

вр.и.о. главного редактора
ИГОНИН А.Л.

Заместители главного редактора
СОЛОВЬЕВ А.Г.
ПАНЧЕНКО Л.Ф.
ЧЕРНОБРОВКИНА Т.В.

Научный редактор
НАДЕЖДИН А.В.

Ответственный секретарь редакции
САБАНЦЕВ Б.Н.

Редакционная коллегия

АЛЬТШУЛЕР В.Б.
БОНДАРЬ И.В.
БРЮН Е.А.
ГРИНЕНКО А.Я.
ЗВАРТАУ Э.Э.
ИВАНЕЦ Н.Н.
КАЗАКОВЦЕВ Б.А.
КЛИМЕНКО Т.В.
КОШКИНА Е.А.
ЛИТВИНЦЕВ С.В.
МАКАРОВ В.В.
НУЖНЫЙ В.П.
ПОКРОВСКИЙ В.В.
СЕМКЕ В.Я.
СЕРЕДЕНИН С.Б.
СИВОЛАП Ю.П.
СМИТ Д.
СОФРОНОВ А.Г.
СУДАКОВ С.К.
ШАБАНОВ П.Д.

Председатель редакционного совета
БОЧКОВ Н.П.

Заместитель
Председателя редакционного совета
ИРИШКИН А.А.

Редакционный совет

АНОХИНА И.П.
БОХАН Н.А.
БЫКОВ В.А.
ГОФМАН А.Г.
ЕГОРОВ В.Ф.
ЗАИГРАЕВ Г.Г.
ЗИНЬКОВСКИЙ А.К.
ИЗOTOB Б.Н.
КОЗЛОВ А.А.
МИХАЙЛОВ А.Г.
ОНИЩЕНКО Г.Г.
ПЯТНИЦКАЯ И.Н.
РОХЛИНА М.Л.
СУДАКОВ К.В.
ХРИТИНИН Д.Ф.
ЦЕЛИНСКИЙ Б.П.
ЦЫГАНКОВ Б.Д.
ЧУРКИН А.А.

Издатель: ООО "Гениус Медиа"

ИРИШКИН Андрей Александрович
Председатель Совета Директоров

ИРИШКИН Дмитрий Андреевич
Генеральный директор

ЛУКАШЕВИЧ Ирина Александровна
Литературная редакция

КОМАРОВА Анна Константиновна
Дизайн и верстка

ШЕВЧУК Ольга Анатольевна
Распространение и подплата

СКВОРЦОВ Владимир Владимирович
Предпечатная подготовка

Журнал зарегистрирован в Министерстве печати и
связи Российской Федерации
Регистрационный номер
ПИ №77-9024 от 31 мая 2001 г.

Адреса редакции:

1. 109544, Москва, ул. Солянка, 14,
Российская академия медицинских наук
Тел.: 698-54-48
2. 125315, Москва, ул. Балтийская, д. 8, офис 344,
Издательство "Гениус Медиа"
Тел. (495) 518-14-51, факс: (495) 601-23-74
e-mail: genius-media@mail.ru

Мнение редакции может не совпадать с мнением авторов.
Редакция не несет ответственности за содержание
рекламных публикаций.
Перепечатка материалов и использование их в любой
форме, в том числе и в электронных СМИ, возможны
только с письменного разрешения издателя.

© ООО "Гениус Медиа", 2010
Тираж: 500 экз.

Наркология

Ежемесячный рецензируемый научно-практический журнал
Российская академия медицинских наук
International Society of Addiction Journal Editors

2010 г. №11 (107)

СОДЕРЖАНИЕ

НОВОСТИ

Новости российского и мирового наркологических сообществ. 3

РЕГИОНАЛЬНАЯ АНТИНАРКОТИЧЕСКАЯ ПОЛИТИКА

"Колпинский район — территория без наркотиков"
Локальный пилотный проект. 18

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НАРКОЛОГИИ

Разводовский Ю.Е., Виницкая А.Г., Лелевич В.В.
Гендерные аспекты распространенности злоупотребления наркотиками в Беларуси. 22

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ НАРКОЛОГИИ

Меринов А.В., Шустов Д.И.
Семейная динамика саморазрушающих паттернов поведения
в семьях больных алкогольной зависимостью с позиции модели эпикрипта. 28
Корень С.В., Должанская Н.А.
Сравнительные характеристики структурных различий
в предоставлении медицинских услуг больным ВИЧ-инфекцией
с сопутствующим злоупотреблением психоактивными веществами. 36

КЛИНИЧЕСКАЯ НАРКОЛОГИЯ

Бисалиев Р.В.
Предикторы суицидального поведения у больных опиатной наркоманией. 40
Малахова Ж.Л.
Закономерности развития и факторы роста (TGF- β_1)
у детей с фетальным алкогольным синдромом,
находящихся в учреждениях государственного воспитания. 48

РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ НАРКОЛОГИИ

Шевцова Ю.Б.
К вопросу о медицинской безопасности работы центров социальной реабилитации
для лиц с зависимостью от психоактивных веществ. 54

ОБЗОРЫ

Голенков А.В.
Табакокурение при шизофрении: частный вопрос или глобальная проблема? 57

ДИСКУССИОННАЯ ТРИБУНА

Наркозависимые люди:
проблемы профилактики, лечения и социальной реабилитации. 65
Плоткин Ф.Б.
К вопросу о профилактике: существует ли она в наркологической практике?
Сообщение 2. 80
Тихонов Г.Б.
Автоматизированная система статистического учета
и отчетности в наркологии. 91

Alternate editor-in-chief
IGONIN A.L.

Deputies editor-in-chief
SOLOVIEV A.G.
PANCHENKO L.F.
CHERNOBROVKINA T.V.

Science editor
NADEZHDIN A.V.

Secretary
SABANTSEV B.N.

Editorial Board
ALTSHULER V.B.
BONDAR' I.V.
BRUN E.A.
GRINENKO A.YA.
ZVARTAU E.E.
IVANETS N.N.
KAZAKOVTSSEV B.A.

KLIMENKO T.V.
KOSHKINA E.A.
LITVINTSEV S.V.
MAKAROV V.V.
NUZHNY V.P.
POKROVSKY V.V.
SEMKE V.YA.
SEREDENIN S.B.
SIVOLAP YU.P.
SMITH D.
SOFRONOV A.G.
SUDAKOV S.K.
SHABANOV P.D.

Head of Editorial Council
BOCHKOV N.P.

Vice-Head of Editorial Council
IRISHKIN A.A.

Editorial Council
ANOKHINA I.P.
BOCHAN N.A.
BYKOV V.A.
GOFMAN A.G.
EGOROV V.F.
ZAIGRAEV G.G.
ZIN'KOVSKY A.K.
IZOTOV B.N.
KOZLOV A.A.
MIKHAILOV A.G.
ONISCHENKO G.G.
PYATNITSKAYA I.N.
ROKHLINA M.L.
SUDAKOV K.V.
KHRITININ D.F.
TSELINSKY B.P.
TSIGANKOV B.D.
CHURKIN A.A.

Publisher: Genius Media Ltd, Moscow, Russia

IRISHKIN Andrey A.
Chairman of the Board

IRISHKIN Dmitry A.
CEO

LUKASHEVICH Irina A.
Text editor

KOMAROVA Anna K.
Technical editor

SHEVCHUK Olga A.
Distribution and subscribe

SKVORTSOV Vladimir V.
Prepress

125315, Moscow, Baltiyskaya str., 8,
office 344,
Genius Media Publishing
tel.: +7 495 518-14-51,
fax: +7 495 601-23-74
e-mail: genius-media@mail.ru

Requests for permission to reprint material
from this journal should be addressed
to publisher
e-mail: genius-media@mail.ru

© Genius Media Ltd, 2010

Narcology

Monthly reviewed scientific and practical journal
Russian Academy of Medical Sciences
International Society of Addiction Journal Editors

2010. №11 (107)

CONTENTS

NEWS

News of Russian and global narcological community 3

REGIONAL ANTI-DRUG POLICY

Kolpino region — territory without narcotics. Local pilot project 18

EPIDEMIOLOGY

Razvodovsky Y.E., Vinitskaya A.G., Lelevich V.V.

The gender aspects of prevalence of drug abuse in Belarus. 22

MEDICAL AND SOCIAL ASPECTS OF NARCOLOGY

Merinov A.V., Shustov D.I.

Family dynamics of self-destructing behaviour patterns in alcoholics' families
from the point of view of episcript model 28

Koren S.V., Dolzhanskaya N.A.

Comparative characteristics of the structural differences
in the provision of medical services for HIV positive drug users 36

CLINICAL RESEARCH

Bisaliyev R.V.

Predictors of suicide behaviour in patients with opiate narcotism 40

Malakhova Zh.L.

Patterns of development and growth factor (TGF- β_1)
in children with fetal alcohol syndrome,
who are found in institutions of publish education. 48

REHABILITATION ASPECTS IN NARCOLOGY

Shevtzova J.B.

Medical problems of centres of social rehabilitation
for drug-dependent patients 54

REVIEW

Golenkov A.V.

Tobacco smoking at a schizophrenia: a private question or a global problem? 57

DISCUSSION

Drug-addicted people: challenges for prevention, treatment and rehabilitation. 65

Plotkin F.B.

To the problem of prophylaxis: does it exist in practice? 80

Tikhonov G.B.

Automated system of statistical accounting and reporting in narcology 91

Новости российского и мирового наркологических сообществ

Эпидемиологические, профилактические и организационные аспекты наркологии
в новостных материалах, опубликованных на сайтах ведущих информационных агентств

Приведенные материалы получены из доступных средств массовой информации и подаются "как есть". Мы оставляем за собой право комментировать новости там, где требуется справочный материал, и в случаях, когда мы имеем дополнительную информацию по теме новостной сводки. Присылаемые нам материалы должны обязательно иметь ссылку на источник информации. Приводимые ссылки на сайты и другие источники информации не несут коммерческой или рекламной нагрузки.

Борьба с наркотрафиком в России и Европе

В Вене в октябре 2010 г. начала работу 99-я сессия Международного комитета по контролю над наркотиками (INCB), которая должна определить, куда продвинулось за минувший год человечество в борьбе с незаконным оборотом наркотиков и что ему не мешало бы еще сделать, чтобы продвинуться дальше. Если учесть, что это специализированное учреждение ООН переняло функции и роль образованной еще в 1909-м году в Шанхае Международной комиссии по опиуму, то это старейшая международная антинаркотическая организация. В прошлом году она отметила 100-летний юбилей.

Россия — ее очень активный член. Это обусловлено и нашей "особой ролью" на стыке главных героиновых дорог мира и, увы, наращиванием не только антинаркотической активности (за что комитет неизменно благодарит российских партнеров), но и растущим российским весом в общей мировой наркокорзине.

Ни у кого, конечно, нет и мысли о том, чтобы обвинять США в намеренном "опиумном спонсорстве" в Афганистане. Но именно за время афганской военной операции страна качественно и количественно изменила все героиновое поле мира, свою "игру" на нем и всю структуру незаконной торговли опиатами. На первых этапах операции, конечно, было не до опиумного мака. Сейчас ясно, какой это было ошибкой. То, что наркобизнес питает терроризм и наоборот, — аксиома. Россия уже давно говорила своим американским партнерам, что борьба с наркотрафиком, наркокоррупцией, наркобизнесом, наркохозяйством в Афганистане ведется недостаточно продуманно, вяло, не совсем теми методами. Ее, в общем, слушали, но не слышали. И вот результат, о котором американцы очень не любят говорить.

По данным ФСКН России, с 2001 г. — года вторжения США в Афганистан — производство героина в Афганистане выросло в 40 (!) раз. Когда Советский Союз выходил из Афганистана в 1989-м, последний вовсе не был героиновым лидером. На сегодня там производится в 2 раза больше героина, чем 10 лет назад делалось во всем мире! Афганистан сегодня выдает почти 92% всего этого опиумного зелья. Прежде всего через "пористые" границы с Таджикистаном. Последний — транзитный героиновый рекордсмен. По оценкам, по таджикским тропам в РФ поставляют до 20 т в год. И еще есть Туркменистан, Киргизстан и Казахстан, через которые в Россию на сегодня (данные доклада ООН по наркотикам за 2010 г.) поступает около 70 т наркотика. По уровню потребления героина Россия стоит на втором месте после стран ЕС (85—90 т). Но не надо обольщаться. Все эти данные являются приблизительными. Их выводят из расчета общемирового потребления плюс примерно 430—460 т на "излишки". Это "поправка на бой" или на изымаемую ежегодно героиновую контрабанду. Все эксперты признают, что этих потребляемых тонн может быть и больше. Скорее всего, так и есть.

Мог бы несколько порадовать тот факт, что, как говорят в Вене, глобальное производство героина вроде сократилось на сегодня на 13%. В самом Афганистане оно упало (данные ООН за 2010 г.) с 6900 т в 2009 г. до 3600 т в 2010 г. Но это, так сказать, сезонные, сельскохозяйственные перепады. В этом году на маковые поля Афгана обрушились вредители. Кроме того, за предшествовавшие три года опиума и героина было перепроизведено и рынок оказался перенасыщен. Как полагает российский глава еще одного антинаркотического агентства ООН — Управления ООН по борьбе с наркотиками и преступностью (UNODC) Юрий Федотов, впадать в эйфорию по этому поводу рановато.

Ситуация на наркотических рынках, вообще, всегда изменчива. Цены на героин и опиумные производные после нескольких лет снижения снова пошли вверх. Это значит, что выращивание мака снова будет привлекательным для афганских фермеров. И поскольку уровень доходов (в сравнении с затратами) "маковых хозяйств" астрономический, то вряд ли их отвратят от "макового золота" призывы переходить на безвредные сельхозкультуры. "Законное" сельское хозяйство в Афганистане никогда не выигрывало у "незаконного".

Даже при масштабности общей планетарной наркомании, со всеми ее производными и побочными последствиями (терроризм, преступность, здоровье, демография, экономика и пр.), на сегодня этим вопросом занимается очень уж большое число международных (типа ООН), межправительственных, региональных (европейских, американских, азиатских и африканских) организаций, а еще международных межведомственных, международных неправительственных и национальных организаций.

В одной только ООН можно запутаться с разделением антинаркотических функций различных управлений, комитетов, комиссий и программ по наркотикам. В эту структуру входят Комиссия экономического и социального совета ООН по наркотикам (она считается главным органом), уже упоминавшиеся Международный комитет по контролю за наркотиками и Управление ООН по борьбе с наркотиками и преступностью, программа ООН по международному контролю над наркотиками.

INCB в структурах ООН играет весьма важную роль "сторожа" всех трех главных антинаркотических мировых конвенций. Речь идет о Единой конвенции о наркотических средствах 1961 г. и протоколе к ней 1971 г. А также Конвенциях о психотропных средствах 1971 г. и о борьбе против незаконного оборота наркотиков и психотропных веществ 1988 г.

Венская комиссия, которая следит, кроме прочего, за тем, чтобы законные наркотики не попадали в незаконный оборот, между прочим, уже давно призывает все страны всерьез заняться полузаконной или вообще незаконной торговлей фармацевтическими препаратами через Интернет-аптеки. И, если верить информации из Вены, всех там очень сильно порадовала сейчас Россия, где возбуждено в самом конце октября уголовное дело против директора ООО "Деспмедия" Игоря Гусева. Порадовало не потому, что его считают крупнейшим спамером мира, а потому, что через партнерскую компанию Glavmed.ru он активно продвигал на рынки Канады и США нелегальные медпрепараты. Это, на удивление, распространенное дело в сети. Доходы от такой незаконной торговли, в том числе и наркосодержащими препаратами, колоссальные. МККН считает, что такую полицейско-юридическую диспансеризацию аптечных Интернет-сайтов надо только приветствовать.

Источник: Андрей Федяшин, политический обозреватель РИА Новости

Россия и США продолжают совместные антинаркотические операции в Афганистане

Российские и американские правоохранительные органы проведут новые операции на территории Афганистана по борьбе с производством героина, — сообщил директор Федеральной службы России по наркоконтролю Виктор Иванов. "Операция получила высокую оценку руководителей трех государств — президента России Дмитрия Медведева, президента США Барака Обамы и непосредственно (президента) Исламской Республики Афганистан Хамида Карзая. Руководители согласились, что нужно продолжить эту работу. В устных разговорах, в телефонных переговорах это было подчеркнуто", — сказал В.Иванов. На вопрос о том, состоятся ли такие операции в ближайшее время, В.Иванов ответил: "Мы не можем планировать операцию и объявлять время ее проведения по понятным причинам — мы не находимся в сговоре с участниками преступной деятельности".

// ИА "Интерфакс"

Москва: Правительство России уполномочило ФСКН взаимодействовать с ВОЗ и ЮНЭЙДС

Правительство России расширило обязанности Федеральной службы по контролю за оборотом наркотиков (ФСКН) по представлению России в международных организациях ООН, уполномочив ФСКН взаимодействовать с Программой ООН по борьбе с ВИЧ и со Всемирной Организацией Здравоохранения. Кабинет министров утвердил изменения в межведомственное распределение обязанностей по взаимодействию с международными организациями ООН. Согласно постановлению, опубликованному на сайте правительства, в разделе "Объединенная программа ООН по борьбе с ВИЧ/СПИД (ЮНЭЙДС)" среди ответственных органов указаны Минздравсоцразвития, МИД и ФСКН. В предыдущей версии постановления правительства от 3 июня 2003 г. с изменениями, внесенными в 2004 г., были указаны только Минздрав и МИД. Кроме того, ФСКН добавлена в раздел ведомств, взаимодействующих со Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ). По этой линии также уполномочены работать Минздравсоцразвития, МИД, Минэкономразвития, Минобрнауки, Минюст, МЧС, Российская академия медицинских наук и Минфин. ФСКН также уполномочена работать с Международным комитетом по контролю над наркотиками, Фондом ООН по борьбе со злоупотреблениями наркотическими средствами, Программой ООН по контролю за наркотическими средствами, Комиссией по предупреждению преступности и уголовному правосудию, Комиссией по наркотическим средствам и рядом других структур. "Финансирование расходов, связанных с реализацией настоящего постановления, осуществляется за счет бюджетных ассигнований, предусмотренных в федеральном бюджете на соответствующий год", — говорится в постановлении правительства.

// РИА "Новости"

Виктор Иванов выступает против легализации "легких" наркотиков в России

Глава Федеральной службы России по контролю за оборотом наркотиков (ФСКН) Виктор Иванов категорически против легализации "легких" наркотиков в России и считает необходимым вернуть уголовную ответственность за незаконное употребление наркотиков. "Отношусь (к легализации "легких" наркотиков в России) крайне отрицательно", — заявил В.Иванов в интервью РИА "Новости".

Он напомнил, что в 1990-е годы была отменена уголовная ответственность за немедицинское употребление наркотиков. По его словам, по сути, это уже является легализацией, и сейчас имеет смысл задуматься о том, чтобы вернуть эту законодательную норму. "Я не говорю, что ее (статью) надо вернуть в той редакции, в которой она была, потому что система права изменилась, но подумать на эту тему надо", — сказал В.Иванов.

По его словам, в настоящее время правительство рассматривает законодательное предложение о введении административной ответственности за незаконное употребление наркотиков.

Говоря о количестве наркозависимых в России, Иванов пояснил, что точную цифру назвать невозможно. На учете находятся примерно 560 тыс. чел., но это только те, которые обращались за помощью, тогда как реальное количество, как правило, в 5–6 раз больше. По оценкам ФСКН, в России на сегодняшний день как минимум 3–3,5 млн наркозависимых. При этом ежегодные финансовые потери страны из-за незаконного оборота наркотиков составляют порядка 2–3% от ВВП.

// РИА "Новости"

История с осуждением нижнетагильского борца с наркоманией Егора Бычкова стала толчком к созданию новой общественной организации «Российская наркологическая лига»

Состав ее руководства выглядит весьма представительным, однако, эксперты опасаются, что «организованная сверху» деятельность сведется к разговорам и отпискам.

В Москве 8 ноября прошел учредительный съезд общероссийской общественной организации «Российская наркологическая лига». Как заявил возглавивший организацию главный нарколог Минздравсоцразвития РФ Евгений Брюн, Лига будет объединять и профессиональных врачей, и представителей исполнительной власти, и общественные организации.

«В правление Лиги вошли представители общественных организаций, а также главные наркологи всех федеральных округов России», — отметил Е.Брюн. По словам главного нарколога РФ, целью Лиги является обеспечение помощи, социальной защищенности, а также создание условий для активной трудовой и общественной деятельности пациентов, страдающих наркотической и алкогольной зависимостями. «Нужны совместные усилия гражданского общества, общественных организаций, врачей, органов исполнительной власти и СМИ», — заметил Е.Брюн. — Мы оживим выпуск журнала „Независимость личности“, начнем готовить ТВ-проект».

Евгений Брюн пояснил, что подробной программы действий пока нет, зато готовится манифест организации. Взносы пока не планируются, но ряд спонсоров, «которые не хотят себя рекламировать», уже найден. Главный нарколог считает, что опыт работы в Москве, заключение договоров со службой занятости по обеспечению бывших алкоголиков и наркоманов работой может быть принят в качестве пилотного проекта, а затем распространен во всей России.

До 40% россиян употребляют алкогольные напитки в большем, чем допустимо, количестве, заявил Евгений Брюн, выступая на учредительном собрании новой организации, при этом 2% россиян больны алкоголизмом, а около 1% населения России — наркоманией. «С учетом членов семей больных около 10% населения страны втянуты в эту проблему», — считает главный нарколог. Он не скрывает, что неким дополнительным толчком к созданию объединения стала история с осуждением нижнетагильского энтузиаста в борьбе с наркоманией Егора Бычкова. Напомним, что главе нижнетагильского фонда «Город без наркотиков» и еще двоим сотрудникам реабилитационного центра для лечения наркоманов было предъявлено обвинение в похищении, незаконном удержании и истязании пациентов реабилитационного центра для наркозависимых по ст. 126 (Похищение человека), ст. 127 (Незаконное лишение свободы), ст. 116 (Побои) и ст. 117 УК РФ (Истязание). В итоге, после общероссийской поддержки 12 октября был вынесен условный приговор. Реабилитационный центр оказался слабым местом борцов с наркоманией.

Егору Бычкову симпатизируют многие, в том числе и официальные лица, считая, что молодой человек «подставился». В числе его «моральных» сторонников и главный нарколог Евгений Брюн, и некоторые сотрудники Госнаркоконтроля. «Население далеко не всегда знает, что и как происходит в этой области, а для энтузиастов, которые, действуя эмоционально, часто выходят на грань с нарушением закона, эта работа может быть опасной», — говорит Евгений Брюн. — Тем не менее, у Лиги есть административный ресурс, есть СМИ, на которые можно опираться, и я думаю, для пользы всем, начать нужно именно с информационной работы».

«Любая деятельность против наркомании полезна, — ответил на вопрос GZT.RU о возможной эффективности новой ассоциации сам Егор Бычков. — А об эффективности будем судить попозже. Может, и будут результаты». Главное, чтобы деятельность Лиги не стала просто разговорами и отписками. По его словам, дело, которым занимается «Город без наркотиков» распространилось по стране, есть общественные организации, много работает и энтузиастов-одиночек, но без принятия закона о принудительном лечении наркоманов эффекта от работы реабилитационных центров, даже если их организуют госструктуры, все равно не будет. И в таком взгляде он не одинок.

«Без принудительного лечения смысла не будет, — поддерживает его врач-нарколог, химик-токсиколог московского наркологического диспансера Алексей Смирнов. — Иначе все останется на уровне разговоров, таких „болтающих“ организаций много, а реальных дел, к сожалению, существенно меньше, Е.Бычков в этом отношении выступил в роли революционера», — заметил Алексей Смирнов.

«Движение к координации антинаркотическому сообществу необходимо, — сказала социолог, член экспертного совета Комитета Госдумы по охране здоровья, сопредседатель Российской коалиции за контроль над алкоголем Дарья Халтурина. — Хорошо, если Лига займется реабилитацией. Только хочу подчеркнуть, что должны использоваться методики, зарекомендовавшие себя эффективно, а не изобретаться велосипед. Так, даже кратковременное 5-минутное интервью и тест для выяснения тяжести алкоголизма при лечении травм или гипертонии дают положительный эффект не меньший, чем двухчасовая беседа, — заметила Д.Халтурина. — И снижение количества алкоголиков при обязательности таких интервью может быть значимым. Эффективны замена судебных наказаний на антиалкогольные курсы, а также поведенческие беседы с бросившими алкоголь и наркотики о том, как не вернуться к злоупотреблению».

Источник: www.gzt.ru

Суд заменил реальный тюремный срок Бычкову на 2,5 года условно

Свердловский областной суд отменил приговор главе нижнетагильского фонда «Город без наркотиков» Егору Бычкову, осужденному на 3,5 года лишения свободы за похищение наркозависимых людей для прохождения реабилитации, и заменил его условным сроком в 2,5 года. Дзержинский районный суд Нижнего Тагила в октябре признал 23-летнего Бычкова виновным в похищении людей и незаконном лишении свободы. Гособвинение требовало приговорить его к 12 годам лишения свободы. По версии следствия, Бычков похищал наркоманов и заставлял их проходить реабилитацию в «Городе без наркотиков», при этом истязал их и морил голодом. Потерпевшими по делу изначально проходили около 10 чел., а к концу процесса остались четверо. Впоследствии обвинения в истязаниях были сняты. Прокуратура не считала приговор слишком мягким и не стала оспаривать решение Дзержинского районного суда. Адвокат Бычкова подала кассационную жалобу на приговор. Суд постановил приговор отменить, уголовное дело прекратить. Вместо реального срока заключения суд назначил Бычкову два года и шесть месяцев лишения свободы условно.

Источник: <http://rian.ru/justice/20101103/292093330.html>

Заявление президиума Межрелигиозного совета России по вопросам антинаркотической деятельности

Заявление было принято на очередном заседании Межрелигиозного совета России, которое состоялось в Москве 4 октября 2010 г.

Дар свободы чувствовать, мыслить и действовать является неотъемлемой частью человеческой сущности. Однако многие пороки лишают человека этой свободы, приводят к потере контроля личности над своим внутренним миром. Так, это происходит в том случае, когда ради удовлетворения пагубной страсти он готов принести в жертву духовные идеалы, семью, работу, здоровье, жизнь.

Вред наркотических и психотропных средств не имеет аналогов по степени разрушительного воздействия на душу и разум человека. Уже начиная с пробной дозы «легкого» наркотика человек теряет контроль над своей волей, а с приобретением стажа наркомана наступает безвозвратное рабство. При этом международные сети наркотрафика делают самые сильные психотропные вещества доступными в любой точке земного шара, а возможности химического синтеза и ценовая политика удерживают покупательскую способность на уровне обычных лекарств. Проблема усугубляется доступностью кодеиносодержащих лекарств и других средств, используемых для изготовления наркотиков, технологии выработки которых постоянно совершенствуются.

Вместе с прикрытой «особенностями субкультур» пиар-кампанией в клубах, в спортивных и танцевальных залах и просто на улицах наркобизнес задевает самую психологически уязвимую часть общества — подростков и молодежь любого достатка, уровня знаний и социального положения. Результатом становится рост преступности и самоубийств, распространение болезней и инфекций, полуманные жизни и распавшиеся

семьи. Даже осознав всю губительность своего положения, молодой наркоман не может вырваться из порочного круга. Наркомания сегодня — это преступная индустрия и смертельная болезнь.

Мы видим задачу всего российского общества, в том числе традиционных религиозных общин, в эффективном противодействии наркомании всеми доступными средствами. Необходимо вести широкую пропаганду здорового образа жизни и духовно-нравственных ценностей, на местах организовывать просветительские мероприятия, говорящие о вреде наркотиков и алкоголя, а также развивать реабилитационную деятельность совместно с медицинскими учреждениями системы здравоохранения. Полагаем важными разработку и внедрение новых отечественных методов лечения наркомании. Во всей этой работе активно участвуют и готовы дальше участвовать религиозные общины.

Особое внимание должно быть уделено сотрудничеству с ответственными органами государственного контроля. Созданный при Федеральной службе по контролю за оборотом наркотиков Государственный антинаркотический комитет реализует ряд эффективных мер по борьбе с распространением наркотиков и по реабилитации наркозависимых людей.

Мы считаем, что все российские общественные объединения должны оказывать содействие этим структурам, поддерживая, в том числе материально, инициативные группы по работе с молодежью при школах и вузах страны, которые отвлекают новое поколение россиян от опасных опытов с наркотиками и помогают молодым людям найти себя в общественно полезной деятельности, спорте, науке, культуре. Считаем важным взаимодействие религиозных региональных центров с антинаркотическими комиссиями.

Медийный поток, направленный на возбуждение поиска острых ощущений, желания без труда и знаний стать "успешным" и выделиться из толпы сверстников за счет эпатажа, обрекает человека на разочарование и неудачи, толкает его к роковой черте — найти счастье в таблетках или шприце. На смену всему этому должен прийти правдивый рассказ о том, что подлинное счастье — в настоящем деле, в полноценной семье, в исполнении заповедей Творца. Считаем, что эфирное время популярных телеканалов должно быть задействовано, в том числе, для освещения совместных антинаркотических инициатив государства и традиционных религий. Обращаемся к руководству государственных и частных телеканалов с призывом предоставить качественно более широкие возможности как для светской, так и для религиозной антинаркотической пропаганды.

Сегодня многие знают, где и кто торгует наркотиками. Готовы предоставить информационные возможности наших религиозных общин для того, чтобы люди могли изобличать это зло, называя имена виновных в нем и публикуя соответствующие свидетельства.

Призываем всех сограждан не оставаться равнодушными к поднятой проблеме. Будущее страны зависит от того, сможем ли мы совместными действиями государства, традиционных религий и всего общества переломить ситуацию. Необходимо приложить максимум усилий и задействовать все ресурсы. Иначе деградация молодежи под влиянием наркотиков примет необратимый характер.

Источник: www.patriarchia.ru

Р.Нургалиев назвал критической ситуацию с наркопреступностью в России

Ситуация с наркопреступностью в России и в Украине является критической, — заявил глава МВД РФ Рашид Нургалиев, выступая на совместной коллегии министерств двух стран. Российский министр отметил, что ситуация с незаконным оборотом наркотиков остается сложной во всем мире. "Среди ключевых факторов, влияющих на уровень преступности, остается незаконный оборот наркотиков, ведь доходы от наркобизнеса являются одним из источников финансирования террористических и экстремистских организаций", — подчеркнул министр. По его словам, правоохранительные органы России и Украины принимают меры по перекрытию поставок наркотиков. "Есть успехи, но надо объективно сказать, что ситуация пока остается критической", — сказал глава МВД РФ. Он обратил внимание на тот факт, что не снижается уровень наркотизации населения. В подтверждении своих слов Р.Нургалиев привел данные Минздравсоцразвития, свидетельствующие, что в России свыше полумиллиона человек допускают немедицинское потребление наркотических и психотропных средств. Причем экспертные оценки превышают официальные данные в несколько раз.

"Подавляющее число наркозависимых лиц не имеют дохода и добывают деньги противоправным путем, что негативно сказывается на криминогенной обстановке", — сообщил Р.Нургалиев. Он отметил, что особую тревогу вызывает активное распространение наркотиков в молодежной среде. По данным МВД РФ, ежегодно выявляются до 40 тыс. административных правонарушений, связанных с потреблением наркотиков и психотропных веществ подростками. А половина лиц, привлеченных к уголовной ответственности за незаконный оборот наркотиков, — это молодые люди в возрасте от 18 до 29 лет. Р.Нургалиев также отметил, что наркотики сегодня представляют серьезную угрозу для международной безопасности, так как порождают другие преступления и плохо влияют на генофонд.

"Сегодня наркоэкспансия достигла таких масштабов, что стала угрозой международной безопасности, ее особая опасность заключается в тесном переплетении с коррупцией, торговлей людьми и оружием", — подчеркнул министр, добавив, что наркотики "представляют угрозу для генофонда, негативно влияют на благосостояние России и Украины".

"Нужно уделить особое внимание борьбе с этим злом, — считает Р.Нургалиев. — Убежден, что эффективно противодействовать наркопреступности можно только совместными усилиями". По словам главы МВД РФ, у правоохранительных ведомств двух стран "есть хорошая основа для укрепления взаимодействия на этом направлении, накоплен значительный опыт приграничного сотрудничества". "Нам нужно определить комплекс дополнительных мер по противодействию наркопреступности, усовершенствовать механизм координации наших действий в этом направлении", — подчеркнул он.

По словам Р.Нургалиева, правоохранительные органы России и Украины принимают меры по перекрытию поставок наркотиков. "Есть успехи, но надо объективно сказать, что ситуация пока остается критической", — сказал глава МВД РФ.

Источник: www.rian.ru

Представитель России избран членом Президиума ISAJE

1—3 октября 2010 г. в Праге состоялась ежегодная конференция Международной ассоциации редакторов журналов по проблемам зависимости (ISAJE), одним из основных направлений которой было рассмотрение возможностей развития неанглоязычных периодических изданий. На конференции был переизбран руководящий состав Ассоциации. Президентом избран Peter M. Miller («Addictive Behaviours»). Впервые в истории ISAJE членом Президиума избран представитель России — зам. главного редактора журнала «Наркология» проф. Андрей Соловьев. ISAJE в течение последних лет активно поддерживает ведущий российский журнал в сфере зависимости; в юбилейном номере «Наркологии» (№4 за 2010 г.) было опубликовано официальное поздравление Президиума Ассоциации.

Источник: ISAJE

Нужна система возврата наркоманов в жизнь — считают наркологи Ярославля

Ярославские врачи-наркологи считают, что для успешной борьбы с наркоманией в стране необходимо создать эффективную систему профилактики и возвращения наркозависимых в обычную жизнь после медикаментозного лечения.

О проблеме наркомании, методах лечения и реабилитации наркоманов вновь активно заговорили в связи с процессом по делу главы нижнетагильского фонда "Город без наркотиков" Егора Бычкова, приговоренного к трем с половиной годам лишения свободы за похищения людей для прохождения реабилитации. Процесс вызвал широкий общественный резонанс. В поддержку главы Фонда выступают многие блогеры, журналисты и правозащитники. Сочувствие Бычкову выразил, в том числе, главный нарколог России Евгений Брюн.

Ярославская область, по среднероссийским меркам, — регион вполне благополучный. Количество наркозависимых на 100 тыс. здорового населения здесь в 3 раза меньше, чем в среднем по России. Так, в РФ, по данным 2009 г., на 100 тыс. чел. здорового населения приходилось 252,11 больных наркоманией, средний показатель по ЦФО — 175,9, в Ярославской области — около 80.

Главный нарколог области, главврач областной клинической наркологической больницы Александр Волков считает, что в последние 5—6 лет ситуация с наркоманией в регионе стабильная, однако подчеркивает, что сравнительные данные весьма условны. "Официальные цифры никогда не отражают ситуацию в полной мере. Ведь часть потребителей наркотиков, в том числе и больных наркоманией, не попадают в наше поле зрения. У нас таких, как мы предполагаем, примерно 5 тыс. чел.", — отметил А.Волков. По его словам, причина сложившейся в регионе стабильности — работа, направленная на снижение спроса и предложения наркотических веществ, а также эффективное межведомственное взаимодействие.

"За 10 лет работы мы приобрели колоссальный опыт. По нашим материалам — методичкам и буклетам — работают коллеги и в ЦФО, и в других регионах", — рассказывает главный детский нарколог области, заведующая амбулаторным отделением Марина Зиновьева. Под ее руководством в структуре больницы трудится креативная группа из специалистов по соцработе и наркологов, которые придумывают содержание как печатной продукции профилактической направленности, так и аудио- и видеороликов. Например, один из буклетов называется "Клубные страсти", который рассказывает подросткам, что в клубе может найтись кто-то, кто предложит им наркотики. Авторы буклета учат подростков говорить им "нет". "Мы уверены, что составлять тексты нужно на языке той целевой аудитории, на которую они ориентированы, т.е. на языке молодежи, только тогда они привлекут внимание и западут в душу", — уверена М.Зиновьева.

Правда, специалисты подчеркивают: просто так, сами по себе, эти красочные буклеты имеют мало влияния на юные умы. Их раздачу нужно предварять каким-то мероприятием, посвященным проблеме наркомании. Еще один метод профилактики — система раннего выявления употребления психоактивных веществ. Врачи тестируют и осматривают работников предприятий, чья работа связана с риском, мигрантов, водителей перед получением водительских прав. В поле пристального внимания и школьники. Они проходят анкетирование. "Мы единственные в России, кто проводит анонимное анкетирование учащихся, вот уже 10 лет. Всего за год мы анкетлируем примерно 40 тыс. школьников", — говорит врач.

Седьмое наркологическое отделение находится в зеленой зоне, тут чистый воздух, недалеко красивейший Толгский монастырь, который периодически посещают пациенты. Но зато отделение удалено от разного рода ларьков и магазинов, а также прочих "радостей" жизни в центре города — это-то часто и отталкивает тех, кто ложится лечиться в угоду родственникам, а сам не прочь продолжить прежний образ жизни.

Для желающих навсегда побороть пагубную зависимость тут созданы все условия. Кроме высококвалифицированных специалистов, занимающихся лечением наркозависимости, в отделении есть бильярд, теннис, телевизор, спортзал, библиотека, которые помогают занять себя, чтобы не думать о наркотиках.

Двадцатидевятилетнему Роману (имя изменено) тут очень нравится. Он лежал и в других отделениях, но там, говорит, мало пространства и интересных занятий, которыми можно наслаждаться, когда ломка пройдет. У него почти прошла. Роман не кололся, он употреблял таблетки. Простоватый парень охотно рассказывает о себе. Он был почти примерным сыном, затем побывал в Чечне и стал пить, несколько раз кодировался и срывался. Однажды сел на таблетки. Такой путь прошли многие наркоманы. Сейчас Роман решил вылечиться навсегда, иначе любимая девушка уйдет от него. "Буду здесь столько, сколько нужно", — говорит парень.

И почему-то верится, что он выдержит полный курс лечения, который может длиться месяц и больше. Вот только, что снова не сорвется, гарантий нет. Многие уходят из отделения, не дождавшись плодов врачебного труда. И это большая проблема любого лечения, сколь бы эффективным оно ни было. Например, одна девушка покинула больницу на днях, пролежав всего 5 дней. "Сказала: а мне хорошо — и ушла. По существующему законодательству, мы, к сожалению, не можем удерживать пациента насильно, поскольку лечение только добровольное", — говорит заведующий отделением Антон Шмелев. Он уверен — в стране необходимо создать упорядоченную систему по возвращению наркоманов в обычную жизнь после медикаментозного лечения. "Вот выходит человек из больницы, и ему необходима социальная реабилитация. Ему сегодня могут предложить только пойти в какой-то центр. Но ему надо учиться жить, работать, иметь семью, а центры могут дать ему только общество таких же, как он", — поясняет Шмелев.

Он предлагает свое видение решения проблемы: нужно, чтобы была какая-то структура сопровождения бывшего наркозависимого после лечения. "Наркозависимый получил у нас медикаментозное и психиатрическое лечение, вышел на улицу, и должно быть что-то, что помешает ему вновь принимать наркотики, чего он должен остерегаться. По-моему, это честно, когда человек ответственен перед государством, которое тебя лечит. А иначе получается игра в одни ворота", — говорит врач.

Источник: www.rian.ru

Госцентр реабилитации наркозависимых свердловчан откроется в 2011 г.

Первый государственный реабилитационный центр для наркоманов появится в Свердловской области в первом полугодии 2011 г., — сообщил министр здравоохранения региона Аркадий Белявский. По его словам, реабилитационный центр откроется в г. Волчанск, на севере региона. "Мы нашли уже подходящее помещение, оно уже сегодня находится в областной собственности. Уже практически готова к утверждению смета ремонтных работ. Там есть подготовленные кадры, и мы надеемся, что к первому полугодию 2011 г. этот реабилитационный центр начнет свою работу", — сказал А. Белявский. Министр пока не располагает информацией о том, на сколько мест будет рассчитан центр в Волчанске. Наркозависимые жители Свердловской области в настоящее время проходят реабилитацию в отделениях, открытых на базе некоторых больниц региона. Также в области работает центр реабилитации наркоманов, созданный екатеринбургским фондом "Город без наркотиков".

Источник: www.rian.ru

Четверть американских старшеклассников злоупотребляют спиртным

Американские ученые выяснили, что примерно четверть учеников старших классов злоупотребляют алкоголем. При этом в США запрещено продавать спиртные напитки, в том числе пиво, лицам, не достигшим 21 года. Опрос более 400 тыс. американцев, проведенный Центрами контроля и профилактики заболеваний США (CDC), выявил высокую частоту злоупотребления спиртным, особенно среди подростков: каждый четвертый старшеклассник и каждый седьмой взрослый при употреблении алкоголя не соблюдает меру. В США критерием

злоупотребления считается пять и более порций спиртного, выпитых за 2 ч, для мужчин и четыре и более — для женщин. Стандартная порция алкоголя, принятая в стране, содержит 18 мл чистого спирта — это примерно 350 мл пива, 150 мл вина или 44 мл 40-градусного напитка.

В ходе опроса выяснилось, что, напиваясь, американцы употребляют в среднем восемь порций спиртного. По словам директора CDC Томаса Фридена (Thomas Frieden), 90% алкоголя, выпиваемого старшеклассниками, используется, именно чтобы напиться допьяна. У взрослых этот показатель составляет немногим более 50%. При этом пьянству наиболее подвержены белые и латиноамериканцы, особенно состоятельные (с семейным доходом более 75 тыс. долл. в год).

По оценкам экспертов, злоупотребление алкоголем занимает третье место среди предотвратимых причин смерти жителей США (после избыточной массы тела и гипертонии), унося около 40 тыс. жизней в год.

Источник: www.medportal.ru

Высокий холестерин у детей связан с курением матери при беременности

Американские ученые изучили регистрации рождений и уровни холестерина у 1370 взрослых, которым было в среднем 39 лет. В общей сложности 345 субъектов (25 %) сообщили о наличии высокого холестерина. Высокий холестерин присутствовал у 34% взрослых, рожденных маленькими для гестационного возраста, и 24% индивидов, родившихся соответственно гестационному возрасту. При более подробном обследовании исследователи обнаружили, что только взрослые, родившиеся маленькими для гестационного возраста, мамы которых курили во время беременности, имели повышенный риск высокого холестерина. После принятия во внимание других сочетанных факторов тяжелое курение беременной мамы (по крайней мере, 20 сигарет в день) увеличивало риск высокого холестерина в 2,5 раза; умеренное курение (от одной до 19 сигарет в день) — повышало риск в 1,7 раз. Те, кто родился маленьким для гестационного возраста у некурящих матерей, не имели увеличения риска по сравнению с детьми, родившимися с нормальным размером, — сообщают исследователи. И младенцы с нормальным размером, которые также родились от курящих матерей, также не имели более высокой вероятности повышения уровня холестерина. "Предположительно, фактор материнского курения во время беременности и рождение ребенка маленьким для гестационного возраста, помещают потомство в группу высокого риска", — отметил автор исследования.

Исследователи признают некоторую ограниченность своего исследования, указывая на его наблюдательную природу, которая снижает доказательность причины и следствия, а также на небольшое количество участников, которые родились маленькими для гестационного возраста. Увеличение числа исследований необходимо, чтобы подтвердить потенциальную связь. Доктор Вен и его команда уже планируют расширить свое исследование в отношении других болезней взрослых, таких, как гипертония, заболевания сердца, инсульт и диабет. "Помимо материнского курения, — считают ученые, необходимо рассматривать другие возможные кофакторы, такие, как генетика, питание и стресс".

Источник: www.abbottgrowth.ru

Город трезвых водителей

В Республике Коми (РК) подвели итоги межведомственной оперативно-профилактической операции «Трезвый водитель». Проверку прошли четыре транспортных предприятия и несколько служб такси — всего более 300 водителей. Операция проводилась на территории Сыктывкара. Наркополицейские с коллегами из УГИБДД МВД по РК не только проверяли состояние водителей во время работы на маршрутах, но и осуществляли контроль законности и качества медицинских предрейсовых и послерейсовых осмотров водителей. Проверку прошли четыре транспортных предприятия и несколько служб такси — всего более трехсот водителей. Автобусы и такси правоохранители останавливали на центральных улицах Сыктывкара с наиболее интенсивным движением автотранспорта и пешеходов. Водителей просили предъявить документы на право управления транспортным средством. Производился визуальный осмотр их внешнего вида, поведения, состояния сознания. Также с водителями проводились профилактические беседы о недопустимости потребления ими алкоголя и наркотиков.

В результате проведения операции фактов противоправных деяний в сфере незаконного оборота и потребления наркотических средств установлено не было.

Источник: <http://www.fskn.gov.ru>

Найдены генетические причины природного иммунитета к СПИДу

Ученые выявили генетические особенности, благодаря которым организм некоторых людей может противостоять размножению вируса иммунодефицита (ВИЧ) и предотвращать развитие СПИДа, что поможет создать новые лекарства от этой болезни.

Авторы исследования проанализировали геномы более 900 чел., принадлежащих к числу так называемых ВИЧ-контроллеров — людей, инфицированных ВИЧ, однако обладающих иммунной системой, способной от природы противостоять размножению вируса. В результате им удалось выявить небольшие вариации в структуре белка, помогающие иммунной системе обнаруживать и "помечать" инфицированные клетки.

Естественной устойчивостью к ВИЧ обладает примерно каждый 300-й инфицированный. Для того, чтобы выявить причины, позволяющие этим людям, несмотря на наличие вируса в крови, оставаться здоровыми, группа ученых под руководством Брюса Уолкера (Bruce Walker) из Центрального госпиталя Массачусетса дала в 2006 г. начало масштабному исследованию, целью которого было изучение их ДНК.

"Мне пришла мысль, что мы можем создать базу данных, работая непосредственно с врачами-терапевтами по всему миру и приглашая выявленных ими ВИЧ-контроллеров в наш госпиталь для обследования", — прокомментировал Уолкер свое исследование в интервью Nature News.

В своей работе ученые отслеживали небольшие вариации ДНК — единичные замены "букв" в последовательности — во всем геноме человека, которые затем с помощью статистического анализа пытались связать со способностью иммунной системы человека контролировать распространение ВИЧ в организме. Так ученым удалось выявить примерно 300 "подозрительных" участков, все из которых находились во фрагменте генома, отвечающем за синтез белков, вовлеченных в выработку иммунного ответа на инородные объекты в крови человека.

С помощью дополнительного математического анализа ученым удалось сократить список из 300 позиций до четырех, на основании чего группа Уолкера сумела выявить вариации аминокислот в структуре одного из белков, называемого HLA-B, позволяющие ВИЧ-контроллерам сохранять здоровье. Белок HLA-B может "помечать" клетку, инфицированную вирусом, направляя на нее действие иммунной системы. Этот белок "умеет" захватывать небольшие белковые фрагменты, синтезируемые вирусами после проникновения в клетку, и переносить их на поверхность клеточной мембраны, что делает клетку "помеченной" и предопределяет её дальнейшее уничтожение. Пять из шести выявленных аминокислот задействованы в структурном фрагменте HLA-B, выполняющем захват белковых фрагментов, называемых пептидами.

Ученые надеются, что, поняв в будущем точный механизм работы этого фрагмента HLA-B, они смогут научиться его контролировать и разработают вакцины, позволяющие улучшить иммунный ответ организма человека на присутствие ВИЧ в организме.

Источник: Science

Круглый стол «Освещение темы наркозависимости в СМИ: нерешенные проблемы и позитивный опыт»

26 октября 2010 г. на факультете журналистики Санкт-Петербургского государственного университета прошел круглый стол «Освещение темы наркозависимости в СМИ: нерешенные проблемы и позитивный опыт».

На сегодняшний день по-прежнему не сформированы четкие модели и алгоритмы взаимодействия между журналистами и представителями правоохранительных органов в рамках борьбы с незаконным оборотом наркотиков. К такому неутешительному выводу пришли представители общественных организаций, журналисты и медиаисследователи, принявшие участие в круглом столе.

Собравшиеся эксперты с сожалением констатировали, что в современном обществе укоренились многие клише восприятия проблемы наркомании и ее освещения в СМИ. Аналитики склонны разделять журналистские материалы по данной теме на две группы. К первой относятся информационные тексты (сообщения об изъятии крупных партий наркотиков, открытии центров реабилитации и пр.), они лежат в основе потока публикаций по этой тематике. Ко второй группе относятся материалы, которые формируют мотивацию и навыки поведения аудитории посредством обращения к чувствам человека.

По оценкам Михаила Архипова, генерального директора РОО «Здоровое поколение», материалов, которые не ограничиваются сообщением о захвате партии наркотиков или о новом виде психоактивных веществ, всего лишь 5% от общего числа. «СМИ могут делать больше, а не только информировать», — уверен Архипов. Он считает, что журналист должен писать материал так, чтобы в конце каждый читатель смог понять, какую позицию он хочет занять в отношении заявленной проблемы. Морализаторство по принципу «вы, конечно, решаете, но правильный ответ — такой» не приводит к желаемым результатам, отталкивая аудиторию и особенно молодых людей. Он убежден, что для современной российской журналистики, которая освещает эту тематику, крайне остро стоит вопрос этичности публикуемой информации, особенно визуальной. Также Архипов выразил обеспокоенность ростом пропаганды употребления психоактивных веществ (ПАВ) в СМИ и привлечение их к ведению информационных войн. «Не позволяйте, чтобы вас втягивали в информационное противостояние, если Вы не уверены в своей позиции», — заключил Михаил Архипов.

Андрей Панов, пресс-секретарь Управления ФСКН России по Санкт-Петербургу и Ленинградской области, заявил, что его ведомство всегда было открыто для работы со СМИ. «Наркоконтроль может оказать любую необходимую информационную поддержку», — заверил он собравшихся экспертов. А.Панов обеспокоен тем, что зачастую материалы по такой важной теме, как наркомания, пишут журналисты, слабо в ней разбирающиеся. А иногда оперативность СМИ негативно сказывается на деятельности самого УФСН. «Журналисты, получив по своим каналам информацию об изъятии крупной партии наркотиков, спешат разместить ее на своих ресурсах. Результатом такой поспешности может стать невозможность проведения дальнейших мероприятий для наших сотрудников», — рассказал Панов. С вопросами о согласовании выхода таких материалов он посоветовал обращаться в пресс-службу УФСН.

В рамках круглого стола эксперты сравнили отечественный опыт с опытом своих коллег в Германии. «В немецком обществе более доступна информация по теме наркотиков, которую подготавливают соответствующие министерства и ведомства», — обращает внимание Дарья Илларионова, сотрудник факультета журналистики СПбГУ, проходящая стажировку в одном из Берлинских общественно-политических изданий. По ее мнению, это серьезно облегчает работу немецких СМИ, позволяя более широко и продуманно освещать проблему наркомании. Косвенно о положительных результатах такой работы свидетельствуют данные о наркопотреблении в Германии, которые оказываются на порядок ниже, чем в России.

Аналитики много говорили о возможных вариантах манипуляции общественным сознанием с помощью журналистских публикаций. Подчас журналисты даже не осознают, какой вред они наносят своим читателям, используя, пускай даже в шутку, терминологию наркотической субкультуры или иллюстрации, содержащие скрытую пропаганду наркопотребления. Подобные публикации подпадают под действия ст. 6.13. «Пропаганда наркотических средств, психотропных веществ или их прекурсоров» Кодекс РФ об административных правонарушениях. Однако на практике журналисты редко несут ответственность за нарушения этой статьи. «Чрезмерное внимание прессы к проблеме наркомании создает впечатление, что эта тема стала естественной частью нашей жизни», — сказала социолог Елена Шмелева. Она уверена, что тема наркопотребления не должна подаваться журналистами с негативным оттенком. Наоборот, ее необходимо освещать нейтрально. Такой подход к данной проблематике может служить основой для создания журналистских материалов, пропагандирующих общечеловеческие ценности, в целом.

Источник: http://www.narkotiki.ru/mir_6848.html

Стресс и лишний вес почти не связаны между собой

Новый обзор исследований, проведенный английскими учеными, опроверг общепринятое мнение о том, что стресс прибавляет человеку лишние килограммы. Оказалось, что в отдаленной перспективе уровень стресса почти не влияет на вес. Этот результат оказался сюрпризом даже для самих ученых, так как мнение о том, что стресс способствует лишнему весу, кажется вполне логичным. Легко предположить, что человек, находящийся в стрессе, ест больше вредных продуктов, а также пренебрегает спортом.

Ученые проанализировали 32 ранее опубликованных исследования на данную тему и обнаружили, что в большинстве исследований не было взаимосвязи между уровнем стресса и прибавкой веса спустя несколько лет. Метаанализ исследований выявил лишь умеренную связь между стрессом и прибавкой веса.

Andrew Steptoe (Университетский Колледж Лондона, Великобритания), один из авторов работы, объяснил, что результат обзора не означает, что у отдельных конкретных людей стресс не может приводить к значительной прибавке веса. В среднем влияние стресса на вес невелико, однако у разных людей оно может проявляться по-разному. Хорошим примером может послужить пища человека: некоторые люди при стрессе начинают есть больше, тогда как другие, наоборот, теряют аппетит. Возможно также, что разные виды стресса (работа, уход за больным членом семьи и т.д.) по-разному влияют на вес человека.

Одно из важных ограничений обзора, по мнению самих авторов, состоит в том, что не удалось оценить роль психологических расстройств — в исследованиях во внимание брался только сам стресс, при этом ученые не регистрировали реакцию человека, например возникновение депрессии.

Источник: Obesity

Интернет отнимает у молодежи часы, необходимые для здорового сна

Социальная сеть "Фейсбук" и другие интернет-ресурсы отнимают у молодых людей и подростков, по крайней мере, по полтора часа от сна каждую ночь. Это явление стало почти повсеместным за последние пару десятилетий, однако особо заметно подобная тенденция усилилась за последние 5 лет. Такие данные публикуют эксперты-медики, посчитавшие время ночного отдыха итальянцев. Светящийся экран компьютера влияет на биоритмы человека, — считает руководитель отделения медицины сна туринской больницы "Ле Молинетте" Алессандро Чиколлини. Он объясняет, что свет играет важнейшую роль в становлении баланса сон/бодрствование. Неслучайно во многих клиниках в терапевтических целях используют техники с применением ис-

кусственного освещения. "Необходимая продолжительность сна, от которой нельзя отказаться, — указывает эксперт, — составляет примерно 3–4 ч в фазе, называемой специалистами "быстрый сон" или "REM-сон" (характеризуется повышенной активностью головного мозга). Без этого нервная система человека рискует довольно быстро "рухнуть". Хроническая нехватка сна или недостаточно качественный отдых весьма опасны. Опираясь на материал, накопленный его клиникой, Чиколлини утверждает, что начиная с конца Второй мировой войны продолжительность ночного сна неуклонно уменьшалась. "Человек, завоевавший географическое пространство, приступил к освоению времени, отбирая часы у сна — для игры и творчества", — подчеркивает итальянский врач.

Источник: Ami-tass.ru

Фисташки помогут контролировать аппетит и сбросить вес

Принято считать, что орехи — полезный, но калорийный продукт, не подходящий тем, кто сидит на диете. Однако американские физиотерапевты Восточного Иллинойского университета спешат заметить: это не так. Например, фисташки помогают контролировать здоровый вес тела и поддерживать чувство сытости.

Ученые провели исследование, собрав 140 добровольцев. Им специалисты предложили съесть очищенные фисташки (211 калорий) и неочищенные (125 калорий). Также фиксировались показатели контрольной группы, не употреблявшей в пищу фисташки. После такого перекуса добровольцы были вольны выбрать любую пищу. Данный эксперимент показал: люди, потреблявшие фисташки до основной трапезы, получали с питанием на 41% меньше калорий и быстрее чувствовали насыщение.

А в отдельно проведенном изыскании 118 добровольцам ученые предложили съесть горстку орехов каждый день. Столь незначительная прибавка к рациону снижала потребление калорий на 23%. Получается, регулярное употребление фисташек помогает контролировать пищевое поведение и снижать общее количество калорий, не теряя голод. Ученые подчеркивают: орехи способны помочь при похудении и служат хорошим источником белка и клетчатки.

Источник: Medicine.newsru.com

Разработана точнейшая методика анализа крови курильщиков

Метабономика крови курильщиков сразу после приема сигаретной дозы выявила немедленную активацию путей, играющих роль в гибели клеток, воспалении и других формах системных повреждений. Ученые Джорджтаунского всестороннего онкологического центра им. Ломбарди (часть медицинского центра Джорджтаунского университета, США) утверждают, что ими проведена самая точная на данный момент экспертиза химических веществ, однозначно связанных с курением, и что ими получены неоспоримые данные о канцерогенах и токсинах, отравляющих курильщиков и приводящих к раку легких, болезням сердца и прочим недугам. "Нами обнаружены признаки поражения печени, сердца и почек у здоровых людей", — подчеркивает автор исследования Пин-Чин Су. Его научный руководитель Питер Шилдс, специалист по табачному канцерогенезу, отмечает, что данная работа прокладывает путь к разработке новых анализов крови, которые помогут оценить истинную вредоносность табачных изделий и в конечном итоге выработать законодательные нормы, контролирующие состав сигарет. До сих пор от производителей требовалось только испытывать свою продукцию на специальных "курящих" машинах для примерной оценки содержания канцерогенов. Наконец-то разработана методика получения реальной картины того, что происходит в организме курильщика.

В ходе эксперимента анализировалась кровь 10 чел. до и после выкуренной сигареты, а также после второй сигареты, выкуренной час спустя. Поскольку организм курильщиков с разным стажем по-разному усваивает токсины, в тестировании приняли участие пять легких курильщиков (меньше 12 сигарет в день) и пять заядлых (23 и более сигарет в сутки).

Затем исследователи провели метабономику примерно 3 тыс. химических веществ в крови каждого курильщика. Когда что-либо (пища, табачный дым, алкоголь, лекарства) попадает в организм, оно метаболизируется, т.е. разбивается на составные части (метаболиты), выполняющие определенную биологическую функцию через метаболические пути. Система метаболических реакций называется глобальной метаболомой, а метабономика представляет собой анализ метаболомы в данный момент времени.

С помощью набора сложных инструментов исследователи смогли проследить за метаболитами в контексте соответствующих путей, которые страдают от табачного дыма (липидный обмен, экспрессии генов и др.), а затем проследить за метаболитами, образовавшимися после курения и наносившими вред многим органам, а также производившими брешь в фосфолипидах, составляющих мембраны клеток и приводивших к изменениям в выделении желчных кислот.

Исследование продолжается. Ученые планируют сравнить изменения в метаболоме курильщиков с изменениями в транскриптоме — имеется в виду совокупность всех молекул РНК, произведенных в данный момент в клетках. Конечная цель работы — выявление новых маркеров риска онкологических заболеваний, связанных с курением.

Источник: MIGnews.com

Компоненты пива защищают кости от ломкости

Американские медики пришли к выводу, что хмель и производные ячменя могут уберечь кости от развития остеопороза. Среди прочего ученые отметили, что в ячмене, который используется для приготовления светлого пива, был обнаружен кремний. Этот элемент помогает организму вырабатывать коллаген, который в свою очередь, является одним из главных составляющих "строительных" материалов костей. В светлых сортах пива кремний присутствует в виде ортокремниевой кислоты, которая легко усваивается организмом. Содержание кремния в темном пиве значительно ниже, чем в светлом.

Источник: MIGnews.com

Потребление кофе связано с более низким риском рака полости рта

Потребление кофе ассоциируется с 36%-ным сокращением риска рака полости рта и зева, согласно данным итальянских ученых, которые выполнили мета-анализ наблюдательных исследований.

Эти результаты повторяют опубликованные ранее в этом году той же самой группой исследователей, однако, область нового исследования больше и включает другие раковые новообразования воздухопроводящего и пищеварительного тракта, включая пищевод. Авторы не обнаружили ассоциации между потреблением кофе и риском рака гортани и пищевода. Только количество чашек в день, защищающих против рака полости рта и глотки, не могли быть точно определены в анализе, — говорят доктор Федерика Турати (Federica Turati) (Istituto di Ricerche Farmacologiche in Milan, Italy) и коллеги. Метаанализ позволил заключить, что относительный риск для рака полости рта и зева составил 0,64 для "самого высокого" против "самого низкого" потребления кофе. Анализ включил 2633 случая таких раковых новообразований, из одного когортного и восьми исследований типа "случай—контроль".

Авторы указывают, что они не могли оценить отношение риска рака к числу чашек кофе, потому что оригинальные исследования использовали множество способов определения количественного потребления. Однако, "благоприятный эффект кофе в умеренных/высоких дозах предположен" исследованиями, включенными в анализ, большинство из которых сравнивали потребление трех или больше чашек с питьем менее чем чашки в день. "Нет никаких определенных биологических механизмов потенциального благоприятного влияния кофе на рак полости рта и зева", — пишут ученые в своей работе.

"Однако в кофе есть много веществ с антиоксидантной и антимутагенной активностью. Концентрация этих веществ меняется "в зависимости от крепости и сорта кофе, обжарки и приготовления", — добавляют авторы. Многие составы, найденные в кофе, такие, как хлорогеновая кислота, кафестол и кафеол, как было показано, уменьшали генотоксичность нескольких канцерогенных веществ.

Авторы также указывают, что потребление кофе обратно пропорционально ассоциировалось с циррозом печени, раком печени, эндометриальным раком и колоректальным раком.

Источник: Abbottgrowth.ru, Annals of Oncology

Американские ученые выяснили, что хирургический метод лечения ожирения снижает влечение к сладкой пище

Исследование провела группа специалистов Медицинского колледжа Университета штата Пенсильвания (Pennsylvania State University College of Medicine) под руководством Андраса Хаджнала (Andras Hajnal). Отчет об их работе опубликован в American Journal of Physiology, Gastrointestinal and Liver Physiology.

Ученые провели ряд экспериментов на лабораторных крысах. Они измерили активность 170 нейронов, отвечающих за восприятие вкуса, у грызунов с ожирением и здоровых крыс. Когда крысам на язык капали подслащенную воду, нейроны грызунов из первой группы реагировали на это более активно, чем у животных из второй группы. Затем исследователи провели крысам с ожирением операцию желудочного шунтирования, которая является наиболее эффективным методом лечения этого заболевания. Суть хирургического вмешательства заключается в уменьшении объема желудка и подшивании к нему тонкой кишки. В результате уменьшается не только объем съедаемой пищи, но и количество всасываемых в кишечнике питательных веществ.

После перенесенной операции масса тела тучных крыс уменьшилась на 26—30% (аналогичная эффективность желудочного шунтирования отмечается у людей). Реакция прооперированных грызунов на сладкую воду вернулась к нормальным показателям. В частности, активность их нейронов соответствовала уровню здоро-

вых животных. Кроме того, нормализовалось и пищевое поведение крыс, которое ученые оценивали по частоте движений языка при слизывании подслащенной воды.

По словам Андруса Хаджнала, результаты исследования позволят разработать терапевтические методы лечения ожирения с учетом выявленных механизмов формирования пищевого поведения после перенесенного шунтирования желудка.

Источник: Medportal.ru

Российских наркоманов будут принуждать к лечению от зависимости ненасильственными методами

Об этом директор Федеральной службы по контролю за оборотом наркотиков (ФСКН) Виктор Иванов заявил в ходе видеомоста "Создание всероссийской системы социальной реабилитации наркозависимых". В.Иванов, который также является председателем Государственного антинаркотического комитета (ГАК), сказал, что комитет будет вырабатывать методы общественного, а не физического принуждения наркоманов к лечению. По его словам, в настоящее время больные наркоманией опасаются постановления на учет и ограничения в правах в связи с лечением. "Я как руководитель полицейской организации говорю, что мы не будем никого преследовать", — заявил он.

Глава ФСКН считает необходимым создание системы реабилитации в стране. Он заявил, что базовые параметры реабилитационных методик должны быть стандартизованы. Однако, по его мнению, целесообразно ввести добровольный порядок лицензирования соответствующих учреждений.

Виктор Иванов сообщил, что ГАК приступил к созданию первой экспериментальной площадки для наработки методик социальной реабилитации наркозависимых в Московской области. По его словам, эксперты комитета оценивают эффективность реабилитационных программ в девяти российских регионах. Глава ФСКН добавил, что на основе результатов этой работы будет разрабатываться законодательство, регулирующее процесс реабилитации.

29 октября Минздравсоцразвития РФ сообщило, что на развитие медико-социальной реабилитации российских наркоманов будет в 2011 г. будет выделено 288 млн руб. По информации ведомства, эти средства потратят на организацию лечебно-трудовых отделений, в том числе производственных цехов, пошивочных мастерских и сельскохозяйственных отделов, где наркоманов будут "переключать" на трудовую деятельность.

Источник: Medportal.ru

На упаковке пива появится предупредительная надпись

К концу года все крупнейшие российские производители пива снабдят свою продукцию этикетками, содержащими информацию о необходимости воздержаться от чрезмерного потребления пенного напитка. Такую информацию сообщили в Союзе российских пивоваров.

Как пояснили в Союзе, действующее российское законодательство предусматривает, что предупреждение о вреде чрезмерного потребления пива должно быть только в рекламе пивоваренных компаний. Но президент России Дмитрий Медведев поручил распространить это требование закона на потребительскую упаковку алкогольной продукции и слабоалкогольных напитков, в том числе и пива, и напитков, изготавливаемых на его основе. Пивоваренные компании поддержали инициативу главы государства и начали реализовывать ее даже раньше появления соответствующих нормативных документов. Так, первые партии с надписью о вреде чрезмерного потребления пива уже поступили в продажу.

"Своим решением снабдить каждую бутылку или банку пива предупреждающей надписью мы вновь хотим подчеркнуть, что пиво — это продукт для взрослых людей, употребление которого возможно в разумных количествах, — говорит председатель Исполнительного комитета Союза российских пивоваров Вячеслав Мамонтов. — Этот шаг также свидетельствует о высоком уровне эффективности саморегулирования в пивоваренной отрасли, которая осознает свою ответственность перед потребителями и общественностью".

Источник: Unipack.Ru

В Томске готов к работе пункт медпомощи лицам, находящимся в состоянии алкогольного опьянения

Начинается лицензирование медпункта, чтобы провести его за самый короткий срок и приступить к работе. Об этом главврач Томского областного наркологического диспансера Елена Редченкова доложила вице-губернатору Юрию Сухоплюеву, посетившему пункт медпомощи.

Пункт медицинской помощи лицам, находящимся в состоянии алкогольного опьянения, разместился в одноэтажном здании по ул. Рабочей, 21-а. Ремонт помещений уже завершен, сейчас идет установка мебели и монтаж

оборудования. Пункт будет работать круглосуточно как подразделение областного наркологического диспансера. Для посетителей пункта оборудовано три палаты — две для мужчин и одна для женщин, всего на 12 коек. Рядом располагается кабинет фельдшеров, которые будут наблюдать за пациентами. Все палаты оснащены приточной вентиляцией и системой видеонаблюдения. Всего внутри здания установлено 11 видеокамер, которые охватывают все внутренние помещения, еще одна камера установлена снаружи. "Никаких темных углов у нас не будет", — подчеркнула Елена Редченкова. Данные с видеокамер будут поступать на единый пульт наблюдения. Пункт также оснащен лабораторией для определения характера опьянения и кабинетом медицинского освидетельствования — рассказали в пресс-службе обладминистрации. Отдельный кабинет оборудован и для сотрудников милиции, которые будут обеспечивать порядок и безопасность медицинского персонала. Исполняющий обязанности МОБ УВД по Томской области Сергей Ерохин доложил, что совместный приказ УВД и департамента здравоохранения Томской области уже подготовлен. В нем четко прописаны действия медперсонала и сотрудников милиции.

На ремонт и оснащение пункта из областного бюджета потрачено более 5,2 млн руб. Вице-губернатор Юрий Сухоплюев отметил, что это первый в России опыт создания подобного центра в системе здравоохранения. Елена Редченкова также сообщила, что руководителем пункта назначена врач психиатр-нарколог высшей категории Елена Стрельникова.

Источник: АМИ-ТАСС

Алкоголизм и инфляция беспокоят россиян больше, чем демократия и права человека

Рост цен и алкоголизация пугают россиян существенно больше, чем внешнеполитические проблемы. К такому выводу пришли специалисты Всероссийского центра изучения общественного мнения (ВЦИОМ), проанализировав данные о том, какие проблемы страны волнуют россиян больше всего. В опросе приняли участие 1600 чел. в 138 населенных пунктах в 46 областях, краях и республиках России. Так, в рейтинге проблем страны по-прежнему лидируют инфляция (56%) и алкоголизм (53%). К числу наиболее значимых вопросов, стоящих перед Россией, респонденты также относят безработицу — она беспокоит 46% россиян, коррупцию и бюрократизм — 44%. Чуть меньше — 42% граждан России — беспокоятся относительно уровня жизни населения. Также в списке проблем, которые волнуют россиян значатся: ситуация в ЖКХ, проблемы пенсионного обеспечения, а также преступности. Задержки выплат заработных плат тревожат 13% россиян. Наименьшее беспокойство вызывают у наших сограждан такие проблемы, как демократия и права человека, национальная безопасность — по 8%, межнациональные и межконфессиональные отношения, отношения со странами СНГ, положение России в мире — по 7%, экстремизм и фашизм — по 5%.

Источник: Росбалт

18 ноября — Всемирный день отказа от курения и Международный день философии

Каждый третий четверг ноября ежегодно в большинстве стран мира отмечается Всемирный день отказа от курения. Он был установлен Американским онкологическим обществом в 1977 г. Цель Международного дня отказа от курения — способствовать снижению распространения табачной зависимости, вовлечению в борьбу против курения населения и врачей всех специальностей, профилактика табакокурения и информирование общества о пагубном воздействии табака на здоровье.

По данным Всемирной Организации Здравоохранения, 90% смертей в мире от рака легких, 75% от хронического бронхита и 25% от ишемической болезни сердца обусловлены курением; каждые десять секунд на планете умирает один заядлый курильщик (к 2020 г. этот уровень может повыситься до одного человека за 3 с). Среднестатистический курильщик выкуривает около 9 сигарет в день, 63 сигареты в неделю и 252 сигареты в месяц.

Международный день философии проводится в третий четверг ноября с 2002 г. по регламенту ЮНЕСКО. Смысл празднования Международного дня философа заключается в том, чтобы найти общую платформу обсуждения происходящих сейчас глобальных социально-культурных преобразований, приобщить людей к философскому наследию, приоткрыть сферу обыденного мышления для новых идей и стимулировать публичные дебаты мыслителей и гражданского общества по поводу вызовов, встающих перед обществом.

Источник: "Status quo"

Великобритания: Сигареты всех марок будут выпускать в однообразной блеклой упаковке

Ожидается, что данная мера снизит привлекательность сигарет для молодежи. На новых упаковках, которые планируется сделать максимально бесцветными и блеклыми, будет обозначена только информация о производителе, о содержании вредных веществ и предостережение о пагубности курения. С инициативой по защите граждан от агрессии табачных компаний в парламент Великобритании обратилось национальное Министерство здравоохранения. Его глава Эндрю Лэнсли заявил, что настало время защитить молодежь. Он от-

метил, что "плохой уровень здоровья и смертность от курения еще и до сих пор остаются слишком высокими". Скорее всего, общий цвет табачных пачек всех производителей сигарет будет серым или коричневым. Сейчас изготовители сигарет делают упаковку яркой и максимально изысканной, рассчитывая на покупательский интерес и привлечение новых курильщиков. В табачных компаниях на идею обесцвечивания пачек сигарет отреагировали негативно, утверждая, что однообразная и невыразительная упаковка для сигарет приведет только к росту контрабанды и появлению контрафактной продукции.

Источник: Аргументы и Факты

Москва: В Госдуме полностью запретят курить

В настоящее время курение в Госдуме разрешено только на одной лестнице. В старом здании Государственной думы, расположенном по адресу Охотный ряд, 1, полностью запретят курение. Запрет коснется только сотрудников аппарата, а парламентарии смогут курить в своих кабинетах. После введения запрета сотрудники аппарата смогут курить только на одной из лестниц нового здания Госдумы, расположенного в Георгиевском переулке, а также в прозрачной курилке, которая будет оборудована в переходе из одного корпуса в другой. Информация о намерении оборудовать в парламенте курилку появилась еще в 2009 г. Тогда сообщалось, что в Госдуме можно курить на двух лестницах без вентиляции, в связи с чем там постоянно присутствовал сигаретный дым. В октябре текущего года глава правительства Владимир Путин потребовал от министров бросить курить, после чего министр обороны Анатолий Сердюков запретил курение во всех помещениях, которые принадлежат его ведомству.

Источник: moscow-info.org

США: Власти пытаются напугать курильщиков изображением на сигаретных пачках

Трупы, пациенты онкологических отделений, снимки пораженных легких — это и многое другое правительство планирует разместить на сигаретных пачках. Такое изображение будет занимать половину поверхности пачки сигарет, продающихся в США. Эти изображения — часть кампании, проводимой Управлением по контролю за продуктами и лекарствами, призванной уменьшить количество курильщиков. По данным статистики, ежегодно в США от курения умирает 443 тыс. чел. Многие задаются вопросом, поможет ли это людям, страдающим никотиновой зависимостью, бросить курить. Представитель Управления Маргарет Гамбург считает, что такие недвусмысленные и подчас страшные изображения нужны, так как курение наносит серьезные вред здоровью — такие болезни, как рак, сердечно-сосудистые заболевания, болезни легких, зачастую появляются у заядлых курильщиков.

Источник: Новости США

Кальян вреднее сигарет

Американские ученые имеют научные доказательства, которые развенчивают миф о безобидности курения кальяна. Медики в течение двух лет наблюдали за состоянием здоровья курильщиков кальяна в возрасте от 18 до 50 лет. Выяснилось, что концентрации окиси углерода в организме были в три раза выше при курении кальяна, чем от выкуренной сигареты. Уровень никотина был одинаковым как при курении кальяна, так и при воздействии сигаретного дыма. Во время курения кальяна человек вдыхает в 48 раз больше дыма по сравнению с сигаретой. Медики заключили, что дым от кальяна содержит такие же вредные химические вещества, как и сигареты, и аналогичным образом повышает риск никотиновой зависимости, развития сердечно-сосудистой дисфункции и онкологических заболеваний.

Источник: Обозреватель

РЕГИОНАЛЬНАЯ АНТИНАРКОТИЧЕСКАЯ ПОЛИТИКА

"Колпинский район — территория без наркотиков" Локальный пилотный проект

Разработан: прокуратурой Санкт-Петербурга совместно с общественными организациями (Международной некоммерческой организацией "Европейские города против наркотиков" (ЕСАД), БНФ "Здоровое будущее", АНО "Новая жизнь", АН КИО "Центр комплексной профилактики для молодежи Радуга.ру", РОО "Центр помощи зависимым "Мастерская свободы") во исполнение Указа Президента Российской Федерации №690 от 09.06.2010. Иницирован с 1 сентября 2010 г. на территории Колпинского района Санкт-Петербурга, период проведения проекта — не ограничен.

Исполнители проекта: прокуратура Санкт-Петербурга и прокуратура Колпинского района, Комитет по здравоохранению, Комитет по образованию, Комитет по молодежной политике и взаимодействию с общественными организациями, Комитет по вопросам законности, правопорядка и безопасности, сектор по обеспечению деятельности АНК Санкт-Петербурга, администрация Колпинского района, органы местного самоуправления Колпинского района, ГУВД по г.Санкт-Петербургу и Ленинградской области, УВД по Колпинскому району, 17 отдел ЭКЦ ГУВД, УФСИН РФ по Санкт-Петербургу и Ленинградской области: ОМВД и 1 отдел 3 ОС УФСИН, районный военный комиссариат, УФСИН России по г.Санкт-Петербургу и Ленинградской области, Колпинский районный отдел судебных приставов УФССП по Санкт-Петербургу, общественные организации: Международная некоммерческая организация "Европейские города против наркотиков" (ЕСАД), БНФ "Здоровое будущее", АНО "Новая жизнь", АН КИО "Центр комплексной профилактики для молодежи Радуга.ру", РОО "Центр помощи зависимым "Мастерская свободы" и др., средства массовой информации Колпинского района.

Цели

Консолидация усилий федеральных органов государственной власти, органов государственной власти субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления, организаций и граждан Российской Федерации по пресечению распространения наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров (Указа Президента Российской Федерации от 09.06.2010 №690).

Организация системы контролируемой и эффективной профилактики наркопотребления, неотвратимости наказания, повышение мотивации к прохождению реабилитации от наркозависимости и создание условий для реабилитации и ресоциализации либо принуждение к реабилитации.

Снижение уровня наркопреступности в отдельно взятом районе города комплексом профилактических и правоохранных мер:

- организация эффективной профилактики наркомагии всех уровней;
- обеспечение неотвратимости реальной административной ответственности лиц, участвующих в незаконном обороте наркотиков на территории Колпинского района (ст. 6.8; ст. 6.9 и другие статьи КоАП РФ) и эффективная помощь им в прекращении наркотизации посредством реабилитационных центров и социализирующих программ;
- выявление и пресечение деятельности наркопритонов, изобличение лиц, осуществляющих наркобизнес;
- предупреждение совершения наркопреступлений.

Проект реализуется по следующим основным направлениям:

I. Организационное

1. Рассмотрение проекта на заседании общественного совета при прокуратуре Санкт-Петербурга, внесение предложений, утверждение.

Ответственные: прокуратура Санкт-Петербурга, общественный совет при прокуратуре Санкт-Петербурга.
Сроки: 22.09.2010.

2. Проведение расширенного совещания по вопросам реализации проекта с участием непосредственных исполнителей, создание штаба акции, подготовка и утверждение отдельных планов, межведомственных управленческих решений, форм отчетности, а также информирование населения о проекте.

Ответственные: прокуратура Колпинского района, администрация Колпинского района.

Сроки: сентябрь 2010 г.

II. Правоохранный блок и ресоциализация правонарушителей

3. Административное задержание на территории Колпинского района лиц, обоснованно подозреваемых в участии в НОН, организация проверки путем личного досмотра, медицинского освидетельствования на наличие наркотиков в организме, составление по результатам проверки протоколов о нарушении соот-

По материалам сайта Международной некоммерческой организации Европейские города против наркотиков. <http://www.ecad.ru>.
Проект одобрен и рекомендован к реализации Общественным советом при прокуратуре Санкт-Петербурга 22 сентября 2010 г.

ветствующих статей КоАП РФ, организация их рассмотрения по существу судьями и передача правонарушителей в спецприемник ГУВД для административно арестованных.

Обязательными условиями выполнения данных мероприятий являются:

- незамедлительная организация и неотложное проведение медицинского освидетельствования лиц административно задержанных и обоснованно подозреваемых в незаконном потреблении наркотиков в экспертном отделе СПб ГУЗ "Межрайонный наркологический диспансер №1", информирование о результатах исследования УВД района и 1 отдела 3 ОС УФСКН;

- незамедлительная организация и оперативное проведение химических исследований изъятых наркотических средств в ЭКЦ ГУВД по г.Санкт-Петербургу и Ленинградской области (особенно оксибутират) и передача результатов правоохранительным органам—инициаторам оперативного исследования;

- принятие судебных решений по протоколам на административно задержанных лиц за правонарушения в сфере НОН (при наличии к тому законных оснований) — административный арест до 15 сут.

Ответственные: УВД района, 1 отдел 3 ОС УФСКН, МНД №1.

Сроки: период проведения проекта.

4. Выяснение у административно задержанных и (или) административно арестованных лиц источников приобретения наркотических средств и (или) мест систематического потребления с обязательным разъяснением указанным лицам возможности смягчения ответственности при согласии на сотрудничество в изобличении более тяжких преступлений; организация оперативно-следственной работы по выявлению, изобличению и задержанию лиц, осуществляющих наркобизнес и (или) содержащих наркотики.

Активизация оперативно-розыскной деятельности и работы УУМ районного УВД по выявлению и пресечению наркопреступлений и правонарушений, изобличению виновных.

Ответственные: УВД района, 1 отдел 3 ОС УФСКН.

Сроки: период проведения проекта.

5. Организация и содействие общению с наркозависимыми, доставленными в территориальные правоохранительные органы, а также в спецприемник ГУВД представителей реабилитационных центров и общественных организаций в целях создания мотивации к прекращению наркотизации, совершения преступлений и правонарушений, к прохождению лечения, реабилитации.

Ответственные: УВД района, 1 отдел 3 ОС УФСКН, спецприемник ГУВД, РЦ "Новая жизнь".

Сроки: период проведения проекта.

6. Проведение обучающих семинаров с сотрудниками органов внутренних дел в целях разъяснения психологических аспектов работы с наркозависимыми и организации взаимодействия с общественностью в борьбе с НОН.

Ответственные: УВД района, "Европейские города против наркотиков" (ЕСАД) в Санкт-Петербурге Г.В. Зазулин, РОО "Центр помощи зависимым" "Мастерская свободы" Т.М. Каримов, Благотворительное некоммерческое общественное движение за освобождение общества от наркотиков В.В. Иванов, С.Г. Заботин.

Сроки: октябрь—ноябрь 2010 г.

7. Проведение медицинского осмотра призывников на наличие признаков употребления наркотических средств, проведение с ними соответствующей профилактической и реабилитационной работы, установление источников приобретения наркотиков.

Ответственные: РВК, УВД и прокуратура района, общественные организации.

Сроки: призывной период.

8. Организация и проведение на территории района акций "Сдай наркотики добровольно", "Сообщи, где торгуют смертью", "Наш район" по сбору и проверке информации населения о местах незаконного распространения наркотических средств, а также о бездействии либо фактах коррупции в отношении сотрудников правоохранительных органов. Заслушивание результатов проверочных мероприятий в рамках работы районной АНК.

Ответственные: прокуратура, администрация и органы местного самоуправления Колпинского района, УВД района, 1 отдел 3 ОС УФСКН, УСБ ГУВД и ССБ УФСКН.

Сроки: период проведения проекта.

9. Проведение оперативно-профилактических мероприятий по выявлению признаков наркопотребления (распространения наркотических средств) на территории колоний, расположенных в Колпинском районе Санкт-Петербурга, и прилегающей к ним территории.

Ответственные: прокуратура Санкт-Петербурга и прокуратура Колпинского района, УВД района, 1 отдел 3 ОС УФСКН, УФСИН, Комитет по здравоохранению.

Сроки: ноябрь 2010 г.

10. Проведение проверки на предмет выявления лиц, привлеченных в период 2010 г. к административной ответственности за совершение правонарушений, предусмотренных ст. 6.8, 6.9, 20.20 ч. 3, 20.22 КоАП РФ, на территории Колпинского района, не уплативших в установленный законом срок штраф, привлечение к ответственности по ст. 20.25 КоАП РФ.

Ответственные: прокуратура Колпинского района, УВД района, районный отдел УФССП.

Сроки: безотлагательно.

III. Организация профилактики наркопотребления, повышения мотивации лечения наркозависимости и реабилитации

11. Анкетирование учащихся образовательных учреждений по вопросам наркопотребления и доступности наркотических средств.

Ответственные: БНФ "Здоровое будущее" В.Г. Теплицкий и администрация района (отдел образования).

Сроки: сентябрь 2010 г.

12. Методическая работа с социальными педагогами, завучами и директорами школ, проведение обучающих семинаров по вопросам профилактики наркомании в образовательных учреждениях, позволяющих указанным категориям педагогов транслировать впоследствии полученные знания и умения учителям школ и учащимся.

Ответственные: администрация района (отдел образования, здравоохранение), УВД района (школьные инспекторы) БНФ "Здоровое будущее".

Сроки: октябрь—декабрь 2010 г.

13. Проведение в образовательных учреждениях района классных часов для старшеклассников и учащихся профтехучилищ, родительских собраний с участием специалистов-наркологов и представителей правоохранительных органов в целях профилактической работы как с учащимися, так и их родителями по предупреждению наркопотребления и своевременному выявлению потребителей наркотиков, включая информирование родителей о молодежном слэнге в отношении наркотических средств, о тактике поведения в кризисной ситуации (с демонстрацией наглядных пособий и видеоматериалов).

Ответственные: прокуратура района, администрация района, специалисты-наркологи, УВД района (школьные инспекторы), УФСКН, АН КИО "Центр комплексной профилактики для молодежи Радуга.ру", БНФ "Здоровое будущее", РЦ "Новая жизнь" и другие общественные организации (по согласованию с отделом образования и прокуратурой района).

Сроки: период проведения проекта.

14. Проведение с соблюдением требований законодательства тестирования несовершеннолетних и молодежи на предмет употребления наркотических средств.

Ответственные: БНФ "Здоровое будущее", администрация района.

Сроки: октябрь—ноябрь 2010 г.

15. Обследование образовательных учреждений и прилегающей к ним территории на предмет выявления признаков потребления наркотических средств.

Ответственные: УФСКН, УВД района, отдел образования.

Сроки: октябрь 2010 г.

16. Организация и проведение целевых антинаркотических спортивных, творческих и музыкально-развлекательных мероприятий для несовершеннолетних и молодежи района.

Ответственные: администрация района, муниципальные образования района, общественные организации — участники проекта.

Сроки: период проведения проекта.

17. Проведение экскурсий в ВК для несовершеннолетних г.Колпино для несовершеннолетних жителей Колпинского района, склонных к совершению правонарушений.

Ответственные: администрация района, УВД района.

Сроки: октябрь—ноябрь 2010 г.

18. Размещение наглядной агитации о вреде и опасности употребления наркотических средств, а также о действующих государственных медицинских, реабилитационных и негосударственных реабилитационных (участниках проекта) общественных организациях, оказывающих содействие наркозависимым и их близким, родственникам.

Ответственные: прокуратура района, ОМВП УФСКН, администрация района, муниципальные образования района, СМИ района.

Сроки: период проведения проекта.

19. Организация проведения безвозмездных открытых консультативных и лекторских занятий с населением общественными организациями — участниками проекта и представителями здравоохранения с предоставлением помещений, возможностью размещения информационных стендов.

Ответственные: администрация района, муниципальные образования района, СМИ района.

Сроки: период проведения проекта.

IV. Координация, контроль и информирование населения

20. Ежедневное подведение итогов по определению эффективности административного предупреждения наркопреступности на территории района (при прокуроре района, с участием администрации района, суда и общественности);

- ежемесячное подведение итогов по достижению цели проекта (анализ препятствий, подведение итогов работы на отдельных направлениях, вывод о степени реализуемости принципа приоритета предупреждения наркопреступности перед ее пресечением в Колпинском районе) при главе администрации Колпинского района;

- координация совместной деятельности прокурором района;

- систематическое и постоянное определение и анализ количества задержанных за административные правонарушения данной категории лиц;

- системный и постоянный анализ количества выявленных и изобличенных лиц, осуществлявших наркосбыт и содержавших наркопритоны;

- системный и постоянный анализ уровня преступности и ее динамики и, соответственно, количества предупрежденных (предотвращенных, недопущенных) наркопреступлений (из них тяжких) вследствие административного ареста участников НОН;

- системный и постоянный анализ динамики количества лиц, обратившихся за медицинской помощью в связи с наркопотреблением, а также фактов острого отравления наркотическими средствами, психотропными и сильнодействующими веществами, в том числе с летальным исходом;

- определение количества наркозависимых, согласившихся в результате реализации проекта участвовать в реабилитационных программах.

Ответственные: прокурор района, глава районной администрации и районная антинаркотическая комиссия, УВД района и 1 отдел 3 ОС УФСКН.

Сроки: период проведения проекта.

21. Ежедневное информирование населения района с освещением результатов проведения акции, а также результатов борьбы с наркопреступностью в СМИ и сети Интернет.

Ответственные: прокуратура района, ОМВД УФСКН, УВД района, администрация района, муниципальные образования, СМИ района.

Сроки: период проведения проекта.

22. Подведение итогов проекта "Колпинский район — территория без наркотиков" с отчетом исполнителей на заседаниях районной АНК Колпинского района и выработкой дальнейших мер по совершенствованию профилактики наркомании.

Ответственные: администрация района.

Сроки: ежеквартально.

Обоснование проекта

Целесообразность практического использования положительного опыта антинаркотической политики: с одной стороны, делать все, что затрудняет незаконное потребление наркотиков, а с другой стороны, делать все, что помогает наркозависимому прекратить наркотизацию.

Необходимость создания в районе четкой координации антинаркотической деятельности в реализации гуманного принципа антинаркотической политики — приоритета административного предупреждения наркопреступности перед ее уголовно-правовым пресечением.

Данный проект — это научно-обоснованное решение, целью реализации которого является построение алгоритма практических межведомственных совместных действий в целях достижения задач, заложенных в Стратегии государственной антинаркотической политики Российской Федерации, утвержденной Указом Президента Российской Федерации от 9 июня 2010 г. №690.

Гендерные аспекты распространенности злоупотребления наркотиками в Беларуси

РАЗВОДОВСКИЙ Ю.Е., ВИНИЦКАЯ А.Г., ЛЕЛЕВИЧ В.В.

лаборатория медико-биологических проблем наркологии, Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь;
e-mail: razvodovsky@tut.by

С использованием данных наркологической службы изучены гендерные особенности распространенности злоупотребления наркотиками в Беларуси. Результаты исследования свидетельствуют о существенных гендерных различиях в уровне распространенности проблем, связанных с потреблением разных видов наркотиков. Соотношение мужчин и женщин, состоящих на наркологическом учете, варьирует в зависимости от вида наркотика. Наибольшие различия по полу отмечаются в численности потребителей каннабиноидов, а наименьшие — потребителей седативных и снотворных препаратов. Представленные данные указывают на необходимость учета гендерных аспектов связанных с наркотиками проблем при разработке профилактических стратегий.

Ключевые слова: гендерные различия, распространенность употребления наркотиков, наркологический учет

Введение

Немедицинское потребление наркотиков — одна из самых острых медико-социальных проблем современности, которая имеет тенденцию к росту во многих странах мира [1, 4, 5, 8, 11]. Наркологическая ситуация в Беларуси характеризуется такими неблагоприятными тенденциями, как рост числа пациентов, страдающих зависимостью от наркотиков, снижение среднего возраста потребителей наркотиков, повышение доступности наркотиков, а также рост уровня преступности, связанной с наркотиками [2, 3].

Результаты эпидемиологических исследований, проведенных в разных странах мира, говорят о том, что потребление наркотиков — преимущественно мужской феномен [9, 10, 12, 15]. Однако гендерные различия распространенности потребления наркотиков и уровня проблем, связанных с ним, значительно варьируют в разных странах. При этом существует закономерность, согласно которой, в странах с высоким уровнем распространенности потребления наркотиков половые различия в уровне их потребления менее выражены и, наоборот, в странах с низким уровнем распространенности потребления наркотиков различия между уровнем их потребления среди мужчин и женщин более значимы [10].

Степень различий по полу в уровне проблем, связанных с потреблением наркотиков, варьирует в зависимости от вида наркотика. Согласно данным медицинской статистики, в странах Европейского союза коэффициент соотношения *мужчины/женщины* (К) выше среди обратившихся за лечением по поводу проблем, связанных с потреблением кокаина (К=5,8) и каннабиноидов (К=5,2), чем среди тех, кто обратился с проблемами, связанными с потреблением опиатов (К=3,7) и психостимуляторов [10]. В целом, в странах Евросоюза муж-

чины превосходят женщин по показателю распространенности потребления каннабиноидов, а женщины — по показателю распространенности потребления седативных и снотворных препаратов [11].

Степень выраженности различий в распространенности потребления наркотиков также варьирует в зависимости от возраста. К примеру, в странах Евросоюза различия в распространенности потребления препаратов конопли между юношами и девушками, посещающими школу, меньше, чем между взрослыми мужчинами и женщинами в общей популяции [10].

Различия среди мужчин и женщин в уровне проблем, связанных с потреблением наркотиков, обусловлены гормонально опосредованными различиями в нейрохимических и поведенческих реакциях в ответ на введение наркотиков [13]. В общих чертах эти различия сводятся к большей чувствительности женщин к подкрепляющему эффекту наркотиков, что оказывает влияние на различные фазы формирования зависимости.

Несмотря на то, что изучению распространенности злоупотребления наркотиками в Беларуси посвящено много работ [2, 3, 7], гендерные аспекты данной проблемы исследованы недостаточно. *Целью настоящей работы* было изучение особенностей распространенности злоупотребления наркотиками среди мужчин и женщин в Беларуси.

Объект исследования и методы

Объектом настоящего исследования были потребители наркотиков с синдромом зависимости и лица, употребляющие наркотические и токсикоманические вещества с вредными последствиями, зарегистрированные в наркологических учреждениях Министерства здравоохранения Республики Беларусь (МЗ РБ) по состоянию на 1.01.2008 г. В Беларуси эпидемио-

логические исследования распространенности злоупотребления наркотиками проводятся сотрудниками Центра мониторинга за наркотиками и наркопотреблением, созданного в 2007 г. на базе лаборатории медико-биологических проблем наркологии Гродненского государственного медицинского университета в рамках Белорусско-украинско-молдавской программы по борьбе с незаконным оборотом и торговлей наркотиками (БУМАД), финансируемой Европейским союзом и Программой развития ООН в Беларуси. Информация о регистрируемых и снимаемых с учета потребителях наркотиков поступает ежеквартально на адрес лаборатории и вносится в республиканскую компьютерную базу данных. Это наиболее полный источник эпидемиологической информации о потребителях наркотиков, попадающих в поле зрения наркологической службы Беларуси, что позволяет проводить мониторинг наркологической ситуации как во всей Республике, так и в отдельных ее регионах. Данные из регистрационных карт вводились в компьютерную базу данных и подвергались статистической обработке с помощью специально созданной программы «Наркостат-2005». Поскольку численность мужчин и женщин в возрасте до 45 лет в общей популяции примерно одинакова, то перерасчет числа потребителей разных видов наркотиков на 100 тыс. населения соответствующего пола не производился.

Результаты и обсуждение

Согласно данным наркологической службы МЗ РБ на 1.01.2008 г., в наркологических учреждениях Республики состояли на учете 8948 мужчин и 1699 женщин, злоупотребляющих наркотическими и токсическими веществами, что составляет 195,8 и 32,6 на 100 тыс. населения соответствующего пола (соотношение *мужчины/женщины* составляет 6:1). Распределение состоящих на наркологическом учете мужчин и женщин по возрасту представлено на рис. 1, 2. Большинство мужчин и женщин, злоупот-

ребляющих наркотиками, относится к возрастной группе старше 25 лет. Гендерные различия заключаются в том, что доля женщин в возрасте до 25 лет ниже, а в возрасте старше 25 лет — выше по сравнению с долей мужчин соответствующего возраста, состоящих на наркологическом учете.

Немедицинское потребление *препаратов опия* ассоциируется с целым комплексом неблагоприятных последствий как для самого пользователя, так и для общества в целом. В частности, инъекционное введение наркотиков является основной причиной распространения ВИЧ-инфекции в странах Восточной Европы [11, 14]. Потребители опиатов и опиоидов составляют 62% от числа всех мужчин и 74% от числа всех женщин, состоящих на учете в лечебных учреждениях Республики по поводу проблем, связанных с потреблением наркотиков (рис. 3—4). Соотношение числа мужчин и женщин, употребляющих опиаты, составило 3,2:1, что примерно соответствует аналогичному показателю в странах Евросоюза. В отличие от стран Европейского союза, где потребители опиатов предпочитают героин [8], в Беларуси наиболее широкое распространение получило потребление экстракционного опия, приготавливаемого кустарным способом из верхних частей растения и семян *Papaver somniferum* L. Потребители экстракционного опия составляют 78,2% от числа всех мужчин и 80,2% от числа всех женщин, состоящих на учете по поводу употребления опиатов. Популярность экстракционного опия среди наркопотребителей обусловлена доступностью сырья. Характерной тенденцией последних лет является рост числа потребителей героина. Так, если в 1995 г. на наркологическом учете состоял один потребитель героина, или 0,06% от числа всех потребителей опиатов, то в 2007 г. их уже было 851 (704 мужчины и 147 женщин), или 12,7% от числа всех потребителей опиатов. Потребители героина составляют 12,9% от числа всех мужчин и 11,7% от числа всех женщин, состоящих на учете по поводу злоупотребления опиатами. Рост числа потребителей

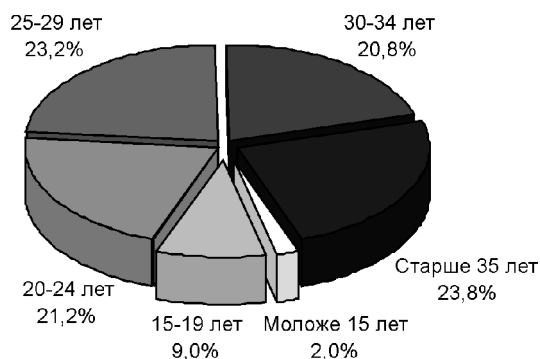


Рис. 1. Распределение по возрасту состоящих на учете по поводу злоупотребления наркотиками мужчин

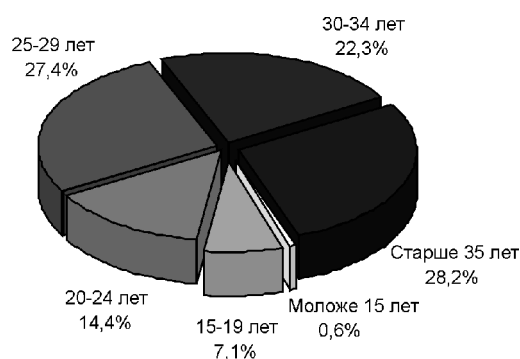


Рис. 2. Распределение по возрасту состоящих на учете по поводу злоупотребления наркотиками женщин

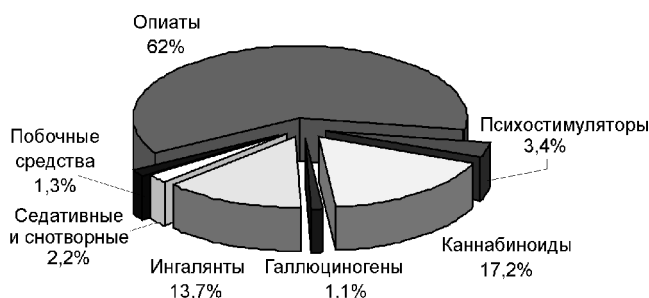


Рис. 3. Доля потребителей различных наркотиков среди мужчин, состоящих на наркологическом учете

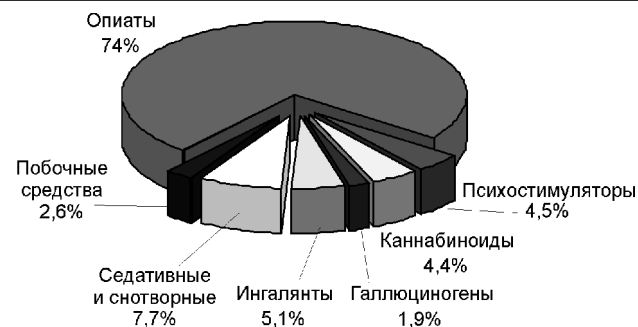


Рис. 4. Доля потребителей различных наркотиков среди женщин, состоящих на наркологическом учете

героина объясняется повышением его доступности из-за снижения цены, что может косвенно свидетельствовать об увеличении незаконного оборота этого наркотика на территории Республики. Кроме потребителей экстракционного опия и героина на наркологическом учете также состоят потребители других наркотиков опийной группы, таких, как метадон, морфин, кодеин, трамадол, омнопон и промедол.

Представляет интерес распределение потребителей опийных наркотиков в зависимости от возраста. Более половины мужчин (56,3%) и женщин

(58,8%), употребляющих опиаты, относятся к возрастной группе 25—34 года, а 1% мужчин и 1,9% женщин — к группе до 19 лет (табл. 1—2). В то же время, наркопотребители в возрасте до 19 лет составляют 10,5% от числа всех мужчин и 7,8% от числа всех женщин, состоящих на наркологическом учете в медицинских учреждениях Республики. Данное обстоятельство косвенно указывает на то, что несовершеннолетние потребители начинают экспериментировать с так называемыми легкими наркотиками, постепенно переходя на препараты опия.

Таблица 1
Распределение мужчин, состоящих на наркологическом учете Министерства здравоохранения Республики Беларусь на 1.01.2008, по возрасту и виду употребляемого ПАВ

Категория ПАВ	Возраст, лет						
	До 15	15—19	20—24	25—29	30—34	35 и старше	Всего
Опиаты	2	54	600	1497	1581	1734	5468
Опий	2	40	447	1060	1281	1447	4277
Героин	0	6	87	276	200	135	704
Морфин	0	3	24	49	28	57	161
Кодеин	0	0	0	0	0	14	14
Другие опиаты	0	5	42	112	72	81	312
Каннабиноиды	0	179	814	320	127	99	1539
Ингалянты	156	526	321	99	43	78	1223
Психостимуляторы	7	13	94	84	45	60	307
Амфетамин	0	7	90	71	29	15	212
Эфедрон	0	0	1	6	12	41	60
Кокаин	0	0	0	1	0	3	4
Другие психостимуляторы	7	6	3	7	4	4	31
Седативные и снотворные средства	0	3	22	36	30	102	193
Бензодиазепины	0	1	9	24	16	42	92
Барбитураты	0	0	0	8	9	41	58
Другие седативные средства	0	2	13	4	5	19	43
Галлюциногены	9	30	20	12	13	16	100
Побочные средства	3	4	24	24	25	38	118
Всего	177	809	1895	2073	1864	2130	8948

Потребители каннабиноидов (*марихуана, гашиш*) составляют 17,2% от числа всех мужчин и 4,4% от числа всех женщин, состоящих на наркологическом учете (соотношение *мужчины/женщины* 20,5:1,0). В то же время, согласно результатам социологических опросов, препараты конопли являются наиболее часто употребляемыми наркотиками среди учащейся молодежи [3]. Данное несоответствие обусловлено тем, что потребители каннабиноидов относительно редко попадают в поле зрения наркологов. Более половины (52,9%) мужчин и 34,7% женщин, употребляющих препараты конопли, относятся к возрастной группе 20—24 года. Популярность марихуаны среди молодежи в значительной мере обусловлена сформировавшимся представлением о том, что это безобидный, «легкий» наркотик. Однако в эпидемиологических исследованиях, проведенных в разных странах мира, было показано, что экспериментирование с препаратами конопли в последующем приводит к переходу на более «тяжелые» наркотики [5—7, 14]. Таким образом, главная опасность препаратов конопли состоит в том, что они являются «воротами» в мир «тяжелых» наркотиков. Поэтому концепция «нулевой толерантности» по отношению к наркотикам предполагает отказ от

употребления любых наркотиков вне зависимости от того, «легкими» или «тяжелыми» они считаются [7]. Тот факт, что число мужчин, состоящих на наркологическом учете по поводу проблем, связанных с употреблением каннабиноидов, значительно превышает число женщин, может объясняться большей склонностью мужчин к экспериментированию с наркотиками как одной из форм рискованного поведения.

Потребители ингалянтов, или *летучих растворителей* (*ацетон, бензин, клей «Момент»*), составляют 13,7% от числа всех лиц мужского пола и 5,1% от числа всех лиц женского пола, зарегистрированных в наркологических учреждениях Республики (соотношение *мужчины/женщины* 14,1:1,0), причем 43% первых и 52,9% вторых, употребляющих ингалянты, относятся к подростковой возрастной группе 15—19 лет. Распространенность употребления летучих растворителей среди детей и подростков объясняется, в первую очередь, их доступностью. При употреблении ингалянтов достаточно быстро формируется токсическая энцефалопатия, характеризующаяся прогрессирующим снижением умственных способностей и появлением судорожного синдрома [6, 7].

Таблица 2
Распределение женщин, состоящих на наркологическом учете Министерства здравоохранения Республики Беларусь на 1.01.2008, по возрасту и виду употребляемого ПАВ

Категория ПАВ	Возраст, лет						
	До 15	15—19	20—24	25—29	30—34	35 и старше	Всего
Опиаты	0	24	160	408	330	333	1255
Опий	0	18	113	300	285	291	1007
Героин	0	4	16	74	32	21	147
Морфин	0	1	5	3	5	8	22
Кодеин	0	0	0	1	0	2	3
Другие опиаты	0	1	26	30	8	11	76
Седативные и снотворные средства	1	5	8	20	15	81	130
Бензодиазепины	0	3	4	15	10	51	83
Барбитураты	0	1	2	4	4	16	27
Другие седативные средства	1	1	2	1	1	14	20
Ингалянты	7	46	18	6	3	7	87
Психостимуляторы	0	3	21	12	13	26	76
Амфетамин	0	0	19	11	4	2	36
Эфедрон	0	2	2	0	7	23	34
Кокаин	0	0	0	1	0	0	1
Другие психостимуляторы	0	1	0	1	2	1	5
Каннабиноиды	1	23	26	12	5	8	75
Галлюциногены	1	12	5	1	7	6	32
Побочные средства	1	8	6	5	6	18	44
Всего	11	121	244	465	379	479	1699

Психостимуляторы (кокаин, амфетамин, метамфетамин) являются одними из наиболее распространенных синтетических наркотиков во многих странах мира [10, 11]. Наибольшей популярностью они пользуются среди молодых потребителей наркотиков. Потребители психостимуляторов составляют 3,4% от числа всех мужчин и 4,5% от числа всех женщин, зарегистрированных в лечебных учреждениях Республики в связи со злоупотреблением наркотиками (соотношение *мужчины/женщины* 4:1). В возрастном аспекте, 30,6% мужчин и 27,6% женщин, употребляющих психостимуляторы, относятся к группе 20—24 года. Наиболее популярным психостимулятором как среди мужчин, так и среди женщин является амфетамин. Потребители амфетамина составляют 69,1% от числа всех мужчин и 47,4% от числа всех женщин, употребляющих психостимуляторы. Потребители эфедрона (психостимулятора кустарного приготовления) составляют 19,5% от числа всех мужчин и 44,7% от числа всех женщин, употребляющих психостимуляторы. Из-за относительно высокой стоимости кокаин не получил широкого распространения в Беларуси.

Потребители седативных и снотворных препаратов (бензодиазепинов и барбитуратов) составляют 2,2% от числа всех мужчин и 7,7% от числа всех женщин (соотношение *мужчины/женщины* 1,5:1,0), состоящих на наркологическом учете в медицинских учреждениях Республики Беларусь. По сравнению с потребителями других групп наркотиков число мужчин, злоупотребляющих седативными и снотворными препаратами, лишь незначительно превышает число женщин. Следует отметить, что в странах Евросоюза женщины преобладают среди лиц, обратившихся за медицинской помощью по поводу проблем, связанных с употреблением седативных и снотворных препаратов [10]. Было также показано, что женщины чаще злоупотребляют психоактивными веществами, которые продаются по рецепту [13]. Относительно небольшое число потребителей седативных и снотворных препаратов объясняется низкой доступностью этих средств вследствие достаточно строгой системы контроля за их использованием в лечебных учреждениях, а также за их продажей в аптечной сети. Среди лиц, состоящих на учете по поводу злоупотребления седативными и снотворными средствами, потребители бензодиазепинов составляют 54,2% среди мужчин и 63,8% среди женщин. Довольно часто зависимость от бензодиазепинов формируется у пациентов, страдающих тревожно-депрессивными расстройствами и нарушениями сна и принимающих транквилизаторы с лечебной целью на протяжении длительного времени [7]. Тот факт, что 52,8% мужчин и 62,3% жен-

щин, злоупотребляющих бензодиазепинами, относятся к возрастной группе старше 35 лет, может косвенно свидетельствовать о том, что многие из них приобрели зависимость, принимая транквилизаторы с лечебной целью. Кроме того, учитывая то обстоятельство, что женщины гораздо чаще, чем мужчины, лечатся по поводу тревожно-депрессивных расстройств, незначительные различия численности потребителей седативных и снотворных препаратов в зависимости от пола подтверждают данное предположение. В связи с этим актуальной задачей является проведение мероприятий, направленных на профилактику зависимостей от бензодиазепинов среди пациентов, страдающих пограничными психическими расстройствами.

Галлюциногены (психоделики, психодизлептики) представляют собой сборную группу более чем из 100 природных и синтетических препаратов, которые вызывают психотическую симптоматику (галлюцинации, бред). В Беларуси наиболее распространенными являются препараты растительного происхождения, изготавливаемые из местного сырья. Потребители галлюциногенов составляют 1,1% от числа всех мужчин и 1,9% от числа всех женщин, состоящих на учете (соотношение *мужчины/женщины* 3,1:1,0). На возрастную группу до 19 лет приходится 30% всех мужчин и 37,5% всех женщин, употребляющих галлюциногены. В целом, потребление галлюциногенов незначительно влияет на общую наркологическую ситуацию в Республике.

Таким образом, анализ официальных статистических данных свидетельствует о существенных гендерных различиях в уровне распространенности в Республике Беларусь проблем, связанных с потреблением наркотиков, а также в предпочтении разных наркотиков. Наибольшие различия в зависимости от пола отмечаются в численности потребителей каннабиноидов, а наименьшие — в численности потребителей седативных и снотворных препаратов.

Представленные данные не согласуются с данными литературы относительно существования закономерности, согласно которой, соотношение *мужчины/женщины* выше для «тяжелых» наркотиков. Большинство мужчин и женщин, состоящих на учете в лечебных учреждениях по поводу проблем, связанных с потреблением наркотиков, являются потребителями препаратов опия. Причем доля женщин, злоупотребляющих опиатами, среди всех женщин, состоящих на наркологическом учете, больше, чем аналогичный показатель для мужчин. По мере уменьшения численности потребителей разных видов наркотиков мужчины распределились следующим образом: потребители опиатов; каннабиноидов; ингалянтов; психостимуляторов; седативных и снотворных

препаратов; галлюциногенов. Для женщин этот ряд выглядит несколько иначе: потребители препаратов опия; седативных и снотворных препаратов; ингалянтов; психостимуляторов; каннабиноидов; галлюциногенов.

Доля мужчин, злоупотребляющих каннабиноидами и ингалянтами, среди всех мужчин, состоящих на наркологическом учете, выше, чем аналогичный показатель для женщин. В то же время, доля женщин, злоупотребляющих седативными и снотворными препаратами, выше, чем доля мужчин, злоупотребляющих этими препаратами. Примерно такой же паттерн гендерных особенностей проблемного потребления наркотиков имеет место и в странах Европейского союза [10].

Наркопотребители разных возрастных групп различаются предпочтением потребления различных наркотиков. Как среди мужчин, так и среди женщин в младших возрастных группах преобладают потребители каннабиноидов, ингалянтов и психостимуляторов, в то время как в более старших возрастных группах преобладают потребители препаратов опия, а также седативных и снотворных средств.

Заключение

Результаты настоящей работы говорят о существовании некоторых гендерных особенностей в распространении проблем, связанных с потреблением наркотиков. В связи с этим очевидна необходимость дальнейшей разработки данной проблемы с целью изучения факторов, обуславливающих эти различия.

Представленные данные указывают на необходимость учета гендерных аспектов проблем, связанных с наркотиками, при разработке профилактических стратегий.

Список литературы

1. Иванец И.Н., Кошкина Е.А., Киржанова В.В. и др. Смертность больных наркоманией в Российской Федерации. Анализ данных федерального статистического наблюдения // Вопросы наркологии. — 2008. — №3. — С. 105—118.
2. Козловский А.В., Виницкая А.Г., Лелевич В.В., Разводовский Ю.Е. Распространенность потребления психоактивных веществ среди молодежи и современные подходы к профилактике зависимостей // Журнал Гродненского медицинского университета. — 2004. — №1. — С. 33—38.
3. Козловский А.В., Виницкая А.Г., Лелевич В.В., Максимчук В.П. Эпидемиология и особенности потребления наркотиков в Республике Беларусь // Журнал Гродненского медицинского университета. — 2007. — №1. — С. 117—120.
4. Кошкина Е.А., Киржанова В.В. Основные тенденции распространности наркологических расстройств в России в 2003—2004 гг. // Вопросы наркологии. — 2004. — №32. — С. 54—69.
5. Кошкина Е.А. Современные эпидемиологические методы мониторинга распространенности употребления наркотиков // Вопросы наркологии. — 2006. — №1. — С. 64—73.
6. Пятницкая И.Н. Наркология: Руководство для врачей. — Медицина, 1994.
7. Разводовский Ю.Е. Наркология. — Гродно, 2002.
8. Bargagli A.M., Buster M., Brugal T. Drug-related mortality and its impact on adults mortality in eight European countries // European Journal of Public Health. — 2005. — Vol. 16, №2. — P. 198—202.
9. Becker J.B., Hu M. Sex differences in drug abuse // Front. Neuroendocrinol. — 2008. — Vol. 29, №1. — P. 36—47.
10. Differences in patterns of drug use between women and men: EMCDDA Scientific monograph. — Luxemburg, 2005.
11. Domingo-Salvany A. Estimating the prevalence of drug use using the capture-recapture method: an overview. — Estimating the prevalence of problem drug use in Europe. — Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, 1997. — P. 75—111.
12. Isralowitz R., Rawson R. Gender differences in prevalence of drug use among high risk adolescents in Israel // Addictive Behaviors. — 2006. — Vol. 3, №2. — P. 355—358.
13. Lynch W.J., Roth M.E., Carroll M.E. Biological basis of sex differences in drug abuse: preclinical and clinical studies // Psychopharmacology. — 2002. — Vol. 164, №2. — P. 121—137.
14. Rhodes T., Barnard M., Foutain J., Hariga F. Injecting drug use, risk behavior and qualitative research in the time of AIDS // EMCDDA Scientific monograph series 4. — Luxemburg, 2001.
15. Roth M.E., Cosgrove K.P., Carroll M.E. Sex differences in the vulnerability to drug abuse: a review of preclinical studies // Neurosci. Biobehav. Rev. — 2004. — Vol. 28, №6. — P. 533—546.

THE GENDER ASPECTS OF PREVALENCE OF DRUG ABUSE IN BELARUS

RAZODOVSKY Y.E., VINITSKAYA A.G., LELEVICH V.V.

Grodno State Medical University, Belarus

Monitoring Center for drug addiction, Grodno, Belarus

In the article the gender differences in the prevalence of drug misuse in Belarus was investigated. The results suggest gender differences in the preferences to drugs. In general, the ratio of males to females among those registered by narcological service for cannabis abuse is higher than that for sedative drugs. The results of this study might be useful for the elaboration of gender specific harm reduction programs.

Key words: gender differences in the preferences to drugs, narcological service in Belarus

Семейная динамика саморазрушающих паттернов поведения в семьях больных алкогольной зависимостью с позиции модели эпискрипта

МЕРИНОВ А.В.

к.м.н., доцент кафедры психиатрии

Рязанского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова

ШУСТОВ Д.И.

д.м.н., профессор, зав. кафедрой психиатрии

Рязанского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова

Статья посвящена изучению некоторых сценарных механизмов, встречающихся в семьях больных алкогольной зависимостью, известных как «эпискрипт». Описана динамика отношений в алкогольном браке с учетом дрейфа аутоагрессивных паттернов поведения и изменения наркологических характеристик основного заболевания. Предложены клинические варианты развития эпискрипт-модели семейных отношений. Описанные данные помогут более гибко строить терапевтическую программу коррекции зависимых и созависимых отношений.

Ключевые слова: аутоагрессивное поведение, семья больного алкогольной зависимостью, созависимость, эпискрипт

Введение

В настоящее время вопрос динамики отношений в семьях страдающих алкогольной зависимостью продолжает оставаться актуальным. Основной акцент в этих исследованиях приходится на изучение особенностей функционирования зависимо-созависимой диады [1, 4—6, 10]. Безусловно, это направление имеет большой научный и практический потенциал, однако существуют определенные клинические реалии «алкогольного» брака, которые невозможно объяснить с позиций созависимости. Расширение знаний об этих выпадающих из общего ряда ситуациях позволит более дифференцированно относиться к их интерпретации, диагностике и, главное, терапии. Наиболее любопытным вариантом внутрисемейной динамики в таких браках является *эпискрипт*, термин, впервые использованный F. English [9] в рамках транзактного анализа. Ранее в своих работах мы уже обращались к этой тематике [3], однако встретившись в нашей практике иные примеры реализации данного механизма, по нашему мнению, заслуживают пристального внимания и позволяют шире взглянуть на внутрисемейные коммуникации в семьях мужчин, страдающих алкогольной зависимостью.

Напомним вкратце суть феномена эпискрипта. В фольклоре большинства народов есть сказки, описывающие, как герой (или героиня) был проклят в раннем детстве недоброжелательным «духом» по причинам, часто связанным с его происхождением или обстоятельствами его рождения. Проклятие должно реализоваться через много лет, если только каким-то особым образом герой не уклонится от ужасной судьбы и

последствия будут перенесены кем-то другим. Также все жертвоприношения основаны на вере, что, если опасные последствия судьбы или проклятья могут быть перенаправлены на кого-то еще, то первоначальный объект судьбы может быть пощажён.

Таким образом, эпискрипт представляет собой некое деструктивное психическое образование на предсознательном уровне — результат негативного родительского программирования, основанное на магическом предположении, что человек может избежать трагедии, заложенной в деструктивном сценарии, если передаст ее жертвенному объекту [2]. Отмечено, что существуют люди с деструктивным сценарием, которые хорошо функционируют в течение некоторого периода жизни без избавления от своего сценария. Обычно это связано с тем, что они «транслируют» свой сценарий подходящему реципиенту для эпискрипта. В этом контексте нас наиболее интересовала внутрисемейная динамика наиболее фатальных моментов сценария, а именно — установок на саморазрушение как в наиболее классическом варианте (парасуициды), так и в более широком (несуицидальные формы аутоагрессии).

В нашем исследовании с помощью сценарного опросника [7] в ходе полуструктурированного терапевтического интервью для выявления паттернов аутоагрессивного поведения и их предикторов [8] было обследовано 125 семейных пар, где муж страдал алкогольной зависимостью (II стадия заболевания). Параллельно изучались варианты внутрисемейной динамики. Было выяснено, что у 44% жен мужчин, страдающих алкогольной зависимостью, встретились явные указания на присутствие у них родительского послания «Не

живи» [9], а у 19,2% это послание было ведущим. Можно было предположить, что именно эти женщины будут являться вероятными носителями классических аутоагрессивных модусов поведения (суицидальные попытки в анамнезе, суицидальные мысли, практически реализовавшиеся в суицидальную попытку), которые были обнаружены у 28% респонденток. Однако у девяти из них (25,7%) не было обнаружено данных психологических конструкторов. При дальнейшем анализе этих семейных пар (подробное изучение анамнеза основного заболевания, индивидуальной и внутрисемейной динамики саморазрушающих паттернов поведения) в четырех случаях были обнаружены указания на присутствие механизма эпикрипта.

Это послужило поводом для настоящей работы, поскольку мы и ранее наблюдали семейные пары, где этот механизм отчетливо присутствовал, но имели лишь приблизительное представление о распространенности этого варианта, рассматривая его, скорее, как казуистику. Безусловно, 3,2% это не слишком много, но, тем не менее, уже заслуживает внимания. Для иллюстрации мы используем клинические примеры, не вошедшие в данное исследование (поскольку пока нет длительного динамического наблюдения и проводится активная психотерапевтическая работа по коррекции сценарных механизмов). В этих примерах имеются четкая динамика наблюдения и элемент завершенности сценарных процессов (к сожалению, в обоих случаях трагический), а также был элемент возврата эпикрипта («феномен бумеранга»), что делает их наиболее показательными. Еще раз подчеркнем, что все эти семейные пары радикально «не вписывались» в общую картину алкогольной семьи и при детальном целенаправленном изучении «параллельных» анамнезов (акцент делался на наркологической и суицидологической составляющих) членов семейной группы нами был обнаружен ряд любопытных особенностей, которые и отражены в предлагаемых ниже клинических наблюдениях.

Наблюдение №1

Больной Б., 47 лет, разнорабочий, ранее — инженер-технолог. Находился на амбулаторном наблюдении с 1998 по 2008 гг. Диагноз: до 2007 г. — *алкогольная зависимость, II стадия, высокопрогредиентное течение, псевдозапойный тип злоупотребления алкоголем*; с середины 2007 г. — *алкогольная зависимость, III стадия, высокопрогредиентное течение, запойный тип злоупотребления алкоголем, алкогольная энцефалопатия, хронический гепатит смешанной этиологии (вирусный и токсический), стадия умеренного обострения. Токсическая миокардиодистрофия.*

Анамнестические сведения. Отец пациента злоупотреблял алкоголем, умер в 45 лет «от сердца» после запоя. Раннее развитие без особенностей, третий ребенок в семье, «незапланированный» и впоследствии «нелюбимый». Всегда переживал из-за того, что мать его любит не так сильно, как других детей. С успехом окончил школу, учился значительно лучше братьев, единственный поступил в институт и с успехом его закончил. Женился поздно, в 30 лет, на женщине с ребенком 10 лет (в принципе, больше ни с кем не встречался, так как всегда «не был уверен в себе и никому не был нужен»). Срок семейной жизни Б. составил 15 лет, на момент последней терапевтической встречи находился в состоянии развода.

Наркологический и суицидологический анамнез. Б. первый раз попробовал спиртное в 22 года, злоупотреблять спиртными напитками начал с 26 лет, что связывает с влиянием коллектива, похмельный синдром сформировался к 31 году. Похмельный синдром носит развернутый характер с выраженными соматоневрологическими и психическими компонентами. Опохмеление обязательное. Количественный контроль утрачивается после приема 250 г водки, социально-этический контроль резко снижен. Клинически в развитии алкогольной болезни можно выделить несколько этапов.

Первый, или добрачный, этап характеризовался в основном развитием I стадии болезни (26—30 лет) — отмечалось практически ежедневное принятие спиртного в кругу сослуживцев, толерантность достигала 0,5 л водки, не похмелялся, однако к 29—30 годам заметил отчетливую тягу к спиртному.

После вступления в брак не пил порядка четырех месяцев, затем начал пить по 5—7 дней, появился четкий похмельный синдром. В похмельном синдроме был больше представлен психический компонент. Толерантность достигла 1,25 л в пересчете на водку. Светлые промежутки составляли не более 25—30 дней, в момент запоев не выходил на работу на режимное предприятие, неоднократно были взыскания, однако руководство не увольняло «ценного сотрудника». Достаточно часто на фоне похмелья возникали мысли о собственной ничтожности, бессмысленности существования, неоднократно обдумывал способ ухода из жизни и в 1993 г. совершил попытку самоповешения (спасли соседи, о суициде ничего сам не помнит). Многократно употреблял различные суррогаты алкоголя, весьма опасные для жизни, которые находил на производстве. Данный период длился до возраста 32 лет.

Третий период, продлившийся с 32 по 35 лет, характеризуется «спонтанным» улучшением течения алкоголизма. Запой стали возникать в среднем раз в 3 мес., длились не более двух дней. Толерантность не более 0,75 л водки. С этим периодом связан и основ-

ной производственный рост — занял пост начальника большого подразделения завода.

Четвертый этап (возраст 36—38 лет) — спонтанное, без лечения полное прекращение употребления алкоголя. Этот период пришелся на 1998 г., когда он обратился к наркологу по поводу лечения приемного сына от героиновой зависимости, которое было начато и продолжалось порядка года.

После успешного лечения сына, прекратившего употребление ПАВ, и поступления его в вуз для Б. начался пятый этап в развитии алкогольной зависимости. С 39 лет Б. снова начал принимать алкогольные напитки и клинически этот период был очень похож на третий (короткие, редкие запои; средняя толерантность; длительные светлые промежутки; отсутствие социального снижения), однако впервые стал агрессивным в отношении супруги, без повода ревновал ее, неоднократно бил. Этот период длился до 2007 г., когда супруга подала на развод и развелась с ним.

Шестой этап (послеразводный) — часть 2007 и 2008 гг. Диагноз — *алкогольная зависимость, III стадия, высокопрогредиентное течение, постоянный тип злоупотребления алкоголем, алкогольная энцефалопатия, хронический гепатит смешанной этиологии (вирусный и токсический), стадия умеренного обострения. Токсическая миокардиодистрофия* (диагноз поставлен при осмотре врачом-наркологом в реанимационном отделении после отравления неизвестной спиртосодержащей жидкостью). На работе «сократили» в начале 2007 г., с тех пор пил практически каждый день, жил один в родительском доме. Толерантность до 0,5 л в пересчете на водку, пил преимущественно крепленые вина и самогон. Не следил за собой. Периодически подрабатывал разнорабочим на оптовой базе. Многократно угрожал бывшей жене и тетке суицидом, который впоследствии совершил в 2008 г. (самоповешение). В суицидальной записке, адресованной, кстати, к умершей за 2 года до этого матери, содержалась одна просьба — сжечь его после смерти.

М., 46 лет, бывшая супруга Б. По профессии экономист. Работает по специальности. Наблюдалась амбулаторно с 1998 по 2006 гг. по поводу смешанного тревожного и депрессивного расстройства (F-41.2 по МКБ-10) с выраженными суицидальными тенденциями в рамках терапии созависимого поведения в отношении мужа и сына.

Анамнестические сведения. Единственный ребенок в семье. Отец злоупотребляет алкоголем, инвалид первой группы после перенесенного инсульта. Родилась недоношенной. Росла тихой и болезненной. Отец очень строго относился к дочери, будучи пьяным, избивал мать и выгонял их на улицу, часто ночевали у соседей. Школьные годы без особенностей, была сверхответственная. С успехом окончила институт.

В институте вышла замуж, так как забеременела. В браке прожила 1,5 года, затем брак распался из-за «гулянок мужа», думала, что замуж больше не выйдет. Однако в 29 лет на предприятии встретила Б., с которым они через полгода оформили брачные отношения. Знала, что Б. «выпивает», тем не менее, в остальном он казался положительным и «ведомым», была уверена, что пить он прекратит. После брака, действительно, муж почти полгода не пил. Затем последовали два года «алкогольного ада», муж пил длительными запоями, постоянно прогуливал ответственную работу, «попросту спивался», постоянно высказывал суицидальные мысли и совершил одну суицидальную попытку. Этот период М. характеризует как «этап борьбы и разочарований». Трижды пыталась лечить мужа («кодирование», «подшивание»), длительность ремиссий не превышала 1—3 мес. Однако все это время чувствовала «прилив сил», свою особенную значимость для мужа, готова была «горы свернуть».

Суицидологический анамнез. До второго брака никаких значимых для суицидологического анализа моментов не отмечалось. Характеризовала себя как крайне жизнерадостного, позитивного человека, которого не могли смутить никакие бытовые трудности. После проблем с алкоголем первого мужа дала себе зарок близко не подходить к пьющим мужчинам. Как так получилось, что второй муж тоже оказался больным алкоголизмом, рационально объяснить затрудняется, «была уверена, что они разные». Крайне негативно относилась к самой идее насильственного ухода из жизни, так как в школе старшеклассница покончила с собой, вызвав у М. «бурю непонимания».

После суицидальной попытки мужа (1993 г.), которая последовала спустя один месяц после очередного «кодирования», впервые в жизни испытала отчаяние, безнадежность. В это же время впервые «ниоткуда» возникли отчетливые суицидальные мысли, хотела умереть, представляла картину собственной смерти и похорон, жалела себя. Однако чувствовала, что ничего с собой не сделает, так как у нее есть прекрасный сын.

Последующие 3—4 года «не узнавала себя»: стала болезненной, депрессивной, начала курить (хотя раньше крайне негативно относилась к этому). Подруги говорили, что ее подменили. Стала постоянной клиенткой поликлиники (часто обостряющийся пиелонефрит, стенокардия, мелкоузловой зоб щитовидной железы, синдром раздраженной толстой кишки). Часто фантазировала на темы собственной смерти, часто была тоскливой, подавленной. Минимум трижды серьезно обдумывала вариант реализации самоубийства, но об этом никому не рассказывала. Стала «обузой» для мужа и сына, которому к этому времени исполнилось 15 лет. В 1995 г. после психотравмирующей ситуации на службе и ссоры с мужем выпила горсть разных таблеток, спустя 15 мин началась

самопроизвольная рвота, что спасло её жизнь (суицидальную попытку от мужа и сына утаила), пообещав себе впредь никогда ничего подобного не совершать, однако мысли о том, что, возможно, было бы лучше тогда умереть, периодически возникали. Этому периоду четко соответствует третий период наркологического анамнеза мужа, когда он спонтанно практически прекратил выпивки, всю свою энергию посвящал работе и заботе о соматическом состоянии супруги.

Е., 27 лет, сын М. Наблюдался амбулаторно с мая 1998 г. по июнь 1999 г. с диагнозом *героиновая наркомания*, когда ему было 17—18 лет.

Анамнестические сведения. Родился от первого брака М., с биологическим отцом никогда не общался. Раннее развитие без особенностей. Рос тихим, безынициативным и подчиняемым ребенком (со слов педагогов). При этом пользовался безграничной любовью матери, которая его боготворила. Повторный брак матери воспринял в «штыки», долго не мог поладить с отчимом. Особенно его раздражала привычка отчима «плохо обращаться с мамой», когда тот был нетрезвый. Был свидетелем суицида отчима, когда его спас сосед, вытащив из петли. Любил читать, особенно приключенческую литературу. Хорошо помнит момент, когда «мама вдруг изменилась», из всегда веселой, заботящейся и любящей, вдруг стала «усталой», стала часто и подолгу болеть, меньше времени уделяла сыну, что вызывало у него обиду и злость на отчима, «от которого все и произошло». Стал чаще проводить время в дворовой компании.

Наркологический анамнез. В 13 лет впервые попробовал спиртное, стал курить. Но старался не появляться дома с запахом сигарет или спиртного, чтобы не расстроить мать. К наркотикам, тем не менее, в этот период относился крайне отрицательно, хотя его друзья часто курили «травку». До 15 лет от их приема отказывался. Хорошо помнит тот день, когда первый раз попробовал героин. Отчим накричал на мать, говорил, что она «больная вся», что он еще молодой и найдет себе другую. Е. был свидетелем этой сцены, пережил ее очень тяжело, готов был убить отчима. Вечером этого же дня выступил инициатором приобретения и приема героина. Через три месяца регулярно употреблял героин. Спустя два месяца про это узнали родители (рассказал сам — назло отчиму).

Наркологическая и суицидологическая семейная динамика с момента идентификации Е. как героинового наркомана: этот период (с 15,5 лет подростка до 18) характеризуется постоянной борьбой его родителей с болезнью при выраженной пассивной позиции ребенка, который длительное время продолжал наркотизацию в «ужасной» по его словам компании (где были несколько человек ВИЧ-инфицированы). Знал, что может заразиться, но «было все равно», хотя раньше никаких антивитальных паттернов поведения не демонстрировал.

В это время значительно поменялись оба родителя. Для отчима этот период соответствовал четвертому периоду его алкогольного анамнеза (спонтанное, длительное прекращение употребления алкоголя), все силы посвящал попыткам лечения ребенка, испытывал угрызения совести по поводу того, что не смог стать хорошим отцом. Мать снова стала прежней, стеничной и гиперзоботящейся. Неоднократно обращались за наркологической помощью, однако обычно дело дальше детоксикации не шло. Характерно, что, несмотря на очевидные неудачи в лечении, ни Б., ни М. за это время не отмечали каких-либо аутоагрессивных тенденций. М. с удивлением для себя заметила, что практически вся соматическая патология исчезла, вновь появилось ощущение жизни, собственной необходимости. Это продолжалось вплоть до окончания долгосрочной терапии Е. в 1999 г. Е. с этого времени и до 2008 г. воздерживается от приема ПАВ; спустя полгода с момента окончания терапии женился и стал жить отдельно от родителей в другом городе. Свадьба и переезд сына ознаменовали наступление нового этапа в отношениях Б. и М., который разительно напоминал период до возникновения у Е. наркомании: Б. периодически снова стал выпивать (пятый этап его наркологического анамнеза), запои носили короткий характер (до 2—3 дней), пил «только качественные спиртные напитки», светлые промежутки достигали 2,5 мес. Нетрезвый был агрессивен в отношении жены, часто бил ее, стал беспредметно ревновать. Супруга период с 1999 по 2004 гг. характеризует как самый тяжелый в своей жизни. Потеряла смысл жизни, жила с мужем «по инерции», многократно отмечала появления суицидальных мыслей, снова стала часто болеть. Единственным «светом в окошке» был сын и родившаяся внучка. Е. после отъезда прервал отношения с отчимом, М. с удовольствием уезжала в гости к сыну, чем вызывала еще большую агрессию со стороны мужа. В 2006 г. после очередной ссоры с пьяным мужем решила покончить с собой. Тщательно планировала предстоящий суицид, всю свою жизнь представляла как одно большое фиаско. В момент этих размышлений М. впервые пришла к мысли развестись с мужем. Через два дня М. подала заявление на развод, чем спровоцировала 2-месячный запой у Б. Эти два месяца жила у сына. Через месяц состоялся развод. С этого времени живет в другом городе, с бывшим мужем не общается, знает про его судьбу от бывших соседей. За два последующих года «впервые занялась собой», периодически приезжала на поддерживающие сессии, чувствовала себя впервые за много лет счастливой. Практически перестала болеть, «болезни вдруг стали вылечиваться», суицидальных мыслей не отмечает. Появились новые знакомые, в последние три месяца до последней сессии начала встречаться с мужчиной, но «без серьезных намерений», с ее слов, ее избранник — первый из ее муж-

чин, кто не имеет проблем с алкоголем (при этом часто в разговоре вспоминает сценарные мотивы своего прежнего поведения).

Б. после развода начинает интенсивно пить, затем последовало его увольнение с занимаемой должности и стремительная социальная и личностная деградация (что соответствует шестому этапу наркологического анамнеза). В середине 2008 Б. самостоятельно обратился за наркологической помощью. Однако спустя два дня заявил, что лечиться не будет и справится сам, так как «все понял», на приеме был трезвый. В конце 2008 г. Б. после запоя длительностью порядка трех месяцев покончил с собой.

На рис. 1 отражена графическая динамика вышеизложенного примера.

В данном случае описан вариант многоуровневого типа передачи эпискрипта, который хорошо прослеживается во временном континууме. Первый этап передачи деструктивного сценария от мужа супруге является, скорее, не таким уж редким явлением (вероятно, имеет место недодиагностика подобных состояний в клинической практике в связи с недостаточной разработанностью темы) и является секретным контрактом в некоторых браках, когда один партнер (обычно партнер с подвижным недеструктивным сценарием) принимает эпискрипт другого, освобождая, таким образом, носителя сценария, по

меньшей мере временно, от его трагической судьбы [2, 8]. Однако на следующем этапе следует вторичная передача деструктивных установок сыну. Дети, по данным F. English, достаточно часто выступают реципиентами для родительского сценария [9], этот момент интуитивно знаком большинству детских психиатров и психотерапевтов и объясняет тот факт, что, когда ребенок, являющийся носителем эпискрипта, уезжает из дома или погибает, другой ребенок передвигается в эту роль либо эпискрипт возвращается первоначальному владельцу. В нашем примере сын является вторичным реципиентом эпискрипта, но идентифицирован он был как банальный героиновый наркоман, однако дальнейшие события жизни семьи Б. расставляют все на свои места. После удачного лечения наркомании Е. на уровне работы со сценарными механизмами поведения, закончившегося принятием нового решения «Жить», начинается обратное движение «локомотива» саморазрушения: сначала обратно к матери, а затем к страдающему алкогольной зависимостью отцу. Образно можно констатировать, что пущенный бумеранг вернулся владельцу. Сама F. English описывала эпискрипт как игру в горячую картошку, которую игроки перебрасывают из рук в руки, чтобы не обжечься... [9]. В любой подобной игре бывает «последний игрок» и далеко не всегда это тот, кто ее начал, как это представлено в нашем наблюдении.

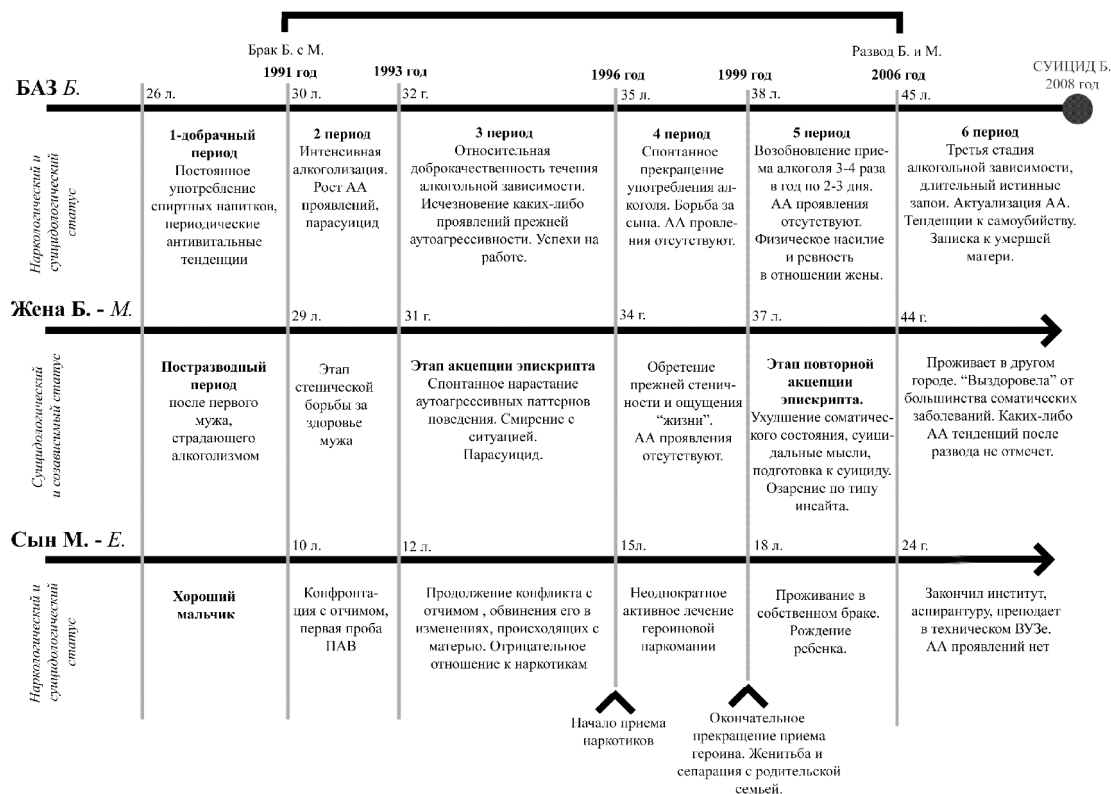


Рис. 1. Динамика наркологических и суицидологических характеристик в клиническом наблюдении №1: АА — аутоагрессия; БЗ — большой алкогольной зависимостью

Следующий пример еще более необычен. Если традиционно для «алкогольного» брака сам мужчина, страдающий алкогольной зависимостью, выступает в роли главного патологизирующего ситуацию субъекта, а окружающие его другие члены семьи — в виде пассивного, реже активного, страдающего элемента — созависимая модель, или в роли акцептора деструктивного сценария — эпискрипт модель (пример, приведенный выше и [3]), то в данном случае передача деструктивного сценария на саморазрушение исходит от супруги, по сути, создающей и формирующей мужа-акцептора эпискрипта.

Наблюдение №2

Больной С., 38 лет, по профессии врач-гинеколог. Находился на амбулаторном наблюдении с 2003 по 2007 гг. Диагноз: *алкогольная зависимость, II стадия, высокопрогрессирующее течение, псевдозапойный тип злоупотребления алкоголем*.

Анамнестические сведения. Никто из близких родственников алкоголем не злоупотреблял. Раннее развитие без особенностей, второй ребенок в семье. Мать характеризует как властную, «главную в семье», отца — как спокойного «подкаблучника». С успехом окончил школу, затем институт. По характеру всегда был спокойным, «скорее нерешительным». Женился сразу после института на однокурснице. Впоследствии супруга по поводу женитьбы заявляла: «Я просто выбрала его, иначе он бы со своей матерью никогда не женился...». Отношения через полгода стали конфликтными, супруга стала проводить много времени со своими подругами, неоднократно изменяла мужу. Долгое время не могла забеременеть (3 года), первая и единственная беременность закончилась выкидышем на раннем сроке. В результате С. стал все более отдаляться, у него появилась «мужская компания», стал часто выпивать, чтобы расслабиться и забыться, периодически не ночевал дома. В 35 лет подал на развод, так как жизнь с женой стала «совершенно невыносима» вследствие ее прямых конфликтов трезвой жизни пациента после проведенного лечения. В настоящее время женат второй раз, в браке счастлив, имеет от брака близнецов.

Наркологический и суицидологический анамнез. С. в первый раз попробовал спиртное в 19 лет в институте, эффект алкоголя крайне не понравился, поэтому впоследствии алкоголь употреблял только «по праздникам», сторонился пьющих компаний, увлекался спортом. После трех лет брака «стал искать понимания вне семьи, так как семейная жизнь оказалась кошмаром», постепенно нашла компания, в которой начал более-менее регулярно употреблять спиртные напитки, регулярно стал злоупотреблять алкоголем примерно через год после этого, спустя еще год появился четкий похмельный синдром (возраст — 28 лет). Похмельный синдром носит разверну-

тый характер с выраженными соматоневрологическими явлениями. Периодически употреблял различные сурrogаты алкоголя. Появилась различная алкогольассоциированная соматическая патология (язвенная болезнь 12-перстной кишки, гипертоническая болезнь, «какие-то проблемы с печенью и поджелудочной железой»). В последующие 3 года неоднократно обращался за наркологической помощью по инициативе жены (хотя она алкоголиком его не считала). Однако срок терапевтических ремиссий не превышал двух месяцев. Расценивал свою жизнь, включая семейную, как неудавшуюся. Отмечал периодические пассивные суицидальные мысли. Заметил, что состояние жены после того, как он стал «серьезно» выпивать, изменилось, стала более заботливой, менее вспыльчивой, больше времени уделяла мужу. В возрасте 34 года прошел антиалкогольное лечение, последовала ремиссия сроком 3 года (срок лечебного воздействия — 3 года), после чего «на всякий случай» продлил срок лечебной программы на 15 лет. Супруга в лечении принимать участие отказалась, считая, что у мужа «просто глупость, а не болезнь», несмотря на неоднократные просьбы терапевта и собственные профессиональные знания. Спустя полгода жена стала явно провоцировать мужа выпить (отметил это сам), стала агрессивной, вспыльчивой, сама снова стала часто выпивать в компании подруг и устраивать мужу скандалы в состоянии опьянения, что послужило формальной причиной развода.

Т., бывшая супруга С., по профессии врач. Покончила жизнь самоубийством в возрасте 35 лет.

Анамнестические сведения и суицидологический анамнез. Отец злоупотреблял алкоголем, умер в 50 лет от печеночной недостаточности. Раннее развитие без особенностей, росла импульсивной, «скандальной», но школу окончила с отличием. Еще в седьмом классе начала курить, алкоголь попробовала тогда же. В возрасте 15 лет была попытка изнасилования взрослым мужчиной. Успешно окончила медицинский институт, приобрела специальность врача-психиатра. До брака с С. неоднократно пыталась покончить жизнь самоубийством (две попытки самоотравления «из-за неудавшейся любви» — в 17 лет и в 21 год, одна из-за несданного экзамена в институте — резала вены). Сама утверждала, что все попытки носили демонстративно-шантажный характер. После замужества «тихий период» длился полгода, после чего поняла, что с мужем ее мало что связывает, очень хотела забеременеть «чтобы была нормальная семья», но в течение трех лет беременность не наступала. Стала основным время проводить с институтскими подругами, часто выпивали. Мужу верность не хранила. После очередного конфликта (по поводу собственного поведения) в состоянии алкогольного опьянения пыталась отравиться димедролом (выпила 50 таблеток), сама спустя 5 мин промыла желудок. Свое парасуицидальное поведение расцени-

вала «как истерию в чистом виде, осложненную бытовым пьянством». После того, как у мужа появились «проблемы» со спиртным, активно в течение последующих семи лет пыталась «помочь» ему справиться с проблемой, хотя больным его фактически не считала, была уверена, что он излишне ипохондричный, а врачи «гипердиагности и она сама лучше знает». В этот период семейной жизни отмечает в целом улучшение отношений, лучшее взаимопонимание с мужем, чувство наполненности жизни. Практически прекратила сама употребление алкоголя, каких-либо суицидальных тенденций не отмечала, утверждала, что это пережитки молодости и она «прошла это время». Была успешна в профессиональной деятельности, много занималась общественной работой. При начале терапии мужа (2003 г.) отказалась от участия в супружеском варианте терапии, заняла крайне пассивную позицию. Связывала это с географической удаленностью и «непониманием метода и смысла терапии» при формально очень высоком уровне интеллекта и уровне профессиональных знаний. После полугода успешной и гармоничной ремиссии у мужа поведение Т. изменилось: стала раздражительная, возобновились скандалы, заметно чаще стали праздники с обязательным приемом алкоголя. Открыто смеялась над трезвой жизнью мужа, предлагала выпить, так как «все равно когда-нибудь напьемся», в нетрезвом виде оскорбляла его. Все его просьбы о ее терапии в рамках лечения созависимого состояния отвергала. С. спустя год подал заявление на развод, однако Т. была абсолютно уверена, что муж от нее никуда не уйдет. Развод у Т. вызвал, со слов мужа, шок и непонимание, была уверена, что скоро этот «фарс» закончится. Спустя год после развода покончила с собой (повесилась), находясь в алко-

гольном опьянении, записки не оставила (информация получена со слов матери Т.).

На рис. 2 отражена графическая динамика вышеизложенного примера.

Данный пример в большей степени показывает возможность алкоголизма становиться орудием акцепции деструктивного эпискрипта, а также генетическую связь алкогольной зависимости как орудия саморазрушения с феноменом аутодеструкции вообще.

В обоих приведенных наблюдениях мы отчетливо можем проследить все этапы передачи деструктивных сценарных конструктов (эпискрипта): первичное носительство саморазрушающего сценария жизни; его передача с ощущением «облегчения»; акцепцию эпискрипта; реализация инкорпорированной деструктивной программы реципиентом; возвращение эпискрипта первичному носителю (последний этап, по-видимому, не является обязательным и представляет собой, скорее, исключение из правил). Нам думается, что реципиент чаще забирает эпискрипт «навсегда», реализуя его до финальной черты. Мы считаем, что в таких случаях имеет место и достаточно активный поиск потенциальным акцептором будущего донора сценария. При этом варианте реципиент бессознательно, а в ряде случаев и осознанно занимает роль «трагического» героя, который готов пострадать «в ваше же спасение», являя собой извращенное понимание основной христианской доктрины. Подобные случаи, скорее, не рассматриваются терапевтами как возможный вариант эпискрипта и лечебная модель строится без привлечения, по сути, главного действующего лица либо оно впоследствии остается безоружным перед фактом возвратившегося деструктивного сценария.

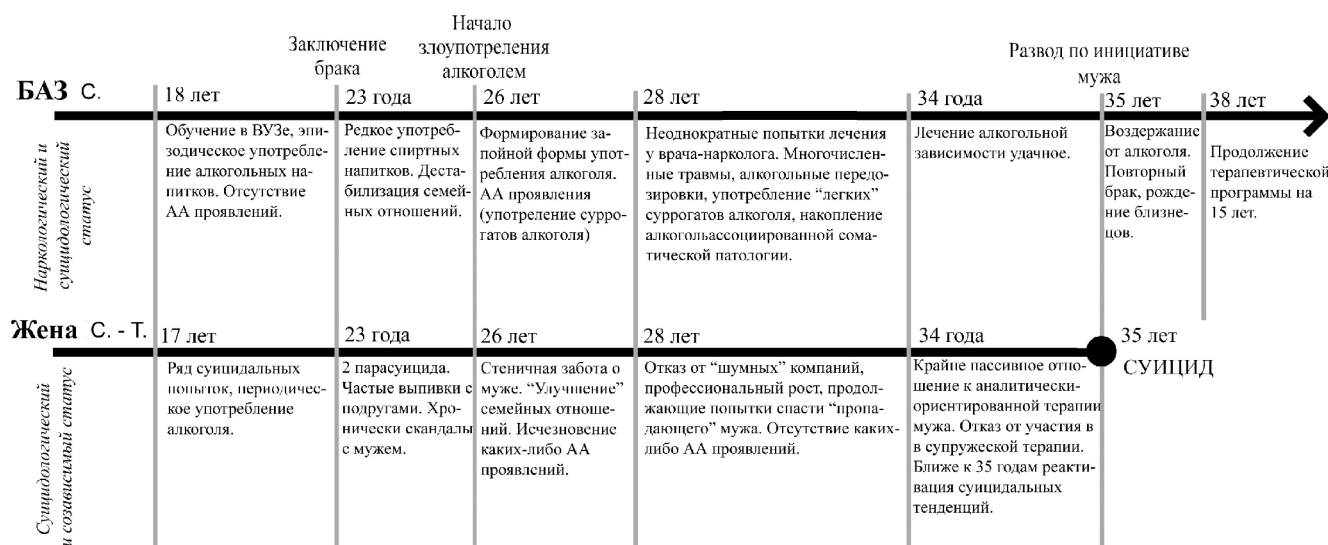


Рис. 2. Динамика наркологических и суицидологических характеристик в клиническом наблюдении №2: АА — аутоагрессия; БАЗ — большой алкогольной зависимостью

Выводы

1. Одним из вариантов динамики семейной системы у больных алкогольной зависимостью, с позиций наркологической и суицидологической практик, является эпискрипт-модель.

2. Принимая во внимание вышеизложенные примеры, можно предположить существование как минимум двух вариантов эпискрипт-модели в алкогольных браках: с элементом возвращения деструктивной программы первичному носителю и без такового.

3. В наркологической и суицидологической практиках важно помнить о возможности присутствия феномена эпискрипта для более адаптивной модели структурирования лечебного процесса и формирования динамического взгляда на морфогенез болезней зависимости (особенно в контексте семейной динамики).

4. Идентификация эпискрипта является специфическим проводником к самому сценарию и позволяет более гибко строить терапевтическую программу зависимо-созависимой диады.

Список литературы

1. Зайцев С.Н. Созависимость — умение любить: Пособие для родных и близких наркомана, алкоголика. — Н. Новгород, 2004. — 90 с.
2. Майер Ф., Минирт П., Хемфеот Р. Выбираем любовь (Борьба с созависимостью). — М.: Триада, 2005. — 320 с.
3. Меринов А.В. Вариант эпискрипта в семьях больных алкогольной зависимостью // Наркология. — 2010. — №3. — С. 77—80.
4. Москаленко В.Д. Зависимость: семейная болезнь. — М.: ПЕР СЭ, 2002. — 336 с.
5. Парран Т.В., Липмен М.Р., Фаркас К. Проблемы болезней зависимости в семье // Вопросы наркологии. — 2007. — №3. — С. 78—88.
6. Проблемы семьи, отягощенной алкогольной зависимостью: Актуальность. Диагностика. Коррекция / И.А. Кибальченко и др. — Ростов н/Д: Феникс, 2007. — 478 с.
7. Стюард Я., Джойнс В. Современный транзактный анализ. — М.: Социально-психологический центр, 1996. — 332 с.
8. Шустов Д.И., Меринов А.В. Диагностика аутоагрессивного поведения при алкоголизме методом терапевтического интервью: Пособие для врачей психиатров-наркологов и психотерапевтов. — М., 2000. — 20 с.
9. English F. Episcrypt and the «hot potato» game // Transactional Analysis Bulletin. — 1969. — Vol. 8. — P. 77—82.
10. Steward I. Developing Transactional Analysis Counselling. — London, Thousand Oaks, New Delhi, «SAGA Publications», 1996. — 286 p.

FAMILY DYNAMICS OF SELF-DESTROYING BEHAVIOUR PATTERNS IN ALCOHOLICS' FAMILIES FROM THE POINT OF VIEW OF EPISCRIPT MODEL

MERINOV A.V., SHUSTOV D.I.

The article studies some script mechanisms found in alcoholic's families and known as episcrypt. The dynamics of relations in alcoholic's family taking into account drift of autoaggressive behaviour patterns and changes of narcological characteristics of primary disease have been described. Clinical variants of development of episcrypt model of family relations have been suggested. The given information can help to make therapeutic correction program of dependent and co-dependent relations more flexible.

Key words: autoaggressive behaviour, alcoholic's family, co-dependence, episcrypt

Сравнительные характеристики структурных различий в предоставлении медицинских услуг больным ВИЧ-инфекцией с сопутствующим злоупотреблением психоактивными веществами

КОРЕНЬ С.В.

к.м.н., ст.н.с. отделения профилактики СПИДа и других инфекционных заболеваний, ФГУ «Национальный научный центр наркологии» Минздравсоцразвития России, 119002, Москва, Мал. Могильцевский пер., 3, тел./факс: (499) 2417444, e-mail: psycab@rambler.ru

ДОЛЖАНСКАЯ Н.А.

к.м.н., ст.н.с.; зав. отделением профилактики СПИДа и других инфекционных заболеваний, ФГУ «Национальный научный центр наркологии» Минздравсоцразвития России, 119002, Москва, Мал. Могильцевский пер., 3, тел. /факс: (499) 2417444, e-mail: natasha.dolzanskaya@gmail.com

С позиции наркологической и инфекционной служб рассмотрены основные характеристики «типичного пациента» с двойным диагнозом — ВИЧ-инфекции и героиновой зависимости. Полученные данные медицинской документации о лечебно-профилактической помощи, оказанной потребителям инъекционных наркотиков (ПИН), подтверждают предположение о «разобщенности» между функциями центров СПИДа и наркологических учреждений в контексте оказания помощи потребителям наркотиков с ВИЧ-инфекцией. С целью обеспечения непрерывности и преемственности лечебно-профилактической работы с потребителями психоактивных веществ (ПАВ) обосновывается необходимость дополнительного анализа возможных путей построения взаимодействия между ЛПУ наркологического профиля и центрами СПИДа.

Ключевые слова: медицинские услуги, ВИЧ-инфекция, потребители наркотиков, двойной диагноз

Введение

Парентеральное введение наркотиков занимает ведущее место в структуре основных факторов риска инфицирования вирусом иммунодефицита человека [3, 5]. Высокий риск развития ВИЧ-инфекции и распространенность у потребителей наркотиков сочетанной патологии требуют комплексного решения проблемы оказания лечебно-профилактической помощи пациентам, страдающим зависимостью от ПАВ, в ЛПУ наркологического профиля и в центрах СПИДа [1].

В связи с этим у наркологической и инфекционной служб возникает необходимость обеспечения ВИЧ-инфицированных потребителей наркотиков комплексом лечебно-профилактических мероприятий, позволяющих достичь их полного охвата и удержания в терапевтических программах [4].

Одной из насущных проблем при работе с пациентами с двойным диагнозом — ВИЧ-инфекция и наркотическая зависимость — является преемственность и налаживание эффективного взаимодействия между ЛПУ наркологического профиля и центрами СПИДа. Высокая степень коморбидности наркомагии и ВИЧ-инфекции и недостаточная изученность ряда проблем оказания лечебно-профилактической помощи пациентам с зависимостью от ПАВ определили актуальность такого взаимодействия.

Объект и методы исследования

Исследования проводились в лечебно-профилактических учреждениях наркологического профиля и центрах СПИДа Калининградской и Тверской областей, оказывающих специализированную помощь пациентам с «двойным» диагнозом.

Выкопировка и регистрация данных из амбулаторных карт пациентов производилась в специально разработанную анкету, содержательная часть которой базировалась на информации, получаемой из существующих стандартных, утвержденных Минздравом, регистрационных форм: Карты обратившегося за психиатрической (наркологической) помощью (форма №030-1/у-02), Карты диспансерного наблюдения центров СПИД, Медицинской карты амбулаторного наркологического больного (форма №025-5/у-88) и Статистической карты (форма №066-1/у-02).

В соответствии с критериями включения в исследование в анкету регистрировались основные социально-демографические характеристики пациентов; частота и поводы посещений; особенности течения основного и сопутствующего заболевания; комплекс проводившихся лечебно-диагностических мероприятий, включая лечение и диагностику ВИЧ-инфекции и наркотической зависимости; диспансерный учет; экспертизы др.

Для соблюдения конфиденциальности в анкету не включались сугубо личные данные, такие, как фамилия пациента, адрес проживания и место работы.

Данные выкопировывались в течение 3 мес. из карт пациентов, которые обращались в ЛПУ в течение рабочего дня. Критерием включения в исследование было наличие диагноза ВИЧ-инфекции и данных анамнеза, указывающих на злоупотребление инъекруемыми наркотиками (ИН). Общее количество карт, из которых выкопировывались сведения, составило 926: в наркологических диспансерах (НД) — 465 карт — (50,2%), в центрах СПИДа — 461 карта — (49,8%).

На последующем этапе исследования данные, собранные на бумажные носители, переносились в электронные таблицы для формирования компьютерной базы. В процессе анализа были выделены две основные группы сравнения: потребители наркотиков с ВИЧ-инфекцией, обратившиеся первично за наркологической помощью в ЛПУ наркологического профиля, пациенты с ВИЧ-инфекцией, злоупотребляющие ПАВ и находящиеся под наблюдением в центрах СПИДа.

В итоге был проведен сравнительный анализ полученных данных с применением современных методов статистической обработки на персональном компьютере в программе SPSS 10.

Результаты исследования

Средний возраст посетителей НД составил $31,08 \pm 0,3$ года, а центров СПИДа — $31,35 \pm 0,4$ года, и существенной разницы по возрасту между посетителями этих ЛПУ не отмечалось ($p=0,6$). При этом в обеих выборках более половины случаев ВИЧ-инфекции оказались у пациентов в возрастном интервале 25 лет — 32 года.

Как в наркологических учреждениях, так и в центрах СПИДа преобладали пациенты мужского пола: 139 чел. (68,1%) и 154 чел. (66,1%) соответственно. В обеих изучаемых подгруппах преобладание лиц мужского пола оказалось статистически достоверным ($p<0,001$).

Диагноз *ВИЧ-инфекция* был зафиксирован во всех картах пациентов (461 карта, 100%) центров СПИДа, включенных в исследование. По сведениям из карт НД, диагноз *ВИЧ-инфекция* был зарегистрирован у 205 пациентов (44%), из них у 22 пациентов (4,7% выборки) в картах не было сведений о прохождении теста на ВИЧ-инфекцию, а в одном случае был зафиксирован отказ от обследования на ВИЧ. Таким образом, общий объем выборки пациентов с ВИЧ-инфекцией, имевших в анамнезе периоды злоупотребления ИН, составил 442 наблюдения (146 женщин и 296 мужчин) в возрасте от 17 до 49 лет. Из них 205 чел. были пациентами НД и 237 чел. — пациентами центров СПИДа.

Среди пациентов центров СПИДа в 237 картах был зафиксирован факт злоупотребления опиоидами (51,4%). В то же время сведения об опыте злоупотребления другими ПАВ были отражены практически во все картах, попавших в регистрацию, и отсутствовали только в четырех случаях, что свидетельствует о высокой настороженности врачей-инфекционистов в СПИД-центрах в отношении возможной наркотизации своих пациентов.

Более чем у половины пациентов центров СПИДа (52,2%) основным источником доходов являлась работа, в то время как пациенты НД чаще находились на иждивении у своих близких и родственников (45,9%) ($p<0,001$). «Проживание с другими потребителями наркотиков» как возможный фактор распространения ВИЧ-инфекции в медицинской документации пациентов центров СПИДа было отмечено у 35 чел. (14,7%). В картах пациентов НД эти сведения были зафиксированы только у четырех пациентов, и более чем в половине случаев (52,9%) данная информация вообще отсутствовала, что указывает на, возможно, большую закрытость данной категории больных по сравнению с пациентами центров СПИДа.

Оценивая первичную обращаемость потребителей ПАВ с ВИЧ-инфекцией в учреждения наркологического и инфекционного профиля следует отметить, что самостоятельный характер обращения за медицинской помощью был более типичен для пациентов центров СПИДа (72,6%), в то время как в НД «самостоятельно» обращались чуть более половины посетителей (51,7%). Для лиц с первично установленным диагнозом *наркотическая зависимость* было чаще распространено обращение в ЛПУ наркологического профиля «под давлением внешних обстоятельств», в частности милиции (10,7%), родственников (9%) и по направлению судебно-наркологической экспертной комиссии (9%).

В 442 картах пациентов с двойным диагнозом — *наркотическая зависимость* и *ВИЧ-инфекция* — только 12,4% пациентов центров СПИДа находились под диспансерным наблюдением нарколога НД. В то же время под диспансерным наблюдением врача-инфекциониста центра СПИДа находились 65% пациентов. Заслуживает внимания показатель диспансерного наблюдения пациентов центров СПИДа у фтизиатра, отражающий современную тенденцию к росту заболеваемости туберкулезом у пациентов с ВИЧ-инфекцией. В изученной документации практически отсутствовали сведения о наблюдении пациентов центров СПИДа и НД у специалистов других специальностей, что может свидетельствовать о недостаточном обмене информацией между лечебно-профилактическими учреждениями различного профиля.

Сведения о попытках прекратить наркотизацию, полученные из анамнеза обследованных, могут рассматриваться как важный индикатор проблем, связанных со злоупотреблением наркотиками, и косвенно отражать тяжесть наркотической зависимости [2]. Прекратить прием наркотиков не пытались ни разу 30 пациентов (12,6%) центров СПИДа, а из 205 пациентов НД с ВИЧ-инфекцией у 203 чел. (99%) была хотя бы однократная попытка бросить наркотики (самостоятельно или в условиях ЛПУ). Из 442 обследованных потребителей ПАВ с ВИЧ-инфекцией 232 чел. (52,5%) предпринимали попытки прекратить наркотизацию самостоятельно. Из 210 чел. (47,5%), обращавшихся за наркологической помощью, пытались прекратить наркотизацию от одного до 29 раз, а 84,8% лиц, обращавшихся в ЛПУ для прекращения наркотизации, составляли пациенты НД. Большинство пациентов СПИД-центра обращалось за подобной услугой не более трех раз.

Среди пациентов центров СПИДа отмечался несколько более высокий уровень рискованного поведения, связанного с инъекционным введением наркотиков, — (8,1%), по сравнению с посетителями НД (3,9%) ($p < 0,001$). Не пользовались чужими шприцами 37,1% пациентов НД с ВИЧ-инфекцией и 71,5% потребителей наркотиков с ВИЧ-инфекцией в центрах СПИДа. Однако в медицинской документации НД в 59% случаев отсутствовала информация о практиках рискованного поведения, что может свидетельствовать о недостаточном внимании к данному вопросу со стороны врачей-наркологов.

Важными показателями, оказывающими существенное влияние на тактику ведения больных с ВИЧ-инфекцией и своевременное назначение ВААРТ, являются сроки установления диагноза, клинические показания и данные лабораторных исследований, определение иммунного статуса, включая количество CD4-клеток и др. [6].

У потребителей наркотиков — пациентов НД — среднее время от момента установления диагноза ВИЧ-инфекция составило $6,6 \pm 0,2$ года и было достоверно больше, чем у пациентов центров СПИДа, — $5,3 \pm 0,2$ года ($p < 0,001$). Среди пациентов НД 14 чел. (6,8%) не имели даты установления диагноза ВИЧ-инфекция, а в центрах СПИДа был зарегистрирован только один такой пациент ($p = 0,03$).

В медицинской документации подавляющего большинства пациентов с ВИЧ-инфекцией (99%), находившихся на лечении наркологических ЛПУ, данные об иммунном статусе отсутствовали, а информация о получении ВААРТ была только у одного пациента НД с давностью заболевания более 4 лет. В то же время в центре СПИДа среди пациентов, потребителей ПАВ с ВИЧ-инфекцией, ВААРТ получали

142 пациента (62,4% выборки) с различными сроками установления диагноза. Выявленная разница в сведениях о назначении ВААРТ пациентам с ВИЧ-инфекцией в НД и в центрах СПИДа может быть связана и с отсутствием показаний к ее назначению. Но отсутствие полной информации о показаниях к назначению ВААРТ в медицинской документации НД не позволяет ответственно делать такое утверждение. Скорее, это может свидетельствовать о недостатке знаний или о низкой мотивации врачей-наркологов к сбору и учету сведений не только о рискованном поведении потребителей наркотиков, но и о лечении ВИЧ-инфекции у пациентов с зависимостью от ПАВ. Кроме того, эти различия могли быть связаны и с отсутствием необходимого взаимодействия и обмена информацией между лечебно-профилактическими учреждениями, предоставляющими специализированную помощь практически одной и той же целевой группе пациентов.

Были получены сведения о назначении ВААРТ пациентам с зависимостью от ПАВ в связи с различными сроками установления диагноза ВИЧ-инфекция. Так, из 148 чел., получавших антиретровирусную терапию в центре СПИДа, только в 12 случаях (5,1%) ВААРТ была прекращена. В целом для описания причин прекращения приема ВААРТ использовались следующие основные формулировки: злоупотребление алкоголем, отказ от лечения, отсутствие препаратов, отсутствие необходимого уровня приверженности к лечению со стороны пациента и по причине злоупотребления наркотиками.

При этом прекращение ВААРТ по причинам, связанным со злоупотреблением наркотиками, составило всего 2 случая (0,8%), что говорит о достаточной способности потребителей наркотиков с сопутствующей ВИЧ-инфекцией подчиняться проводимой терапии.

Для уточнения возможной связи между медицинскими услугами, предлагаемыми ПИН с ВИЧ-инфекцией в ЛПУ наркологического профиля и в центрах СПИДа, нами был проведен анализ основных лечебных и других мероприятий (экспертизы, выдача медицинской документации), зарегистрированных в изученной медицинской документации пациентов.

В ходе выкопировки были выявлены 28 различных функций медицинского сервиса, предоставляемого двумя обследуемыми учреждениями. Среди них были: консультации нарколога, инфекциониста, фтизиатра, невропатолога, терапевта, дерматовенеролога, хирурга, психолога, стоматолога, гинеколога, гематолога, онколога; лабораторные и инструментальные обследования на сифилис, на антитела к ВИЧ, определение вирусной нагрузки и иммунного статуса (CD4-клетки), флюорографическое исследование и др. Получение курса медикамен-

тозного лечения оппортунистических заболеваний и ВИЧ-инфекции (ВААРТ), прохождение консультирования до и после теста на ВИЧ, детоксикация (лечение абстинентного синдрома), реабилитация по поводу наркотической зависимости, поддерживающая психофармакотерапия наркотической зависимости, экспертиза трудоспособности, экспертиза на состояние наркотического опьянения; получение больничных листов, справок по месту требования, выписок из истории болезни. Среди сведений о консультациях у различных специалистов в центре СПИДа и в наркологическом диспансере из анализа была исключена информация о наблюдении у онколога, так как у данного специалиста никто из выборки (442 чел.) не наблюдался.

Заключение

Сведения, получаемые из медицинской документации, являются основными не только для мониторинга ситуации, связанной с употреблением наркотиков, но и для повышения качества оказания наркологической помощи, и для расширения представления о потребности пациентов с зависимостью от ПАВ в других видах специализированной помощи.

Данные медицинской документации о лечебно-профилактической помощи, оказанной ПИН, подтверждают предположение о наличии «разобщенности» между функциями центров СПИДа и наркологических учреждений в контексте оказания помощи потребителям наркотиков с ВИЧ-инфекцией.

Важными задачами при оказании медицинской помощи таким пациентам являются максимальное расширение охвата всем комплексом необходимых лечебно-профилактических мероприятий, координации усилий специалистов различного профиля и четкая координация в их действиях при назначении терапии.

Для выработки новых подходов к совершенствованию организации наркологической помощи пациентам с ВИЧ-инфекцией необходим учет комплекса субъективных и объективных факторов. Сведения, получаемые из медицинской документации, являются основными не только для мониторинга ситуации, связанной с употреблением наркотиков, но и для повышения качества оказания наркологической помощи, и для расширения пред-

ставлений о потребности пациентов с зависимостью от ПАВ в других видах специализированной помощи.

В медицинской документации должна быть полно и достоверно отражена информация о сопутствующих инфекционных заболеваниях и сведения о постановке на диспансерный учет и о диспансерном наблюдении. Такая информация может быть положена в основу рекомендаций о необходимости комплексного подхода и совершенствования организационных форм оказания наркологической помощи пациентам с зависимостью от ПАВ.

Наличие у потребителей ПАВ сопутствующих заболеваний — «двойного диагноза» и, как правило, значительно большего их числа (гепатиты В и С, туберкулез, ИППП и др.), требует комплексного подхода к предоставлению наркологической помощи при обязательном учете индивидуальных, социальных, медицинских и других проблем, возникающих у каждого конкретного пациента.

Список литературы

1. Barash E.T., Hanson D.L., Buskin S.E., Teshale E. HIV-infected injection drug users: health care utilization and morbidity // *J. Health Care Poor Underserved*. — 2007. — Aug. — Vol. 18(3). — P. 675—686.
2. Bennett M.E., Nidecker M., Strong Kinnaman J.E., Li L., Bellack A.S. Examination of the inventory of drug use consequences with individuals with serious and persistent mental illness and co-occurring substance use disorders // *Am. J. Drug Alcohol Abuse*. — 2009. — Vol. 35(5). — P. 385—390.
3. Bertagnolio S., Derdelinckx I., Parker M., Fitzgibbon J., Fleury H., Peeters M., Schuurman R., Pillay D., Morris L., Tanuri A., Gershy-Damet G.M., Nkengasong J., Gilks C.F., Sutherland D., Sandstrom P. World Health Organization // *HIVResNet Drug Resistance Laboratory Strategy* // *Antivir. Ther.* — 2008. — Vol. 13. — Suppl. 2. — P. 49—57.
4. Cunningham W.E., Sohler N.L., Tobias C., Drainoni M.L., Bradford J., Davis C., Cabral H.J., Cunningham C.O., Eldred L., Wong M.D. Health services utilization for people with HIV infection: comparison of a population targeted for outreach with the U.S. population in care // *Med. Care*. — 2006. — Nov. — Vol. 44(11). — P. 1038—1047.
5. Drain P.K., Smith J.S., Hughes J.P., Halperin D.T., Holmes K.K. Correlates of national HIV seroprevalence: an ecologic analysis of 122 developing countries // *J. Acquir. Immune Defic. Syndr.* — 2004. — Apr. 1. — Vol. 35(4). — P. 407—420.
6. Piliero P.J. Early factors in successful anti-HIV treatment // *J. Int. Assoc. Physicians AIDS Care (Chic Ill)*. — 2003. — Jan.—Mar. — Vol. 2(1). — P. 10—20.

COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF THE STRUCTURAL DIFFERENCES IN THE PROVISION OF MEDICAL SERVICES FOR HIV POSITIVE DRUG USERS

KOREN S.V., DOLZHANSKAYA N.A.

From the standpoint of drug abuse and infectious service the basic characteristics of «typical patient» with a dual diagnosis of HIV infection and heroin addiction were revealed. The data obtained from medical records of treatment and preventive care provided to IDUs, confirm the hypothesis of «disconnection» between the functions of the AIDS Centers and drug treatment clinics. In order to ensure continuity of therapeutic and preventive work for patients with double diagnosis the need for additional analysis and development of possible ways of interaction between drug addiction treatment clinics and AIDS centers was proved.

Key words: medical service, HIV, drug users

Предикторы суицидального поведения у больных опиатной наркоманией

БИСАЛИЕВ Р.В. к.м.н., врач-психиатр, докторант Национального научного центра наркологии Росздрава, Астрахань;
e-mail: RafaelBisaliyev@mail.com

С целью определения предикторов суицидального поведения обследовано 102 больных опиатной наркоманией. Выявлены биологические, психологические и социальные предикторы суицидального поведения у больных наркоманией. Предлагается включить пункты по предикторам суицидального поведения в медицинскую документацию наркологических учреждений и учитывать выявленные предикторы при разработке программ по первичной и вторичной профилактике суицидального поведения у больных опиатной наркоманией.

Ключевые слова: психиатрия, наркология, суицидальное поведение

Введение

Опиатная наркомания представляет собой одну из наиболее важных медико-социальных проблем современности. Высокая суицидальная смертность при наркологической патологии определяет необходимость внедрения в практическое здравоохранение эффективных мер по суицидальной превенции среди больных наркотической зависимостью. Исследования по предикторам суицидального поведения у больных опиатной наркоманией носят фрагментарный и несистематизированный характер. В связи с этим требуется всестороннее и углубленное изучение данной проблемы, что и определило цель настоящего исследования.

Пациенты и методы исследования

Обследовано 102 больных с диагнозом *наркомания опиатная. Постабстинентное состояние (вторая фаза абстинентного синдрома) F11.21, F11.3*, среди которых были 64 мужчины (62,7%) и 38 женщин (37,3%). Возраст респондентов варьировал от 18 до 36 лет, средний возраст — 26,4 года. Все пациенты находились на стационарном и амбулаторном лечении в наркологическом центре при Астраханской государственной медицинской академии. При обследовании соблюдался принцип добровольного согласия.

В соответствии с поставленной целью пациенты были разделены на две группы: первая (основная) группа — больные опиатной наркоманией с суицидальным поведением (БНС); вторая группа (сравнения) — больные опиатной наркоманией без суицидального поведения (БН). В первую группу вошли 57 чел. (55,8%), из них 37 мужчин (64,9%) и 20 женщин (35,1%). Вторую группу составили 45 чел. (44,1%), включая 27 мужчин (60,0%) и 18 женщин (40,0%). Длительность заболевания

наркоманией в обеих группах составила в среднем 6,2 года.

Для определения предикторов нами была разработана карта обследования аддиктивных больных и со-зависимых лиц. Следует отметить, что при ее разработке за основу были взяты карты обследования других авторов [1, 3, 6].

Статистическая обработка материала проведена с помощью программного пакета Statistica 6.0. Оценка достоверности различий осуществлялась методом многофункционального критерия χ^2 Пирсона, который позволяет сравнивать распределения частот признаков вне зависимости от того, распределены они нормально или нет. Критерий применим для оценки достоверности различий между двумя независимыми выборками, измерения в которых могут быть проведены в любой шкале, тогда как многие другие критерии имеют ограничения на измерения, а именно либо только в порядковой шкале, либо в шкалах интервалов и отношений [5].

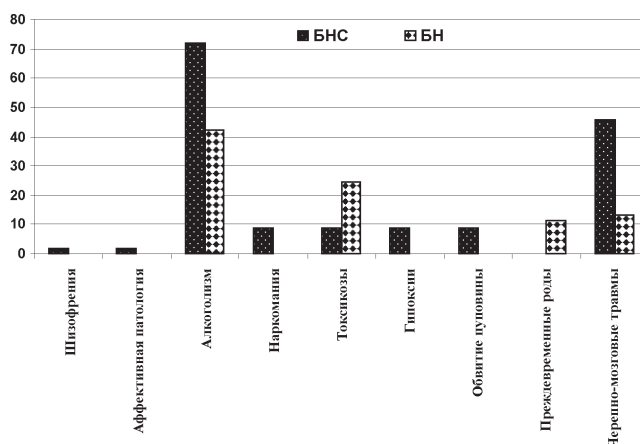


Рис. 1. Анамнестические данные у БНС и у БН

Результаты и обсуждение

Среди клинических предикторов суицидального поведения изучалась наследственная отягощенность шизофренией, она составляла в основной группе больных 1,8% (рис. 1).

Отягощенность аффективной патологией (маниакально-депрессивный психоз, циклотимия, депрессии) фиксировалась по линии матери и также в группе больных с суицидальным поведением встречалась у 1,8%. В обоих случаях различия между исследуемыми группами были недостоверны.

Что касается наследственной отягощенности алкоголизмом, то ее встречаемость была значительно больше у респондентов основной группы (71,9% по сравнению с 42,2%). То же самое можно сказать и в отношении фактора наследственной отягощенности наркоманиями (8,8 и 0,0% соответственно в группах БНС и БН), т.е. она чаще фиксировалась в группе БНС.

Анализировались факторы патологии беременности и родов у матерей больных. Токсикозы первого триместра беременности достоверно меньше отмечались у матерей пациентов из группы БНС (8,8 и 24,4%). Показатель «гипоксия плода», наоборот, значительно чаще встречался у матерей больных из группы БН (8,8 и 0,0%). Аналогичные статистические данные получены по показателю «обвитие пуповины» (8,8%). Преждевременные роды констатировались у матерей пациентов из группы БН (11,1%).

Установлены достоверные различия между исследованными группами больных по показателю «черепно-мозговые травмы». В частности, их большее количество наблюдалось у больных группы БНС по сравнению с пациентами группы БН (45,6 и 13,3%).

Иными словами, БНС достоверно отличаются от БН по многим параметрам, характеризующим преморбидный биологический фон. Более того, некоторые анамнестические показатели фиксировались лишь

в основной группе больных и не были обнаружены у женщин в группе сравнения.

У больных опиатной наркоманией выявлены гипертимная и неустойчивая акцентуации характера (табл. 1).

Отсутствие различий по акцентуациям в сравниваемых группах объясняется тем, что у больных наркоманией регистр поражения психики значительно глубже, чем у больных алкоголизмом. Хотя, по утверждению В.Ф. Войцеха [2], акцентуации характера являются факторами риска повторных суицидов, в пресуицидальном периоде отмечается заострение акцентуированных черт личности. Однако эта точка зрения применима к суицидентам неаддиктивного профиля.

Специфичность группы больных наркоманией с суицидным поведением подтверждается преобладанием в этой группе психопатий. Достоверно чаще у БНС были выявлены смешанные психопатии. В данном случае преморбидные личностные особенности отличались полиморфизмом, так как здесь в равной степени встречались черты эксплозивности, демонстративности, неустойчивости и тревожности.

У БНС наблюдаются поведенческие нарушения, сопровождающиеся социально-психологической дезадаптацией. Социально-психологическая дезадаптация, как известно, является основополагающей в формировании суицидального поведения. Следует обратить особое внимание на то, что такие нарушения поведения, как девиантность, делинквентность и антисоциальность, фиксировались только в группе БНС, т.е. данные показатели являются не только высокопрогностическими, но и характерными для аддиктивных суицидентов, преимущественно для больных наркоманией.

Статистическая обработка по клиническим предикторам суицидального поведения с помощью критерия χ^2 Пирсона приведена в табл. 2.

Таблица 1

Особенности личности и поведения больных опиатной наркоманией

	I группа (БНС), n=57		II группа (БН), n=45	
	Абс.	%	Абс.	%
Акцентуации, всего	7	12,2	10	22,2
Гипертимная	0	0,0	5	11,1
Неустойчивая	7	12,2	5	11,1
Расстройства личности, всего	33	57,8	24	53,3
Эмоционально-неустойчивое	10	17,5	6	13,3
Истерическое	11	19,2	17	37,8
Смешанные	12	21,1	1	2,2
Девиантное поведение	21	36,8	0	0,0
Делинквентное поведение	5	8,8	0	0,0
Антисоциальное поведение	11	19,3	0	0,0

Суицидальное поведение у родственников больных опиатной наркоманией основной группы обнаруживалось по всем линиям родства, у родственников больных группы сравнения — по первой степени родства ($p \leq 0,05$) (табл. 3).

Обращает на себя внимание существенное превалирование встречаемости суицидальных мыслей и парасуицидов у родственников (особенно у матерей) группы БНС. Кстати, имеющаяся в анамнезе у родственников суицидальность ослабляет действия антисуицидальных барьеров, тем самым повышая риск суицидов у последующих поколений [7]. Вероятно,

что суицидальные действия близких родственников воспринимались больными наркоманией как один из «продуктивных» способов выхода из сложных жизненных ситуаций. В дальнейшем данный тип реагирования закреплялся и приобретал стереотипный характер. Иными словами, БНС представляют собой группу с изначально низкой фрустрационной толерантностью.

Вторым этапом проведенного исследования было определение социально-психологических предикторов суицидального поведения у больных опиатной наркоманией.

Таблица 2

Результаты статистических данных по клиническим предикторам суицидального поведения

Показатели	Значение критерия χ^2 Пирсона	Уровень значимости
Шизофрения (по линии отца)	0,797	0,37
Алкоголизм (по линии отца)	10,51	0,001
Наркомания (другие родственники)	4,11	0,04
Токсикозы	4,67	0,031
Гипоксия плода	4,15	0,042
Преждевременные роды	6,66	0,01
Обвитие пуповины	4,15	0,042
Черепно-мозговые травмы	14,15	0,001
Акцентуации		
Гипертимная	6,66	0,01
Неустойчивая	0,033	0,85
Расстройства личности		
Эмоционально-неустойчивое	0,337	0,56
Истерическое	4,312	0,03
Смешанные	10,73	0,001
Девиянтное поведение	20,87	0,001
Делинквентное поведение	4,15	0,042
Антисоциальное поведение	9,73	0,002

Примечание. **Жирным шрифтом** выделены значения, где уровень значимости $p < 0,05$

Таблица 3

Суицидальное поведение родственников больных опиатной наркоманией

Суицидальное поведение	I группа (БНС)		II группа (БН)	
	Абс.	%	Абс.	%
Матери (n=54)				
Суицидальные мысли	18	33,3	2	3,7
Суицидальные попытки	11	20,3	4	7,4
Отцы (n=31)				
Суицидальные мысли	4	12,9	2	6,4
Суицидальные попытки	9	29,0	0	0,0
Другие родственники (n=28)				
Суицидальные мысли	3	10,7	0	0,0
Суицидальные попытки	4	14,2	0	0,0

Таблица 4

Характеристика семейной структуры

Структура семьи	I группа (БНС), n=57		II группа (БН), n=45	
	Абс.	%	Абс.	%
Полная семья	28	49,1	27	60,0
Неполная семья (матери)	12	21,1	10	22,2
Неполная семья (мачехи)	17	29,8	8	17,8
Всего	57	100,0	45	100,0

Анализ социального статуса больных опиатной наркоманией показал результаты, отраженные в табл. 4.

В частности, 49,1% пациентов основной группы воспитывались в полных семьях, а в группе сравнения — 60,0%. Так же как и в родительских семьях больных алкоголизмом, полные семьи БНС отличались дисфункциональностью.

В равных соотношениях распределились пациенты обеих групп, воспитывающиеся в семьях с искаженной семейной структурой (воспитывались одной матерью), т.е. 21,1 и 22,2%. Вместе с тем, матери больных основной группы чаще, чем матери пациентов группы сравнения, проецировали на своих детей негативные эмоции, формировали в них чувства вины и неуверенности: «Ты такой же, как отец, слабовольный и никчёмный».

Обращает на себя внимание высокая доля больных, воспитывающихся в неполных семьях (воспитание мачехой). В семьях группы БНС их было 29,8%, в семьях группы БН — 17,8%. Опрос показал, что больные первой группы наиболее остро реагировали на присутствие в семье мачехи, полагая, что они и так недополучили материнской заботы и внимания: «Мать меня бросила, а мачехе я тем более не нужен».

Что касается стилей воспитания (рис. 2), то к больным обеих групп применялись патогенные стили.

Достоверные различия между группами больных получены по критерию воспитания в стиле «гиперпротекция», который отмечался у больных первой группы (12,3%). Воспитание по указанному типу в дальнейшем формирует у ребенка суицидное поведение, при котором суицидальные попытки носят демонстративно-шантажный характер [4].

Различия частоты встречаемости стиля «гипопротекция» между группами не достигали статистической достоверности (24,6 и 28,9%). Отметим, что больные первой группы безнадзорное воспитание расценивали преимущественно как безразличное отношение к их нуждам и потребностям со стороны родителей, в то время как больные второй группы — как возможность проявления самостоятельности.

Весьма показательны значения по критерию жестокого стиля воспитания, наблюдаемого лишь в группе пациентов с суицидальным поведением (10,5%). Вербальные (оскорбления) и физические (побои, избиения) формы агрессии по отношению к обследуемым первой группы применялись в основном отцами, находящимися в алкогольном опьянении. В этих случаях больные опиатной наркоманией испытывали чувство одиночества, ненужности, «лишнего» в семье.

Неустойчивый стиль воспитания фиксировался в обеих группах, при этом значимых различий между группами не выявлено (21,1 и 24,4%). Неустойчивые отношения от повышенной заботы до эмоционального отвержения у БНС формировали неуверенность, повышенную тревожность, снижение настроения, а у БН — раздражительность, недовольство, обиду, злость. То есть при одном стиле воспитания просматривается разнонаправленный вектор агрессивных тенденций пациентов: интрапунитивные — у больных основной группы, экстрапунитивные — у больных группы сравнения.

Воспитание по типу «возложение на ребенка повышенной моральной ответственности» с достоверно меньшей частотой констатировалось в группе БНС по сравнению с группой БН (1,8 и 11,1%). Воспитание по типу «кумир семьи» отмечено в 21,1 и 26,7% случаев.

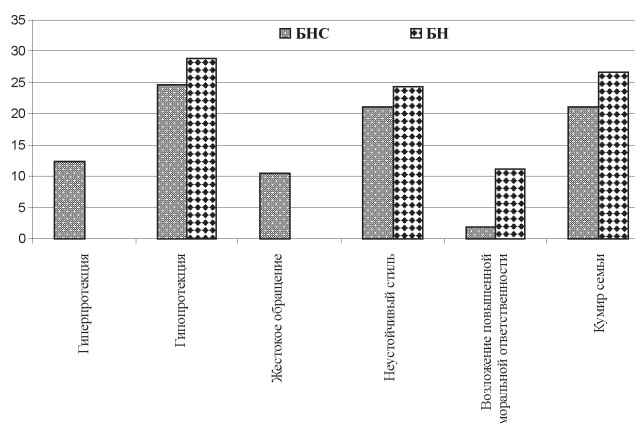


Рис. 2. Стили воспитания в семьях БНС и в семьях БН

Характеристика внутрисемейных отношений

	I группа (БНС), n=57		II группа (БН), n=45	
	Абс.	%	Абс.	%
Отношения между родителями больных				
Нормальные	6	10,5	10	22,2
Умеренно конфликтные	14	24,6	16	35,6
Резко конфликтные	37	64,9	19	42,2
Отношения между больными и их родителями				
Нормальные	6	10,5	1	2,2
Умеренно конфликтные	29	50,9	32	71,1
Резко конфликтные	22	38,6	12	26,7
Отношения в собственных семьях больных				
Нормальные	0	0,0	10	22,2
Умеренно конфликтные	17	29,8	7	15,6
Резко конфликтные	22	38,6	5	11,1

Характеристика внутрисемейных отношений представлена в табл. 5.

Были выявлены ожидаемые различия по внутрисемейным отношениям между родителями пациентов обеих групп с преобладанием большей конфликтности у родителей БНС, так как умеренно конфликтные (24,6 и 35,6%) и в особенности резко конфликтные (64,9 и 42,2%) отношения преобладали в семьях основной группы.

Конфликтные отношения констатировались и в диаде «ребенок (больной наркоманией) — родитель». Несмотря на то, что достоверные различия не обнаружены, тем не менее, резко конфликтные отношения доминировали в семьях БНС (38,6 и 26,7%).

Важно отметить, что резко конфликтные отношения, включая и собственные семьи больных наркоманией, преобладают во всех диадных сочетаниях. Предположение о передаче детям непродуктивного стиля взаимоотношений находит свое четкое подтверждение в виде статистической идентичности результатов анализа частоты резко конфликтных отношений

между больными и их родителями и между больными и близким окружением (по 38,6%). Полученные факты по внутрисемейной конфликтности позволили определить предикторы суицидального поведения у больных опиатной наркоманией, а также служили дополнительным аргументом отнесения данного контингента лиц к отдельной клинической группе.

Распределение больных по семейному статусу показано на рис. 3.

Треть группы БНС (31,5%) и более половины БН (51,1%) были холостыми, женатыми — 28,1% и 11,1%; замужними — 28,1 и 13,3%. Доля пациентов, состоящих в гражданском браке, составила 12,3 и 24,4% соответственно. Формально, семейный статус в группе БНС был более благополучным, по сравнению с больными группы БН. Более того, число состоящих в первом браке больных группы БНС также было больше (50,9 и 20,0%). Вместе с тем, семьи основной группы больных отличались большей дисфункциональностью, нестабильностью и конфликтностью в отношениях. В собственных семьях аддиктивных суицидентов чаще, чем в семьях без суицидального поведения, регистрировались супружеские измены. Об этом свидетельствуют не только упоминавшиеся ранее данные по характеристикам внутрисемейных отношений в этих семьях, но и доля больных, состоящих в повторном браке (8,8%) и в официальном разводе (19,3%). Таковые отсутствовали в семьях больных наркоманией.

Подавляющее большинство родительских семей больных обеих групп было с хорошим материальным положением (61,4 и 60,0%) (рис. 4). Высокие значения объясняются нами условиями лечения, а именно оказание специализированной помощи осуществлялось в наркологическом центре на платной основе.

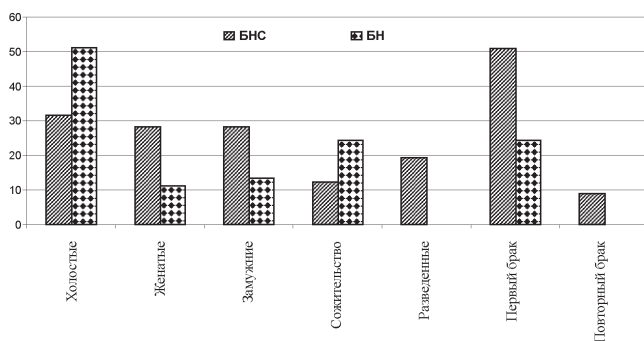


Рис. 3. Семейное положение БНС и БН

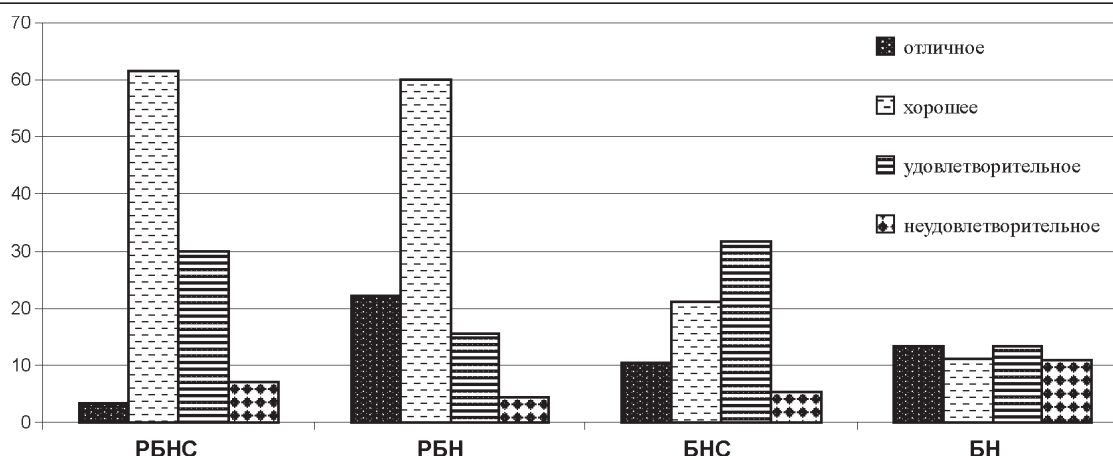


Рис. 4. Материальное положение в родительских семьях больных опиатной наркоманией с суицидальным поведением (РБНС), в родительских семьях больных опиатной наркоманией без суицидального поведения (РБН), в собственных семьях БНС, в собственных семьях БН

В целом, материальный статус родительских семей пациентов группы БНС, несмотря на высокие значения показателей хорошего материального положения был ниже родительских семей больных группы сравнения. Так, например, родительских семей больных первой группы с отличным материальным положением было достоверно меньше, по сравнению с родительскими семьями больных из группы БН (3,5 и 22,2%). В то же время удовлетворительное материальное положение достоверно чаще отмечено у родителей респондентов группы БНС (29,8 и 15,6%). Количество семей с неудовлетворительным материальным статусом было несколько больше в родительских семьях группы БНС (7,0 и 4,4%). Исходя из полученных данных, низкий материальный статус родительских семей следует отнести к предикторам суицидальности именно у больных опиатной наркоманией основной группы.

Количество семей с отличным материальным положением в группах составило 10,5 и 13,3%. Хорошее материальное положение фиксировалось у 21,1 и 11,1%.

Удовлетворительный уровень материальной обеспеченности чаще констатировался в семьях больных группы БНС (31,6 и 13,3%). Неудовлетворительное материальное положение в семьях основной группы больных отмечалось в 5,3%, в семьях второй группы больных — в 11,1%.

Оценивая материальный статус родительских и собственных семей больных основной группы, следует отметить, что по удовлетворительному положению выявлены идентичные тенденции, т.е. и в родительских, и в собственных семьях больных основной группы преобладал низкий материальный статус над родительскими и собственными семьями группы БН. Статистическая обработка данных представлена в табл. 6.

Заключение

Установлены клинические и социально-психологические предикторы суицидального поведения у больных опиатной наркоманией.

К клиническим предикторам относятся: наследственная отягощенность алкогольной и наркотической зависимостями, патология беременности и родов у матерей больных, черепно-мозговые травмы, психопатии (смешанные), девиантное, делинквентное и антисоциальное поведение.

Предиктором суицидального поведения у больных опиатной наркоманией с высокой степенью достоверности является наследственная отягощенность по суицидальному поведению у родителей (особенно со стороны матерей) и у других родственников.

К социальным предикторам относятся: воспитание в семье с искаженной семейной структурой (воспитание мачехой), патогенные стили воспитания (гиперпротекция и жестокий стиль воспитания), резко конфликтные внутрисемейные отношения и низкий материальный уровень в родительских и собственных семьях больных.

В обеих группах больных установлено преобладание лиц, находящихся в браке. Однако среди суицидентов значительно больше лиц, состоящих как в повторном браке, так и в разводе.

Полученные результаты должны учитываться при разработке программ по первичной и вторичной профилактике суицидального поведения у больных опиатной наркоманией. Перспективным считаем включение пунктов по предикторам суицидального поведения в медицинскую документацию наркологических учреждений.

Результаты по социально-психологическим предикторам суицидального поведения

Показатели	Значение критерия χ^2 Пирсона	Уровень значимости
Структура семьи		
Полная семья	1,19	0,27
Неполная семья (матери)	0,02	0,88
Неполная семья (мачехи)	10,82	0,05
Стили воспитания		
Гиперпротекция	5,93	0,01
Гипопротекция	0,242	0,62
Жестокое обращение	5,03	0,02
Неустойчивый стиль	0,02	0,87
Возложение на ребенка повышенной моральной ответственности	3,97	0,04
"Кумир семьи"	0,44	0,51
Отношения между родителями		
Нормальные	2,61	0,10
Умеренно конфликтные	0,953	0,33
Резко конфликтные	6,28	0,012
Отношения больных с родителями		
Ровные	5,03	0,02
Умеренно конфликтные	1,31	0,25
Резко конфликтные	2,31	0,12
Отношения в собственных семьях больных		
Ровные	14,04	0,001
Умеренно конфликтные	3,91	0,04
Резко конфликтные	9,76	0,002
Семейное положение		
Холостые	4,11	0,042
Женатые	4,42	0,03
Замужние	4,42	0,03
Сожительство	0,307	0,58
Разведенные	9,73	0,002
Первый брак	8,74	0,003
Повторный брак	4,15	0,004
Материальное положение родительских семей		
Отличное	8,48	0,004
Хорошее	0,021	0,88
Удовлетворительное	3,92	0,04
Неудовлетворительное	0,301	0,58
Материальное положение собственных семей больных		
Отличное	0,009	0,92
Хорошее	1,79	0,18
Удовлетворительное	3,90	0,04
Неудовлетворительное	0,158	0,47
Примечание. Жирным шрифтом выделены значения, где уровень значимости $p < 0,05$		

Список литературы

1. Битенский В.С. и др. Наркомании у подростков. — К.: Здоровья, 1989. — 216 с.
2. Войцех В.Ф. Факторы риска повторных суицидальных попыток // Социальная и клиническая психиатрия. — 2002. — Т. 12. — Вып. 3. — С. 14—20.
3. Дудко Т.Н. Медико-социальная реабилитация больных наркоманией: Дисс. на соискание ученой степени д.м.н. — М., 2003. — 250 с.
4. Малютина Н.В. Влияние нежелательности ребенка на суицидальное поведение в подростковом и юношеском возрасте: Дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — М., 2002.
5. Наследов А.Д. SPSS: Компьютерный анализ данных в психологии и социальных науках. — СПб.: Питер, 2005. — 416 с.
6. Рохлина М.А., Козлов А.А. Наркомании. Медицинские и социальные последствия. Лечение. — М.: Анахарис, 2001. — 208 с.
7. Трегубов Л.З., Вагин Ю.А. Эстетика самоубийства. — Пермь, 1993. — 268 с.

PREDICTORS OF SUICIDE BEHAVIOUR IN PATIENTS WITH OPIATE NARCOTISM

BISALIEV R.V. Cand. Med. Sci., doctorant of National Science Centre of narcology, Astrakhan. E-mail: RafaelBisaliev@mail.com

For the purpose of definition predictors suicide behaviour it is surveyed 102 sick opiate by a narcomany. Are revealed clinical, social and psychological predictors suicide behaviour at sick of a narcotism. The received results should be considered by working out of programs on primary and secondary preventive maintenance of suicide behaviour at patients opiate by a narcotism. Perspective we consider inclusion of points on predictors suicide behaviour in the medical documentation of narcological establishments.

Key words: psychiatry, narcology, suicide behaviour

Закономерности развития и факторы роста ($TGF-\beta_1$) у детей с фетальным алкогольным синдромом, находящихся в учреждениях государственного воспитания

МАЛАХОВА Ж.Л. к.м.н., доцент кафедры детских болезней лечебного факультета

ГОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия» Росздрава. E-mail: me-to-you1@ya.ru

Факт значительной доли (около 30%) этиологически не расшифрованных гипотрофий у детей домов ребенка позволяет сделать вывод о существенной роли трансформирующего фактора роста ($TGF-\beta_1$) в торможении развития детей с фетальным алкогольным синдромом (ФАС) начиная с внутриутробного периода. Блокирование рецепторов к $TGF-\beta_1$ и соответственное повышение концентрации последнего в крови женщин, подверженных алкоголизму (71,7 нг/мл против 6,6 нг/мл), являются подтверждением данной гипотезы. Подобная тенденция наблюдается и в эксперименте с алкоголизацией подопытных крыс: $TGF-\beta_1$ — 187,9 нг/мл в опытной группе и 129,7 нг/мл — в контрольной. Кроме того, ингибирование $TGF-\beta_1$ пролиферации клеток цитотрофобласта плаценты ведет к первичной плацентарной недостаточности и задержке внутриутробного развития плода. Тенденция задержки ростовесовых показателей и общего развития продолжает персистировать и весь период раннего детства у детей с ФАС.

Ключевые слова: алкоголизм, беременность, плод, алкогольные эффекты плода, факторы роста, гипотрофия

Введение

Для детского возраста наиболее важными являются процессы роста, психического и физического развития. Именно они определяют основу детского здоровья и здоровье взрослого человека в будущем. Как известно, рост ребенка является запрограммированным процессом. Генетическая программа обеспечивает весь цикл индивидуального развития, в то же время любые неблагоприятные воздействия в значимый для ребенка период времени могут легко приводить к нарушениям роста. Экологическая среда развития эмбриона и плода формируется его непосредственной связью с материнским организмом через плаценту и гомеостаз матери, который обусловлен факторами внешней среды. При неблагоприятных воздействиях происходит репрограммирование наследственной информации плода методами эпигенетических изменений, что, в целом, обуславливает адаптивное внутриутробное программирование. Обычно это может быть связано с пестицидами, лекарственными веществами (талидами, каротин и др.), наркотическими (опиоиды, кокаин и т.п.), бытовыми психоактивными веществами (никотин, алкоголь). Несомненно, что по степени распространенности употребление этанолсодержащих напитков занимает лидирующую позицию.

Согласно данным литературы, доля детей с очень низким физическим развитием колеблется в общей детской популяции в различные возрастные периоды от 1,5 до 5%. Однако среди воспитанников учреждений интернатного типа, вышедших из семей крайнего социального риска число детей с задержкой физического развития выше: к началу обучения в школе очень низкое физическое

развитие регистрируется у каждого 4-го мальчика и у 17% девочек, тогда как у «домашних» детей подобные отклонения встречаются в 5—9 раз реже — 2,8 и 3,6% соответственно [1]. В этом повинны многие факторы.

Целью настоящего исследования было выявление связи этанола с ростовыми нарушениями у детей-воспитанников Домов ребенка (ДР).

Объект и методы исследования

Исследование проводилось на базе государственных учреждений здравоохранения Свердловской области типа ДР. В общий массив исследования вошли 445 детей в возрасте до 4 лет. Исследование осуществлялось в несколько этапов:

- 1-й этап включал в себя ретроспективный скрининг детей по анамнестическим данным альтернативных показателей массы, роста, окружности головы и грудной клетки при рождении;
- 2-й этап — проспективный скрининг по альтернативным показателям массы, длины/роста, окружности головы, размеру глазной щели, рангу выраженности желобка и ширины верхней губы для выделения детей с ФАС¹ [2, 7];
- 3-й этап — проспективный, изучение состояния психофизического развития детей по выделенным группам.

¹ Клинический диагноз ФАС базируется на документировании отличительных лицевых признаков (короткие глазные щели, сглаженный носогубный желобок, тонкая кайма верхней губы); задержки физического развития; отклонений со стороны ЦНС. Данные об употреблении алкоголя во время беременности способствуют точности диагноза ФАС, но не обязательны при наличии всех вышеперечисленных признаков.

Итогом 2-го этапа скрининга стало формирование двух групп детей на основании диагностических критериев ФАС: 1-ю группу (опытную) составили 62 ребенка с ФАС, 2-ю группу (контрольную) — 249 детей без признаков ФАС. Из выборки были исключены дети, имеющие неполный комплекс критериев ФАС.

Были использованы таблицы WHO Child Growth Standards с разрешенной адаптацией показателей в соответствии с приказом МЗ РФ №151 от 07.05.1998.

Для оценки размера глазной щели использовались стандарты, приведенные в Oxford Handbook of Physical Measurements, Second Edition, Oxford University Press, Nov. 2006.

Определение степени (уровня) психомоторного развития детей производилось с использованием Денверского теста II [5], который позволяет оценить 4 стороны поведения: общие двигательные навыки, тонкие движения, речь и личностно-социальные навыки. Кроме того, проведен фактический анализ заключений и диагнозов специалистов-психоневрологов, имеющихся в медицинской документации ДР.

Истоки маловесности оценивались на основании динамики стандартных антропометрических показателей ретроспективно, за период нахождения в ДР.

С учетом роли фактора задержки внутриутробного развития (ЗВУР) также было обследовано 28 беременных женщин. Из них 1-ю группу (основную) составили 8 женщин (имеющих в анамнезе указания на пристрастие к алкоголю), 2-ю группу (контрольную) — 20 чел. Определение уровня TGF- β_1 производилось на 11—14-й неделе беременности. Для определения TGF- β_1 использовали метод гетерогенного твердофазного иммуноферментного анализа (тест-система Human TGF- β_1 ELISA BMS249/2 and BMS249/2TEN, Bender MedSystems, Австрия).

Учитывая особенности течения периода беременности у обследуемых женщин (гестозы, экстрагенитальная патология и гинекологические заболевания), которые могли повлиять на уровень TGF- β_1 , было решено провести параллельное экспериментальное исследование роли фактора TGF- β_1 у крыс на 22 крысах стадного разведения линии Вистар в возрасте 1—2 мес., массой 280—300 г. Животные содержались при комнатной температуре в условиях свободного доступа к корму. Они были разделены на две группы: 1-я — основная (11 крыс, получавших 15%-ный раствор спирта вместо воды в течение 1 мес. до беременности и в течение всей беременности), 2-я — контрольная (11 интактных крыс). У животных обеих групп определялся уровень TGF- β_1 с 9-го по 12-й день беременности.

Данные основных антропометрических измерений обрабатывались при помощи программы WHO Ant-

thro (version 3, April 2009) для ПК на основании свободного лицензионного соглашения (WHO Software License Agreement, Department of Nutrition, World Health Organization, <http://www.who.int/childgrowth/publications/en/>).

Результаты исследования обработаны с использованием статистической программы Statistica v.6.0. Для проверки гипотезы о равенстве средних для двух групп использовался непараметрический критерий Манна—Уитни (U). В качестве теста для средних при сравнении полученных данных с показателями группы сравнения использовался однофакторный дисперсионный анализ с определением критерия t Стьюдента для парных и непарных сравнений. Для множественного сравнения применялся критерий t Стьюдента с поправкой Бонферрони. Определение различий между двумя группами по качественным признакам проводилось с использованием критерия соответствия (χ^2) с поправкой Йетса. При $p < 0,05$ различия считались статистически значимыми. Корреляционный анализ осуществлялся методом Спирмена (R).

Результаты исследования и их обсуждение

Уточняя воздействие различного рода рисков рождения детей с ФАС, мы рассмотрели взаимодействие биологических, медико-организационных и социальных причин. В большинстве случаев данные о матери ребенка-сироты весьма скудные. Это связано со многими причинами и, прежде всего, с тем, что женщины, отказавшиеся от своего ребенка, находятся в тяжелом в социальном плане положении: отсутствие постоянной семьи, плохое материальное положение, низкий социальный статус, что чаще всего обусловлено алкоголизацией. Фактически все женщины не наблюдались в женской консультации, у 84 (20,4%) — «домашние» роды. Указания на пристрастие женщин к алкоголизму редко фиксируется в медицинской карте воспитанника ДР.

Нами проанализированы имеющиеся показатели состояния матерей в соответствии со сформированными группами детей: средний возраст матерей детей в 1-й группе составил 34 года, во 2-й группе — 23 года ($p < 0,01$); среднее количество беременностей в 1-й группе — 6, во 2-й — 2 ($p < 0,01$); среднее количество выкидышей в основной группе — 3, в контрольной — 0,4 ($p < 0,05$). Таким образом, прослеживается явная линейная зависимость между возрастом матери на момент рождения ребенка и тяжестью проявлений внутриутробного алкогольного воздействия: вероятность появления ребенка с ФАС нарастает с каждой последующей беременностью. В свою очередь, трудно определить, является ли этот факт проявлением влияния биологического возраста или «стажа» алкоголизации матери.

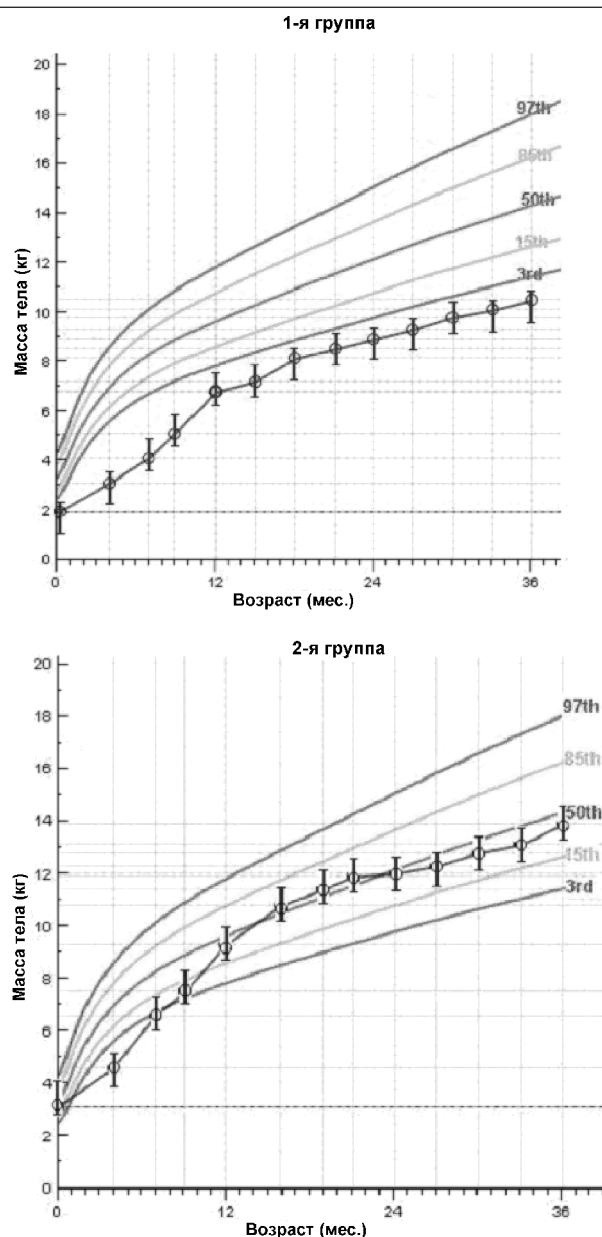


Рис. 1. Средняя величина массы тела детей в группах от рождения до 3 лет

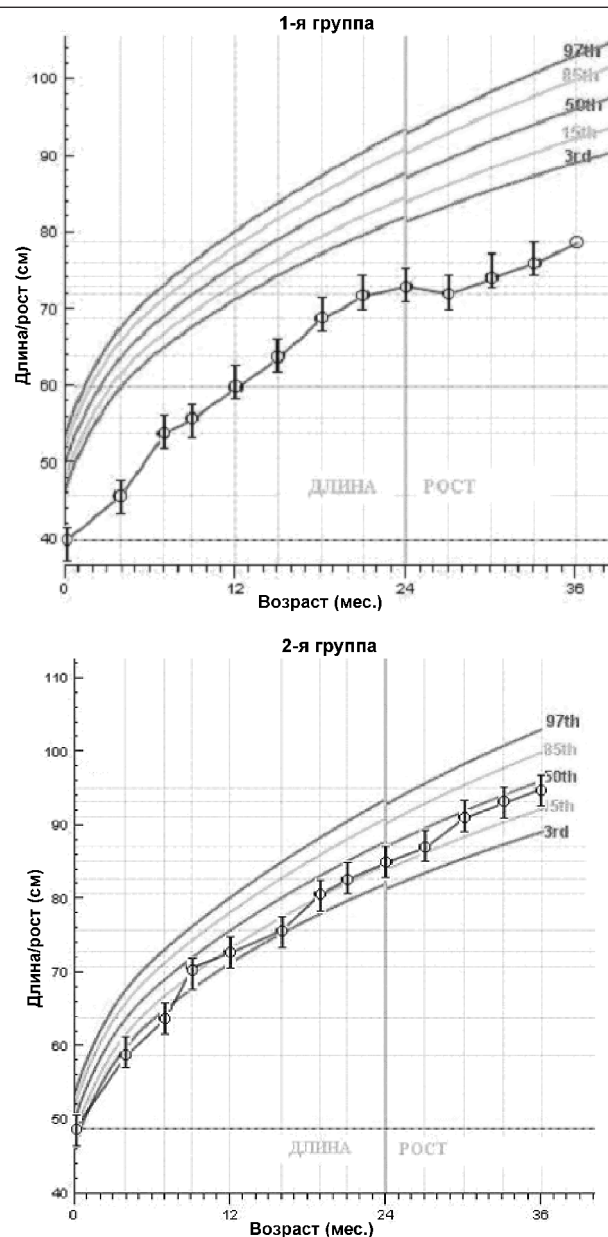


Рис. 2. Средняя величина длины/роста детей в группах от рождения до 3 лет

Количество выкидышей (внутриутробной гибели плода) также преобладает в 1-й группе, что, вероятно, служит проявлением вынужденного увеличения дозы с течением алкоголизма матери и/или острым токсическим действием алкоголя на плаценту и плод.

Как правило, «отказные» дети переводятся в клинику и, в конечном итоге, имея окончательный диагноз *перинатальное поражение ЦНС* поступают в специализированный ДР. Нами проанализированы, в соответствии с выделенными группами, заключительные выписки детей

из стационара. При этом не обнаружено ссылок на ФАС. Все дети поступали в дом ребенка в клинически стабильном, удовлетворительном состоянии. Срок госпитализации детей 2-й группы составил в среднем 58 дней, 1-й группы — 86 дней, что свидетельствует о том, что достижение стабильного состояния детей с ФАС требует дополнительных клинических усилий ($p < 0,01$), особенно в наборе веса.

В структуре общей заболеваемости детей преобладали такие заболевания, как анемия (1-я группа

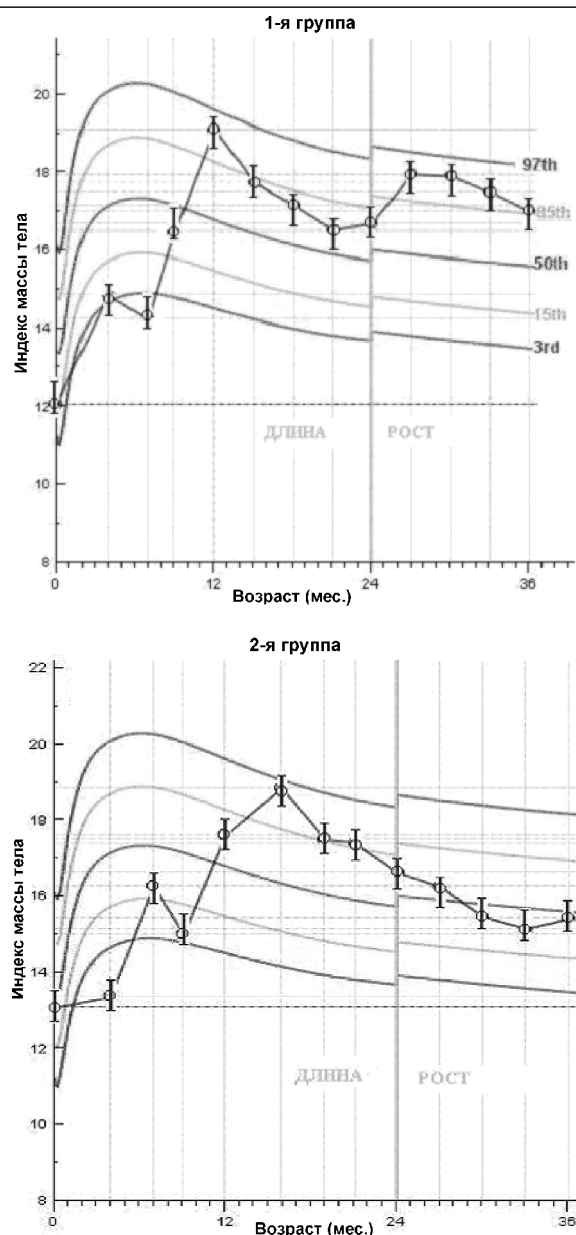


Рис. 3. Средняя величина индекса массы тела в группах от рождения до 3 лет

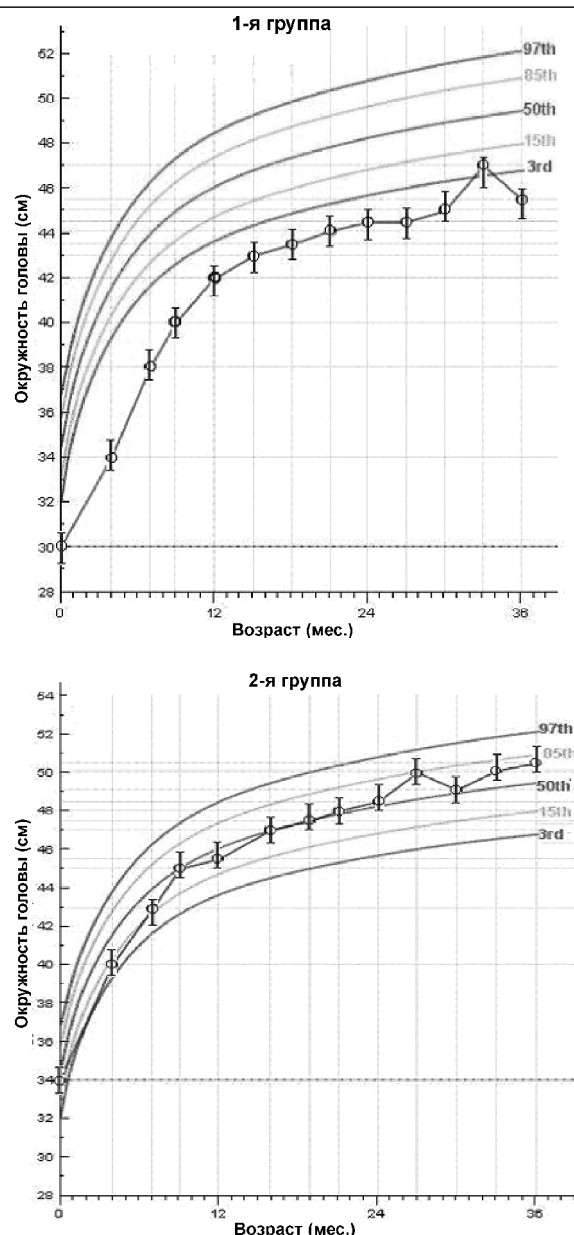


Рис. 4. Средняя величина окружности головы в группах от рождения до 3 лет

— 71%, 2-я группа — 19%), рахит (1-я группа — 88,5%, 2-я группа — 47%), атопический дерматит (1-я группа — 11,1%, 2-я группа — 34,2%), гипотрофия (1-я группа — 85,7%, 2-я группа — 12,4%). На 1-м году жизни на одного ребенка с ФАС (1-я группа) в среднем приходится 7 острых инфекций, во 2-й группе — 4, на 2-м и 3-м году жизни — 6 и 3 соответственно. Таким образом, дети, подвергшиеся внутриутробно воздействию алкоголя, имеют повышенные показатели фоновых заболеваний и относятся к часто болеющим детям.

Для выявления показателей физического развития нами проведен анализ динамики массы, длины/роста, индекса массы тела ($\text{кг}/\text{м}^2$) и величины окружности головы (см) у детей ДР от рождения до 3-летнего возраста в сравнении со стандартными отклонениями популяционной нормы по выделенным группам (рис. 1—4).

Интерпретация данных, представленных на рис. 1—3 ($p < 0,005$), подтверждает значение алкоголя как фактора, изменяющего генетическую программу развития ребенка и, в частности, прибавки массы и

длины тела как на первом году, так и в последующие периоды — до 3 лет (по нашему исследованию).

Таким образом, анализ основных антропологических показателей дает возможность сделать заключение о различии в росте и развитии детей в ДР в зависимости от того, был ли данный ребенок во внутриутробный период подвергнут воздействию алкоголя или нет. С другой стороны, применение диагностических критериев ФАС позволяет довольно четко ограничить синдром и сопутствующие ему состояния и обозначить как клинический диагноз. Наши предварительные данные показывают, что внутриутробный алкоголь имеет четкий тератогенный эффект, проявляющийся как на морфологическом, так и на функциональном уровнях, в частности связанные с общим соматическим ростом и развитием. В этом смысле двоякое значение имеют данные о динамике изменения размеров окружности головы, представленные на рис. 4.

Полученные результаты имеют достоверные статистические различия ($p \leq 0,005$) по анализируемым группам. Если в 1-й группе окружность головы значительно ниже 3-го перцентиля средней популяционной нормы, что сохраняется и в дальнейшем в течение всего срока наблюдения, то во 2-й группе мы видим, как в течение 1-го года идет интенсивное увеличение размера головы и в возрасте 12 мес., чаще всего, имеет среднее популяционное значение.

Все вышесказанное позволяет думать о тератогенном эффекте алкоголя на плод. Вместе с тем, прием матерью алкоголя во время беременности — это один из главных факторов, провоцирующих возникновение плацентарной недостаточности, поэтому интересным представляется изучение взаимосвязи между употреблением алкоголя беременной и уровнем $TGF-\beta_1$ в сыворотке крови [6].

В 1-й опытной группе (8 беременных женщин) средний возраст составил 33,5 года. Среди генитальной патологии обращают на себя внимание наличие хронической внутриматочной инфекции, указания на мертворожденных детей у двух женщин. Каждая вторая беременная помимо употребления алкоголя была никотинзависимой.

Вторая группа (контрольная) была представлена 20 женщинами, средний возраст которых составил 31,6 года. Среди экстрагенитальной патологии обращали на себя внимание, так же как и у пациенток 1-й группы, наличие хронических соматических заболеваний, у семи беременных имелись в анамнезе указания на прерывания предыдущих беременностей в ранние сроки. Таким образом, основная и контрольная группы не имели статистически значимых различий репродуктивного статуса и соматического здоровья.

Напротив, средний показатель $TGF-\beta_1$ в 1-й группе составил 71,7 нг/мл, во 2-й группе — 6,6 нг/мл ($t=2,18$, $p<0,05$). Референтные значения

$TGF-\beta_1$ — 0—3,46 нг/мл. Логически следовало бы ожидать снижения фактора роста в первой группе, напротив, в результате проведенного исследования мы получили увеличение его в несколько раз, что требует своего объяснения.

Кроме алкоголизации, мы имели практически одинаковый спектр других воздействий на течение беременности и развитие плода. Все вышесказанное подвигло нас провести экспериментальную часть работы на здоровых животных. Эксперимент позволял при сопоставлении исключить воздействие генетической и экстрагенитальной патологии, имевшей место у беременных женщин, бытовые и стрессовые влияния (никотин и т.п.). Как было сказано в разделе *Объект и методы исследования*, крысы были разделены на две группы — пьющие и непьющие, т.е. употреблявшие только алкоголь или только воду. В результате были также получены статистически значимые различия в значениях $TGF-\beta_1$: в опытной группе $M=187,9$ нг/мл, в контрольной — $M=129,7$ нг/мл, $t=2,68$, $p<0,02$. И хотя этот вопрос мало изучен и требует дальнейшего осмысливания, параллелизм изменений показателей фактора роста у беременных женщин и подопытных животных под влиянием алкоголизации позволяет высказаться о дефектности рецепторного аппарата клеток-мишеней. По данным ряда авторов, накопление этого фактора в крови [3] может быть связано с блокированием $TGF-\beta_1$ -рецепторов развивающихся клеток алкоголем, в результате чего нарушаются рост и миграция клеток и активизируется апоптоз. Известно также, что $TGF-\beta_1$ ингибирует пролиферацию клеток цитотрофобласта нормальной плаценты [4], что при повышении концентрации данного фактора роста может привести к первичной плацентарной недостаточности, а это, в свою очередь, к развитию синдрома задержки внутриутробного развития плода, который является одним из диагностических критериев ФАС.

Заключение

Полученные данные — повышение концентрации $TGF-\beta_1$ у женщин, принимавших алкоголь во время беременности, и подобная тенденция в эксперименте у алкоголизированных беременных крыс — позволяют высказаться о имеющемся блоке рецепторов к фактору роста, связанном с действием этанола. Не исключается реализация принципа обратной связи. Исходя из этих положений, становится возможным объяснение комплекса клинических данных, свойственных новорожденным с ФАС: ЗВУРП, фациальные отклонения, снижение весо-ростовых темпов, изменения со стороны ЦНС. Группа детей с вышеописанными морфофункциональными характеристиками требует специального подхода в организации лечебно-диагностического комплекса, а также психолого-педагогической реабилитации.

Список литературы

1. Басманова Е.Д., Перевощикова Н.К. Возможности реабилитации детей с неэндокринной задержкой роста в образовательных учреждениях интернатного типа // Мать и дитя Кузбасса. — 2009. — №1(36). — С. 18—23.
2. Шилюк В.И., Малахова Ж.Л., Бубнов А.А., Сергеева Л.М. Фетальный алкогольный спектр нарушений среди воспитанников домов ребенка // Наркология. — 2008. — №11. — С. 53—56.
3. Шилюк В.И., Малахова Ж.Л., Бубнов А.А., Базарный В.В., Клейн А.В. Фетальный алкогольный синдром: клинико-экспериментальные сопоставления // Наркология. — 2009. — №8. — С. 38—40.

4. Bredensen D.E. Keeping neurons alive: The molecular control of apoptosis (Part 1, Part II) // The Neuroscientist. — 1996. — Vol. 2. — P. 181—190 (211—216), a,b.

5. Camp B.W. Evaluating bias in validity studies of developmental/behavioral screening tests. — 2007. — Vol. 28. — P. 234—240.

6. Cao Y.H., Lindel P., Shima D. et al. In vivo angiogenic activity and hypoxia induction of heterodimers of placenta growth factor vascular endothelial growth factor // J. Clin. Invest. — 1996. — Vol. 98, №11. — P. 2507—2511.

7. Institute of Medicine (IOM), Stratton K.R., Howe C.J., Battaglia F.C. Fetal Alcohol Syndrome: Diagnosis, Epidemiology, Prevention, and Treatment. — Washington, DC: National Academy Press, 1996. ISBN 0-309-05292-0

PATTERNS OF DEVELOPMENT AND GROWTH FACTOR (TGF- β_1) IN CHILDREN WITH FETAL ALCOHOL SYNDROME, WHO ARE FOUND IN INSTITUTIONS OF PUBLISH EDUCATION

MALAKHOVA Zh.L.

The fact that a significant proportion (30%) etiologically undeciphered malnutrition in children's homes allows you to comment on the essential role of transforming growth factor (TGF- β_1) in inhibiting the development of children with fetal alcohol syndrome, beginning with prenatal period. Blocking receptors for TGF- β_1 and a corresponding increase in the concentration of the latter in the blood of women affected by alcoholism (71.7 ng/ml against 6.6 ng/ml), are proof of this hypothesis. A similar trend is observed in the experiment with alcoholization in experimental rats: TGF- β_1 — 187,9 ng/ml in the experimental group and 129.7 ng/ml — in control. In addition, inhibition of TGF- β_1 placental cytotrophoblast cell proliferation leads to a primary placental insufficiency and intrauterine growth retardation. The tendency of delay mass/growth performance and overall development continues to persist, and the entire period of early childhood in children with fetal alcohol syndrome.

Key words: alcoholism, pregnancy, fetus, children, growth factors, hypotrophy

РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ НАРКОЛОГИИ

К вопросу о медицинской безопасности работы центров социальной реабилитации для лиц с зависимостью от психоактивных веществ

ШЕВЦОВА Ю.Б. к.м.н., психиатр-нарколог, старший научный сотрудник ФГУ «ГНЦССП Росздора», e-mail: jtuzikova@mail.ru

Данный материал предлагается к обсуждению тем, кто занимается социальной (немедицинской) реабилитацией лиц, зависимых от психоактивных веществ (ПАВ). Известно, что успех реабилитационной программы зависит от многих факторов, в том числе и от соблюдения общих медицинских и санитарных норм в закрытом, нередко удаленном от населенных пунктов реабилитационном центре. В статье рассмотрены медицинские проблемы, с которыми сталкиваются сотрудники центров социальной реабилитации (общественных, конфессиональных и др.), и намечены пути их решения.

Ключевые слова: социальная работа, реабилитация наркозависимых, реабилитационные центры, стандарты медицинской безопасности, коморбидность при аддикциях

Постановка проблемы

Снижение спроса на наркотики и другие ПАВ — одна из центральных задач современной российской антинаркотической стратегии. Кардинального снижения спроса на ПАВ можно добиться только при сбалансированном сочетании мер первичной, вторичной и третичной профилактики. Переход зависимых лиц от деструктивного образа жизни к трезвому, социально приемлемому функционированию и самосохраняющему поведению служит основным ориентиром для лечебных и реабилитационных программ. Успех таких программ зависит от многих факторов — от грамотной организации процесса социальной реабилитации, личности лидера, особенностей контингента до отношений реабилитационного центра (РЦ) с местной властью и населением. При планировании федеральных основ реабилитации мы должны обсудить определенные стандарты оказания реабилитационной помощи, которые, ни в коей мере не нарушая авторских методик, будут способствовать повышению ее качества. К этим стандартам относятся и меры медицинской безопасности.

Любой реабилитационный центр для лиц, зависимых от ПАВ, является специфическим временным коллективом людей, неблагополучных и весьма непростых в социальном, психологическом, психиатрическом и общемедицинском плане. Они отличаются, как правило, довольно скудным образованием наряду с обширным негативным жизненным опытом и ярко выраженным саморазрушающим стилем поведения; у них могут отсутствовать элементарные санитарные знания и гигиенические навыки, отчасти редуцирован инстинкт самосохранения, слабо выражено самостоятельное стремление к заботе о себе. За время наркотизации и алкоголизации мало кто из них в принципе обращал внимание на свое здоровье, многие приобрели хронические соматические заболевания, среди ко-

торых наиболее частые — ослабленность иммунитета, патология легких (бронхит, туберкулез), желудочно-кишечного тракта (гастрит, панкреатит, гепатиты), кожи (грибковые заболевания), заболевания, передающиеся половым путем, ВИЧ-инфекция и другие.

Перед поступлением в РЦ некоторая часть реабилитантов проходит непродолжительный курс лечения в стационаре для купирования абстинентных явлений («ломки»), где им проводится обследование и лечение в соответствии с утвержденными в отечественном здравоохранении стандартами медицинской помощи (но в реальности, прежде всего — в соответствии с возможностями конкретного лечебного учреждения). Однако эти лица отправляются в РЦ далеко не сразу (в лучшем случае, еще 1—2 недели оставаясь дома), а большая часть реабилитантов поступает вовсе без предварительного «знакомства» с медиками.

Но и проведенное заранее медицинское обследование не гарантирует здоровье поступающего в РЦ. Многие инфекционные заболевания проявляются после скрытого инкубационного периода длительностью от 2—3 недель до 6 мес. Период острого проявления заболеваний как раз может приходиться на время реабилитации. Коллектив РЦ является замкнутым, общение в нем — тесное, прием пищи — общий. Такие условия способствуют быстрому развитию любого инфекционного заболевания, привнесенного новым реабилитантом.

Отдельную тему представляют собой несчастные случаи и травмы как бытового, так и производственного характера. Понятно, что для несчастных случаев, травм, а также обострений любых хронических заболеваний и аллергических реакций вообще никаких временных закономерностей нет.

При наличии в РЦ женщин приходится иметь в виду возможную беременность, в том числе и разви-

вещающуюся патологически, внематочно, а также часто встречающуюся у наркоманок гинекологическую патологию.

Оказание специализированной медицинской помощи в большинстве РЦ трудно осуществимо по вполне объективным причинам. У части реабилитантов отсутствует не только полис добровольного медицинского страхования, но иногда и паспорт, что затрудняет обращение в лечебное учреждение (ЛУ) в обычном, повсеместно принятом порядке. Кроме того, многие РЦ находятся в отдалении от крупных населенных пунктов (где есть ЛУ), что вполне целесообразно для целей собственно социальной реабилитации зависимых лиц, но создает определенные сложности при надобности неотложного медицинского вмешательства.

Весь этот нелегкий комплекс вопросов приходится на свой страх и риск самостоятельно решать руководителям РЦ — наряду с основными задачами реабилитации и поддержанием хозяйственной деятельности. Несомненно, многие из них (особенно те, которые успешно работают много лет) имеют определенные познания медицинского характера, накопленные вместе с богатым жизненным и профессиональным опытом. У некоторых РЦ есть договоренности с местными ЛУ об оказании медицинской помощи реабилитантам (что зависит опять-таки только от инициативности руководителя РЦ). В отдельных РЦ при приеме требуется пройти флюорографию и сдать несколько анализов. Однако этих разрозненных усилий для обеспечения медицинской безопасности в целом явно недостаточно.

На основании изложенного можно сделать вывод, что на настоящем этапе развития реабилитационной помощи аспекты медицинской безопасности РЦ нуждаются в систематизации и приведении к единому стандарту, а санитарно-просветительская работа требует планового повсеместного внедрения. Адекватные меры, предпринятые в этом направлении, будут способствовать оптимизации развития РЦ, улучшению здоровья реабилитантов, а также поможет организаторам РЦ свести к минимуму часть проблем опекаемого контингента (кроме разве что совсем неизбежных).

Краткий перечень потенциальных медицинских проблем РЦ

Итак, о каких же расстройствах здоровья реабилитантов полезно знать сотрудникам РЦ? Попробуем классифицировать их, исходя из практической значимости.

I. Несчастные случаи: черепно-мозговые травмы (открытые, закрытые, с отставленными последствиями), порезы с открытыми кровотечениями (артериаль-

ными, венозными, капиллярными), переломы костей (открытые, закрытые), вывихи суставов, растяжения мышц и связок, ожоги (термические, химические), тепловой и солнечный удары, обморожения, укусы змей.

II. Хирургические заболевания, требующие неотложной помощи:

1) «острый живот» с риском скорого летального исхода: внутриполостное кровотечение, прободная язва желудка или 12-перстной кишки, аппендицит, панкреатит, перитонит, разрывы кист внутренних органов, внематочная беременность, самопроизвольный аборт;

2) гнойные заболевания с риском заражения крови (осложнения после внутривенного введения дезоморфина и коаксила, нагноившиеся раны и панариции, гнойные кисты челюстей из-за разрушенных зубов).

III. Психические расстройства: эпилептический припадок, острый шизофренический психоз, приступ тяжелой депрессии с истинным суицидальным поведением, флеш-бэки с расстройством сознания (могут возникнуть спустя много недель после приема галлюциногенов).

IV. Соматические заболевания:

1) острые, которые могут привести к заражению других лиц: лихорадка с неясной причиной, манифестация СПИДа, желтушная форма вирусных гепатитов, менингит, дизентерия, холера, пищевая токсикоинфекция;

2) обострение хронических соматических заболеваний: туберкулеза и любых иных;

3) острые аллергические реакции на пищевые продукты, бытовую химию, укусы насекомых с развитием отека Квинке и удушьем.

Меры медицинской безопасности

Для обеспечения медицинской безопасности реабилитационной деятельности предлагается ряд мер местного и федерального уровней.

I. На уровне РЦ:

- состояния, угрожающие жизни, нуждаются в своевременном распознавании — конечно, в рамках компетенции немедицинского работника;

- сотрудники РЦ (хотя бы двое) должны уметь оказать неотложную доврачебную помощь, например наложить повязку, шину, кровоостанавливающий жгут, обработать рану и др. Для этого нужна аптечка с необходимыми медикаментами и перевязочными материалами;

- для локализации вспышки инфекции необходимо знать, что такое карантин, для чего он нужен и каков первичный порядок его введения;

- должен быть отработан четкий алгоритм связи с местным ЛУ и путь доставки туда заболевшего;

- кроме грамотного оказания доврачебной медицинской помощи есть и еще один медицинский аспект работы РЦ — гуманитарный, просветительский. При прохождении курса реабилитации полезно дать реабилитантам — в самой простой, доступной для их понимания форме — элементарные знания, даже не столько медицинского, сколько санитарного характера, в том числе и о распространении инфекционных заболеваний (СПИДа, гепатитов и других). Такой уникальной возможности для приобретения навыков поддержания здоровья им, может быть, больше никогда не представится.

II. На федеральном уровне:

- определение структуры, которая будет заниматься организацией и методическими разработками в области медико-санитарного просвещения сотрудников РЦ;

- разработка короткой образовательной программы (цикл 5—7 учебных дней при 6—8 часах преподавания в день). Определение перечня обсуждаемых тем, почасовой «сетки» преподавания. (На наш взгляд, в программе образовательного курса для сотрудников РЦ, и без того загруженных каждодневной работой, стоит останавливаться только на тех заболеваниях, при которых несвоевременное распознавание, неправильное оказание доврачебной помощи и промедление с врачебным вмешательством ведут к серьезным негативным последствиям для здоровья и к летальному исходу);

- организация циклов преподавания с выдачей соответствующего документа;

- разработка, утверждение и распространение:
 - 1) формы типового договора между РЦ и местным государственным ЛУ;
 - 2) алгоритма экстренной госпитализации в ЛУ;
 - 3) комплекта аптечки доврачебной помощи для РЦ (наподобие водительской аптечки или армейской сумки сан.инструктора).
 - 4) краткого пособия для сотрудников РЦ по потенциальным проблемам медицинского характера — в печатном или электронном виде;
 - 5) плакатов санитарно-просветительского характера для РЦ — в печатном или электронном виде.

Ввиду того, что в настоящее время обсуждается добровольная сертификация немедицинских РЦ и создание федеральной сети РЦ, указанные меры при правильной организации процесса будут трудно осуществить.

Заключение

Возможно, что для руководителей центров, занятых непосредственными задачами реабилитации и хозяйственной деятельностью, приобретение дополнительных медицинских знаний покажется, на первый взгляд, лишней нагрузкой, а медицинская безопасность — несколько надуманной проблемой. Однако следует иметь в виду, что здесь действует тот же принцип, что и при противопожарной безопасности — очень хорошо, если полученные знания и отработанные навыки не пригодятся.

MEDICAL PROBLEMS OF CENTRES OF SOCIAL REHABILITATION FOR DRUG-DEPENDENT PATIENTS

SHEVTZOVA J.B.

PhD, Senior Researcher, Department of Social and Forensic Problems of Drug and Alcohol Dependency,
The Serbsky National Researcher Centre of Social and Forensic Psychiatry, Moscow,
e-mail: jtuzikova@mail.ru

This article is offered to discussion for those who is engaged in social rehabilitation of the persons dependent on psychoactive substances. It is known that success of the rehabilitation program depends on many factors. One of such factors is observance of the general medical and the sanitary code in the rehabilitation center which is often removed from settlements. In article medical problems which employees of the centers of social rehabilitation (public, confessional face, etc.) are considered, and ways of their decision are planned.

Key words: social rehabilitation, rehabilitation center, standards of medical and sanitary code, standards of medical safety, comorbidity in drug addicts

Табакокурение при шизофрении: частный вопрос или глобальная проблема?

ГОЛЕНКОВ А.В. д.м.н., профессор, зав. кафедрой психиатрии и медицинской психологии
Чувашского государственного университета им. И.Н. Ульянова, Чебоксары;
e-mail: golenkovav@inbox.ru

По данным зарубежной литературы обсуждаются: распространенность табакокурения (ТК) при шизофрении, этиопатогенетические гипотезы никотиновой зависимости (НЗ), вопросы диагностики, организационные аспекты и принципы терапии у данной категории больных. Автор, отвечая на поставленный в названии обзора вопрос, однозначно высказывается за масштабность проблемы, ее полидисциплинарность. Приводятся многочисленные научные доказательства в пользу неслучайности связи ТК (НЗ) и расстройств шизофренического спектра, их накопление среди больных. Подробно описываются лекарственные воздействия с доказанным терапевтическим эффектом, комплексные программы лечения представленной коморбидной патологии.

Ключевые слова: табакокурение, шизофрения, коморбидность

Введение

Табакокурение — наиболее распространенный вид наркологической патологии [1, 2, 4—7, 13—15, 19, 22, 27—29]. Табак, естественно, входит в перечень психоактивных веществ и вызывает психические и поведенческие расстройства при употреблении. ТК включено в Международную классификацию болезней (МКБ-10, рубрика F17). Описаны табачная интоксикация и табачная зависимость.

Кроме сильного (навязчивого) желания закурить (ввести в организм никотин любым другим способом) критериями синдрома табачной абстиненции, по DSM-IV (американское диагностическое и статистическое руководство), являются: ежедневное ТК в течение хотя бы нескольких недель, а также четыре симптома (или больше) из восьми, возникающих при внезапной отмене ТК или его уменьшении:

- 1) дисфорическое или депрессивное настроение;
- 2) нарушения сна (инсомния);
- 3) раздражительность, фрустрация или гнев;
- 4) тревога (беспокойство);
- 5) трудность концентрации внимания;
- 6) неугомонность (нетерпеливость);
- 7) уменьшение частоты сердечных сокращений (на 5—12 ударов в минуту и более);
- 8) усиление аппетита или увеличение веса (в среднем на 2—3 кг в течение первого года после прекращения курения).

Перечисленные симптомы вызывают дистресс, ухудшение в социальной сфере и сфере занятости, а также в других важных областях жизни человека. Абстиненция возникает через несколько часов после прекращения ТК с пиком на 1—4-й день, сохраняет-

ся 3—4 недели, а постоянное чувство голода и увеличение массы тела держатся 6 мес. и больше [15].

Начиная с 80-х годов прошлого века за рубежом проводятся широкомасштабные исследования ТК у больных шизофренией (БШ) [11, 13, 19, 22]. Этому способствовали, с одной стороны, полимодальное воздействие никотина на центральную нервную систему [6, 25, 27], с другой, — медико-социальные последствия ТК у БШ [5, 10, 12, 18, 29]. К настоящему времени накоплен весьма солидный материал, малознакомый отечественным психиатрам и наркологами, так как он был опубликован на иностранных языках. В настоящем обзоре зарубежной литературы ставилась цель обсудить наиболее важные аспекты ТК при шизофрении.

Распространенность ТК при шизофрении

В метаанализе 42 исследований, охватывающих 7593 больных шизофренией 20 различных наций, доля курящих составила 62% (таблица) [10]; число курящих среди пациентов в 5,3 раза (взвешенная средняя, доверительный интервал — ДИ — 4,9–5,7) превышало аналогичные показатели в общей популяции. Исключения из этого правила были выявлены только в двух исследованиях (в мужской популяции Японии распространенность ТК среди БШ и здоровых оказалась одинаково высокой, а в Колумбии — одинаково низкой).

Среди мужчин БШ курящих был 71% (3634 чел., 18 наций), в 29 из 32 исследований они курили в 7,2 раза чаще (ДИ=6,1—8,3), чем мужчины из общей популяции. БШ женщины курили в 44% случаев (2106 чел., 15 наций), в 22 из 25 исследований в 3,3 раза чаще (ДИ=3,0—3,6), чем

женщины из общей популяции. Эти исследования из стран четырех континентов убедительно показали, что курение отчетливо связано с шизофренией и может быть обусловлено биологическими факторами [6, 25].

ТК при шизофрении примерно в 2 раза выше (ДИ=1,7—2,1) при сравнении с другими психическими расстройствами (ПР). Эти находки обнаружены в 14 исследованиях из 18 (у мужчин — в 11 из 14, у женщин — в трех из восьми). Лишь в единичных работах указывается, что больные с шизоаффективными и биполярными ПР курят больше, чем БШ [24].

В другой работе при исследовании в течение двух лет 112 тыс. больных с ПР — пользователей служб психического здоровья — было показано, что БШ в 2,61 раза, а больные с шизоаффективными ПР в 2,14 раза курили чаще, чем больные с другими группами ПР [14].

БШ выделяются не только частотой встречаемости ТК, но и тем, что они курят больше сигарет в день ($25,6 \pm 11,7$; от 10 до 70 сигарет), начинают курить в более раннем возрасте (при возрасте $43,95 \pm 9,4$ года для группы БШ их курительный

стаж составил в среднем $26,1 \pm 10,8$ года) и в 2,6 раза чаще подвержены НЗ, чем в целой популяции [20]. Полученные данные подтверждаются в трех исследованиях из трех среди мужчин БШ и в двух из трех — среди женщин. При сравнении с другими ПР большая интенсивность ТК при шизофрении доказана в двух работах из пяти (оба пола), в двух из семи (мужчины) и в одной из четырех (женщины). Авторы не смогли подтвердить теорию о большей интенсивности ТК при шизофрении при сравнении с другими тяжелыми ПР [10].

Исследования показывают, что прекращение курения у БШ происходит реже (таблица), чем в популяции (9 против 14—49%) и у больных с другими ПР (18% у мужчин с шизофренией против 38% у мужчин с другими ПР). Ранее когда-либо курящих среди БШ также больше, чем среди больных с другими ПР (у женщин недостоверно) и населения в целом (подтверждено в восьми из девяти исследований) [10].

У БШ имеются предпосылки для поддержания высоких уровней никотина в организме, что ведет к более сильной НЗ и служит серьезным препятствием к отказу от ТК [5, 13, 19, 22, 27].

Таблица

ТК у БШ, другими ПР и населения в целом, % (по [10])

Показатель	БШ М (min-max)*	Другие ПР М (min-max)*	Население М (min-max)*
Курящие в момент исследования (current smoking)			
Оба пола	62 (41—88) ⁴² 64 (14—81) ¹⁸	— 49 (7—67) ¹⁸	30 (16—58) ⁴² —
Мужчины	71 (38—93) ³² 72 (38—93) ¹⁴	— 53 (23—90) ¹⁴	37 (17—63) ³² —
Женщины	44 (12—82) ²⁵ 49 (13—70) ⁸	— 34 (2—57) ⁸	25 (3—64) ²⁵ —
"Заядлые курильщики" (heavy smoking)			
Оба пола	39 (29—44) ⁶ 30 (19—45) ³	— 27 (13—48) ³	15 (6—29) ⁶ —
Мужчины	52 (32—81) ³ 38 (21—56) ⁵	— 29 (11—50) ⁵	30 (6—57) ³ —
Женщины	38 (21—61) ³ 22 (12—50) ³	— 23 (6—54) ³	18 (5—44) ³ —
Отказавшиеся от ТК			
Оба пола	9 (4—17) ⁶ 9 (6—17) ⁴	— 15 (9—29) ⁴	39 (41—88) ⁴² —
Мужчины	8 (3—19) ⁴ 18 (0—27) ⁴	— 38 (19—57) ⁴	48 (41—88) ⁴² —
Женщины	24 (10—37) ³ 30 (20—46) ²	— 14 (14—14) ²	41 (41—88) ⁴² —
Примечание. М — среднее значение; min-max — минимальное и максимальное значение; * — число исследований			

Медико-социальные последствия ТК при шизофрении

В то время как в населении развитых стран число курящих сокращалось (с 45% в 1960-е годы до 20—30% в 2000-е годы), ТК среди БШ оставалось неизменно высоким [2]. ТК приводит к хроническим соматоневрологическим заболеваниям, ухудшает качество жизни, повышает показатели смертности [13, 15, 21, 26]. У БШ в 2—3 раза чаще, чем в населении, в целом, наблюдаются сердечно-сосудистые и легочные заболевания. Две трети БШ умирают от сердечно-сосудистых заболеваний, а в популяции, в целом, — 50% [13]. Излишний вес, метаболический синдром, сахарный диабет, инсулинорезистентность у БШ являются главными факторами риска сердечно-сосудистой патологии [11]. Средняя продолжительность жизни БШ в США составляет 61 год против 76 лет в общей популяции, т.е. на 20% меньше [9].

Курящие БШ чаще госпитализируются из-за экзacerbации психотических расстройств, хуже переносят нейролептики, чаще потребляют психоактивные вещества [19]. С ними труднее установить терапевтическое сотрудничество, чем с БШ без НЗ [5].

Имеются работы, свидетельствующие о прямой связи между ТК и суицидальным поведением. Особенно много оснований для этого есть в популяции БШ и депрессией по сравнению с больными другими ПР [18]. У курящих больных намного чаще встречались попытки самоубийств, суицидальные мысли и эпизоды агрессивности в течение жизни, чем у некурящих. Возможно, это обусловлено депрессивной симптоматикой и обнаруженным низким уровнем серотонина в мозге больных [12].

В США 7,1% населения имеет сочетание ПР и ТК. Эти больные выкуривали 34,2% всех сигарет потребляемых в стране [8]. По данным 2004 г., БШ в Америке тратили в среднем 142,5 долл. в месяц на сигареты, что составляло 27,4% их месячного дохода [21].

Факторы, влияющие на ТК при шизофрении

Распространенность ТК у БШ достоверно превосходит показатели общей популяции независимо от социокультурных особенностей, что позволяет говорить о существовании биологических факторов в генезе обоих расстройств.

Воздействие никотина на ацетилхолиновые рецепторы сопровождается выделением норадреналина, серотонина, дофамина, ацетилхолина, ГАМК, глутамата, эндорфинов и соответствующими поведенческими эффектами (уменьшение тревоги, улучшение внимания, когнитивных функций, облегчение депрессии) [13]. Поэтому БШ курят для самолечения когнитивного дефицита и коррекции негативных симптомов (апатия, безволие, социальная отгороженность, анге-

дония, когнитивный дефицит), которые являются существенными преградами для пациентов в их способности справляться со своими ежедневными делами [27]. В частности, у 87 стационарных БШ (76% с НЗ) установлена достоверная связь между оценками (шкала Фогерстрема) и суммой негативных расстройств (шкала позитивных и негативных расстройств — PANSS), отдельными ее симптомами (уплощение аффекта, социальная отгороженность, трудности абстрагирования и стереотипность мышления). Кроме того, были обнаружены корреляции НЗ с ухудшением внимания, ориентации, мышления и контроля импульсивности. Позитивные синдромы не зависели от того, курили больные или нет. Предиктором ТК выступали негативные симптомы, длительность болезни и потребление алкоголя [16]. В другом исследовании было показано, что чем больше сигарет курят БШ, тем у них меньше выражены негативные симптомы; позитивные симптомы у некурящих выражены больше [28]. В третьем исследовании не удалось подтвердить гипотезу о самолечении БШ с помощью ТК, так как высокие оценки по шкале PANSS и позитивные симптомы встречались реже у БШ с умеренной НЗ по сравнению с некурящими и больными с выраженной степенью НЗ [1].

Начало регулярного ТК связано с началом шизофрении, в то время как при других ПР, за исключением шизоаффективных и биполярных ПР [4, 14], нет таких связей [17]. Средние различия между возрастом начала ТК и началом шизофрении среди пациентов составили 2,3 года, что существенно меньше, чем у больных с другими ПР. 77% БШ начинают ТК до болезни, после 20 лет, делают это ежедневно намного чаще, чем в населении, в целом [11]. Из всех семейных факторов, играющих роль модели для подражания, только курение отца в домашнем окружении увеличивает риск регулярного ТК в зрелом возрасте в когорте БШ [17].

В семи исследованиях было доказано, что БШ начинают курить до начала болезни. Курение может рассматриваться составной частью биологического фактора, который делает БШ предрасположенными к ТК [10]. Многие работы показывают, что начало курения и развитие шизофрении может быть обусловлено генетическим фактором [4, 11, 17].

В США ТК связано с низким уровнем образования как у мужчин, так и у женщин. В Испании и Франции — у мужчин с низким уровнем образования, у женщин — с высоким [15]. Определенные связи между шизофренией и ТК трудны для выявления в странах с очень низким или очень высоким распространением ТК в общей популяции. Низкие уровни ТК могут быть связаны с низким экономическим статусом населения, не позволяющим покупать дорогие сигареты. В этих странах женщины, как правило,

курят очень редко, поэтому там трудно изучать связи между шизофренией и ТК. Аналогично обстоит дело в странах с высоким (более 60%) уровнем ТК. Определенные связи можно установить между шизофренией и ТК в стране, социальная политика которой приводит к уменьшению распространенности ТК в общей популяции путем подсчета числа заядлых курильщиков, тех, кто когда-либо бросал курить, и распространенности когда-либо курящих [10].

Среди БШ, употребляющих алкоголь, амфетамин, кофеин, кокаин или марихуану, ТК распространено значительно больше [14, 24]. БШ имеют низкий социально-экономический и образовательный уровень, что может лишь отчасти объяснить связь ТК с шизофренией, так как фактор образования имеет меньший вес в развитии этой коморбидной патологии, чем алкоголизация или потребление психоактивных веществ в течение жизни [11].

Диагностика ТК

Надежным индикатором табачной интоксикации является измерение концентрации окиси углерода в выдыхаемом воздухе с помощью детектора угарного газа. У БШ уровень СО в течение 90 мин достоверно (в 3,5 раза) выше, чем у психически здоровых. Это может быть объяснено «курительной топографией» [22]: больные делают более глубокие и частые (короче интервалы) затяжки при ТК, курят до линии фильтра [2, 5, 20, 27].

Другим показателем интенсивности курения является уровень основного и ближайшего метаболита никотина — котинина. Он имеет период полураспада 16—40 ч, может измеряться в моче, плазме крови и слюне. В обзоре J. Tidey, J. Williams показано, что БШ имеют более высокие уровни котинина при одинаковом числе выкуренных сигарет по сравнению с контролем. На это влияют особенности метаболизма и экскреции никотина у БШ, а также прием антипсихотических препаратов [22].

Среди психологических методик тест К. Фагерстрема (K. *Fagerstrom*) является наиболее применяемым инструментом для диагностики НЗ и ее коррекции. Результаты методики коррелируют со стажем ТК и биохимическими показателями (концентрацией окиси углерода в выдыхаемом воздухе). Надежность внутренней согласованности теста умеренная ($\alpha=0,56—0,64$), тест-ретестовая — высокая. Однако исследования M. Steinberg с соавторами показывают, что тест К. Фагерстрема может быть менее информативным у БШ по сравнению с популяцией в силу ограничений ТК в стационарных условиях. Поэтому авторы предлагают дополнить методику рядом вопросов (Подбираете и/или докуриваете ли Вы сигареты других людей?; Встав утром, как быстро Вы

закуриваете?; Встав ночью, просите ли Вы закурить (курите ли Вы)?; Ограничивают ли Ваше ТК в отделении?; Когда Вы курите и сколько раз в день?; Сколько времени обычно проходит между выкуриваемыми сигаретами? и др.), чтобы использовать ее у БШ, более точно диагностировать выраженность НЗ [20]. На основе двух вопросов К. Фагерстрема (время закуривания первой в день сигареты и число выкуренных в течение дня сигарет) был предложен индекс интенсивности курения предназначенный для скрининга НЗ; доказана его высокая чувствительность (94%) и специфичность (88%) [3].

Часто в лечебной и исследовательской работе используются психологические методики (опросники, тесты) по оценке силы влечения к ТК (smoking urges, cigarette craving), выраженности абстинентного синдрома никотинизма, ожидаемых эффектов от ТК и др. Определенными проблемами остаются не до конца стабильные показатели надежности и валидности использованных методик у психически больных. Психологические шкалы нуждаются в дальнейшей адаптации и для контингента БШ [19, 20, 22].

Лечение и профилактика ТК у больных шизофренией

Как известно, для лечения шизофрении в первую очередь используются типичные и атипичные нейролептики. Исследования показывают, что терапевтические дозы нейролептиков могут быть эффективными и в лечении НЗ. Нейролептики могут использоваться при лечении НЗ у БШ, потому что они:

- 1) ослабляют симптомы шизофрении и тем самым редуцируют интенсивность ТК, связанную с ними;
- 2) могут улучшать когнитивные функции БШ и способствовать их приверженности к приему препаратов и психотерапии;
- 3) могут оказывать прямое действие на систему позитивного подкрепления через никотинергическую и дофаминергическую системы, что будет редуцировать никотиновый абстинентный синдром и снижать влечение к ТК [13].

Эти препараты блокируют постсинаптические дофаминовые D_2 -рецепторы, и БШ курят, чтобы восстановить центральную активность никотиновых и дофаминовых нейронов. ТК может редуцировать побочные эффекты психофармакотерапии, включая экстрапирамидные симптомы и фармакогенную депрессию. По аналогии с этим БШ могут уменьшать дефицит внимания энзим-индуцирующим влиянием полициклического ароматического карбогидрата, образующегося при сжигании табака. Установлено, что индуцируется синтез цитохрома P450 (изоформа CYP1A2) и фермента глюкоконилтрансферазы, и этот эффект сохраняется в течение двух недель после прекращения курения. Становится

понятным, что ТК снижает примерно на треть концентрацию в плазме типичных и атипичных нейролептиков (галоперидола, аминазина, оланзапина и клозапина). Этот механизм может, наоборот, стимулировать некоторые кофеинподобные эффекты, потому что кофеин является ингибитором CYP1A2. Сильно курящие БШ могут таким образом преуменьшать действие нейролептиков, что часто является причиной их госпитализации с обострением психоза [6, 13, 25—27].

Атипичные нейролептики с несколько другим механизмом действия показывают лучшие результаты у курящих БШ, чем у некурящих. Эта группа препаратов лучше переносится больными (реже наблюдаются экстрапирамидные расстройства), и она более эффективна в коррекции негативных и депрессивных расстройств, когнитивных нарушений при шизофрении, способствует их приверженности лечению и психотерапии. Атипичные нейролептики прямо влияют на никотинергические и дофаминергические системы, уменьшая, тем самым, интенсивность влечения к табаку и проявления никотиновой абстиненции. Неслучайно, что БШ, получающие атипичные нейролептики, чаще бросают курить [2, 5, 13, 21, 25, 27].

Клозапин является препаратом выбора для лечения НЗ. Он блокирует рецепторы 5-HT₂ и, тем самым, способствует как когнитивному улучшению, так и уменьшению ТК.

Не рекомендуется использовать типичные нейролептики, особенно галоперидол, потому что они могут усиливать экстрапирамидные побочные эффекты. Атипичные нейролептики (клозапин) устраняют блокаду дофаминовых D₂-рецепторов, вызванных типичными нейролептиками, которые стимулируют БШ на интенсивное ТК на фоне их приема. Курящие БШ лучше реагируют на клозапин, чем некурящие. Возможно, между клозапином и никотином имеются синергические эффекты или существуют подгруппы БШ, имеющих особенности патофизиологических механизмов, и избирательно реагирующих либо на клозапин, либо на никотин. Клозапин способен улучшить результаты лечения НЗ в сочетании с другими атипичными нейролептиками [13]. Клозапин метаболизируется в печени до диметилклозапина и клозапин-N-оксида под воздействием цитохрома 1A2 и 3A4. Курение может индуцировать цитохром 1A2 и, тем самым, уменьшать концентрацию в крови этого нейролептика [26]. Клозапин нужно назначать с особой осторожностью, следить за дозами, особенно у тех больных, которые бросили курить или собираются это сделать.

Знание связей ТК и психотерапии оказывает важным для лечения БШ. Введение атипичных нейролептиков ведет к тому, что фармакокинетические эффекты ТК не связаны прямо с влиянием ТК на ге-

патоклиренс веществ, которые употреблялись в течение длительного времени [5—7, 13, 22, 27].

Департамент здоровья и руководства клиническими практиками США рекомендует следующие первые линии терапии для прекращения ТК: никотинзаместительную терапию (пластырь, жевательная резинка, ингалятор, таблетки, назальный спрей); поддержание/прекращения ТК бупропионом и варениклином (varenicline). Эффективность использования никотинового пластыря в сочетании с психотерапией составила 35,5% в конце лечения и 14% к концу 6 мес. такой терапии. Применение бупропиона показало, что 7 из 19 БШ и только двое из 22 испытуемых с плацебо-терапией выдержали 7 дней абстиненции. После 4 недель лечения отмечено улучшение внимания и памяти у больных. Использование медикаментов и психообразовательных программ у БШ часто показывает эффективность (число бросивших курить), сравнимую с общей популяцией [5].

Хотя многие курильщики с ПР понимают, что ТК вредно для здоровья и что прекращение может улучшить их состояние, около 50% из них не имеют планов бросить курить в течение 6 мес., а менее 25% настроены это сделать в течение ближайшего месяца [19]. Данные обстоятельства вынуждают уделять особое внимание повышению мотивации на прекращение ТК перед лечением [5, 22, 27]. В частности, рекомендуется использовать: краткое мотивационное интервью с обратной связью (45 мин); психообразование (45 мин) или краткую оценку (5 мин). Обратная связь включала в себя сравнение числа выкуриваемых сигарет в течение дня с другими курильщиками; тест К. Фогерстрема; измерение содержания монооксида углерода в выдыхаемом воздухе посредством детектора угарного газа; подсчет денежных средств, потраченных на сигареты; подчеркивание важности и уверенности в способности бросить ТК. Такая стратегия может быть эффективной, что было доказано в рандомизированном клиническом исследовании [19].

Для курящих БШ предложено два варианта интенсивности индивидуальной психосоциальной терапии (TANS) продолжительностью 26 недель (никотиновый пластырь 20 недель) [19]. Различия в интенсивности касались числа сеансов 24 при высокоинтенсивной и 9 при умеренно интенсивной терапии.

TANS состоит из трех фаз:

- 1) вступительная фаза — четыре сеанса;
- 2) отказ от ТК (абстиненция) — 10 сеансов;
- 3) профилактика рецидивов ТК — 12 сеансов.

На пятой неделе назначается «День отказа от ТК» как кульминация лечения. Для приготовления к прекращению ТК участники получают индивидуальные задания с объективизацией результатов, вспоминают ситуации и места, связанные с ТК, знакомятся

с проявлениями никотиновой абстиненции и, наконец, в мельчайших деталях получают рекомендации по использованию никотинового пластыря.

В течение фазы никотиновой абстиненции пациентов дополнительно обучают социальным навыкам (с разыгрыванием ролей и домашними заданиями). Несколько открытых терапевтических сеансов направлено на поддержание лечения с отказом БШ от ТК. Пациенты пользуются никотиновым пластырем 20 недель, получают установки на продолжение терапевтического сотрудничества и необходимые советы. В фазе профилактики рецидивов закрепляются достигнутые результаты на отказ от ТК, проводится подготовка к отмене никотинового пластыря (так как у многих больных имеется страх перед его отменой, необходимо обсудить эту процедуру и дальнейшую жизнь без пластыря) [19].

Никотинзаместительная терапия может сопровождаться следующими эффектами:

- 1) улучшение нейropsychологических отклонений, связанных с основной болезнью;
- 2) предупреждение развития никотинового абстинентного синдрома и влечения к ТК или уменьшение их интенсивности;
- 3) предупреждение экзacerbации психотических расстройств на фоне никотинового абстинентного синдрома;
- 4) предупреждение или уменьшение побочных эффектов психофармакотерапии;
- 5) воздействие на никотиновые рецепторы и их роль при симптоматике шизофрении [13].

В другом лонгитудальном исследовании (с 1995 по 2006 гг.) БШ была показана высокая эффективность реабилитационной программы («Smokebusters») с акцентом на отказ от ТК. Через 11 лет число курильщиков в группе из 76 чел. сократилось с 63,2 до 43,4%, отказавшихся от ТК — с 15,8 до 36,8%; некурящие составили соответственно 21,1 и 19,7%. Полученные результаты совпадают с общепопуляционными показателями, что внушает оптимизм в отношении лечения ТК у БШ в условиях реабилитационных программ [7].

Кокрановская специализированная группа по табачной аддикции включила 21 рандомизированное исследование (по прекращению курения, уменьшению интенсивности ТК и профилактике рецидивов) в свой сравнительный метаанализ. Оказалось, что использование бупропиона по сравнению с плацебо эффективно в семи исследованиях из семи к концу терапии и в пяти из семи — через 6 мес. Достоверно уменьшались число БШ, прекративших ТК, и концентрация СО у них в выдыхаемом воздухе после проведенного лечения бупропионом, но не после 6 мес. наблюдения. Также было показано, что аппе-

тия к денежным затратам на курение способна увеличить число бросивших курить и/или снизить уровень интенсивности ТК у БШ. Однако остались сомнения в отношении приемлемости такой терапии ТК в долгосрочной перспективе. Не удалось доказать эффективность никотинзаместительной терапии и психосоциальных воздействий в отношении полного отказа от ТК или уменьшения числа выкуриваемых сигарет у БШ. Таким образом, лечение бупропионом увеличивает число бросивших курить, снижает интенсивность ТК без ухудшения психического состояния больных [23].

Кроме никотинзаместительных препаратов (жвачка, пластырь, назальный спрей, ингалятор и таблетки), бупропиона и вареницилина, Агентство по качеству исследований в здравоохранении США также рекомендует клинидин и нортриптилин. К другим группам препаратов, находящимся в процессе апробации с возможным положительным эффектом, относятся: ингибиторы моноаминоксидазы (селегиллин); селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (флуоксетин); антагонисты опиоидных рецепторов (налтрексон); агонисты дофамина (бромкриптин); антагонисты никотиновых рецепторов (мекамуламин) и каннабиноидных-1 рецепторов (римонабалант); ингибиторы энзима Р-450 печени (метоксазол); никотиновая вакцина. Фармакологические исследования никотинзаместительной терапии и бупропиона показали, что имеются идентификационные гены-кандидаты для дофаминовых и μ -опиоидных рецепторов, что может быть предиктором терапевтического эффекта [13].

Антидепрессанты — селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (пароксетин, флуоксетин, сертралин), а также ингибиторы серотонина и норадреналина (венлафаксетин), очевидно, также можно использовать для лечения НЗ у БШ с негативной симптоматикой и в сочетании с нейролептиками. Они способствуют отказу от курения БШ с депрессивной симптоматикой [13, 22].

D. Ziedonis с соавторами предлагают для борьбы с ТК в психиатрических учреждениях всестороннее наблюдение за курением и внедрение лечебных программ НЗ и отказа от ТК [29]. Среди возможных препятствий для их осуществления авторы отмечают:

- негативное отношение и недостаточную осведомленность врачей и медицинских работников, циркулирование среди них мифов о ТК у психически больных;
- мнение о никотине как необходимом веществе, которое больные вводят себе в организм для самолечения ПР;
- право больных на ТК;
- ТК обслуживающего персонала;
- страх изменений психического состояния после отказа от ТК (отмены ТК).

Стратегия антитабачной политики в психиатрических лечебно-психиатрических учреждениях требует организационных изменений в их работе, разработки соответствующих мероприятий для выполнения программы по борьбе с ТК. Среди организационных изменений необходимо соблюдение 12 ключевых принципов:

1. Работа с желающими отказаться от ТК, чтобы прояснить миссию программы, установить возможные барьеры для ее выполнения;
2. Создание группы лидерства со всеми заинтересованными лицами;
3. Составление плана изменений и рабочих групп для реализации плана с достижимыми целями и задачами;
4. Достижение вначале наиболее легких и краткосрочных изменений в системе отношений, которые будут способствовать другим изменениям;
5. Инструктаж обслуживающего персонала с обучающей супервизией и последующим наблюдением;
6. Поддержка и лечение НЗ у обслуживающего персонала, настроенного на отказ от ТК;
7. Наглядная демонстрация положительных изменений в интенсивности ТК и других результатах лечения НЗ, включая предшествующие попытки отказа от ТК;
8. Подключение мотивационной и обучающей информации о ТК, рисках и лечении с целью повышения осведомленности и активности участников программы;
9. Помощь в получении препаратов никотинзаместительной терапии и других лекарственных средств для лечения ТК;
10. Интегрированное лечение НЗ у больных, желающих бросить курить;
11. Организация встреч локальной группы анонимных курильщиков, обсуждение изменений в системе с другими заинтересованными группами, организациями, коллегами;
12. Развитие антитабачной политики.

Структурные изменения для выполнения программы включают в себя 10 пунктов:

1. Встреча с обслуживающим персоналом для обсуждения плана и терапевтических возможностей в том или ином подразделении учреждения;
2. Консультации с группой поддержки и лидерства;
3. Однодневный тренинг по ТК для всего обслуживающего персонала, направленный на улучшение отношений, знаний и умений по данной проблеме;
4. Двухдневный интенсивный тренинг для персонала и терапевтов, ответственных за проведение, предлагаемых групповых программ;
5. Сфокусированный тренинг медикаментозных воздействий для медицинского персонала, составление протоколов проведения, поддержки и использо-

вания детектора СО для обратной связи и получения текущих оценок;

6. Поддержка, формуляры лекарственных средств и получение медикаментов, способствующих отказу от ТК (использование имеющихся ресурсов, страховок, других возможностей);

7. Еженедельная корреспонденция (по телефону и электронной почте);

8. Руководство выполнения программы с примерами изменения политики, объяснением терапевтической модели, основанной на мотивации и вмешательствах для различных уровней мотивации;

9. Руководство мотивационного лечения (группы здорового образа жизни с низкой мотивацией; краткосрочные вмешательства, лекарственные воздействия; интенсивная поведенчески-ориентированная групповая терапия; Американская легочная ассоциация и др.);

10. Информация об Анонимных курильщиках и Анонимных больных с двойным диагнозом.

Указанная программа апробировалась в 235 психиатрических больницах (включая стационары для больных, находящихся на принудительном лечении) США, в которых лечатся около 50 тыс. больных, и хорошо себя зарекомендовала [29].

Заключение

Рассмотренные выше аспекты убеждают, что ТК при шизофрении — это глобальная проблема, не потерявшая своей актуальности до настоящего времени. Ежегодно продолжают выходить солидные исследования, к сожалению, преимущественно зарубежных авторов, ставящие все новые и новые вопросы. Выявляемые патогенетические связи между ТК и шизофренией позволяют выдвигать весьма интересные гипотезы о происхождении этого коморбидного состояния, но что еще более ценно — намечать новые подходы к его терапии. Немаловажен медико-социальный аспект, заключающийся в высокой распространенности ТК при шизофрении и как следствие в высоких экономических потерях, снижении качества и продолжительности жизни больных, развитии у них тяжелой полиорганной соматической патологии.

Многое из обсуждаемого в обзоре остается спорным, противоречивым и не в полной мере адаптированным применительно к курящему контингенту БШ. Сказанное, несомненно, должно побуждать медицинскую общественность к активному участию в исследованиях по обозначенной глобальной проблеме, внесению изменений в стандарты оказания психиатрической помощи и разработке эффективных профилактических мероприятий ТК у БШ и больных другими ПР.

Список литературы

1. Aguilar M., Gurpegui M., Diaz F., de Leon J. Nicotine dependence and symptoms in schizophrenia: naturalistic study of complex interactions // *Br. J. Psychiatry*. — 2005. — Vol. 186. — P. 215—221.
2. Dervaux A., Laqueille X. Smoking and schizophrenia: epidemiological and clinical features // *Encephale*. — 2008. — Vol. 34, №3. — P. 299—305.
3. Diaz F., Jane M., Salto E. et al. A brief of high nicotine dependence for busy clinicians and large epidemiological surveys // *Aust. and NZ J. Psychiatry*. — 2005. — Vol. 39. — P. 161—168.
4. Diaz F., Jane M., Salto E. et al. The association between schizophrenia and smoking: unexplained by either the illness or the prodromal period // *Sch. Res.* — 2008. — Vol. 39. — P. 161—168. doi: 10.1016/j.schres.2008.06.004.
5. Fagerstrom K., Aubin H.-J. Management of smoking cessation in patients with psychiatric disorders // *Curr. Med. Res. and Opin.* — 2009. — Vol. 25, №2. — P. 511—518.
6. George T. Neurobiological links between nicotine addiction and schizophrenia // *J. Dual Diagnosis*. — 2007. — Vol. 3, №3/4. doi: 10.1300/J374v03n03_04.
7. Goldberg J., Van Exan J. Longitudinal rates of smoking in a schizophrenia sample // *Tabac. Control*. — 2008. — Vol. 17. — P. 271—275. doi: 10.1136/tc.2008.024810.
8. Grant B., Hasin D., Chou S. et al. Nicotine dependence and psychiatric disorders in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions // *Arch. Gen. Psychiatry*. — 2004. — Vol. 61. — P. 1107—1115.
9. Hennekens C., Hennekens A., Hollar D., Casey D. Schizophrenia and increased risks of cardiovascular disease // *Am. Heart J.* — 2005. — Vol. 150. — P. 1115—1121.
10. Leon J., Diaz F. A meta-analysis of worldwide studies demonstrates an association between schizophrenia and tobacco smoking behaviors // *Sch. Res.* — 2005. — Vol. 76. — P. 135—157. doi: 10.1016/j.schres.2005.02.010.
11. Leon J., Gurpegui M., Diaz F. Epidemiology of comorbid tobacco use and schizophrenia: thinking about risks and protective factors // *J. Dual Diagnosis*. — 2007. — Vol. 3, №3/4. doi: 10.1300/J374v03n03_03.
12. Malone K., Waternaux C., Haas G. et al. Cigarette smoking, suicidal behavior, and serotonin function in major psychiatric disorders // *Am. J. Psychiatry*. — 2003. — Vol. 160, №4. — P. 773—779.
13. Montoya I., Vocci F. Medications development for the treatment of nicotine dependence in individuals with schizophrenia // *J. Dual Diagnosis*. — 2007. — Vol. 3, №3/4. doi: 10.1300/J374v03n03_09.
14. Morris C., Giese A., Turnbull J., Dickinson M., Johnson-Nagel N. Predictors of tobacco use among persons with mental illnesses in a statewide population // *Psychiatry Serv.* — 2006. — Vol. 57, №7. — P. 1035—1038.
15. Nicotine-related disorders // *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV*. 4th ed., text rev. — Washington: APA, 2000. — P. 264—269.
16. Patkar A., Gopalakrishnan R., Lundy A. et al. Relationship between tobacco smoking and positive and negative symptoms in schizophrenia // *J. Nerv. Ment. Dis.* — 2002. — Vol. 190, №9. — P. 604—610.
17. Riala K., Hakko H., Isohanni M. et al. Is initiation of smoking associated with the prodromal phase of schizophrenia? // *Rev. Psychiatr. Neurosci.* — 2005. — Vol. 30, №1. — P. 26—32.
18. Rihmer Z., Dume P., Gonda X. et al. Cigarette smoking and suicide attempts in psychiatric outpatients in Hungary // *Neuropsychopharmacol. Hung.* — 2007. — Vol. 9, №2. — P. 63—67.
19. Steinberg M., Williams J. Psychosocial treatments for individuals with schizophrenia and tobacco dependence // *J. Dual Diagnosis*. — 2007. — Vol. 3, №3/4. doi: 10.1300/J374v03n03_08.
20. Steinberg M., Williams J., Steinberg H. et al. Applicability of the Fagerstrum test for nicotine dependence in smokers with schizophrenia // *Addict. Behav.* — 2005. — Vol. 30. — P. 49—59. doi: 10.1016/j.addbeh.2004.04.012.
21. Steinberg M., Williams J., Ziedonis D. Psychosocial treatments for individuals with schizophrenia and tobacco dependence // *Tob. Control*. — 2004. — Vol. 13, №2. — P. 206.
22. Tidey J., Williams J. Clinical indices of tobacco use in people with schizophrenia // *J. Dual Diagnosis*. — 2007. — Vol. 3, №3/4. doi: 10.1300/J374v03n03_07.
23. Tsoi D., Porwal M., Webster A. Interventions for smoking cessation and reduction in individuals with schizophrenia // *Cochrane Database Syst. Rev.* — 2010. — Vol. 16, №6. CD007253.
24. Venable P., Carey M., Carey K., Maisto S. Smoking among psychiatric outpatients: relationship to substance use, diagnosis and illness severity // *Psychol. Addict. Behav.* — 2003. — Vol. 17, №4. — P. 259—265.
25. Weinberger A., Creedon C., Sacco K., George T. Neurocognitive effects of nicotine and tobacco in individuals with schizophrenia // *J. Dual Diagnosis*. — 2007. — Vol. 3, №3/4. doi: 10.1300/J374v03n03_06.
26. Wetzel H., Anghelescu I., Szegedi A. et al. Pharmacokinetic interactions of clozapine with selective serotonin reuptake inhibitors: differential effects of fluvoxamine and paroxetine in a prospective study // *J. Clin. Psychopharmacol.* — 1998. — №18(1). — P. 2—9.
27. Winterer G. Why do patients with schizophrenia smoke? // *Curr. Opin. Psychiatry*. — 2010. — Vol. 23. doi: 10.1097/YCO.0bo13e3283366643.
28. Zhang X., Tan Y., Zhou D. et al. Nicotine dependence, symptoms and oxidative stress in male patients with schizophrenia // *Neuropsychopharmacol.* — 2007. — Vol. 32, №9. — P. 2020—2024.
29. Ziedonis D., Parks J., Zimmermann M. Program and system level interventions to address tobacco amongst individuals with schizophrenia // *J. Dual Diagnosis*. — 2007. — Vol. 3, №3/4. doi: 10.1300/J374v03n03_10.

TOBACCO SMOKING AT A SCHIZOPHRENIA: A PRIVATE QUESTION OR A GLOBAL PROBLEM?

GOLENKOV A.V.

Dr. Med. Sci., Professor, Head of Chair of psychiatry and medical psychology,
I.N. Ulyanov Chuvash State University, Cheboksary. E-mail: golenkovav@inbox.ru

According to the foreign literature are discussed prevalence of a tobacco smoking (TS) at a schizophrenia, ethiopathogenic hypotheses of nicotinic dependence (ND), diagnostics questions, organizational aspects and principles of therapy at the given category of patients. The author, answering brought in the name of the review an attention to the question, unequivocally supports scale of a problem, it polymodality. Numerous scientific proofs in favor of a nonrandomness of communication TK (ND) and schizophrenic spectrum disorder, their accumulation among patients are furnished. Medicinal influences with the proved therapeutic effect, complex programs of treatment presented comorbid pathologies are in detail described.

Key words: tobacco smoking, schizophrenia, comorbidity

Наркозависимые люди: проблемы профилактики, лечения и социальной реабилитации*

Вашему вниманию предлагается стенограмма состоявшегося в РИА «Новости» 22.10.2010 видеомоста «Наркозависимые люди: проблемы профилактики, лечения и социальной реабилитации», который связал Москву, Санкт-Петербург и Екатеринбург.

Участники: Евгений Алексеевич **Брюн** — главный нарколог Минздравсоцразвития России, Ольга Алексеевна **Мишина** — заместитель руководителя Департамента обеспечения межведомственного взаимодействия ФСКН России — начальник Управления межведомственного взаимодействия в сфере профилактики, Николай Владимирович **Каклюгин** — член Экспертно-консультативного совета при Управлении аппарата Государственного антинаркотического комитета по ЦФО, врач-психиатр, Юрий Васильевич **Крупнов** — председатель наблюдательного совета АНО «Институт демографии, миграции и регионального развития», Юлия Бронюсовна **Шевцова** — врач психиатр-нарколог, старший научный сотрудник отделения терапии больных наркоманией и алкоголизмом Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского, Олег Игоревич **Трифонов** — заместитель начальника управления Государственного антинаркотического комитета, Александр Александрович **Козлов** — начальник отдела ФСКН, Алексей Павлович **Скрипков** — руководитель Северо-Западного Центра наркологической экспертизы и мониторинга, Владимир Григорьевич **Теплицкий** — руководитель фонда «Здоровое будущее», Георгий Васильевич **Зазулин** — координатор по России международной организации «Европейские города против наркотиков» (ЕСАД), Ольга Петровна **Крупень** — (РИА «Новости» Санкт-Петербург), Евгений Вадимович **Ройзман** — Президент фонда «Город без наркотиков» (Екатеринбург).

Альбина Пылаева (РИА «Новости»): Поводом для нашего сегодняшнего разговора послужил факт осуждения Егора Бычкова, возглавлявшего фонд «Город без наркотиков» в Нижнем Тагиле. Это событие вызвало огромный общественный резонанс, и сегодня мы хотим поговорить о том, что такое наркозависимые люди, как решать проблемы профилактики, лечения и социальной реабилитации этих людей. Но, наверное, самая важная тема — это необходимость совершенствования законодательной базы, в том числе определить, кто, как и каким образом может заниматься медико-социальной реабилитацией наркозависимых людей.

Е.А.Брюн: Во-первых я хотел бы поприветствовать наших коллег в Санкт-Петербурге. Я очень рад видеть и Теплицкого, и Зазулина, здорово, что мы встречаемся и в таком формате, надеюсь, что скоро сможем увидеться и в Москве. Я думаю, что любая тема, связанная с наркотиками, важна. Сейчас в этой области накопилось столько проблем, что не говорить об этом невозможно. Казалось бы, в этом году приняты основополагающие серьезные документы — Стратегия антинаркотической политики страны до 2020 г., Концепция антиалкогольной политики. В апреле Минздравсоцразвития России принял очень важный документ «Порядок оказания наркологической помощи», где прописана вся технология: первичная и вторичная профилактика, лечение и реабилитация. Казалось бы, мы вооружены такими документами, которые позволяют нам выстраивать эту техноло-

гию в стране. Но вот случай с Егором Бычковым. По-человечески он, наверное, вызывает сочувствие. Но оставление больного без медицинской помощи — это просто не укладывается в голове. Наверное, с учетом того криминального контингента, который находился у него в центре, нужны были меры недобровольного характера. Но в стране нет ни одного закона. Наша наркологическая помощь, по существу, работает вне правового поля. И вот это на сегодняшний день, наверное, главная проблема. К сожалению, в связи с этим случаем, сейчас очень много нападок на Минздравсоцразвития. Утверждается, что у нас ничего нет. Некоторые специалисты, даже будучи врачами-наркологами, заявляют, что наркологической службы у нас нет, никто этим не занимается, реабилитационных центров нет и т.д. При этом я, пытаясь развенчать эти утверждения, выступал в очень многих СМИ, но информация, к сожалению, в эфир не выходит. Пока у нас не будет законов, у нас будут народные бунты, и я думаю, что острее, вектор критики должен быть направлен не на Минздравсоцразвития России, а на тех ответственных людей, которые должны принимать соответствующие законы совместно с нами, специалистами. Хотелось бы надеяться, что сегодняшний разговор будет касаться этих сложных вопросов.

О.А.Мишина: Мне бы тоже хотелось поприветствовать наших коллег в Санкт-Петербурге. Хорошо, что сегодня мы общаемся таким образом. Нам, конечно, хотелось бы совместно проводить какие-то обществен-

* Источник: информационно-публицистический ресурс "Нет — Наркотикам" www.narkotiki.ru.

но-политические мероприятия, для того чтобы обменяться мнениями, чтобы совместно выработать правильные решения и план действий, чтобы заниматься сегодня реабилитацией наркозависимых, реабилитацией наркобольных. Задумки такие у нас есть.

Что мне хотелось бы сказать. До определенного момента Федеральная служба по контролю за оборотом наркотиков основную свою работу направляла на оперативно-розыскную деятельность. Где-то 15—20% у нас занимала профилактика и какое-то совершенно незначительное место — реабилитация. Практически наша служба реабилитацией наркозависимых не занималась. Но времена меняются, меняется ситуация, и на сегодня этот вопрос стоит очень остро. Сейчас мы уделяем этому большое внимание, но поскольку, как об этом уже сказал Евгений Алексеевич, законодательной базы для этого нет, то в правовом поле мы не имеем права этим заниматься. В последнее время мы провели ряд серьезных мероприятий с Минздравсоцразвития, с общественными организациями по разделению реабилитационных центров и структур на государственные, в работе которых наша служба может оказывать содействие только по договоренности с Минздравсоцразвития — это их вотчина. По этому поводу у нас было очень много споров и дебатов. Кроме того, существует ряд реабилитационных центров у конфессий. На заседании Межрелигиозного совета мы также очень серьезно обсуждали подготовку заключения в ближайшее время соглашений о взаимодействии, об оказании этим центрам всевозможной помощи, проведении консультаций, поскольку конфессиональные центры — это вообще закрытая зона, куда никто не имеет доступа. Здесь надо активно взаимодействовать.

Что же касается той ниши, которую занимают негосударственные реабилитационные центры, созданные и поддерживаемые общественными организациями, то по этому вопросу мы, вместе со специалистами Минздравсоцразвития, сейчас пытаемся навести какой-то порядок. Существуют различные реабилитационные центры, в которых лечатся граждане Российской Федерации. Методики используются всевозможные, они никем не узаконены и вот вам пример. Не хотелось бы опять возвращаться к Егору Бычкову, но от этого никуда не деться. Я считаю, что мы не должны допускать лечения людей по непонятным методикам, это все равно должно находиться под контролем общества.

На сегодня существует мнение, что надо попробовать провести сертификацию всех этих центров, понять, чем они занимаются и по каким методикам, и, естественно, по возможности им помочь — и специалистами, и консультациями. Например, проблема детокса — её нельзя решить без помощи медицины,

возникают также различные административные вопросы. Сейчас наш департамент ФСКН России ведет работу именно в этом направлении.

А.Пылаева: Сейчас мы дадим слово еще одному нашему эксперту, который, похоже, не совсем согласен с ранее выступавшими.

Ю.В.Крупнов: Предыдущие выступающие — профессионалы своего дела, и я ни в коем случае не даю каких-либо оценок, но у меня есть несколько важных замечаний. С моей точки зрения, Егор Бычков — это герой России, и, на мой взгляд, это не подлежит обсуждению. Здесь дело не в каких-либо бунтах, а в той ситуации, когда государство полностью провалило социальную реабилитацию и ресоциализацию наркоманов. Это подтверждается простой статистикой.

В среднем по стране не более 3—5% всех наркозависимых имеют возможность выйти в состояние ремиссии. В ситуации, когда государство полностью провалило эту работу, находятся молодые люди со светлыми глазами и чистым сердцем, которые вместо государства делают эту работу. Поэтому для меня этот человек — герой России без всяких нюансов. Это первый момент. Я не обсуждаю судебное решение, не вмешиваюсь в деятельность суда, я высказываю свою личную точку зрения. Есть достаточно много публикаций, где я ее подробно аргументирую, в том числе и в интервью РИА «Новости», и мне не хотелось бы дальше на этом останавливаться. В чем же проблема?

Проблема, на мой взгляд, в том, что, во-первых, государство еще не пришло в эту сферу, а то, с чем оно традиционно с советского периода приходит через наркологию в реальной практике возвращения наркозависимых в социум, занимает максимум 10% от всей работы и не может занимать больше. Поэтому я принципиально не согласен с Ольгой Алексеевной Мишиной, когда она говорит о лечении наркоманов. Лечение наркомана — это 10% от всей работы. При всех погрешностях это более-менее нормально обеспечено. Этой работой действительно занимаются такие профессионалы, как Евгений Алексеевич Брюн и многие другие, целые институты, центры, наркологическая сеть клиник и диспансеров, больниц. То есть это все более-менее закрыто, работу надо дальше совершенствовать и улучшать, но это только 10%. Основное — это социальная реабилитация и ресоциализация, по международной «возовской» терминологии — *социальная реинтеграция наркозависимых в общество*, а это — минимум 90% всей работы, а она не обеспечена. Поэтому речь идет не о том, что у нас не хватает какого-то лечения, его у нас в избытке. Более того, сегодня лечение превратилось в форму инфраструктурной поддержки наркомании, когда наркоман приходит в наркодиспансер для того, чтобы «промыться», «прочистить»

ся» и завтра снова встать в свой наркотический строй. Поэтому без ресоциализации, без социальной реабилитации у нас ничего не получится. В этом смысле, на мой взгляд, проблема не в том, что кто-то нападал на Минздравсоцразвития, а в том, что Минздравсоцразвития напоминает Змея-Горыныча с тремя головами. Все постоянно сводят проблему наркомании к медицинскому аспекту, убирая две важнейшие ветви вертикали Минздравсоцразвития — социальную работу, которая, по сути, вообще не занимается наркоманией. А это — отдельный блок, одна из составных частей Минздравсоцразвития: занятость и труд. Потому что человек, который, слава Богу, получил возможность социальной реабилитации, как-то первично выкарабкался, должен куда-то прийти работать, устроиться в трудовой коллектив, иначе он просто придет туда же, откуда пришел, и вернется к своей наркозависимости.

Теперь последний момент. Конечно, у нас есть «серая зона» в законодательстве, есть полное отсутствие государства в социальной реабилитации, поэтому я полностью согласен с необходимостью создания целостной законодательной системы и даже «Антинаркотического кодекса», который должен закрывать все аспекты реальной и очень сложной работы, связанной с наркозависимыми.

А.Пылаева: Как можно оценить методы, применявшиеся в Нижнем Тагиле «Городом без наркотиков»? Можно ли вернуть человека к нормальной жизни через насилие?

Ю.В.Крупнов: Если вы говорите относительно насилия, то это означает, что вы изучали конкретные документы. Я в этом не уверен. Я внимательно изучил приговор.

А.Пылаева: Суд вынес решение.

Ю.В.Крупнов: У нас в Иркутске суд вынес решение относительно женщины, сбившей двух человек, что подтверждается видеозаписью. Она осуждена условно, с отсрочкой исполнения приговора на 14 лет. Поэтому я ни в коем случае не призываю общественность заменить суд, но все-таки... Кстати, в выступлениях наших очень высоких государственных деятелей приводится интересный случай, когда в одной из дальневосточных областей наркобарыгу не могли осудить 12 лет. Суды давали ему условный срок. Только на двенадцатый год ему дали 8 лет. Поэтому вопрос в другом. Если вы хотите вернуть наркозависимого к жизни без насилия, то это не просто иллюзия и неадекватность. Это по сути — пособничество наркомафии и наркозависимым. Вот в чем суть.

Е.А.Брюн: Категорически не согласен с этим, потому что не менее 70% обращающихся к нам приходит «своими ногами», самостоятельно обращаются за помощью. Да, есть тяжелая группа наших больных, примерно 25%, в отношении которых нужны

недобровольные меры медицинского характера, но нельзя стричь всех под одну гребенку.

А.Пылаева: Давайте послушаем, что хотят сказать по заявленной теме специалисты, собравшиеся в Санкт-Петербурге.

Г.В.Зазулин: Я занимаюсь проблемой наркотиков в России более 20 лет и могу сравнивать динамику и процессы, которые происходят сегодня. Наша сегодняшняя встреча и обмен точками зрения несомненно важны. Что касается Бычкова, я не могу присоединиться к высказанному Ю.В. Крупновым мнению о том, что это — герой России. Я юрист, но не знаю нюансов дела. Я понимаю только одно: характер тех преступлений, которые вменяются Бычкову, может быть и опасен, но степень этой опасности незначительная. Он занимался людьми, которые не были свободны. Я в своей жизни не видел ни одного свободного наркомана. Он уже утратил свою свободу. Поэтому похищать и удерживать было некого. Поэтому, говоря о конкретном решении суда, могу сказать, что реальное лишение Бычкова свободы — это перегиб. По-моему, это должно быть как-то осуждено обществом, должно возникнуть какое-то движение за то, чтобы это решение было пересмотрено. Может быть, он действительно виноват. Но в данном случае я не вижу, что это — лицо общественно опасное, что его исправление требует лишения свободы. Вот моя точка зрения по делу Бычкова.

Теперь, что касается правового пространства. Я полностью поддерживаю мнение Ю.В. Крупнова о том, что антинаркотическое законодательство у нас рассеяно по разным законам, в том числе федеральным, и кодексам. Мы нигде не имеем собранных в одном месте норм, касающихся проблемы. Некий антинаркотический кодекс давно пора создать, заодно устранив противоречащие одна другой нормы, например в законе о психиатрии и в законе о наркотических средствах. В одном запрещено потребление, в другом — нельзя поставить на учет, и мы живем с этим уже несколько десятилетий, принимаем новые стратегии. Идея абсолютно правильная, и если мы хотя бы этого добьемся в течение хотя бы года после нашей сегодняшней встречи, то она уже была не напрасной. Тогда гораздо яснее будут видны все «серые зоны».

Что касается попытки обобщить ситуацию с реабилитационными центрами — есть государственные, а есть негосударственные, за первыми есть контроль, за вторыми нет, — то мне хотелось бы провести следующую аналогию. Проблема наркотизации стала массовой, в нее вовлечены миллионы людей. Точно такая же ситуация с продуктами питания — они тоже потребляются нами миллионами тонн. При этом в магазинах мы покупаем продукцию сертифицированную, а в деревнях народ питается по наименованию такими

же продуктами, но совершенно другого состава, и ничего, — все, слава Богу, живы. Нельзя требовать у нашего населения, которое само себе производит продукты, чтобы они соответствовали ГОСТам, применяемым к продуктам промышленного производства, которые мы покупаем в магазинах. Поэтому ни в коем случае нельзя давить все ростки самостоятельной защиты общества от наркотизации, когда люди собираются сами в группы и борются, фактически передавая свой положительный опыт другим. Они представляют из себя трудовой кооператив, артель, коммуны — все, что угодно, только не реабилитационный центр. Называть их реабилитационным центром, а потом еще говорить «Давайте их сертифицируем», это все равно, что приехать в деревню, увидеть там творог более высокой жирности и сказать, что по ГОСТу жирность 15% не допускается, поэтому такой продукт надо добровольно сертифицировать под 10%. Государство действительно ушло из сферы реабилитации, и я очень боюсь, что сейчас оно в нее вернется и разрушит все то, что уже было создано в этой области обществом. Вот этого допустить нельзя.

А.П.Скрипков: Здравствуйте, коллеги. Я очень рад видеть такую представительную группу экспертов в Москве, хочу поприветствовать находящихся в зале руководителей Института поведения, с работами которых я знаком очень хорошо. Возвращаясь к теме нашей беседы, хотел бы сказать, что меня очень удивляют взгляды Евгения Алексеевича, которому не хватает каких-то законов для того, чтобы осуществлять эффективную профилактику наркозависимости. Какие законы нам нужны для того, чтобы быть здоровыми? Для этого не нужны никаких законов. Проблема в другом: в стране вообще нет политики здоровья. Вина в этом прежде всего Министерства, которое, по идее, должно было бы этим заниматься. Мы говорим о какой-то модернизации медицины в России, системы здравоохранения. На самом деле это то же самое, что пытаться улучшить энергетику страны совершенствованием паровых котлов. Это просто безумие. Нам эту модель надо выбрасывать, как хлам, и менять на новую. Я понимаю, что это потребует не один десяток лет, но если мы сейчас этим не займемся, мы так и будем страдать от этого плохого здравоохранения, которое неизбежно влияет и на всю наркологию в целом. Это просто безобразие.

Что же касается нехватки законов, которые бы позволяли регулировать, сертифицировать или аккредитовывать те или иные методики, то такие законы есть. Например, закон о саморегулирующихся организациях, эта система сейчас очень хорошо и эффективно работает — создавайте отраслевые стандарты, регламенты, правила, организовывайте команды и будут они работать по единым принятым методикам.

Я соглашусь с Крупновым, мне очень понравилось его выступление, я согласен с тем что у нас медицина в наркологии, по сути дела, не нужна. У нас вообще нет методов лечения от наркозависимости. У нас есть методы избавления от наркозависимости, потому что лечением это назвать нельзя. Детоксикация — это, конечно, не лечение наркозависимости, это тот же самый симптоматический или синдромологический подход к проблеме, никак не влияющий на само заболевание.

Что касается социальной адаптации, то да, это действительно серьезная проблема. Мне пришлось изучать и исследовать эффективность очень многих социальных программ, которые позволяют возвращать людей в общество после того, как они столкнулись с проблемой наркотиков. Эффективные программы есть, в том числе у Института поведения — интересная программа, которую они апробировали в Костроме под эгидой Совета Федерации. Есть прекрасные программы трудоустройства. Но сами по себе эти программы не будут эффективными, потому что они не ориентированы на самую главную ценность, которая есть у человека — на карьеру жизненного смысла. Если у человека нет карьеры жизненного смысла, то его, образно говоря, бесполезно «перевозить на здоровый берег». Он на самом деле не будет знать, что ему там делать. На самом деле, в этой области возможны серьезные улучшения, позволяющие добиться эффективности. Мы года два назад докладывали Федеральной службе по контролю за наркотиками и говорили, что, если бы реабилитация была эффективной, то в масштабах страны она могла бы принести в ВВП 2%, т.е. практически как отрасль промышленности. Программы реабилитации необходимо рассматривать как инвестиционные проекты, хватить клянчить деньги у государства. Эти программы могут быть эффективными с точки зрения экономики. И такие программы существуют, просто они не востребованы. Минздраву они не нужны.

А.Пылаева: Где находятся эти программы? Как с ними можно познакомиться? Кто их собирает?

А.П.Скрипков: Они издаются, в том числе в научных книгах, познакомиться с ними можно и в Петербурге, и в Москве, у вас сидят специалисты, которые могут показать, как это работает живьем. Это, собственно говоря, не имеет отношения к медицине. Если мы хотим избавиться от проблемы, то нам надо забыть о первичной, вторичной и третичной профилактике. Нужно думать о том, чтобы наши маленькие дети сейчас думали о том, что их дети будут здоровыми людьми. Тогда у нас этой проблемы не будет.

Е.А.Брюн: Разрешите, я отвечу. Какие законы нам нужны? Здесь правильно было сказано, что профилактика — прежде всего. Профилактика бывает

очень разной. Есть генетическая профилактика, врожденные факторы риска, информационные факторы риска, семейные факторы риска, психологические, социальные. И на каждый из них нужна соответствующая программа. Здесь, очевидно в пылу полемики, было сказано, что медицина тут ни при чем. Но весь мир почему-то считает, что наркомания, как и алкоголизм, — это заболевание. И оно входит в Международную классификацию болезней, и требует лечения. Есть методики этого лечения, но лечение в наркологии — это не раздача галоперидола, как вы, наверное, думаете. Лечение — это очень серьезный и длительный процесс, который, действительно, начинается с детоксикации. Затем он переходит на лечение психопатологических расстройств, на коррекцию личности, затем — на реабилитацию. Ведь это хроническое заболевание, оно обязательно дает обострения, как минимум, два раза в году. Без сопровождения, без наблюдения этого больного нам все равно не обойтись. Кто это должен делать? Это могут делать разные люди, но без врача-нарколога вы все равно не обойдетесь. Почему этим занимается Минздрав, а не какая-нибудь мифическая общественная организация? Потому что это — заболевание. И медицинская реабилитация, которую мы называем медико-психологической, медико-социальной, — это медицинская проблема.

Вообще, проблема реабилитологии в психиатрии и наркологии насчитывает не один десяток, а может быть, и сотен лет — это очень важная проблема. Не нужно здесь разрывать единый процесс. Исторически так сложилось, что в Советском Союзе, да и в России в основном занимались медико-биологическими программами лечения, а на Западе — социальной реабилитацией. Оба подхода оказались крайне неэффективными. Сейчас одной из острейших задач является соединение этих подходов в единую технологическую цепочку. Это дает достаточно высокую результативность. Американцы в последние 3 года объявили о снижении спроса на наркотики среди несовершеннолетних, применяя методику социотерапевтической интервенции. Что это такое? Раннее выявление и вмешательство, объяснение подросткам и молодежи, почему не приветствуется употребление наркотиков. Мы тоже с 2003 г. используем эти программы, и в одном из элитных вузов за год, применяя эту методику, мы снизили уровень потребления наркотиков в 7 раз — с 15 до 2%. Но на это нужен закон. Без закона такая деятельность очень опасна. Многие страны имеют законы о тестировании, об обследовании, о профилактике употребления психоактивных веществ на рабочих местах, в университетах, в армии — везде, но мы в этом отношении значительно отстаем. Вот такие законы нам нужны.

В.Г.Теплицкий: Добрый день. Я согласен с тем, что сказали Евгений Алексеевич и Юрий Васильевич. Согласен с отдельными положениями. Конечно, наркомания — это болезнь. Конечно, надо отслеживать, чем занимаются на реабилитациях. Но надо учитывать, что реабилитация бывает не только медико-психологическая и медико-социальная. Она еще бывает психолого-педагогическая, бывает психолого-социальная, бывает чисто социальная адаптация. И центры все разные, и занимаются они тем, чем могут. По моему мнению, прежде всего нужно решать медицинские проблемы пациента и только после этого передавать его в центры, которые занимаются собственно психолого-педагогической адаптацией или социальной реабилитацией и адаптацией. Это — первое.

Другой вопрос в том, что меня очень смущают все эти разговоры о законах. Хорошо, мы напишем законы. Какие законы? Мы не говорим о том, чтобы создать какую-то целостную систему. Чтобы создать целостную управленческую систему, необходимо создать систему контроля. Контроль должен вестись постоянно, раз в год должен проходить мониторинг — что происходит на территории, на которой действует территориальная программа. Сегодня территориальные программы как-то утратили свое значение, за счет территориальных программ подпитывается здравоохранение, латаются те дыры, которые в нем существуют. Я, безусловно, за законодательную коррекцию существующего положения. Но я опасюсь, что, когда мы сейчас говорим о необходимости совершенствования законодательства, государство просто использует повод, созданный Егором Бычковым. Человека посадили за нарушение закона. С точки зрения юридической, посадили его абсолютно правильно. С точки зрения общественности, «по понятиям», парень просто пытался помочь, чем мог. По-хорошему, государство должно было использовать желание этого человека помочь людям и помочь ему в помощи этим людям. Помочь материально, методически, организационно. Но такой помощи оказано не было. А сейчас его сажают. Конечно, народ возмущен, и правильно возмущен.

Г.В.Зазулин: Когда Евгений Алексеевич заговорил о законе, я думал, что речь пойдет о законе о принудительном лечении. Спросите меня, нужно ли принудительное лечение, нужен ли закон о принудительном лечении, и я отвечу, что и да, и нет. Потому что нет гарантий, что он будет исполняться. Если нет таких гарантий, то зачем нужен закон о принудительном лечении? Вот в Китае он исполняется, там миллион находится на принудительном лечении. Очень легко направляют на принудительное лечение. Домовой комитет вместе с участковым обнаружили наркотики в организме и без всякого суда направляют на принудительное лечение. Это Китай. Если потом че-

ловец вернулся и продолжает потреблять наркотики, тогда уже по суду он уходит на несколько лет. В Швеции, это уже не Китай, тоже существует принудительное лечение. А в России мы не готовы это делать. Почему? Потому что дальше отступать будет некуда. А есть у нас гарантия, что мы готовы выполнять этот закон? У нас есть Административный кодекс, там есть статья за потребление, т.е. за наличие наркотиков в организме. Это не косвенный запрет незаконного оборота, а прямой. У нас миллионы людей носят в себе наркотик, а применяем мы эту санкцию к одной десятой или одной сотой массива. И все молчат об этом. ФСКН молчит в первую очередь, хотя непонятно почему. Пока ФСКН не может обеспечить массовое применение этой нормы, договорившись об этом с МВД, у нас вообще нет смысла говорить о законах. Потому что наши законы в сфере борьбы с наркоманией не применяются.

О.А.Мишина: Позволю себе маленькую реплику. Наверное, мы сегодня собрались здесь не для того, чтобы оценить, кто что сказал, а для того, чтобы найти компромисс, потому что проблема назрела. Дальше идти некуда, надо что-то делать сейчас. Что касается сертификации негосударственных организаций, я не имела в виду, что из них надо делать реабилитационные центры. Я хотела сказать, что каждый из них действует сам по себе, и привела пример Егора Бычкова не для того, чтобы сказать, что он — враг народа или герой России. Я привела этот пример просто для того, чтобы показать, что парень варился в собственном соку. Он, по своему разумению, знал, как поступать, и так и поступал. А если бы государство помогало — будь то ФСКН, или органы Минздрава — или другие структуры подсказали бы ему, помогли, то, возможно, все было бы совсем по-другому. Поэтому не надо загонять всех под сертификацию, это должно быть добровольно. Если они хотят общаться с государственными структурами, хотят, чтобы им оказывали помощь: врачами, консультациями, административными рычагами, то, конечно, это нам надо делать. Вот что я имела в виду, а вовсе не то, что ростки надо загубить, а реабилитационные центры разогнать. Наоборот, им надо помогать. Наркология существует 35 лет и за это время многое изменилось. Возможно, государственные структуры сейчас, в силу отсутствия средств, не могут делать то, что они должны делать.

Е.А.Брюн: Есть недобровольное лечение и есть принудительная госпитализация. Это разные вещи, которые мы часто путаем. Недобровольная госпитализация, как в психиатрии, на ограниченное время необходима, но она должна быть закреплена.

А.Пылаева: Самая главная тема, наверное, была затронута господином Зазулиным, сказавшим, что

государство в системе реабилитации не должно разрушить то, что создало общество.

Ю.В.Крупнов: Государства и так там нет, и еще его не надо допускать. И пусть с этим имеют дело только Егоры Бычковы. Страшная ситуация. Вместо того, чтобы чиновники создавали федеральную систему социальной реабилитации и ресоциализации, а это — гигантский труд, всем хочется опереться на родную и всем понятную медицину и наркологию. Нельзя опираться на лечение в том, что имеет отношение к духовному заболеванию, к духовному страданию, к страстям человеческим. Человек, которому медики провели детокс, первично очистили его организм, должен изменить свой ценностный ряд, выйти на смысл, а дальше нам Евгений Алексеевич говорит, что наркологи будут заниматься, я цитирую: «коррекцией личности»!

Е.А.Брюн: Я такого не говорил.

Ю.В.Крупнов: Как это? Давайте посмотрим запись.

Е.А.Брюн: У нас есть специалисты-психологи, специалисты по социальной работе...

Ю.В.Крупнов: Да, психологи, но проблема — коррекция личности.

Е.А.Брюн: Не надо передергивать!

Ю.В.Крупнов: Поэтому хочется опереться на наркологию, ничего не делать, пару миллиардов подбросить существующим наркологическим диспансерам.

А.Пылаева: Каков тогда должен быть круг обязанностей общественной организации в реабилитации?

Ю.В.Крупнов: Моя общественная организация, во-первых, на сегодня, вместо государства, инициировала вопрос о создании федеральной сети реабилитационных центров.

А.Пылаева: Это общественные центры?

Ю.В.Крупнов: При чем здесь общественные это центры или нет? В Польше существует несколько сотен негосударственных центров, но они получают финансирование от государства. Там нет такой дури, когда государство говорит: «Ребята, работайте, мы вас любим, мы надеемся на вас, но мы ни копейки вам не дадим. Мы направим все это медикам, и пускай они занимаются детоксами. Но мы очень рады смотреть на то, как вы там, при монастырях, за пять копеек людей возвращаете к жизни в ситуации демографической катастрофы». Вот о чем речь, тут микшировать нельзя.

А.А.Козлов: Скажите пожалуйста, вот в государственных реабилитационных центрах маленький процент — 4—10% годовых ремиссий. Кто посчитал, каков этот процент в профессиональных центрах, реабилитационных центрах? Да, мы знаем, что в государственных центрах результат плохой. Каков он в негосударственных?

Ю.В.Крупнов: Прекрасный пример. Вот вам государственный человек. Поэтому он вам говорит — первое, ни копейки не давал и давать не буду негосударственным центрам, но прыгают плохо, смотрю — что-то мне не нравится, боюсь, ремиссии процент невысокий!

А.А.Козлов: В вас говорят эмоции. Вот возьмите Назаралиева, у него вообще заявлена 90%-ная ремиссия.

Ю.В.Крупнов: Александр Александрович, а что вы как государство создали и собираетесь создать? Ничего!

А.Пылаева: Юрий Васильевич, вот сейчас одна конкретная организация в Нижнем Тагиле создала систему насилия. Есть ли какой-то иной способ реабилитации?

Ю.В.Крупнов: Уважаемая Альбина, если ваш ребенок не умеет есть ложкой и брать в руку чашку, вы через образование, через воспитание осуществляете педагогическое насилие. Если вы этого не осуществляете, вы оказываетесь дикими, несоциальными людьми. Это первый момент. Другое дело, что насилие, которое необходимо осуществлять правовым образом, государство не обеспечило. Мне, в частности, было весело смотреть передачу на «Первом канале», когда депутат Абельцев возмущался противозаконными действиями Бычкова. А чем занимается этот депутат и все другие депутаты? Они не создали никаких...

А.А.Козлов: Юрий Васильевич, вы можете сказать о количестве и качестве ремиссий? Назаралиев заявляет 90%, вы можете этому поверить?

Ю.В.Крупнов: Я могу сказать о количестве и качестве ремиссий, и ясно, что я не могу поверить в цифры Назаралиева. Но проблема в другом. По существующим реальным медицинским результатам официальная статистика Минздрава дает 9%. Это первый момент. Если взять реальное количество людей, которые могут получить доступ не только к наркологической, но и реальной реабилитационной помощи, к ресоциализации, то по количеству людей это не более 5%. Их просто некуда помещать. Второй момент, это то, что процент реабилитации в этом плане, по отношению к количеству людей, составляет менее десятой доли процента. Вот и все.

А.Пылаева: Юрий Васильевич, государство должно контролировать программу реабилитации, стандарты, по которым она проводится?

Ю.В.Крупнов: Безусловно. Мы какие-то дикие вещи говорим! Если государство будет давать деньги и делать законодательство, то, конечно, оно должно это делать. Пока что оно не дает ничего. Оно должно контролировать, если оно дает деньги, если оно энергию направляет не на репрессии против Бычкова и не на то, чтобы прокурор Кузнецова, как ее называют «Карла

дель с Понтом» в окружении ОМОНа ехала на заседание суда с тем, чтобы присудить страшного Бычкова и его товарищей к законной мере наказания.

А.Пылаева: Юрий Васильевич, из чего должна состоять программа реабилитации, каковы должны быть ее стандарты и как она должна контролироваться государством?

Ю.В.Крупнов: Центры должны быть разные. Стандарты надо вырабатывать, хотя эмпирически они уже есть. Через неделю я буду проводить конференцию, на которой люди будут вырабатывать стандарты социальной реабилитации!

А.А.Козлов: Вы хотите знать количество и качество ремиссий? Когда человек идет в больницу, он все-таки хочет заранее знать возможный результат лечения? Или вы пойдете к любому врачу?

Ю.В.Крупнов: Я не хочу знать, потому что у нас проблема в чем? У нас чиновники, как в детской книжке, хотят все знать, а чиновники должны делать и создавать!

А.Пылаева: Давайте послушаем еще одно мнение.

Н.В.Каклюгин: В ситуации с Егором Бычковым надо разделить два момента: его и фонд Ройзмана. То, что они боролись с предложением наркотиков, это действительно колоссальная работа, что в Нижнем Тагиле, что в Екатеринбурге у Ройзмана резко сократилось число передозировок. Надо понимать, что в этом деле была и серьезная коррупционная составляющая, поскольку очень большую работу проводили фондовцы по борьбе с предложением. Но нужно разделить это с теми методами, которые они применяли при реабилитации. Фонд «Город без наркотиков» работал в Екатеринбурге 12 лет, наручники и «карантин» видели все, государственные служащие знали, что там происходит, и никакого контроля 12 лет не осуществлялось. То, что произошло с Егором Бычковым, — это лакмусовая бумажка, показывающая, какой хаос у нас творится в этой сфере. Посмотрим на ситуацию с другими центрами, например «Преображение России», где весной лидер центра убил у себя одного из пациентов за то, что тот пришел в состояние наркотического опьянения. Другая ситуация связана с фондом Ройзмана, там в 2004 или в 2005 г. тоже было убийство пациента в одном из центров. То есть, организации работают годами, у одного «Преображения» продолжают работать 350 центров по всей России, при этом все знают, что произошло и происходит и при этом продолжается отсутствие государственного контроля. Вот то, что мы видим сейчас на примере фонда «Город без наркотиков», где есть очень много вопросов и требуется выездная государственно-общественная экспертиза деятельности фонда, возможно, создание какой-то экспертной группы. То, что произошло, показало

полный провал в этой сфере. Потому что наличие на всю страну только четырех государственных наркологических реабилитационных центров, отсутствие каких-либо полноценных альтернативных программ, тех же терапевтических сообществ... Александр Александрович, вы знаете, какие у нас сейчас критерии эффективности реабилитационных центров?

А.А.Козлов: Критерии эффективности едины по всему миру. Это количество и качество ремиссий. Это самый главный показатель.

Н.В.Каклюгин: Европейская федерация терапевтических сообществ имеет стандарты, в которых 193 пункта. А у нас только один?

А.А.Козлов: Самый основной.

Н.В.Каклюгин: Просто речь идет о том, что, пока нет критериев эффективности, мы даже об этом говорить не можем. А то, что нужно развивать, проверять и оценивать деятельность этих центров — понятно.

А.Пылаева: Давайте теперь дадим слово нашим коллегам из Санкт-Петербурга.

А.П.Скрипков: Конечно же, наркомания — это заболевание. Это реальность, которую никто не отрицает. Но если мы не знаем, как лечить и чем лечить, не надо называть это лечением.

Е.А.Брюн: Мы знаем это. Вы не знаете, а мы — знаем.

А.П.Скрипков: Знаете? Очень хорошо. Все лечение сейчас — это такой декорированный научный шаманизм.

Е.А.Брюн: Не надо повторять Е.М. Крупицкого. Его сегодня с нами нет.

А.П.Скрипков: Да, это мысли Евгения Михайловича, нашего общего знакомого. И это правда, потому что мы должны знать, что мы хотим сделать этими медицинскими интервенциями. Поэтому, когда мы будем говорить о законах, связанных с принудительным лечением, не надо называть это принудительным лечением. Не умеем мы лечить. Это принудительная изоляция, как и должно было бы быть. Что же касается различных показателей эффективности, то они могут быть самыми разными. Не надо тут тысячи показателей. В наших программах трудоустройства был один замечательный индикатор — количество налогов от фонда заработной платы в течение ряда лет. Это свидетельствовало об устойчивой ремиссии, о том, что человек работает и у него все хорошо. И не надо было ничего сложного специально собирать, все было сделано достаточно просто. Что касается внесения или невнесения в МКБ, так у нас взяли и гипертоническую болезнь из МКБ исключили, и теперь ее лечение называется борьбой с артериальной гипертензией, хотя как раз такого заболевания в МКБ и нет. И ничего, на это тратятся огромные средства, спокойно проводятся многомиллионные медицинские программы. Вопрос в том, что мы, в конечном

счете, хотим сделать. Вообще все программы реабилитационных центров говорят только о том, что хочет сделать сам реабилитационный центр, а не то, что хотят сделать больные. Вот в этом большая проблема. У нас все медицинские программы ориентированы на чиновников, на организации, на медицинские структуры. Про больных там вообще ни слова нет. Поэтому если мы хотим что-то сделать с больными, то их надо просто сажать рядом и выяснять, что они от нас хотят.

Ю.Б.Шевцова: Можно уточняющий вопрос для Санкт-Петербурга? Все те лица, которые участвовали в ваших трудовых программах, пришли к вам сразу после окончания употребления наркотиков? Или они все-таки сначала обращались за медицинской помощью? Я не могу согласиться с огульным охаиванием всех врачей. Врач, к сожалению, или к счастью, стоит на переднем крае. Так вот сложилось в нашей стране, что врач — это первый человек, к которому обращаются родственники больных наркоманией. Очень часто обращаются с тяжелыми, безнадежными вопросами: что делать с теми, кто не хочет лечиться, что делать с теми, кто не хочет идти в прекрасные трудовые программы — вот они, за соседним забором есть! Что им отвечать? Без медицинской части, пускай она будет маленькая, обойтись нельзя. Нельзя ее отрицать совсем. Поэтому я еще раз хочу повторить свой вопрос: в каком состоянии были люди в ваших замечательных трудовых программах? Они сразу от наркотиков туда пришли? На следующий день или все-таки через какой-то промежуток времени?

А.П.Скрипков: А вот вы знаете, совершенно по-разному происходит. И вообще, должен сказать, что они под медицинским наблюдением находятся в течение всей своей жизни. И в будущем собираются оставаться. Наркомания — это такое тяжелое поражение центральной нервной системы, которое приводит к огромному количеству сопутствующих заболеваний, которые должны сопровождаться медиками. Там огромное количество медицинских технологий, но это не имеет отношения к самой наркомании. Сопутствующие заболевания — это другая история.

Ю.Б.Шевцова: Я вас в данном случае спрашиваю не про сопутствующие заболевания.

В.Г.Теплицкий: Мне нравится то, что сказала госпожа Шевцова. Я с ней абсолютно согласен. Хочу сказать, что, прежде чем вводить законы, давайте отслеживать, что происходит с ребятами, которые выходят из реабилитации. Даже не так, а что происходит с ребятами, которые переступили порог реабилитационного центра? Сколько из них отсеивается в процессе реабилитации, сколько проходит программу полностью? Как оценивать результаты программы? Интегрированный показатель качества — это продолжительность ремиссии. Есть и множество других

показателей. До этого принимать какие-то законы просто смешно. Мы не знаем, что на самом деле происходит на этих реабилитациях.

Г.В.Зазулин: Можно вернуться к тому вопросу, о котором говорили представители ФСКН? Мне очень понравился сделанный Ольгой Алексеевной переход, только это надо перевести в практические дела. Я имею в виду ваше пожелание о том, чтобы общественные структуры и, прежде всего, реабилитационный центры обращались за помощью в государственные структуры. Но куда им идти? Здравоохранение с ними работать не хочет. Я сам знаю позицию руководства комитетов здравоохранения. Они говорят, что мы и денег не дадим, и вообще нас не интересует, что происходит в общественных организациях, работающих на этой поляне. Это мой опыт, который я могу подтвердить фактами. Они идут в отделы межведомственного взаимодействия, а там они — нежеланные гости во многих структурах. Проанализируйте составы общественных советов в субъектах Федерации — насколько они не забюрократизированы, а занимаются живой тканью проблем общественных организаций, которые есть в субъектах. Но мне очень нравится ваша посылка. Дайте то, о чем вы сказали, в виде директивы на места. Объясните вашим сотрудникам, что взаимодействие — это помощь друг другу. А не так, как это происходит сейчас — вы мне дайте цифры, а я вас проконтролирую. Это не взаимодействие. При таком понимании взаимодействия никто не будет добровольно сертифицироваться.

А.Пылаева: Извините, у нас сейчас на связи Евгений Ройзман из Екатеринбурга. Давайте зададим ему несколько вопросов. Первый вопрос: можете ли вы в работе своего фонда обойтись без реабилитационной составляющей? Почему безмедикаментозная реабилитация встроена в перечень работ, которыми вы занимаетесь?

Е.В.Ройзман: Ситуация следующая. Когда мы в 1999 г. заблокировали цыганский поселок, вывели на площадь 10 тыс. чел. — это был самый массовый митинг против наркоторговцев, мы не давали торговать наркотиками, и у нас это получалось. К нам пошли матери: 30, 40, 50 чел. в день. Они рыдали, были, падали на колени, просили спасти их детей, говорили: «Сделайте хоть что-нибудь, мой сын превратился в свинью, он закаляется, он нас убивает, он все вынес из дома, он грабит, ворует». Они везли нам своих детей в багажниках, у нас толпы стояли, мы не знали, что нам делать. И мы начали, сначала держали их у Игоря Варова в подвале, потом взяли реабилитационный центр. У нас устроено по типу макаренковской коммуны, где старшие — сами бывшие реабилитанты. Через нас прошло около 8 тыс. чел. Я бы в жизни не стал этим заниматься, мне не нравится этим заниматься, но к нам идут толпы.

К нам приходит минимум 10 чел. в день, просят спасти и помочь. Они же не к наркологам идут, потому что шансов нет, они идут к нам. Почему реабилитация безмедикаментозная? Потому что я вообще не считаю наркоманию заболеванием. Кто видел такое заболевание, что надо воровать, грабить, убивать, чтобы самому кайфовать? Оставьте наркомана без наркотиков, и он вылечится. Поэтому лечение безмедикаментозное. Но у нас открытый реабилитационный центр. Все кто хотел, его посещали. Наркологи, уполномоченные по правам человека, приезжали целой делегацией, прокурорские, — вот они, наши реабилитационные центры, работают. У нас сейчас находится 185 чел., хотите — мы их разгоним, а дальше-то что?

А.Пылаева: Евгений, как раз об этом и речь. Где место общественности в системе реабилитации наркозависимых?

Е.В.Ройзман: Вы сейчас точно так же можете задать вопрос: «Где место общественности в тушении пожаров? Где место общественности в спасении утопающих?» Все это будет звучать совершенно одинаково. Кто может запретить спасать людей? Кто может запретить бороться с преступлениями? Если ты идешь по улице, и видишь, что бьют человека, ты же все равно вмешаешься? А если ты идешь, и видишь, что торгуют наркотиками, ты тоже пройдешь мимо? Ведь наркотики не только жизнь, они еще и душу отнимают. Поэтому запретить не может никто. Но надо, чтобы вы понимали — мы единственная из цивилизованных стран мира, где отсутствует принудительное лечение. Везде есть принудительное лечение. При этом у нас самый высокий уровень смертности среди молодежи от 20 до 30 лет и мы имеем самое большое в мире количество героинового наркоманов. Вот вся ситуация.

А.Пылаева: Еще один вопрос — кто такой наркоман? Это больной или такой же враг, как и распространитель наркотиков?

Е.В.Ройзман: Я их могу считать врагами, но я и пытаюсь их спасать, потому что наркоман, который бросил колоться, — это человек, совершивший поступок, это уже член общества, это человек, который может помочь другим. Не читайте то, что пишут в СМИ про биты и электрошокеры — это прямая ложь, раздуваемая журналистами. Этого не было ни в Краснокамске, ни у нас.

А.Пылаева: Хотите ли вы, чтобы были прописаны какие-то стандарты реабилитации, чтобы к вам не было претензий?

Е.В.Ройзман: Я два года занимался разработкой закона о принудительном лечении. Против был Минздрав, Госнаркоконтроль в то время вообще никакой позиции по этому поводу не выказывал, потому что против было правительство. Все разработки по этому вопросу есть, они остались в Госдуме. Именно тогда,

сравнивая законодательство, я убедился, что во всех, даже самых либеральных странах, существует принудительное лечение.

А.Пылаева: Может быть, этим будет заниматься милиция, а не общественность?

Е.В.Ройзман: Я не знаю, чем будет заниматься милиция, но когда ко мне придут и скажут, что здесь убивают человека, я побегу его спасать. Я не буду говорить: «Позвоните в милицию, идите в приемную Президента...».

А.Пылаева: Но, может быть, лучше, чтобы операцию делал врач, а не человек с улицы?

Е.В.Ройзман: Я вам сейчас, не отходя от телефона, могу показать порядка 230 чел., которые сейчас не употребляют наркотики. Покажите больше, если можете. Я не знаю, кто кого будет спасать, но вот есть фонд «Город без наркотиков», мы делаем все что можем, потому что мы живем в нашей стране, и я знаю, что все, что ты не сделаешь сам, за тебя не делает никто. Наркологи спасли хоть одного — уже им честь и слава. Мы не против наркологов, но мы-то работаем, не зарабатывая денег. Мы не за деньги работаем.

А.Пылаева: А каков критерий того, что человек был у вас и вы теперь не имеете к нему претензий? Что с ним происходит после того, как он вышел из стен вашего центра?

Е.В.Ройзман: У нас 2 раза в неделю тестирование, кроме того, мы всех наших бывших, насколько можем, стараемся отслеживать, тем более тех, кто остается у нас. Но надо понимать, что самые благополучные «из эфира» исчезают сразу. Я их встречаю потом, в ресторане, в спортзале, в VIP-зале. Кто-то стал директором предприятия, кто-то институт окончил, дети у всех. Когда в 2003 г., перед разгромом фонда, у нас был выпуск, у нас собралось порядка 400 бывших выпускников. Мы у любого в любой момент можем взять тест и убедиться. Вот так мы работаем. Если кто-то работает лучше — молодцы, я пожму руку. Но мы работаем вот так, и у нас огромные результаты.

А.Пылаева: У вас побывало 8 тыс. чел. Какова статистика вашей работы?

Е.В.Ройзман: Мы ведем статистику только по тем, кто пробыл у нас год. Потому что у нас большая текучка. У нас же нет охраны, пулеметных вышек. Так что текучка большая, и мы можем вести статистику только по тем, кто пробыл у нас год. Но я могу поручиться, что большая часть бросила употреблять. А теперь один зафиксированный медицинский факт. У нас было 40 девчонок, самый большой срок пребывания которых был 8 мес. В 2003 г. у нас разгромили реабилитационный центр, завели на нас кучу уголовных дел. В 2007 г. эти дела прекратили за отсутствием события, и, чтобы снять показания, постарались собрать

этих девчонок, 40 чел. Из них часть сидит, часть погибла от употребления наркотиков, несколько употребляют наркотики и находятся на грани жизни и смерти. Но из них нашлись 8 чел., которые не употребляют наркотики. 8 из 40 — это 20% и такого результата не дает ни одна клиника в мире. А на самом деле вся наша система — это обычная макаренинская система, самое главное — чтобы не было доступа к наркотикам. И каждый день, проведенный наркоманом без героина, об этом вам скажет каждый нарколог, добавляет шансов этому наркоману. В какой-то момент у него уже включается голова. Ну и мы тоже, смотрим, следим, стараемся. Да, без медикаментов.

А.Пылаева: И еще один вопрос, который есть у всех и который вам не могут не задать. На какие деньги существует ваш центр?

Е.В.Ройзман: На свои собственные. У меня достаточно серьезный бизнес и я на протяжении 11 лет вваливаю туда свои деньги. А в последнее время, когда я с бизнесом перестал справляться, я поместил в Интернете объявление: «Друзья, мы находимся в такой-то ситуации, и нам не хватает денег». Теперь порядка 150—200 тыс. в месяц люди собирают и посылают. Вообще бюджет фонда составляет порядка 10 тыс. долл. в месяц. Реабилитация у нас стоит 7 тыс. руб. — столько надо, чтобы прокормить взрослого мужика. Плюс мы платим аренду, мы платим коммуналку и все остальное. Но процентов сорок у нас находится бесплатно. Потому что, если к нам приезжает мать и говорит: «Парни, спасите моего сына, но у меня нет денег», что мы ей ответим? Давайте, конечно, возьмем без денег.

А.Пылаева: Каковы перспективы развития ваших центров?

Е.В.Ройзман: Перспективы развития у нас следующие. Нам, очевидно, придется делать еще один центр для девчонок, мы с 2003 г. этого не делали, потому что нас чуть не посадили. Будем делать центр для взрослых, потому что у нас сейчас очередь строилась, к нам везут со всей страны. И, самое смешное, звонят люди, спрашивают: «Здравствуйте, это фонд «Город без наркотиков»?». Я отвечаю: «Да». Они говорят: «Это у вас пытаются и избивают наркоманов? А можно нашего мальчика к вам устроить?» Вот такое отношение. Людей же не обманешь, едут и везут.

А.Пылаева: А имеет ли смысл четко прописать вашу программу, технологию на бумаге? Ведь мы больше верим бумаге.

Е.В.Ройзман: Программа очень простая. Ее можно выразить в двух словах. Надо отсечь поступление героина на территорию реабилитационного центра и обеспечить реабилитантов какими-то позитивными занятиями: тушение пожаров, ремонт детских

садилов, ремонт школ, восстановление церкви. Чтобы каждый день реабилитант обслуживал себя сам и помогал другим. Все, ничего другого никто не придумал, и сильнее, чем у Макаренко, еще не было ни у кого. И, самое главное, что на этом не надо зашибать деньги. Не надо делать из этого коммерцию, и тогда все получится.

Ю.В.Крупнов: Можно рефлексивное замечание? На мой взгляд, этот круглый стол имеет гигантское значение, потому что мы стали очевидцами и свидетелями глубочайшего кризиса медицинской наркологической корпорации. И когда вместо того, чтобы спросить: «Евгений, а сколько государство тебе дало денег, чтобы ты работал?», задается вопрос «А где вы берете деньги?» — все мы понимаем, что за этим вопросом стоит. Минимум — что там что-то не так, а максимум — опять начнутся «уралмашевские», еще что-то и т.д. На мой взгляд, это безнравственно, и наркологическая медицинская корпорация сегодня узурпировала всю сферу и не дает развиваться социальной реабилитации. Поэтому, на мой взгляд, пришло время для самоопределения. Я, правда, не очень понимаю, почему представитель ФСКН полностью слился с этой наркологической корпорацией, это вызывает у меня просто гигантское удивление. Минздрав не может разобраться внутри себя — социальный блок и трудовой блок сегодня полностью не участвуют в наркологии. А вот почему другие ведомства вновь присоединяются к медицинской проблематике, очень важной, но имеющей только 10, ну пусть 20%, но не решающей все вопросы в наркомании — вот это большая проблема.

О.А.Мишина: Я отвечу вам, Юрий Васильевич, почему мы слились и почему у нас такой прекрасный симбиоз. Мы — две государственные структуры, и наша задача — решать поставленные перед нами вопросы реабилитации и профилактики. Плохо это получается или хорошо — это можно обсуждать. Вопросы, над которыми нам надо работать, есть, и это не надо сбрасывать со счетов. Что касается того, о чем говорил Георгий Васильевич Зазулин по негосударственным центрам и общественным организациям, то хотела бы добавить, что в положении о ФСКН и в ее задачах не говорилось о необходимости заниматься реабилитацией. Это не входило в наши функции. Но сейчас времена изменились, мы подошли к этому вопросу серьезно, изучаем его, пытаемся что-то сделать и поэтому начинаем работать с негосударственными структурами. Очень много взаимодействуем с движениями матерей, с меценатами, дети которых или погибли от наркомании, или лечатся, учимся у них, с анонимными наркоманами общаемся. То есть, чтобы понять проблему, общаемся с руководителями негосударственных структур, чтобы вместе ее решать.

О.И.Трифонов: Я хочу сказать несколько слов по ходу дискуссии. Можно сколько угодно обсуждать, то, что было раньше. Проблема застарелая, накапливалась годами и, кто прав, а кто виноват, сейчас, наверное, уже никто достоверно и не скажет. Хочется заметить, что государство впервые обратило очень серьезное внимание на эту проблему, потому что она действительно вышла на уровень государственной безопасности. В июне этого года Президентом Российской Федерации Дмитрием Анатольевичем Медведевым была утверждена Государственная антинаркотическая стратегия до 2020 г. Эта стратегия предусматривает практически все аспекты как борьбы с наркоманией, в плане предотвращения поступления наркотиков, так и снижения спроса. Если вы посмотрите эту стратегию, то она практически на две трети посвящена именно снижению спроса, т.е. профилактике, лечению и реабилитации больных наркоманией. В настоящий момент разрабатывается план по реализации этой стратегии, где будут учтены все аспекты и, как говорится, Минздраву будет отведено минздравово, ФСКН — фээсказново, а общественным организациям — то, чем должны заниматься общественные организации. И только в единении государства, общества, всех заинтересованных ведомств, общественных организаций, отдельных граждан можно добиться какого-то реального эффекта в борьбе с этим злом.

В.Г.Теплицкий: Хотел бы сказать очень коротко. Здесь дважды прозвучали слова «принудительное лечение», Ройзман сказал, что он подготовил проект закона по этому поводу. Я бы хотел сказать, что во всем мире принудительное лечение существует, только оно называется «альтернативным лечением» в том смысле, что оно выступает как альтернатива уголовному наказанию. Эта мера применяется к наркозависимым, которые совершили нетяжкие уголовные преступления. То есть принудительное лечение применяется не за факт употребления наркотиков, не за то, что человек зависим от них, а суд предлагает ему пролечиться вместо заключения в тюрьму как альтернативу. И человек выбирает сам, кстати, не всегда он выбирает лечение.

О.П.Крупень (РИА «Новости», Санкт-Петербург): Перед тем, как я передам слово Георгию Васильевичу Зазулину, хочу сказать одну вещь. У вас в зале, в Москве, сидят два человека — Игорь Кузичев и Антон Николаев. Это люди, создавшие очень интересную методику борьбы с наркозависимостью. Ее одобрил институт им. Сербского, они готовы были передать ее государству бесплатно. Куда только они не обращались: и в ФСКН, и в Минздрав, в другие государственные структуры, и эта методика почему-то никому оказалась не нужна. О чем мы сейчас говорим — создать Минздравом и ФСКН методику, когда вот сидят люди, которые го-

товы отдать методику, но она никому не нужна. Теперь передаю слово Георгию Васильевичу.

Г.В.Зазулин: Я тоже знаю этих ребят, знаю их очень интересный опыт, и главное, они готовы его бескорыстно передать, а его никто не берет. Когда мы говорим о программе, спрашиваем об этом Ройзмана, он говорит нам: Макаренко. Я знаю опыт реабилитационных центров Швеции — они нашего Макаренко перевели с русского на шведский, вот, по сути, и вся программа.

А.Пылаева: В чем все-таки заключается программа? То, что показано в фильме «Республика ШКИД»? Ведь нужно понять, что это за программа?

Ю.В.Крупнов: Макаренко — это выдающийся советский и русский педагог, наследие которого изучается во всем мире! При чем тут «Республика ШКИД»? Это выдающаяся методология, которая сегодня во всем мире получила гигантскую популярность!

Н.В.Каклюгин: Обсуждение получается несколько декларативным. Наши питерские коллеги так здорово говорят, а почему-то у них в городе нет ни одного государственного реабилитационного центра. Нет альтернативы, и на этом фоне появляются разные организации вроде «Новой Жизни», «Преображения России».

О.П.Крупень: Почему это «нет»?

Н.В.Каклюгин: А у вас есть хоть один государственный реабилитационный центр? В Тверской области тоже нет ни одного реабилитационного центра. Где альтернатива? Где площадки, которые могли продемонстрировать какой-то опыт? Вот вопрос как к наркологической службе, так и ко всем структурам, которые в будущем захотят заниматься этой проблемой.

В.Г.Теплицкий: В Питере есть пять реабилитационных центров, правда амбулаторных, и прекрасное отделение при наркологической больнице.

А.П.Скрипков: У меня, кстати, открыт отчет о работе тех самых реабилитационных центров, которые мы исследовали. Так что все на самом деле не так просто. Понятно, что коэффициент полезного действия чисто медицинских технологий там около 3%. С таким КПД не работает ни одна технология в природе, а вот наркология — работает, и это считается нормальным. Поэтому и нужны альтернативные решения, чтобы взаимодействием, не просто взаимодействием, а именно взаимодействием обеспечить эффективность конечного результата. Между прочим, Минздрав еще не определил, что должно быть конечным результатом — окончательное излечение, койко-дни или что-то еще. Поэтому вопросов к Министерству здравоохранения очень много, но мне представляется бессмысленным задавать их, пока не изменена сама система.

А.Пылаева: Но мне кажется, что стандарты все-таки должна задавать медицина, а не какие-то педагогические теории. Мы же все-таки лечим больных.

Ю.В.Крупнов: Как так можно обсуждать! Медицина узурпировала все! Вместо своих законных 5—10% она претендует на все. Педагогика здесь, причем педагогика, в том числе, до богословского уровня, поскольку мы должны менять ценностный план сознания человека занимает до 90%. Другое дело, что медицина сегодня держит и не дает. Обратите внимание, Ольга Алексеевна говорит: «Мы общаемся с общественными реабилитационными центрами». Уважаемый Олег Игоревич говорит: «Мы хотим взаимодействовать». Вот в Польше государство взаимодействует очень просто. Оно финансирует эти общественные центры. Вот тип взаимодействия! Чего общаться то? Все это напоминает просто неспособность создать систему.

Н.В.Каклюгин: По поводу Института поведения я в курсе ситуации. Наркомания — это биопсихосоциодуховное заболевание. Десятью процедурами изменить стереотип поведения наркомана и говорить после этого, что он вошел в трезвую жизнь, без четких исследований ремиссии через год, через два или через три, а, насколько я знаю, у вас такой статистики нет? Конечно, хорошо, что вы есть, спасибо вам за энтузиазм. Но, с точки зрения ВОЗ, поскольку наркомания является биопсихосоциодуховным заболеванием, программы должны адресоваться ко всем этим компонентам. Как компонент Институт поведения может предложить очень хорошую модель, но только с учетом общей многокомпонентности.

А.Пылаева: Скажите буквально пару слов о том, что вы несете для общего блага.

И.А.Кузичев: Спасибо нашим коллегам из Санкт-Петербурга, которые ставят очень острые вопросы. У нас с юмором хорошо, с наркологией не очень, но в мире лучше, чем в России с юмором, дела не обстоят. Мне очень нравится история Института поведения. Мы с Николаем Владимировичем Каклюгиным уже 10 лет занимаемся этой проблемой. У нас есть много документов и от различных ведомств, которые были составлены и имеют юридическую силу в соответствии с Гражданским кодексом, но в глаза нас практически никто не видел.

А.Пылаева: Так с чем все-таки вы идете?

И.А.Кузичев: Вы знаете, конференция очень специфическая, и если это кому-то интересно, мы можем рассказать в двух словах. К нам приходит наркозависимый человек, и мы помогаем ему стать здоровым.

А.Пылаева: «Вы» это кто? Врачи?

И.А.Кузичев: Нет, мы не врачи, у нас нет ни одного врача, но, вместе с тем, с первого дня, когда к нам приходит наркозависимый человек, он живет в своей, свободной среде.

А.Пылаева: Как он вас находит?

И.А.Кузичев: Интернет, реклама, знакомые, «сарафанное радио». Все как обычно.

О.А.Мишина: Сколько стоит ваше лечение?

А.Пылаева: Давайте не будем сейчас говорить о стоимости.

И.А.Кузичев: Давайте про стоимость говорить отдельно.

Е.А.Брюн: Просто мы знаем, сколько это стоит.

А.А.Козлов: Очень важно знать, сколько стоит такое лечение. Скажите это, пожалуйста.

А.Пылаева: Давайте сначала узнаем, в чем оно заключается.

И.А.Кузичев: Стоимость нашего лечения вы можете посмотреть в Интернете.

Н.В.Каклюгин: В чем уникальность вашей методики?

И.А.Кузичев: На сегодняшний день я как гражданин многократно задавал в письменном виде вопросы государственным структурам...

А.Пылаева: Извините, сейчас мы не обсуждаем, куда вы обращались и принимают вас или нет, скажите суть вашей программы. Может быть, она носит уникальный инновационный характер? Как вы лечите?

И.А.Кузичев: Вы повторили все те слова, которые мы уже 10 лет пытаемся донести до других. Суперинновационная. Мы обучаем человека снимать психоэмоциональное напряжение, не прибегая к психоактивным веществам.

А.А.Козлов: Сколько пациентов прошло через ваш центр за 10 лет?

И.А.Кузичев: Алесандр Александрович, мы с вами знаем друг друга уже 6 лет. Давайте перенесем ответ на ваш вопрос в другой формат.

А.Пылаева: И все-таки в чем суть? Это тренинги, стационар?

Е.А.Брюн: Это обучающая программа.

И.А.Кузичев: Позвольте мне сказать то, что я хочу сказать, а потом я буду готов ответить на ваши вопросы. Итак, я вас не видел, фильма я не видел, но фильм — плохой. Я книгу не читал, но у меня есть мнение, что книга — паршивая. Именно так сегодня юмористы определяют позицию тех, кто в этой сфере пытается тамадить и руководить. Мы, начиная с ноября 2003 г., писали бумаги президенту Путину, мы имеем на руках отчеты о методике...

А.Пылаева: Извините, я вам дала микрофон с определенной целью. Очень хотелось бы узнать суть вашей уникальной обучающей программы. Получается, что с помощью обучения можно наркозависимого человека социально реабилитировать. Вы реабилитируете этого человека или что вы делаете? Что происходит с человеком, который приходит к вам?

И.А.Кузичев: Мы с вами сейчас разговариваем примерно таким образом. Когда появился автомобиль, то это телега без коня или это какая-то другая вещь? В данном случае то, что делаем мы, опирается на фундаментальные российские научные знания. Здесь уже

упоминали Макаренко, спрашивая, по фильму работает его система или нет? Да вы изучите систему, а потом судите, на чем все будет строиться. Точно так же и здесь. У нас есть научно признанные...

О.А.Мишина: Игорь, я изучала вашу систему. И вы знаете результат.

А.Пылаева: Понятно. Очевидно, суть программы невозможно изложить за две минуты. Есть такие научные продукты, которые требуют длительных объяснений.

И.А.Кузичев: Именно это я и хотел сказать.

А.Пылаева: Мы поняли, что есть люди, которые предлагают пути выхода, возможно, спорящие с традиционными методиками и предлагающие что-то свое. У вас есть результат?

А.А.Козлов: За 10 лет сколько вы вылечили людей?

И.А.Кузичев: У нас есть сотни людей, которые платили свои деньги, и немалые, и у нас есть десятки людей, которые лечились благотворительно, т.е. за наш счет, и которые нам благодарны за устойчивое антинаркотическое поведение в течение многих и многих лет.

А.Пылаева: Сколько таких людей? Может быть ваше направление лечения самое перспективное?

А.А.Козлов: Сколько дает ваша научно обоснованная методика?

И.А.Кузичев: Давайте так, я готов отвечать на конкретные вопросы, приглашаю в офис, где есть все необходимые документы. Я к данной ситуации не готовился.

Н.В.Каклюгин: Полемика показывает то, что у нас пока отсутствует четкое понимание ситуации и знание организаций, которые работают на этом поле. Вообще следует рассмотреть и оценить все имеющиеся программы.

А.А.Козлов: И показателем должно быть качество и количество ремиссий.

Ю.Б.Шевцова: Мы при наших спорах и обсуждениях немного упускаем из виду один важный фактор. Наркологический контингент, контингент лиц, употребляющих наркотики? очень многослойный. И для Института поведения подходит тот, кто сам пришел и кто продолжает ходить. Сколько процентов составляют подобные пациенты из всего наркологического контингента? Процентом 5. Вполне возможно, что они дают устойчивые ремиссии, поскольку это изначально мотивированные больные, которые не нуждаются в стеснении и не нуждаются в фармакотерапии. При обсуждениях и прениях с общественными организациями выпадает пласт людей, которые являются психически нездоровыми и употребляют наркотики с целью купирования своих психических расстройств. Их немного, но никто, кроме медиков, с ними не справится. Мы забываем, что процентов десять наркологических больных составляют лица с очень жесткими асоциальными,

криминальными установками, люди, которые прошли тюрьму, которые усвоили и приняли для себя все законы криминального мира. Сколько ни уговаривай их себя хорошо вести, сколько ни давай им таблеток и лекарств, ни по одной, ни по другой программе они не пройдут. Процентом 70 контингента все-таки составляют люди, которым определенные меры принуждения, «социального прессинга», как говорил Евгений Алексеевич, необходимы. Это ребята, как говорится, «ни рыба ни мясо» и они зависят от той среды, в которую попадают. Но по мере формирования заболевания, по мере формирования его стержня — патологического влечения к измененному состоянию сознания — не всегда наш пациент (боюсь даже употреблять это слово в присутствии представителей общественности) отвечает за свои действия и в полной мере способен руководить ими. Этот период очень короткий, небольшой по продолжительности, может быть, недели три. Все остальное время это — полноценный член общества, который должен отвечать за свои поступки, руководить ими. И вот тогда подключение общественных организаций вполне правомерно. Система многоступенчатая, так что в основном, наверное, правы все, кто сегодня выступал.

А.Пылаева: Есть ли вопросы от журналистов?

«Трезвая Лига» (Санкт-Петербург): Не думаете ли вы, что то, что происходит сейчас в России, — это наркотический геноцид?

Е.А.Брюн: Судя по тому, что происходит в Афганистане, и по отношению мирового сообщества к наркопроизводству и наркотрафику в Россию, ответ на ваш вопрос должен быть положительным.

Н.В.Каклюгин: Проблема нашей ситуации заключается в том, что как только мы ограничиваем поступления из Афганистана, так сразу же появляются новые альтернативные наркотики — те же мефедрон, соль для ванн, спайс. То есть молодежь так хочет потреблять, строить иллюзорный мир, а не жить там, где они находятся, что центральным становится вопрос снижения спроса. Необходимо развитие сети федеральных центров, которое пока что идет у нас слишком медленно по сравнению с развитием сети тех общественных организаций, которые претендуют на наличие у них уникальных методик, содержание которых они сформулировать затрудняются.

Г.В.Зазулин: Ситуацию можно будет изменить в том случае, когда каждое первое лицо субъекта Федерации начнет реально отвечать за наркоситуацию в своем субъекте Федерации. Когда начнут сравнивать территориальные образования по степени наркотизации населения. Пока у нас этого не делается, а время уходит. Первые лица очень медленно становятся ответственными в своих субъектах Федерации. Координировать эту работу должен ГАК.

О.И.Трифонов: В каждом субъекте Федерации создана государственная антинаркотическая комиссия, председателем которой является губернатор. Эти антинаркотические комиссии постоянно держат на контроле ситуацию в своем регионе и постоянно работают в связке с ФСКН, с аппаратом ГАК. То есть работа ведется. Конечно, нельзя все регионы подводить под одну гребенку, где-то она ведется лучше, где-то хуже, но, тем не менее, ситуация улучшается.

Г.В.Зазулин: Пока нет показателя, который характеризует наркоситуацию, эта работа будет вестись факультативно. Да, она ведется, но есть форма и есть содержание. Администрация Президента оценивает деятельность местного руководства примерно по 50 показателям. Но там нет ни одного показателя, связанного с проблемой наркотиков. И пока там такого показателя не появится, управленческий цикл будет разорван. В стратегии, о которой вы говорили, указывается, что руководит всей этой работой лично Президент. Как это понимать? Руководит Президент, а его администрация, которая своим указом утвердила перечень показателей, на которые она обращает внимание в субъектах Федерации, ни слова не говорит о наркотиках. Это абсолютная управленческая безграмотность.

О.И.Трифонов: В настоящий момент разрабатывается система государственного мониторинга ситуации с наркотиками на территории Российской Федерации. В 2011 г. она уже будет внедрена. В настоящее время мы ориентируемся на межведомственный приказ, в который уже введены соответствующие положения.

А.Пылаева: Завершая нашу сегодняшнюю встречу, я попросила бы каждого из участников буквально одной фразой подытожить то, что он вынес из сегодняшней дискуссии.

Ю.Б.Шевцова: Думаю, что сегодняшнее мероприятие показало, насколько важен в борьбе с наркотическими проблемами системный подход. Этот подход должен обязательно объединять все структуры общества, которые как представлены на сегодняшнем круглом столе, так и вообще имеются в обществе.

О.И.Трифонов: Как я уже говорил, эту проблему можно решить только объединением всех сил — как общества, так и государства, а не поисками виноватых.

О.А.Мишина: Повторю, что нам обязательно надо работать со всеми негосударственными структурами, общественными организациями, наверное, искать инвесторов, которые могут им помогать, потому что финансирования не хватает. Понятно, что в государстве этот вопрос пока не решен. Я полагаю, что в ближайшем будущем ситуация улучшится. И Федеральная целевая программа все-таки будет принята с 2012 г., возможны какие-то ведомственные государственные программы, которые будут направлены именно на финансирование негосударственных структур для того, чтобы лечить наркоманов.

Е.А.Брюн: Я думаю, что наш разговор в очередной раз показал, что нет понимания того, что такое наркологическое заболевание. В данном случае я даже не говорю о наркомании. Это одно заболевание, у которого много разных форм. Ведь проблемой является не только наркомания. А алкоголизм, а другие виды зависимости? Пока мы не поймем, что это за заболевание, его биологическую, психологическую, социальную суть, мы вряд ли договоримся о том, что нам нужно делать. Пожалуй, этот год в каком-то смысле переломный. Когда у руководства страны есть понимание основных направлений проблемы и того, куда нам двигаться, мы, на своем уровне, наверное, договоримся. Тут можно привести такую аналогию: «Я ненавижу демократию, но нет ничего лучше, чем это безобразие». Я ненавижу подобные диспуты, потому что я не очень люблю разговаривать с людьми, которые не являются специалистами в данной теме. Но, наверное, лучше ничего придумать нельзя. Пока мы не научимся слышать друг друга, и договариваться, и понимать, что это такое, мы не сможем двигаться дальше. Россия всегда выигрывала отечественные войны. Думаю, что и эту войну мы тоже выиграем.

Ю.В.Крупнов: Государство полностью запустило проблему, в результате чего возникают феномены Егора Бычкова. Сегодня у государства есть уникальный шанс, после утверждения Президентом Стратегии государственной антинаркотической политики вернуться сюда, прийти с деньгами, с госпрограммой, с антинаркотическим кодексом. Создать это, а не искать конкурентов в общественности, в авторах других методик. Поэтому шанс уникальный, я согласен с Евгением Алексеевичем. Государство, пожалуйста, приступай к работе, а мы, общественность, тебе поможем.

А.А.Козлов: Я думаю, что наркологическая служба Российской Федерации — это уникальная структура, в которой, конечно, как мы поняли, есть много недостатков. Необходимо более тесное взаимодействие с разными реабилитационными центрами, негосударственными, конфессиональными, общественными организациями, занимающимися реабилитацией наркологических больных. Я думаю, что общество должно знать, как там лечат и каковы показатели результативности каждой этой структуры — качество ремиссий.

Н.В.Каклюгин: Сегодняшний диспут показал огромную остроту проблемы. Я участвовал во многих мероприятиях, посвященных Егору Бычкову, и то, что происходит в этой сфере, показывает хаос. К сожалению или к счастью, среди сегодняшних участников я не увидел неспециалистов. Все профессионалы, только в

разных сферах. Очень здорово, что здесь представлен практически полный срез по теме, хотелось бы надеяться, что дальше будет развитие. Сейчас будет проходить конференция в Нижневартовске по теме социальной реабилитации, жаль, что Георгий Васильевич не сможет на ней присутствовать. Но есть направления, есть над чем задуматься. Государственный контроль в этой сфере, финансирование, но и спрос за это финансирование, выяснение, что через год или два происходит в тех центрах, которые получили деньги, — это, мне кажется, очень важно. Спасибо всем участникам.

Г.В.Зазулин: Соединить административный ресурс власти и энтузиастов из общества возможно. Мы еще не потеряли доверия друг к другу. Больше диалога. Я готов работать практически с каждым из вас, мы знакомы. Давайте определим перечень того, что нам надо решить, сосредоточимся на этом в какой-то определенный короткий период и будем видеть свои победы. У меня такое ощущение, что мы не видим побед. Иванов недавно возглавил ФСКН. Но когда он возглавил ФСКН, он сразу заявил о наркотических судах. О судах, которые, как мы говорим, являются альтернативой обычным уголовным. И, посмотрите, сколько времени прошло, а решить этот вопрос не удалось. Мы должны собраться и понять, почему это не удалось. После этого перейти к следующему вопросу, затем — к следующему. И у нас все получится, я по натуре оптимист. Спасибо всем, встреча получилась очень хорошая.

В.Г.Теплицкий: Задача сегодня — не поддерживать медицину или общественные организации и не затоптать медицину или общественные организации, а решить общую задачу снижения уровня наркотизации в стране. Соответственно, здесь надо оценить возможности участников и усилить их.

А.П.Скрипков: Спасибо большое коллегам из Москвы, заранее хочу извиниться за излишнюю эмоциональность, но 35 лет в наркологии — это достаточно большой срок, все это сопереживается. Как проектный менеджер я хочу сказать, что мы просто обязаны оценивать все наркологические программы и проекты с точки зрения их инвестиционности, возможности возврата конечному потребителю прибавленной пользы и той пользы, которую получит государство в результате этих программ. Ключевой показатель здесь один — это человеческий капитал, тот, которого в стране, увы, нет.

А.Пылаева: Спасибо всем участникам, мы будем продолжать наш сегодняшний разговор, и с вашей помощью определим, какие еще проблемы нам необходимо будет затронуть.

DRUG-DEPENDENT PATIENTS: PROBLEMS OF PREVENTION, TREATMENT AND SOCIAL REHABILITATION PROGRAMS

К вопросу о профилактике: существует ли она в наркологической практике? Сообщение 2*

ПЛОТКИН Ф.Б. Минский городской наркологический диспансер, Беларусь; e-mail: felplotkin@tut.by

Охарактеризована сложившаяся в настоящее время ситуация с наркопотреблением в Республике Беларусь и в Российской Федерации. Подчеркнута деструктивная роль средств массовой информации (СМИ) и, прежде всего, телевидения в формировании «наркоманической» молодежной субкультуры. Указаны особенности подросткового возраста, предрасполагающие к употреблению психоактивных веществ (ПАВ). Приведены данные социологических опросов родителей по поводу причин употребления детьми и подростками ПАВ, роли в профилактике наркотизма семьи, учреждений образования, социальных служб, других государственных органов. Подчеркивается значение правильного воспитания в семье для предотвращения приобщения детей к наркопотреблению. Рассмотрены варианты поведения родителей при выявлении потребления ПАВ их детьми. Раскрыта сущность профилактических мероприятий и, прежде всего, первичной профилактики; обосновываются преимущества ее проведения в подростковой среде. Детально рассмотрены обстоятельства, препятствующие проведению эффективных профилактических мероприятий.

Ключевые слова: наркопотребление, подростки, родители, профилактика

...С другой стороны, если кто-нибудь думает, что это сопряжено с большими расходами, со многими трудностями и хлопотами, он рассуждает совершенно правильно. Но когда он представит себе последствия, какие ожидают наше государство в дальнейшем, если он не согласится на эти меры, тогда он увидит все преимущество самим добровольно исполнять то, что требуется... Тяжелыми надо считать не те затраты, которые мы делаем на свое спасение, но бедствия, которые постигнут нас в случае, если мы не согласимся на эти затраты.

*Демосфен. Четвертая речь против Филиппа.
340 г. до н.э. [20]*

Антинаркотическая профилактика у нас в стране традиционно понимается как целенаправленное, специально организованное воздействие профессионалов на некоторую «группу риска» с целью предотвращения нежелательного поведения ее членов и смягчения негативных последствий приема наркотиков и других ПАВ. Как правило, в качестве субъектов этой деятельности выступают врачи, педагоги, сотрудники правоохранительных органов и учреждений социальной защиты. Объектами целевого воздействия (пропаганды, просвещения, специального обучения) чаще всего являются школьные коллективы, реже — родительские сообщества или группы специалистов. При этом совершенно недостаточно внимания уделяется роли семьи в этом процессе, прежде всего, в плане использования специфических средств родительского противодействия массовому раннему вовлечению детей в табакокурение, алкоголизацию, наркотизацию. Как бы ни был авторитетен специалист, работающий с детьми, реальная программа жизни, прак-

тические навыки повседневного поведения, отношения к вредоносным факторам формируются — активно, целенаправленно или исподволь — через личный пример родителей. Родители — вольно или невольно — играют подчас решающую роль в приобщении ребенка к табаку, алкоголю, наркотикам или в твердом отказе от их употребления¹². Зарубежные специалисты утверждают, что родители в большинстве случаев прямо не виноваты в том, что их дети начинают принимать те или иные ПАВ, но они так или иначе участвуют в становлении и развитии болезненного пристрастия (цит. по [48]). Исследования показывают, что наркотики находят место как в проблемных, так и в «благополучных» семьях, привлекают к себе детей властных и «мягких» родителей, а иногда затрагивают лишь одного из нескольких детей в семье. «Психологи преувеличивают, — замечают К.С. Лисецкий и Е.В. Литягина, — утверждая, что наркоманами становятся от «несчастной любви» или в результате воспитания в малообеспеченной семье. Наркотики одинаково

* Сообщение 1 см. Наркология. — 2010. — №9.

¹² По данным нашего исследования, лишь 7% респондентов назвали в качестве источника информации о наркотиках своих родителей.

«демократичны» в отношении дочери банкира и сына санитарки» [38, с.5]. Результаты опроса родителей показывают, что они воспринимают наркоманию как общественную проблему и не осознают ее как реальную угрозу собственной семье. Их рассуждения о возможных мерах противодействия распространению наркотиков концентрируются преимущественно вокруг вопросов государственной политики по борьбе с наркобизнесом, совершенствованию законодательства, развитию молодежной занятости и досуговой сферы. Родители признают необходимость проведения массовой антинаркотической профилактики, но понимают ее в значительной мере как просвещение учащихся относительно негативных последствий злоупотребления наркотиками. Основную роль в организации просвещения они отводят школе. Свою собственную роль в предупреждении обращения детей к наркотикам родители видят прежде всего в усилении контроля за их поведением и общением. При этом, чем старше ребенок, тем беспомощнее чувствуют себя родители в профилактике наркомании. Они не верят в возможность доверительных отношений с подростками и в эффективность воздействия на них убедительных аргументов в пользу отказа от одурманивания. Опрос же несовершеннолетних показал, что подростки считают монологи родителей уместными только в детский период, а для более старших возрастов, по их мнению, самым важным средством в профилактике зависимости от алкоголя или наркотиков является заинтересованное участие взрослых, проявление ими симпатии и диалог на равных между родителями и детьми. Следовательно, можно констатировать расхождение во взглядах поколений на родительские стратегии в профилактике наркомании. Налицо также ощущаемая родителями неготовность к осуществлению своей воспитательной роли по отношению к детям старшего подросткового и юношеского возраста. На основании анализа полученных данных — в свете современных концептуальных подходов к профилактике и социологических теорий семьи и отклоняющегося поведения — можно констатировать, что в предупреждении экспериментирования подростков с наркотиками семья как важнейший общественный институт занимает в настоящее время обособленную и неконструктивную позицию, которую можно охарактеризовать как отстраненность от проблемы. С одной стороны, родители все еще не вооружены необходимыми знаниями по профилактике наркотизации. Кроме того, они не подготовлены в достаточной мере к осуществлению своих функций в процессе социализации детей. Именно поэтому так часто наблюдаются

как дефекты семейного воспитания детей в целом, так и ошибочная тактика родителей в осуществлении профилактики наркомании. Семья часто самоустраниется от решения надвигающихся проблем взросления детей, охотно признавая свою беспомощность и пассивно делегируя свои воспитательные функции государству и его институтам — школе, здравоохранению, милиции. С другой стороны, родители закрывают глаза на возможность начала наркотизации собственного ребенка и рассматривают проблемы распространения наркомании преимущественно на социальном уровне как решаемые государственными органами. Указанные процессы разворачиваются на неблагоприятном общественно-экономическом фоне, который осложняет их течение: это разрыв и трудности взаимопонимания между поколениями, размытость нравственных запретов и неясность положительных ориентиров, ограниченность физических и духовных ресурсов семьи, дефицит положительных эмоций в повседневной жизни [56]. Между тем, родители должны знать симптомы наркотического опьянения, способы и возможности предварительной диагностики, причем не столько сформировавшейся болезни, сколько ее начальных проявлений, а также иметь навыки оказания первой медицинской помощи таким пациентам, обладать информацией о службах помощи. По данным нашего исследования, лишь 36% родителей признали, что ранее имели конкретную информацию о последствиях приема наркотиков, а о способах выявления потребления наркотиков их детьми имели представление лишь 10% родителей. Иногда просто поражает слепота, проявляемая родителями, не замечающими явных симптомов формирующейся или уже сформированной зависимости. Известны случаи, когда подростки чуть ли не на глазах у родителей занимались кустарным изготовлением наркотиков, выдавая это за проведение опытов в качестве домашнего задания по химии или биологии¹³.

Когда некоторые родители узнают, что их дети употребляют наркотики, их реакции варьируют от изумления до паники. Растерянность, ощущение безысходности, страх перед малознакомым для старшего поколения недугом, боязнь огласки и социальных последствий... Нередко преобладают, по свидетельству доктора психологических наук, профессора МГУ Ю.Б. Гиппенрейтер, «обвинения, угрозы, предупреждения, команды, нравучения, проповеди, нотации и «лекции», критика, угрозы, увещевания... Обычно дети из таких фраз не узнают ничего нового. Ничего не меняется от того, что они слышат это в «сто первый раз». Они чувствуют давле-

¹³ Маленький анекдот, достаточно четко характеризующий, с нашей точки зрения, уровень осведомленности в рассматриваемом вопросе определенной категории населения.

Встретились три бабки и давай своими внуками хвалиться:

— Мой внук будет врачом: он все время возится с какими-то ампулами, шприцами, делает себе и друзьям уколы.

— А мой внук будет агрономом: он сеет на даче мак, коноплю, ухаживает за ними, ждет урожая.

— А мой внук будет шофером: он мочит тряпку в бензине, накладывает ее на голову и говорит: «Бабка, не мешай, сейчас буду отъезжать».

ние внешнего авторитета, иногда вину, иногда скуку, а чаще всего все вместе взятое» [17]. Между тем, от тактики поведения родителей, узнавших о начале экспериментирования сына или дочери с наркотиками, зависит будущая судьба ребенка. Очень важно не оттолкнуть в этой ситуации подростка, не вызвать у него ответную реакцию в виде негативизма, желания уйти в наркомагическую компанию, где его личностные потребности в эмоциональных контактах будут удовлетворены, хотя бы и в извращенной форме¹⁴. «В настоящее время в нашей стране сложилась ситуация, когда проблема наркомании, как мы покажем далее, является проблемой большого и его семьи, но не проблемой государства. И в этих условиях практически единственной социальной группой, объективно, но пока далеко не всегда субъективно заинтересованной в защите общества от наркотиков, являются родители тех детей, над чьими головами нависает эта угроза» [41, с.44].

Известно, что приобщение подростков к приему ПАВ наиболее часто происходит в возрасте 14—18 лет. Поэтому главную роль в выявлении наркопотребителей могут и должны сыграть педагоги и воспитатели. Что же предпринимают педагоги, если у них появилось подозрение в употреблении подростком наркотиков? Преподаватели, воспитатели не имеют достаточной подготовки для решения подобных проблем, нередко они чувствуют себя беспомощными в этой трудной ситуации. Одни из них привыкли к старым порядкам и не хотят ничего менять. Другие считают, что детей-наркоманов нужно сажать за решетку. Нередко в такой ситуации педагоги ничего и не делают, предпочитая закрывать глаза на тревожный факт, боясь испортить «статистику», ждут, пока ученик уйдет из школы, колледжа и т.п. Следует осудить тенденцию порицания педагогического коллектива тех учебных заведений, где выявлены наркоманы, со стороны органов образования. Претензии нужно предъявлять тем руководителям, которые заявляют о полном благополучии в их коллективах, скрывают случаи употребления наркотических и токсических препаратов учащимися. Очень важно понимать, что именно от тактики поведения педагога при выявлении употребления ПАВ может зависеть вся дальнейшая судьба подростка. Работники системы образования должны получить соответствующую подготовку для того, чтобы они могли проводить скрининг, выявлять лиц, злоупотребляющих наркотиками, устанавливать с ними контакт, оказывать необходимую поддержку, убеждать их обращаться за помощью. Педагоги, воспитатели должны располагать

конкретной информацией о ПАВ и знанием того, как пользоваться этой информацией [58, 59, 85].

Поскольку речь идет о подростках школьного возраста, то основная тяжесть решения проблемы профилактики находится в руках специалистов по подростковой психологии и педагогике. Именно им предстоит определить наиболее эффективные способы и методы решения этой проблемы и тем самым взять на себя координацию действий всех причастных к ней социальных институтов. Представляется чрезвычайно важным внедрение в образовательную среду инновационных педагогических и психологических технологий раннего обнаружения случаев употребления наркотиков учащимися, а также усовершенствование работы по взаимодействию школьных психологов, социальных педагогов и сотрудников инспекции по делам несовершеннолетних по раннему выявлению детей и подростков, употребляющих ПАВ. Особенно важно выявление экспериментаторов и зависимых в начальных стадиях болезни с целью прекращения экспериментирования и отказа от приема ПАВ¹⁵. В образовательной среде отсутствует механизм обеспечения воспитательной, в том числе и антинаркотической, работы, направленной на формирование здорового образа жизни и стрессоустойчивости¹⁶. Фактически из практики многих образовательных учреждений ушла задача воспитания, и они ограничиваются лишь оценкой уровня знаний учащихся, при том что исследованиями доказано, что хорошо подготовленные педагоги-наставники, пользующиеся доверием своих учеников, могут более эффективно осуществлять антинаркотическое обучение, чем приглашенные специалисты. «Для того чтобы быть услышанным незрелой личностью, например в рамках первичной или вторичной профилактики, — отмечает С.В. Березин, — необходимо находиться в системе ее реальностей. Поэтому важнейшим вопросом первичной или вторичной профилактики является не вопрос *что делается?*, а вопрос *кто делает?* (*курсив С.В. Березина*). Именно правильное решение этого вопроса превращает пустое и иногда вредное морализаторство или абсурдное применение «методик» в серьезный разговор» [5, с.85]. «В современных условиях, — считают И.Н. Пятницкая и Н.Г. Найденова, — необходима переориентация педагогического образования. В частности, преподавание психологии, дефектологии, знание этапов развития ребенка, поведенческих особенностей, типов семьи и внутрисемейного воспитания не может ограничиваться дефектологическими факультетами высшей школы. Эти знания столь же необходимы для специалистов со средним педаго-

¹⁴ Многие родители своим отношением к ребенку-наркоману напоминают, по образному выражению, «гуманного» хозяина собаки, который так ее любил, что отрезал ей хвост по кусочкам».

¹⁵ По данным нашего исследования, лишь 10% наркопотребителей попали в поле зрения наркологов по ходатайству с места их учебы.

¹⁶ По данным нашего исследования, лишь 12% респондентов назвали в качестве источника информации о наркотиках лекции в школе.

гическим образованием, работающих в дошкольных учреждениях и младших классах школы» [63]¹⁷. Целесообразно включение в образовательный цикл отдельных предметов, интегрированных курсов, спецкурсов и факультативов, направленных в своем содержании на расширение объема знаний о реальной жизни. Данная информация необходима для обретения свободы выбора, для развития адаптивных способностей и понимания важности умения жить в реальной жизни и решать жизненно важные проблемы без страха перед действительностью, и пользуясь разнообразными активными стратегиями преодоления стресса [36, с.499—501]. «Мы считаем, — подчеркивает С.В. Березин, — что эффективность программ первичной профилактики напрямую зависит от того, насколько они способствуют порождению трансфинитных форм активности в когнитивной, эмоциональной и волевой сферах личности. Будучи самооценными и самопорождающими, эти формы активности выступают как надежный фактор наркоустойчивости» [5, с.81]. Наиболее критическим, представляющим особый риск при наркотических соблазнах является период перехода от подросткового возраста к юношескому. Наибольшее внимания требуют к себе те подростки, чей уход от реальности пока еще не нашел своего яркого выражения, кто только начинает усваивать аддиктивные паттерны поведения в трудных столкновениях с требованиями среды, кто потенциально может оказаться вовлеченным в разные виды аддиктивной реализации [36, с.497—498]. Почти четыре пятых всех актуальных потребителей наркотиков (тех, чей нынешний образ жизни включает в себя более или менее регулярное употребление тех или иных наркотических средств в немедицинских целях) впервые встретились с ними в возрасте до 17 лет [41, с.36]. Простой подсчет показывает, что если нижнюю границу первого знакомства с наркотическими средствами удалось бы в ближайшие годы подтянуть к порогу 16-летнего возраста, то только одно это в течение 3—4 лет сократило бы количество актуальных потребителей наркотиков практически вдвое [41, с.38].

В целом, если до 20 лет человек устоял перед соблазном знакомства с миром наркотиков, то вероятность его хотя бы случайного, эпизодического знакомства с ним снижается практически на порядок. С учетом этого, проблема защиты общества от угрозы наркотизма и наркомании может быть решена даже в

условиях крайне ограниченных социальных ресурсов. Сделать это можно путем концентрации имеющихся средств на относительно узком социальном пространстве: общество должно приложить максимум усилий для минимизации соблазнов знакомства с наркотиками хотя бы юношей и девушек в возрасте между 14 и 17 годами. Защитив эту относительно немногочисленную социальную группу, общество автоматически закрывает основную брешь, через которую в его жизнь вторгаются активный наркотизм и наркомания [41, с.36—37]. К сожалению, иллюзия, что если не называть беду по имени, она, может быть, и минует, укоренена в человеческом сознании, и мы сами скрываем от себя неприятную правду. Однако сложность задачи не может оправдать отказа от попыток выявить ее главные трудности и найти условия ее успешного решения. Концептуальные ошибки и неверные ориентиры ведут к значительному увеличению материальных затрат государства при низкой результативности профилактических программ и мероприятий. Если ошибки постоянно не исправлять, опасность наркотизации подрастающего поколения возрастает [38, с.197].

Еще в начале 70-х годов прошлого века американский исследователь П. Берн выделял в реакциях общества на рост наркотизма 4 периода: отрицание — паника — фрагментарные действия — координация усилий различных социальных субъектов [91]. Нынешние фрагментарные усилия по предотвращению роста наркотизации общества не перевесили пока доминирующей реакции — панического ужаса перед надвигающейся угрозой. Он и лежит в основе нынешних упований на упрощенный государственный прогибиционизм и деятельность силовых структур. И все же некоторые факты свидетельствуют о том, что происходит, по выражению М. Фуко, «переход от технологии власти, действующей путем преследования, исключения, изгнания, маргинализации, пресечения, к власти позитивной, к власти, которая создает, к власти, которая наблюдает, познает и усиливается за счет своей собственной деятельности» [83, с.71]¹⁸.

В среде медицинской общественности растет понимание чрезвычайной важности профилактики зависимостей. Результатом этого становится происходящее на наших глазах формирование новой научно-медицинской дисциплины — профилактической наркологии. Свидетельством этого является выход в свет коллективного труда «Наркотическая аддикция: со-

¹⁷ «К сожалению, — с горечью отметил Эрик Эриксон, — очень многие приходят в педагогику не по «велению сердца», а в силу жизненных обстоятельств, и все их «профессиональное мастерство» сводится к овладению несложными методами преподавания, базирующимися на обучении ребенка простейшей орудийной технике взрослых» [90, с.39].

¹⁸ «Мне кажется, — писал Мишель Фуко, — что в области контроля над индивидами Запад, по большому счету, выработал всего две значительные модели: модель исключения прокаженных и модель включения зачумленных... Практика борьбы с чумой разительно отличается от практики борьбы с проказой. Дело в том, что эта территория уже не была неупорядоченной зоной, куда изгонялись люди, от которых надо было очиститься. Эта территория стала предметом подробного и внимательного анализа, тщательной разметки» [83, с.67—68].

циальные, медицинские и психологические аспекты» [47], а также замечательной монографии академика П.И. Сидорова, которая так и называется «Наркологическая превентология» [70]. Это первое фундаментальное междисциплинарное руководство по профилактике зависимости от ПАВ, предназначенное для наркологов, психиатров, организаторов здравоохранения, врачей общей практики, социальных работников, клинических психологов, педагогов, юристов, религиозных деятелей, работников культуры. В нем анализируются теоретико-методологические проблемы наркологической превентологии и детально описаны ее основные направления — педагогические, медицинские, социальные, психологические, культуральные, административно-правовые и духовные.

И здесь мы хотим обсудить чрезвычайно важный, с нашей точки зрения, вопрос: в чем кардинальное отличие профилактики наркоманий от профилактики других заболеваний?

1. Ни в какой другой отрасли здравоохранения и медицины проводимые профилактические мероприятия не дают столь значительного эффекта, как в наркологии. К примеру, самый тщательный контроль за уровнем холестерина не может предотвратить развитие с течением времени атеросклеротических изменений в сосудах.

2. Ни в какой другой отрасли здравоохранения и медицины невыполнение врачебных рекомендаций или неправильно проводимые профилактические мероприятия не могут вызвать совершенно противоположный ожидаемому результат¹⁹. И причина этого кроется в биопсихосоциальном генезе зависимостей в отличие от других болезней. И здесь особенно актуален принцип Гиппократа: *Noli nocere!*

В связи с вышеизложенным возникает естественный вопрос: кто же в нашей стране проводит и может проводить на должном уровне профилактическую работу по рассматриваемой тематике, чтобы не нанести при этом вреда? Количество наркологов и валеологов, знающих проблему наркомании и профилактики и способных на должном уровне осветить ее, ограничено. «Разработка комплексных, эффективных и жизнеспособных стратегий профилактики употребления психоактивных веществ и зависимости, — считает В.Б. Позняк, — требует решительного вовлечения в этот процесс специалистов системы здравоохранения. Психиатры, наблюдая наиболее тяжелые последствия для здоровья, возникающие вследствие употребления психоактивных веществ, и сопутствующие расстройства

психики, благодаря своей профессиональной подготовке располагают определенным набором знаний о влиянии психоактивных веществ и о механизмах зависимости, ее профилактике и терапии. Это дает им некоторое преимущество по сравнению с другими специалистами системы здравоохранения и определяет их потенциал в области профилактики употребления психоактивных веществ и зависимости. В менее обеспеченных странах число психиатров, прошедших надлежащую подготовку, весьма ограниченное, поэтому, чтобы добиться значительного влияния системы здравоохранения на решение проблем, связанных с употреблением психоактивных веществ, необходимо выйти за пределы клинической практики. Важно решительно вовлекать психиатров в обучение, подготовку и поддержку других специалистов системы здравоохранения, и в первую очередь из первичного звена медицинской помощи, чтобы повысить их квалификацию в вопросах выявления и терапии расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ. Специалисты системы здравоохранения также должны принимать активное участие в работе с населением; обсуждая опасности, связанные с употреблением психоактивных веществ, или их конкретные формы, психиатры также могут сыграть в этом важную роль» [96].

При проведении профилактической работы следует также учитывать, что мало просто знать материал, важно уметь донести его до слушателей. Ведь лекционная работа — это специфическая профессиональная деятельность, имеющая свои особенности и нюансы. Существуют особые лекторские приемы и правила, причем, разные для разной аудитории [57, 71].

Специалистами уже определены факторы риска, а также условия, обеспечивающие устойчивость личности к развитию зависимости от ПАВ. Сформулированы задачи профилактической деятельности, основные направления и организационные основы построения профилактических программ. Разработаны подходы, сфокусированные на понимании профилактики как превенции, учитывающей прежде всего психосоциальные и личностные факторы, способствующие началу наркотизации [10, 13, 25, 50, 66, 68, 70, 71, 73, 75, 77]. Изучен европейский опыт профилактики зависимости от ПАВ [52, 55, 80], а также разработаны методологические основы и междисциплинарная система технологий профилактики.

Медико-психологические технологии предусматривают систему действий специалистов, направленных

¹⁹ Чрезвычайно важной считаем мы статью научного сотрудника Национального научного центра наркологии Российской Федерации С.Э. Селиверстова «Методы и принципы конструктивной пропаганды, эффективно «конструирующей» проблемное поведение», опубликованной в журнале «Наркология» №№2 и 3 за 2007 г. [67] и посвященной детальному анализу антинаркотической пропаганды. Нам представляется совершенно необходимым, чтобы каждый специалист, проводящий профилактическую работу в области наркологии, детально ознакомился с содержанием этих статей. Здесь же приводится яркий пример из опыта антинаркотической профилактики в США, где результат оказался негативным.

ную на развитие адаптивной личности, способной эффективно развиваться, преодолевать жизненные трудности и проблемы. Социальные же и педагогические технологии связаны с грамотным предоставлением информации, созданием мотивации на здоровый образ жизни и, что особенно важно, формированием социально-поддерживающей системы, включающей в себя обучение родителей, учителей, сверстников поддерживающему поведению, создание благоприятного климата в этих микросоциальных системах. Разработаны профилактические программы для детей, подростков и молодежи разного возраста, для родителей, учителей, сверстников. В настоящее время имеется достаточно материалов по методике и организации профилактической работы [1, 3, 8, 12, 22—24, 27, 30, 39, 45, 46, 49, 57, 61, 62, 65, 67, 69, 72—74, 76—79, 81, 82, 85, 89].

В настоящее время в обществе присутствует декларированное признание необходимости профилактической работы, однако активных действий пока не принимается. Парадоксальным образом выглядит и ситуация, когда, вопреки традициям отечественной медицины, профилактической работой не занимаются сами врачи-наркологи. «Куда делась профилактика в наркологических учреждениях?», — вопрошает директор Национального научного центра наркологии Российской Федерации член-корреспондент РАМН проф. Н.Н. Иванец [26]²⁰. Участие психиатров в профилактике зависимости (особенно первичной) незначительно. Врачи же других специальностей имеют свой достаточно широкий круг обязанностей, куда профилактика наркомании не входит. На сегодняшний день проблема заключается в том, что пока недостаточно образовательных учреждений, в которых на высокопрофессиональном уровне готовятся специалисты в области профилактики зависимостей из числа врачей, психологов, педагогов, социальных работников, сотрудников инспекций по делам несовершеннолетних, волонтеров из молодежной среды. На фоне глобального характера проблемы в стране не хватает специалистов, занятых междисциплинарными и адекватными современным требованиям науки и практики исследованиями, способных разрабатывать и внедрять обучающие программы. «Нельзя принимать всерьез ту активность, — подчеркивает В.А. Галкин, — которая в статистических отчетах называется *санпросветработой* (курсив В.А. Галкина). Если она и проводится, то настолько непрофессионально, что приносит не столько пользы, сколько

вреда. Это хорошо видно на примере наркологии. Здесь все лекции, беседы, популярная литература сводятся к устрашению, к рассказу о тяжелых медицинских и социальных последствиях употребления психоактивных веществ. А между тем, «страшилки» — это любимый жанр подростков и молодежи, помимо всего прочего стимулирующий их поисковую деятельность в сфере неординарного, рискованного» [16]²¹.

Совершенно очевидно, что для эффективного проведения антинаркотической работы необходимо наличие прошедших профессиональную подготовку специалистов. Основная проблема работы по профилактике наркоманий заключается не столько в недостатке тех или иных программ, сколько в катастрофической нехватке специалистов, способных эти программы реализовать. Специалист такого уровня должен, во-первых, хорошо представлять и понимать психологические особенности возраста целевой аудитории, ее реальную специфику и интересы; во-вторых, знать субкультурные особенности, мифы и «ловушки» наркотической реальности; в третьих, владеть психокоррекционными технологиями и, самое главное, уметь терпеливо завоевывать доверие. Такой труд является весьма интеллектуальнозатратным и, вкупе с его социальной значимостью, должен адекватно оплачиваться²². Между тем, на просторах СНГ до сих пор вопросам финансирования профилактических программ, оценке их экономической эффективности не уделяется должного внимания, опыт других стран в этом отношении игнорируется [18].

В чем же выход? С учетом вышеизложенного нам представляется совершенно необходимым для целенаправленной подготовки квалифицированных специалистов в области профилактики зависимостей, а также для разработки и внедрения методов, направленных на совершенствование координации и повышение эффективности профилактической деятельности, создание межведомственного учебно-методического центра профилактики наркоманий. В структуре этого центра могла бы быть сформирована группа квалифицированных преподавателей для подготовки соответствующих специалистов, которая могла бы проводить полноценные семинары не только в столице, но и выездные циклы в областных городах или крупных районных центрах для педагогов, школьных психологов, врачей и других специалистов, желающих заниматься профилактической работой и имеющих к этому природную склонность, а также для взрослого населения, которое практически оказалось вне поля зрения. В штате такого учреждения могли бы так-

²⁰ 21.04.10 г. на должность директора ФГУ «Национальный научный центр наркологии» назначена проф. Е.А. Кошкина.

²¹ О роли «страшилок» в становлении личности см. в статье М. Осориной «Черная простыня летит по городу», или зачем дети рассказывают страшные истории» [54].

²² «Работа человека, занимающегося профилактикой, — считает известный российский специалист в области социальной рекламы, научный сотрудник Национального научного центра наркологии Российской Федерации С.Э. Селивестров, — высший уровень сложности. Я не знаю ничего важнее этой работы» [67].

же состоять и профессиональные лекторы, как это было когда-то в Обществе по распространению политических и научных знаний «Знание» или в отделах агитации и пропаганды райкомов и обкомов КПСС. Вновь созданная структура могла бы также координировать работу СМИ, роль которых в антинаркотической пропаганде, а особенно в формировании здорового образа жизни, чрезвычайно важны. Следует заметить, что многие журналисты не способны дать всестороннюю правильную оценку таким явлениям, как наркомания и токсикомания, но пренебрегают рекомендациями специалистов в этом вопросе. Многие публикации по проблемам наркомании не отличаются особой точностью и полнотой, в них навязываются готовые рецепты поведения и используются приемы запугивания в качестве главного средства воздействия. Нередко эти публикации содержат красочные и пространные описания «кайфа», возникающего после приема наркотиков, каналы приобретения наркотиков и чуть ли не рецепты изготовления «зелья». В результате журналистами создается своеобразная реклама наркотического состояния, вызывающая нездоровый интерес. Важнейший вопрос об участии СМИ в профилактике наркомании среди лиц молодого возраста фактически не решен. Периодические выступления специалистов в печати и на радио, единичные и непрофессиональные, с точки зрения профилактики, «антинаркотические» программы на телевидении не могут заменить регулярной и научно обоснованной работы СМИ в этом направлении. Также заметим, что проводимые по примеру западных стран акции типа «Рок-музыканты против наркотиков» привлекают молодежь прежде всего возможностью послушать современную музыку и, несмотря на свое название и массовость, не могут считаться серьезными антинаркотическими мероприятиями, хотя формально и декларируют отрицательное отношение музыкантов к употреблению наркотиков²³. Кроме того, данная структура могла бы осуществлять в централизованном порядке разработку принципов антинаркотической социальной рекламы, без активного и системного воздействия которой профилактика зависимости от ПАВ как целостная государственная стратегия не может быть эффективной²⁴, а также подготавливать различные информационные материалы, издавать брошюры, буклеты, листовки и т.п. В подготовке информа-

ционных материалов должны принимать участие специалисты в области возрастной педагогики и психологии, филологи и другие специалисты. Заметим, что в настоящее время в областных и районных центрах врачи-наркологи и сотрудники отделов общественного здоровья, изыскивая средства местного бюджета или другие источники финансирования, издают различные информационные материалы, нередко в количестве 100, 50 или даже 25 экземпляров. И хотя их стремление следует всячески поддерживать и поощрять, профессиональный уровень этих печатных материалов оставляет желать лучшего, они не проходят должного рецензирования. Эти материалы часто основаны на избитых стереотипах — рисуют шприцы, таблетки, страшные физиономии, делят пополам листы бумаги на черное и белое и т.п., говорят в основном о вреде наркотиков для здоровья. Между тем, для подростка, как мы указывали выше, риск нанести вред своему здоровью никогда не будет барьером против чего-то, ибо в этом возрасте, по результатам самых разных социологических исследований, здоровье ценностью не является [27]. Мы полностью разделяем мнение научного редактора журнала «Наркология» РАМН, руководителя отделения детской наркологии Национального научного центра наркологии России к.м.н. А.В. Надеждина, что «любая профилактическая или рекламная антинаркотическая продукция должна быть сертифицирована» [27]. В настоящее время в профилактическую активность включаются многочисленные общественные и религиозные организации, деятельность которых следует всячески поддерживать. Однако необходимо отметить, что часто их работа носит стихийный, недостаточно квалифицированный или односторонний характер.

«В Российской Федерации при наличии адекватно сформулированных принципов, форм и направлений антинаркотической деятельности, — констатируют Т.Б. Дмитриева и Т.В. Клименко, — отсутствует реально действующий механизм их реализации. Конкретные действия в области профилактики наркоманий не носят системного и повсеместного характера. Организация многоуровневой мультидисциплинарной профилактики не является государственной системой²⁵. Основной причиной такого крайне неблагоприятного положения дел в сфере антинаркотической профилактики является

²³ Приведем искреннее признание известного рок-музыканта, клавишника культовых рок-групп «Машина времени» и «Воскресение» Петра Подгородецкого: «Всекие фестивали типа «Рок против наркотиков» я называю «Пчелы против меда», поскольку эти понятия неразрывно связаны между собой и являются своего рода законом жанра» [60]. Интересная аналогия встретилась нам также у писателя и публициста Игоря Бунина: «Хищники за вегетарианство» [9]. Вообще же мартиролог рок-музыкантов мирового уровня, причиной преждевременной смерти которых стало употребление наркотиков, бесконечен: певец Элвис Пресли, гитарист Джимми Хендрикс, барабанщик группы «Лед Зеппелин» Джон Бонем и т.д.

²⁴ Детально о значимости и возможностях социальной антинаркотической рекламы см. в работах научного сотрудника Национального научного центра наркологии Российской Федерации С.Э. Селивестрова.

²⁵ Из вступительного слова Президента Российской Федерации Д.А. Медведева на заседании Совета Безопасности РФ 08.09.2009: «До сих пор нет полноценной государственной политики по профилактике наркомании... В Законе «О наркотических средствах и психотропных веществах» определено, что одним из принципов государственной антинаркотической политики является приоритет профилактических мер. Однако эта норма, норма этого Закона не получила развития».

отсутствие связи между субъектами социальной политики различного уровня и ведомственной принадлежности» [21]. Зарубежными исследователями уже неоднократно было показано, что если разные ведомства разрабатывают программы, не согласованные между собой, велика вероятность, что они будут противоречить одна другой и, более того, попытки одного ведомства могут встретить сильное сопротивление со стороны других [93]. «Межведомственное взаимодействие будет декларативным до тех пор, — считают К.С. Лисецкий и Е.В. Литягина, — пока не будет обозначен законодательно надведомственный субъект, располагающий достоверной информацией, доверием общества и необходимыми полномочиями» [38, с.4]. «Как показывает национальный опыт антинаркотической политики, — замечает М.Г. Мацкевич, — ведомства, формально ответственные за защиту общества от наркотической угрозы, не имеют объективного интереса и лишены субъективных мотивов для эффективного решения поставленных перед ними задач» [41].

Известно, что тот или иной социальный процесс или задача имеют возможность реализоваться лишь при наличии в обществе социального слоя или групп, объективно заинтересованных в этом. Однако значительная часть тех, кто в соответствии со своим функциональным статусом участвуют в различных антинаркотических акциях и программах, по существу, не заинтересованы в действительном отвлечении от наркотических соблазнов большинства, а тем более всех потребителей наркотиков. Это связано с тем, что объем социальных и финансовых ресурсов для каждого ответственного за решение данной проблемы ведомства определяется размерами решаемой данным ведомством задачи (в данном случае — наркоугрозы), а значит, убедительно поддерживает его объективный интерес не только к сохранению, но и к возможно большему росту этого объема, а значит, и самой проблемы. В случае реального снижения уровня наркотизма в обществе значительная часть задействованных в решении этой проблемы ведомств лишилась бы большей части социальных и финансовых ресурсов. Поэтому не следует ожидать реальной заинтересованности и эффективной деятельности в решении этой проблемы ни со стороны силовых ведомств, ни со стороны системы здравоохранения и социального развития, ни со стороны системы образования [53]²⁶. Известно, что в РФ число сотрудников силовых ведомств, занятых борьбой с распространением наркотиков, на порядок превышает количество наркологов. Заинтересованы ли десятки

тысяч доблестных офицеров милиции в Российской Федерации и тысячи их коллег в Республике Беларусь в кардинальном решении проблемы наркотизма с тем, чтобы потом идти работать в уголовный розыск или становиться участковыми инспекторами? Аналогичная ситуация может возникнуть и с врачами-наркологами: их трудоустройство также будет проблематичным, особенно если учесть, что многие из них не имеют базовой подготовки по психиатрии и опыта работы в психиатрических учреждениях, а многие годы исполняли роль, по меткому выражению В.А. Галкина, «врачей-похмелологов» [16]. По мнению акад. Т.Б. Дмитриевой и проф. Т.В. Клименко, «отсутствие системы реальной заинтересованности ведомств и служб по снижению наркотизма в стране связано с отсутствием национальной государственной концепции преодоления социально значимых проблем злоупотребления наркотиками. Необходимо создание «государственной программы научных исследований, направленных на разработку системных, правовых, организационных и методических аспектов программ профилактики и лечения в отношении уязвимых групп населения, основанных на инновационных технологиях с учетом международного и национального опыта» [21].

Закончим наши рассуждения цитированием горького признания известного специалиста в области психологии и профилактики наркозависимости, зав. кафедрой социальной психологии Самарского государственного университета С.В. Березина: «Часто встает вопрос: «Кто должен заниматься профилактикой?». И обнаруживается, что никто ей всерьез не занимается или что предпринимаемые усилия оказываются бесплодными. Трудно назвать какой-то социальный институт, ставящий своей задачей защиту, поддержание и развитие свободы личности. В этой ситуации любые успехи в профилактике — скорее случайности, отклонение от правил. И тогда встает вопрос: «А способны ли существующие социальные институты осознавать свои ограничения и ставить своей задачей поддержание того, что не вписывается в их рамки, иметь и нарабатывать опыт в этом направлении?». Пока этого не произойдет, всякая профилактика будет существовать вопреки установленному порядку и оставаться делом «чудаков» и «энтузиастов» или существовать по принципу «спасение утопающих — дело рук самих утопающих». В таком случае претензии на то, что кто-то занимается «профилактикой наркомании» лучше бы снять. Снять хотя бы для того, чтобы подростки и их родители знали — они предоставлены самим себе и должны сами о себе позаботиться» [5, с.86—87].

²⁶ Это признал в своем выступлении на заседании Комиссии Общественной палаты Российской Федерации по общественному контролю за деятельностью правоохранительных органов, силовых структур и реформированием судебно-правовой системы и глава ФСКН Виктор Иванов: «Профилактика сегодня нередко является, к сожалению, лишь одной из многих задач, нередко даже второстепенной. Это обусловлено тем, что для профилактики необходимо организовать межведомственную работу и широкие межминистерские и межсекторальные коалиции, а это нередко представляется потерей монопольных позиций своего ведомства».

Р.С. Автор не ожидает того эффекта, которого удалось добиться одному из величайших ораторов в мировой истории — Демосфену, слова которого вынесены в эпиграф. Но все же, обращая внимание коллег на катастрофическое положение дел в области потребления ПАВ, питает скромную надежду на изменение ситуации. Определенный оптимизм внушает в этом плане и недавнее назначение на должности главного нарколога в обеих частях Союзного государства «Россия — Белоруссия»²⁷ молодых и прогрессивно мыслящих ученых²⁸.

Список литературы

1. Аксютин И.В. Профилактика употребления ПАВ среди подростков // Психол. журн. — 2008. — №4. — С. 82—90.
2. Аксютин И.В. Психологические проблемы наркозависимости. — Брест: Академия, 2004. — 130 с.
3. Алкогольная и наркотическая зависимость у подростков. Пути преодоления / Пер. с англ.: Учеб. пособие / Под ред. Э.Ф. Вагнера, Х.Б. Уолдрон. — М.: Академия, 2006. — 476 с.
4. Безносук Е.В., Князева М.А. Психологический анализ и психопатологические феномены современной культуры // Рос. психиатр. журн. — 2003. — №5. — С. 4—14.
5. Березин С.В. К вопросу о сущности психической зависимости при наркомании // Психология зависимости: Хрестоматия / Сост. К.В. Сельченко. — Минск: Харвест, 2004. — С. 73—87.
6. Большая медицинская энциклопедия. — М.: Сов. энциклопедия, 1962. — Т. 27. — С. 10—14.
7. Брюн Е.А. Профилактика наркомании должна начинаться до рождения ребенка // Москов. здравоохранение. — 2003. — №1. — С. 36—39.
8. Брюн Е.А. Совершенствование технологий управления профилактической и лечебно-реабилитационной наркологической помощью: Автореф. дисс. на соискание ученой степени д.м.н.: 14.00.33, 14.00.45 / Моск. гос. мед. стоматол. ин-т. — М., 2007. — 54 с.
9. Бунин И. Меч президента // Пятисотлетняя война в России: Ист.-публицист. исслед. — Киев: А.С.К.; СПб.: Облик, 1997. — С. 254.
10. Валентик Ю.В., Вострокнутов Н.В., Гериш А.А. и др. Формирование отраслевого стандарта деятельности по первичной профилактике злоупотребления психоактивными веществами среди несовершеннолетних // Наркология. — 2003. — №10. — С. 9—16.
11. Винницкая А.Г., Лелевич В.В., Разводовский Ю.Е. Обзор наркологической ситуации в Республике Беларусь на сайте Европейского центра мониторинга за наркотиками и наркопотреблением // Психиатрия. — 2009. — №4. — С. 123—124.
12. Волкова Т.В., Яшин Д.П. Программа формирования здорового жизненного стиля, профилактики злоупотребления психоактивными веществами у подростков «Точка опоры». — М., 2004. — 80 с.
13. Воробьева Т.В., Ялтонская А.В. Ограничение распространения употребления наркотиков среди молодежи с использованием партнерского подхода // Вопр. наркологии. — 2009. — №2. — С. 114—116.
14. Гаврилов И. Как распознать опасность? Дети и психоактивные вещества // Москов. здравоохранение. — 2003. — №1. — С. 40—45.
15. Газета «Европа-Экспресс». — 2009. — 19—25 янв.
16. Галкин В.А. Поколение маргиналов // Психотерапия. — 2006. — №4. — С. 42—46.
17. Гиппенрейтер Ю.Б. Общаться с ребенком. Как? — М.: Астрель, 2007. — 240 с.
18. Голубев С.А. Информационно-методические основы первичной профилактики нарко- и токсикомании у студенческой молодежи: Учеб.-метод. материалы для кураторов студенч. групп. — Витебск: БГУ им. П.М. Машерова, 2005. — 75 с.
19. Горбунов А.С. Голубое сало экрана. — М.: Алгоритм, 2007. — 304 с.
20. Демосфен. Речи. — М.: Изд-во Академии наук СССР, 1954. — С. 133.
21. Дмитриева Т.Б., Клименко Т.В. Политика государства и общества по преодолению социально значимых проблем злоупотребления наркотиками (системный кризис антиалкогольной политики в России) // Наркология. — 2008. — №5. — С. 9—16.
22. Дубровинская Е.И., Петрун О.В., Вуколова П.М. Программа профилактики отклоняющегося поведения и употребления ПАВ для детей младшего школьного возраста «Корабль». — М., 2004. — 91 с.
23. Евсегнеева Е.Р., Гулякевич А.Ф. Злоупотребление психоактивными веществами среди детей и подростков (диагностика, интегративная терапия, коррекция): Учеб.-метод. пособие. — Минск: БелМАПО, 2006. — 55 с.
24. Зазулин Г.В. Сущностное и аксиологическое познание наркореальности (наркоугрозы): от наркотизма к наркоконфликту // Наркология. — 2008. — №2. — С. 85—92.
25. Зеленов В.В., Мазус А.И., Духанина И.В. и др. Вопросы политики противодействия распространению наркомании и ВИЧ-инфекции // Вопр. наркологии. — 2009. — №2. — С. 96—105.
26. Иванец Н.Н. Как нам реформировать наркологию? // Наркология. — 2008. — №10. — С. 12—14.
27. Информационно-аналитическое совещание «Проблемы современной социальной рекламы антинаркотической направленности» // Наркология. — 2007. — №5. — С. 19—26.
28. Исакова О.П. Психологические основы профилактики наркозависимости. — СПб.: КАРО, 2004. — С. 75.
29. Кессельман Л.Е., Мацкевич М.Г. Социальное пространство наркотизма. — СПб.: Мед. пресса, 2001. — 164 с.
30. Копосов Р.А., Сидоров П.И., Ручкин В.В. Роль личности и родительского воспитания в аддиктивном поведении подростков // Рос. психиатр. журн. — 2004. — №6. — С. 53—59.
31. Кошкина Е.А., Паронян И.Д., Валькова У.В. Мнение москвичей о деятельности органов власти по профилактике распространения потребления наркотиков молодежью // Вопр. наркологии. — 2009. — №1. — С. 44—55.
32. Кошкина Е.А., Киржанова В.В. Современное состояние наркоситуации в России по данным государственной статистики // Психич. здоровье. — 2009. — №8. — С. 22—27.
33. Левитская А.А., Вителис С.В., Гериш А.А. О приоритетных направлениях деятельности по профилактике злоупотребления психоактивными веществами в образовательной среде // Наркология. — 2007. — №5. — С. 7—9.
34. Лелевич В.В., Винницкая А.Г., Лелевич С.В., Разводовский Ю.Е. Оценка ситуации с распространением потребления психоактивных веществ в Беларуси // Вопр. наркологии. — 2009. — №1. — С. 67—75.
35. Лелевич В.В., Винницкая А.Г., Разводовский Ю.Е., Бушма Т.В. Прогнозирование суммарного количества потребителей наркотических и токсикоманических веществ, состоящих на наркологическом учете в Беларуси на период до 2020 г. // Психиатрия и совре-

²⁷ Союзное государство «Белоруссия—Россия» действительно существует, хотя о нем говорится достаточно редко, да и то, когда это выгодно определенным политикам. Это «государство» имеет свой далеко не маленький бюджет, исполком во главе с небезызвестным П.П. Бородиным, парламент, хозяйственный суд и другие атрибуты настоящего государства.

²⁸ Тема докторской диссертации главного нарколога Минздравсоцразвития РФ Е.А. Брюна: «Совершенствование технологий управления профилактической и лечебно-реабилитационной наркологической помощью» [8]

менное общество: Материалы III Съезда психиатров и наркологов Республики Беларусь, 3—4 дек. 2009 г. — С. 145—146.

36. Леонова Л.Г., Бочкарева Н.Л. Вопросы профилактики аддиктивного поведения в подростковом возрасте // Психология зависимости: хрестоматия / Сост. К.В. Сельченко. — Минск: Харвест, 2004. — С. 449—501.

37. Линг Дж. Общие проблемы наркомании: анализ и перспективы // Импакт. — 1985. — №1. — С. 90—101.

38. Лисецкий К.С., Литягина Е.В. Психология и профилактика наркотической зависимости. — М.: Бахрах. — 2008. — 224 с.

39. Максимова Н.Ю. Психологическая профилактика алкоголизма и наркомании несовершеннолетних: Учеб. пособие. — Ростов н/Д: Феникс, 2000. — 384 с.

40. Маркова Н.Е. Культуринтервенция. Часть I. Корпорация «D» и ее глобальный маркетинг. — Режим доступа: <http://www.narkotiki.ru>. — Дата доступа: 02.06.2010.

41. Мацкевич М.Г. Исследования наркотизма и проблемы профилактики // Наркотизм. Наркомания. Наркополитика: Сб. ст. / Под ред. А.Г. Софронова. — СПб.: Мед. пресса, 2006. — С. 29—66.

42. Меерс Д.Р. Аддиктивное поведение глазами детского аналитика / Психология и лечение зависимого поведения / Под ред. С. Даулинга. — М.: Класс, 2004. — С. 179.

43. Минаев С. MEDIA SAPIENS. Повесть о третьем сроке. — М.: Астрель: АСТ, 2007. — 310 с.

44. Модернизация финансово-экономического образования: содержание, проблемы, перспективы: Материалы междунар. науч.-практ. конф. — Режим доступа: <http://www.narkotiki.ru>. — Дата доступа: 02.06.2010.

45. Наркомания в России: состояние, тенденция, пути преодоления: пособие для педагогов и родителей / Под общ. ред. А.Н. Гаранского. — М.: ВЛАДОС-Пресс, 2003. — 352 с.

46. Наркомания: тонкости, хитрости и секреты / Под ред. Ю.В. Татурь. — М.: ЗАО «Новый издательский дом», 2004. — 352 с.

47. Наркотическая аддикция: социальные, медицинские и психологические аспекты: Коллективная монография / Под науч. ред. Г. Коллы, С.Ф. Сироткина. — Ижевск; Лüneбург: НИПЦ «ERGO», 2005. — 394 с.

48. Нетипичная семья: образ жизни и положение в российском обществе: Сб. ст. / Под ред. Е.Ф. Ачильдиевой. — М.: Станкин, 1997. — С. 119—130.

49. Николаева Л.П. Профилактика наркомании и сопутствующих заболеваний. — Минск: Вышэйш. шк., 2002. — 207 с.

50. Новиков В.А., Доровских И.В., Мальцев Г.Ю. и др. Организационно-правовые и методические аспекты профилактики наркоманий // Воен.-мед. журн. — 2007. — Т. 328, №4. — С. 62—67.

51. Новикова Л.Г., Голубкова Н.Я., Левицкая И.В. Распространение наркомании в сфере молодежи Беларуси // Социология. — 2001. — №4. — С. 68—75.

52. Обзор зарубежных исследований в области эпидемиологии // Вопр. наркологии. — 2009. — №1. — С. 99—102.

53. Омельченко Е.Л. Государственное администрирование, гражданская инициатива или коммерческое предприятие? Пути и механизмы включения новых антинаркотических практик в региональную социальную политику: Доклад на конференции НИСП «Социальная политика — реалии XXI века», 24—25 января 2002 г.

54. Осорина М. «Черная простыня летит по городу», или зачем дети рассказывают страшные истории // Знание — сила. — 1986. — №10. — С. 43—45.

55. Павловская Н.И. Европейский опыт профилактики зависимости от психоактивных веществ // Наркология: Нац. рук. / Под ред. Н.Н. Иванца, И.П. Анохиной, М.А. Винниковой. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. — С. 629—645.

56. Пелипас В.Е., Рыбакова Л.Н., Цетлин М.Г. Проблемные ситуации в сфере профилактики злоупотребления психоактивными веществами среди детей и подростков // Вопр. наркологии. — 1999. — №3. — С. 60—69; 2000. — №2. — С. 54—60.

57. Плоткин Ф.Б. Организация и методика лекционной пропаганды, направленной на профилактику наркомании и токсикомании: Метод. рекомендации Минздрава Беларуси. — Минск, 1997. — 102 с.

58. Плоткин Ф.Б., Яковенко Г.В. Роль работников системы образования в профилактике наркомании и токсикомании // Социально-педагогическая работа. — 2000. — №1. — С. 69—78.

59. Плоткин Ф.Б., Яковенко Г.В. Учитель и принимающий наркотики ученик: как обнаружить и чем помочь? // Социально-педагогическая работа. — 2000. — №3. — С. 70—75.

60. Подгородецкий П. Машина времени. — М.: АСТ; СПб.: Астрель-СПб., 2007. — С. 88.

61. Пособие по профилактике потребления психоактивных веществ / Белорусско-украинско-молдавская программа по борьбе с незаконным оборотом и торговлей наркотическими средствами (Программа БУМАД). — Минск: БелСЭНС, 2006. — 113 с.

62. Профилактика наркозависимости среди молодежи: Науч.-теорет. сб. / Под ред. В.П. Соломина. — СПб.: Изд-во РГПУ им. А.И. Герцена, 2005. — 105 с.

63. Пятницкая И.Н., Найденова Н.Г. Подростковая наркология: Рук. для врачей. — М.: МИА, 2008. — 256 с.

64. Резник А. Отрывки из ненаписанного // Наркотизм. Наркомания. Наркополитика: Сб. ст. / Под ред. А.Г. Софронова. — СПб.: Мед. пресса, 2006. — 552 с.

65. Рожков М.И., Ковальчук М.А. Профилактика наркомании у подростков: Учеб.-метод. пособие. — М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2004. — 144 с.

66. Россинский Ю.А. Концепция развития психологического здоровья и стратегии развития свойств антинаркотической устойчивости личности // Психич. здоровье. — 2007. — №6. — С. 32—34.

67. Селиверстов С.Э. Методы и принципы конструктивной пропаганды, эффективно «конструирующей» проблемное поведение // Наркология. — 2007. — №2. — С. 63—69; №3. — С. 42—53.

68. Семке В.Я. Превентология в системе охраны психического здоровья // Психич. здоровье. — 2007. — №6. — С. 24—31.

69. Сердюкова Н.Б. Наркотики и наркомания (книга для врача, преподавателя, родителя). — Ростов н/Д: Феникс, 2000. — 256 с.

70. Сидоров П.И. Наркологическая превентология: Рук. — 2-е изд-е, перераб. и доп. — М.: МЕДпресс-информ, 2006. — 720 с.

71. Сидоров П.И. Пропаганда здорового образа жизни в наркологической превентологии // Наркология. — 2003. — №5. — С. 2—14.

72. Сизанов А.Н., Тюхлова И.Н., Смирнова Е.С. и др. Безопасное и ответственное поведение: цикл бесед, практических и тренинговых занятий с учащимися I—XI классов о ВИЧ-инфекции и наркотической зависимости: пособие для классных руководителей, психологов и социальных педагогов: в 3-х ч. — Минск: Тесей, 1998. — Ч. 1. — 112 с.; Ч. 2. — 208 с.; Ч. 3. — 176 с.

73. Сирота Н.А. Методология, методы и программы профилактики зависимости от психоактивных веществ среди молодежи и подростков // Вопр. наркологии. — 2006. — №1. — С. 73—89.

74. Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Вопросы современной профилактики зависимости от наркотиков и других психоактивных веществ // Вопр. наркологии. — 2008. — №3. — С. 93—104.

75. Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Профилактика в наркологии // Наркология: Нац. рук. / Под ред. Н.Н. Иванца, И.П. Анохиной, М.А. Винниковой. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. — С. 613—629.

76. Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Профилактика наркомании и алкоголизма: Учеб. пособие. — М.: Академия 2007. — 176 с.

77. Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Профилактика употребления наркотиков и других психоактивных веществ среди детей и подростков. — М.: Фонд «Система профилактических программ», 2003. — 94 с.

78. Сирота Н.А., Ялтонский В.М., Волкова Т.В., Бунина Т.С. Руководство по профилактике злоупотребления психоактивными веществами в студенческой среде. — М.: Соц. Прокт, 2003. — 320 с.

79. Сорокин В.С., Брюн Е.А. Профилактика наркомании: стратегия и методы // Наркология. — 2009. — №3. — С. 17—20.
80. Стратегия Европейского союза по борьбе с наркотиками (2005—2012) // Наркология. — 2007. — №4. — С. 31—38.
81. Ткаченко Н.П., Бартман О.В. Формирование здорового образа жизни у населения Республики Беларусь. Роль профилактических программ // Управление здравоохранением и обеспечение демографической безопасности Республики Беларусь: Материалы Респ. науч.-практ. конф. — Минск, 2007. — С. 349.
82. Улицкий И.М. Программа психопрофилактики психологических зависимостей // Фонд «Нарком», Бюллетень. — 2009. — №3(7). — С. 1—9.
83. Фуко М. Ненормальные: курс лекций, прочитанных в Колледж де Франс в 1974—1975 учебном году. — СПб.: Наука, 2004. — 432 с.
84. Хажилина И.И. Профилактика наркомании: модели, тренинги, сценарии. — М.: Изд-во Ин-та психотерапии, 2002. — 228 с.
85. Хорн Г. Как работать с родителями детей при проведении курса психотерапии. Особенности беседы с врачом, учителем, воспитателем, социальным работником // Психотерапия. — 2006. — №11. — С. 12—21.
86. Шабалина В.В. Зависимое поведение школьников. — СПб.: Мед. пресса, 2001. — 167 с.
87. Шаршакова Т.М., Василькова О.Н., Соболева Л.Г. Обучение здоровому образу жизни — реальный путь повышения медико-социальной активности и изменения поведения населения // Управление здравоохранением и обеспечение демографической безопасности Республики Беларусь: Материалы Респ. науч.-практ. конф., Минск, 28 июня 2007 г. — Минск, 2007. — С. 353.
88. Шереги Ф., Арефьев А. Наркоситуация в молодежной среде: культура, тенденции, профилактика. — М.: Изд. дом «Генжер», 2003. — С. 61.
89. Школа без наркотиков. Книга для педагогов и родителей / Под ред. Л.М. Шипицыной, Е.И. Казаковой. — СПб.: Детство-Пресс, 2001. — 176 с.
90. Эриксон Э. Трагедия личности. — М.: Алгоритм, Эксмо, 2008. — 256 с. — (Философский бестселлер).
91. Bourne P.G. Approaches to drug abuse prevention and treatment to rural areas // J. Psychodelik Drugs. — 1974. — Vol. 6, №2. — P. 285—289.
92. Gordon R. An operational classification of disease prevention // J.A. Steinberg. Preventing mental disorders: a research perspective / Eds. M.M. Silverman. — Rockville: US Department of Health and Human Services, 1987. — P. 20—26.
93. Grant M., Ritson B. Alcohol: the prevention debate. — New York: St. Martin s Press, 1983.
94. Institute of Medicine. Reducing risks for mental disorders: frontiers for preventive intervention research. — Washington: National Academy Press, 1994.
95. Medina-Mora M.E. Профилактика злоупотребления психоактивными веществами: краткий обзор литературы // Обзор современ. психиатрии. — 2005. — №1. — С. 90—96.
96. Roznyak V.B. Роль психиатров в профилактике употребления психоактивных веществ и зависимости: за пределами клинической практики // Обзор современ. психиатрии. — 2005. — №1. — С. 97—98.

TO THE PROBLEM OF PROPHYLAXIS: DOES IT EXIST IN PRACTICE?

PLOTKIN F.B. Minsk City Addiction Centre, Belarus

The situation with drug consumption in the Republic of Belarus and Russian Federation has been characterized. Mass media destructive role, television first of all, in «narcomanic» youth subculture forming has been emphasized. Juvenile age peculiarities predisposing to psychoactive substances abuse (PSA) have been shown. Sociological data of parents interrogation related to the reasons of children and teenagers PSA consumption, the role of a family, state institutions, social services, etc, in drug addiction prevention have been brought into attention. Correct up-bringing significance, aiming at preventing drug consumption by children has been emphasized. Parents behaviour variants while PSA consumption by their children have been explored. Prevention measures essence, primary prevention first of all has been disclosed; advantages of its conducting among teenagers have been proved. Circumstances preventing effective prevention measures conducting have been examined in details.

Key words: drug consumption, teenagers, parents, prevention

В опубликованных в №№ 4 и 6 за 2010 г. статьях этого же автора в выходных данных ошибочно было указано "к.м.н.". Приносим свои извинения автору и читателям.

Автоматизированная система статистического учета и отчетности в наркологии

ТИХОНОВ Г.Б. врач психиатр-нарколог, Москва

Автор предлагает проводить лечебно-профилактические мероприятия не на одном, а на трех этапах процесса зависимости: нормы, злоупотребления без признаков болезни и самой болезни. Предлагаемая работа ведет к расширению фронта работы и увеличению числа лиц, состоящих под наблюдением. В то же время, в государственной форме статистического учета — 030ПС и отчетности — 37 «Сведения о больных алкоголизмом, наркоманиями, токсикоманиями», отсутствуют разделы для работы с тремя этапами процесса зависимости. Кроме того, статистические формы 030ПС и 37 являются бумажными носителями, которые обрабатываются вручную, они не предназначены для обработки больших объемов, для работы в автоматическом режиме и получения индивидуальной или групповой информации в режиме реального времени. Таким образом, предлагаемая работа с большим контингентом и обработкой крупных объемов информации, вступает в противоречие с архаичной государственной статистической формой учета и отчетности. Необходима новая форма учета и отчетности, способная работать в автоматическом режиме, которая должна взять от статистических форм 030ПС и 37 основные идеи и избавиться от существующих недостатков.

Ключевые слова: статистическая отчетность, учет наркологических больных, автоматизированная система

Рассмотрим недостатки, характерные для статистических форм 37. В табл. 1 представлены показатели работы поликлинического звена наркологической службы: «Контингент больных, находящихся на диспансерном учете и лиц, состоящих на профилактическом учете». Перевод наркологических больных на добровольное лечение упразднил существовавшую до этого принципиальную разницу между диспансерной группой и группой профилактики (обязательное или добровольное наблюдение и лечение). В настоящее время две группы наблюдения отражают только существующий клинический уровень развития процесса зависимости и соответствующий набор лечебных и профилактических мероприятий.

Как известно, развитие любого процесса идет от простого к сложному, т.е. при рассмотрении форм зависимости вначале, по рангу, должна рассматриваться группа профилактического наблюдения затем диспансерные больные и только после этого больные с психозами. Однако в таблицах формы 37, в соответствии с общепринятой в наркологии «моделью болезни», развитие зависимости расположено в обратном порядке. Таблица начинается с больных с психозами, затем больные с синдромом зависимости и только в конце таблицы, нуждающиеся в профилактическом наблюдении. К числу недостатков необходимо отнести также то, что формы зависимости рассматриваются не каждая в отдельности, а все вместе в рамках одного диагноза, хотя их распределение по отдельным нозологическим группам делает визуальное восприятие информации о динамике процесса каждой зависимости простым и понятным, позволяет ускорить анализ развития каждой формы зависимости.

При подсчете показателей в таблице используется двойная система учета. Во-первых, подсчитывается число взятых и снимаемых с наблюдения. Во-вторых, изменение количества лиц состоящих на учете связано со сменой диагноза в процессе наблюдения. Например, у стоящих на профилактическом и диспансерном наблюдении может развиваться интоксикационный психоз, что приводит к пересмотру диагноза, смене шифра заболевания и переводу показателей на новую строку учета. Те же самые изменения по шифру и по строке происходят у лиц состоящих на профилактическом и диспансерном наблюдении, когда пересматривается прежний диагноз и ставится новый, как правило, более тяжелый. Кроме того, лица с диагнозом *алкогольный психоз*, по истечении года устойчивой ремиссии, переводятся со сменой диагноза в диспансерную группу больных, одновременно меняются шифр заболевания и строка учета. Так как в таблице не предусмотрены специальные графы, в которых отражались бы вышеуказанные изменения, расчеты и переводы показателей из строчки в строчку, из шифра в шифр приходится выполнять за пределами таблицы, что усложняет понимание и ведение документации.

Абсолютно неприемлемым является то, что показатели, отражающие ремиссии у больных алкоголизмом, рассматриваются вне таблицы, что затрудняет соотношение их с представленными в таблице данными. Показатели, отражающие эффективность работы с профилактической группой отсутствуют, напрашивается вывод, что работа на конечный результат по данному направлению не предусмотрена. Данные по интоксикационным психозам, у злоупотребляющих наркотиче-

ДИСКУССИОННАЯ ТРИБУНА

скими и ненаркотическими одурманивающими средствами, тоже вынесены за пределы таблицы.

Каждая таблица в форме 37 индивидуальна по строению, что не позволяет их объединить и создать единый комплекс.

Цифровые показатели, используемые в таблицах формы 37, абстрагированы, не имеют прямой связи с ФИО и паспортными данными конкретных лиц берущихся и снимаемых с учета, которые находятся в статистической форме учета 030ПС. Отсутствие абсолютной связи между двумя статистическими формами не позволяет гарантировать величину рассматриваемых показателей от влияния заинтересованных лиц. Понятно, что деление документов на две группы связано с боль-

шим числом лиц находящихся на диспансерном и профилактическом наблюдении, которое достигает 2% и более от числа обслуживаемых жителей районов, городов, областей, страны. Большую массу бумажных документов постоянно трудно пересчитывать, используя ручной труд, поэтому, получать необходимую индивидуальную и групповую информации в режиме реального времени теоретически сложно, а практически невозможно. Следовательно, подсчет взятых, снятых и состоящих под наблюдением приходится проводить один раз в год, во время годовых отчетов, анализируя в дальнейшем полученные данные.

Исходя из вышесказанного, можно прийти к выводу, что архаичность учетной и отчетной документа-

Таблица 1

I. Контингент больных, находящихся под диспансерным наблюдением, и лиц, состоящих на профилактическом учете за 1998 г.

Наименование болезней	№ Стр оки	Код МК Б – X	Состоит под наблюдением	Взято под наблюдение	В т.ч. с впервые в жизни установленным диагнозом			Переход из шифра в шифр	Снято с наблюдения в течение года					Переход из шифра в шифр
					Всего	Из них			Всего	Из них в связи с				
						Подростки	Дети			Выздоровлением	Смертью	Выездом	Отсутствием информации.	
Умеренное употребление			3301	1446	1381	74	16	0	1502	1405	14	83	0	87
Злоупотребление алкоголем			425	38	38	5	0	71	92	61	8	9	14	39
Алкоголизм			1382	31	19	0	0	138	103	22	42	31	8	26
1 стадия			220	1	1	0	0	21	14	2	5	5	2	9
2 стадия			1072	29	18	0	0	108	77	18	30	25	4	17
3 стадия			90	1	0	0	0	9	12	2	7	1	2	0
Алкогольн. психоз			94	17	17	0	0	26	2	0	0	2	0	83
Злоупотр–е наркотич. средствами			30	45	45	2	0	0	10	0	0	10	0	7
Наркомании			17	14	7	0	0	9	8	1	0	5	2	0
Интоксикац. психозы в следствие наркомании			2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Злоупотр–е токсическ–и веществами			75	18	18	6	4	4	28	20	0	8	0	4
Токсикомании			24	2	2	2	0	4	9	2	0	7	0	0
Интоксикац. психозы в следствие токсиком–и			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Итого														

Таблица 1. Продолжение

ФИО Пасп. данные	Наименован ие болезней	№ Стр оки	Код МК Б – X	Состоит под наблюдением на конец отчетного года				Результат профилактики, коррекции, лечения					
				Всего	Из них			Устойчивый результат	Неустойчивый результат	Отказ	БОМЖ.	ИТУ	
					Семские жители	Подростк и	Дети						
	Умеренное употреблен ие			3158	0	250	30	2274	562	312	5	5	
	Злоупотреб ление алкоголем			403	0	14	0	36	34	307	13	13	
	Алкоголизм			1422	0	8	0	До 3 лет	До 2 лет	До 1 года	Отк аз	БО МЖ	ИТ У
								101	89	170	808	187	67
	1 стадия			219	0	5	0	12	24	12	130	30	21
	2 стадия			1115	0	3	0	83	72	151	623	145	41
	3 стадия			88	0	0	0	6	3	7	55	12	5
	Алкогольн психоз			52	0	0	0	0	0	22	29	1	0
	Злоупотр–е наркотич. средствами			58	0	9	0	До 5 лет	До 2 лет	До 1 года	Отк аз	БО МЖ	ИТ У
								0	0	11	37	2	8
	Наркомании			32	0	0	0	0	0	13	17	0	2
	Интоксикац. психозы в следствие наркомании			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Злоупотр–е токсическ–и веществами			61	0	25	16	0	5	19	33	1	3
	Токсикоман ии			21	0	7	8	1	5	8	4	0	3
	Интоксикац. психозы в следствие токсиком–и			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Итого													

ции и существующие недостатки, указывают на необходимость создания автоматизированной системы статистического учета и отчетности способной получать и давать информацию не один раз в год, а в режиме реального времени.

В Салехарде в окружном психоневрологическом диспансере в 80—90-е годы прошлого столетия была предпринята попытка по созданию автоматизированной системы статистического учета и отчетности.

В 80-е годы в связи с непрекращающимся ростом диспансерной группы обострились трудности связанные с получением информации в режиме реального времени, узким местом, как указывалось, являлась «ручная» обработкой диспансерных карт учета 030ПС. Диспансерная карта 030ПС не имеет ни перфораций, ни индикаций, что затрудняет ее системати-

зацию по признакам и группам. В СОПНД для увеличения скорости обработки документации была использована рейтерная карта с цветной индикацией. На ее базе была создана динамическая информационно-справочная картотека (ДИСК) [1, 3]. Картотека позволяла с помощью цветных маркеров систематизировать и группировать рейтерные карты в заданном варианте, что позволяло отражать особенности и индивидуума, и группы. Необходимо указать, что разработанная система потенцировала наркологическую службу на поиск активных путей по работе с лицами, нуждающимися в профилактической, коррекционной и лечебной наркологической помощи, начиная с тех, кто имеет высокий риск заболевания. Профилактическая работа невольно сдвигалась к работе с лицами на этапе нормы, которые на фоне абсолютного неупотребления

или умеренного употребления алкоголя допускали отдельные алкогольные эксцессы выраженного опьянения с противоправными действиями, что приводило к появлению проблем на работе, дома, задержанию их работниками МВД и сотрудниками медицинских вытрезвителей. Продолжением профилактического направления, становилась работа с лицами злоупотребляющими алкоголем системно, совершающими в состоянии выраженного опьянения правонарушения, которые попадали в поле зрения службы. Завершением профилактического процесса являлось лечение больных алкоголизмом и алкогольными психозами. Таким образом, складывалась комплексная работа, направленная на предотвращение формирования алкогольного процесса и снижение противоправных действий, совершаемых в алкогольном опьянении.

Наибольшие сложности возникли при работе с группой профилактики (умеренное употребление алкоголя и злоупотребление без признаков болезни). Во-первых, отсутствовали правовые основания для постановки их на профилактическое наблюдение, непременным условием которого являлось добровольное согласие, хотя речь идет о лицах совершающих противоправные действия в состоянии опьянения. Во-вторых, в доступной литературе не удалось найти методики, способные оказывать позитивное воздействие и прерывать формирование зависимости на ранних этапах. Противоалкогольная пропаганда, основанная на формировании страха перед алкогольной болезнью, многократно дублируемая разными источниками, оказалась «заезженной» и малоэффективной темой, особенно для молодых людей, у которых процесс зависимости находился на начальных этапах развития. Очередная, ничем не подкрепляемая беседа, при встрече с врачом, давала скорее не положительный, а отрицательный результат. Единственным, положительным результатом являлся сам факт постановки под наблюдение, что оказывало на некоторый контингент шокирующий эффект и отрезвляющее действие, способствовало предотвращению дальнейшей алкоголизации и упорядочивало потребление.

Поэтому большее внимание уделялось диспансерной группе. За два года, с 1983 по 1985 гг., в результате проводимых организационных и лечебных мероприятий в группе с ремиссией до 1 года эффективность лечения выросла с 28 до 51%, с ремиссиями более года — с 13 до 17%, число больных, отказывающихся от лечения, сократилось с 28 до 19%.

Итогом работы стало предложение автора [2] рассматривать этапы потребления алкоголя в последовательности:

1) абсолютное воздержание от употребления алкоголя;

2) умеренное употребление алкоголя (эпизодическое, систематическое);

3) злоупотребление алкоголем (эпизодическое, систематическое);

4) алкоголизм (I, II, III стадии).

Варианты эпизодического и систематического потребления алкоголя были введены для исключения искусственного разрыва в непрерывно текущем алкогольном процессе на этапе умеренного употребления и злоупотребления. Тогда же Н.Н. Иванец (1988 г.) с целью преодолеть подобное затруднение на этапе алкогольной болезни предложил ввести две переходные стадии — I—II и II—III. Таким образом, была отражена непрерывность развития алкогольного процесса на всех этапах его формирования.

В начале 90-х годов, после появления компьютеров в Салехардском ОПНД, была сделана попытка создать компьютерную программу, объединяющую данные использованные при создании информационно-справочной картотеки (ИСК) и статистические формы отчетности 37. Теоретической базой при создании модели отчетной формы были использованы статистических форм учета 030ПС и отчетности 37, предложенная автором, классификация алкогольного процесса и параметры, заложенные в рейтерных формах, последние были синхронизированы по нозологиям, этапам развития зависимости и другим параметрам в создаваемой модели отчетности. В предложенной модели поликлиническая таблица отчетности стала рассматриваться, как системообразующий блок, в котором содержались сведения о конкретном человеке с ФИО, паспортными данными, установленным диагнозом и группой наблюдения, полученная информация и последующие изменения должны были храниться в памяти компьютера. Создание соответствующей компьютерной программы решало проблему учета полученной информации, ее хранение, внесение изменений и получение необходимых, в том числе отчетных данных, на каждого индивидуума или групповые показатели в режиме реального времени. К сожалению, компьютерная программа по финансовым и техническим причинам не была создана и работа с новой формой отчетности в сочетании с рейтерными картами еще несколько лет продолжалась в ручном режиме.

Несмотря на незавершенность работы, идеи, заложенные в статистической форме отчетности, разработанной в Салехардском ОПНД, продолжают представлять интерес. Системообразующим блоком отчетности стала модифицированная таблица №1 поликлинического раздела формы 37 «Контингент больных, находящихся под диспансерным наблюдением, и лиц, состоящих на профилактическом учете», в которую вошли пять вертикальных и три горизонтальных блока.

В вертикальные блоки помимо трех традиционных: «Взято под наблюдение в течение года», «Снято с наблюдения в течение года» и «Состоит под наблюдением больных на конец отчетного года» вошли два новых: «Состоит под наблюдением на начало года» и «Ремиссионный комплекс». Введение первого блока, содержащего показатели состоящих на учете на начало года, позволяло сравнивать и отслеживать динамику развития каждого показателя в течение года в реальном времени. Кроме двух блоков, в таблице появились две новые графы, отражающие смену диагноза и шифра. Одна графа вошла в блок «Взято под наблюдение», она отражала перенос в новую строку, с новым шифром. Вторая графа вошла в блок «Снято с наблюдения» и регистрировала уход из строки и из шифра в связи переходом в новую строку со сменой шифра. Кроме того, блок «Взято под наблюдение в течение года, в том числе с впервые установленным диагнозом» был дополнен двумя графами «подростки» и «дети», а в блок «Снято с наблюдения в течение года» вошли графы «с выездом» и «отсутствием сведений», что позволяло рассматривать всех снимаемых с учета в полном объеме. Таким образом, был охвачен весь годовой цикл работы поликлинической службы, который стал более наполненным и информативным, что позволяло исследовать динамику развития процесса по всем нозологическим группам учета.

Ремиссионный комплекс был создан для дифференцированной оценки уровня влияния проводимых мероприятий на профилактический и диспансерный контингент учета. В контингенте профилактического учета было выделено пять групп. Первая отражает количество лиц, которые после профилактических мероприятий не были замечены в употреблении алкоголя в течение всего срока наблюдения (положительный и устойчивый результат). Вторая группа — количество лиц имеющих неустойчивый результат. Третья группа демонстрирует негативное отношение — уклонение от профилактических мероприятий, как правило, в нее входили лица имеющие клинические признаки злоупотребления и болезни или особенности личности, которые утяжеляли течение зависимости. Категорический отказ от проводимых профилактических мероприятий демонстрировали социально запущенные больные, не имеющие определенного места жительства (БОМЖи), входящие в немногочисленную четвертую группу. К последней, пятой группе относятся лица, прошедшие судебно-наркологическую экспертизу (СНЭК) и направленные в исправительно-трудовые учреждения (ИТУ), в связи с преступлениями, совершаемые в состоянии алкогольного опьянения.

Контингент больных алкоголизмом, злоупотребляющих и больных наркоманиями и токсикоманиями, а

также лица с интоксикационными психозами, распределялись по шести ремиссионным группам. Первая и вторая группы состояли из больных с ремиссиями до 1 года и до 2-х лет, в третью группу входили больные алкоголизмом с ремиссией до 3 лет и больные наркоманы и токсикоманы с ремиссией до 5 лет. Четвертая, пятая и шестая группы содержали те же показатели, что и профилактические группы: отказ от лечения, БОМЖ и направленные в ИТУ. Таким образом, ремиссионный комплекс позволял определять эффективность проводимых мероприятий по итогам года.

Три горизонтальных блока отражали рассматриваемые нозологии: алкоголизм, наркомания и токсикомания, процесс зависимости в которых был представлен поэтапно и последовательно по мере их развития. Алкогольный процесс начинался с этапа умеренного употребления, затем рассматривался этап злоупотребления без признаков болезни, после этого болезнь с тремя стадиями развития и, в завершение, алкогольные психозы. Наркомания и токсикомания представлены этапом злоупотребления, затем этапом и стадиями болезни и, в завершение, — интоксикационные психозы. В целом поликлиническая таблица годового отчета за 1998 г. выглядела следующим образом (табл. 1).

Из представленной таблицы видно, что число состоящих под наблюдением с предварительным диагнозом *умеренное употребление алкоголя* составляло на конец года 3158 чел., что на 1276 чел. превышало общее число больных алкоголизмом, злоупотребляющих алкоголем и с алкогольными психозами — 1882 чел. Число берущихся под наблюдение путем перевода из шифра в шифр стало в разы превышать число взятых под наблюдение в течение года, а именно, число злоупотребляющих алкоголем почти в 2 раза, больных алкоголизмом — в 4 раза. Это произошло в результате перевода 71 чел. из строки «умеренное употребление алкоголя» в строку «злоупотребляющие алкоголем». Кроме того, в строку «больные алкоголизмом» переведены из «умеренного употребления» 16 чел., из «злоупотребляющих алкоголем» — 39 чел. и из «алкогольных психозов» — 83 чел., всего 138 чел. Полученный результат является результатом активизации работы, в том числе дифференциальной диагностики, в группах профилактического наблюдения, которые раньше рассматривались как «мертвый капитал», что напрямую связано с увеличением срока пребывания на профилактическом наблюдении с одного года до трех лет. Как показала практика, наблюдение в течение одного года не позволяет рассматривать алкогольный процесс в развитии, при переходе от нормы к патологии, и анализировать эффективность проводимых коррекционных и профилактических мероприятий. Продление срока позволяет получать полную информацию о негативном или позитивном развитии процесса, а также данные, которые, при взятии под на-

блюдение, не были известны или скрывались, и выявлялись в процессе наблюдения, что вело к пересмотру ранее установленного диагноза и переводу на новую строку и группу учета.

Еще больший интерес вызывают показатели нового ремиссионного комплекса, отражающие конечный результат профилактической и лечебной работы в различных группах наблюдения. Устойчивый, положительный результат в течение трех лет в группе наблюдения с умеренным потреблением алкоголя составил 72%, эффективность лиц злоупотребляющих алкоголем составляла 8%, у больных алкоголизмом — 7%, у больных с алкогольными психозами — 0%. В то же время «отказались» от лечения в группе с умеренным употреблением 312 чел., или 13%, в группе злоупотребляющих — 307 чел., или 76%, в группе больных — 808 чел., или 57%, среди больных с алкогольным психозом отказались от лечения 29 чел., или 56%. Таким образом, лучший результат наблюдается на ранних этапах алкогольного процесса, на уровне умеренного употребления, злоупотребление алкоголем у которых носит эпизодический характер. У лиц, системно злоупотребляющих алкоголем, результат оказался ниже даже в сравнении с больными алкоголизмом и алкогольными психозами, что, скорее всего, связано с добровольностью лечения и отсутствием возможности проводить им лечебные и организационные мероприятия, как обязательный компонент, в полном объеме. Таким образом, результаты работы со всеми группами наблюдения от нормы до болезни показали, что наибольшая эффективность при наименьших затратах наблюдается в группе с умеренным употреблением алкоголя, худший результат отмечен у лиц злоупотребляющих алкоголем без признаков болезни.

Кроме того, системообразующий блок позволяет, построить на его базе добавочные блоки, необходимые наркологической службе для проведения отчета и получения дополнительной информации связанной с межведомственной работой. В ее число входит: учет противоправных действия, совершаемые в алкогольном опьянении, которые поступают в дежурную часть милиции или МВ, владение огнестрельным оружием и транспортными средствами, наличие у стоящего на учете других форм зависимости, работа по профессиям и на производствах не совместимых с наличием любой формы зависимости, определение зависимых у лиц в учебных заведениях, на предприятиях и в организациях, не зависимо от форм собственности и ведомственной принадлежности и т.д. Таким образом, дополнительные блоки, являясь логическим продолжением развития системообразующего блока по сбору дополнительной информацию, необходимой для обеспечения социальной и медицинской защиты, как самого состоящего на учете, так и окружающих его лиц.

В настоящее время предлагается еще больше расширить диапазон работы. Рассматриваются три направления, которые структурированы по возрасту контингента, и направлению работы. Первым направлением является работа с детьми «группы риска». Она начинается с будущими матерями, которые в период беременности злоупотребляют алкоголем, продолжается с детьми «группы риска», которые обладают отягощенной наследственностью, органической патологией и психопатологической симптоматикой, что оказывает потенцирующее влияние на потребление алкоголя. Профилактические мероприятия, включая коррекцию, лечение и диспансерное наблюдение, по необходимости, могут продолжаться длительный период, у некоторых в течение всего детского возраста. Детский психиатр-нарколог является организатором работы и несет ответственность за эффективность проводимых мероприятий.

Вторым направлением является предотвращение перехода процесса зависимости от нормы к злоупотреблению алкоголем, т.е. то направление, которое хорошо себя зарекомендовало в Сахардском ОПНД. Значительное число тех, на которых ориентировано это направление, составляют лица подросткового, юношеского и молодого возраста. Учитывая низкую эффективность, продемонстрированную контингентом, злоупотребляющим алкоголем, второе направление предлагается дополнить двумя новыми методиками.

Первая методика заключается в том, что первичная профилактика (контрпропаганда всех форм зависимости), проводимая на этапе нормы, дополняется новым результативным средством — методом контроля. При формировании злоупотребления применение системы экспресс-контроля, которая при необходимости дополняется обследованием у врача психиатра-нарколога, является незаменимым средством, которое гарантирует, в 100% случаев, выявление состояния опьянения у лиц, совершающих противоправные действия в семье, в местах общественного пребывания, на предприятиях и в организациях независимо от ведомственной принадлежности и форм собственности. Это позволяет в короткие сроки улучшить ситуацию благодаря нормализации «человеческого фактора».

Вторая методика является продолжением первой, предлагается проводить обучение вышеуказанного контингента тому, как происходит поэтапное формирование зависимости «от нормы до патологии». Направление на обучение не входит в перечень медицинских мероприятий (освидетельствование, госпитализация, наблюдение и изоляция), для которых требуется согласие пациента в соответствии со ст. 32—33 Федерального Закона «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан», т.е. не противоречат закону о здравоохранении [8]. Для этого лица, совершающие противоправные

действия в состоянии алкогольного опьянения, направляются для прохождения обучения в наркологическую службу. Принимая во внимание асоциальный характер контингента направляемого на обучение, возможный отказ и уклонение от получения знаний, обучение должно носить обязательный характер, что потребует принятие соответствующего закона, в котором необходимо предусмотреть, прохождение обучения по решению суда и штрафные санкции для уклоняющихся лиц.

Обучение начинается с информации поступающей в наркологическую службу из тех структур, которые выявляют лиц совершающих в состоянии алкогольного опьянения противоправные действия. Рассмотрим работу наркологической службы с поступающей информацией. Так как поступившая информация может быть связана с редкими, единичными случаями выраженного опьянения у лица употребляющего алкоголь умеренно, в этом случае, при отсутствии дополнительной негативной информации, диагностируется этап потребления алкоголя, соответствующий **социально приемлемой норме** — «Умеренное употребление». Установление диагноза *умеренное употребление* не наносит человеку ни морального, ни материального ущерба, но факты злоупотребления, спровоцировавшего противоправные действия, являются основанием для проведения информационно-образовательного обучения о формировании зависимости и последующего *пассивного*, профилактического наблюдения. Для исключения негативного развития процесса зависимости информация сохраняется в течение 3 лет. Хранение первичной информации три года дает возможность, как указывалось выше, объективно оценить дальнейшее развитие ситуации, формирование которой, как правило, происходит в сложный подростковый и юношеский возрастной период.

Дальнейшую информацию на употребляющих алкоголь «умеренно» наркологическая служба получает только путем пассивного накопления, активное получение дополнительных сведений исключено, так как человек находится на пассивном наблюдении. Отсутствие повторной информации, после проведения первого профилактического обучения, в течение всего срока пассивного наблюдения, является подтверждением, что установленный уровень алкоголизации соответствует социально-приемлемой норме — абсолютной трезвости или «умеренному употреблению».

Поступление информации вновь, второй раз, является сигналом о негативном развитии алкогольного процесса и ставит вопрос о повторном проведении информационно-образовательного обучения и при добровольном согласии на прохождение коррекционных мероприятий. Появление после второго обучения новых, противоправных действий, вызванных злоупот-

реблением алкоголя, ставит вопрос о необходимости уточнить диагноза у психиатра и психиатра-нарколога, так как это может быть связано как с началом формирования злоупотребления алкоголем без признаков болезни или алкогольной зависимости, так и со злоупотреблением на фоне врожденной или приобретенной патологии личности.

Таким образом, второй профилактической методикой на этапе злоупотребления, которая является продолжением первой, является прохождение обязательного, информационно-образовательного обучения лицами, совершающими противоправные действия в состоянии алкогольного или иного опьянения.

Многие, особенно начинающие в раннем возрасте употреблять и злоупотреблять алкоголем не владеют знаниями о развитии алкогольного процесса, о существовании нормы и патологии и т.д. Для них бывает достаточно получить объективную информацию о формировании алкогольной или иной зависимости, чтобы они отказались от дальнейшего злоупотребления самостоятельно или с помощью корригирующих мероприятий и вернулись к абсолютной трезвости или этапу умеренного употребления алкоголя. Две новые профилактические методики позволяют гарантированно получать высокий результат на этапах нормы и злоупотребления алкоголем и предотвращать переход процесса зависимости в клинический патологический процесс.

Создание автоматизированной, компьютерной формы учета и отчетности видится в трех направлениях: компьютеризация доработанных форм годовой статистической отчетности, которые можно будет получать не один раз в год, а в режиме реального времени. Кроме того, должен существовать блок информации, получаемый от межведомственных структур. Получаемые сведения позволяют осуществлять коррекцию существующих данных и одновременно получать представление о наркологической ситуации на межведомственных предприятиях, включая учебные учреждения. Третьим блоком является информация о проводимых в течение года экспертизах, обследованиях, профилактических, коррекционных и лечебных мероприятиях, включая различные виды стационарного лечения.

В новой модели поликлинический блок сохраняет системообразующую роль, с некоторыми изменениями и дополнениями. Большие изменения произошли в ремиссионном комплексе, который стал называться: «Результаты профилактики, коррекции и лечения». В связи с тем, что заглавия в графах комплекса должны отражать эффективность профилактических мероприятий во всех нозологических группах и на всех этапах процесса зависимости, начиная с детей «группы риска» и завершая диспансерными группами, стандартные названия были продублированы. Например: «Неустойчивый результат», «Устойчивый результат»,

ДИСКУССИОННАЯ ТРИБУНА

«Бродяжничество в детстве» применяются для оценки профилактических мероприятий у детей «группы риска» и в профилактических группах наблюдения. Для диспансерных больных используются традиционные обозначения эффективности: «Ремиссии до 1 года», «до 2-х лет», «до 3-х лет», «БОМЖ». Такие названия, как «отказ» и «направлены в ИТУ» являются стандартными для всех групп.

Двойные названия граф оказались удобными и при оценке эффективности во временном аспекте. Жесткая градация эффективность лечения у детей «группы риска» во временном диапазоне не рассматривается, лечение у них может продолжаться длительное время, у некоторых в течение всего периода детства.

В то же время, результат профилактики и лечения (ремиссии) на этапах злоупотребления и болезни жестко регламентированы по времени и различны для разных нозологий и этапов процесса зависимости. Например, наблюдение в группе профилактики (норма и злоупотребление) предлагается продолжать 3 года, максимальная ремиссия при алкоголизме — 3 года, при наркомании и токсикомании — 5 лет. В представленной таблице эффективность лечения всех групп диспансерного учета не зависимо от нозологии предлагается оценивать в течение 3-летней ремиссии: до года, до двух и до трех лет. Для детей «группы риска», наркоманов и токсикоманов, которые требуют дальнейшего наблюдения и лечения используется дополнительная четвертая графа с названием «Пролонгированное лечение», кото-

Таблица 2

II. Контингент больных, находящихся под диспансерным наблюдением, и лиц, состоящих на профилактическом учете

ФИ О Пас порт ные дан ные	Наимено вание болезней	№ Стр оки	Код МКБ – X	Состо ит под наблю дением	В том числе женщи н	Взято под наблю де ние	В т.ч. с впервые в жизни установленным диагнозом			Переход из шифра в шифр	Снято с наблюдения			Перех од из шифр а в шифр
							Всего	Из них			Всего	Из них в связи с		
								Дети	Подростки			Выздоров -м	Смертью	Выездом
	Дети группы риска													
	Умеренн употребл ение													
	Злоупотр алкогол													
	Алкоголи зм													
	1 стадия													
	2 стадия													
	3 стадия													
	Алкоголь психоз													
	Злоупотр наркотич. средства													
	Наркоман ии													
	Интоксик психозы следствие наркоман													
	Злоупотр токсичск вещества													
	Токсиком ании													
	Интоксик психозы следствие токсиком													
	Итого													

Таблица 2. Продолжение

ФИО Паспор тные данные	Наименов а-ние болезней	Состоит под наблюдением					Результат профилактики, коррекции, лечения							
		Всего	Из них				Пролонгирован лечение ремиссия до 5 лет	Устойчивый рез-т ремиссия до 3 лет	Устойчивый рез-т ремиссия до 2 лет	Устойчивый р-т ремиссия до 1 года	Отказ	Бродяжничество в детстве. БОМЖ.	Направлены в ИТУ	Нуждаются в проверке
			Сельские жители	Подростки	Дети	Нуждаются в проверке								
	Дети «группы риска»													
	Умеренно употребле ние													
	Злоупотр еб-ление алкоголе													
	Алкоголи зм													
	1 стадия													
	2 стадия													
	3 стадия													
	Алкоголь психоз													
	Злоупотр наркотич. средствам													
	Наркоман ии													
	Интоксик психозы в следствие наркоман													
	Злоупотр токсическ вещества													
	Токсиком ании													
	Интоксик психозы в следствие токсиком													
	Итого													

рая используется и для нозологий со сроком больше чем три года наблюдения «Ремиссия до пяти лет».

Наиболее сложным вопросом остается вопрос о продлении наблюдения в случае объективно доказанных рецидивов и срывов во время диспансерного наблюдения. Положительный результат лечения (устойчивая ремиссия) завершается снятием с диспансерного наблюдения по истечению определенного срока. В то же время сохраняющиеся рецидивы и срывы в течение всего срока наблюдения, не смотря на проводимое лечение, указывают на неблагоприятное течение заболевания, сохранение болезни и отсутствие устойчивой ремиссии, т.е. по истечению стандартного срока наблюдения больной не может и не должен сниматься с диспансерного наблюдения. Сохранение болезни исключает возможность владения оружием, управление транспортными средствами,

многими профессиями и т.д. Следовательно, любой объективно подтвержденный рецидив и срыв, т.е. ухудшение течения болезни, являются основанием для продления срока наблюдения и получения дополнительного лечения. Вопрос, на какой срок продлевается наблюдение, остается открытым до сих пор.

Комплекс «Результаты профилактики, коррекции, лечения» дополнен еще одной графой «Нуждаются в проверке», речь идет о лицах, которых наркологическая служба, на момент подготовки информации, не смогла точно определить или найти, в силу чего, проверка по ним продолжается. Эта графа является дубликатом графы в группе «Состоят на учете на момент проверки», что позволяет исключить не точность, как при подсчете лиц состоящих под наблюдением, так и при определении эффективности за исследуемый период времени.

В таблице произошло увеличение числа горизонтальных блоков за счет добавления нового блока — «Дети «группы риска», что позволяет рассматривать и отражать процесс зависимости для всех форм зависимости в полном объеме, начиная с периода беременности, детства и завершая этапом болезни.

Вторая таблица касается больных, которые были госпитализированы в наркологические стационары. Учитывая, что дети в постнатальный период поступают на стационарное лечение по поводу абстиненции, а позднее по поводу употребления алкоголя, наркотических и ненаркотических веществ с вредными последствиями. Пребывание детей «группы риска» в стационарах по поводу лечения врожденной и приобретенной патологий рассматривается как пребывание в

наркологическом стационаре только при наличии соответствующего наркологического диагноза.

Список литературы

1. Тихонов Г.Б. Формы и методы выявления лиц, нуждающихся в наркологической помощи // *Здравоохранение Российской Федерации*. — 1985. — №11. — С. 24.
2. Тихонов Г.Б. Диагностика алкогольного заболевания // *Актуальные вопросы наркологии: Тезисы докладов Республиканского совещания врачей психиатров-наркологов в г.Кавлининграде 23—25 апреля 1990 г.* — М., 1990. — С. 109.
3. Тихонов Г.Б. Динамическая информационно-справочная картотека (ДИСК) наркологического участка // *Новые формы организации наркологической помощи населению и профилактика алкоголизма, МЗ РСФСР НИИ психиатрии*. — М., 1989. — С. 69.

AUTOMATED SYSTEM OF STATISTICAL ACCOUNTING AND REPORTING IN NARCOLOGY

TIKHONOV G.B.