологии.* - 2001. - № 3 (21). - С. 28-33.
4. Бурно М.Е. Клиническая психотерапия. / М.Е. Бурно. – М.: Академический проспект, ОППЛ, 2000. – 719 с.
5. Иванец Н.Н. Наркология – предмет и задачи. / Н.Н. Иванец. *Лекции по наркологии. Издание третье, под редакцией Н.Н. Иванца* – М.: Медпрактика, 2001. - с.6-13.
6. Фридман Л.С. Флеминг Н.Ф., Робертс Д.Х., Хайман С.Е. Наркология. (ред.). Пер. с англ. – 2-е изд., испр. – М.; СПб.: «Издательство БИНОМ» – «Невский Диалект», 2000. – 320 с.
7. Чирко В.В., Дроздов Э.С. эндогенные психозы и зависимость от психоактивных веществ / В книге: *Руководство по наркологии, том I. Под редакцией Н.Н. Иванца* – М.: Медпрактика-М, 2002. - глава 18. - с. 385-408.

---

---

## ОРГАНИЗАЦИЯ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

### РАЗВИТИЕ ПРОГРАММЫ «СНИЖЕНИЕ ВРЕДА» В КАРАГАНДИНСКОЙ ОБЛАСТИ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПУНКТОВ ДОВЕРИЯ

А. М. Нуржанова, А. Т. Ескалиева, Н. П. Кузнецов

г. Караганда

Программы профилактики ВИЧ - инфекции среди потребителей наркотиков нацелены на изменение их поведения через использование безопасной от заражения ВИЧ - инфекцией практики введения наркотиков.

В Карагандинской области эти программы реализуются через пункты доверия для потребителей инъекционных наркотиков. Их деятельность основана на анонимности и добровольности, где наркозависимые лица могут получить стерильные одноразовые шприцы, обменять использованные шприцы, получить презервативы, литературу, консультации наркологов, дерматовенерологов и, при необходимости, других специалистов. Основная цель пункта доверия - дать индивидуальную консультацию по жизненным навыкам безопасного потребления наркотиков и полового поведения в каждом конкретном случае.

Развитие программы «Снижение вреда» в Карагандинской области началось в мае 1997 года в городе Темиртау, который первым в Казахстане столкнулся с эпидемией ВИЧ/СПИД. В июне 1996 года диагностической лабораторией областного центра по профилактике и борьбе со СПИД было зарегистрировано увеличение числа лиц серопозитивных к ВИЧ. К концу 1996 года количество ВИЧ - инфицированных лиц в области составило 36 человек, причем 31 из них были жителями города Темиртау, что было в 9 раз больше, чем за весь предшествующий период (1990 - 1995 г.г.). При эпидемиологическом расследовании выяснилось, что практически все обследованные лица применяли шприцевый способ введения наркотиков. Однако пик вспышки ВИЧ пришелся на 1997 год. Из 399 ВИЧ - инфицированных лиц, выявленных на конец года, 385 человек (96,5%) опять же были жителями Темиртау. Причем на долю парентерального пути передачи приходилось 93,5% от общего числа инфицированных лиц.

Для оказания практической помощи городу был осуществлен пилотный проект Правительства РК, ПРООН и АО «Испат-Кармет»: «Содействие мультисекторальным усилиям по противодействию распространения, как в Карагандинской области, так и по всей республике эпидемии ВИЧ/СПИД и заболеваний, передаваемых половым путем, а также употреблению наркотиков». Основная задача проекта заключалась в воспрепятствовании дальнейшего рас-

пространения ВИЧ - инфекции среди лиц, употребляющих наркотики внутривенно, и среди других групп населения путем применения комплексной стратегии.

С целью ответа на эпидемию ВИЧ/СПИДа был внедрен нетрадиционный подход к профилактике ВИЧ - инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков. В 1997 году в городе Темиртау открыты 3 пункта доверия с охватом 300 человек, в которых потребители наркотиков снабжались стерильными одноразовыми шприцами и иглами взамен использованных, дезинфицирующими средствами, распространялись и пропагандировались презервативы с целью профилактики полового пути передачи ВИЧ. При возникновении ИППП обеспечивались быстрым, эффективным и анонимным лечением в амбулаторных условиях. Потребителям наркотиков также оказывалась психосоциальная поддержка. Организован телефон «горячей линии».

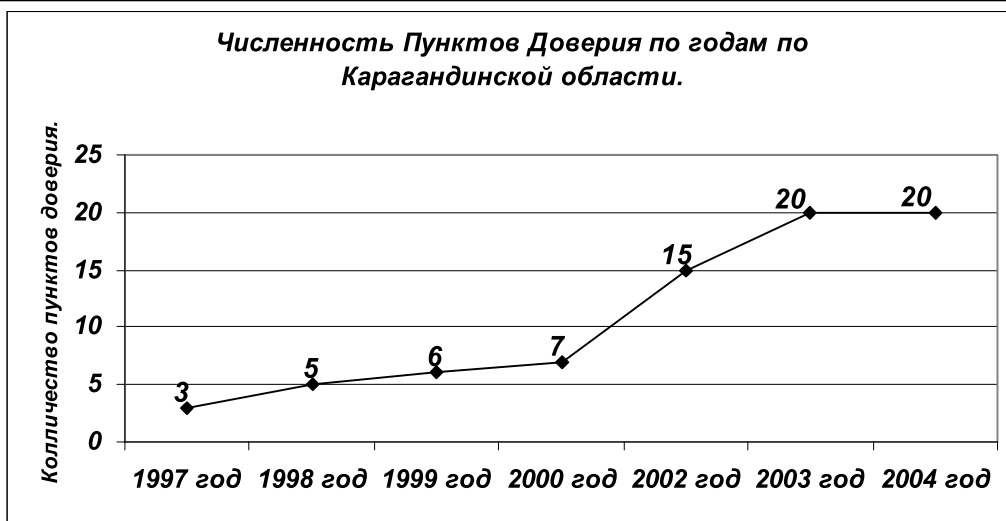
Проводилась работа по подбору и обучению кадров для работы на пунктах доверия, по контролю качества проведения психосоциального консультирования, обучению наркопотребителей и представителей других групп риска навыкам безопасного поведения в отношении ВИЧ/СПИД. Анализировалась деятельность пунктов доверия и планирования мероприятий по улучшению эффективности их деятельности с целью увеличения охвата наркопотребителей профилактическими программами.

В 1998 году в городе Темиртау дополнительно было открыто 2 пункта доверия, привлечено 3 НПО.

Скорость экспансии ВИЧ в городе Темиртау, благодаря предпринятым мерам, заметно замедлилась.

Уменьшение темпов роста инфекции в полной мере согласуется с данными социологических исследований, которые показали, что поведение наркопотребителей стало более безопасным.

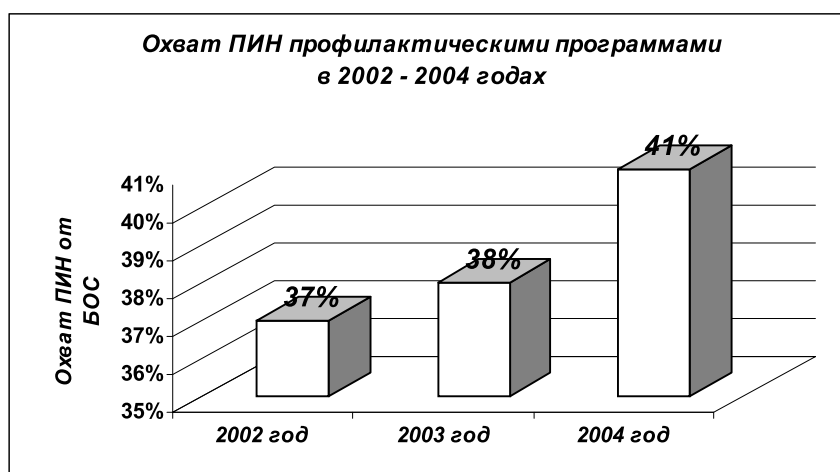
Мероприятия в рамках стратегии «Снижения вреда от употребления наркотиков» на сегодняшний день продолжают осуществляться. Увеличилось количество открытых пунктов доверия. На 01 января 2005 года в области работает 20 пунктов доверия, которые открыты в городах-спутниках, сельских районах: при центрах СПИД - 4, ЛПУ - 12, в отдельно стоящих зданиях - 2, передвижных - 2.



В пунктах доверия принимаются жалобы от наркозависимых на наличие БППП и выдаются направления на лечение указанных заболеваний. Через центр занятости, отдел труда и социальной помощи населению решаются вопросы документирования,

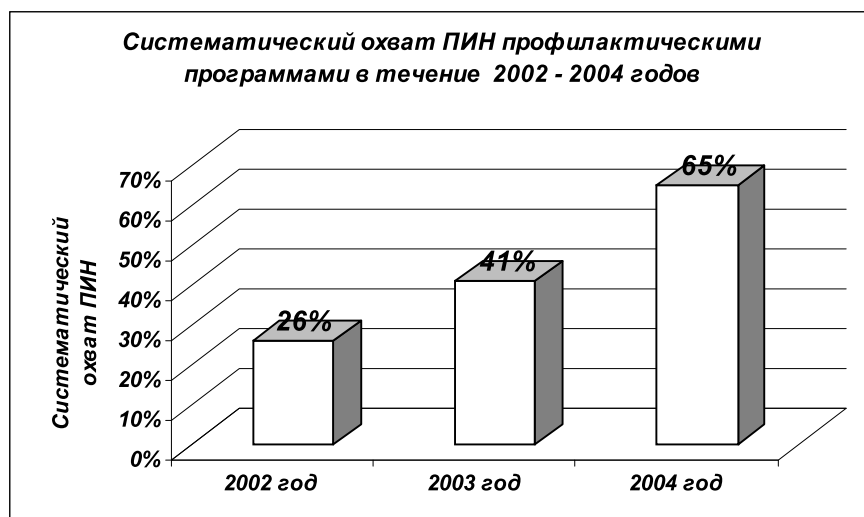
трудоустройства, обеспечения жильем ВИЧ - инфицированных и лиц из «групп риска».

Количество ПИН, охваченных превентивными программами. Прямой охват составил от БОС: в 2002 году - 37%; в 2003 г. - 38%; в 2004 г. - 41%.

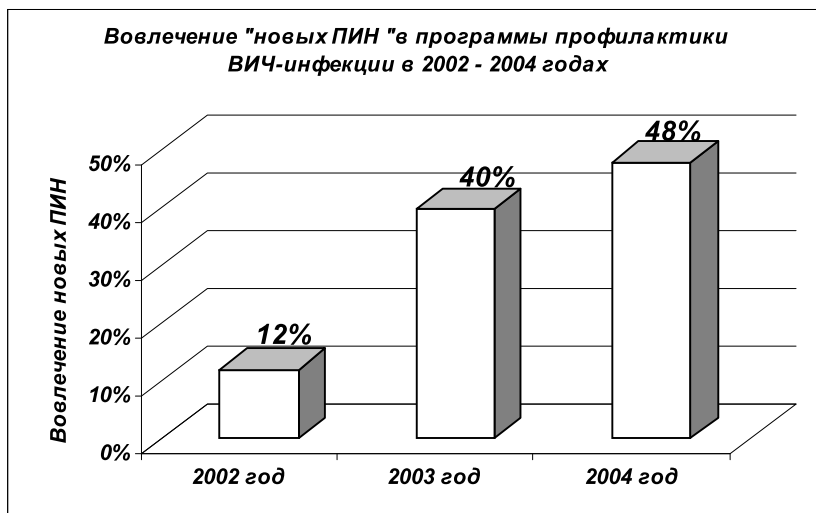


Систематический охват ПИН превентивными программами, т.е. количество ПИН, посещающих ПД

не реже 1 раза в месяц составил: 2002 г. - 26%, 2003 г. - 41%, 2004 г. - 65%.

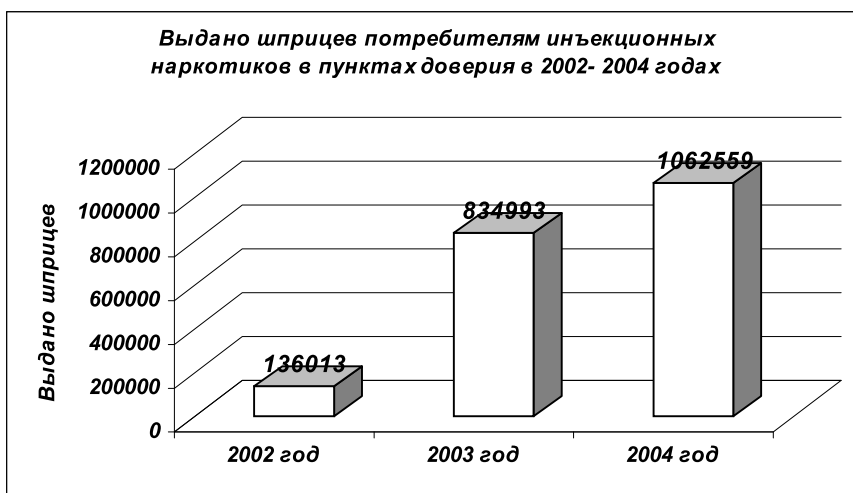


Вовлечение «новых» ПИН в программы профилактики составило: 2002 г. - 12%; 2003 г. - 40%; 2004 г. - 48%.



Общее число посещений ПИН ПД: 2002 г. - 63930,  
2003 г. - 251716, 2004 г. - 197871.

Роздано шприцев всего: 2002 г. - 136013, 2003 г. -  
834993, 2004 г. - 1062559.



Выдано шприцев в среднем на одного ПИН в месяц: в 2002 г. – 1 шт.; в 2003 г. – 9 шт.; в 2004 г. – 14 шт.



Возврат использованных шприцев составил:

- в 2002 году - 80%;
- в 2004 году - 90%.

Проводилась раздача презервативов (в 2002 году - 90189 шт.; в 2003 году - 202438 шт.; в 2004 году - 92430 шт.). Распространялись информационно - образовательные материалы (9285 шт. в 2002 году, 35343 шт. в 2003 году и 25279 шт. в 2004 году). Роздано дезинфицирующих средств - (в основном раздавался гипохлорид кальция с 42 кг в 2002 году до 55,2 кг в 2003 году и 58,6 кг в 2004 году). Кроме того, в 2003 - 2004 годах раздавались: хлоргексидин во флаконах по 50 мл, хлорамин, диахлор в таблетках, спирт во флаконах.

Направлено потребителей инъекционных наркотиков на консультации к специалистам:

- 2002 г. - 8%;
- 2003 г. - 16%;
- 2004 г. - 25%.

Из них получили консультации специалистов (нарколога, дерматовенеролога, инфекциониста, а также других специалистов): 2002 г. - 68%, 2003 г. - 100%, 2004 г. - 95%, в том числе получили квалифицированную медицинскую помощь: 2002 г. - 43%, 2003 г. - 88%, 2004 г. - 84%.

Приближают предоставляемые услуги к местам концентрации наркозависимых имеющиеся 2 передвижных пункта доверия.

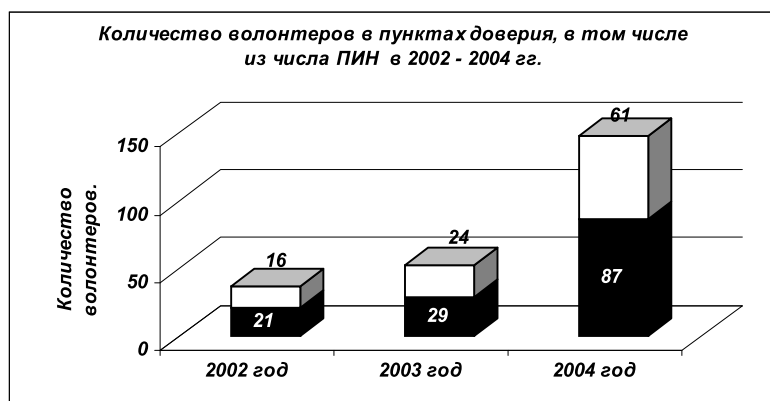
С 2004 года в Карагандинской области работает Глобальный фонд, из средств которого проводилась раздача шприцев, презервативов, информационно-образовательных материалов, оплата волонтерам, приобретение технических средств, обучение персонала пунктов доверия. Кроме пунктов доверия услуги по обмену шприцев предоставляются наркозависимым через их партнеров (волонтеров), изъявивших желание добровольно доставлять шприцы, презервативы, литературу в места потребления наркотиков. Использование такой формы работы в профилактике ВИЧ - инфекции связано с большой закрытостью, недоступностью потребителей инъекционных наркотиков для медицинских работников. Благодаря вовлечению волонтеров, из числа бывших потребителей наркотиков, для проведения такой работы, потребители инъекционных наркотиков стали более доступны, и улучшилась раскрываемость этой группы.

Всего вовлечено волонтеров для работы на ПД:

- 2002 г. - 21 чел.;
- 2003 г. - 29 чел.;
- 2004 г. - 87 чел.

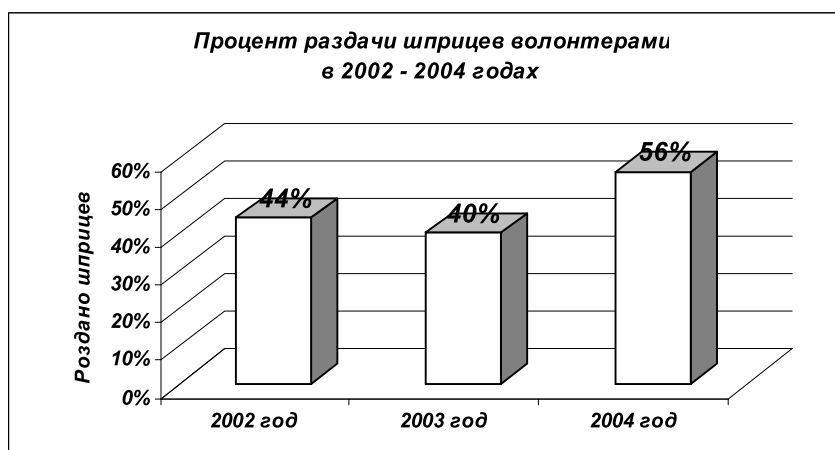
В том числе вовлечено волонтеров из числа бывших ПИН:

- 2002 г. - 16 чел. (76%);
- 2003 г. - 24 чел. (82%);
- 2004 г. - 61 чел. (70%).



Обучено Центром СПИД из всего числа за отчетный период волонтеров: 2002 г. - 16 (76%), 2003 г. - 19 (79%), 2004 г. - 60 (98%).

Роздано шприцев всеми волонтерами: 2002 г. - 60121 шт. (44%); 2003 г. - 331938 шт. (40%); 2004 г. - 597384 шт. (56%).



Возвращено использованных шприцев через волонтеров: 2002 г. - 95%; 2003 г. - 92%; 2004 г. - 91%.

Роздано презервативов волонтерами: 2002 г. – 30930 шт. (34%), 2003 г. – 63686 шт. (31%); 2004 г. – 37578 шт. (41%).

Роздано информационно-образовательных материалов волонтерами: 2002 г. – 3465 (37%); 2003 г. – 12609 (37%); 2004 г. – 11236 (44%).

Большую пользу в этой работе оказывают общественные неправительственные организации. Это - ОО «Кредо», ОБФ «Шапагат», ОО «Умит», ОО «Сау урпак», которые созданы с участием бывших потребителей наркотиков и осуществляющие профилак-

тическую работу в местах концентрации наркозависимых лиц («в полевых условиях»).

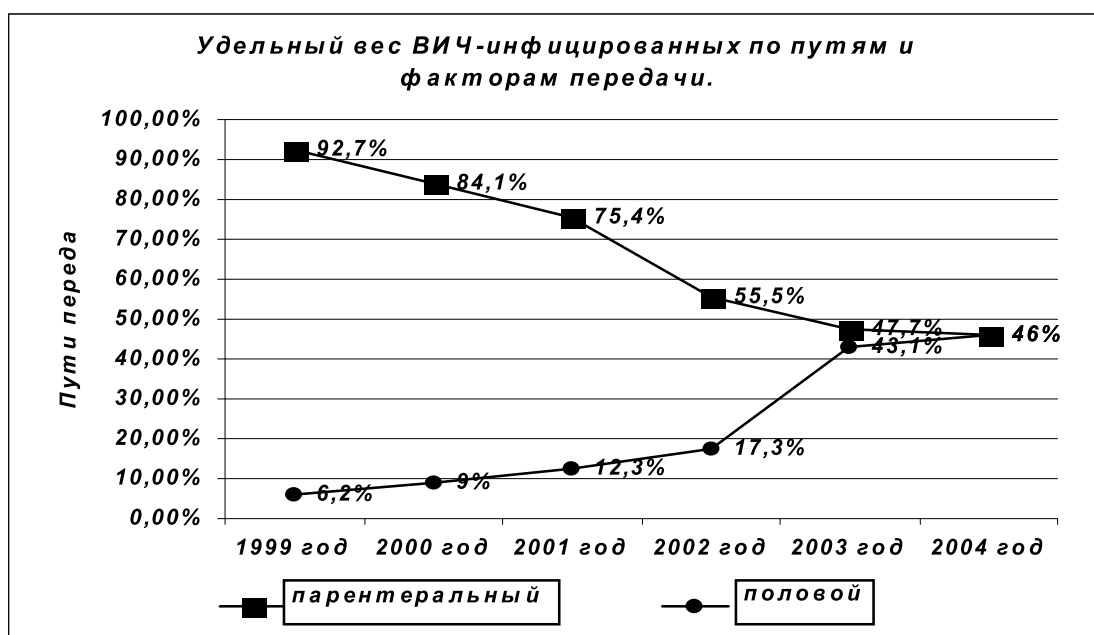
Кроме того, при каждом центре СПИД открыты кабинеты анонимного обследования на ВИЧ, где любой человек может пройти бесплатное обследование с одновременным квалифицированным консультированием по вопросам ВИЧ/СПИДа.

Благодаря нетрадиционным вмешательствам, поддерживаемым международными организациями, увеличился прямой охват потребителей инъекционных наркотиков превентивными программами с 37% в 2002 году до 41% в 2004 году, и удалось существенно снизить темпы распространения ВИЧ-инфекции.



Но вместе с тем распространенность ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков продолжает оставаться наиболее высокой из всех зарегистрированных случаев заболеваемости по Карагандинской области и составляет 81%. Вызывает тревогу увеличение также количества случаев пе-

редачи ВИЧ - инфекции через половой путь. С 1999 года доля полового пути передачи увеличилась на 40% и составила в 2004 году 46% из всех случаев заболеваемости. В возрастной структуре 52% составляют молодежь в возрасте от 20 до 29 лет. Не работающие лица составляют 77%.



---

---

**Выводы:**

Определено, что в деле замедления темпов распространения ВИЧ - инфекции важнейшее значение должно иметь изменение поведения людей. Поскольку ВИЧ распространяется в результате небезопасных инъекций и половым путем, то в этом плане рискованными группами являются наркопотребители и секс работники. Достичь изменения их поведения можно путем доставки информации, образовательных программ, консультирования, направленных на формирование осознанного поведенческого вы-

бора. Позитивные изменения должны закрепляться созданием материальных условий, в том числе доступа к стерильному оборудованию, презервативам, лечению классических инфекций, передаваемых половым путем. Для успешной реализации безопасного поведенческого выбора для уязвимых групп населения должна быть создана поддерживающая среда. Еще одним приоритетом являются подростки и молодежь, от выбора которых напрямую зависит пополнение групп наиболее рискованного инъекционного и сексуального поведения.

**Литература:**

1. *О реализации программы по противодействию эпидемии СПИДа в Республике Казахстан на 2001-2005 г.г. // Материалы совещания представителей администрации Президента Республики Казахстан, министерств, ведомств и местных органов исполнительной власти, неправительственных, международных и двухсторонних организаций. - Темиртау, 2001.*
2. *Региональная программа «По противодействию эпидемии ВИЧ/СПИДа в Карагандинской области на 2002-2005 годы». - Караганда, 2002.*
3. *Кузнецов Н. П., Кенжебаев Н. Ж., Бельгужанова А. З., Баймурзина Ш. Г. «Снижение вреда от наркотиков» и проблемы реабилитации наркопотребителей в Карагандинской области // Ежеквартальный научно-практический журнал «Актуальная медицина». - Караганда, 2003. - № 1.*

## ХАРАКТЕРИСТИКА НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ В СЕВЕРО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ В 2004 ГОДУ

Л. В. Селюнина, Н.С. Патютко

г. Петропавловск

Для проведения оценки наркотической ситуации использованы данные областного наркологического центра Северо-Казакстанской области.

Информация, отражающая количество лиц, зарегистрированных по Северо-Казакстанской области по поводу употребления наркотических и токсических веществ представлена в таблице № 1.

Как видно из таблицы, в течение года наблюдается общая тенденция к увеличению числа лиц, состоящих под наблюдением. Число лиц, зарегистрированных по поводу употребления наркотических и токсических веществ, увеличилось на 12,4% (174 человека). Данное увеличение может быть связано как с общим ростом наркозависимости, так и с улучшением выявляемости данного контингента медицинскими работниками и представителями правоохранительных органов. Можно утверждать, что это число зарегистрированных по поводу употребления наркотических веществ не отражает реальной картины незаконных потребителей наркотиков. Данное утверждение основывается на результатах исследования проведенного по приказу Министерства здравоохранения Респуб-

лики Казахстан № 139 от 9 февраля 2004 года. В результате проведенного исследования установлено, что реальная ситуация по распространенности наркомании в 4,3 раза превышает данные официальной статистики. Если использовать данное соотношение в рамках Северо - Казакстанской области, то представляется следующая картина: 1397 наркопотребителей в Северо - Казакстанской области состоят на адресном учете, в то время как предполагаемое более достоверное число наркопотребителей составляет 6007 человек.

В таблице № 1 показано, что подавляющее большинство зарегистрированных наркопотребителей (90%) составляют лица мужского пола. По возрасту наблюдается следующее соотношение. Большинство лиц, состоящих под наблюдением, - это молодежь в возрасте от 18 до 29 лет - 66,4%, старше 30 лет - 31,3%, подростки от 15 до 18 лет составляют - 1,2%, дети до 15 лет - 1,1%. Жители города Петропавловска составляют 79,7% зарегистрированных, жители районов области - 20,3%.

Картина о лицах, состоящих под наблюдением по поводу употребления опиоидов и каннабиноидов, представлена в таблицах № 2 и № 3.

Таблица № 1.

*Количество зарегистрированных лиц (состоящих на учете) по поводу наркомании и токсикомании*

Данные		Месяцы											
		январь	февраль	март	апрель	май	июнь	июль	август	сентябрь	октябрь	ноябрь	декабрь
Всего:		1223	1245	1246	1270	1277	1296	1321	1327	1356	1362	1374	1397
мужчины		1120	1141	1141	1163	1170	1184	1207	1213	1244	1250	1260	1284
женщины		103	104	105	107	107	112	114	114	112	112	114	113
Возраст	до 15 лет	3	9	9	9	10	10	11	12	11	11	11	15
	с 15 до 18 лет	16	17	17	19	23	23	23	25	25	24	20	17
	с 18 до 29 лет	833	847	849	863	869	873	882	894	902	911	921	928
	более 30 лет	371	372	371	379	375	390	405	396	418	416	422	437
г. Петропавловск		960	982	981	1004	1009	1026	1047	1051	1075	1087	1100	1114
районы области		263	263	265	266	268	270	274	276	281	275	274	283

Таблица № 2.

*Данные о лицах, состоящих под наблюдением по поводу употребления опиоидов*

Данные		Месяцы											
		январь	февраль	март	апрель	май	июнь	июль	август	сентябрь	октябрь	ноябрь	декабрь
Всего:		937	951	952	975	982	995	1010	1016	1034	1043	1048	1060
мужчины		847	860	861	881	888	897	911	917	937	945	949	960
женщины		90	91	91	94	94	98	99	99	97	98	99	100
Возраст	до 15 лет	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	с 15 до 18 лет	5	5	6	7	10	11	11	11	10	9	8	7
	с 18 до 29 лет	655	655	666	682	687	689	708	709	711	715	717	724
	более 30 лет	276	280	279	285	284	294	290	295	312	318	322	328

## Данные о лицах, состоящих под наблюдением по поводу употребления каннабиноидов

Данные	Месяцы											
	январь	февраль	март	апрель	май	июнь	июль	август	сентябрь	октябрь	ноябрь	декабрь
Всего:	267	268	268	267	265	268	278	278	289	285	293	298
мужчины	256	259	259	258	254	257	266	266	277	273	281	286
женщины	11	9	9	9	11	11	12	12	12	12	12	12
Возраст	до 15 лет	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	с 15 до 18 лет	6	6	5	5	6	4	5	5	5	5	4
	с 18 до 29 лет	180	187	189	189	187	186	190	191	193	192	196
	более 30 лет	81	75	74	73	72	78	83	82	91	88	93

Таблицы демонстрируют, что удельный вес лиц, зарегистрированных по поводу употребления опиоидов, составляет 75,9%; удельный вес потребителей каннабиноидов - 21,3%, зависимых от токсических веществ и других наркотиков - 2,8%.

В таблице №2 показано, что лица мужского пола составляют 90,6%, женщины – 9,4%. По возрастам наблюдается следующее соотношение: молодежь – 68,3%, старше 30 лет – 30,9%, подростки – 0,7%, дети – 0,1%. В течение года число зарегистрированных лиц увеличилось на 11,6% (123 человека).

По данным таблицы №3 можно сделать следующие выводы: мужчины составляют 96%, женщины – 4%. Лица в возрасте от 18 до 29 лет составляют 66,4%, свыше 30 лет – 32,9%, подростки – 0,7%, детей, употребляющих каннабиноиды, в Северо – Казахстанской области не зарегистрировано. Число лиц, состо-

ящих под наблюдением по поводу употребления каннабиноидов, увеличилось за год на 10,4%, или на 31 человек.

Таким образом, проведенный анализ позволил сделать следующие выводы:

1. На 1 января 2005 года по Северо-Казахстанской области официально зарегистрировано 1397 человек - незаконных потребителей наркотиков. Однако предполагаемое общее количество наркозависимых составляет около 6000 человек.

2. Основное количество от всех зарегистрированных, составляют потребители опиоидов (75,9%), мужчины (90%), входящие в возрастную группу от 18 до 29 лет (66,4%).

3. В течение года отмечается прирост числа лиц, состоящих на адресном учете на 12,4%.

**Опиоидтарды теріс пайдаланған кезде фармакологиялық емдеудің психикалық және мінез-құлықтық бұзылулардың қателігі**

А.В.Грузман, Г.А.Садвақасова, Б.Е.Төлегенова

Осы жұмыста опиоидтарды теріс пайдалану кезіндегі фармакологиялық емдеудің психикалық және мінез-құлықтық бұзылулардың қателігі жасау талаптары жасалған. Абстиненттік синдромның және ерте постабстиненттік кезеңнің емдеуінің дәрі-дәрмекті нобайы ұсынылған. Опиодтық тәуелділіктің әр түрлі кезеңінде болған негізгі синдромдардың емдеуінде дифференцирленген қатынастың есебімен қателігі құрылған.

**ПБЗ тәуелді кәмелетке толмағандардың дәрі-дәрмекті емдеудің негізгі ұстаным және ерекшеліктері**

А.С.Қаражанова, А.В.Грузман

Осы мақалада психикалық белсенді заттарды теріс пайдаланған, немесе ПБЗ тәуелділік синдромның дамыған балалар мен жасөспірімдердің медициналық-әлеуметтік сауықтыру кезеңдері көрсетілген. Сауықтыру бағдарламасына қатынасқан кәмелетке толмағандардың дәрі-дәрмектермен емдеудің негізгі ұстанымдары ұсынылған.

**Маңызды сөздер:** дәрі-дәрмекті емдеу, кәмелетке толмағандар, балалар, жасөспірімдер, ПБЗ теріс пайдалану, ПБЗ тәуелділік.

**Опийндық (героиндік) нашақорлық науқастардың емдеуіне рисполепттің пайдалануы**

Р.М.Көшеғұлова

Осы жұмыста әр түрлі нейролептиктердің (рисполепт, клозапин, галоперидол) героиндік нашақорлық науқастарда абстиненттік синдромда және постабстиненттік кезеңде салыстырмалы көріністе клиникалық байқаудың нәтижелері көрсетілген. Рисперидонның ең тиімділігі анықталған героиндік нашақорлықтың клиникалық-психопатологиялық көрсеткіштердің анықтау параметрлері белгіленген. Опийндық нашақорлықпен ауыратын науқастардың емдеуіне рисполептті пайдалану бойынша әдістемесі ұсынылған. Оның салыстырмалы қауіпсіздігі мен өте аз қосымша әсер санымен байланысты препарат стационарлық және емханалық емдеу үшін ұсынылған.

**Қарағанды қаласында АҚТҚ-инфекцияның эпидемиологиялық қадағалау шектігінде ине арқылы есірткілерді пайдаланушылар арасында мінез-құлықтық және серологиялық талдау**

А.М.Нұржанова, А.Т.Есқалиева

Мақалада Қарағанды облысында 2003-2004 жж. мерзіміне АҚТҚ-инфекция таралуының эпидемиологиялық қадағалаудың мәліметтері көрсетілген ПИН арасында мінез-құлықтық және серологиялық қадағалаудың ерекшеліктері және салыстырмалы талдау ұсынылған. Ине арқылы есірткілер пайдаланушылар арасында С гепатит және сифилистің таралу деңгейі және алдын ала сақтандыру бағдарламаларын қамтуы баяндалған.

---

---

## **Психикалық белсенді заттардан тәуелді адамдардың сауықтыруға негізгі көзқарастар**

Т.В.Пак

Осы мақалада сауықтыруға негізгі компоненттердің және жалпы көзқарастардың шолуы берілген, нашакорлықпен ауыратын науқастардың МӘС тиімділігін жоғарлатуға бағытталған, олардың негізінде ПБЗ тәуелді адамдардың сауықтыру бағдарламасының жұмыс нобайын құруға мүмкіндік, олардың өмір санасын жақсарту, отбасына, жақындарына, сонымен қатар жалпы қоғамға көмек көрсету. Мақалада осы емдеу-сауықтыру үрдісінің кезеңдері, әр кезеңдегі негізгі сауықтыру және психотерапевтикалық шаралар, олардың созылымдылығы және емдеушімен нәтижелердің жету тиімділігінің бағалауы (аттестация) баяндалған.

## **Отбасының тұрмыс қалпының темекі шегу және кейбір көріністер әсері**

К.Г.Шарапова

Қазіргі кезеңде ата-аналар мен санитарлық ағарту жұмысын кіргізетін алғашқы алдын ала ерекше маңыздылығын табады. Алдын ала жұмыстың жоспарлауына отбасы сипаттау ерекшелік есебінен, жоғары назарды талап ететін басым отбасыларын белгілеу ұсынылады.

## **Павлодар облысының негізінде оқушылардың тұрмыс қалпының темекі шегу және кейбір көріністер әсері**

К.Г.Шарапатова

Зерттеудің мақсаты – оқушылардың тұрмыс қалпысының темекі шегетін және темекі шекпейтін кейбір көріністері бойынша салыстырмалы сипаттама жасау. Темекі шегу қала оқушылар арасында жиі таратылған екені анықталынды. Темекі шегетіндердің арасында алкогольді ішу, сексуалдық қатынастар тәжірибесі жиі кездеседі. Темекі шегетіндердің арасында оқуға деген келеңсіз тенденциялар, күйзеліс жағдайды жиі байқау, төмен медициналық белсенділік жиі кездеседі. Осы екі топ үшін мектепте және отбасында алынған салауатты өмір салты туралы дағдылар мен білімдер жеткілікті емес. Жасөспірімдердің бос уақытын өткізу мәселесіне үнемі нақты көңіл бөлу туралы қажеттілігін талдау көрсетті.

Талдау нәтижесінде салыстырмалы топтарда алдын ала шараларды өткізуіне басымдылықтар және мінез-құлықтық тәуекел әсері бар жасөспірімдер арасында алдын ала шараларды анықтаған кезде дифференциалдық көзқарас қажеттілігі анықталды.

## **Оптималдық қолайлы жағдай-психобелсенді заттардан тәуелділіктің алдын ала басты стратегиясы**

Б.А.Шахметов

Мақаланың мақсаты – оптималдық қолайлы айқындамасында қарастырылған психологиялық денсаулықтың мәселе мәніне тереңдеу. Психобелсенді заттардан тәуелділіктің алдын ала алғашқы жүйесіне кіру ОКЖ (оптималдық комфорттық жағдай) жетуінің үлгісі болуы мүмкін.

---

---

## **Заңсыз әрекеттерді жасаған наркологиялық бұзылулары бар жасөспірімдердің әлеуметтік-демографиялық және медициналық-психологиялық сипаттауы**

Н.С.Патютко, Л.В.Селюнина

Осы мақалада Петропавловск қаласындағы облыстық наркологиялық орталығында емханалық сот-наркологиялық сарапшылықты қылмыстық жауапкершілікке 109 жасөспірімдерді тартуымен байланысты, олардың аддиктивтік мінез-құлықтың әлеуметтік-демографиялық және медициналық-психологиялық көріністерінің қалыптасуының бағалауы ұсынылған. Талдау жасөспірімдерде наркологиялық бұзылулардың негізгі жастық ерекшеліктерін бөлуге мүмкіндік береді.

## **Қарағанды облысында “Зиянды төмендету” бағдарламаны даму және сенім пункттар қызметінің тиімділігі**

А.М.Нұржанова, А.Т.Есқалиева, Н.П.Кузнецов

Мақалада Қарағанды облысы ПИН арасында өткен “Зиянды төмендету” бағдарламасы бойынша шаралар қарастырылады. Жұмыстың нысан және әдістері баяндалынады. “зиянды төмендету” бағдарламаны жақсы жүзеге асыру үшін бағдарлама жұмысына бұрынғы есірткі тәуелді адамдарды және ҮҰ өкілдерін тарту.

## **Солтүстік-Қазақстан облысында 2004 жылдың наркологиялық жағдайдың сипаттамасы**

Л.В.Селюнина, Н.С.Патютко

Осы мақалада авторлар Солтүстік-Қазақстан облыстық наркологиялық орталығында 2004 жылдың есірткі пайдаланушылардың “тіркелген” саны бойынша наркологиялық жағдайдың талдауы жасалынды. Есірткі пайдалануының ең көп таралған түрлері бойынша есірткі тәуелді адамдар саның жалпы көбею тенденциялары көрсетілген. Облыста нақты есірткілік жағдай туралы ұсыныстар жасалды.

---

---

## SUMMARIES

### **Reports of pharmacological treatment of mental and behavioral disorders at abusing opioids**

A.V.Gruzman, G.A.Sadvakasova, B.E.Tulegenova

In work it is made attempt of creation of reports of pharmacological treatment of mental and behavioral disorders at abusing opioids. Medicamentous circuits of treatment of an abstinence syndrome and the early postabstinence period are submitted. Reports are made with the account of differentiated approach to treatment of the basic syndromes arising in the various periods of opioid dependence.

### **Main principles and features of medicamentous correction of nonaged minors dependent from psychoactive substances**

A.S.Karazhanova, A.V.Gruzman

In the article stages of medico-social rehabilitation of children and the teenagers abusing psychoactive substances, or already with the developed syndrome of dependence from psychoactive substances are given. Main principles of medicamentous correction of the minors participating in the rehabilitation program are submitted.

**Key words:** medicamentous treatment, medicamentous correction, minors, children, teenagers, abusing psychoactive substances, dependence from psychoactive substances.

### **Application of rispolept in treatment of patients with thebaic addiction**

R.M.Koshchegulova

In the present work results of clinical test various нейролептиков (rispolept, clozapin, haloperidol) in comparative aspect at patients with thebaic addiction in an abstinence syndrome and the postabstinence period are resulted. Parameters of definition of clinical-psychopathological displays of thebaic addictions are allocated at which the greatest efficiency of respiridone is revealed. The technique on application of rispolept in treatment of patients with thebaic addiction is submitted. 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.

### **The comparative analysis for 2003-2004 of behavioral and serological examination among of injection drug users in Karaganda within the framework of epidemiological supervision of the HIV-infection**

A.M.Nurzhanova, A.T.Eskalieva

In the article the data of epidemiological inspection of prevalence of the HIV-infection in the Karaganda region for the period 2003-2004 years are cited. Features and the comparative analysis behavioral and serological examination among IDU are submitted. The level of prevalence of hepatitis C and syphilis among injection drug users and scope by preventive programs are described.

---

---

## **The basic approaches to rehabilitation of dependent from psychoactive substances**

T.V.Pak

In given article it is given the review of the basic components and the common approaches to rehabilitation on the basis of which it is possible to create the working circuit of the program of rehabilitation dependent from psychoactive substances, directed on increase of efficiency of rehabilitation of patients with an addiction, improvement of quality of their life, rendering assistance to families and a near environment, and also a society as a whole. In the article stages of rehabilitation process, the basic rehabilitation and psychotherapeutic actions at each stage, their duration and an estimation of efficiency of the achieved results by the patient are described.

## **The factor of smoking and some aspects of family way of life**

K.G.Sharapatova

At the present stage the special importance is got with initial preventive maintenance which includes sanitary educational work with parents. It is recommended to approach to planning preventive work in view of features of the characteristic of families to allocate the priority families demanding an enhanced attention.

## **The factor of smoking and some aspects of schoolchildren way of life on an example of the Pavlodar region**

K.G.Sharapatova

The purpose of research - to make the comparative characteristic on some aspects of way of life of smoking and nonsmoking schoolchildren. It is revealed authentically, that smoking is distributed among city schoolchildren more often. Experience of the use of alcohol, experience of sexual relations meets among smoking more often. Negative tendencies in the relation to study, frequency of stress, low medical activity meets among smoking more often. For both groups there are enough skills and knowledge on conducting the healthy way of life, received in school and family. The analysis allows to speak about necessity of constant attention to a problem of leisure of teenagers.

As a result of research priorities in realization of preventive actions in compared groups, and necessity of differentiated approach at definition of preventive actions among the teenagers having factors of behavioral risk are determined.

## **Optimum comfortable condition - the main strategy of prevention of dependences from psychoactive substances**

B.A.Shahmetov

The purpose of the article - to go deep into an essence of a question of the psychological health considered from a stand of an optimum comfortable condition. Achievement of the optimum comfortable condition can be model for inclusion in system of initial preventive maintenance of dependence from psychoactive substances.

---

---

### **The social-demographic and medico-psychological characteristic of teenagers with narcological disorders, made illegal actions**

N.S.Patyutko, L.V.Selyunina

In given article the estimation of social-demographic and medico-psychological aspects of formation of addictive behavior at 109 teenagers who were taking place in out-patient judicial-narcological examination in connection with their attraction to the criminal liability is submitted. The carried out analysis has allowed to allocate the basic age features of narcological disorders at teenagers and to establish differentiated value of various biological, psychological and social preconditions of addiction formation.

### **Development of the program «Harm reduction» in the Karaganda region and efficiency of activity of trust points**

A.M.Nurzhanova, A.T.Eskalieva, N.P.Kuznetsov

In the article actions for the program «Harm reduction», realized in the Karaganda region among IDU are considered. Forms and methods of work are described. Attraction to work in programs of former drug users and representatives of NGO for successful realization of the program «Harm reduction» are considered.

### **The characteristic of a narcological situation in the North-Kazakhstan region for 2004**

L.V.Selyunina, N.S.Patyutko

In present article authors have made the analysis of a narcotic situation in the North-Kazakhstan region on number of the «registered» drug users in the regional narcological centre for 2004. The common tendencies of increase of number of drug addicts by the most widespread kinds of used drugs are shown. Assumptions of a real narcotic situation in region are made.