

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

АЛТШУЛЕР 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.
ИЗОТОВ 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"

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

2011 г. №1 (109)

СОДЕРЖАНИЕ

Новости российского и мирового наркологических сообществ 3

ГОСУДАРСТВЕННАЯ АНТИНАРКОТИЧЕСКАЯ ПОЛИТИКА

Материалы заседания государственного антинаркотического комитета. 13

Иванов В.П.

Задача номер один — защитить российскую молодежь от наркотиков 17

Слово Святейшего Патриарха Кирилла на церемонии подписания соглашения
между Государственным антинаркотическим комитетом
и Русской Православной Церковью 19

Зиновьев В.В.

Совершенствование законодательства
в сфере оборота наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров
и противодействие их незаконному обороту 22

В России запустили систему добровольной сертификации деятельности
центров социальной реабилитации наркоманов. 29

Постановление Правительства Российской Федерации от 27 ноября 2010 г. №934. 32

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ НАРКОЛОГИЯ

Шабанов П.Д., Лебедев А.А., Яклашкин А.В.

Значение системы ГАМК и дофамина в ядре конечной полоски
для подкрепляющих эффектов наркогенов опиоидной и неопиоидной структуры
на самостимуляцию латерального гипоталамуса у крыс. 36

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НАРКОЛОГИИ

Андреева Т.И., Красовский К.С., Ананьева Г.А., Андреичева Е.Н.

Потребление бездымного табака —
дополнительная проблема контроля над табаком в России 44

КЛИНИЧЕСКАЯ НАРКОЛОГИЯ

**Чоговадзе А.Г., Генерозов Э.В., Николаева В.В., Поплевченков К.Н.,
Веретинская А.Г., Анохина И.П., Дудина К.Р., Знойко О.О.,
Маевская М.В., Ведерникова А.В., Ивашкин В.Т.**

Ассоциация полиморфизмов генов ADH1B, ALDH2 и CYP2E1
с развитием алкогольной зависимости и алкогольного цирроза печени. 50

Редько А.Н., Любченко Д.А., Борисенко Л.Н., Ермакова Г.А.

Мефедроновая наркомания: клинко-эпидемиологические аспекты
и организация межведомственных профилактических мероприятий 57

Луговая Е.А., Бартош Т.П.

Параметры микроэлементной системы и психофизиологического профиля
подростков Магадана, склонных и не склонных к употреблению алкоголя. 62

Черепкова Е.В.

Основные симптомокомплексы личностных расстройств
у лиц, употребляющих наркотические вещества. 70

Меликсетян А.С.

Роль факторов, способствующих развитию рецидивов хронического алкоголизма
у больных с короткими и длительными ремиссиями. 75

Автономов Д.А.

Некоторые клинические взгляды на психосексуальность патологических азартных игроков
с позиции психоанализа. 82

РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ НАРКОЛОГИИ

Песков Б.В., Кузьмина А.Г., Махмутова Н.Н., Мыльникова О.М.

Изучение особенностей личности пациентов с зависимостью от психоактивных веществ
и их степени активности в длительной амбулаторной программе
медико-психо-социальной реабилитации 88

ДИСКУССИОННАЯ ТРИБУНА

Егоренков А.И., Коробейников Г.В.

Над пропастью... «Нарконона», или «дары данайцев» для Украины 93

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

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

2011. №1 (109)

CONTENTS

News of Russian and global narcological community 3

GLOBAL ANTI-DRUG POLICY

Materials of meetings of state anti-drug committee. 13

Ivanov V.P.

Number one task — to protect the Russian youth on drugs 17

Address of His Holiness the Patriarch Kirill at the signing ceremony
between the State Antidrug Committee and the Russian Orthodox Church. 19

Zinoviev V.V.

Improvement of legislation related to narcotic drugs, psychotropic substances and precursors
and against smuggling. 22

Russia has launched a system of voluntary certification
of centers for social rehabilitation of drug addicts 29

Resolution of the Government of the Russian Federation of November 27, 2010 № 934 32

EXPERIMENTAL NARCOLOGY

Shabanov P.D., Lebedev A.A., Yaklashkin A.V.

The significance of GABA and dopamine systems in the bed nucleus of stria terminalis
for the reinforcing effects of opioids and nonopioids
on self-stimulation of the lateral hypothalamus in rats. 36

EPIDEMIOLOGY

Andreeva T.I., Krasovsky K.S., Ananjeva G.A., Andreicheva E.N.

Consumption of smokeless tobacco — additional problem of tobacco control in Russia 44

CLINICAL RESEARCH

*Chogovadze A.G., Generozov E.V., Nikolaeva V.V., Poplevchenkov K.N.,
Veretinskaya A.G., Anokhina I.P., Dudina K.R., Znoyko O.O.,
Maevskaya M.V., Vedernikova A.V., Ivashkin V.T.*

Association of polymorphisms of genes *ADH1B*, *ALDH2* and *CYP2E1*
with the development of alcohol dependence and alcoholic cirrhosis 50

Redko A.N., Lubchenko D.A., Borisenko L.N., Ermakova G.A.

Mephedrone addiction issues: clinical and epidemiological aspects and organization
of interagency prevention 57

Lugovaya Ye.A., Bartosh T.P.

Parameters of trace element system and psychophysiological profile
showed by the adolescents of Magadan town inclined and not inclined to alcohol intake 62

Cherepkova E.V.

Basic symptom complexes of personality disorders
in individuals who taking narcotic substances 70

Meliksetian A.S.

Role of factors which contribute to relapse
in alcoholic patients with short-term and long-term remissions 75

Avtonomov D.A.

Some clinical ideas about pathological gamblers' psychosexuality
from the psychoanalytical point of view. 82

REHABILITATION ASPECTS IN NARCOLOGY

Peskov B.V., Kuzmina A.G., Mahmutova N.N., Mylnikova O.M.

Studying personality traits of patients with dependence on psychoactive substances
and their activity in long-term outpatient program of medical-psycho-social rehabilitation 88

DISCUSSION

Egorenkov A.I., Korobeinikov G.V.

The Catcher ... "Narconon", or "Greek gift" to Ukraine 93

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.

В.Путин поручил Минздравсоцразвития проанализировать ситуацию с заработной платой врачей

Соответствующее распоряжение премьер-министр РФ отдал в ходе совещания по вопросам подготовки региональных программ модернизации здравоохранения в Северо-Западном федеральном округе.

В.Путин назвал несправедливой ситуацию, когда специалисты зарабатывают в несколько раз меньше, чем руководители больниц. В качестве примера он привел Калининградскую область. По данным премьера, в регионе "зарплата врача в три, а то и в пять раз ниже, чем у руководства медучреждений". "Порой даже меньше, чем у работников вспомогательных подразделений", — добавил он. Премьер-министр отметил, что "с таким подходом нельзя сформировать крепкие и профессиональные врачебные коллективы". По его словам, в итоге от низкой зарплаты медработников будут страдать пациенты.

В связи с этим, В.Путин поручил руководству Минздрава при разработке программ модернизации здравоохранения в регионах уделить особое внимание достойной оплате труда врачей, а также подготовке и переобучению медицинских кадров.

В октябре 2010 г. аудиторская компания "ФБК" сравнила различные виды профессиональной деятельности по уровню заработной платы. В рейтинге, составленном специалистами компании по данным на июль 2010 г., медработники со средней зарплатой в 15 824 рубля заняли 23 место из 30.

Источник: Medportal.ru

В начале 2011 г. будет разработана и утверждена антинаркотическая Госпрограмма

Глава Федеральной службы по контролю за оборотом наркотиков (ФСКН) Виктор Иванов на выездном совещании Государственного антинаркотического комитета (ГАК) в Ханты-Мансийске заявил, что в начале 2011 г. будет разработана и утверждена антинаркотическая Госпрограмма. По словам В.Иванова, о необходимости подобных мер свидетельствует рост смертности от употребления наркотиков — в текущем году они стали причиной более 100 тысяч смертей. Сложившуюся ситуацию глава ФСКН назвал "наркотическим апокалипсисом".

Кроме того, с 2012 г. Минфин планирует распределять до 90% расходов именно через госпрограммы.

Основной целью программы по реализации Стратегии антинаркотической политики РФ, по мнению В.Иванова, должно стать кардинальное снижение спроса на наркотики и развитие системы медицинской и социальной реабилитации наркозависимых. Для обсуждения этой программы он предложил провести специальное заседание Госсовета РФ.

Особое внимание глава ФСКН уделил набирающей обороты дезоморфиновой наркомании, которая по масштабам и числу смертей практически сравнялась с героиновой. Дезоморфин ("крокодил") — это синтетический опиат, получаемый в кустарных условиях из кодеина, который входит в состав многих безрецептурных препаратов. В последние 3 года, когда на территории РФ появилось большое число дезоморфиновых наркоманов, продажи кодеинсодержащих препаратов выросли в разы. При этом "крокодил" значительно превосходит героин по токсичности. В связи с этим, В.Иванов заявил о необходимости в ближайшее время ограничить оборот этих лекарств. Как пишет "Комсомольская правда" по материалам заседания ГАК, с 1 мая 2011 г. они будут продаваться по рецептам.

Источник: Medportal.ru

Исследование уровня потребления наркотиков, алкоголя и табака среди российской молодежи может быть сорвано из-за отсутствия средств

Исследование уровня потребления наркотиков, алкоголя и табака среди российской молодежи по европейской методике, которая дает точную картину увлечения подрастающего поколения вредными привычками, может быть сорвано из-за отсутствия средств — сообщила РИА Новости директор Национального научного центра наркологии Минздравсоцразвития России Евгения Кошкина. По ее словам, European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD) проводится раз в четыре года среди молодежи, в основном среди учащихся 15—16 лет среди 35 стран Европы.

Для России проблема вовлечения подростков в наркоманию — вопрос не праздный. Эту тему как одну из болевых точек в вопросах воспитания молодежи упоминал в своем итоговом интервью в конце 2010 г. президент РФ Дмитрий Медведев. Только по официальной статистике, 160 тыс. школьников имеют наркологические проблемы. "Это осталось еще, может быть, с советского периода: у нас нет наркомании, у нас все в порядке. И этот стереотип где-то внутри людей, может быть, сохраняется. К сожалению, об этом нужно бить в набат", — подчеркивал президент.

Е.Кошкина отметила, что в 1999—2003 гг. подобное исследование проводилось только в Москве. Однако, по мнению авторитетных европейских экспертов, невозможно судить о распространенности алкоголя, табака и наркотиков в России только по ее столице. Такое исследование необходимо было провести по всей стране. "Впервые полномасштабное исследование мы сделали по стране в 2007 г., и поддержку нам дал Брюссель, Европейский Совет. Они нас поддержали, они нам дали эти деньги", — отметила эксперт. По ее словам, исследование было проведено с привлечением социологов, были жесткие требования к выборке. В 2007 г. мониторинг проводили социологи "Левада-Центра" в рамках проекта ESPAD. "Это действительно серьезная социологическая работа и мы ее провели, описывали, анализировали все сами. В 2007 г. мы отчитались, издали книгу, все были очень довольны, мировое сообщество было исключительно довольным, потому что была накоплено-то Россия в общих данных", — отметила Е.Кошкина.

По данным проведенного в 2007 г. исследования, ситуация с потреблением наркотических веществ в России не такая уж "плачевная". Так, например, если в России 19% опрошенных подростков 15—16 лет ответили, что хотя бы раз в жизни попробовали марихуану, то в Великобритании положительно ответили 29% подростков, а самый высокий показатель в Чехии — 45% респондентов.

Не самые удручающие показатели в России и по потреблению наркотиков в целом. Если в России порядка 5% опрошенных подростков хотя бы раз в жизни попробовали наркотики, то в Великобритании — 9%, а самые высокие показатели во Франции и Австрии — по 11%.

Е.Кошкина сообщила, что ФСКН уже многие годы ведет федеральную программу, в которую должно было войти и финансирование на европейское исследование на потребление психоактивных веществ в 2011 г. "Но программа не финансировалась ни в 2010 г., ни в 2011 г. Поэтому страна нам деньги не дала на этот проект", — отметила она.

Как пояснили РИА Новости в ФСКН России, федеральная целевая программа "Комплексные меры противодействия злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту на 2005—2009 годы", в рамках которой финансировались подобные исследования, закончила свое действие, а новая программа не была утверждена. Поэтому ведомство в данный момент не имеет возможности финансировать исследования. В то же время, представитель ФСКН подчеркнул, что сейчас разрабатывается новая государственная программа.

Е.Кошкина добавила также, что в конце ноября отправила в Минздравсоцразвития РФ письмо с просьбой выделить деньги на исследование. Однако письменного ответа не последовало, и, скорее всего, денег на это министерство изыскать не сможет. "Мы пытаемся опять деньги искать в Европе с ФСКН", — сказала Е.Кошкина, уточнив, что примерная стоимость такого исследования — порядка 2,5 млн руб., что, по ее словам, не сильно обременит российский бюджет.

"Левада-Центр" производил расчет. У них есть исследовательские центры в регионах, и они собирают материал. Там не так много собирается, предположим, 5 тыс. ответов. Но, например, отбирается по выборке в деревне один класс, исследователям туда надо ехать, а это не близко. Сложности организационного характера", — пояснила Е.Кошкина.

По словам эксперта, такое исследование дает полную картину употребления психоактивных веществ у самой уязвимой группы населения. "Важность этого исследования очень большая для России, потому что, во-первых, для нас очень важно знать распространенность употребления психоактивных веществ среди молодежи, и среди молодежи именно 15—16 лет. Потому что это группа риска, потому что привычки тогда-то и появляются", — сказала она.

По словам Е.Кошкиной, если в 10—12 лет подростки только начинают пробовать, то к 15 годам у них уже появляются какие-то приоритеты: будут они потреблять дальше или нет. "То есть они уже попробовали и приняли для себя определенное решение: будут они этим заниматься или не будут. Весь мир считает, что это самый опасный возраст, поэтому знать, что в этой среде происходит, очень важно для того, чтобы осуществить какие-то профилактические вмешательства", — подчеркнула глава Национального научного центра наркологии Минздравсоцразвития России.

По ее словам, комплексное российское исследование наглядно показывает, что потребляют подростки: сколько табака и какого, сколько наркотиков и каких, какой пьют алкоголь или "энергетики". "И мы видим тенденцию: что изменилось, что появилось новое, что не появилось, что распространилось шире. Так как эта методика однозначна, то она сопоставима. Это не просто вымыслы, а это достоверные статистические данные, что очень ценится, когда проводятся специальные исследования. И это дает возможность разработать стратегию вмешательства", — уверена эксперт.

Источник: РИА Новости

Большинство россиян не ведет здоровый образ жизни

По данным нового международного исследования в области здравоохранения, опубликованного компанией "Вира", люди в России продолжают вести нездоровый образ жизни, несмотря на опасения развития у них хронических заболеваний.

Согласно исследованию, почти половина (46%) россиян признают, что они занимаются физическими упражнениями только в течение одного часа в неделю или менее того, в то время как 8 из 10 (83%) употребляют алкоголь и 4 из 10 (43%) курят. Эти показатели выше, чем средние международные показатели — 71% тех, кто выпивает, и 29% тех, кто признает, что они курят.

По такому образу жизни можно предположить, что россияне не заботятся о своем здоровье, но 86% из них говорят, что они беспокоятся о развитии хронических заболеваний.

Во время исследования Vira Health Pulse 2010 было опрошено более 12 000 чел. по всему миру относительно понимания и осознания ими хронических заболеваний. Из всех хронических заболеваний россияне более всего обеспокоены развитием онкологических заболеваний (43%), в то время как лишь 16% наиболее обеспокоены развитием сердечно-сосудистых заболеваний (16%) и лишь 4% — диабета.

Доктор Sneh Khemka, медицинский директор компании Vira International: "В то время как мы, кажется, в курсе распространенности хронических заболеваний в обществе, мы не предпринимаем достаточных шагов, чтобы уменьшить риск развития хронических заболеваний. Интересно, что люди гораздо больше беспокоятся о раке, чем о других заболеваниях, хотя от сердечно-сосудистых заболеваний умирает гораздо большее количество людей. Мы должны признать, что можем увеличить наши шансы избежать этих заболеваний, изменив наш образ жизни".

Спонсированный компанией Вира и опубликованный Лондонской школой экономики (LSE) отчет также раскрывает масштаб распространения и воздействия хронических заболеваний на общество.

Julien Forder, старший научный сотрудник лондонской школы экономики: "Хронические заболевания являются ведущей причиной смертности и инвалидности во всем мире, обуславливая 60% всех летальных исходов. Экономическое бремя таких заболеваний является существенным, особенно расходы на лечение людей и снижение производительности их труда. Но многие из этих заболеваний можно предотвратить. Как известно, физические упражнения являются одним из наиболее эффективных способов изменить образ жизни, которые каждый может предпринять, чтобы уменьшить риск развития хронических заболеваний. Почти треть (30%) сердечно-сосудистых заболеваний и более четверти (27%) заболеваний диабетом можно предотвратить, если начать заниматься спортом".

Наибольшим препятствием к переходу к здоровому образу жизни, по словам опрошенных, стала нехватка времени (26%), а также дополнительные финансовые расходы (20%).

Источник: med2.ru

Четверть британцев, зараженных ВИЧ, живут, не подозревая об этом

По данным британского Агентства по защите здоровья за 2009 г., этот показатель составляет 22 тыс. чел. Такие выводы медики сделали на основе исследования анализов крови, которые пациенты сдавали анонимно для целей, не связанных с выявлением ВИЧ. Эти же пробы затем были изучены и на ВИЧ. В 2008 г. цифры были приблизительно такими же. По данным агентства, в 2009 г. было выявлено 6630 новых случаев заражения ВИЧ. Специалисты обращают внимание на то, что количество новых диагнозов последовательно уменьшается в последние 4 года. Однако больше половины диагнозов были поставлены уже на поздней стадии раз-

вития заболевания. В целом, количество ВИЧ-инфицированных, живущих с подтвержденным диагнозом, в Великобритании составило 86 500 чел.

Британские специалисты настаивают, что для профилактики ВИЧ необходимы дополнительные меры, такие, как, например, повсеместное проведение анализа в районах, где зарегистрирован повышенный уровень распространения вируса. "Пробные программы, благодаря которым врачи направляют на анализ всех новых пациентов клиник, уже показали хорошие результаты", — сказала доктор Валери Делпеш, представитель агентства.

В России, по данным главы Роспотребнадзора Геннадия Онищенко, на конец 2009 г. было около 530 тыс. ВИЧ-инфицированных. Однако международные эксперты указывают на то, что около половины ВИЧ-инфицированных россиян могут не знать о своей болезни. Об этом в октябре прошлого года заявил исполнительный директор глобального фонда по борьбе с ВИЧ/СПИД, туберкулезом и малярией Мишель Казачкин. Основанием для подобного заявления стали данные Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), которые оценивают число ВИЧ-инфицированных в России от 900 тыс. до 1 млн 150 тыс. чел.

По данным, опубликованным в последнем докладе Объединенной программы ООН по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС), в прошлом году ВИЧ заразилось 2,6 млн чел. Это примерно на 20% меньше, чем на пике эпидемии в 1999 г. Количество смертей в результате СПИДа сократилось почти на 20% за последние пять лет и составило 1,8 млн в 2009 г., а общее число людей, живущих с ВИЧ, стабилизировалось. "Мир начинает обращать распространение ВИЧ вспять", — полагают авторы доклада, но добавляют, что 33 млн чел., живущих с ВИЧ, по-прежнему продолжают подвергаться дискриминации. Страны Африки южнее Сахары продолжают оставаться самым серьезным очагом заболевания — около 70% всех новых случаев заражения ВИЧ происходят именно в этом регионе. При этом в странах Восточной Европы и Центральной Азии отмечен резкий всплеск новых заболеваний и смертей от СПИДа — там число людей, инфицированных ВИЧ, за последние 10 лет почти утроилось.

Источник: Bbc.co.uk

Ученые объяснили связь между ВИЧ-инфекцией и диабетом

Ученые из медицинской школы при Университете им. Джорджа Вашингтона выяснили, почему у ВИЧ-инфицированных столь часто развивается инсулинорезистентность, ведущая к сахарному диабету и заболеваниям сердца. Оказывается, причиной этого служат мощные антиретровирусные препараты, применяемые для лечения ВИЧ-инфекции, а именно ингибиторы протеазы ВИЧ, которые вмешиваются в пути контроля уровня глюкозы в крови. В результате у больных формируется инсулинорезистентность — состояние, при котором инсулина в организме достаточно, но используется он неадекватно.

Группа под руководством профессора Paul Hruz установила, что ингибиторы протеазы ВИЧ первого поколения, к которым, в частности, относится ритонавир, блокируют белок, служащий переносчиком глюкозы из крови в клетки, что и вызывает повышение уровня глюкозы в крови.

"Теперь, когда мы знаем механизм этого явления, мы можем создать безопасные препараты, которые лечат ВИЧ-инфекцию, но не вызывают сахарный диабет", — сказал проф. Hruz. По его данным, инсулинорезистентность развивается у четверти всех ВИЧ-инфицированных.

Источник: Journal of Biological Chemistry

Установлена молекулярная структура рецептора дофамина

Группа ученых из Исследовательского института Скриппса (Scripps Research Institute) установила структуру одного из рецепторов, взаимодействующих с нейромедиатором допамином. Хотя нервная передача с помощью дофамина имеет большое значение для нормального функционирования мозга, биологическая сборка молекул, участвующих в этом важнейшем нейрональном взаимодействии, до сих пор не была известна. Работа опубликована в журнале Science.

В новом исследовании ученые установили структуру D3-рецептора дофамина, одного из пяти различных подтипов дофаминовых рецепторов. "Определить структуру D3-рецептора дофамина человека позволило сочетание важнейших достижений в области подготовки образца и кристаллографических методов", — говорит Джин Чин (Jean Chin) из Национального института здравоохранения США (National Institutes of Health — NIH). "Структура ускорит поиск новых препаратов, мишенью которых является этот рецептор, важный посредник поведенческих и когнитивных функций человека".

"Структура помогает нам понять уникальные особенности подсемейства рецепторов дофамина, в частности, различия между D2 и D3", — комментирует свою работу профессор Института Скриппса доктор философии Реймонд Стивенс (Raymond C. Stevens), старший автор статьи. "Ранее ее невозможно было оценить, и это очень важно для дальнейших исследований, связанных с допамином".

Это четвертая структура в классе молекул, известных как рецепторы, сопряженные с G-белком (G protein-coupled receptors — GPCRs), которую установили ученые Института Скриппса. Мощный толчок исследованиям дал недавно полученный ими грант от Национального института здравоохранения США в размере 16 млн долларов.

Около 1000 сопряженные с G-белком рецепторы передают сигналы внутрь клеток человеческого организма из окружающей их микросреды, вызывая ответ, изменяющий активность клеток. До половины существующих в настоящее время лекарственных препаратов имеют своей мишенью эти рецепторы. Тем не менее, иногда эти средства вызывают побочные эффекты или менее эффективны, чем могли бы быть, потому что их активные вещества недостаточно точно связываются с рецептором.

Для выяснения структуры первого GPCR — бета2-адренергического рецептора "борьбы или бегства" — Стивенсу и его коллегам потребовалось более 17 лет. Они опубликовали ее в 2007 году. Разработанная ими надежная платформа для изучения структуры и функции этих рецепторов недавно привела к относительно быстрому открытию других ключевых GPCRs, найденных в различных ветвях дерева подсемейства. В 2008 г. Стивенс и его коллеги опубликовали структуру аденозинового рецептора A2A, вовлеченного в болевую чувствительность, функцию сердца и дыхание, а в октябре 2010 г. — структуру рецептора CXCR4, участвующего в регуляции функций клеток иммунной системы.

Зная структуру и функции сопряженных с G-белком рецепторов, ученые смогут понять особенности их взаимодействия со своими "лигандами" — будь то нейротрансмиттеры, гормоны, запахи или даже свет — и то, как это взаимодействие активирует или подавляет важнейшие сигнальные пути. "Эти новые структуры будут иметь огромное значение для дальнейшего понимания биологии GPCRs и должны повысить показатели эффективности разработки лекарственных препаратов", — считает Стивенс.

Выяснение структуры D3R стало результатом трехлетнего исследования, в котором принимали участие несколько научных групп. "D3R, пожалуй, самая нестабильная из всех расшифрованных нами рецепторных структур, в плане того, как этот рецептор ведет себя в пробирке, — говорит Стивенс. Мы считаем, что существуют липидные или другие малые молекулы, которые оказывают влияние на рецептор, чего мы сейчас не понимаем. Почему D3R так нестабилен в пробирке, в настоящее время — поле для исследований".

Исследование показывает, что D3R связывается с этиклопридом, экспериментальным соединением, используемым для изучения рецепторов дофамина. В лаборатории этиклоприд взаимодействует и с другим допаминовым рецептором — D2R. Выяснив структуру D3R, исследователи смогут создать модель D2R, так как они очень похожи друг на друга и имеют всего несколько незначительных различий. Однако препараты, связывающиеся как с D2R, так и с D3R — такие, как применяемые для лечения шизофрении, — имеют многочисленные побочные эффекты, что снижает их эффективность. "Структура поможет определить, как создать препараты, избирательно взаимодействующие с отдельными рецепторами дофамина", — надеется Стивенс.

Теперь, когда ученые установили репрезентативную структуру одного из рецепторов дофамина, они планируют перейти к другим подсемействам, таким, как опиоидные рецепторы и рецепторы серотонина.

Источник: www.lifesciencetoday.ru

Люди, бросившие курить, становятся веселее

Ученые опровергли миф о том, что человек, бросивший курить, становится нервным и раздраженным. По данным нового исследования, человек бросающий курить, напротив, чувствует себя гораздо счастливее.

Давно известно, что отказ от курения крайне благоприятен для физического здоровья, но мало кто изучал влияние отказа от курения на настроение. Многие курильщики заявляют, что табак помогает им справиться с тревогой и стрессом. Однако новое исследование показало, что отказ от курения приносит пользу и физическому, и психическому здоровью. Не нужно считать, что бросив курить ради здоровья, вы погрузитесь в тоску.

Считается, что люди используют табак из-за его способности улучшать настроение, а отказ от табака приводит к депрессии. При этом в действительности, у курильщиков, сумевших оставить табак, за короткое время настроение улучшается.

Christopher Kahler и его коллеги из Брауновского Университета (США) провели исследование с участием 236 мужчин и женщин, желающих бросить курить. Все они также регулярно употребляли алкоголь. Участникам исследования предоставили профессиональную консультацию по поводу отказа от курения и никотиновый пластырь, после этого они назначили дату окончательного отказа от курения. Желаящих также проконсультировали по поводу способов уменьшения потребления алкоголя.

Все участники за 7 дней до отказа от курения прошли стандартный тест для выявления симптомов депрессии. Также их психологическое состояние оценивали спустя 2, 8, 16 и 28 недель после назначенной даты. Из 236 участников 99 не смогли отказаться от табака, 44 смогли воздерживаться от курения лишь первые две

недели, 33 не курили до восьмой недели исследования, 33 не курили весь период исследования и у 29 человек процесс отказа от курения отличался от всех выше описанных случаев. У тех, кто бросал курить хотя бы на какое-то время, настроение улучшалось, во время осмотров они чувствовали себя более веселыми. Если люди снова начинали курить, настроение значительно ухудшалось, зачастую они становились более депрессивными, чем на момент начала исследования. Участники исследования, которые вообще не смогли отказаться от курения, по данным тестов, были самыми несчастными из всех групп. Те, кому удалось не курить на протяжении всего периода исследования, были самыми счастливыми. Хотя все участники исследования употребляли алкоголь, ученые говорят, что это не повлияло на связь между отказом от курения и хорошим настроением.

Авторы работы считают, что отказ от курения благоприятно влияет на эмоциональное состояние человека. Также они считают заблуждением идею о том, что курение помогает справиться с тревогой. "Если человек бросает курить, его депрессия уменьшается. Если он снова начинает курить — настроение снова ухудшается. Именно так работают эффективные антидепрессанты", — говорит Christopher Kahler.

По материалам "Nicotine & Tobacco Research". Подготовила Анастасия Мальцева.

Источник: Medlinks.ru

Пассивное курение ежегодно убивает 600 тыс. чел.

В результате пассивного курения ежегодно умирают более 600 тыс. чел., треть от которых составляют дети. Такие цифры приводятся в отчете о влиянии курения на уровень смертности, анализирующем данные за 2004 г. в 192 странах мира. Для сравнения, количество смертей за год по причинам, связанным с воздействием табака на организм, среди активных курильщиков составляет 5 100 000.

Согласно отчету, 1% от общего количества смертей на планете связан с потреблением "вторичного табачного дыма", провоцирующим развитие заболеваний дыхательных путей и коронарной системы. Пассивному курению в среднем регулярно подвергаются 40% детей, 35% женщин и 33% мужчин.

Составители отчета подчеркивают, что уровень смертности от последствий, сопряженных с пассивным курением, напрямую зависит от уровня жизни. Риск развития смертельно опасных заболеваний под воздействием табачного дыма гораздо выше среди представителей малообеспеченных слоев населения, в странах третьего мира до 50% населения подвержены данному риску.

Источник: MIGnews.com

Электронные сигареты небезопасны для здоровья

Электронные сигареты все чаще используются во всем мире, хотя потребители обладают лишь скудной информацией о последствиях их использования для здоровья. Как считают американские эксперты Калифорнийского университета, электронные сигареты потенциально вредны для здоровья.

В отличие от обычных сигарет, в электронных сигаретах никотин испаряется вместе с другими соединениями, присутствующими в картридже, в виде аэрозоля, который создается путем нагревания, но не производит тысячи химических и токсичных веществ, как при обычном сгорании табака в простых сигаретах. В результате некоторые люди считают, что электронные сигареты могут послужить безопасной заменой обычных сигарет. Однако, предупреждают ученые, ничего не известно о химических веществах, присутствующих в аэрозольных парах от "электрической курилки".

Анализ наиболее популярных марок электронных сигарет показал, что батарейки, атоизаторы, картриджи и их обертка, упаковка и инструкция не имеют важной информации, касающейся содержания, использования и предупреждения о вреде для здоровья электронной сигареты. Утечка картриджей в таких сигаретах может привести к выбросу никотина. Кроме того, в настоящее время не существует методов надлежащей утилизации электронных сигарет и их картриджей, таким образом они представляют опасность и для окружающей среды. Производство, контроль качества, продажа и реклама электронных сигарет также не регулируются. По словам специалистов, практически ничего не известно о токсичности паров, производимых этими электронными сигаретами, поэтому нет никаких причин называть их безопасными.

Источник: Ami-tass.ru

Может ли социальная сеть подорвать репутацию врача?

По данным исследования, проведенного во Франции, участие врачей в социальных сетях может отрицательно повлиять на отношения с пациентами, особенно если врач не использует настройки конфиденциальности.

Для того чтобы провести исследование, 405 молодым врачам из Руанской Университетской Больницы направили специально составленную анкету. Примерно половина из них ответила на вопросы анкеты. Три четверти опрошиваемых (73%) сказали, что у них есть страничка в социальной сети Facebook, причем 8 из 10

пользовались этим сайтом хотя бы раз за последний год. Врачи, у которых была своя страничка, в среднем моложе, чем те, у кого странички не было. 24% заходили на сайт несколько раз за день, 49% — раз в день или несколько раз в неделю. Остальные пользовались сайтом еще реже. Половина из опрашиваемых врачей считала, что отношения между врачом и пациентом изменятся, если пациент найдет страничку доктора в социальной сети. Трое из четырех заявили, что это случится лишь в том случае, если страничка не будет защищена настройками безопасности и пациент сможет видеть всю личную информацию.

Практически все врачи использовали свое настоящее имя, а также публиковали дату рождения и другую личную информацию. У 91% на страничке была фотография, 55% указывали свое настоящее место работы, а 59% указывали место учебы. 61% меняли хотя бы одну из стандартных настроек безопасности, но 17% не смогли вспомнить, делали ли они это. Те, кто пользовался сайтом в последний год, реже ограничивали доступ к своей страничке. Только 6% врачей когда-либо получали от пациентов запрос на добавление в друзья, 4% из них принимали его. Однако количество подобных запросов увеличилось в последнее время. Большинство респондентов сказали, что автоматически отклонят запрос о добавлении в друзья от пациента, 15% заявили, что будут принимать решение в зависимости от конкретной ситуации. Среди причин, чтобы добавить пациента в друзья, врачи называли схожие интересы, а также страх потерять пациента или поставить его в неудобное положение, отклонив запрос. Потребность в сохранении профессиональной дистанции или подозрение, что пациент заинтересован в романтических отношениях, были названы среди основных причин, чтобы отклонить запрос о дружбе. Хотя многие врачи считали, что подобное виртуальное общение с пациентом само по себе не этично, эта причина была одной из последних по популярности.

"Эта новая форма взаимоотношений, романтических или нет, является проблемной с точки зрения медицинской этики, ведь она не имеет никакого отношения к процессу лечения. Кроме того, публичная доступность информации о личной жизни врача может повлиять на взаимное доверие врача и пациента в том случае, если пациент получит информацию, которая не была предназначена для него. Врачи должны помнить, что комментарии и фотографии, размещенные в социальной сети, могут быть неправильно истолкованы пациентами, а также что информация может попасть на глаза людям, для которых она не предназначалась", — пишут авторы исследования.

По материалам "Journal of Medical Ethics". Подготовила Анастасия Мальцева.

Источник: Medlinks.ru

Депрессия, а не агрессивные видеоигры делает из подростков преступников

Традиционно считается, что жестокие видеоигры делают детей и подростков агрессивными. Однако это не так, — утверждают сотрудники Техасского университета. По их мнению, вся суть заключается в банальной депрессии, которую взрослые не в состоянии иногда распознать.

В течение года ученые анализировали влияние видеоигр на 302 школьников в возрасте от 10 до 14 лет. При этом психологи обращали внимание на отрицательные события жизни детей. В число подобных событий входили проблемы с соседями, взрослыми, в целом. Исследователей интересовали признаки асоциальной личности, симптомы депрессии, степень семейной привязанности и преступности среди сверстников добровольцев. В итоге оказалось, что 75% школьников играли в видеоигры, а 40% (преимущественно мальчики) играли в игры с агрессивным содержанием. По прошествии года из числа игроков 7% были замечены как минимум в одном уголовном акте насилия (избиение, разбой), а 19% подростков совершали кражи. Одновременно с этим эксперты зафиксировали у этих проблемных детей симптомы явной депрессии.

Источник: Medicine.newsru.com

Экстази собираются использовать для лечения психических заболеваний

Психоактивное вещество МДМА, или экстази, обладает способностью улучшать коммуникабельность человека. Ученые считают, что эти свойства наркотика могут быть полезными в лечении пациентов с аутизмом, шизофренией или с антисоциальным расстройством личности.

Подобные эффекты очень сложно измерить объективно, поэтому данная тема достаточно мало изучена. Ученые из Чикагского Университета (США) провели исследование с участием здоровых добровольцев, посвященное влиянию МДМА на взаимоотношения между людьми.

"Мы обнаружили, что МДМА, даже в лабораторных условиях, где социальные контакты были ограничены, делает людей более доброжелательными, игривыми, настраивает на любовь к окружающим. МДМА также снижает способность человека узнавать выражение страха на лице других людей; возможно именно это делает общение более легким", — говорит Гиллиндер Беди, главный автор работы.

По данным исследования, человеку, принявшему экстази, окружающие кажутся более привлекательными и доброжелательными, что делает это вещество популярным наркотиком для вечеринок. В то же время окружающие кажутся менее опасными, что помогает легче идти на риск в общении.

"В медицинском контексте, эти эффекты могут помочь в общении людям, которым трудно почувствовать близость с окружающими. Хотя MDMA всего лишь искажает восприятие других, а не улучшает взаимопонимание по-настоящему. Прием вещества может привести к проблемам, если люди неправильно интерпретируют эмоциональное состояние и намерения других людей", — пишут авторы работы.

Прежде чем наркотик начнут использовать для лечения, необходимы дополнительные исследования. Тем не менее ученые считают, что стоит лучше изучить действие популярных наркотиков, ведь неслучайно их так часто употребляют во время общения.

По материалам "Biological Psychiatry". Подготовила Анастасия Мальцева.

Источник: Medlinks.ru

Вымогательство среди столичных врачей будет жестко караться

Руководитель Департамента здравоохранения Москвы Леонид Печатников на IX ассамблее "Здоровье столицы" заявил, что вымогательство среди столичных врачей будет жестко караться.

"Если до нас хотя бы один раз дойдет информация, что какой-то хирург сначала предложил тариф пациенту, а потом сказал, что пойдет на операцию, то отвечать за это будет главный врач. Это нестерпимо, это невозможно, это будет караться", — заявил Л.Печатников.

Руководитель московского здравоохранения также подчеркнул, что необходимо улучшать образ врачей, при этом не идеализируя ситуацию в здравоохранении. Для этого он попросил прессу и телевидение не изображать медработников "вымогателями", "мерзавцами" и "убийцами", поскольку в такой ситуации они не смогут начать "решение серьезных проблем". При этом, по словам Л.Печатникова, в московских медучреждениях наблюдается "сложная ситуация с кадрами". По его мнению, это связано с "серьезным отставанием" качества преподавания в медицинских вузах. Из-за этого выпускников часто "страшно подпустить к пациенту".

Кроме того, Л.Печатников сообщил, что цены на услуги столичных медицинских учреждений будут подвергнуты проверке. Для этого планируется создать специальную службу, которая "серьезно, на основании современных методов" рассчитает себестоимость таких услуг для каждого учреждения и сопоставит ее с назначенными ценами. По данным главы Мосгорздрава, действующие тарифы "существенно отстают" от себестоимости услуг.

Источник: Medportal.ru

Дети, проживающие в многоквартирных домах, подвергаются сильному воздействию табачного дыма

Дети, живущие в многоквартирных домах, продолжают подвергаться воздействию табачного дыма, даже если в их семье никто не курит. Между тем, говорят педиатры, дети под действием пассивного курения подвергаются большому риску различных заболеваний, таких, как инфекции дыхательных путей, астма и синдром внезапной детской смерти.

Исследователи Университета Рочестера (США) проверили показатели котинина — вещества, определяющего действие табака на организм, среди 5 тыс. детей, проживающих в многоквартирных домах. Оказалось, что больше 84% из них подвергаются действию высоких уровней табачного дыма, даже если никто из проживающих с ними в одной квартире не курит. Врачи полагают, что сигаретный дым, возможно, проходит сквозь стены из других квартир или по общей системе вентиляции дома. Показатели котинина были самыми высокими у детей до 12 лет и проживающих в социально неблагополучных районах. По словам медиков, даже очень небольшое количество сигаретного дыма приводит к задержке познавательных способностей и снижению уровней антиоксидантов у детей. Во всех 50 американских штатах власти все чаще признают важность установления антитабачной политики в жилых зданиях для содействия здоровью населения, экологии воздуха и защите от пожаров.

Источник: Ami-tass.ru

Курение повышает риск развития ревматоидного артрита

Такой вывод сделан шведскими медиками на основе обследования около 2 тыс. чел. (из них примерно 1200 страдали от артрита). По оценкам врачей, примерно каждый пятый случай артрита спровоцирован именно пагубной привычкой, если рассматривать население в целом. Если же отдельно рассмотреть группу людей с генетической предрасположенностью к артриту, в семьях которых и раньше отмечались случаи данного заболе-

вания, — долю обусловленных курением случаев можно повысить и до 55%. Как говорят ученые, артрит в меньшей степени, чем рак легких (где примерно 90% всех случаев вызваны именно табачным дымом) связан с сигаретами, но для людей, чьи предки уже имели проблемы с суставами, отказ от курения будет особенно актуальным.

Источник: *Annals of the Rheumatic Diseases*

В США изымаются из продажи энергетические напитки, содержащие алкоголь и кофеин

По мнению американских экспертов, эти напитки содержат несколько стимуляторов: кофеин, гуарану, таурин и производные сахара. Причиной запрета так называемых слабоалкогольных коктейлей, популярных у молодежи, Управление по санитарному надзору США называет возросшее число случаев потери сознания после употребления напитка. Из 577 изученных напитков с кофеином, по меньшей мере, 130 содержат более 0,02% кофеина, что является суточной дозой для человека, предел, введенный для безалкогольных напитков. Ранее считалось, что объединение энергетиков с алкоголем противодействует седативным эффектам алкоголя, а кофеин позволяет человеку оставаться активным в течение более длительного времени. Однако недавние исследования говорят о том, что реакция организма на такое сочетание сильно отличается от ожидаемой.

Источник: *MIGnews.com*

В России могут запретить продажу энергетиков несовершеннолетним

Комитет Госдумы по экономической политике разрабатывает законопроект "Об ограничениях розничной продажи и потребления тонирующих и энергетических безалкогольных напитков". По данным издания "Ведомости", депутаты хотят запретить розничную торговлю и потребление тонирующих и энергетических напитков в детских и медицинских учреждениях; продажу и потребление энергетических напитков несовершеннолетним лицам, а также продавать оба вида напитков объемом более 500 мл. Запрет продаж энергетиков может быть введен по алгоритму запрета продаж пива, но сложность в том, что определение пива обозначено в специальном законе, а понятие энергетического напитка нет, так как регламент на безалкогольную продукцию еще не принят.

Источник: *Газета.Ру*

Программа "Анонимные Алкоголики" помогает выздороветь за счет развития духовности

Согласно данным нового исследования, проведенного учеными из Harvard Medical School и Massachusetts General Hospital (США), участие в программе "Анонимные Алкоголики" (АА) помогает повысить уровень духовности и снизить частоту и интенсивность употребления алкоголя. АА — это широко известная программа двенадцати шагов, которая помогает людям контролировать свою зависимость от алкоголя. Более глобальная цель программы — развитие духовности.

По данным исследования, у людей, участвующих в программе, действительно со временем возрастает духовность, что ведет к более благоприятному исходу заболевания и более частому выздоровлению. Эти результаты означают, что духовность — самый важный фактор, влияющий на вероятность выздоровления от алкогольной зависимости.

Любую зависимость, алкогольную или наркотическую, крайне трудно побороть. Общество АА всегда подчеркивало, что духовность является важнейшим фактором в выздоровлении от зависимости, однако никаких доказательств этого не было, поэтому данную позицию часто критиковали.

Новое исследование показало, что духовность участников программы возрастает по мере того, как они посещают собрания, особенно у людей, изначально имевших низкий уровень духовности. John F. Kelly, главный автор исследования, говорит, что духовность — важный, но не единственный аспект в работе АА. "Я слышал, что люди называют АА чересчур духовными и в то же время их же называют недостаточно духовными. Хотя духовность — не единственный метод работы АА, я думаю, что отчасти его эффективность связана все-таки с развитием духовности", — говорит John F. Kelly. В исследовании участвовали более 1500 взрослых людей, посещающих АА. Данные об их состоянии регистрировали спустя 3, 9, 12 и 15 мес. участия в программе. "Кроме развития духовности, участие в программе помогает выздороветь за счет изменения круга общения, улучшения личных навыков борьбы с проблемами, мотивации для воздержания алкоголя, снижения уровня депрессии и улучшения психологического самочувствия", — говорит автор исследования.

Источник: *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*

”Вещизм” помогает отвлечься от насущных проблем

То, как люди относятся к своим вещам, будь то автомобили, компьютеры или украшения, часто похоже на любовь. К таким выводам пришли исследователи Университета штата Аризона и Техасского христианского университета (США), опросив автолюбителей, мужчин и женщин в возрасте 19—68 лет. Оказалось, что потребители, которые испытывают особую привязанность к своей машине, взамен названия марки часто дают имена автомобилям, схожие с кличками домашних животных, а некоторые даже используют свои увлечения теми или иными вещами для устранения боли и разочарования в романтической жизни. Психологи полагают, что таким образом часто люди становятся увлеченными коллекционерами, которые дорожат собранными предметами. Такой ”вещизм” в некоторых случаях помогает уменьшить негативные последствия социальной изоляции и одиночества и повысить уровень благосостояния, особенно если их рассматривать по отношению к менее желательным альтернативным привязанностям, таким, как наркотики, антидепрессанты и лекарства — говорят специалисты. Инвестирование времени и денег в свои любимые предметы и понимание их деталей также помогает людям отвлечься от насущных проблем — заметили эксперты.

Источник: MIGnews.com

Мед поможет справиться с похмельем

Британские ученые из Королевского химического общества считают, что мед помогает организму расщеплять алкоголь на побочные продукты и способствует выведению из организма токсинов, образовавшихся в результате излишнего выпитого. Основной активный ингредиент меда — фруктоза, которая позволяет организму легче расщеплять алкоголь на безопасные побочные продукты. А именно, фруктоза превращает образующийся в организме под воздействием алкоголя токсичный ацетальдегид в уксусную кислоту, которая затем сжигается во время обычного процесса метаболизма. Кроме того, мед содержит калий и натрий, способствующие скорейшей переработке и выводу алкоголя из организма. Более того, если вы все еще в состоянии не забыть после вечеринки про спасительный мед, то его стоит запить большим стаканом чистой воды, чтобы избежать обезвоживания.

Источник: MIGnews.com

Курильщикам труднее отказаться от сигарет с ментолом

Сигареты с ментолом могут затруднить попытку бросить курить, особенно среди молодых людей — обнаружили специалисты Пенсильванского университета (США). Ментол — это соединение, извлеченное из мяты или производимое синтетически, которое активирует нейроны в нервной системе, отвечающие за чувство холода. Сигареты с ментолом составляют около 25% табачного рынка, но их предпочитают определенные подгруппы курильщиков, в том числе около половины подростков и 80% афроамериканцев. Установлено, что сигареты с ментолом имеют более высокий уровень окиси углерода, никотина и котинина на одну сигарету, чем обычные сигареты. Охлаждающий эффект таких сигарет позволяет вдыхать больше никотина на сигарету и стать более зависимым. По сути, это помогает легче втягивать в легкие токсичные вещества из сигареты — говорят эксперты. Ментол в сигаретах делает дым менее суровым, тем самым курильщики могут поглощать больше никотина за затяжку. Таким образом от сигарет с ментолом труднее отказаться — утверждают исследователи.

Источник: Ami-tass.ru

Материалы заседания государственного антинаркотического комитета

21 декабря 2010 г. под председательством директора ФСКН России Виктора Иванова состоялось очередное заседание Государственного антинаркотического комитета. В его работе принял участие Патриарх Московский и Всея Руси Кирилл. На заседании председатель Государственного антинаркотического комитета Виктор Иванов и Патриарх Московский и Всея Руси Кирилл подписали Соглашение о взаимодействии между Государственным антинаркотическим комитетом и Русской Православной Церковью. Соглашением созданы управленческие механизмы по обеспечению эффективного церковно-государственного сотрудничества. В фундамент данного Соглашения были заложены положения из Основ социальной концепции РПЦ, принятых Архиерейским собором в 2000 г.: «С пастырским состраданием относиться к жертвам пьянства и наркомании, Церковь предлагает им духовную поддержку в преодолении порока. Не отрицая необходимости медицинской помощи на острых стадиях наркомании, Церковь уделяет особое внимание профилактике и реабилитации, наиболее эффективных при сознательном вовлечении страждущих в евхаристическую и общинную жизнь». Соглашение предполагает церковно-государственное сотрудничество в сфере профилактики и реабилитации, взаимодействия с православными социальными службами, духовно-нравственного и патриотического воспитания молодежи, благотворительности, добровольческого движения, поддержки групп самопомощи больных наркоманией при православных приходах.

Потребность российского общества в услугах по реабилитации больных наркоманией на 2—3 порядка превышает текущий объем государственной реабилитационной помощи. Поэтому одной из базовых задач, определенных Стратегией государственной антинаркотической политики, утвержденной Указом Президента Российской Федерации от 9 июня 2010 г. № 690, является развитие сотрудничества с общественными объединениями и религиозными организациями, которые занимаются социальной помощью наркозависимым.

Первоочередной задачей в рамках Соглашения станет развитие реабилитационных центров при Русской Православной Церкви, которые станут частью федеральной системы реабилитационных центров в Российской Федерации.

С середины 90-х годов XX века Церковь принимает участие в помощи наркозависимым и их родственникам. В Московской, Ленинградской, Ивановской, Новосибирской, Ростовской областях, в Ставро-

польском крае и во многих других регионах действуют более двух десятков церковных центров реабилитации. Эти центры обладают уникальным опытом возвращения в общество тяжелейших больных с зависимостью от психоактивных веществ. Эффективность ресоциализации в них достигает 85%.

Для финансирования мероприятий в сфере профилактики немедицинского потребления наркотиков и реабилитации лиц, потребляющих наркотики, Соглашением предусмотрено создание целевого благотворительного фонда при поддержке Государственного антинаркотического комитета.

В его деятельности примет участие Координационный центр по противодействию наркомании при Синодальном отделе по церковной благотворительности и социальному служению. Центр уже разрабатывает методические и концептуальные документы по реабилитации для всех церковных организаций. Началась работа по созданию интерактивной базы данных о реабилитационных центрах под патронажем Русской Православной Церкви.

**Соглашение
о взаимодействии между
Государственным антинаркотическим комитетом
и Русской Православной Церковью**

Государственный антинаркотический комитет в лице Председателя Иванова Виктора Петровича, действующего на основании Положения о Государственном антинаркотическом комитете, утвержденного Указом Президента Российской Федерации от 18 октября 2007 г. № 1374, с одной стороны, и Религиозная организация «Русская Православная Церковь» (Московский Патриархат), именуемая далее Русская Православная Церковь, в лице Патриарха Московского и всея Руси Кирилла, действующего на основании Устава Русской Православной Церкви, принятого Архиерейским Собором 16 августа 2000 г., с другой стороны, именуемые в дальнейшем Стороны:

руководствуясь Федеральным законом от 26 сентября 1997 г. № 125-ФЗ «О свободе совести и о религиозных объединениях», Стратегией государственной антинаркотической политики Российской Федерации до 2020 года, утвержденной Указом Президента Российской Федерации от 9 июня 2010 г. № 690, иными нормативными правовыми актами Российской Федерации,

с учетом гарантированного каждому Конституцией Российской Федерации права на свободу совести, свободу вероисповедания,

в целях возрождения духовных традиций социального служения,

исходя из целесообразности объединения усилий в сфере профилактики немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ (далее — наркотики) и реабилитации лиц, потребляющих наркотики,

принимая во внимание многолетние традиции и опыт Русской Православной Церкви в сфере социального служения, а также возможности религиозных организаций по оказанию социальной, медико-социальной, духовной и иной помощи больным наркоманией и их близким,

учитывая имеющийся положительный опыт взаимодействия организаций Русской Православной Церкви с государственными органами и организациями,

признавая сферу социальной помощи и поддержки граждан областью сотрудничества федеральных органов государственной власти, органов государственной власти субъектов Российской Федерации и Русской Православной Церкви,

стремясь к привлечению широких слоев населения к участию в делах милосердия и благотворительности, заключили настоящее Соглашение о нижеследующем:

Статья 1

Стороны осуществляют сотрудничество в сфере профилактики немедицинского потребления наркотиков и реабилитации лиц, потребляющих наркотики, включая социальное, медико-социальное обслуживание, реабилитацию, развитие благотворительности, духовно-нравственное воспитание, а также иных сферах, представляющих взаимный интерес, в том числе по вопросам:

- организации и проведения мероприятий по профилактике немедицинского потребления наркотиков;
- просветительской деятельности в области профилактики наркопотребления;
- благотворительности, добровольческого движения и организации общественной помощи больным наркоманией;
- пропаганды здорового образа жизни;
- духовно-нравственного и патриотического воспитания молодежи;
- реабилитации и постреабилитационного сопровождения больных наркоманией и лиц, потребляющих наркотики;
- оказания психосоциальной и духовно-нравственной реабилитации, помощи и поддержки больным наркоманией и наркозависимым, нуждающимся в комплексной (психологической, социальной, медицинской) реабилитации, а также их близким родственникам;
- содействия развитию реабилитационных организаций, создаваемых в целях оказания реабилитационной помощи больным наркоманией;
- поддержки деятельности существующих и вновь создаваемых при участии религиозных организаций Русской Православной Церкви групп самопомощи больных наркоманией и лиц, потребляющих наркотики;
- содействия в организации профессиональной подготовки и переподготовки социальных работников и специалистов в сфере профилактики немедицинского потребления наркотиков и реабилитации лиц, потребляющих наркотики, разработки и реализации образовательных программ в этой области;
- расширения взаимодействия с православными социальными службами;
- реализации мероприятий, посвященных проведению Международного дня борьбы со злоупотреблением наркотическими средствами и их незаконным оборотом;

• развития форм и методов реабилитации больных наркоманией, новых форм и видов психологической и социальной помощи указанным лицам и их близким с участием Русской Православной Церкви, религиозных организаций, входящих в ее иерархическую структуру, а также созданных ими некоммерческих организаций.

Статья 2

Основными направлениями сотрудничества Стороны признают:

- разработку мер, направленных на развитие оказания реабилитационных услуг, предоставляемых на государственном, региональном и муниципальном уровнях;
- взаимодействие Государственного антинаркотического комитета, антинаркотических комиссий в субъектах Российской Федерации с организациями социального обслуживания и иными некоммерческими организациями, учрежденными религиозными организациями Русской Православной Церкви, в сфере профилактики немедицинского потребления наркотиков, социальной реабилитации лиц, потребляющих наркотики, и их последующей реинтеграции (ресоциализации) в обществе;
- создание интерактивной базы данных обо всех негосударственных реабилитационных центрах под патронажем Русской Православной Церкви на территории Российской Федерации и предоставление открытого доступа к ней на информационной странице Государственного антинаркотического комитета, официальном сайте Федеральной службы Российской Федерации по контролю за оборотом наркотиков в сети Интернет и на интернет-сайтах Русской Православной Церкви и религиозных организаций, входящих в ее иерархическую структуру;
- проведение мероприятий, способствующих распространению опыта Русской Православной Церкви по профилактике наркомании и реабилитации лиц, потребляющих наркотики;
- создание при поддержке Государственного антинаркотического комитета благотворительного фонда с целью обеспечения финансовой поддержки мероприятий в сфере профилактики немедицинского потребления наркотиков и реабилитации лиц, потребляющих наркотики;
- совместную разработку и реализацию социально значимых программ в сфере профилактики немедицинского потребления наркотиков и реабилитации лиц, потребляющих наркотики;
- оказание содействия развитию благотворительности, дел милосердия и социального служения Русской Православной Церкви в рамках настоящего Соглашения;
- иные направления, представляющие взаимный интерес в рамках настоящего Соглашения.

Статья 3

Формами сотрудничества в рамках настоящего Соглашения являются:

- объединение усилий и осуществление поддержки деятельности каждой из Сторон в реализации настоящего Соглашения;
- разработка и реализация совместных программ, планов мероприятий по вопросам, относящимся к сфере действия настоящего Соглашения;
- организация совместной информационно-просветительской деятельности среди подростков и молодежи, направленной на духовно-нравственное становление и развитие личности и профилактику девиантного поведения;
- проведение совместных мероприятий и акций, в том числе благотворительного характера, относящихся к сфере действия настоящего Соглашения;
- обмен в установленном законодательством порядке информацией для координации деятельности в рамках настоящего Соглашения;
- анализ результатов сотрудничества, подготовка рекомендаций и методических материалов по распространению положительного опыта работы, предложений по развитию новых форм и видов совместной деятельности;
- создание совместных рабочих групп, осуществляющих свою деятельность на постоянной или временной основе в рамках реализации настоящего Соглашения, в том числе в целях разработки представляющих взаимный интерес проектов законодательных и иных нормативных правовых актов Российской Федерации, а также оценки законопроектов и проектов иных нормативных правовых актов Российской Федерации, касающихся общественно значимых социальных проблем в сфере профилактики немедицинского потребления наркотиков и реабилитации лиц, потребляющих наркотики;
- создание постоянно действующей совместной рабочей группы, осуществляющей текущее руководство в сфере реализации настоящего Соглашения, возглавляемой двумя сопредседателями и имеющей в составе равное число представителей обеих Сторон;
- подготовка и издание печатных материалов, размещение информации по вопросам, касающимся реализации положений настоящего Соглашения, на информационной странице Государственного антинаркотического комитета, официальном сайте Федеральной службы Российской Федерации по контролю за оборотом наркотиков в сети Интернет и на интернет-сайтах Русской Православной Церкви и входящих в ее иерархическую структуру религиозных организаций;
- организация и проведение конференций, форумов, семинаров, совещаний, круглых столов и других

мероприятий по вопросам, отнесенным к сфере действия настоящего Соглашения;

- совместная разработка и реализация программ, направленных на развитие системы профессиональной подготовки кадров (сотрудников реабилитационных центров, психологов, социальных работников, специалистов по социальной работе), вовлеченных в оказание реабилитационной помощи больным наркоманией, лицам, потребляющим наркотики, и в реализацию профилактических программ;
- поддержка социально ориентированных некоммерческих организаций, осуществляющих деятельность в сфере профилактики немедицинского потребления наркотиков и реабилитации лиц, потребляющих наркотики;
- иные формы сотрудничества.

Статья 4

Сотрудничество Сторон в рамках настоящего Соглашения осуществляется на безвозмездной основе.

Статья 5

Настоящее Соглашение вступает в силу с момента подписания обеими Сторонами.

Действие настоящего Соглашения может быть прекращено по инициативе любой из Сторон при

условии письменного уведомления другой Стороны не позднее чем за три месяца до даты прекращения действия настоящего Соглашения.

Прекращение действия настоящего Соглашения не является основанием прекращения осуществления реализуемых в соответствии с ним проектов или договоренностей Сторон, достигнутых в период действия Соглашения.

Все дополнения и изменения к настоящему Соглашению оформляются в виде дополнительных соглашений и являются неотъемлемой частью настоящего Соглашения с момента подписания Сторонами.

Все спорные вопросы, которые могут возникнуть при выполнении настоящего Соглашения, Стороны разрешают путем консультаций.

Настоящее Соглашение составлено в двух экземплярах, имеющих одинаковую силу, по одному экземпляру для каждой из Сторон.

Русская Православная Церковь
Патриарх Московский и всея Руси Кирилл

Государственный антинаркотический комитет
Председатель В.П. Иванов

Задача номер один — защитить российскую молодежь от наркотиков

ИВАНОВ В.П.

председатель Государственного антинаркотического комитета,
директор Федеральной службы Российской Федерации по контролю за оборотом наркотиков, Москва

21 декабря 2010 г. в Москве в Зале заседаний Коллегии ФСКН России председатель Государственного антинаркотического комитета, директор Федеральной службы России по контролю за оборотом наркотиков В.П.Иванов и Святейший Патриарх Московский и всея Руси Кирилл подписали Соглашение о взаимодействии между Государственным антинаркотическим комитетом и Русской Православной Церковью. Предлагаем вашему вниманию выступление директора Федеральной службы Российской Федерации по контролю за оборотом наркотиков Виктора Петровича Иванова.

Уважаемые коллеги!

Сегодня заседание Государственного антинаркотического комитета происходит в уникальном формате — совместно с предстоятелем Русской Православной Церкви его святейшеством Патриархом Московским и Всея Руси.

Ваше Святейшество!

Я благодарю Вас за оказанную нам честь.

В целом уходящий 2010 г. стал для нас особенным на антинаркотическом направлении.

9 июня Президент России Дмитрий Анатольевич Медведев своим указом утвердил Стратегию государственной антинаркотической политики до 2020 г.

11 ноября Председателем Правительства России Владимиром Владимировичем Путиным утвержден перечень государственных программ Российской Федерации, в число которых вошла государственная программа «Противодействие незаконному обороту наркотиков».

А сегодня произойдет важное событие — Государственный антинаркотический комитет и Русская Православная Церковь подпишут соглашение о взаимной помощи.

Ваше Святейшество! Уважаемые коллеги!

Столь высокое внимание к проблеме наркомании руководства страны и Русской Православной Церкви убедительно свидетельствуют о крайней остроте ситуации.

В связи с этим хотел бы обозначить некоторые аспекты наркопроблемы, и прежде всего в ее духовном измерении.

Основой духовной жизни большинства граждан нашей страны является Русская Православная Церковь. Наркомания же предстает в обществе как явление слома базовых ценностей, имеющее не только медицинскую или социальную, но и, прежде всего, духовную природу. Наркоман, полностью понимая ждущие его последствия, упорно каждодневно разрушает себя, свою личность. Фактически, перед нами

— сознательный отказ жить. Более того — это и преднамеренное и целенаправленное втягивание в смерть своих близких. По статистике — от 3 до 5 чел. ежегодно.

Бывая на кладбище, вновь и вновь обращаешь внимание на непомерно большое количество могил совсем молодых людей.

Проведенный Государственным антинаркотическим комитетом в последние полгода мониторинг с обследованием более 200 городов, к великому сожалению, подтвердил эти впечатления и свидетельствует о поистине апокалиптических масштабах наркотрагедии в стране: из 130 тыс. ежегодно умирающих в России молодых людей в возрастном сегменте от 15 до 35 лет подавляющая часть — порядка 100 тыс. чел. — умирает по причинам, связанным с употреблением наркотиков.

Российскую молодежь нужно и можно сохранить и защитить от наркотиков. Именно такая задача сформулирована в Послании Президента России Дмитрия Анатольевича Медведева Федеральному Собранию: «26 млн детей и подростков, живущих в нашей стране, должны полноценно развиваться, расти здоровыми и счастливыми, стать ее достойными гражданами. Это задача номер один для всех нас».

Предпринимаемые правоохранительными органами меры, безусловно, предотвращают развитие еще более страшного пессимистического сценария. В то же время кардинального улучшения не происходит ввиду сформировавшегося за последние 20 лет спроса на наркотики.

Совершенно очевидно, что исключительно полицейскими мерами, а только за 5 лет к уголовной ответственности привлечено полмиллиона наших сограждан, а в городах от 30 до 50% всех судебных решений принимаются по делам о наркотиках — проблему только полицейскими мерами не решить.

Разумеется, значимость полицейской работы не снижается, а только усиливается. Она включает в себя и разрушение инфраструктуры наркобизнеса внут-

ри страны, и антинаркотическую дипломатию и международное сотрудничество, особенно на афганском направлении, ставшем стержнем, фундаментом наркотрагедии в нашей стране.

С другой стороны, одновременно необходима целенаправленная системная работа по сокращению спроса на наркотики с упором не только на лечение, но и прежде всего на социальную реабилитацию и реинтеграцию больных наркоманией. Именно на это и будет нацелена наша совместная работа с Русской Православной Церковью.

Что касается лечения и реабилитации, государство и общество явно пробуксовывают. Потребности российского общества в услугах по реабилитации больных наркоманией в сотни раз превышают имеющиеся в государстве возможности предоставления реабилитационной помощи. Поэтому одной из базовых задач, определенных Стратегией государственной антинаркотической политики, является развитие сотрудничества с общественными объединениями и религиозными организациями, которые занимаются социальной помощью наркозависимым.

Значительный сегмент таких негосударственных организаций, и, что особенно отрадно, подвижнические усилия Русской Православной Церкви демонстрируют зримую результативность в вопросе возвращения в социум ранее страдавших недугом наркомании людей.

Потенциал нашего взаимодействия огромен. Русская Православная Церковь является признанным духовным лидером, словом и делом несущим людям веру и глубокое понимание их божественного начала. И это делает ее важнейшим партнером государства в борьбе с наркоманией в обществе. Уровень доверия населения к Церкви высок. Православие может дать полноценную общинную жизнь, где будет происходить мотивация на излечение и оказываться постоянная поддержка больному наркоманией.

Русская Православная Церковь является часто единственным спасением для людей, попавших в зависимость от наркотиков. Существующие центры по реабилитации при храмах и монастырях — а их в стране 25 — позволяют сотням больных наркоманией восстанавливать свое здоровье и навыки жизни в социуме. Эти центры обладают уникальным опытом возвращения в общество тяжелейших больных с зависимостью от психоактивных веществ. Эффективность ресоциализации в них достигает 85%. Столь высокий результат достигается именно за счет того, что Церковь занимается не лечением в медицинском смысле, а социальной реабилитацией, духовным возрождением личности. И мы, Ваше Святейшество, заинтересованы, чтобы таких центров было как можно больше.

Хочу выделить три основных направления нашей совместной работы — это профилактика наркомании, расширение социальной помощи больным наркоманией и развитие культуры благотворительности и волонтерства в российском обществе.

Говоря о профилактике наркомании, мы имеем в виду необходимость формирования у человека, начиная с детского возраста, устойчивого мировоззрения, отражающего систему истинных, а не мнимых ценностей, и понимания своего места в обществе. Активный и ответственный человек будет успешен в жизни и не выберет наркотики, чтобы убежать от несостоявшихся ожиданий.

Социальная помощь, реабилитация необходимы людям, чья жизнь была сломлена наркоманией. Поэтому нашей приоритетной задачей в рамках Соглашения является развитие реабилитационных центров при Русской Православной Церкви, которые станут заметной частью системы оздоровления российского общества.

Полагаю, уверен, что эта деятельность должна быть поддержана как федеральным центром, так и субъектами Российской Федерации.

Считаю целесообразным обсудить с главами регионов комплекс практических мероприятий по развитию на их территориях системы социальной реабилитации и реинтеграции, которая должна стать частью поддержанной Правительством государственной программы России «Противодействие незаконному обороту наркотиков».

Однако еще до начала реализации госпрограммы необходимо принятие ряда безотлагательных мер для повышения объема и качества реабилитационной помощи, имея ввиду, в первую очередь, ее стандартизацию и нормативное закрепление, что позволит мобилизовать потенциал как Русской Православной Церкви, так и всего гражданского общества на решение этой актуальной проблемы.

Благотворительность и волонтерство в российском обществе находятся пока в начале своего развития. Эта культура отражает объем личной ответственности каждого гражданина за состояние общества вокруг него.

Нашим соглашением предусмотрено создание целевого благотворительного фонда антинаркотической деятельности. Этот фонд станет инструментом финансирования и стимулирования мероприятий в сфере профилактики и реабилитации лиц, потребляющих наркотики.

Для развития сотрудничества с Русской Православной Церковью на всех уровнях прошу Ваше Святейшество благословить уполномоченных Вами лиц для работы в составе антинаркотических комиссий в субъектах Российской Федерации.

Еще раз хочу поблагодарить Ваше Святейшество за участие в сегодняшнем заседании.

Благодарю за внимание!

Слово Святейшего Патриарха Кирилла на церемонии подписания соглашения между Государственным антинаркотическим комитетом и Русской Православной Церковью

21 декабря 2010 г. в Москве в Зале заседаний Коллегии ФСКН России председатель Государственного антинаркотического комитета, директор Федеральной службы России по контролю за оборотом наркотиков В. П. Иванов и Святейший Патриарх Московский и всея Руси Кирилл подписали Соглашение о взаимодействии между Государственным антинаркотическим комитетом и Русской Православной Церковью. Перед подписанием документа Святейший Владыка обратился к собравшимся со словом, посвященным деятельности Русской Церкви в области профилактики наркомагии и реабилитации наркозависимых.

Хочу сердечно приветствовать всех участников этого заседания и выразить глубокое удовлетворение тем, что мы имеем возможность встретиться и поговорить на тему, которая касается наиболее грозной, на мой взгляд, опасности, угрожающей сегодня обществу.

Не буду злоупотреблять вашим временем и говорить о статистике — наверное, многие из вас знают эти данные лучше, чем я. Но меня совершенно потрясли две цифры. Первая — это совокупный доход от наркоторговли и наркотрафика, который составляет более 500 млрд долларов в год на всем нашем земном шаре. Это сопоставимо с доходами, которые человеческая цивилизация извлекает из продажи углеводородов, и почти в 2 раза превышает доходы, которые человечество получает от автомобильной промышленности. Таким образом, речь идет о самой доходной части мировой экономики, если можно говорить о наркоторговле и наркотрафике как о части экономики.

Что же происходит в результате? А в результате умирают люди. Количество людей, погибающих от употребления наркотиков, несоизмеримо с количеством людей, гибнущих от рук террористов. Но на терроризм сегодня нацелено все внимание мирового сообщества, национальных правительств — в то самое время, когда от употребления наркотиков людей погибает в разы больше. Виктор Петрович озвучил сейчас страшную цифру — больше ста тысяч наших соотечественников в расцвете лет погибают от наркотиков. Вспомним, как советское общество некогда потрясли впервые озвученные данные о потерях в афганской войне — 15 тыс. за все годы ведения военных действий. А сейчас 100 тыс. гибнут от употребления наркотиков ежегодно. Конечно, нужно бить во все колокола, и я хотел бы выразить благодарность Вам, Виктор Петрович, и Вашим коллегам за то, что именно в последние годы, на мой взгляд, работа по

преодолению этого страшного зла перешла на качественно иной уровень.

Я хотел бы также сказать о том, что Русская Православная Церковь в лице священнослужителей и мирян уже с середины 90-х годов XX века принимает активное участие в помощи наркозависимым и их родственникам. На сегодняшний день во многих епархиях существуют реабилитационные центры — согласно моим данным, у нас их 30 (может быть, некоторые из них еще не зарегистрированы) — это на порядок больше, чем государственных. Русская Церковь, вступив в эту работу, вкладывает в нее значительные ресурсы, и скажу вам откровенно, что делать это очень непросто, потому что сегодня перед нами стоит огромное количество и других задач — очень важных, судьбоносных для страны, для народа, для Церкви. Это вопросы, связанные с воспитанием, с образованием, с возрождением церковной культуры, с возрождением церковных памятников. Я мог бы продолжать этот перечень: это и информационная деятельность, и многое другое, во что нужно вкладывать и силы, и средства — интеллектуальные, духовные, материальные, чтобы постараться переломить те негативные тенденции, которые проявляются сегодня в духовной жизни наших современников.

То, что сегодня происходит на улицах Москвы, нас шокирует. Но ведь у всего происходящего есть глубочайшие причины, лежащие на уровне человеческого сознания, человеческого сердца. Мы не сможем решить важных задач, связанных с обустройством страны, с устойчивым развитием России, если мы не изменим человеческого сознания, если мы не воспитаем духовно сильных, здоровых людей, любящих свое Отечество, уважающих другого человека, способных к солидарным действиям. Всем этим сегодня занимается Русская Церковь, и, совершая этот огромный труд, мы с особым вниманием относимся к теме, о которой сегодня здесь говорим.

Несмотря на очень ограниченные материальные ресурсы, церковные структуры, сознавая важность работы по реабилитации наркозависимых, могут существовать как независимая система и даже расширять свою деятельность. Но возникает вопрос о том, насколько это целесообразно. Полагаю, что мы должны идти по пути координации усилий Церкви и государства, потому что в церковной сфере работы с наркозависимыми нет того, что есть в государственной сфере. В государственной сфере акцент делается на медицинский фактор — это то, чем реально располагает государство: врачами, квалифицированным персоналом. А Церковь не располагает ни врачами, ни квалифицированным персоналом — она занимается не столько медицинским излечением, сколько психологической, духовной реабилитацией, восстановлением системы ценностей в сознании вчерашнего наркомана. Ввести человека с разрушенной психикой, полностью дезориентированного нравственно, духовно и мировоззренчески, в систему ценностей — именно этим занимается Церковь. Тяжелая работа, но у Церкви есть специфические средства, которые она употребляет.

В конце концов, наркомания — это и болезнь, и грех, как и каждая болезнь есть отражение некоего беспорядка, нарушения Божьего плана о мире и человеке. В каком-то смысле каждая болезнь является следствием греха, но в наркомании, как и в алкоголизме, эти следствия особенно очевидны. Поэтому Церковь и употребляет присущие ей способы и средства воздействия на духовную жизнь человека, чтобы закрепить в нем те положительные перемены, которые были достигнуты медикаментозно или путем иных медицинских технологий.

Поэтому я предложил бы сделать особый акцент на сотрудничестве в сфере, где медицинский фактор может сочетаться с фактором духовной реабилитации. Я хотел бы выразить благодарность Вам, Виктор Петрович, за то, что Вы отметили высокий процент людей, которые получают исцеление в церковных реабилитационных центрах. Как человек, призванный говорить от лица Церкви, я хотел бы, вне зависимости от убеждений здесь присутствующих, сказать, что все это достигается не только нашими скромными человеческими усилиями. Это достигается силой Божьей. Как человек не может освободиться от греха самостоятельно, но только благодатью Божьей, так и человек, даже очень сильный, не в состоянии сам освободиться от наркозависимости. Но когда молитвой, аскетическим деланием, духовным подвигом привлекается Божественная сила, тогда человек получает исцеление.

Сегодня мы очень серьезно нацелены на расширение нашей работы с наркозависимыми. В настоящее

время уже подготовлен проект концепции Русской Православной Церкви по реабилитации наркозависимых. Это солидный теоретический документ, который был разработан Межсоборным присутствием Русской Православной Церкви — постоянно действующим органом, который подготавливает соборные решения; и мы надеемся, что эта концепция будет принята одним из Соборов Русской Православной Церкви. Не могу сказать, произойдет ли это на будущий год или, может быть, несколько позже; хотя мне хотелось бы ввести эту концепцию в действие как можно скорее. Хотел бы попросить Вас, Виктор Петрович, чтобы Ваши профессионалы посмотрели этот документ, пока он находится в стадии обсуждения. Мы были бы благодарны за любую коррекцию, которую Вы сочли бы возможной сделать.

При Синодальном отделе по церковной благотворительности и социальному служению создан специальный координационный центр, который призван взаимодействовать со всеми церковными реабилитационными центрами на всей канонической территории Русской Православной Церкви. Очень надеюсь, что в результате деятельности этого координационного органа увеличится количество реабилитационных центров, повысится уровень их взаимодействия, а также усилится взаимодействие с соответствующими государственными учреждениями.

Русская Православная Церковь считает приоритетным развитие сотрудничества с Государственным антинаркотическим комитетом, Министерством здравоохранения и социального развития, Федеральной службой по контролю за оборотом наркотиков, Министерством образования и науки, Государственной наркологической службой, Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека. Мы считаем эти организации нашими стратегическими партнерами в сфере работы по преодолению наркотической зависимости.

Что касается соглашения о взаимодействии между Государственным антинаркотическим комитетом и Русской Православной Церковью, то я думаю, что в результате подписания и реализации положений этого документа мы могли бы более эффективно решать следующие задачи:

- лечение, реабилитация и постреабилитационное сопровождение людей, страдающих наркотической зависимостью;
- развитие сети учреждений по реабилитации больных наркоманией, созданных Русской Православной Церковью, ее каноническими подразделениями, либо с их участием. Мы открыты к тому, чтобы создавать новые реабилитационные центры не исключительно на церковной основе, но с привлечением общественных организаций, юридических и физических

лиц. Полагаю, что чем шире будет фронт взаимодействия, тем эффективнее мы сможем работать;

- организация системы подготовки и переподготовки священнослужителей, а также церковных социальных работников, занимающихся проблемой наркомании. На Архиерейском совещании, которое состоялось в феврале 2010 г. в Москве, было принято решение о том, что отныне православный приход будет включать в себя не только священника, диакона, регента, псаломщика, но и — в обязательном порядке — социального работника, молодежного руководителя и педагога. Эти люди будут включены в штат прихода. Мы уже приступили к этой работе. Совершенно очевидно, что более чем в 30 тыс. приходов Русской Православной Церкви не могут одновременно появиться эти работники — тогда нам нужно было бы привлечь армию в 100 тыс. чел. Для того чтобы это произошло, нужно подготовить людей. Но уже сейчас мы начали подготовку специалистов на одном из факультетов Православного Свято-Тихоновского университета в городе Москве, а также в ряде других учреждений. Многие из социальных работников, которые будут работать в приходах, получают специальную подготовку по работе с наркозависимыми;

- проведение конференций, семинаров, круглых столов и иных совещательных мероприятий, посредством которых можно было бы обмениваться информацией, достигая большей координации в совместных действиях;

- проведение общенациональных благотворительных акций антинаркотической направленности;

- создание благотворительных фондов с целью обеспечения финансовой поддержки проводимых Церковью мероприятий по профилактике употребления наркотиков и реабилитации наркозависимых лиц;

- создание рабочих групп в целях разработки представляющих взаимный интерес проектов законов и иных нормативно-правовых актов, касающихся проблем наркомании.

Я перечислил лишь несколько направлений работы, которая может быть с успехом осуществлена после подписания нашего соглашения, потому что этот документ закладывает реальную основу прочного взаимодействия.

Благодарю вас за внимание.

Совершенствование законодательства в сфере оборота наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров и противодействие их незаконному обороту

ЗИНОВЬЕВ В.В. зам. руководителя Международно-правового департамента ФСКН России —
начальник Договорно-правового управления, Москва; тел.: (495) 606-98-31

Вашему вниманию предлагается выступление заместителя руководителя Международно-правового департамента ФСКН России — начальника Договорно-правового управления Валерия Владимировича Зиновьева, состоявшееся в рамках проведенного 2 декабря 2010 г. в РИА «Новости» семинара «Разработка информационной антинаркотической стратегии».

Президентом Российской Федерации 9 июня 2010 г. утверждена Стратегия государственной антинаркотической политики Российской Федерации до 2020 г. Необходимость принятия Стратегии обусловлена динамикой изменений, происходящих в России и в мире, возникновением новых вызовов и угроз, связанных прежде всего с активизацией деятельности транснациональной преступности, усилением терроризма, экстремизма, появлением новых видов наркотических средств и психотропных веществ, усилением негативных тенденций, таких, как устойчивое сокращение численности населения России, в том числе уменьшение численности молодого трудоспособного населения вследствие расширения масштабов незаконного распространения наркотиков.

Генеральной целью Стратегии является существенное сокращение незаконного распространения и немедицинского потребления наркотиков, масштабов последствий их незаконного оборота для безопасности и здоровья личности, общества и государства. Достижение генеральной цели Стратегии предусматривается осуществлять на основе сбалансированного и обоснованного сочетания мер, в том числе по направлению совершенствования нормативно-правовой базы.

Так, Российской Федерацией реализуются меры, направленные на совершенствование законодательства в сфере оборота наркотиков и их прекурсоров и в области противодействия их незаконному обороту в целях охраны здоровья граждан, государственной и общественной безопасности.

В настоящее время в рамках совершенствования законодательства в сфере оборота наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров и противодействия их незаконному обороту усилия ФСКН России сосредоточены на следующих приоритетных направлениях.

1. В настоящее время существует проблема, которая заключается в недостаточной дифференциации

уголовной ответственности за преступления, связанные с незаконным оборотом наркотиков.

Так, в соответствии с действующим законодательством, для большинства наркотиков *особо крупным размером* является масса свыше 2,5 г.

Таким образом, ответственность за сбыт, например, 3 г героина аналогична ответственности за сбыт 10 кг этого же наркотика. В такой ситуации оптовые наркоторговцы по сути приравнены к мелким сбытчикам.

Для решения этой проблемы в целях обеспечения возможности назначения наказания, адекватного тяжести содеянного, предлагается заменить *двухступенчатую (крупный и особо крупный размеры)* систему дифференциации уголовной ответственности за совершение данных преступлений на *трехступенчатую (значительный, крупный и особо крупный размеры)*, значительно усилив при этом ответственность за совершение наркопреступлений в особо крупных размерах.

Введение новых квалифицирующих признаков в антинаркотические статьи Уголовного кодекса Российской Федерации также сопряжено с увеличением санкций и по иным составам преступлений, предусмотренных этими статьями.

В рамках введения трехзвенной системы ответственности за незаконный оборот наркотиков законопроектом предлагается установить дифференцированный подход и к ответственности за их *контрабанду* (а также за контрабанду их прекурсоров, включенных в таблицы I и II списка IV Перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации) в зависимости от количества незаконно перемещаемых средств и веществ, выделив указанные деяния в самостоятельный состав преступления.

Кроме того, представляется необходимым восполнить правовой пробел и установить, что *совершение преступления с использованием наркотических*

средств, а также психотропных и сильнодействующих веществ является обстоятельством,отягчающим наказание (ст. 63 УК России).

Также в целях подрыва экономических основ наркопреступности, необходимо ввести институт конфискации денежных средств, ценностей и иного имущества, полученного в результате совершения корыстных преступлений, связанных с нарушением правил оборота наркотиков (ст. 104.1 УК России).

В целях выполнения Российской Федерацией принятых на себя международных обязательств, связанных с ратификацией Конвенции Организации Объединенных Наций о борьбе против незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ 1988 г., требуется определить *повышенную ответственность за сбыт наркотиков или их аналогов в исправительном либо образовательном учреждении, на объектах спорта, а также в помещениях, используемых в сфере развлечения (досуга).*

В июле 2009 г. был принят федеральный закон, установивший принципиально новые подходы к вопросам оборота прекурсоров наркотических средств и психотропных веществ.

Последовательно реализуя государственную политику в области контроля за оборотом указанных веществ предлагается дополнить Уголовный кодекс новыми ст. 228³ «Незаконные изготовление, приобретение, хранение или перевозка прекурсоров наркотических средств и психотропных веществ» и 228⁴ «Незаконные производство, сбыт или пересылка прекурсоров наркотических средств и психотропных веществ», установив при этом ответственность за совершение указанных деяний (в отношении прекурсоров, включенных в таблицы I и II списка IV Перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, насчитывающие 8 и 31 вещество соответственно) только в крупном и особо крупном размерах.

Совершение аналогичных деяний *в небольших размерах* предлагается отнести к разряду административных деликтов путем дополнения Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях новой ст. 6.17 (Незаконные приобретение, хранение, перевозка, производство, сбыт или пересылка прекурсоров наркотических средств и психотропных веществ).

Одновременно по вопросу внесения изменений в указанный Кодекс необходимо отметить, что в настоящее время КоАП России за потребление наркотиков без назначения врача установлена административная ответственность в размере от пятисот до одной тысячи рублей либо административный арест на срок до пятнадцати суток. При этом за аналогичное правонарушение, совершенное в общественном месте,

действующим законодательством предусмотрены менее строгие санкции (административный штраф в размере от одной тысячи до одной тысячи пятисот рублей).

В целях установления повышенной ответственности за деяние, имеющее более высокую степень общественной опасности, предлагается дополнить ч. 3 ст. 20.20 КоАП России наказанием в виде административного ареста на срок до 15 суток.

Указанные предложения ФСКН России последовательно реализуются в проекте Федерального закона №400689-5 «О внесении изменений в Уголовный кодекс Российской Федерации, Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации и Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях».

2. Анализ оперативной обстановки убедительно свидетельствует об активном использовании иностранных граждан и лиц без гражданства (далее — мигранты) не только для доставки оптовых партий наркотиков, но и для их розничного распространения. Данное обстоятельство обуславливает наличие в отдельных регионах (Оренбургская, Саратовская, Нижегородская области, республики Башкортостан и Татарстан) мест временного хранения оптовых партий наркотиков, откуда и осуществляется его дальнейшее распространение по всей стране. Так, в 2008 г. из незаконного оборота правоохранительными органами изъято 33 т наркотиков. При этом основные изъятия произведены в глубине территории России.

В распространение наркотиков, как показал анализ оперативной обстановки, активно вовлекаются мигранты из Центрально-Азиатского региона, в основном граждане Таджикистана, Узбекистана и Киргизии, а из Кавказского региона — граждане Азербайджана. Въезжающие под видом гастарбайтеров, они, как правило, нигде не работают, тем не менее, свободно передвигаются по территории Российской Федерации. Кроме того, как правило, мигранты, вовлекающиеся в распространение наркотиков, зачастую сами являются их потребителями.

Результатом такого активного вовлечения мигрантов в распространение наркотиков, а также свободного их перемещения становится рост потребления наркотиков на территории Российской Федерации, что приводит к усугублению проблемы наркотизации общества и является серьезным фактором ухудшения демографической ситуации и разрушения генофонда нации.

Анализ противодействия распространению наркотиков приводит к однозначному выводу, что мер, предпринимаемых государством в отношении мигран-

тов, явно недостаточно. Нужны более эффективные меры, которые поставили бы реальный заслон на пути распространения наркотиков мигрантами.

В настоящее время процедура принятия решения о нежелательности пребывания (проживания) иностранного гражданина или лица без гражданства в Российской Федерации сложна и продолжительна по времени по сравнению с процедурой административного выдворения иностранных граждан или лиц без гражданства за совершение административных правонарушений.

Длительность принятия решения о нежелательности пребывания (проживания) иностранного гражданина или лица без гражданства в Российской Федерации приводит к тому, что решения, как правило, принимаются в отношении мигрантов, совершивших преступления, создающих угрозу обороноспособности или безопасности государства, либо общественному порядку, либо здоровью населения, в целях защиты основ конституционного строя, нравственности, прав и законных интересов других лиц.

Проведенный анализ законодательства Российской Федерации, регулирующего правоотношения в области противодействия незаконному обороту наркотиков, свидетельствует об отсутствии в установленной действующими нормативными правовыми актами такой эффективной в отношении мигрантов, занимающихся распространением наркотиков, меры, как их административное выдворение за пределы Российской Федерации.

Поэтому введение такой административной ответственности позволит повысить эффективность мер в сфере противодействия незаконному обороту наркотических средств и психотропных веществ, что повлечет за собой снижение криминогенной напряженности в ряде субъектов Российской Федерации — Оренбургской, Челябинской, Астраханской областях, примыкающих к российско-казахстанскому участку границы в частности и на территории Российской Федерации в целом.

Указанная инициатива реализуется ФСКН России в проекте Федерального закона №389633-5 «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросу административного выдворения иностранных граждан и лиц без гражданства, совершивших правонарушения, связанные с незаконным оборотом наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров», путем установления дополнительной административной ответственности иностранных граждан и лиц без гражданства, совершивших правонарушения, связанные с незаконным оборотом наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, в виде их выдворения за пределы Российской Федерации.

3. На сегодняшний день сотрудники ФСКН России столкнулись на практике с тем, что, как правило, преступления, предусмотренные ст. 232 УК России (*Организация либо содержание притонов для потребления наркотических средств или психотропных веществ*), совершенные организованной группой, крайне тяжело расследуются и в большинстве своем «разваливаются» в суде.

Проблема заключается в том, что, согласно ст. 35 УК России, преступление признается совершенным организованной группой, если оно совершено устойчивой группой лиц, заранее объединившихся для совершения одного или нескольких преступлений. Таким образом, для доказывания факта совершения указанного преступления организованной группой необходимо наличие двух признаков: предварительная договоренность и устойчивость.

Предварительная договоренность участников организованной группы представляет собой не просто согласование отдельных действий соучастников, а конкретизацию совершения преступлений, детализацию участия каждого соучастника, определение способов оптимального осуществления преступного замысла.

Устойчивость как признак организованной группы заключается в установлении между соучастниками тесных связей, неоднократности контактов для детализации и проработки будущих действий. Между соучастниками возникают особого рода отношения по взаимодействию в процессе совершения преступления.

В свою очередь, в соответствии со ст. 35 УК России, преступление признается совершенным группой лиц по предварительному сговору, если в нем участвовали лица, заранее договорившиеся о совместном совершении преступления.

Группа лиц по предварительному сговору характеризуется двумя признаками: участием только соисполнителей и наличием предварительного сговора. Иные же соучастники, такие, как организатор, подстрекатель или пособник, не выполнявшие одновременно функций соисполнителя, не входят в состав группы лиц по предварительному сговору.

Судебная практика понимает группу лиц по предварительному сговору именно как соисполнителей.

При этом логика квалификации преступления, совершенного организованной группой, прямо противоположна логике квалификации преступления, совершенного по предварительному сговору.

Так, если для квалификации преступления, совершенного группой лиц по предварительному сговору, необходимо первоначально найти не менее двух соисполнителей, то для квалификации преступления как совершенного организованной группой необходимо первоначально установить признаки организованной

группы (предварительная договоренность и устойчивость).

В связи с изложенным ФСКН России представляется необходимым дополнить ст. 232 УК России новым квалифицирующим составом — совершение преступления, предусмотренного ст. 232 Уголовного кодекса Российской Федерации, группой лиц по предварительному сговору, а также отнести расследование указанного преступления к подследственности органов по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ.

Реализация таких законодательных предложений позволит ФСКН России гораздо более эффективно бороться с деяниями, связанными с организацией либо содержанием притонов, доказывая совершение их группой лиц по предварительному сговору, а с учетом предполагаемой квалификации предлагать назначать таким лицам более строгое наказание.

4. Несмотря на предпринимаемые правоохранительными органами меры по борьбе с преступностью, количество совершаемых в Российской Федерации преступлений остается на достаточно высоком уровне.

Как свидетельствует официальная следственно-судебная практика, более половины регистрируемых в стране преступлений совершается в состоянии алкогольного, наркотического или иного опьянения.

При этом, в докладе Общественной Палаты Российской Федерации от 13 мая 2009 г. со ссылкой на пресс-службу МВД России отмечается, что около 80% убийств в России в момент совершения преступления находятся в нетрезвом состоянии.

Таким образом, приходится констатировать факт, что состояние опьянения — сегодня одна из важнейших причин высокого уровня преступности в нашей стране. Ежегодно сотни тысяч россиян совершают в состоянии алкогольного опьянения преступления, которые не собирались совершать или могли бы не совершить, будучи трезвыми: убийства, изнасилования, грабежи, разбои, кражи и тому подобное.

В сравнительно-правовом аспекте необходимо отметить, что в уголовных кодексах ряда стран (Республика Беларусь, Украина, Литовская Республика, Эстонская Республика, Латвийская Республика, Республика Молдова, Республика Узбекистан, Республика Таджикистан, Республика Казахстан) состояние опьянения также рассматривается как обстоятельство, отягчающее наказание.

При этом, уголовным законодательством всех указанных стран суду предоставлено право в зависимости от характера и обстоятельств совершения преступления не признавать опьянение обстоятельством, отягчающим наказание.

Кроме того, аналогичные нормы, квалифицирующие состояния опьянения как обстоятельство, отягчающее ответственность, и устанавливающие право суда, органа или соответствующего должностного лица не признавать его таковым, присутствуют в Кодексе Российской Федерации об административных правонарушениях (п. 6 ч. 1 ст. 4.3 КоАП России).

ФСКН России решение данной проблемы видит путем дополнения ст. 63 УК России (*Обстоятельства, отягчающие наказание*) указанием на такое обстоятельство, отягчающее наказание, как совершение преступления против жизни и здоровья, половой неприкосновенности и половой свободы личности, общественной безопасности, здоровья населения и общественной нравственности в состоянии опьянения, вызванном употреблением алкоголя, наркотических средств или одурманивающих веществ. Одновременно предлагается наделить суд полномочиями не признавать данное обстоятельство отягчающим ответственность в зависимости от характера и обстоятельств совершения преступления.

5. Действующими положениями КоАП России медицинское освидетельствование на состояние опьянения установлено в качестве одной из мер обеспечения производства по делам об административных правонарушениях.

Вместе с тем, направление на медицинское освидетельствование на состояние опьянения предусмотрено только для лиц, которые управляют транспортными средствами и в отношении которых имеются достаточные основания полагать, что эти лица находятся в состоянии опьянения (ст. 27.12 КоАП России).

В настоящее время КоАП России не предусмотрено норм, предусматривающих направление на медицинское освидетельствование на состояние опьянения лиц, потребивших наркотические средства или психотропные вещества, а также находящихся в состоянии опьянения, и не являющихся участниками дорожного движения.

Учитывая социальную опасность, вызванную распространением наркомании, аморальностью нахождения в состоянии опьянения в общественных местах, а также в целях реализации ст. 6.9, 20.20 — 20.22 КоАП России представляется целесообразным: дополнить КоАП России новой ст. 27.12.1, определяющей порядок применения медицинского освидетельствования на состояние опьянения в качестве меры обеспечения производства по делам об административных правонарушениях, предусмотренных ст. 6.9, 20.20 — 20.22 КоАП России, а также определяющей порядок применения данной меры обеспечения в отношении лиц, которые управляют транспортными

средствами и в отношении которых имеются достаточные основания полагать, что эти лица находятся в состоянии опьянения, с исключением соответствующих положений из ст. 27.12 КоАП России.

С целью предупреждения уклонения от медицинского освидетельствования на состояние опьянения предлагается дополнить КоАП России новой статьей, устанавливающей административную ответственность за невыполнение законного требования о прохождении медицинского освидетельствования на состояние опьянения.

Данная инициатива реализуется в проекте федерального закона «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам медицинского освидетельствования на состояние опьянения».

6. Существующая в настоящее время проблема правового регулирования оборота прекурсоров, препятствующая обеспечению должного контроля за их разработкой, производством и использованием, позволяет транснациональным организованным преступным группировкам, действующим в сфере «наркобизнеса», получать сырье для нарколабораторий за счет его утечки из легального оборота.

Анализ ситуации, связанной с оборотом прекурсоров, а также нормативной правовой базы в указанной сфере, свидетельствует о необходимости введения дополнительных мер государственного контроля за их оборотом.

В настоящее время как в мире, так и в России продолжается перестройка наркорынка в сторону вытеснения традиционных наркотиков растительного происхождения высококонцентрированными препаратами синтетического происхождения, в частности стимуляторами амфетаминового ряда, прекурсором которых является легально производимый 1-фенил-2-пропанон (бензилметилкетон; далее — БМК), из 1 т которого можно незаконно изготовить до 700 кг метамfetamina, экстази и других наркотиков.

Так, за период 2004—2008 гг. в Российской Федерации сотрудниками правоохранительных органов изъято из незаконного оборота около 700 кг наркотиков амфетаминового ряда и пресечено 4 попытки контрабанды свыше 3600 кг БМК. При этом в 2009 г. пресечены контрабандные поставки более 2500 кг БМК.

Синтетические наркотики нелегально изготавливаются и на территории Российской Федерации.

Так, в 2008 г. выявлено 69 специально оборудованных лабораторий.

Вместе с тем, по информации Минпромторга России и Российского союза химиков, БМК в химической и иных отраслях промышленности Российской

Федерации не используется, не экспортируется, его производство не имеет промышленного значения и не влияет на экономику Российской Федерации. Однако в период с 2005 по 2009 гг. в Российской Федерации произведено 136 466 кг БМК.

На основании имеющейся информации, практически весь производимый в Российской Федерации БМК контрабандно поставлялся в страны Западной Европы, где использовался для незаконного изготовления таких синтетических наркотиков, как амфетамин и метамфетамин.

Поскольку объемы производства БМК на территории Российской Федерации значительны и способ изготовления синтетических наркотиков с его применением достаточно прост, незаконное перемещение БМК за границу порождает серьезные претензии мирового сообщества к Российской Федерации.

Для решения сложившейся ситуации ФСКН России подготовлен проект Федерального закона «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием контроля за оборотом наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров», который направлен на введение правового механизма запрета оборота некоторых прекурсоров, которые используются в криминальных целях, но не имеют промышленного значения (БМК).

7. Наркомания порождает и стимулирует многочисленные виды правонарушений. Человек в состоянии наркотического опьянения способен совершить преступление, на которое он бы не решился в других обстоятельствах. Поэтому чем больше людей попадают в наркотическую зависимость, тем опаснее становится общая криминогенная обстановка, тем выше поднимается уровень насильственных и корыстных преступлений.

Учитывая тот факт, что в настоящее время наркомания развивается стремительно, особую озабоченность вызывает то, что она является в значительной степени молодежной проблемой, все чаще употребление наркотических средств начинается в молодом возрасте, несовершеннолетними. Ее жертвами становятся люди репродуктивного возраста, что создает угрозу генофонду нации, ее здоровью, ее будущему.

В связи с этим ФСКН России в целях эффективного противодействия незаконному обороту наркотиков прорабатывается вопрос установления административной ответственности за незаконный оборот и потребление наркотических средств, психотропных веществ или их аналогов исключительно в виде административного ареста.

Суть предложений заключается в установлении административной ответственности исключительно в

виде административного ареста с определением нижнего его предела (от 3 до 15 суток), а также введение административного штрафа, налагаемого на родителей или иных законных представителей за потребление несовершеннолетними наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача.

8. В настоящее время для обеспечения национальной безопасности Российской Федерации среди прочих мер, которые предпринимают государство и общество, необходима многоуровневая система организации профилактической работы. Консолидация и координация усилий всех субъектов, осуществляющих профилактику правонарушений в сфере незаконного оборота наркотиков и противодействие таким правонарушениям, является залогом успеха проводимой государством антинаркотической политики.

Стратегией государственной антинаркотической политики Российской Федерации до 2020 г. приведено определение антинаркотической деятельности — это деятельность федеральных органов государственной власти, Государственного антинаркотического комитета, органов государственной власти субъектов Российской Федерации, антинаркотических комиссий в субъектах Российской Федерации и органов местного самоуправления по реализации государственной антинаркотической политики.

Субъектами антинаркотической деятельности являются, в том числе, антинаркотические комиссии в субъектах Российской Федерации, обеспечивающие координацию деятельности территориальных органов федеральных органов исполнительной власти, органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления, а также организующие их взаимодействие с общественными объединениями по профилактике немедицинского потребления наркотиков и противодействию их незаконному обороту в рамках своих полномочий.

Согласно п. 2 ст. 7 Федерального закона от 8 января 1998 г. №3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах», на органы местного самоуправления возложена задача по организации исполнения законодательства Российской Федерации о наркотических средствах, психотропных веществах и их прекурсорах в пределах своей компетенции.

Таким образом, в настоящее время органами местного самоуправления осуществляется организация исполнения законодательства Российской Федерации о наркотических средствах, психотропных веществах и их прекурсорах в пределах решения вопросов местного значения, в том числе в части, касающейся осуществления охраны общественного порядка.

Вместе с тем, в соответствии со ст. 41 Федерального закона от 8 января 1998 №3-ФЗ «О наркоти-

ческих средствах и психотропных веществах», полномочиями по принятию целевых программ, направленных на противодействие незаконному обороту наркотиков, наделены только Российская Федерация и субъекты Российской Федерации.

Федеральным законом от 6 октября 2003 г. №131-ФЗ «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации» не предоставлены полномочия в сфере профилактики наркомании и токсикомании органам местного самоуправления, являющимся основным звеном в работе с населением.

В связи с этим ФСКН России предлагается расширить перечень вопросов местного значения за счет возможности органов местного самоуправления осуществлять мероприятия по профилактике наркомании и правонарушений, связанных с незаконным оборотом наркотических средств, психотропных веществ, а также противодействию незаконному обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров в границах поселения, и принятия для реализации этих целей муниципальных программ с обеспечением их финансирования.

Расширение перечня местных вопросов, отнесенных к ведению местного самоуправления позволит проводить комплексные меры, способствующие снижению немедицинского потребления наркотиков в пределах муниципального образования.

9. Одной из основных задач ФСКН России является осуществление производства по делам об административных правонарушениях, которые отнесены законодательством Российской Федерации соответственно к подсудственности либо к компетенции органов по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ, а также выявление, предупреждение, пресечение преступлений.

Однако в настоящее время органы наркоконтроля при выявлении правонарушений, предусмотренных ст. 6.8 (*Незаконный оборот наркотических средств, психотропных веществ или их аналогов и незаконные приобретение, хранение, перевозка растений, содержащих наркотические средства или психотропные вещества, либо их частей, содержащих наркотические средства или психотропные вещества*), 6.9 (*Потребление наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача*), 6.13 (*Пропаганда наркотических средств, психотропных веществ или их прекурсоров, растений, содержащих наркотические средства или психотропные вещества либо их прекурсоров, и их частей, содержащих наркотические средства или психотропные вещества либо их прекурсоры*), 6.15 (*Нарушение правил оборота инстру-*

ментов или оборудования, используемых для изготовления наркотических средств или психотропных веществ), **6.16** (Нарушение правил оборота наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, хранения, учета, реализации, перевозки, приобретения, использования, ввоза, вывоза или уничтожения растений, содержащих наркотические средства или психотропные вещества либо их прекурсоры, и их частей, содержащих наркотические средства или психотропные вещества либо их прекурсоры) КоАП России, в соответствии с положениями КоАП России, вправе составлять только протоколы об административных правонарушениях.

Полномочиями по рассмотрению дел об административных правонарушениях, предусмотренных указанными статьями КоАП России, органы наркоконтроля не наделены.

Вместе с тем, органами наркоконтроля ежегодно выявляется около 40 тыс. административных правонарушений, предусмотренных указанными статьями КоАП России. Кроме того, отмечается устойчивый рост (в среднем около 10%) их выявления в год.

Активнее стала проводиться работа по выявлению административных правонарушений, предусмотренных ст. 6.9 КоАП России (за 6 мес. 2010 г. увеличение на 28,5% по сравнению с аналогичным периодом 2006 г.).

С 2008 г. наблюдается динамика роста выявленных правонарушений, предусмотренных ст. 6.13 КоАП России (увеличение на 26,6%).

Необходимо отметить, что после установления в июле 2009 г. административной ответственности юридических лиц за нарушение правил оборота наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров (ст. 6.16 КоАП России), в январе — июне 2010 г. территориальными органами ФСКН России стали проводиться проверки деятельности отдельных учреждений, которым разрешен данный вид деятельности, по результатам которых выявлено 171 административное правонарушение.

В настоящее время принятие решений по делам об административных правонарушениях, предусмотренных ст. 6.8, 6.9, 6.13, 6.15, 6.16 КоАП России, возложено на суды.

Высокая нагрузка судей увеличивает сроки рассмотрения и принятия решений по делам об административных правонарушениях указанной категории.

В связи с чем, в целях повышения эффективности рассмотрения дел об административных правонарушениях и своевременного принятия решений по ним ФСКН России в настоящее время прорабатывается вопрос о наделении органов наркоконтроля правом рассматривать дела об административных правонарушениях, предусмотренных ст. 6.8, 6.9, 6.13, 6.15, 6.16 КоАП России, с применением административного наказания в виде штрафа.

Внесение таких изменений позволит повысить эффективность взимания штрафов с правонарушителей в связи с упрощением схемы взимания и усилением мер контроля за их уплатой, осуществляемых со стороны органов наркоконтроля.

В России запустили систему добровольной сертификации деятельности центров социальной реабилитации наркоманов

В последние дни 2010 г. завершилась апробация Системы добровольной сертификации работ и услуг по социальной реабилитации и ресоциализации лиц, потребляющих наркотики в немедицинских целях. Система добровольной сертификации станет нормативным основанием создаваемой в России национальной системы социальной реабилитации и ресоциализации наркозависимых. Возвращение наркоманов в общество является лучшей профилактикой наркомании и неременным условием кардинального снижения спроса на наркотики среди молодежи. Сертификация предназначена для проведения независимой и компетентной оценки центров, которые взяли на себя ключевой блок работы с наркозависимыми.

Экспертной группой Аппарата Государственного антинаркотического комитета, Научно-исследовательского центра ФСКН России и Института демографии, миграции и регионального развития (ИДМРР) проведена сертификационная проверка деятельности Отдела по противодействию наркомании и алкоголизму Санкт-Петербургской епархии Русской Православной Церкви по реализации духовно-ориентированной программы реабилитации наркозависимой молодежи «Обитель исцеления».

Апробация проводилась в соответствии с решением выездного совещания председателя Государственного антинаркотического комитета, которое состоялось в г. Ханты-Мансийске 1 декабря 2010 г.

В состав экспертной группы вошли директор ИДМРР Б.В.Крупнов, старший научный сотрудник Отделения терапии больных наркоманиями и алкоголизмом Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии имени В.П.Сербского к.м.н. Ю.Б.Шевцова, сотрудник научно-методического отдела Душепопечительского православного центра святого праведного Иоанна Кронштадтского Н.В.Каклюгин, научный сотрудник НИЦ ФСКН России А.В.Зернов и научный сотрудник ИДМРР В.А.Крупнова.

В течение трех насыщенных дней группа экспертов успела посетить амбулаторный центр «Воскресение» и епархиальный дневной стационар в Свято-Троицкой Александро-Невская лавре, отпраздновавший свое пятнадцатилетие реабилитационный центр «Саперное» при храме Коневской иконы Божией Матери, работающий уже три года женский реабилитационный центр «Торфяное» и только еще строящийся реабилитационный центр «Красноармейское».

В ходе исследования эксперты провели беседы с руководителем Отдела по противодействию наркомании и алкоголизму Санкт-Петербургской епархии Русской Православной Церкви протоиереем Сергием Белько-

вым, его сотрудниками и волонтерами, проходящими реабилитацию наркозависимыми и их родителями, выпускниками реабилитационных центров, представителями власти: начальником сектора по обеспечению деятельности Антинаркотической комиссии в Санкт-Петербурге М.М.Коржином, начальником отдела по делам гражданской обороны и чрезвычайных ситуаций Администрации Приозерского муниципального района Ленинградской области К.А.Покровским и главой администрации Ромашкинского сельского поселения Приозерского муниципального района Ленинградской области С.В.Танковым.

Представители экспертной группы имели возможность проанализировать представленную реабилитационными центрами документацию, проверить условия проживания, труда и досуга реабилитируемых, оценить эффективность реализуемых программ реабилитации с помощью антропологических тестов.

Анализ результатов экспертной проверки установил полное соответствие проводимых Отделом по противодействию наркомании и алкоголизму Санкт-Петербургской епархии работ и услуг по социальной реабилитации и ресоциализации наркозависимых базовым требованиям системы добровольной сертификации.

Система добровольной сертификации работ и услуг по социальной реабилитации и ресоциализации лиц, потребляющих наркотики в немедицинских целях, разработана в соответствии с Федеральным законом от 27 декабря 2002 г. N 184-ФЗ «О техническом регулировании».

Система добровольной сертификации предназначена для проведения независимой и компетентной оценки соответствия работ и услуг по социальной реабилитации и ресоциализации лиц, потребляющих наркотики в немедицинских целях (далее наркозависимых лиц), а также организаций — исполнителей работ и услуг требованиям, содержащимся в настоящей системе.

Источник: АНО "Институт демографии, миграции и регионального развития" <http://www.idmrr.ru/sdspress.html>

Социальная реабилитация и ресоциализация — это система социальных, психологических, педагогических и трудовых мер, направленных на восстановление физического, психического и духовного здоровья лица, ранее допускавшего немедицинское употребление наркотиков, его личностного и социального статуса, а также способностей к полноценной интеграции в общество, внесению позитивного вклада в социальное, экономическое и культурное развитие территорий России.

Сертификация в системе проводится с целью:

- повышения доступности и качества работ и услуг по социальной реабилитации и ресоциализации наркозависимых лиц;
- содействия наркозависимым лицам в kompetентном выборе организаций — исполнителей работ и услуг;
- управления уровнем качества и безопасности деятельности организаций — исполнителей работ и услуг, разработка и внедрение в практику реабилитации новых критериев эффективности;
- выявления и внедрения в широкую практику современных методов социальной реабилитации и ресоциализации наркозависимых лиц;
- усиления государственно-общественного контроля за деятельностью негосударственных организаций, работающих в сфере социальной реабилитации и ресоциализации наркозависимых лиц в целях недопущения нарушения действующего законодательства в сфере защиты гражданских прав.

Система образована Автономной некоммерческой организацией «Институт демографии, миграции и регионального развития».

Система является самостоятельной и не подменяет действующие системы контроля и надзора, соответствующих органов исполнительной власти или систем обязательного подтверждения соответствия. Результаты деятельности системы могут служить для этих организаций дополнительным источником информации при осуществлении возложенных на них функций.

При создании Системы использованы результаты проектной конференции «Антинаркотическая политика как инструмент социальной модернизации: направления кардинального снижения спроса на психоактивные вещества среди российской молодежи» (21—24 августа 2010 г. Санаторий-профилакторий «Космонавт» ФСКН России, Московская область), а также учтен опыт разработки «Системы добровольной сертификации центров реабилитации наркозависимых лиц», образованной ОГУЗ «Челябинская областная клиническая наркологическая больница», и «Системы добровольной сертификации антинаркотических некоммерческих организаций», образованной Свердловской областной общественной организацией «Центр поддержки гражданских инициатив «Открытое общество».

В разработке критериев оценки качества работ и услуг по социальной реабилитации и ресоциализации наркозависимых лиц приняли участие:

Разработчики

Крупнов Борис Валентинович — Директор АНО «Институт демографии, миграции и регионального развития»;

Шевцова Юлия Бронисовна — Старший научный сотрудник Отделения терапии больных наркоманиями и алкоголизмом ФГУ «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии имени В.П. Сербского, к.м.н., врач психиатр-нарколог;

Каклюгин Николай Владимирович — Сотрудник научно-методического отдела Душепопечительского православного центра святого праведного Иоанна Кронштадтского, врач-психиатр;

Габрильянц Михаил Арминакович — Главный инспектор 1 отдела КАУ ГАК, психиатр нарколог, к.м.н.;

Крупнов Юрий Васильевич — Председатель наблюдательного совета АНО «Институт демографии, миграции и регионального развития»;

Батыршин Ильнур Ильдарович — Исполняющий обязанности начальника НИЦ ФСКН России;

Драмбян Михаил Игоревич — Российский государственный гуманитарный университет (РГГУ), старший преподаватель Учебно-научного центра социальной антропологии;

Крупнова Валерия Леонидовна — Научный сотрудник АНО «Институт демографии, миграции и регионального развития»;

Зернов Артем Владимирович — Научный сотрудник НИЦ ФСКН России;

Алексеев Юрий Павлович — Научный сотрудник НИЦ ФСКН России;

Пронина Вероника Александровна — Научный сотрудник НИЦ ФСКН России;

Цымбал Олег Александрович — Заведующий лабораторией АНО «Институт демографии, миграции и регионального развития»;

Мелентьев Серафим Эдуардович — Заместитель председателя наблюдательного совета АНО «Институт демографии, миграции и регионального развития».

Эксперты

Кутянова Ирина Петровна — Медицинский психолог амбулаторного наркологического отделения при межрайонном наркологическом диспансере Калининского района г. Санкт-Петербург;

Зенцова Наталья Игоревна — Руководитель группы психологической реабилитации и ресоциализации Отдела реабилитации ФГУ НИЦ наркологии, старший научный сотрудник, к.п.н.;

Болотнов Григорий Валерьевич — Консультант отдела по связям с общественными и религиозными органи-

зациями управления информации и массовых коммуникаций Администрации губернатора Белгородской области;

Протоиерей Сергей Бельков — Руководитель Отдела по противодействию наркомании и алкоголизму Санкт-Петербургской епархии, руководитель епархиальных реабилитационных центров для лиц с наркотической зависимостью «Саперное»;

Новопашин Николай Олегович — Руководитель реабилитационного центра Ставропольской и Владикавказской Епархии;

Ксенц Александр Степанович — директор центра научных экспертиз Томского государственного университета;

Кириллова Ксения Валерьевна — Руководитель пресс-службы миссионерского и молодежного отделов Екатеринбургской епархии.

Апробация критериев оценки качества работ и услуг по социальной реабилитации и ресоциализации наркозависимых прошла в рамках проектной конференции «Организация региональных систем ресоциализации и реабилитации наркозависимых как инструмент социальной модернизации страны в рамках реализации Стратегии государственной антинаркотической политики Российской Федерации до 2020 года» (29 октября — 1 ноября 2010 г. г. Нижневартовск, Ханты-Мансийский автономный округ — Югра).

Система зарегистрирована в Едином реестре зарегистрированных систем добровольной сертификации 13 декабря 2010 г., регистрационный номер №РОСС RU.И717.04ЮАХ0.

Постановление Правительства Российской Федерации от 27 ноября 2010 г. №934

**Об утверждении перечня растений, содержащих
наркотические средства или психотропные вещества либо их прекурсоры
и подлежащих контролю в Российской Федерации,
крупного и особо крупного размеров культивирования растений, содержащих
наркотические средства или психотропные вещества либо их прекурсоры,
для целей статьи 231 Уголовного кодекса Российской Федерации,
а также об изменении и признании утратившими силу
некоторых актов Правительства Российской Федерации
по вопросу оборота растений, содержащих
наркотические средства или психотропные вещества
либо их прекурсоры***

Правительство Российской Федерации
постановляет:

1. Утвердить прилагаемые:
 - перечень растений, содержащих наркотические средства или психотропные вещества либо их прекурсоры и подлежащих контролю в Российской Федерации;
 - крупный и особо крупный размеры культивирования растений, содержащих наркотические средства или психотропные вещества либо их прекурсоры, для целей статьи 231 Уголовного кодекса Российской Федерации;
 - изменения, которые вносятся в акты Правительства Российской Федерации по вопросу оборота растений, содержащих наркотические средства или психотропные вещества либо их прекурсоры.
2. Признать утратившими силу:
 - Постановление Правительства Российской Федерации от 3 сентября 2004 г. №454 «О запрещении

культивирования на территории Российской Федерации растений, содержащих наркотические вещества» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2004, №37, ст. 3734);

- пункт 3 изменений, которые вносятся в Постановление Правительства Российской Федерации по вопросам, связанным с оборотом наркотических средств, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2009 г. №1186 «О внесении изменений в некоторые Постановления Правительства Российской Федерации по вопросам, связанным с оборотом наркотических средств» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, №3, ст. 314).

Председатель
Правительства
Российской Федерации
В. ПУТИН

* Опубликовано 10 декабря 2010 г.
Источник: <http://www.rg.ru/2010/12/10/rasteniya-dok.html>

Утвержден
Постановлением Правительства
Российской Федерации
от 27 ноября 2010 г. №934

**Перечень растений,
содержащих наркотические средства или психотропные вещества либо их прекурсоры
и подлежащих контролю в Российской Федерации**

Голубой лотос (растение вида <i>Nymphaea caerulea</i>)	Конопля (растение рода <i>Cannabis</i>)
Грибы любого вида, содержащие псилоцибин и (или) псилоцин	Мак снотворный (растение вида <i>Papaver somniferum</i> L) и другие виды мака рода <i>Papaver</i> , содержащие наркотические средства
Кактус, содержащий мескалин (растение вида <i>Lophophora williamsii</i>), и другие виды кактуса, содержащие мескалин	Роза гавайская (растение вида <i>Argyrea nervosa</i>)
Кат (растение вида <i>Catha edulis</i>)	Шалфей предсказателей (растение вида <i>Salvia divinorum</i>)
Кокаиновый куст (растение любого вида рода <i>Erythroxylon</i>)	Эфедра (растение рода <i>Ephedra</i> L)

Утверждены
Постановлением Правительства
Российской Федерации
от 27 ноября 2010 г. №934

**Крупный и особо крупный размеры культивирования растений,
содержащих наркотические средства или психотропные вещества либо их прекурсоры,
для целей статьи 231 Уголовного Кодекса Российской Федерации**

Наименование растения	Крупный размер (независимо от фазы развития растения)	Особо крупный размер (независимо от фазы развития растения)
Голубой лотос (растение вида <i>Nymphaea caerulea</i>)	От 10 растений	От 100 растений
Грибы любого вида, содержащие псилоцибин и (или) псилоцин	От 20 плодовых тел	От 200 плодовых тел
Кактус, содержащий мескалин (растение вида <i>Lophophora williamsii</i>), и другие виды кактуса, содержащие мескалин	От 2 растений	От 10 растений
Кат (растение вида <i>Catha edulis</i>)	От 4 растений	От 40 растений
Кокаиновый куст (растение любого вида рода <i>Erythroxylon</i>)	От 4 растений	От 20 растений
Конопля (растение рода <i>Cannabis</i>)	От 20 растений	От 330 растений
Мак снотворный (растение вида <i>Papaver somniferum</i> L) и другие виды мака рода <i>Papaver</i> , содержащие наркотические средства	От 10 растений	От 200 растений
Роза гавайская (растение вида <i>Argyrea nervosa</i>)	От 10 растений	От 100 растений
Шалфей предсказателей (растение вида <i>Salvia divinorum</i>)	От 10 растений	От 100 растений
Эфедра (растение рода <i>Ephedra</i> L)	От 10 растений	От 200 растений

**Изменения, которые вносятся в акты Правительства Российской Федерации
по вопросу оборота растений,
содержащих наркотические средства или психотропные вещества либо их прекурсоры**

1. В разделе «Наркотические средства» списка наркотических средств и психотропных веществ, оборот которых в Российской Федерации запрещен в соответствии с законодательством Российской Федерации и международными договорами Российской Федерации (Список I), перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, утвержденного Постановлением Правительства Российской Федерации от 30 июня 1998 г. №681 (Собрание законодательства Российской Федерации, 1998, №27, ст. 3198; 2006, №29, ст. 3253; 2010, №3, ст. 314; №28, ст. 3703; №31, ст. 4271):

а) позиции, касающиеся ката, кокаинового куста и листа шалфея предсказателей (лист растения вида *Salvia divinorum*), исключить;

б) позицию:

«Млечный сок разных видов мака, не являющихся опийным или масличным маком, но содержащих алкалоиды мака, включенные в списки наркотических средств и психотропных веществ»
заменить позицией:

«Млечный сок разных видов мака, не являющихся маком снотворным (растение вида *Papaver somniferum* L), но содержащих алкалоиды мака, включенные в списки наркотических средств и психотропных веществ»;

в) позицию:

«Опий (в том числе медицинский) — свернувшийся сок опийного или масличного мака»
заменить позицией:

«Опий — свернувшийся сок мака снотворного (растение вида *Papaver somniferum* L)»;

г) позиции, касающиеся опийного мака (растение вида *Papaver somniferum* L), плодового тела (любая часть) любого вида грибов, содержащих псилоцибин и (или) псилоцин, семян розы гавайской (семена растения вида *Argyrea nervosa*) и цветков и листьев голубого лотоса (цветки и листья растения вида *Nymphaea caerulea*), исключить.

2. В Постановлении Правительства Российской Федерации от 7 февраля 2006 г. №76 «Об утверждении крупного и особо крупного размеров наркотических средств и психотропных веществ для целей статей 228, 228.1 и 229 Уголовного кодекса Российской Федерации» (Собрание законодательства Рос-

сийской Федерации, 2006, №7, ст. 787; №29, ст. 3253; 2010, №3, ст. 314; №28, ст. 3703; №31, ст. 4271):

а) наименование после слова «веществ» дополнить словами «, а также крупного и особо крупного размеров для растений, содержащих наркотические средства или психотропные вещества, либо их частей, содержащих наркотические средства или психотропные вещества,»;

б) пункт 1 изложить в следующей редакции:

«1. Утвердить прилагаемые:

крупный и особо крупный размеры наркотических средств и психотропных веществ для целей статей 228, 228.1 и 229 Уголовного кодекса Российской Федерации;

крупный и особо крупный размеры для растений, содержащих наркотические средства или психотропные вещества, либо их частей, содержащих наркотические средства или психотропные вещества, для целей статей 228, 228.1 и 229 Уголовного кодекса Российской Федерации.»;

в) в разделе «Наркотические средства» списка наркотических средств и психотропных веществ, оборот которых в Российской Федерации запрещен в соответствии с законодательством Российской Федерации и международными договорами Российской Федерации (список I), крупного и особо крупного размеров наркотических средств и психотропных веществ для целей статей 228, 228.1 и 229 Уголовного кодекса Российской Федерации, утвержденных указанным Постановлением:

позиции, касающиеся ката, кокаинового куста (растение любого вида рода *Erythroxylon*), листа шалфея предсказателей (лист растения вида *Salvia divinorum*), исключить;

позицию:

«Млечный сок разных видов мака, не являющихся опийным или масличным маком, но содержащих алкалоиды мака, включенные в списки наркотических средств и психотропных веществ

0,5 5 »

заменить позицией:

«Млечный сок разных видов мака, не являющихся маком снотворным (растение вида *Papaver somniferum* L), но содержащих алкалоиды мака, включенные в списки наркотических средств и психотропных веществ

0,5 5 »

позицию:
«Опий (в том числе медицинский) — свернувшийся сок опийного или масличного мака 1 25 »
заменить позицией:
«Опий — свернувшийся сок мака снотворного 1 25 »
(растение вида *Papaver somniferum* L)
позиции, касающиеся опийного мака (растение вида *Papaver somniferum* L), плодового тела (любая часть) любого вида грибов, содержащих псилоцибин

и (или) псилоцин, семян розы гавайской (семена растения вида *Argyrea nervosa*), цветков и листьев голубого лотоса (цветки и листья растения вида *Nymphaea caerulea*), исключить;

г) дополнить крупным и особо крупным размерами для растений, содержащих наркотические средства или психотропные вещества, либо их частей, содержащих наркотические средства или психотропные вещества, для целей статей 228, 228.1 и 229 Уголовного кодекса Российской Федерации следующего содержания:

Утверждены
Постановлением Правительства
Российской Федерации
от 7 февраля 2006 г. №76
(в редакции
Постановления Правительства
Российской Федерации
от 27 ноября 2010 г. №934)

**Крупный и особо крупный размеры
для растений, содержащих наркотические средства или психотропные вещества,
либо их частей, содержащих наркотические средства или психотропные вещества,
для целей статей 228, 228.1 и 229 Уголовного Кодекса Российской Федерации**

Наименование растения	Крупный размер (граммов свыше)	Особо крупный размер (граммов свыше)
Голубой лотос (растение вида <i>Nymphaea caerulea</i>)	3	30
Плодовое тело грибов любого вида, содержащих псилоцибин и (или) псилоцин	10	100
Кактус, содержащий мескалин (растение вида <i>Lophophora williamsii</i>), и другие виды кактуса, содержащие мескалин	50	250
Кат (растение вида <i>Catha edulis</i>)	100	1000
Кокаиновый куст (растение любого вида рода <i>Erythroxylon</i>)	20	250
Конопля (растение рода <i>Cannabis</i>)	6	100
Мак снотворный (растение вида <i>Papaver somniferum</i> L) и другие виды мака рода <i>Papaver</i> , содержащие наркотические средства	20	500
Семена розы гавайской (семена растения вида <i>Argyrea nervosa</i>)	3	30
Шалфей предсказателей (растение вида <i>Salvia divinorum</i>)	3	30
Примечания. 1. Количество растений, содержащих наркотические средства или психотропные вещества, либо их частей, содержащих наркотические средства или психотропные вещества, определяется после высушивания до постоянной массы при t +110 — +115 градусов по Цельсию. 2. Крупный и особо крупный размеры для растений, содержащих наркотические средства или психотропные вещества, соответствуют крупному и особо крупному размерам для их частей, содержащих наркотические средства или психотропные вещества."		

Значение системы ГАМК и дофамина в ядре ложа конечной полоски для подкрепляющих эффектов наркогенов опиоидной и неопиоидной структуры на самостимуляцию латерального гипоталамуса у крыс*

ШАБАНОВ П.Д.¹

д.м.н., профессор, зав. кафедрой фармакологии;
e-mail: pdshabanov@mail.ru

ЛЕБЕДЕВ А.А.

д.б.н., профессор, старший научный сотрудник Физиологического отдела им. И.П. Павлова
НИИ экспериментальной медицины СЗО РАМН, Санкт-Петербург,
197376, ул. акад. Павлова, 12, тел. (812)234-2735; e-mail: aalebedev-iem@rambler.ru

ЯКЛАШКИН А.В.¹

соискатель кафедры фармакологии

¹ Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург;
194044, ул. акад. Лебедева, 6; тел. (812)542-4397

Крысам-самцам Вистар вживляли биполярные электроды в латеральный гипоталамус для изучения реакции самостимуляции в камере Скиннера и микроканюли в ядро ложа конечной полоски (система расширенной миндалины) для введения фармакологических веществ (1 мкг в 1 мкл на инъекцию). Блокада ГАМК_A рецепторов (биккуллин), входящих ионных токов Na⁺ (лидокаин) или D₁-рецепторов дофамина (SCH23390) в ядре ложа конечной полоски снижала, а блокада D₂-рецепторов дофамина (сульпирид) умеренно повышала самостимуляцию латерального гипоталамуса. По степени угнетения самостимуляции вещества можно расположить в следующем порядке: лидокаин > SCH23390 ≈ биккуллин (вещества расположены в порядке убывания активности). На фоне блокады рецепторов ГАМК биккуллином в ядре ложа конечной полоски только этаминал-натрий сохранял свое психоактивирующее действие, а фенамин, фентанил и лей-энкефалин его не проявляли. Блокада D₁-рецепторов дофамина вообще препятствовала развитию подкрепляющих эффектов всех изученных наркогенов. Напротив, внутривещное введение лидокаина в ядро ложа конечной полоски усиливало эффекты фенамина, фентанила и лей-энкефалина, не влияя на действие этаминал-натрия. В то же время блокада D₂-рецепторов дофамина сульпиридом усиливала самостимуляцию и потенцировала положительное подкрепляющее действие этаминал-натрия и лей-энкефалина, не влияя на эффекты фенамина и фентанила. Таким образом, ядра ложа конечной полоски оказывают управляющее влияние на гипоталамус, которое имеет преимущественно ГАМК- и дофаминергическую природу. ГАМК осуществляет отрицательное (тормозящее) действие. Через D₁-рецепторы дофамина реализуется прямое положительное (активирующее) действие на латеральный гипоталамус, а D₂-рецепторы дофамина ядра ложа конечной полоски ограничивают положительные эффекты наркогенов.

Ключевые слова: самостимуляция мозга, ГАМК, дофамин, ядро ложа конечной полоски, латеральный гипоталамус, биккуллин, лидокаин, сульпирид, SCH23390, фенамин, фентанил, этаминал-натрий, лей-энкефалин

Введение

Аномальное функционирование эмоциогенных структур мозга, прежде всего, структур медиального переднемозгового пучка [7, 8, 14], включая гипоталамус и миндалину, лежит в основе действия различных наркогенов. Ведущее значение в исследовании механизмов зависимости делается на изучении системы расширенной миндалины (extended amygdala), которая локализуется в пределах базального переднего мозга и включает центральное и медиальное ядра миндалины, ядро ложа конечной полоски, медиальную часть приле-

жащего ядра (shell) и сублентикюлярный отдел безымянной субстанции [13, 15, 24, 26—29]. Система расширенной миндалины была выделена анатомически согласно единому строению клеток, содержанию медиаторных и пептидных веществ и внутримозговым связям. Эта система состоит из стриатоподобных ГАМКергических клеток и содержит большое количество кортиколиберина (кортикотропин-рилизинг гормона; КРГ) [9, 14, 24, 26]. Являясь звеном экстрагипоталамической системы КРГ, система расширенной миндалины влияет на стресс-зависимое поведение, играет роль в инициа-

* Поддержано грантом РФФИ №10-04-00473а

ции эмоционально-мотивированного ответа и опосредует анксиогенные эффекты КРГ [16, 20, 26]. В соответствии с современными представлениями, ядра ложа конечной полоски являются центральным звеном в обеспечении эмоциогенных реакций, опосредуемых психо-нейроэндокринологическими механизмами [16, 17, 20]. С этих позиций, ядра ложа конечной полоски посредством ГАМКергических нейронов активируют паравентрикулярные ядра гипоталамуса, обеспечивая высвобождение гипоталамического КРГ. С другой стороны, ядра ложа конечной полоски через активацию системы КРГ связаны с голубым пятном, а через него имеют прямой выход на миндалину [17]. Миндалина, в свою очередь, оказывает прямое тормозящее действие на ядра ложа конечной полоски (включаются как ГАМКергические, так и КРГ-опосредованные механизмы). Норадренергические связи голубого пятна реализуются возбуждением гиппокампа, посредством глутамата активирующего ядра ложа конечной полоски, и паравентральных ядер гипоталамуса через вентральный норадренергический пучок [16]. Таким образом, ядра ложа конечной полоски выполняют координирующую роль в осуществлении связанных с КРГ и классическими медиаторами (дофамин, ГАМК, норадреналин) эмоциогенных реакций, главным образом реакций стресса.

В предыдущих исследованиях [3, 7, 8, 11] нами показана возможность прямого управляющего действия со стороны центрального ядра миндалины на гипоталамус посредством механизмов, вовлекающих КРГ и дофамин. Этот механизм значим для реализации подкрепляющих эффектов опиатов и опиоидов [8]. Более того, блокада рецепторов КРГ и дофамина в центральном ядре миндалины устраняет подкрепляющие эффекты опиатов (морфин, фентанил), но не влияет на эффекты психостимулятора фенамина и барбитуратов [7, 11]. По-видимому, этим двум структурам расширенной миндалины — центральному ядру миндалины и ядрам ложа конечной полоски — и принадлежит координирующая роль в формировании эмоциональных стресс-реакций, опосредуемых как медиаторами, так и нейропептидами (КРГ, в частности). Поэтому *целью настоящей работы* было выяснение значения системы ГАМК и дофамина в ядрах ложа конечной полоски для подкрепляющих эффектов ряда психоактивных веществ (опиатов, опиоидов, психостимуляторов) на самостимуляцию латерального гипоталамуса у крыс.

Материал и методы исследования

Опыты выполнены на 42 крысах-самцах Вистар массой 200—250 г, полученных из питомника Рапполово РАМН (Ленинградская область). Животных содержали в стандартных пластмассовых клетках в условиях вивария при свободном доступе к воде и пи-

ще в условиях инвертированного света 8.00—20.00 при температуре $22 \pm 2^\circ\text{C}$. Все опыты проведены в осенне-зимний период.

Вживление электродов в мозг крысам проводили под нембуталовым наркозом (50 мг/кг) с использованием стереотаксического прибора фирмы Medicoor, Венгрия. Билатерально в латеральное гипоталамическое ядро вживляли нихромовые монополярные электроды в стеклянной изоляции (диаметр электрода 0,25 мм, длина оголенного кончика 0,25—0,30 мм, его толщина 0,12 мм) по следующим координатам: AP = 2,5 мм назад от брегмы, SD = 2,0 мм латерально от сагитального шва, Н = 8,4 мм от поверхности черепа согласно атласу К. Кенига и А. Клиппеля [18]. Индифферентный электрод из нихромовой проволоки закрепляли на черепе животного. Электроды фиксировали на черепе животного самотвердеющей пластмассой. Поведенческие эксперименты начинали не ранее 10 дней после операции.

Канюли из нержавеющей стали диаметром 0,25 мм вживляли униполярно в левое ядро ложа конечной полоски (рис. 1) одновременно с гипоталамическими электродами по следующим координатам: AP = 0,5 мм назад от брегмы, SD = 1,5 мм латерально от сагитального шва, Н = 6,7 мм от поверхности черепа [18]. Канюли фиксировали на черепе животного самотвердеющей пластмассой и после операции закрывали специальным колпачком, который временно снимали для введения веществ в структуру мозга.

По окончании всех опытов производили морфологический контроль локализации кончиков электродов на серии фронтальных срезов мозга, которые окрашивали по методу Ниссля, предварительно производили коагуляцию через вживленные электроды током силой 1 мА в течение 30 с.

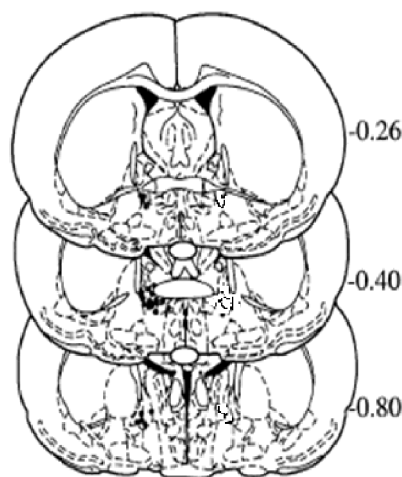


Рис. 1. Морфологическая картина зон микроинъекций веществ в ядро ложа конечной полоски, координаты по атласу К. Кенига и А. Клиппеля [18]. Показаны фронтальные срезы в мм относительно брегмы

Для воспроизведения самораздражения мозга у крыс использовали классический вариант изучения самостимуляции мозга в виде pedalной самостимуляции в камере Скиннера. Через 10 дней после вживления электродов в мозг крыс обучали нажимать на педаль в камере Скиннера для получения электрического раздражения мозга (прямоугольные импульсы отрицательной полярности, длительностью 1 мс, с частотой 100 Гц, в течение 0,4 с, пороговые значения тока в режиме «фиксированных пачек»). Для повторного раздражения животное было вынуждено вновь нажимать на педаль. Частота и длительность нажатий регистрировались автоматически. Анализировали частоту и время каждого нажатия на педаль. На основании этих результатов вычисляли коэффициент «рассогласования» [1, 5]. Коэффициент «рассогласования» принимает значения от 1 до +1 и показывает долю активации положительной и отрицательной подкрепляющей фазы самостимуляции. Уменьшение коэффициента «рассогласования» указывает на подкрепляющих свойств самостимуляции, вследствие чего коэффициент «рассогласования» является удобным дополнительным показателем для оценки действия фармакологических препаратов. Последние вводили на 3-й день эксперимента после стабилизации реакции при использовании фиксированного значения силы тока. Регистрировали число нажатий на педаль и коэффициент «рассогласования» в течение 10 мин эксперимента, затем производили внутривентрикулярную микроинъекцию препарата, и через 15–20 мин регистрировали те же показатели (число нажатий на педаль и коэффициент «рассогласования») за 10-минутный интервал времени.

Для фармакологического анализа использовали психомоторный стимулятор фенамин (1 мг/кг), синтетический опиатный анальгетик фентанил (0,1 мг/кг), барбитурат этаминал-натрий (5 мг/кг), опиоид лей-энкефалин (1 мг/кг), которые вводили внутрибрюшинно за 30 мин до изучения самостимуляции (после определения фоновых ее значений). Бикукуллин (антагонист ГАМК_A-рецепторов), лидокаин (блокатор входящих Na⁺ каналов), сульпирид (антагонист D₂-рецепторов дофамина) и SCH23390 (антагонист D₁-рецепторов дофамина), все по 1 мкг (Sigma, США) вводили внутривентрикулярно в ядро ложа конечной полоски через вживленную в эту мозговую структуру канюлю. Субстанции веществ растворяли в дистиллированной воде и вводили в объеме 1 мкл с помощью микроинъектора СМА-100 (Швеция) в течение 30 с за 10–15 мин до тестирования после определения исходных значений самораздражения латерального гипоталамуса.

Выборка для каждого вещества составила не менее 10–12 опытов. Полученные результаты обрабатывали статистически с использованием t-критерия Стьюдента и пакета стандартных программ Statistica for Windows, версия 4.0.

Результаты исследования

Исследования показали, что при системном введении фенамин (1 мг/кг) на 37%, фентанил (0,1 мг/кг) на 18%, этаминал-натрий (5 мг/кг) на 27% повышали, а бикукуллин (1 мкг), антагонист ГАМК_A-рецепторов, лидокаин (1 мкг), ингибитор входящих Na⁺ каналов, и SCH23390 (1 мкг), антагонист D₁-рецепторов дофамина, при внутривентрикулярном введении на 7, 21 и 11% соответственно снижали самостимуляцию латерального гипоталамуса (табл. 1–4). Напротив, лей-энкефалин (0,1 мг/кг) достоверно не менял, а сульпирид (1 мкг), антагонист D₂-рецепторов дофамина, при внутривентрикулярном введении на 24% повышал самостимуляцию мозга. На фоне блокады рецепторов ГАМК в ядре ложа конечной полоски бикукуллином только этаминал-натрий сохранял свое психоактивирующее действие, а фенамин, фентанил и лей-энкефалин его не проявляли (табл. 1).

Совершенно иные изменения самостимуляции латерального гипоталамуса наблюдали после введения лидокаина (1 мкг) в ядро ложа конечной полоски. Сам лидокаин на 21% снижал показатели самостимуляции, проявляя сходный с бикукуллином, но более выраженный блокирующий эффект. На его фоне фенамин (1 мг/кг) почти вдвое, а фентанил в 7 раз повышали свое психоактивирующее действие (табл. 2). В то же время лей-энкефалин (0,1 мг/кг) вместо умеренного подавления самостимуляции достаточно активно ее повышал до уровней, характерных для психостимулятора фенамина (+43%), т.е. оказывал явное растормаживающее действие. При этом этаминал-натрий (5 мг/кг) не сохранял своего положительного подкрепляющего действия.

Внутривентрикулярное введение SCH23390 (1 мкг), антагониста D₁-рецепторов дофамина, в ядро ложа конечной полоски на 9% снижало показатели самостимуляции (на 19% от величины контроля), хотя данные были статистически недостоверными (табл. 3). На этом фоне ни один из наркотиков (фенамин, фентанил, этаминал-натрий и лей-энкефалин) не проявил своего активирующего действия на реакцию самостимуляции латерального гипоталамуса, все они, за исключением фенамина, несколько ее угнетали (6–17%), а величина активации фенамина снижалась с +37% до +12% ($p > 0,05$).

Блокада D₂-рецепторов дофамина в ядре ложа конечной полоски внутривентрикулярным введением сульпирида (1 мкг) на 24% активировала проявление реакции самостимуляции (табл. 4). На фоне этой блокады фенамин и фентанил сохраняли свое обычное для них психоактивирующее действие, а этаминал-натрий и лей-энкефалин резко его усилили: эта-

минал-натрий повышал самостимуляцию в 2,6 раза, а лей-энкефалин изменил свое угнетающее самостимулирующее действие на выраженное психоактивирующее с 11% до +26%.

Таким образом, блокада ГАМК_A рецепторов (бикукуллин), входящих ионных токов Na⁺ (лидокаин) или D₁- (SCH23390) дофамина в ядре ложа конечной полоски снижает, а блокада D₂-рецепторов дофамина (сульпирид) умеренно повышает самостимуляцию латерального гипоталамуса. По степени угнетения самостимуляции вещества можно расположить в следующем порядке: лидокаин > SCH23390 ≈ бикукуллин (вещества расположены в порядке убывания активности). На фоне блокады рецепторов

ГАМК бикукуллином в ядре ложа конечной полоски только этаминал-натрий сохранял свое психоактивирующее действие, а фенамин, фентанил и лей-энкефалин его не проявляли. Блокада D₁-рецепторов дофамина вообще препятствовала развитию подкрепляющих эффектов всех изученных наркотиков. Напротив, внутривещное введение лидокаина в ядро ложа конечной полоски усиливало эффекты фенамина, фентанила и лей-энкефалина, не влияя на действие этаминал-натрия. В то же время блокада D₂-рецепторов дофамина сульпиридом усиливала самостимуляцию и потенцировало положительное подкрепляющее действие этаминал-натрия и лей-энкефалина, не влияя на эффекты фенамина и фентанила.

Таблица 1

Влияние наркотиков (фенамина, этаминал-натрия, фентанила и лей-энкефалина) на показатели самостимуляции латерального гипоталамуса у крыс после введения бикукуллина в ядро ложа конечной полоски

Препараты	Число нажатий на педаль за 10 мин		Коэффициент "рассогласования"	
	До введения	После введения (%)	До введения	После введения
0,9%-ный раствор NaCl (контроль)	402,4±28,2	408,4±40,8 (+2)	0,23±0,04	0,20±0,04
Бикукуллин 1 мкг	305,9±44,8	283,6±25,7 (-7)	0,21±0,03	0,16±0,05
Фенамин 1 мг/кг	392,0±55,8	537,1±45,7* (+37)	0,20±0,03	0,08±0,02**
Бикукуллин + фенамин	283,6±26,7	301,0±39,2 (+6)	0,25±0,04	0,24±0,04
Фентанил 0,1 мг/кг	414,6±82,2	489,7±53,9 (+18)	0,20±0,02	0,13±0,02*
Бикукуллин + фентанил	286,4±46,6	298,5±33,4 (+4)	0,25±0,04	0,37±0,04*
Этаминал-натрий 5 мг/кг	384,9±45,3	503,4±70,4* (+31)	0,18±0,02	0,13±0,02*
Бикукуллин + этаминал-натрий	369,9±23,8	488,9±57,6* (+32)	0,29±0,05	0,14±0,02**
Лей-энкефалин 0,1 мг/кг	363,6±70,6	323,1±29,1 (-11)	0,23±0,02	0,17±0,02
Бикукуллин + лей-энкефалин	340,6±36,4	366,1±1,4 (+8)	0,25±0,04	0,21±0,05

Примечание. *p<0,05; **p<0,01 в сравнении с показателями до введения наркотиков

Таблица 2

Влияние наркотиков (фенамина, этаминал-натрия, фентанила и лей-энкефалина) на показатели самостимуляции латерального гипоталамуса у крыс после введения лидокаина в ядро ложа конечной полоски

Препараты	Число нажатий на педаль за 10 мин		Коэффициент "рассогласования"	
	До введения	После введения (%)	До введения	После введения
0,9%-ный раствор NaCl (контроль)	300,6±22,4	312,6±34,4 (+4)	0,18±0,02	0,17±0,02
Лидокаин 1 мкг	295,2±26,5	234,1±22,0* (-21)	0,11±0,03	0,25±0,04**
Фенамин 1 мг/кг	314,5±30,9	430,9±40,9* (+37)	0,19±0,03	0,08±0,03**
Лидокаин + фенамин	210,1±28,9	341,3±32,1** (+62)	0,27±0,04	0,11±0,04**
Фентанил 0,1 мг/кг	354,6±52,4	418,4±49,6 (+18)	0,23±0,04	0,18±0,03
Лидокаин + фентанил	210,1±23,7	273,6±25,7* (+130)	0,33±0,04	0,22±0,05*
Этаминал-натрий 5 мг/кг	305,4±30,5	387,9±42,8* (+27)	0,24±0,04	0,18±0,03*
Лидокаин + этаминал-натрий	287,1±22,5	310,6±25,3 (+8)	0,29±0,04	0,23±0,05
Лей-энкефалин 0,1 мг/кг	311,9±49,2	277,6±28,1 (-11)	0,25±0,05	0,14±0,03*
Лидокаин + лей-энкефалин	256,1±20,9	365,9±48,0* (+43)	0,35±0,04	0,20±0,04**

Примечание. *p<0,05; **p<0,01 в сравнении с показателями до введения наркотиков

Обсуждение полученных результатов

Полученные результаты демонстрируют, что блокада рецепторов ГАМК и дофамина в ядре ложа конечной полоски либо подавляет самостимуляцию латерального гипоталамуса (бикукуллин, лидокаин, SCH23390), либо умеренно активирует ее (сульпирид, +24%). Это указывает на управляющее влияние со стороны ядра ложа конечной полоски на латеральный гипоталамус и находится в полном противоречии с представлениями об автономности гипоталамуса в плане генерации самораздражения, постулируемого рядом исследователей [25]. Механизмы этого контроля различны. Они положительно реализуются через ГАМКергические терминалы и D₁-рецепторы

дофамина и не связаны с работой входящих ионных токов натрия (отсутствие прямого угнетающего действия лидокаина). В то же время, D₂-рецепторы дофамина, по-видимому, оказывают не просто активирующий, но и резко усиливающий эффект в отношении действия разных наркотиков. В первую очередь это касается этаминал-натрия и лей-энкефалина, которые проявляют не всегда стабильный положительный эффект в отношении самостимуляции и имеют разные механизмы действия: действие этаминал-натрия реализуется через ионофор ГАМК_A-рецептор/Cl⁻ канал, а действие лей-энкефалина через прямую активацию энкефалинергических нейронов. Любопытно отметить, что при введении в центральное

Таблица 3

Влияние наркотиков (фенамина, этаминал-натрия, фентанила и лей-энкефалина) на показатели самостимуляции латерального гипоталамуса у крыс после введения SCH23390 в ядро ложа конечной полоски

Препараты	Число нажатий на педаль за 10 мин		Коэффициент "рассогласования"	
	До введения	После введения (%)	До введения	После введения
0,9%-ный раствор NaCl (контроль)	322,6±25,8	355,5±35,5 (+10)	0,22±0,04	0,21±0,01
SCH23390 1 мкг	280,9±33,2	254,5±33,2 (-9)	0,19±0,03	0,21±0,02
Фенамин 1 мг/кг	312,4±28,1	428,0±40,6* (+37)	0,23±0,04	0,09±0,01**
SCH23390 + фенамин	277,5±31,2	310±26,2 (+12)	0,28±0,02	0,24±0,02
Фентанил 0,1 мг/кг	311,2±46,7	367,2±43,6 (+18)	0,20±0,03	0,16±0,02*
SCH23390 + фентанил	266,5±32,2	251,1±36,2 (-6)	0,18±0,02	0,28±0,03*
Этаминал-натрий 5 мг/кг	308,8±30,9	392,2±43,2* (+27)	0,22±0,04	0,16±0,02*
SCH23390 + этаминал-натрий	270,5±33,2	234,5±27,2 (-13)	0,34±0,02	0,28±0,05
Лей-энкефалин 0,1 мг/кг	322,4±51,6	286,9±29,0 (-11)	0,20±0,03	0,15±0,02
SCH23390 + лей-энкефалин	296,5±25,2	246,8±25,1 (-17)	0,21±0,02	0,13±0,02*

Примечание. *p<0,05; **p<0,01 в сравнении с показателями до введения наркотиков

Таблица 4

Влияние наркотиков (фенамина, этаминал-натрия, фентанила и лей-энкефалина) на показатели самостимуляции латерального гипоталамуса у крыс после введения сульпирида в ядро ложа конечной полоски

Препараты	Число нажатий на педаль за 10 мин		Коэффициент "рассогласования"	
	До введения	После введения (%)	До введения	После введения
0,9%-ный раствор NaCl (контроль)	276,4±19,3	284,7±27,6 (+3)	0,24±0,02	0,23±0,01
Сульпирид 1 мкг	234,3±24,8	290,3±44,7* (+24)	0,22±0,03	0,12±0,03**
Фенамин 1 мг/кг	309,2±27,8	423,6±40,2* (+37)	0,20±0,02	0,08±0,01**
Сульпирид + фенамин	321,7±44,7	436,6±41,7* (+36)	0,20±0,03	0,11±0,02*
Фентанил 0,1 мг/кг	304,3±45,6	359,1±42,6 (+18)	0,19±0,02	0,17±0,02
Сульпирид + фентанил	294,7±34,5	344,4±35,8 (+17)	0,20±0,03	0,11±0,02**
Этаминал-натрий 5 мг/кг	325,9±32,6	413,9±45,6* (+27)	0,22±0,03	0,16±0,02*
Сульпирид + этаминал-натрий	301,7±24,8	511,9±41,8** (+70)	0,29±0,04	0,17±0,01**
Лей-энкефалин 0,1 мг/кг	301,4±48,2	268,2±27,1 (-11)	0,26±0,03	0,20±0,02
Сульпирид + лей-энкефалин	262,7±34,3	331,2±41,8* (+26)	0,26±0,03	0,14±0,03*

Примечание. *p<0,05; **p<0,01 в сравнении с показателями до введения наркотиков

ядро миндалины блокаторов рецепторов КРГ (астрессин), лидокаина, SCH23390 или сульпирида мы получили однонаправленный угнетающий эффект в отношении реакции самостимуляции латерального гипоталамуса [7, 8]. По степени угнетения самостимуляции исследованные вещества можно было расположить в следующем порядке: астрессин > лидокаин > сульпирид > SCH23390 (вещества расположены в порядке убывания активности). Как уже отмечалось во введении, ядро ложа конечной полоски, как и центральное ядро миндалины, входит в систему расширенной миндалины. Обе структуры, по-видимому, оказывают управляющее влияние на гипоталамус, выполняя не совсем одинаковые функции. Если управляющие эффекты миндалины в отношении гипоталамуса связаны в первую очередь с реализацией стрессорных реакций, опосредованных как КРГ (гормональный фактор), так и эмоциональными компонентами (через дофаминергические и норадренергические механизмы), то эффекты ядра ложа конечной полоски включают преимущественно ГАМКергические и дофаминергические механизмы.

Следует отметить, что как центральное ядро миндалины, так и ядро ложа конечной полоски получают дофаминергическую иннервацию волокнами переднего медиального мозгового пучка, который, начинаясь в среднем мозгу (вентральная область покрышки), восходит к префронтальной коре, давая ответвления в гипоталамус и структуры расширенной миндалины (прилежащее ядро, миндалину, ядро ложа конечной

полоски и сублентиккулярная область, или безымянную субстанцию) [5, 6, 8, 12]. Передний медиальный мозговой пучок включает в себя около 50 тыс. аксонов дофаминергических нейронов, поэтому иннервируемые им структуры почти всегда рассматривают как исключительно дофаминергические [5, 10, 23]. Вместе с тем, иммунофлуоресцентными методами показано, что в миндалине концентрируется большое количество рецепторов КРГ, превышающее таковое даже для гипоталамуса [4, 11, 12, 19]. Ядро ложа конечной полоски включает как ГАМК-, так и дофаминергические терминалы, поэтому введение соответствующих блокаторов рецепторов сказывается на управляющих эффектах со стороны этих ядер на гипоталамус. Ниже мы предлагаем следующую схему функционального взаимодействия структур расширенной миндалины в реализации подкрепляющих эффектов наркогенов (рис. 2).

Суть ее состоит в том, что структуры расширенной миндалины иннервируются преимущественно дофаминергическими терминалями, отходящими от переднего мозгового пучка. При этом эффект дофамина, выделяющегося из этих терминалей, преимущественно положительный (меняется только в отношении медиальной части, или shell прилежащего ядра и медиальной префронтальной коры на «±»). Напротив, реализующие эффекты со структур расширенной миндалины не одинаковы: они тормозные (опосредованы ГАМК) от прилежащего ядра и ядра ложа конечной полоски на паравентрикулярное ядро гипоталамуса

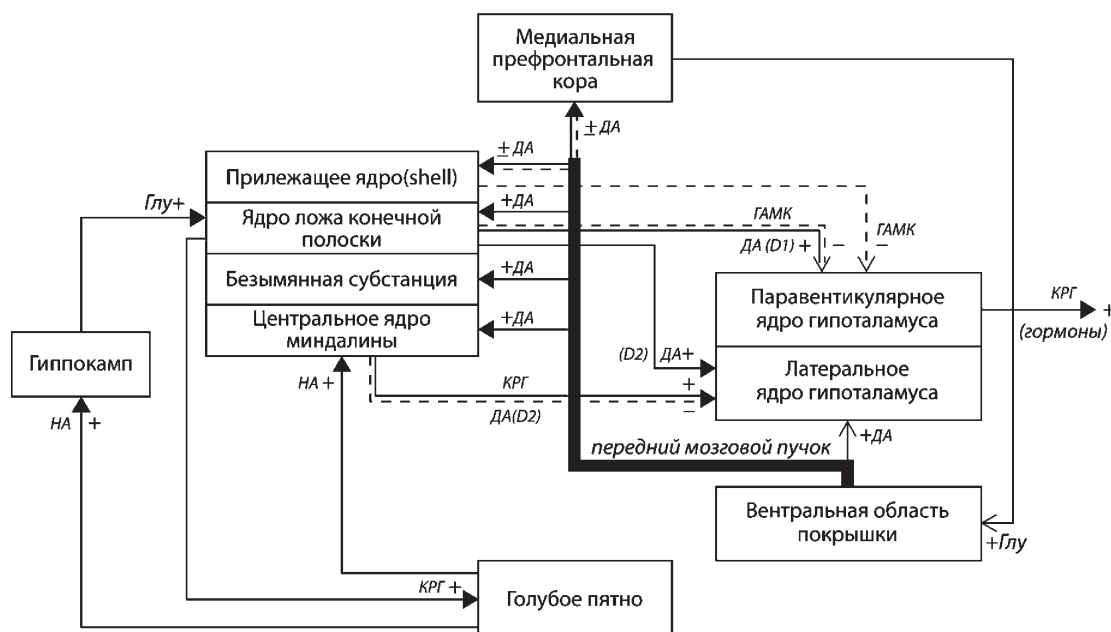


Рис. 2. Функциональное взаимодействие структур расширенной миндалины в реализации подкрепляющих эффектов наркогенов: сплошными стрелками отмечены положительные влияния, пунктирными — отрицательные влияния; ДА — дофамин; ГАМК — γ -аминомасляная кислота; Глут — глутамат; КРГ — кортикотропин-рилизинг гормон; НА — норадреналин

ламуса (за исключением положительных D₁-дофаминергических влияний от ядра ложа) и положительные (через систему КРГ) от центрального ядра миндалины на латеральный гипоталамус. В последнем случае D₂-рецепторы дофамина могут оказывать отрицательное влияние на эту структуру.

Таким образом, представленные данные (как фактические, так и обобщающие) в целом укладываются в современные представления, согласно которым именно структурам системы расширенной миндалины отводится ведущая роль в действии наркотиков [3, 21, 22]. Если в 1980—1990-е годы главное внимание исследователей было приковано к прилежащему ядру и были сформулированы доказательства его определяющего значения в эффектах наркотиков психостимулирующей (кокаин, амфетамин) и опиатной (морфин, героин) направленности [2, 11], то в 2000-е годы акцент сместился на изучение побудительных (запускающих) механизмов зависимости и механизмов возобновления приема наркотиков, где ведущая роль отводится именно ядру ложа конечной полоски и центральному ядру миндалины (а также более известным и хорошо описанным механизмам через базо-латеральное ядро миндалины на прилежащее ядро и бледный шар с моторными эффектами) [16, 17, 26—29]. Более значимая детализация исследований, направленных на уточнение функциональной роли каждой из структур и возможностей фармакологического воздействия на них в дальнейшем позволит сформулировать принципы биологической профилактики зависимости при использовании наркотиков с немедицинскими целями.

Список литературы

1. Лебедев А.А., Шабанов П.Д. Сопоставление реакции самостимуляции и условного предпочтения места при введении фенамина у крыс // Журн. высш. нервн. деят. — 1992. — Т. 42, №4. — С. 692—698.
2. Шабанов П.Д. Психофармакология. — СПб.: Н-Л, 2008. — 384 с.
3. Шабанов П.Д., Лебедев А.А. Структурно-функциональная организация системы расширенной миндалины и ее роль в подкреплении // Обзоры по клин. фармакол. и лек. терапии. — 2007. — Т. 5, №1. — С. 2—16.
4. Шабанов П.Д., Лебедев А.А., Дробленков А.В., Любимов А.В. Отсроченные поведенческие и морфологические последствия активации системы стресса-антистресса в раннем онтогенезе у крыс // Эксперим. и клин. фармакол. — 2009. — Т. 72, №6. — С. 7—14.
5. Шабанов П.Д., Лебедев А.А., Мещеров Ш.К. Дофамин и подкрепляющие системы мозга. — СПб.: Лань, 2002. — 208 с.
6. Шабанов П.Д., Лебедев А.А., Мещеров Ш.К. Последствия внутриамниотического введения 6-гидроксидофамина беременным крысам, оцененные по поведенческим показателям у взрослого потомства // Психофармакол. и биол. наркол. — 2002. — Т. 2, №1—2. — С. 265—271.
7. Шабанов П.Д., Лебедев А.А., Воеводин Е.Е., Стрельцов В.Ф. Блокада рецепторов кортиколиберина в миндалине астрессинном устраняет подкрепляющие эффекты фенамина, морфина и

лей-энкефалина на самостимуляцию мозга // Эксперим. и клин. фармакол. — 2006. — Т. 69, №3. — С. 14—18.

8. Шабанов П.Д., Лебедев А.А., Стрельцов В.Ф. Гормональные механизмы подкрепления. — СПб.: Н-Л, 2008. — 208 с.

9. Шабанов П.Д., Лебедев А.А., Русановский В.В., Стрельцов В.Ф. Поведенческие эффекты кортиколиберина и его аналогов, вводимых в желудочки мозга крыс // Мед. акад. журн. — 2005. — Т. 5, №3. — С. 59—67.

10. Шабанов П.Д., Роик Р.О., Стрельцов В.Ф. Активируют ли антидепрессанты подкрепляющие системы мозга? // Наркология. — 2005. — Т. 4, №6. — С. 27—30.

11. Шабанов П.Д., Сапронов Н.С. Психонейроэндокринология. — СПб.: Информ-Навигатор, 2010. — 984 с.

12. Шаляпина В.Г., Шабанов П.Д. Основы нейроэндокринологии. — СПб.: Элби-СПб, 2005. — 472 с.

13. Alheid G.F., Heimer L. Theories of basal forebrain organization and the «emotional motor system» // Progr. Brain Res. — 1996. — Vol. 107. — P. 461—484.

14. Buijnzeel A.W., Gold M.S. The role of corticotrophin-releasing factor-like peptides in cannabis, nicotine, and alcohol dependence // Brain Res. Rev. — 2005. — Vol. 49. — P. 505—528.

15. Davis M. The role of the amygdala in conditioned fear // The amygdala / Ed. by J.P. Aggleton. — N.Y.: Wiley-Liss, 1992. — P. 255—306.

16. Koob G.F. Dynamics of neuronal circuits in addiction: reward, antireward, and emotional memory // Pharmacopsychiatry. — 2009. — Vol. 42. — Suppl. 1. — P. S32—S41.

17. Koob G.F. Neurobiological substrates for the dark side of compulsivity in addiction // Neuropharmacology. — 2009. — Vol. 56. — Suppl. 1. — P. 18—31.

18. Koenig K.P., Klippel A.A. A stereotaxic atlas of the forebrain and lower parts of the brain stem. — Baltimore, 1963. — 214 p.

19. Rybnikova E.A., Peltto-Huikko M., Rikitaya V.V., Shalyapina V.G. Localization of corticotrophin receptors in the rat brain // Neurosci. Behav. Physiol. — 2003. — Vol. 33, №1. — P. 81—84.

20. Samyay Z., Shaham Y., Heinrichs S.C. The role of corticotrophin-releasing factor in drug addiction // Pharmacol. Rev. — 2001. — Vol. 53. — P. 209—243.

21. Shabanov P.D. The extended amygdala CRF receptors regulate the reinforcing effect of self-stimulation // Int. J. Addiction Res. — 2008. — Vol. 1, №1. — P. 200—204.

22. Shabanov P.D., Lebedev A.A., Nozdachev A.D. Extrahypothalamic corticotrophin receptors regulate the reinforcing effects of self-stimulation // Dokl. Biol. Sci. — 2006. — Vol. 406. — P. 14—17.

23. Shabanov P.D., Lebedev A.A., Nozdachev A.D. Social isolation syndrome in rats // Dokl. Biol. Sci. — 2004. — Vol. 395. — P. 99—102.

24. Swanson L.W., Petrowich G.D. What is the amygdala? // Trends Neurosci. — 1998. — Vol. 21. — P. 323—331.

25. Velley L. The role of intrinsic neurons in lateral hypothalamic selfstimulation // Behav. Brain Res. — 1986. — Vol. 22, №2. — P. 141—152.

26. Waraczynski M.A. The central extended amygdala network as a proposed circuit underlying reward valuation // Neurosci. Biobehav. Rev. — 2005. — Vol. 28. — P. 1—25.

27. Waraczynski M. Lidocaine inactivation demonstrates a stronger role for central versus medial extended amygdala in medial forebrain bundle self-stimulation // Behav. Brain Res. — 2006. — Vol. 173, №2. — P. 288—298.

28. Waraczynski M. GABA receptor agonism in the subnucleus central extended amygdala impairs medial forebrain bundle self-stimulation but GABA blockade does not enhance it // Behav. Brain Res. — 2008. — Vol. 187, №2. — P. 396—404.

29. Waraczynski M., Salemme J., Farral B. Brain stimulation reward is affected by D2 dopamine receptor manipulations in the extended amygdala but not the nucleus accumbens // Behav. Brain Res. — 2010. — Vol. 208, №2. — P. 626—635.

THE SIGNIFICANCE OF GABA AND DOPAMINE SYSTEMS IN THE BED NUCLEUS OF STRIA TERMINALIS FOR THE REINFORCING EFFECTS OF OPIOIDES AND NONOPIOIDES ON SELF-STIMULATION OF THE LATERAL HYPOTHALAMUS IN RATS

SHABANOV P.D.

Dr. Med. Sci. (Pharmacology), Professor, Head, Dept. of Pharmacology, Military Medical Academy, Russia, St.Petersburg, Acad. Lebedev street, 6; phone/fax: 007-812-542-4397, 007-921-900-1951; e-mail: pdshabanov@mail.ru

LEBEDEV A.A.

Dr. Biol. Sci. (Physiology), Professor, Senior Researcher, I.P. Pavlov Dept. of Physiology, Research Institute of Experimental Medicine, NWB RAMS, Russia, St.Petersburg, 197376, Acad. Pavlov street, 12, phone: 007-812-234-2735; e-mail: aalebedev-iem@rambler.ru

YAKLASHKIN A.V.

Post-graduate Fellow, Dept. of Pharmacology, Military Medical Academy, Russia, St.Petersburg, Acad. Lebedev street, 6; phone/fax: 007-812-542-4397

The Wistar male rats were implanted bipolar electrodes in the lateral hypothalamus to study self-stimulation reaction in the Skinner box. Simultaneously, the microcannules were implanted into the bed nucleus of stria terminalis to inject the drugs studied (1 µg in 1 µl in volume for each injection). The blockade of GABA_A receptors (bicucullin 1 µg), sodium influx ionic currents (xycaine, or lidocaine 1 µg) or D₁ dopamine receptors (SCH23390) by means of intrastructural administration of drugs into the bed nucleus of stria terminalis decreased, but the blockade of D₂ dopamine receptors (sulpiride) mildly increased self-stimulation reaction of the lateral hypothalamus in rats. The inhibition degree of self-stimulation was the following range: xycaine > SCH23390 ≈ bicucullin (the drugs are located in the range of descending inhibition activity). On the background of blockade of GABA_A receptors (bicucullin) in the bed nucleus of stria terminalis, only sodium ethaminal reproduced its psychostimulant effect, but amphetamine, fentanyl and leu-enkephaline did not appear it. The blockade of D₁ dopamine receptors with SCH23390 prevented the reinforcing effects of all narcogenic drugs. On the opposite side, the intrastructural administration of xycaine into the bed nucleus of stria terminalis strengthened the effects of amphetamine, fentanyl and leu-enkephaline without the effect of sodium ethaminal. At the same time, the blockade of D₂ dopamine receptors with sulpiride increased self-stimulation and strengthened positive reinforcing effects of sodium ethaminal and leu-enkephaline without effects of amphetamine and fentanyl. Therefore, the bed nucleus of stria terminalis controls the hypothalamic self-stimulation via GABA- and dopaminergic mechanisms. GABA realizes the negative (inhibitory) action. The direct positive (activating) effect on the lateral hypothalamus is realized through D₁ dopamine receptors, and D₂ dopamine receptors of the bed nucleus of stria terminalis limit the positive effects of narcogenic drugs.

Key words: self-stimulation, GABA, dopamine, bed nucleus of stria terminalis, lateral hypothalamus, bicucullin, xycaine, sulpiride, SCH23390, amphetamine, fentanyl, sodium ethaminal, leu-enkephaline

Потребление бездымного табака — дополнительная проблема контроля над табаком в России

АНДРЕЕВА Т.И.^{1,3}

к.м.н., доцент Школы Здравоохранения

КРАСОВСКИЙ К.С.²

к. геол.-мин. н., зав. сектором контроля над табаком

АНАНЬЕВА Г.А.³

президент Казанского общественного фонда «Выбор»

АНДРЕИЧЕВА Е.Н.⁴

к.м.н., доцент кафедры факультетской терапии

¹ — Университет «Киево-Могилянская академия», Киев, Украина,
тел. 38050-4165200, e-mail: tatianandreeva@yandex.ru

² — Институт стратегических исследований Министерства Здравоохранения Украины, Киев, Украина,
тел. 38050-4165202, e-mail: krasovskyk@gmail.com

³ — Казанский общественный фонд «Выбор», тел. 79272408786, e-mail: kazan_choice@list.ru

⁴ — Казанский государственный медицинский университет, e-mail: elena_andre@mail.ru

Проведена оценка распространенности потребления бездымного табака (БТ) среди подростков и молодежи в России, по данным глобального опроса молодежи о потреблении табака и глобального опроса студентов медицинских специальностей. О потреблении БТ в течение последнего месяца среди подростков 13—15 лет сообщили 4,9% юношей и 2,4% девушек, среди студентов медицинского вуза — 3,5% юношей и 1,8% девушек. Потребление БТ сопряжено с курением разнообразных табачных изделий, а также с негативным отношением к мерам контроля над табаком. Потребление бездымного табака не повышает шансы отказа от курения. В России достигнут уровень потребления, характерный для стран с традиционно высоким потреблением БТ, что требует срочных мер регулирования, включая полный запрет производства и импорта изделий БТ.

Ключевые слова: бездымный табак, подростки, студенты медицинских специальностей, курение, табачные изделия

Введение

Употребление БТ представляет серьезную проблему общественного здоровья. В 1986 г. внимание к этой проблеме было привлечено в докладе главного хирурга США [13]. В отношении изученных последствий для здоровья сегодня можно назвать: рак ротовой полости и поджелудочной железы, другие виды рака, заболевания ротовой полости (кариес зубов, инфекции десен, стирание зубов, поражение слизистой оболочки рта), сердечно-сосудистые заболевания, диабет, последствия для репродуктивного здоровья [4, 8, 10—11, 12, 14, 19, 23]. Кроме того, в результате всасывания никотин обуславливает развитие зависимости [13].

При этом не только многие потребители недооценивают вред, наносимый здоровью потреблением БТ [26—27]. Его роль также недооценивается и большинством работников здравоохранения в разных странах мира [8]. Рекомендации в отношении изделий из БТ сформулированы научно-консультативным комитетом по регулированию табачных изделий ВОЗ [4] и Секретариатом РКБТ ВОЗ [3].

Бездымный табак может представлять дополнительную опасность в условиях освобождения рабочих

и общественных мест от табачного дыма: все больше потребителей табака будут отказываться от сигарет, и табачные компании будут стремиться заполнить образовавшуюся нишу, предлагая зависимым от табака потребителям его бездымные формы [8].

Термин *бездымный табак* используется для описания табака, потребляемого в несжигаемой форме перорально или через нос. БТ в пероральной форме обычно жуются, сосется или накладывается на зубы и десны. Из всех видов табака, предназначенных для использования в ротовой полости, в России наибольшее распространение получили среднеазиатский насвай [1] и шведский снюс [2]. В 2002 г. компанией «ЮНИКОН/МС Консультантская группа» было проведено маркетинговое исследование с целью оценки интереса к шведскому снюсу и перспектив его продвижения на российском рынке. В результате этого исследования потребители снюса были подразделены на 4 группы:

- 1) уже состоявшиеся потребители;
- 2) потенциальные потребители — те, кто хочет бросить курить;
- 3) те, кто ограничен в возможности курения сигарет (специфическая трудовая деятельность, частые командировки, учеба и т.д.);
- 4) любители чего-то нового и необычного [6].

Баланс между второй и четвертой группами, т.е. между содействием прекращению курения и вовлечением новых потребителей среди молодежи, определяет влияние снюса на общественное здоровье.

Целью данного исследования была оценка уровня потребления БТ среди молодых людей в России на материалах двух опросов, являющихся компонентами глобальной системы надзора за потреблением табака [30]: глобального опроса молодежи о потреблении табака и глобального опроса студентов медицинских специальностей, вопросник которого послужил базой для проведенного нами опроса студентов Казанского медицинского университета. Мы также проверяли гипотезу о том, способствует ли потребление БТ прекращению ежедневного курения.

Что касается предыдущих исследований, в доступных нам базах журнальных статей не удалось обнаружить научных публикаций, которые бы касались проблемы потребления БТ в России. Найденные две публикации касались лишь оценки химического состава и мутагенной активности изделий БТ [5, 7].

Ранее нами были подготовлены два аналитических обзора данных: о продвижении шведского снюса в России [2], и о насвае [1].

Объект и методы исследования

Глобальный опрос молодежи о потреблении табака является проводимым в учебных заведениях опросом школьников 13—15 лет. В европейском регионе вопрос о потреблении БТ задавался в опросах, проведенных в 2003—2004 гг. в Армении, Беларуси, Грузии, Казахстане, Кыргызстане, Молдове, Польше, России, Румынии, Таджикистане, Украине, Эстонии. Опрос также включал в себя сбор и других сведений о потреблении табака, таких, как курение самого респондента, членов его семьи, друзей, одноклассников, отношение к курению и прекращению курения и других данных. Факторы потребления БТ изучались посредством логистического регрессионного анализа среди 12 434 участников опроса в России.

Опрос студентов Казанского медицинского университета проводился в условиях учебного заведения [22] среди 770 участников. Были опрошены все присутствовавшие на занятиях студенты 3- и 5-х курсов лечебного, педиатрического, медико-профилактического, стоматологического факультетов.

Для решения задач данного исследования мы оценивали долю когда-либо пробовавших БТ и долю нынешних потребителей БТ. Связь потребления БТ с другими характеристиками, включенными в анкету, оценивалась с применением многомерного бинарного логистического регрессионного анализа. Для решения вопроса о том, способствует ли потребление БТ прекращению курения, доля бывших курильщиков среди

лиц, когда-либо куривших ежедневно, сравнивалась в группах респондентов, когда-либо потреблявших БТ, и тех, кто его никогда не потреблял.

Все перечисленные виды анализа и их результаты подвергались статистической обработке с применением пакета статистических программ SPSS 15.0.

Результаты

Потребление бездымного табака подростками 13—15 лет

Сравнение данных Глобального опроса молодежи о потреблении табака показало, что в России 3,6% (95%ДИ 3,3—3,9%) подростков сообщили о потреблении БТ в течение 30 дней, предшествовавших опросу, что заметно выше по сравнению со средним уровнем в вышеуказанных странах европейского региона ВОЗ (2,6%; 95%ДИ: 2,2—3,0%), в том числе в Казахстане (2,9%; 95%ДИ 2,6—3,2%) и Кыргызстане (2,5%; 95%ДИ 2,1—3,0%), для которых потребление БТ в форме насвая является традиционным.

Факторы, связанные с потреблением БТ среди российских участников Глобального опроса молодежи о потреблении табака, показаны в табл. 1. Более высокая вероятность потребления БТ характерна для тех подростков, которые начали курить до 10 лет и курят в настоящее время, а также сообщают о том, что большинство их одноклассников курит. Также обнаружена связь с потреблением других экзотических видов табачных изделий: курительного табака в виде самокруток, сигар или сигарилл, трубочного табака.

Потребление бездымного табака студентами медицинских специальностей

Среди 760 студентов (500 женского пола и 260 — мужского), которые дали ответы на данный вопрос, о потреблении БТ когда-либо в жизни сообщили 35 студенток, что составило 7% опрошенных, и 34 студента мужского пола, что составило 13%. О потреблении в течение последнего месяца сообщили по 9 чел., что составило 1,8% для женского пола и 3,5% для мужского пола.

Переменные, сопряженные с потреблением БТ когда-либо в жизни, показаны в табл. 2. Пол, курс, возраст, факультет, а также другие переменные, присутствовавшие в анкете, не обнаружили связи с потреблением БТ. Большей вероятностью потребления БТ отличались те студентки, которые сообщили либо о ежедневном курении, либо о том, что когда-то пробовали курить и курили не ежедневно, но теперь не курят. Обнаружена связь между курением БТ и курением кальяна. Чем чаще респонденты курили кальян, тем большей была вероятность

того, что они также потребляли БТ. Если студенты сообщали, что курили сигареты на территории своего учебного заведения, это также было сопряжено с большей вероятностью потребления БТ.

При оценке факторов нынешнего потребления БТ статистически значимыми оказались связи только с курением на территории учебного заведения.

*Прекращение курения
среди потребителей бездымного табака*

Из 12 студентов, когда-либо куривших ежедневно и потреблявших БТ, всего 1 чел. был бывшим курильщиком, тогда как среди не потреблявших БТ, но куривших ежедневно, из 127 студентов бывших курильщиков было 29 чел. Расчеты показали, что такое различие статистически не достоверно.

Обсуждение

Обнаруженная распространенность регулярного потребления БТ в России (потребление его хотя бы раз в течение последних 30 дней) среди подростков 13—15 лет (4,9% юношей и 2,4% девушек) и студентов медицинского вуза (3,5% юношей и 1,8% девушек) превышает аналогичные показатели в соседних с Россией странах.

Полученное нами соотношение между когда-либо пробовавшими БТ (13% среди юношей и 7% среди девушек) и ставшими его регулярными потребителями сходно с данными для населения США, в целом, где доля когда-либо потреблявших БТ составляет 11%, а доля регулярных потребителей — 3% [24]. То есть примерно треть когда-либо пробовавших БТ продолжает его потреблять на момент опроса.

Таблица 1

Количество респондентов, потреблявших бездымный табак,
и результаты многофакторного бинарного логистического регрессионного анализа
потребления бездымного табака в течение последнего месяца,
Глобальный опрос молодежи о потреблении табака, Россия, 2004 г.

Вопрос	Ответы	N	%	p	OR	LB	UB
Пол	Мужской	5894	4,9				
	Женский	6499	2,4	0,010	0,73	0,57	0,93
Курили когда-либо в жизни	Нет	6426	0,4		1,00		
	Да	6008	6,5	0,000	4,48	2,52	7,96
Начали курить в возрасте до 10 лет	Нет	10 403	2,6		1,00		
	Да	2031	8,0	0,040	1,29	1,01	1,64
Курят в настоящее время	Нет	9479	0,8		1,00		
	Да	2955	10,9	0,000	2,29	1,59	3,30
Курили самокрутки в течение последнего месяца	Нет	12 089	2,6	0,000	1,00		
	Реже чем раз в неделю	169	21,4	0,003	2,02	1,27	3,19
	Раз в неделю или чаще	120	37,0	0,000	3,75	2,39	5,88
	Ежедневно	56	42,5	0,000	4,04	2,07	7,89
Курили сигары или сигариллы в течение последнего месяца	Нет	11 137	1,3				
	Да	1297	21,4	0,000	4,85	3,66	6,42
Курили трубку в течение последнего месяца	Нет	12 206	2,7	0,000	1,00		
	Реже чем раз в неделю	102	34,8	0,000	3,34	2,02	5,53
	Раз в неделю или чаще	72	38,1	0,001	2,78	1,54	5,03
	Ежедневно	54	58,1	0,000	4,89	2,50	9,57
Какая часть учеников вашего класса курит?	Большинство	2395	6,7	0,025	1,00		
	Примерно половина	1724	5,0	0,726	1,06	0,77	1,45
	Некоторые из них	6908	2,6	0,011	0,70	0,54	0,92
	Никто из них	1407	1,5	0,903	0,96	0,52	1,79
Нужно ли запретить рекламу табака?	Нет	2419	7,0		1,00		
	Да	10 015	2,6	0,002	0,68	0,54	0,87
Примечание. N — количество наблюдений; % — процент респондентов, которые сообщили, что употребляли бездымный табак в течение последнего месяца; P — величина p, вероятность ошибки первого рода; OR — соотношение шансов; LB — нижняя граница 95% доверительного интервала для соотношения шансов; UB — верхняя граница 95% доверительного интервала для соотношения шансов							

Обнаруженная нами большая распространенность потребления БТ среди молодых людей мужского пола, чем женского, была показана и в других исследованиях [13, 16, 20, 21, 24].

Характеристики группы как студентов, так и подростков, указавших на потребление БТ, свидетельствуют о том, что эта группа состоит минимум из двух подгрупп.

Первая подгруппа — это те, кто когда-то пробовали курить, но не курили каждый день. Очевидно, что они также пробовали и другие виды табачных изделий и, возможно, другие психоактивные вещества. Однако они завершили экспериментирование и более не употребляют эти вещества.

Вторая подгруппа — это нынешние ежедневные курильщики, которые также употребляют и другие табачные изделия, включая кальян, сигары или сигариллы, курительный табак для трубок и самокруток, бездымный табак и т.д. Характерно то, что к употреблению «экзотических» табачных изделий более склонны курильщики, нарушающие общественные нормы (о чем свидетельствуют сообщения, что они

курили на территории учебного заведения) или отрицающие необходимость мер контроля над табаком (высказывания против запрета табачной рекламы).

Таким образом, можно констатировать, что производителям и дистрибьюторам БТ в России удалось решить задачу привлечения клиентов, которые любят экспериментировать с новыми веществами.

В других странах в качестве фактора риска потребления БТ также было отмечено курение [24, 29], потребление алкоголя [15, 24] и марихуаны [17, 24].

Полученные результаты показывают, что БТ, который начинает ввозиться в страну, чаще используют те, кто употребляет и другие имеющиеся ранее в стране психоактивные вещества. Новое психоактивное вещество непременно находит своих потребителей среди экспериментирующей молодежи. Даже если это вещество где-то рассматривается как средство снижения вреда для многолетних потребителей, в новом месте оно ведет к росту потребления табака, в целом, и суммарный вред для общества возрастает. Там, где БТ широко доступен, растет потребление именно среди молодых [17], его нередко начинают потреб-

Таблица 2

Факторы, связанные с потреблением бездымного табака когда-либо в жизни: результаты многомерного бинарного логистического регрессионного анализа (опрос студентов Казанского медицинского университета)

	N	%	p	OR	LB	UB
1. Пробовали ли Вы когда-либо курить сигареты или другие табачные изделия						
a. Да, и я курю в настоящее время каждый день	80	31,7	0,013	4,52	1,38	14,81
b. Да, и я курю в настоящее время, но не каждый день	30	10,0	0,584	1,58	0,31	8,12
c. Я курил(а) раньше каждый день, но в настоящее время я курю не каждый день	23	3,8	0,711	0,64	0,06	6,69
d. Я курил(а) раньше каждый день, но я больше не курю совсем	27	13,3	0,754	1,27	0,28	5,80
e. Я выкурил(а) более 100 сигарет за всю жизнь, но я никогда не курил ежедневно и более не курю	25	18,5	0,017	4,85	1,33	17,64
f. Я пробовал(а) курить, но выкурил(а) за всю жизнь менее 100 сигарет	204	10,9	0,039	2,43	1,05	5,67
g. Я никогда не пробовал(а) курить — не сделал(а) за всю жизнь ни одной затяжки	326	2,8		1,00		
10. Курили ли кальян в течение последнего года и как часто?						
a. Да, курил(а) ежедневно	5	40,0	0,067	8,74	0,86	88,75
b. Раз в неделю или чаще, но не ежедневно	22	31,8	0,004	9,66	2,06	45,19
c. Раз в месяц или чаще, но реже, чем раз в неделю	81	17,3	0,002	6,99	2,00	24,43
d. Несколько раз в год, но реже, чем раз в месяц	276	13,0	0,008	4,65	1,49	14,51
e. Ни разу в течение прошедшего года, но это случалось раньше	102	6,9	0,087	3,11	0,85	11,40
f. Никогда в жизни не курил(а) кальян	229	1,7		1,00		
4. Курили ли Вы когда-либо сигареты или другие табачные изделия на открытой территории вашего учебного заведения в течение прошлого года?						
a. Я вообще не курил(а) в течение прошлого года	488	5,7		1,00		
b. Да, я курил(а) на территории своего учебного заведения	66	42,0	0,010	3,67	1,37	9,84
c. Я курил(а) в течение прошлого года, но не на территории своего учебного заведения	161	8,3	0,123	0,50	0,21	1,21
Примечание. N — количество наблюдений; % — процент респондентов, которые сообщили, что когда-либо употребляли бездымный табак; P — величина p, вероятность ошибки первого рода; OR — соотношение шансов; LB — нижняя граница 95% доверительного интервала для соотношения шансов; UB — верхняя граница 95% доверительного интервала для соотношения шансов						

лять в раннем школьном возрасте еще до начала курения [15, 18].

В силу того, что с потреблением БТ связывают меньшие риски развития большинства заболеваний, вызываемых курением, некоторые авторы высказываются в пользу использования БТ как средства снижения вреда от курения [9]. Однако, поскольку некоторые из этих позиций являются недоказанными, соображения осторожности и этика не позволяют предлагать использование БТ в качестве альтернативы курительному табаку [25, 28], особенно в тех странах, где он не является традиционно используемым. В рекомендациях ВОЗ 2010 г. [3] также указано, что БТ не должен рассматриваться в качестве изделия, сокращающего вред.

Вопрос о том, способствовало ли наличие БТ в России сокращению курения среди тех, кто стремился отказаться от него, не получил положительного ответа. Проведенный нами анализ показал, что нет различий в том, какую долю среди когда-либо куривших ежедневно составляют бывшие курильщики, в зависимости от потребления БТ. К этим же выводам пришел и комитет экспертов по регулированию табачных изделий [4]. Дополнительно это можно будет оценить по результатам Глобального опроса взрослых о потреблении табака, недавно завершеного в России.

Отмечается, что поведение, связанное с потреблением БТ, сложно приостановить [4], в частности, большинство медикаментозных средств, действенных в отношении прекращения курения, не обнаружили эффективности при лечении зависимости от БТ [14], поэтому именно предупреждение начала потребления является наиболее адекватной задачей в отношении БТ [17]. Соответственно, в странах, где потребление БТ не является традиционным, и где пока не накопилось значительного количества зависимых потребителей, проще его остановить вначале.

Заключение и рекомендации

Потребление БТ в России существенно превышает аналогичные уровни в других странах бывшего СССР и приближается к уровням ряда развитых стран с традиционно высоким уровнем потребления БТ.

Потребление БТ в первую очередь наблюдается среди молодых людей, склонных к экспериментированию с различными табачными изделиями и другими психоактивными веществами.

Потребление БТ не повышает шансы отказа от курения.

Директива ЕС 2001/37 запрещает продажу БТ в большинстве стран ЕС. Подобные запреты действуют и в других странах, например в Молдове. Российской Федерации стоит рассмотреть вопрос о запрете БТ, пока его употребление не приобрело масштабы эпидемии.

Список литературы

1. Андреева Т. Насвай: зачем нашим детям потреблять куриный помет? — 2005. — Режим доступа: <http://www.adic.org.ua/sirpatip/periodicals/anti/anti-17.htm>.
2. Андреева Т. Шведский снюс и подход снижения вреда в контроле над табаком. — 2005. — Режим доступа: <http://www.adic.org.ua/nosmoking/contact/tem/15.htm>.
3. Борьба с бездымными табачными изделиями и электронными сигаретами и предупреждение их употребления, Доклад Секретариата РКБТ, 15 сентября 2010 г. 2010. — Режим доступа: http://apps.who.int/gb/fctc/PDF/cop4/FCTC_COP4_12-ru.pdf.
4. ВОЗ. Научно-консультативный комитет по регулированию табачных изделий. Рекомендации в отношении изделий из бездымного табака. ВОЗ. — 2003. — Режим доступа: http://www.who.int/tobacco/sactob/recommendations/en/smokeless_ru.pdf.
5. Кривошеева Л.В., Хитрово Я.А., Белицкий Г.А., Левинский С.С., Сигачева Н.А., Заридзе Д.Г. Канцерогенные составляющие и мутагенный эффект бездымного табака и сигарет без табака // Вопросы онкологии. — 2006. — Т. 52(4). — С. 427—432.
6. Отношение к снюсу в России. — Режим доступа: http://ne-kurim.ru/articles/snus/otnoshenie_k_snysu_v_rossii/.
7. Сафаров Р.Д. Мутагенная активность бездымного табака в микробиологической тест-системе Эймса Salmonella/микросомы // Военно-медицинский журнал. — 2005. — Т. 326(2). — С. 48.
8. Arabi Z. Metabolic and cardiovascular effects of smokeless tobacco // Journal of the cardiometabolic syndrome. — 2006. — Vol. 1(5). — P. 345—350.
9. Bates C., Fagerstrom K., Jarvis M., Kunze M., McNeill A., Ramstrom L. European Union policy on smokeless tobacco: A statement in favour of evidence based regulation for public health // Tobacco Control. — 2003. — Vol. 12(4). — P. 360—367.
10. Boffetta P., Hecht S., Gray N., Gupta P., Straif K. Smokeless tobacco and cancer // The Lancet Oncology. — 2008. — Vol. 9(7). — P. 667—675.
11. Boffetta P., Straif K. Use of smokeless tobacco and risk of myocardial infarction and stroke: systematic review with meta-analysis // BMJ. — 2009. — Vol. 339. — b3060.
12. Critchley J., Unal B. Is smokeless tobacco a risk factor for coronary heart disease? A systematic review of epidemiological studies // European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation. — 2004. — Vol. 11(2). — P. 101—112.
13. Cullen J.W., Blot W., Henningfield J., Boyd G., Mecklenburg R., Massey M.M. Health consequences of using smokeless tobacco: summary of the Advisory Committee's report to the Surgeon General // Public Health Rep. — 1986. — Jul—Aug. — Vol. 101(4). — P. 355—373.
14. Ebbert J., Montori V., Vickers K., Erwin P., Dale L., Stead L. Interventions for smokeless tobacco use cessation // Cochrane database of systematic reviews. — 2007. — 4.
15. Gottlieb A., Pope S.K., Rickert V.I., Hardin B.H. Patterns of smokeless tobacco use by young adolescents // Pediatrics. — 1993. — Jan. — Vol. 91(1). — P. 75—78.
16. Horn K.A., Gao X., Dino G.A., Kamal-Bahl S. Determinants of youth tobacco use in West Virginia: a comparison of smoking and smokeless tobacco use // Am. J. Drug Alcohol Abuse. — 2000. — Feb. — Vol. 26(1). — P. 125—138.
17. Johnson G.K., Squier C.A. Smokeless tobacco use by youth: a health concern // Pediatr Dent. — 1993. — May—Jun. — Vol. 15(3). — P. 169—174.
18. Kozlowski L.T., O'Connor R.J., Edwards B.Q., Flaherty B.P. Most smokeless tobacco use is not a causal gateway to cigarettes: using order of product use to evaluate causation in a national US sample // Addiction. — 2003. — Aug. — Vol. 98(8). — P. 1077—1085.
19. Lee P. Circulatory disease and smokeless tobacco in Western populations: A review of the evidence // International Journal of Epidemiology. — 2007. — Vol. 36(4). — P. 789—804.

20. Lewis P.C., Harrell J.S., Deng S., Bradley C. Smokeless tobacco use in adolescents: the Cardiovascular Health in Children (CHIC II) Study // *J. Sch. Health.* — 1999. — Oct. — Vol. 69(8). — P. 320—325.
21. McKnight R.H., Koetke C.A., Mays J.R. Smokeless tobacco use among adults in Kentucky: 1994 // *J. Ky. Med. Assoc.* — 1995. — Oct. — Vol. 93(10). — P. 459—464.
22. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. The GTSS Atlas. Part Five: Global Health Professions Student Survey. — P. 62—73.
23. Rodu B., Jansson C. Smokeless tobacco and oral cancer: a review of the risks and determinants // *Critical reviews in oral biology and medicine: an official publication of the American Association of Oral Biologists.* — 2004. — Vol. 15(5). — P. 252—263.
24. Rouse B.A. Epidemiology of smokeless tobacco use: a national study // *NCI Monogr.* — 1989(8). — P. 29—33.
25. Savitz D., Meyer R., Tanzer J., Mirvish S., Lewin F. Public health implications of smokeless tobacco use as a harm reduction strategy // *American Journal of Public Health.* — 2006. — Vol. 96(11). — P. 1934—1939.
26. Schaefer S.D., Henderson A.H., Glover E.D., Christen A.G. Patterns of use and incidence of smokeless tobacco consumption in school-age children // *Arch. Otolaryngol.* — 1985. — Oct. — Vol. 111(10). — P. 639—642.
27. Schinke S.P., Gilchrist L.D., Schilling R.F., 2nd, Senechal V.A. Smoking and smokeless tobacco use among adolescents: trends and intervention results // *Public Health Rep.* — 1986. — Jul.—Aug. — Vol. 101(4). — P. 373—378.
28. Tomar S., Fox B., Severson H. Is smokeless tobacco use an appropriate public health strategy for reducing societal harm from cigarette smoking? // *International Journal of Environmental Research and Public Health.* — 2009. — Vol. 6(1). — P. 10—24.
29. Tomar S.L., Giovino G.A. Incidence and predictors of smokeless tobacco use among US youth // *Am. J. Public Health.* — 1998. — Jan. 1. — Vol. 88(1). — P. 20—26.
30. Warren C.W., Lee J., Lea V., Goding A., O'Hara B., Carlberg M. et al. Evolution of the Global Tobacco Surveillance System (GTSS) 1998—2008 // *Glob. Health Promot.* — 2009. — Sep. — Vol. 16 (2 Suppl.). — P. 4—37.

CONSUMPTION OF SMOKELESS TOBACCO — ADDITIONAL PROBLEM OF TOBACCO CONTROL IN RUSSIA

ANDREEVA T.I.
KRASOVSKY K.S.
ANANJEVA G.A.

MD, PhD, School of Public Health, National University of Kyiv-Mohyla Academy, Kiev, Ukraine
PhD, head of tobacco control unit, Ukrainian Institute for Strategic Research, Ministry of Health of Ukraine
psychologist, president of Kazan public foundation «Choice»,
director of center for addictions prevention «Choice», municipal pedagogical enterprise «Teenager»
Kazan State medical university, ass.professor of the department of faculty therapy

ANDREICHEVA E.N.

Prevalence of smokeless tobacco (ST) use in Russia was assessed with the data of Global Youth Tobacco Survey and Global Health Professions Student Survey. Last month ST use was reported by 4,9% male and 2,4% female 13—15 year old adolescents and 3,5% male and 1,8% female medical students. ST use was associated with ever and current smoking cigarettes, smoking cigars and cigarillos, pipes, waterpipes, as well as with negative attitude towards the tobacco control measures. ST use does not increase the likelihood of quitting daily smoking. Russia has achieved the level of ST use typical for the countries with traditionally high ST use, which requires urgent regulatory measures including total ban of production and import of ST.

Key words: smokeless tobacco, adolescents, medical students, smoking, tobacco products

Ассоциация полиморфизмов генов *ADH1B*, *ALDH2* и *CYP2E1* с развитием алкогольной зависимости и алкогольного цирроза печени

ЧОГОВАДЗЕ А.Г. ¹	аспирант; e-mail: chogowadze@gmail.com
ГЕНЕРОЗОВ Э.В. ¹	к.б.н.
НИКОЛАЕВА В.В. ²	к.м.н.
ПОПЛЕВЧЕНКОВ К.Н. ²	аспирант
ВЕРЕТИНСКАЯ А.Г. ²	к.б.н.
АНОХИНА И.П. ²	д.м.н., профессор, академик РАМН
ДУДИНА К.Р. ³	к.м.н., ассистент кафедры
ЗНОЙКО О.О. ³	д.м.н., профессор
МАЕВСКАЯ М.В. ⁴	д.м.н., профессор
ВЕДЕРНИКОВА А.В. ⁴	к.м.н.
ИВАШКИН В.Т. ⁴	д.м.н., профессор, академик РАМН

¹ — ФГУ «НИИФХМ» ФМБА, 119435, Москва, ул. Малая Пироговская, д.1а.

Тел.: (499) 246-4401. Факс: (499) 246-4409. E-mail: info@ripcm.org.ru

² — ННЦ наркологии Росздрава, 119002, Москва, Мал. Могильцевский пер., 3. Тел.: (495) 241-06-03

³ — ГОУ ВПО «МГМСУ Росздрава», кафедра инфекционных болезней и эпидемиологии, 127473, Москва, ул. Делегатская, д. 20/1. Тел.: 8 (495) 681-65-13. E-mail: msmsu@msmsu.ru

⁴ — 2-я Университетская клиническая больница 1-го МГМУ им. И.М. Сеченова, 119992, Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2. Тел.: 8(499) 248-05-53. E-mail: rektorat@mma.ru

Система метаболизма этанола, регулирующая концентрацию ацетальдегида в плазме крови и печени, включает в себя ферменты алкогольдегидрогеназу 1В, альдегиддегидрогеназу-2 и этанол-индуцируемый цитохром P450 2E1. Полиморфизмы генов, кодирующих эти ферменты (*ADH1B*, *ALDH2*, *CYP2E1*), оказывают влияние на их активность, тем самым изменяя и концентрацию ацетальдегида. Это может увеличить риск развития хронического алкоголизма и алкогольной болезни печени (АБП), в конечном счете приводящей к циррозу печени (ЦП). Полиморфизмы R47H гена *ADH1B*, E504K гена *ALDH2*, TaqI и PstI гена *CYP2E1* были проанализированы в группе из 614 чел., включающей в себя 382 пациента с АБП, 138 больных алкогольным ЦП и 94 здоровых добровольца. Анализ полиморфизмов генов *ADH1B* и *ALDH2* не показал достоверной взаимосвязи с развитием хронического алкоголизма или алкогольного ЦП. Была показана достоверная взаимосвязь аллеля С полиморфизма TaqI гена *CYP2E1* с развитием хронического алкоголизма. Частота аллеля С полиморфизма PstI того же гена была достоверно выше у пациентов с развившимся алкогольным ЦП по сравнению с больными хроническим алкоголизмом, но без ЦП. Полученные данные свидетельствуют о влиянии полиморфизмов TaqI и PstI гена *CYP2E1* на риск развития алкоголизма и ЦП при хроническом злоупотреблении алкоголем. Ключевые слова: алкоголизм, цирроз печени, генетический полиморфизм, метаболизм этанола, цитохром P450 2E1

Введение

Ферменты алкогольдегидрогеназы 1В, альдегиддегидрогеназы-2 [12] и этанол-индуцируемый цитохром P450 2E1 [27] являются важнейшими звеньями системы метаболизма этанола в организме человека [6, 7]. Они катализируют окисление этанола до токсичного ацетальдегида и, далее, до относительно нетоксичного ацетата. Известно, что за развитие большинства симптомов алкогольной интоксикации, таких, как покраснение лица, тахикар-

дия, головная боль, повышенное потоотделение, тошнота и рвота, ответственен наиболее токсичный продукт метаболизма этанола — ацетальдегид [26, 29]. Кроме того, из-за его токсического действия на организм в целом и в частности на печень развивается АБП [3], зачастую переходящая в дальнейшем в ЦП [28]. Структурные полиморфизмы генов ферментов метаболизма этанола: алкогольдегидрогеназы 1В (*ADH1B*), альдегиддегидрогеназы-2 (*ALDH2*) и цитохрома P450 2E1 (*CYP2E1*) могут изменять их

активность, тем самым влияя на концентрацию ацетальдегида в печени и в плазме крови [20, 21, 42]. Эти особенности системы метаболизма этанола определяют индивидуальную переносимость алкоголя и подверженность различным клиническим проявлениям алкогольной интоксикации [23, 24]. Распространенность этих полиморфизмов сильно варьирует в различных этнических группах [17, 37, 38].

Уже опубликовано достаточное количество работ, изучивших связь полиморфизмов генов системы метаболизма этанола с указанными клиническими проявлениями [11]. Так, например, было показано, что полиморфизм E504K гена *ALDH2* приводит к снижению активности фермента, что влечет за собой увеличение концентрации токсичного ацетальдегида в плазме крови и печени [23, 32]. Повышенные концентрации ацетальдегида приводят к большей выраженности клинических эффектов употребления алкоголя и, тем самым, к негативному отношению к приему спиртного. Таким образом, данный полиморфизм можно рассматривать как протективный в отношении развития хронического алкоголизма [14]. К схожим клиническим проявлениям приводит минорный аллель H полиморфизма R47H гена *ADH1B*. Наличие минорного аллеля приводит к увеличению активности фермента и, следовательно, к увеличению концентрации ацетальдегида. Исследования полиморфизмов E504K и R47H были проведены в основном японскими и китайскими учеными ввиду того, что указанные мутантные аллели достаточно часто встречаются в азиатской популяции.

Много работ также посвящено связи полиморфизмов гена *CYP2E1* с развитием хронического алкоголизма и ЦП [15, 30, 31]. Наиболее часто рассматриваемым в этих работах является полиморфизм PstI, находящийся в промоторной области гена и приводящий к увеличению активности фермента. Очень небольшое количество работ посвящено интронному полиморфизму TaqI: в работе британских ученых показана его предположительно протективная роль в отношении развития ЦП [41], в другой работе американские авторы предположили негативное влияние на развитие хронического алкоголизма одного из гаплотипов гена *CYP2E1*, в который входит мутантный аллель TaqI [43].

Были и другие работы, посвященные полиморфизмам генов *ADH1B* и *CYP2E1*, в том числе и российские [1, 8—10], однако часть авторов показала достоверное влияние полиморфизмов этих генов на развитие алкоголизма и ЦП [15, 16, 23, 30], другая часть — опровергла [13, 24, 34]. Кроме того, большинство работ было посвящено лишь одному из двух основных путей метаболизма этанола — либо цитозольному (*ADH1B* и *ALDH2*), либо мик-

росомальному (*CYP2E1*), исследуемые группы пациентов были малы, поэтому выводы о значении этих полиморфизмов в развитии алкоголизма и его тяжелых последствий, таких, как, например, ЦП, остаются противоречивыми и требуют дальнейших исследований.

Таким образом, целью данной работы был комплексный анализ взаимосвязи между четырьмя точечными нуклеотидными полиморфизмами (SNP) генов ферментов, отвечающих за метаболизм этанола — *ADH1B*, *ALDH2*, *CYP2E1*, — и предрасположенностью к хроническому алкоголизму, а также тяжестью течения и степенью прогрессии АБП на выборке европеоидов, проживающих в московском регионе.

Пациенты и методы

Исследуемую выборку составили 520 чел., страдающих алкогольной зависимостью из трех клинических центров: НИЦ наркологии Росздрава, 2-й Университетской клинической больницы 1-го МГМУ им. И.М. Сеченова и кафедры инфекционных болезней и эпидемиологии ГОУ ВПО МГМСУ Росздрава. Из них 138 пациентов имели диагноз *алкогольный цирроз печени*, 382 чел. страдали хроническим алкоголизмом и АБП, однако без признаков тяжелых необратимых повреждений печени. Группу контроля составили 94 здоровых добровольца, не злоупотребляющие алкоголем. Диагноз устанавливали на основании данных физикального обследования, биохимического исследования плазмы крови (уровень билирубина, альбумина, АСТ, АЛТ, ГГТ, ЩФ), ультразвукового исследования брюшной полости. При последующем анализе результатов учитывалось наличие в крови пациентов маркеров вируса гепатита С, больные с признаками HBV и ВИЧ инфекции из исследования исключались. Группы больных хроническим алкоголизмом совпадали по среднему возрасту, суточной дозе и длительности злоупотребления алкоголем.

Для анализа нуклеотидного полиморфизма указанных генов был выбран метод мини-секвенирования с последующей детекцией продуктов реакции на MALDI-TOF (Matrix assisted laser desorption ionization — time of flight) масс-спектрометре [18, 19, 22, 25]. Выделение ДНК из крови проводили с помощью набора «Wizard® Genomic DNA Purification Kit» (Promega, США) согласно инструкции. Реакционная смесь реакции ПЦР-амплификации состояла из 1 µl 10x ПЦР-буфера, 0,4 µl 10x dNTP, по 5 pmol прямого и обратного праймеров (табл. 1), 3,4 µl ddH₂O, 0,04 µl TAQ-pol. К смеси добавляли 5 µl раствора ДНК. Температурный профиль реакции: 94°C 5 мин, 35 циклов: 94°C 30 с, 58°C 10 с,

72°C 20 с, окончательная достройка 72°C 5 мин. Для деактивации оставшихся нуклеотидов в реакционную смесь добавляли 0,1 µl щелочной фосфатазы (Shrimp Alkaline Phosphatase (Fermentas, Канада)), 0,5 µl 1x ПЦР-буфера, 4,4 µl ddH₂O. Температурный профиль реакции: 37°C 30 мин, 85°C 10 мин. Затем проводили реакцию мини-секвенирования. В реакционную смесь добавляли 0,5 µl 10x ПЦР-буфера, 1 pmol каждого ddNTPs, 0,04 µl Termi-pol, 5 pmol олигонуклеотидного зонда (табл. 1), ddH₂O до общего объема смеси 20 µl. Температурный профиль реакции: денатурация — 94°C 5 мин, 35 циклов 94°C 5 с, 55°C 5 с, 72°C 5 с, затем окончательная достройка 72°C 1 мин. Для анализа генотипа использовался MALDI-TOF MS (Autoflex-III™, Bruker Daltonics, Германия): на специальный чип (AnchorChip 400/384, Bruker Daltonics, Германия) наносили матрицу по 0,2 µl, приготовленную из насыщенного раствора 3'-гидроксипиколиновой кислоты (Fluka, США) в 50% ацетонитриле (Merck, США) с добавлением 10 г/л цитрата аммония двухосновного (Fluka, США). Очищенные полимерной смолой образцы в V = 0,2 µl наносили на кристаллы матрицы. МС анализ проводили в линейном режиме, напряжение на мишени 20 kV, на конвертирующем электроде — 17,1 kV.

Статистическая обработка результатов проводилась с помощью программных пакетов MS Access 2007 (Microsoft Inc., США), SPSS 15.0 (SPSS Inc., США), Statistica 6.0 (StatSoft Inc., США), MacChiSquare 1.2.0.0 (Marley W. Watkins). Обработка всех результатов проводилась с помощью критериев χ^2 и точного критерия Фишера, уровень значимости был принят равным 0,05.

Результаты исследования и их обсуждение

Цель данной работы — анализ взаимосвязи между исследованными полиморфизмами генов системы метаболизма этанола и предрасположенностью к развитию хронического алкоголизма и ЦП при злоупотреблении алкоголем. При анализе частот распределения полиморфизмов выяснилось, что аллель К полиморфизма E504K гена *ALDH2* встретился только у одного человека в группе больных хроническим алкоголизмом, поэтому статистический анализ по этому полиморфизму не производился и данные ввиду неинформативности не представлены.

Для определения влияния исследуемых полиморфизмов на риск развития хронического алкоголизма с группой контроля сравнивали следующие клинические группы: объединенную группу больных хроническим алкоголизмом без маркеров HCV («Алко-С») и объединенную группу больных хроническим алкоголизмом без учета наличия маркеров HCV («Алко (Общ.)»). Кроме того, рассматривались группы больных хроническим алкоголизмом с различной тяжестью повреждения печени. Анализ проводился как с учетом, так и без учета наличия в крови больных маркеров вируса гепатита С (табл. 2).

Анализ показал отсутствие достоверных различий в распределении частот полиморфизмов *ADH1B*-R47H и *CYP2E1*-PstI между группами больных хроническим алкоголизмом с различной тяжестью АБП и контрольной группой (частоты минорного генотипа GA составили 6,5 и 9,6%, а для генотипа GC — 4,0 и 2,1% для полиморфизмов *ADH1B*-R47H и *CYP2E1*-PstI соответственно). Это ставит под сомнение выводы некоторых авторов [36, 39, 40] относительно значимости данных полиморфизмов в отношении развития заболевания.

Таблица 1

Последовательности олигонуклеотидных праймеров и зондов

Ген	Полиморфизм	Праймер/зонд	Последовательность 5'-3'
<i>ADH1B</i>	R47H	ADH1B_fl	GTAGGGATTAGTAGCAAAACCCCTCAA
		ADH1B_rl	TGTAGTCACCCCTTCTCCAACA
		ADH1B_ep	TGGCTGTAGGAATCTGTC
<i>ALDH2</i>	E504K	ALDH_fl	TTGGTGGCTACAAGATGTCGG
		ALDH_rl	GGTCCCACACTCACAGTTTCTCTC
		ALDH_ep	ACGGGCTGCAGGCATACACT
<i>CYP2E1</i>	TaqI	C2taq_fl	GGGCTTTCATCTTCATTTCTGA
		C2taq_rl	CAAAATGTGGGCTTTCATCTG
		C2taq_ep	CACTAAGCAACTCCTTCAACT
<i>CYP2E1</i>	PstI	c2pst_fl	CAACGCCCTTCTTGGTTC
		c2pst_rl	TCTTCATACAGACCTCTTCCACC
		C2pst_ep	CCCTTCTTGGTTCAGGAGAG

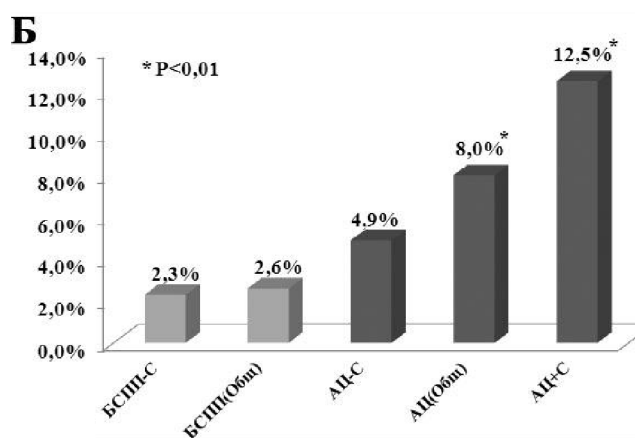
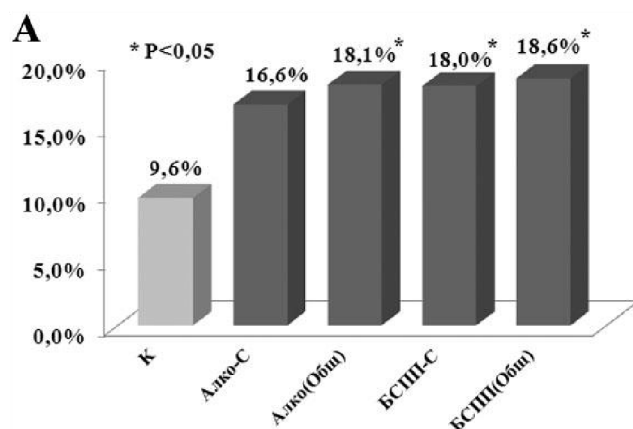
Таблица 2

Распределение генотипов исследуемых полиморфизмов в клинических группах

Группа	N	Генотип (%)					
		<i>ADH1B</i> -R47H		<i>CYP2E1</i> -TaqI		<i>CYP2E1</i> -PstI	
		GG	GA	CC	CG	GG	GC
Контроль (К)	94	85 (90,4)	9 (9,6)	85 (90,4)	9 (9,6)	92 (97,9)	2 (2,1)
Алкогольный цирроз							
Без маркеров HCV (АЦ-С)	82	76 (92,7)	6 (7,3)	73 (89)	9 (11)	78 (95,1)	4 (4,9)
С маркерами HCV (АЦ+С)	56	49 (87,5)	7 (12,5)	42 (75)	14 (25)	49 (87,5)	7 (12,5)
Всего (АЦ (Общ.))	138	125 (90,6)	13 (9,4)	115 (83,3)	23 (16,7)	127 (92)	11 (8)
Без серьезного поражения печени (БСПП):							
БСПП без маркеров HCV (БСПП-С)	345	327 (94,8)	18 (5,2)	283 (82)	62 (18)	337 (97,7)	8 (2,3)
БСПП с маркерами HCV (БСПП+С)	37	34 (91,9)	3 (8,1)	28 (75,7)	9 (24,3)	35 (94,6)	2 (5,4)
Всего (БСПП (Общ.))	382	361 (94,5)	21 (5,5)	311 (81,4)	71 (18,6)	372 (97,4)	10 (2,6)
Больные хроническим алкоголизмом:							
Без маркеров HCV (Алко-С)	427	403 (94,4)	24 (5,6)	356 (83,4)	71 (16,6)	415 (97,2)	12 (2,8)

Анализ частот встречаемости минорного генотипа CG полиморфизма TaqI гена *CYP2E1* у пациентов, больных хроническим алкоголизмом и контрольной группой выявил статистически достоверные различия ($p < 0,05$) в распределении частот этого полиморфизма между группами (рис. А).

Как видно из диаграммы, частота минорного генотипа CG полиморфизма TaqI гена *CYP2E1* оказалась в 2 раза выше в группах больных хроническим алкоголизмом: OR = 2,1 (CI 1,01—4,3; 95%), 2,07 (CI 0,99—4,34; 95%) и 2,16 (CI 1,04—4,5; 95%) для групп «Алко (Общ.)», «БСПП-С» и «БСПП (Общ.)» соответственно. При этом частота минорного генотипа практически не различалась в группах с маркерами HCV и без маркеров HCV, что доказывает значимость данного полиморфизма в отношении развития алкоголизма вне зависимости от вирусного фактора. Достоверно функциональное значение этого интронного полиморфизма на данный момент неизвестно. Скорее всего, он сцеплен с другим полиморфизмом гена *CYP2E1*, непосредственно влияющим на активность фермента [35]. Данный эффект проявляется, скорее всего, вследствие повышения толерантности к алкоголю у носителей минорного аллеля благодаря лучшему метаболизму ацетальдегида и, соответственно, к большим потребляемым дозам алкоголя, что с большей вероятностью приводит к развитию хронического алкоголизма. Существует лишь несколько работ, посвященных данному полиморфизму, например в работе британских ученых показана его про-тективная роль в отношении развития ЦП [41], однако показанная в данном исследовании значимость в отношении развития хронического алкоголизма является неоспоримым предлогом для его более подробного изучения.



Частоты минорных генотипов полиморфизмов гена *CYP2E1*:

А — генотипа CG полиморфизма TaqI в группах больных алкоголизмом и контрольной группе; Б — генотипа GC полиморфизма PstI в группах с различной тяжестью течения АБП

Интересен тот факт, что частота минорного генотипа в группе больных ЦП с маркерами HCV («АЦ+С») оказалась более чем в 2,5 раза больше по сравнению с контрольной группой (25 и 9,6% соответственно; $p < 0,05$).

Для поиска ассоциации рассматриваемых полиморфизмов с риском развития ЦП у больных хроническим алкоголизмом были рассмотрены группы больных с различной тяжестью повреждения печени. При анализе учитывалось наличие в крови маркеров вируса гепатита С [4]. В результате не было найдено никаких достоверных различий в распределении частот генотипов полиморфизма *CYP2E1*-TaqI между сравниваемыми группами. Такие же результаты получены и для полиморфизма *ADH1B*-R47H. Достоверные различия ($p < 0,01$) получены при анализе распределения частот полиморфизма *CYP2E1*-PstI в группах с различной тяжестью течения АБП (рисунок Б). При сравнении группы «АЦ (Общ)» и «БСПП (Общ)» показано более чем трехкратное увеличение частоты полиморфизма в группе с ЦП ($OR = 3,2$ (CI 1,34—7,8; 95%), $p = 0,006$), что подтверждает выводы некоторых авторов о негативной роли данного полиморфизма в отношении развития алкогольного ЦП [31, 33]. В группе больных смешанным (алкогольным + вирусным) ЦП («АЦ+С») — наиболее клинически тяжелой формой заболевания, разница в частотах была еще больше ($OR = 5,3$ (CI 1,93—14,6; 95%), $p = 0,002$). При сравнении больных ЦП и легкой формой АБП, в крови которых отсутствуют маркеры HCV (группы «АЦ-С» и «БСПП-С»), было обнаружено более чем двукратное повышение частоты полиморфизма в группе больных с ЦП, однако эта разница ввиду небольшого объема группы с ЦП была недостоверной.

Заключение

Таким образом, несмотря на доказанное значение полиморфизма E504K гена *ALDH2* в отношении развития хронического алкоголизма и ЦП у азиатских народов, в европейской популяции он практически не встречается и потому не обладает диагностической ценностью. Кроме того, нами было показано отсутствие достоверных различий по полиморфизму R47H гена *ADH1B*, несмотря на ряд работ, доказавших связь этого полиморфизма как с развитием алкоголизма, так и с алкогольным ЦП [14, 42], что может быть связано как с небольшим объемом выборки, так и с различиями между московской популяцией и исследованными в зарубежных работах. Кроме того, хроническое злоупотребление алкоголем способствует активации системы микросомального окисления печени, в частности цитохрома p450 2E1 [5], приводя,

тем самым, к уменьшению значения алкогольдегидрогеназы в метаболизме этанола, что также может обуславливать отсутствие достоверных различий по этому полиморфизму и косвенно подтверждается показанными различиями по полиморфизмам гена *CYP2E1*.

Была показана достоверная взаимосвязь полиморфизмов гена *CYP2E1* с риском развития хронического алкоголизма и алкогольного ЦП. Негативная роль полиморфизма TaqI этого гена, скорее всего, связана с повышением толерантности к алкоголю у носителей аллеля G. Это может быть связано как с изменением активности фермента, приводящим к уменьшению концентрации токсичного ацетальдегида, так и с ускорением индукции данного фермента при приеме алкоголя. Протективную роль этого полиморфизма в отношении развития алкогольного ЦП, описанную в ряде работ [2, 41], доказать не удалось. Тем не менее, было доказано негативное влияние на развитие ЦП другого полиморфизма этого гена — PstI. Наличие аллеля C существенно увеличивает риск развития ЦП у больных хроническим алкоголизмом, особенно в сочетании с инфекцией вирусом гепатита С.

Таким образом, было показано влияние полиморфизмов TaqI и PstI гена цитохрома p450 2E1 на риск развития хронического алкоголизма и алкогольного цирроза печени. Исходя из этого, типирование по приведенным полиморфизмам может помочь выявить людей, входящих в группу риска по развитию хронического злоупотребления алкоголем и рассчитать риск развития ЦП в случае развития заболевания.

Список литературы

1. Ведерникова А.В. Особенности лечения больных с заболеваниями печени сочетанной алкогольной и вирусной (HCV) этиологии: Автореферат дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — М., 2006. — 25 с.
2. Ведерникова А.В., Маевская М.В., Ивашкин В.Т. и др. Генетические аспекты алкогольной болезни печени. Результаты исследования // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, гастроэнтерологии, колопроктологии. — 2005. — №XV (Приложение 24).
3. Ивашкин В.Т. Болезни печени и желчевыводящих путей: Руководство для врачей. 2-е изд-е, испр. и доп. / Под ред. В.Т. Ивашкина. — М.: Изд. дом «М-Вести», 2005. — 536 с.
4. Ивашкин В.Т., Маевская М.В. Алкогольно-вирусные заболевания печени. — М.: Литера, 2007. — 176 с.
5. Маевская М.В. Алкогольная болезнь печени // Consilium medicum. — 2001. — №3 (6). — С. 256—260.
6. Маевская М.В. Клинические особенности алкогольно-вирусных поражений печени // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, гастроэнтерологии, колопроктологии. — 2004. — №XIV (2). — С. 17—21.
7. Маевская М.В. Хронические диффузные заболевания печени, вызванные алкоголем и вирусами гепатитов В и С: Дисс. на соискание ученой степени д.м.н. — М., 2006. — 200 с.
8. Марусин А.В., Степанов В.А., Спиридонова М.Г. и др. Полиморфизм генов этанол-метаболизирующих ферментов *ADH1B*, *ADH7* и *CYP2E1* и риск развития алкоголизма в

русской популяции Западно-Сибирского региона // Мед. генетика. — 2006. — №5 (7). — С. 51—56.

9. Русакова О.С., Гармаш И.В., Гушин А.Е. Алкогольный цирроз печени и генетический полиморфизм алкогольдегидрогеназы (АДГ2) и ангиотензиногена (Т174М, М235Т) // Клиническая фармакология и терапия. — 2006. — №5. — С. 31—33.

10. Шангареева З.А., Викторова Т.В., Насыров Х.М. и др. Генетический полиморфизм ферментов метаболизма этанола // Наркология. — 2004. — №3. — С. 36—40.

11. Bataller R., North K.E., Brenner D.A. Genetic polymorphisms and the progression of liver fibrosis: a critical appraisal // Hepatology. — 2003. — №37 (3). — P. 493—503.

12. Bosron W.F., Li T.K. Genetic polymorphism of human liver alcohol and aldehyde dehydrogenases, and their relationship to alcohol metabolism and alcoholism // Hepatology. — 1986. — №6 (3). — P. 502—510.

13. Burim R.V., Canalle R., Martinelli Ade L. et al. Polymorphisms in glutathione S-transferases GSTM1, GSTT1 and GSTP1 and cytochromes P450 CYP2E1 and CYP1A1 and susceptibility to cirrhosis or pancreatitis in alcoholics // Mutagenesis. — 2004. — №19 (4). — P. 291—298.

14. Chen Y.C., Peng G.S., Wang M.F. et al. Polymorphism of ethanol-metabolism genes and alcoholism: correlation of allelic variations with the pharmacokinetic and pharmacodynamic consequences // Chem. Biol. Interact. — 2009. — №178 (1—3). — P. 2—7.

15. Cichoz-Lach H., Partycka J., Nesina I. et al. The influence of genetic polymorphism of CYP2E1 on the development of alcohol liver cirrhosis // Wiad. Lek. — 2006. — №59 (11—12). — P. 757—761.

16. Cichoz-Lach H., Partycka J., Nesina I. et al. Alcohol dehydrogenase and aldehyde dehydrogenase gene polymorphism in alcohol liver cirrhosis and alcohol chronic pancreatitis among Polish individuals // Scand. J. Gastroenterol. — 2007. — №42 (4). — P. 493—498.

17. Goedde H.W., Agarwal D.P., Fritze G. et al. Distribution of ADH2 and ALDH2 genotypes in different populations // Hum. Genet. — 1992. — №88 (3). — P. 344—346.

18. Graber J.H., Smith C.L., Cantor C.R. Differential sequencing with mass spectrometry // Genet. Anal. — 1999. — №14 (5—6). — P. 215—219.

19. Griffin T.J., Hall J.G., Prudent J.R. et al. Direct genetic analysis by matrix-assisted laser desorption/ionization mass spectrometry // Proc. Natl. Acad. Sci. USA. — 1999. — №96 (11). — P. 6301—6306.

20. Harada S., Zhang S. New strategy for detection of ALDH2 mutant // Alcohol Alcohol Suppl. — 1993. — №1A. — P. 11—13.

21. Hayashi S., Watanabe J., Kawajiri K. Genetic polymorphisms in the 5'-flanking region change transcriptional regulation of the human cytochrome P450IIE1 gene // J. Biochem. — 1991. — №110 (4). — P. 559—565.

22. Jackson P.E., Scholl P.F., Groopman J.D. Mass spectrometry for genotyping: an emerging tool for molecular medicine // Mol. Med. Today. — 2000. — №6 (7). — P. 271—276.

23. Kim M.S., Lee D.H., Kang H.S. et al. Genetic polymorphisms of alcohol-metabolizing enzymes and cytokines in patients with alcohol induced pancreatitis and alcoholic liver cirrhosis // Korean J. Gastroenterol. — 2004. — №43 (6). — P. 355—363.

24. Lee H.C., Lee H.S., Jung S.H. et al. Association between polymorphisms of ethanol-metabolizing enzymes and susceptibility to alcoholic cirrhosis in a Korean male population // J. Korean Med. Sci. — 2001. — №16 (6). — P. 745—750.

25. Li J., Butler J.M., Tan Y. et al. Single nucleotide polymorphism determination using primer extension and time-of-flight mass spectrometry // Electrophoresis. — 1999. — №20 (6). — P. 1258—1265.

26. Lieber C.S. Alcohol and the liver: 1994 update // Gastroenterology. — 1994. — №106 (4). — P. 1085—1105.

27. Lieber C.S. Cytochrome P-4502E1: its physiological and pathological role // Physiol. Rev. — 1997. — №77 (2). — P. 517—544.

28. Mann R.E., Smart R.G., Govoni R. The epidemiology of alcoholic liver disease // Alcohol Res. Health. — 2003. — №27 (3). — P. 209—219.

29. Mizoi Y., Ijiri I., Tatsuno Y. et al. Relationship between facial flushing and blood acetaldehyde levels after alcohol intake // Pharmacol. Biochem. Behav. — 1979. — №10 (2). — P. 303—311.

30. Monzoni A., Masutti F., Saccoccio G. et al. Genetic determinants of ethanol-induced liver damage // Mol. Med. — 2001. — №7 (4). — P. 255—262.

31. Parsian A., Cloninger C.R., Zhang Z.H. Association studies of polymorphisms of CYP2E1 gene in alcoholics with cirrhosis, antisocial personality, and normal controls // Alcohol Clin. Exp. Res. — 1998. — №22 (4). — P. 888—891.

32. Peng G.S., Yin S.J. Effect of the allelic variants of aldehyde dehydrogenase ALDH2*2 and alcohol dehydrogenase ADH1B*2 on blood acetaldehyde concentrations // Hum. Genomics. — 2009. — №3 (2). — P. 121—127.

33. Plee-Gautier E., Foresto F., Ferrara R. et al. Genetic repeat polymorphism in the regulating region of CYP2E1: frequency and relationship with enzymatic activity in alcoholics // Alcohol Clin. Exp. Res. — 2001. — №25 (6). — P. 800—804.

34. Rodrigo L., Alvarez V., Rodriguez M. et al. N-acetyltransferase-2, glutathione S-transferase M1, alcohol dehydrogenase, and cytochrome P450IIE1 genotypes in alcoholic liver cirrhosis: a case-control study // Scand. J. Gastroenterol. — 1999. — №34 (3). — P. 303—307.

35. Shahabi H.N., Westberg L., Melke J. et al. Cytochrome P450 2E1 gene polymorphisms/haplotypes and Parkinson's disease in a Swedish population // J. Neural Transm. — 2009. — №116 (5). — P. 567—573.

36. Sherva R., Rice J.P., Neuman R.J. et al. Associations and interactions between SNPs in the alcohol metabolizing genes and alcoholism phenotypes in European Americans // Alcohol Clin. Exp. Res. — 2009. — №33 (5). — P. 848—857.

37. Singh S., Fritze G., Fang B.L. et al. Inheritance of mitochondrial aldehyde dehydrogenase: genotyping in Chinese, Japanese and South Korean families reveals dominance of the mutant allele // Hum. Genet. — 1989. — №83 (2). — P. 119—121.

38. Stephens E.A., Taylor J.A., Kaplan N. et al. Ethnic variation in the CYP2E1 gene: polymorphism analysis of 695 African-Americans, European-Americans and Taiwanese // Pharmacogenetics. — 1994. — №4 (4). — P. 185—192.

39. Sun F., Tsuritani I., Honda R. et al. Association of genetic polymorphisms of alcohol-metabolizing enzymes with excessive alcohol consumption in Japanese men // Hum. Genet. — 1999. — №105 (4). — P. 295—300.

40. Toth R., Pocsai Z., Fialat S. et al. ADH1B*2 allele is protective against alcoholism but not chronic liver disease in the Hungarian population // Addiction. — 2010. — №105 (5). — P. 891—896.

41. Wong N.A., Rae F., Simpson K.J. et al. Genetic polymorphisms of cytochrome p4502E1 and susceptibility to alcoholic liver disease and hepatocellular carcinoma in a white population: a study and literature review, including meta-analysis // Mol. Pathol. — 2000. — №53 (2). — P. 88—93.

42. Xu Y.L., Carr L.G., Bosron W.F. et al. Genotyping of human alcohol dehydrogenases at the ADH2 and ADH3 loci following DNA sequence amplification // Genomics. — 1988. — №2 (3). — P. 209—214.

43. Yang M., Tsuang J., Yvonne Wan Y.J. A haplotype analysis of CYP2E1 polymorphisms in relation to alcoholic phenotypes in Mexican Americans // Alcohol Clin. Exp. Res. — 2007. — №31 (12). — P. 1991—2000.

ASSOCIATION OF POLYMORPHISMS OF GENES *ADH1B*, *ALDH2* AND *CYP2E1* WITH THE DEVELOPMENT OF ALCOHOL DEPENDENCE AND ALCOHOLIC CIRRHOSIS

CHOGOVADZE A.G., GENEROZOV E.V., NIKOLAEVA V.V., VERETINSKAYA A.G., ANOKHINA I.P., DUDINA K.R., ZNOYKO O.O., MAEVSKAYA M.V., VEDERNIKOVA A.V., IVASHKIN V.T.

Alcohol dehydrogenase 1B, aldehyde dehydrogenase-2 and ethanol-induced isozyme cytochrome P450-2E1 are important enzymes for the catalysis of the conversion of ethanol to acetaldehyde and to acetate in humans. Genetic polymorphisms of genes, coding these enzymes (*ADH1B*, *ALDH2*, *CYP2E1*) may influence their activity, thereby changing acetaldehyde accumulation in liver and blood. Therefore, the polymorphism of these genes may relate to excessive alcohol consumption and susceptibility to the alcohol-induced health effects, such as advanced liver disease and liver cirrhosis. DNA samples isolated from 382 patients with alcoholic liver disease, 138 patients with liver cirrhosis and 94 healthy controls were analyzed for genotype of polymorphisms: R47H (*ADH1B*), E504K (*ALDH2*), TaqI and PstI (*CYP2E1*). No association was found between polymorphisms of the genes *ADH1B*, *ALDH2* and susceptibility to heavy alcohol consumption or liver cirrhosis. However, significant association was found between G allele of TaqI polymorphism and susceptibility to heavy alcohol consumption. C Allele frequency of PstI polymorphism was significantly higher in patients with liver cirrhosis than in alcoholic patients without cirrhosis. Our results display an association between the polymorphisms TaqI and PstI of *CYP2E1* gene and susceptibility to alcoholism and liver cirrhosis in alcoholic patients, respective.

Key words: alcoholism, liver cirrhosis, genetic polymorphism, ethanol metabolism, cytochrome p450-2E1

Мефедроновая наркомания: клинико-эпидемиологические аспекты и организация межведомственных профилактических мероприятий

РЕДЬКО А.Н.

д.м.н., профессор кафедры общественного здоровья, здравоохранения и истории медицины
ГОУ ВПО Кубанского государственного медицинского университета Росздрава,
проректор по научно-исследовательской работе

ЛЮБЧЕНКО Д.А.¹

главный нарколог Краснодарского края, главный врач

БОРИСЕНКО Л.Н.¹

клинический фармаколог, зам. главного врача по клинико-экспертной работе,

ЕРМАКОВА Г.А.¹

зам. главного врача по экспертной работе,

¹ ГУЗ «Наркологический диспансер» департамента здравоохранения Краснодарского края

Изменение структуры потребления в молодежной среде на территории Краснодарского края синтетических наркотических веществ из группы амфетаминов привело к появлению нового вида зависимости — мефедроновой наркомании. Описанное заболевание развивается по законам формирования большого наркоманического синдрома. Данное вещество обладает высокой наркогенностью, поскольку быстро формируются синдромы измененной реактивности, психической и физической зависимости. Совокупность процессов идентификации нативных веществ, исследований социально-демографического статуса, биологического материала потребителей этих веществ, клинических проявлений и токсического воздействия на организм позволяет на уровне межведомственного взаимодействия своевременно выявлять новые психоактивные вещества, появляющиеся на нелегальном рынке наркотиков и относить их к аналогам наркотических и психотропных веществ, доказав опасность их применения для жизни и здоровья человека. Ключевые слова: синтетическое наркотическое вещество, мефедрон, интоксикация, психическая зависимость, дезинтоксикационная терапия, хромато-масс-спектрометрия, катинон, бетакетоны, список наркотических средств, JWH-250, межведомственное взаимодействие

Актуальность исследования обусловлена изменением структуры потребления в молодежной среде синтетических наркотических веществ из группы амфетаминов. Амфетамин был синтезирован в 1887 г. С 1927 г. началось его использование в качестве стимулятора ЦНС, для подавления аппетита. Во время Второй мировой войны этот препарат давали американским летчикам и морякам как средство для снятия усталости, борьбы со сном во время несения службы, повышения бдительности. Широкое применение метамфетамина зафиксировано и в немецких вермахте и люфтваффе на Западном фронте на начальном этапе войны. К 1954 г. в Японии уже сотни тысяч подростков злоупотребляли амфетамином. Во второй половине XX века «эпидемия амфетаминовой наркомании» из Японии перебросилась в США, а затем в Европу. В СССР амфетамины начали производить в 40-х годах прошлого столетия. С середины 60-х годов подростки стали употреблять амфетамин с целью наркотизации. В начале нового столетия интерес к стимуляторам возрос, объемы черного рынка увеличились [3]. С января 2010 г. на территории Краснодарского края появился новый вид синтетического наркотического вещества из группы

амфетаминов под общим названием «Кристалиус» (Cristalius, Cristalius Twist, Cristalius Sex, Cristalius Love, Miff, Ivory Wave, Charge+, LiquidC, Snow Berry, Snow Blow, Snow White др.). Данные средства реализовывались через торговую сеть в кустарно изготовленных и расфасованных пакетах из фольги (чаще по 0,2 г) с цветными наклейками под видом: соли для ванн; освежителей и противогрибковых средств для обуви; усилителя роста и удобрения для растений; средств для удаления пятен с хромированных деталей автотехники и т.д. Название вещества происходит от его внешнего вида, который напоминает кристаллы.

В сети Интернет это вещество позиционируется как безопасное средство для улучшения настроения, повышающее работоспособность, потенцию, не вызывающее привыкания.

Объектом исследования являлись пациенты, поступившие на стационарное лечение в 2010 г. в ГУЗ «Наркологический диспансер» департамента здравоохранения Краснодарского края после употребления «Кристалиуса». Общая совокупность составила 97 чел. Были изучены социально-демографические показатели в этой группе, данные клинического

наблюдения и результаты химико-токсикологического исследования биологического материала лиц, употреблявших это вещество (использовались методы тонкослойной хроматографии (ТСХ и TOXI-LAB) и газовой хроматографии с использованием масс-спективным детектированием).

Анализ ситуации по характеру потребляемых психоактивных веществ показал, что в течении 2000—2005 гг. доля госпитализации больных с амфетаминовой зависимостью колебалась на уровне 0,1—0,4%. В первом полугодии 2010 г. отмечен значительный рост числа больных с зависимостью от данной группы психостимуляторов.

По итогам 6 мес. 2010 г. в структуре всех потребляемых наркотических веществ «Кристалиус» составил 19,6% (табл. 1).

Из общего числа пролеченных больных на возраст до 30 лет приходилось 76,5%, доля женщин составила 13,7%. Преобладали городские жители — 86,2%. Впервые были госпитализированы 56,9%, почти 40% ранее не состояли на учете.

Способы употребления: внутривенный (в/в) — 80,4% от всех обследованных и интраназальный — 19,6%. Первоначальная доза составляет 0,05 г. При внутривенном употреблении порошок разводят водой — раствор имеет специфический фруктовый запах.

Заболевание имеет свои особенности и развивается по законам формирования большого наркоманического синдрома.

Проведенный клинический опрос показал, что первая фаза интоксикации наступает через 20—30 с после в/в введения в интактный организм и через 10—15 мин при ингаляционном приеме, длится 7—10 мин. Возникает чувство легкости, бодрости во всем теле, поднимается настроение, отмечается ускорение мыслительных процессов, появляется четкость, ясность восприятия, звуки становятся отчетливее и приятнее. Беспокоит учащенное сердцебиение, повышается артериальное давление.

Вторая фаза интоксикации при в/в введении длится 15—20 мин, при интраназальном — до 3—4 ч. Это собственно эйфоризирующее действие мефедрона, сочетающееся с патологическими иллюзи-

ями, элементарными зрительными галлюцинациями. При повторных приемах — веселье и тревога чередуются, присоединяются более сложные иллюзорно-галлюцинаторные расстройства. Употребление легких спиртных напитков увеличивает продолжительность опьянения до 6—7 ч. В этот период пациенты полны энергии, они погружаются в мир приятных «заказанных» фантазий (нередко сексуального содержания). Возникает ощущение, что «свои мысли знаешь наперед».

Третья фаза — фаза постинтоксикационных расстройств: больные испытывают слабость, недомогание, головную боль.

Психическая зависимость формируется после 3—4 внутривенных инъекций. На начальной стадии происходит укорочение первой фазы интоксикации, во второй фазе меняется фабула приятных иллюзорно-галлюцинаторных расстройств: появляются страх, тревога, идеи преследования, чаще со стороны работников милиции. Толерантность увеличивается в 2—3 раза.

Средняя стадия зависимости формируется через 2—4 мес. систематического в/в приема, в 62% случаев — с развитием интоксикационных психозов. Синдром отмены характеризуется в большей степени психическими расстройствами: от выраженного патологического компульсивного влечения к наркотику с проявлениями поведенческой агрессии до острых аффективно-бредовых и галлюцинаторно-параноидных состояний (включая отдельные виды психических автоматизмов) и импульсивных поступков, также стойкой бессонницей. В большинстве случаев наблюдалась картина ажитированной (тревожной) депрессии.

Больные получали дезинтоксикационную терапию, нейролептики в сочетании с бензодиазепинами, нормотимическими средствами и антидепрессантами в зависимости от генеза психоза (интоксикационный, абстинентный). Критическое отношение к перенесенному психозу возникало не сразу. У 4% больных резидуальная бредовая интерпретация сохранялась также после выписки из стационара.

В период с марта по июль 2010 г. сотрудниками силовых структур на химико-токсикологическое ис-

Таблица 1

Динамика структуры потребителей наркотических средств, по данным госпитализированной заболеваемости в ГУЗ «Наркологический диспансер» департамента здравоохранения Краснодарского края за 2000—2010 гг., %

	2000 г.	2005 г.	2009 г.	1-е полугодие 2010 г.
Опий	93,1	95,6	95,4	74,0
Гашиш	1,9	1,2	3,5	2,6
Амфетамины	0,4	0,1	0,1	19,6
Токсические вещества	4,6	3,1	1,0	3,8
Итого	100	100	100	100

следование было направлено 986 пакетов с неизвестным кристаллическим веществом светлого цвета под общим названием «Кристалиус». После проведения исследования методами хромато-масс-спектрометрии было установлено наличие различных производных фенилалкиламинов, в частности: в двух пакетах был идентифицирован фентермин (Список 2 «Перечня наркотических средств...»), в 34 пакетах — пировалерон (Список 3 «Перечня наркотических средств...»), в 14 пакетах — метилendioксипировалерон (MDPV), в 20 пакетах — бутилон, в 916 — мефедрон (4-ММС, 4-метилметкатинон) (табл. 2).

В химико-токсикологической лаборатории ГУЗ «Наркологический диспансер» с целью установления и идентификации метаболитов вышеуказанных фенилалкиламинов в биологическом материале дополнительно были исследованы образцы биологического материала (моча) более 100 лиц, прошедших медицинское освидетельствование на состояние опьянения, и у которых сотрудниками РУ ФСКН по Краснодарскому краю были изъяты образцы веществ, в которых экспертно-криминалистическим отделом РУ ФСКН по Краснодарскому краю было установлено наличие мефедрона.

Освидетельствуемые разного пола, возраста и различной социальной занятости подтверждали потребление ими вышеуказанных препаратов, содержащих мефедрон. При химико-токсикологическом исследовании (далее — ХТИ) в ГУЗ «Наркологический диспансер» департамента здравоохранения Краснодарского края в биологическом материале (моча) у всех освидетельствованных были идентифицированы вещества, подобные метаболитам катинона. Катинон внесен Постановлением Правительства РФ от 04.07.2007 г. №427 в «Список наркотических средств и психотропных веществ, оборот которых в РФ запрещен в соответствии с законодательством РФ и международными договорами РФ» (Список 1). Учитывая клиническую картину употребления средств, содержащих мефедрон, и результаты ХТИ образцов биологического материала лиц, применявших эти средства, было четко установлено, что ме-

федрон при употреблении воспроизводит действие катинона на организм человека. Также проведенным исследованием было подтверждено, что употребление мефедрона оказывает токсическое воздействие на организм человека, в том числе из-за присутствия кетонной группы в боковой цепи молекулы 4-метилметкатинона, т.е. быстро формируются синдромы измененной реактивности, психической и физической зависимости, стремительно нарастает психосоматическая патология.

В июне 2010 г. на рабочей встрече со специалистами экспертно-криминалистического отдела РУ ФСКН по Краснодарскому краю, экспертно-криминалистического центра ГУВД по Краснодарскому краю, лаборатории судебно-медицинской экспертизы УВД г.Краснодара были представлены наши предложения по отнесению бетакетонов (мефедрона, бутилона, метилendioксипировалерона) к аналогам наркотического средства катинона, отнесенного к Списку 1 «Перечня наркотических средств...» (Федеральный закон от 8 января 1998 г. №3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах», глава 4, ст. 14, п.4 — оборот аналогов наркотических средств и психотропных веществ в Российской Федерации запрещается), так как установлена опасность его применения для жизни и здоровья человека. В результате было возбуждено 3 уголовных дела, и это позволило пресечь распространение мефедрона на территории Краснодарского края до внесения его в Список наркотических средств.

29.07.2010 г. мефедрон был внесен в Список наркотических веществ Постановлением Правительства РФ №578 «О внесении изменений в некоторые акты Правительства РФ в связи с совершенствованием контроля за оборотом наркотических средств» [5].

Совокупность процессов идентификации нативных веществ, исследования биологического материала потребителей этих веществ, клинических проявлений и токсического воздействия на организм позволяет на уровне межведомственного взаимодействия своевременно выявлять новые психоактивные вещества, по-

Таблица 2

Результаты идентификации производных фенилалкиламинов
в образцах, изъятых из торговой сети сотрудниками правоохранительных органов

Идентифицированное вещество	Количество объектов	%
Фентермин	2	0,2
Пировалерон	34	3,5
Метилendioксипировалерон (MDPV)	14	1,4
Бутилон	20	2,0
Мефедрон	916	92,9
Всего	986	100

являющиеся на нелегальном рынке наркотиков, и относить их к аналогам наркотических и психотропных веществ, доказав опасность их применения для жизни и здоровья человека.

В химико-токсикологической лаборатории ГУЗ «Наркологический диспансер» Департамента здравоохранения Краснодарского края за 9 мес. 2010 г. было исследовано более 800 образцов курительных смесей, которые распространялись через торговую сеть как вспомогательные средства для защиты и роста растений под следующими названиями: «ЕСО», «Грин Хаус», «Bonzai», «FORSAGE», «PIPEC», «PIPEC DIABLO», «DEEP SENSATION 1, 2», «MASTER» и мн. др., с целью установления состава исследуемых образцов.

В результате ХТИ, в вышеуказанных образцах было установлено наличие производных индола, в частности JWH-250, не отнесенного к списку наркотических средств.

В настоящее время в диспансере проходят лечение больные, принимавшие вещества под названием «Урожай», «Родничок», которые продаются под видом удобрений для выращивания сельхозкультур. Состояние интоксикации такое же, как и при употреблении метамфетаминов, но с большей длительностью (до 1,5 ч) и более ранним возникновением бредовой симптоматики (бред преследования со стороны милиции), иногда после первой инъекции. В химико-токсикологической лаборатории ГУЗ «Наркологический диспансер» департамента здравоохранения Краснодарского края в настоящее время находятся на исследовании образцы этих веществ, в которых идентифицируются фторпроизводные меткатина, не отнесенные к спискам наркотических средств.

Важно отметить, что, несмотря на появление этих новых психоактивных веществ, на территории Краснодарского края зарегистрировано снижение числа больных с наркотической зависимостью. Это связано с реализацией Губернаторской программы «Антинарко», с введением детского закона №1539-КЗ «О мерах профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних в Краснодарском крае», с усилением профилактической работы на региональном и муниципальном уровнях, а также с налаживанием тесного межведомственного взаимодействия.

Работа по профилактике формирования наркотической зависимости заключается в создании зон, свободных от психоактивных веществ, вокруг образовательных учреждений, в местах постоянного пребывания подростков, во дворах и других местах отдыха, а также формировании и непрерывном совершенствовании системы раннего выявления фактов употребления

психоактивных веществ. Основной точкой приложения профилактической работы остаются учащиеся школ и студенты, в отношении которых с 2010 г. проводится выборочное анонимное добровольное информированное экспресс-тестирование с целью раннего выявления несовершеннолетних потребителей наркотических средств еще до формирования заболевания [2].

При организации профилактических мероприятий задействованы государственные, общественные и религиозные организации (РПЦ) с целью активизировать пропаганду антинаркотических норм через средства массовой информации, образовательные программы, изменения в местном законодательстве и в общественных нормах поведения. В качестве примера межведомственного взаимодействия можно привести совместную работу ГУЗ «Наркологический диспансер» Департамента здравоохранения Краснодарского края с Университетом МВД России по включению антинаркотического блока в учебные планы подготовки будущих сотрудников ведомства. Курс направлен на формирование систематизированных знаний о современных наркологических угрозах и освоение комплекса психологических методик их преодоления.

Кроме того, в рамках губернаторской программы «Антинарко» и стратегии «Будьте здоровы!» в ГУЗ «Наркологический диспансер» Департамента здравоохранения Краснодарского края продолжает работать система курирования учебных заведений. Проводя профилактическую работу в молодежной среде, специалисты ГУЗ «Наркологический диспансер» Департамента здравоохранения Краснодарского края, помимо установок по информированию детей о негативных последствиях курения, алкоголизации, наркотизации, формируют у детей ценностное отношение к здоровью и индивидуальную жизнестойкость под девизом «Кубань — край сильных, умных и трезвых».

Список литературы

1. Брюн Е.А. Основы организации наркологической помощи // Наркология. — 2010. — №4. — С. 7—10.
2. Брюн Е.А. Профилактика наркомании должна начинаться до рождения ребенка // Москва. Здравоохранение. — 2003. — №1. — С. 36—39.
3. Веселовская Н.В., Коваленко А.Е., Папазов И.П., Галузин К.А., Москаль И.В., Шибанова Н.И. Стимуляторы, амфетамин, метамфетамин // Наркотики: свойства, действие, фармакокинетика, метаболизм. — М., 2002. — С. 54—56.
4. Кошкина Е.А. Киржанова В.В. Эпидемиология наркологических заболеваний // Наркология: Национальное руководство, 2008. — С. 14—38.
5. Постановление Правительства Российской Федерации от 29 июля 2010 г. №578, г.Москва «О внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации в связи с совершенствованием контроля за оборотом наркотических средств» // Оpub. 4 августа 2010 г.

**MEPHEDRONE ADDICTION ISSUES: CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL ASPECTS
AND ORGANIZATION OF INTERAGENCY PREVENTION**

REDKO A.N.	M.D., professor, Kuban State Medical University
LUBCHENKO D.A.¹	Head narcologist of Krasnodar region, Head of Narcological Dispenser
BORISENKO L.N.¹	clinical pharmacologist
ERMAKOVA G.A.¹	psychiatrist-narcoiologist

¹ Narcological Dispenser, Krasnodar region

Changing the amphetamine class synthetic drugs structure used by young people in the Krasnodar region resulted in a new type of dependence — mephedrone addiction. Mephedrone is highly addictive as it can quickly cause syndromes of abnormal reactivity, mental/physical dependence alongside with psychosomatic deterioration symptomatology. Identifying native substances and researching into their consumers' biological material, clinical presentations as well as toxic properties in conditions of interagency cooperation contribute to new illegal psychoactive substances timely detection and control for their drug effects on proving their human health hazard.

Key words: synthetic drug, mephedrone, intoxication, psychological addiction, disintoxication therapy, chromatography-mass spectrometry, cathinone, betaketones, list of controlled substances, JWH-250, interagency cooperation

Параметры микроэлементной системы и психофизиологического профиля подростков Магадана, склонных и не склонных к употреблению алкоголя

ЛУГОВАЯ Е.А.
БАРТОШ Т.П.

к.б.н., ученый секретарь
к.б.н., ведущий научный сотрудник

Учреждение РАН Научно-исследовательский центр «Арктика» ДВО РАН (НИЦ «Арктика» ДВО РАН)
685000, Магадан, ул. Карла Маркса, 24, факс: 8(4132) 620628; e-mail: arktika@online.magadan.su

Исучена взаимосвязь психофизиологических параметров и содержания 25 макро- и микроэлементов (МЭ) в организме 56 юношей-подростков 16 лет г.Магадана, склонных и не склонных к употреблению алкоголя. Повышение показателей простой зрительной сенсомоторной реакции, реакции выбора и различения у лиц, склонных к употреблению алкоголя (2-я группа), является признаком ослабления, инертности функционально-динамических характеристик нервной деятельности, ослабления активного внимания и других познавательных способностей. Показаны североспецифические особенности элементного профиля подростков: тотальный дефицит Са, I, Со, Mg (75%), Си (75%), К (69%), Р (45%) и избыток Si (100%). У подростков 2-й группы выявлен повышенный уровень тяжелых и токсичных элементов (Al, As, Ni, В). Адаптивные реакции у лиц 2-й группы демонстрируют Se, I, Zn, Са, Со, а дизадаптивные — Cr, V, Na, Si. Установлена отрицательная корреляционная связь показателя личностной тревожности с содержанием Cr в волосах ($r = 0,47$) и Pb ($r = 0,63$), и положительная — с Na ($r = 0,53$), Be ($r = 0,54$), Zn ($r = 0,45$), Se ($r = 0,44$), Mg ($r = 0,38$), К ($r = 0,31$) со степенью вегетативной лабильности ($r = 0,50$, $p < 0,05$).

Ключевые слова: макро- и микроэлементы, психофизиология, подростки, алкоголь, Север

Введение

Согласно данным исследований, в последние годы наблюдается ухудшение функционального состояния организма подростков, проживающих в различных северных регионах [2, 7, 16, 17, 28]. Актуальной проблемой является увеличение употребления несовершеннолетними психоактивных веществ, в частности алкоголя. Причины, способствующие употреблению алкоголя в подростковом возрасте, различны. Основными являются психологические, социально-экономические и физиологические факторы (наследственность, недостатки конституционально-соматического склада и др.) [14]. К числу психологических трудностей, ведущих к отрицательным эмоциональным реакциям подростка, относится несоответствие между потенциальными возможностями индивида, ожиданиями его окружения и его собственными притязаниями. Это приводит к появлению внутреннего конфликта, психической напряженности, фрустрации. В подростковый период формируются ресурсы личности, которые впоследствии могут быть адаптивными либо дизадаптивными, функциональными либо дисфункциональными. Если адаптационные качества и стрессоустойчивость хорошо развиты, то личность адекватно справляется с влиянием внешних и внутренних негативных раздражителей, успешно преодолевает различные требования среды [24].

При дефиците адаптационных механизмов нарушается гомеостаз и подросток нуждается в компенсирующих факторах, одним из которых является алкоголь, также выступающий в роли социального адаптогена [19]. В то же время, некоторые авторы рассматривают потребление алкоголя как физиологическую потребность организма. В работах А.В. Скального с соавторами [25—27], Л. Джудда и Л. Хайла (1984), А.М. Скосыревой с соавторами (1986), И. Мареммани с соавторами (2006), М. Фрая (2006), Дж. Зонга (2006) и других показана зависимость содержания эссенциальных МЭ в организме человека от приема алкоголя.

«Секрет» действия МЭ заключается в том, что они являются катализаторами основных жизненных процессов. Макро- и микроэлементы влияют на обмен веществ, регулируют более 50 тыс. биохимических процессов в нашем организме. У лиц, потребляющих алкоголь, наблюдается дефицит цинка, магния, селена, лития, хрома и других жизненно важных элементов. У больных хроническим алкоголизмом показано снижение содержания цинка на 15—30% в различных структурах головного мозга [33], нарушение памяти и процессов запоминания. При анализе МЭ-состава крови беременных женщин, употребляющих алкоголь, были выявлены низкие уровни цинка и меди, а впоследствии у новорожденных отмечались

неврологическая симптоматика и единичные аномалии развития [21].

При воздействии на организм подростка такого слабоалкогольного напитка, как пиво, соматическая патология обнаруживается уже на ранних этапах развития зависимости, нередко опережая появление психофизиологических расстройств. В работе Л.А. Новиковой, Н.С. Ишекова [20] показано, что в группе подростков, употребляющих пиво, наблюдается увеличение уровня показателей частоты сердечных сокращений, повышен тонус симпатического отдела вегетативной нервной системы (ВНС), происходят смещение вегетативного равновесия в сторону преобладания симпатического отдела ВНС, напряжение механизмов регуляции управления сердечным ритмом.

Известно, что потребление алкоголя приводит к значительным морфофункциональным изменениям нервной системы, а также памяти, демонстрируя различные, вероятно, генетически детерминированные, механизмы ее формирования [10, 30]. Выявлены изменения поведенческих реакций, биохимических показателей, дисбаланс элементов в организме лабораторных животных, подвергшихся алкогольной интоксикации [13].

В экспериментах на крысах показано, что при употреблении 15%-ного раствора этанола в режиме свободного доступа в течение 8 недель в шерсти повышалось содержание Mg, P, Si, Zn и Pb [12]. При введении в организм этанола до и во время беременности крыс снижается содержание Zn, Ca в плазме крови и супернатанте, повышается содержание Cu, Se и Mo в митохондриальной фракции печени. При этом применение препаратов цинка во время приема тератогенов, к которым относится и алкоголь, нарушает метаболизм этанола, предотвращает аномалии новорожденных, приводит к нормализации показателей обмена микроэлементов [27, 31, 35]. Цинк влияет на метаболизм Mg, K, Na, Fe и Zn в коре головного мозга потомков алкоголизированных крыс, на метаболизм Mn, а также на увеличение содержания Zn, Cu, Mg, K и Na в гиппокампе, на метаболизм Mn и увеличение содержания K, Na, Fe в мозжечке крыс [5]. Ранее E. Menzano и P.L. Carlen [34] показали, что применение соединений цинка в комплексе с другими препаратами является рациональным подходом в лечении приступов абстинентного синдрома и дисфункций мозга, вызванных воздействием алкоголя.

По мнению подростковых психиатров-наркологов А.Е. Личко и В.С. Битенского [15], изучавших причины аддиктивного поведения подростков, скука и безделье как факторы, способствующие, по мнению многих, в том числе алкоголизации, в действительности — одно из самых редких условий для этого. Со-

трудниками НИИ наркологии установлено, что у этих детей в абсолютном большинстве случаев присутствует дефицит эндогенного этанола и, соответственно, дефицит ацетальдегида. Систематическая полугодовая метаболическая коррекция привела к нормализации поведения данных детей, к достоверно различимому улучшению их познавательных способностей, памяти и интеллекта [29].

Исследования выявили, что дефицит элементов может быть не только следствием, но и причиной, т.е. предиктором возможной алкоголизации организма [25, 26].

Подростки старших классов находятся в том возрасте, когда формируются особенности фрустрационных реакций и становление алкогольных предпочтений [24]. Поэтому актуальными являются мониторинговые исследования с целью донозологической оценки, организации профилактических мер, включающих выявление групп риска школьников, склонных к употреблению психоактивных веществ доступными экспресс-методами, проведение диагностики психического и физиологического состояния. В связи с этим нами был проведен комплексный анализ психофизиологических параметров и параметров микроэлементной системы 56 подростков 16 лет, школьников 10—11-х классов лицея №1 и гимназии №30 — уроженцев г.Магадана, склонных и не склонных к употреблению алкоголя.

Объект и методы исследования

Оценка психофизиологических показателей подростков проводилась с помощью прибора «Психотест-НС» фирмы «Нейрософт» (г.Иваново), позволяющего определять время простой зрительной сенсорной реакции (ПЗМР), время реакции выбора (РВ) и различения (РР), характеризующие, в определенной степени, силу и подвижность ряда процессов нервной системы человека.

Актуальное психическое состояние определяли с помощью стандартных психодиагностических опросников. Уровень тревоги определяли методикой Спилбергера—Ханина (ситуативная тревожность — СТ, личностная тревожность — ЛТ: до 30 баллов регистрировалась низкая тревожность; 31—45 баллов — умеренная тревожность, 46 баллов и более — высокая тревожность [22].

Степень выраженности невротизации определяли с помощью шкалы для психологической экспресс-диагностики уровня невротизации (УН). Оценки по данной шкале могут принимать значения от 103 до +133 баллов, где очень высокому уровню невротизации соответствует 81 балл и ниже, а очень низкому уровню невротизации — от +81 балла и выше.

Для определения форм агрессивных и враждебных реакций использовали опросник А. Басса и А. Дарки, выделяя следующие виды реакций:

- 1) физическая агрессия — использование физической силы против другого лица;
- 2) косвенная агрессия — окольным путем направленная на другое лицо (сплетни, шутки), проявляющаяся во взрывах ярости, крике;
- 3) раздражение — готовность к проявлению негативных чувств при малейшем возбуждении (вспыльчивость, резкость, грубость);
- 4) негативизм — оппозиционная манера в поведении от пассивного сопротивления до активной борьбы против установившихся обычаев и законов;
- 5) обида — чувство, вызванное завистью и ненавистью к окружающим, обусловленное горечью, гневом на весь мир за действительные или мнимые страдания;
- 6) подозрительность — в диапазоне от недоверия и осторожности по отношению к людям до убеждения в том, что другие люди планируют и приносят вред;
- 7) вербальная агрессия — выражение негативных чувств как через форму (крик, визг), так и через содержание словесных ответов (проклятия, угрозы);
- 8) чувство вины — выражает возможное убеждение субъекта в том, что он плохой человек, что поступает зло, а также ощущаемые им угрызения совести.

Индекс агрессивности (ИА) (как прямой, так и мотивационной) включает в себя шкалы 1, 2, 3, 7. Индекс враждебности (ИВ) включает в себя 5-ю и 6-ю шкалы.

Определяли степень вегетативной лабильности (СВЛ). Данная методика содержит 54 вопроса, которые характеризуют соматовегетативные расстройства организма.

Разделение школьников по группам на склонных и не склонных к алкоголизации было произведено на основании Мичиганского скрининг-теста для подростков [4].

Определение содержания МЭ в волосах человека проводили методами атомно-эмиссионной спектроскопии с индуктивно связанной аргонной плазмой (АЭС-ИСП) на приборе Optima 2000 DV (Perkin Elmer, США) и масс-спектрометрии с индуктивно связанной аргонной плазмой (МС-ИСП) на приборе ELAN-9000 (Perkin Elmer, США), в АНО Центр биотической медицины (Москва).

Взаимосвязь психофизиологических показателей с содержанием МЭ в организме подростков анализировали методом факторного анализа и корреляционного анализа по Спирмену. Статистическая обработка данных проведена с использованием лицензионного пакета прикладных программ Excel-97 и Statistika-6 методами параметрической и непараметрической статистики [3]. Для сравнения вариационных рядов использован t-критерий Стьюдента при оценке уровня достоверности $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение

Анализ данных показал, что из всей обследованной выборки старшеклассников г.Магадана (56 чел.) треть (18 чел.) можно было отнести к группе склонных к употреблению психоактивных веществ, в частности алкоголя, остальные подростки были отнесены к группе не склонных к употреблению (контроль). Результаты исследования представлены в таблице.

Уровень ситуативной и личностной тревожности у подростков обеих групп находился в пределах умеренной тревожности. Индивидуальные уровни тревожности варьировали в пределах от 23 до 69 баллов. При этом в 1-й группе (контрольной) у 16% учащихся регистрировалась высокая тревожность, а во 2-й группе (склонных к употреблению алкоголя) — у 21%. Подростки 2-й группы характеризовались достоверно более высоким уровнем лабильности вегетативной нервной системы (СВЛ), большими проявлениями агрессивных реакций (ИАР) и невротизации (УН) по сравнению с учащимися 1-й группы ($p < 0,05$). Следует отметить, что у подростков 2-й группы значение ПЭМР выше, чем у подростков 1-й группы, и превышает возрастную норму (273 мс). Это свидетельствует о том, что у лиц, склонных к употреблению алкоголя, более инертная нервная система.

Реакции выбора (РВ) и различия (РР) представляют собой сложный уровень реагирования, поскольку связаны с необходимостью различения конкурентных сигналов. Среднее время РВ и РР у подростков обеих групп не имело достоверных различий. Однако при анализе лепестковых диаграмм отмечено, что у лиц 2-й группы РВ и РР выше, чем у лиц 1-й группы (рис. 1А). Известно, что увеличение значений этих показателей — признак ослабления, инертности функционально-динамических характеристик нервной деятельности, ослабления активного внимания и других познавательных способностей [9, 18].

В нашем исследовании показано, что у подростков, склонных к употреблению алкоголя, проявление чувства обиды выражено в большей степени. Таким образом, подростки, склонные к употреблению алкоголя, характеризуются более выраженными агрессивными, аутоагрессивными и невротическими реакциями, проявлениями вегетативной лабильности, социально-психологической напряженности и фрустрированности по сравнению со сверстниками, не употребляющими психоактивные вещества. Все это требует у подростков 2-й группы больших компенсирующих факторов противостояния стрессу, что достигается, в частности путем приема алкоголя.

При анализе элементного профиля подростков можно выделить так называемые североспецифические элементные нарушения, характерные для всех обследуемых лиц и нарушения, характеризующие обменные процессы в связи с предрасположенностью к приему алкоголя (рис. 1Б). У подростков 2-й группы выявлен повышенный уровень тяжелых и токсичных элементов (Al, As, Ni, B), что, вероят-

но, связано со спецификой работы детоксикационных систем организма, в частности печени и почек, в результате чего алкоголь требуется организму в качестве «растворителя» и системы связывания этих элементов для последующей утилизации. Североспецифическим является тотальный дефицит Ca, I, Co, Mg (75%), Cu (75%), K (69%), P (45%) и избыток Si (100%) (рис. 2).

Таблица

Показатели психофизиологического статуса и микроэлементной системы у подростков 16 лет г.Магадана контрольной группы (1-я группа) и склонных к употреблению алкоголя (2-я группа)

Параметры	Единицы измерения	1-я группа (n = 38)	2-я группа (n = 18)
СТ	Баллы	38,65±1,92	38,88±2,14
ЛТ	Баллы	29,25±2,15	42,13±2,39
УН	Баллы	44,90±3,49	34,13±2,07 *
ПЗМР	мс	188,45±24,46	307,00±62,92 *
Реакция выбора	мс	387,05±7,01	437,88±23,13
Реакция различения	мс	398,80±11,10	412,63±18,59
СВЛ	Баллы	14,15±1,67	24,63±4,65 *
ИАР	Баллы	24,45±1,51	31,38±1,83 *
ИБ	Баллы	8,05±1,03	8,50±1,03
Al	мкг/г	3,97±0,41	4,50±0,94
As	мкг/г	0,04±0,001	0,05±0,002 *
Ca	мкг/г	247,82±21,84	294,22±76,30
Cd	мкг/г	0,01±0,004	0,01±0,002
Co	мкг/г	0,01±0,0004	0,005±0,0003 *
Cr	мкг/г	0,26±0,01	0,19±0,01 *
Cu	мкг/г	9,15±0,47	8,94±0,71
Fe	мкг/г	15,35±1,39	13,80±2,02
K	мкг/г	21,85±4,13	43,26±12,50
Li	мкг/г	0,01±0,001	0,013±0,001 *
Mg	мкг/г	27,64±2,73	31,17±7,55
Mn	мкг/г	0,50±0,09	0,42±0,17
Na	мкг/г	55,36±12,40	141,15±31,86 *
Ni	мкг/г	0,12±0,01	0,15±0,03
P	мкг/г	132,17±4,97	134,84±6,79
Pb	мкг/г	0,27±0,05	0,20±0,06
Se	мкг/г	0,49±0,02	0,57±0,02 *
Si	мкг/г	34,15±5,84	40,09±7,46
Sn	мкг/г	0,08±0,02	0,16±0,07
V	мкг/г	0,04±0,002	0,03±0,002 *
Zn	мкг/г	201,79±18,60	218,02±19,02
I	мкг/г	0,32±0,01	0,33±0,03
Hg	мкг/г	0,50±0,08	0,63±0,12
B	мкг/г	0,21±0,02	0,69±0,17 *
Be	мкг/г	0,03	0,03

Примечание. СТ — ситуативная тревожность; ЛТ — личностная тревожность; УН — уровень невротизации; ПЗМР — простая зрительная сенсомоторная реакция; СВЛ — степень вегетативной лабильности; ИАР — индекс агрессивности реакций; ИБ — индекс враждебности; * — достоверность различий между группами (p<0,05)

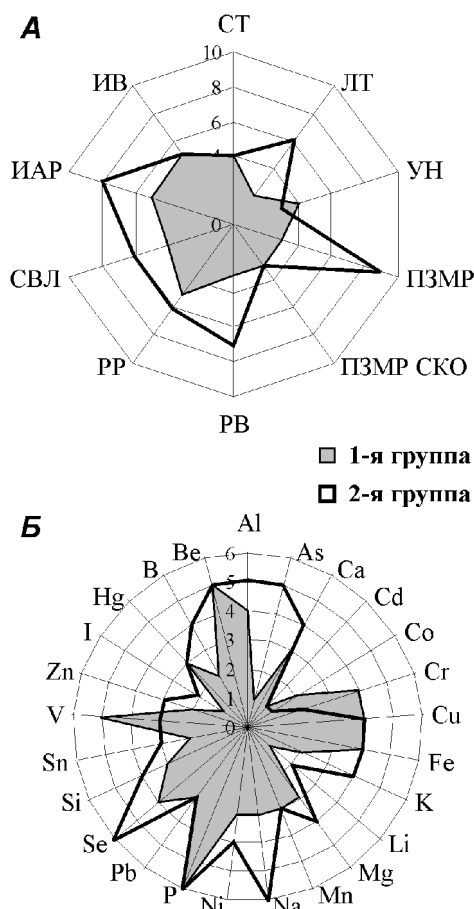


Рис. 1. Различия психофизиологического (А) и элементного (Б) профилей у подростков 16 лет из г.Магадана контрольной группы (1-я группа) и склонных к употреблению алкоголя (2-я группа): СТ — ситуативная тревожность; ЛТ — личностная тревожность; УН — уровень невротизации; ПЗМР — простая зрительная сенсомоторная реакция; ПЗМР СКО — среднее квадратичное отклонение ПЗМР; РВ — реакция выбора; РР — реакция различения; СВЛ — степень вегетативной лабильности; ИАР — индекс агрессивности реакций; ИВ — индекс враждебности

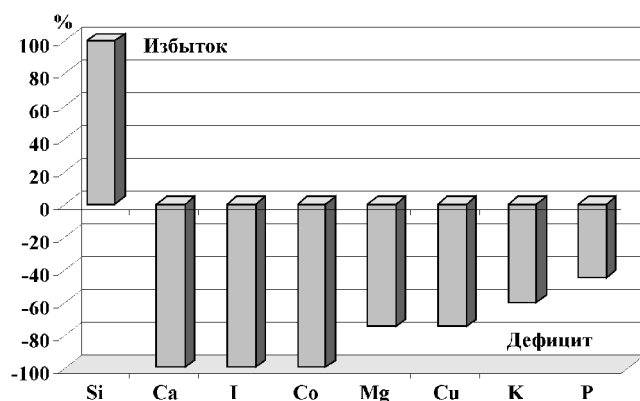


Рис. 2. Частота встречаемости нарушений элементного профиля организма подростков 16 лет г.Магадана

Известно, что литий ослабляет влечение к психоактивным веществам. Так, в экспериментальных и клинических исследованиях показано, что литий значительно ослабляет влечение подростков к алкоголю [6]. Кроме того, двойное слепое исследование, проведенное Л. Джудд и Л. Хайл (1984) показало, что применение лития значительно уменьшает проявления алкогольной интоксикации и препятствует формированию когнитивной дисфункции. Особенно эффективен литий у тех пациентов, у которых имеется сочетание аддиктивного поведения с аффективными расстройствами. Следует отметить, что литий также существенно уменьшает апоптоз нейронов, вызванный этанолом. Поэтому повышение уровня этого элемента у лиц 2-й группы можно рассматривать в качестве компенсаторной реакции организма. То же можно отметить и в отношении Mg (рис. 1Б). Алкоголь (особенно пиво) — увеличивает потерю Mg через почки. Наряду с перечисленными, адаптивные реакции демонстрируют Se, I, Zn, Ca, Co, а дизадаптивные — Cr, V, Na, Si.

Цинк (Zn) входит в состав более 80 ферментов, в том числе — алкогольдегидрогеназы (молекула алкогольдегидрогеназы содержит 4 атома Zn). Этим обусловлена его роль в метаболизме алкоголя, поэтому у детей и подростков при дефиците Zn повышается предрасположенность к алкоголизму [5, 26]. О важном патогенетическом значении Zn в формировании алкогольной мотивации свидетельствуют экспериментальные данные о существенном повышении потребления этанола животными, находящимися на цинкдефицитной диете [32]. Дефицит Zn, вызванный воздействием алкоголя, является одним из возможных факторов повреждения структур мозга в процессе развития при синдроме эмбриофетопатии, может приводить к усиленному накоплению Fe, Cu, Cd, Pb, особенно на фоне дефицита белка [5], поэтому важно подбирать оптимальную дозу цинка с учетом его биодоступности и безопасности.

Повышенное содержание Na, K и Si приводит к нарушению электролитного баланса, водно-солевого обмена, вызывает чувство жажды и раздражительность, в результате чего организм получает сигнал к быстрому устранению причин дискомфорта и в качестве компенсирующего агента в подростковом возрасте может часто выступать алкоголь.

При анализе корреляционных связей психофизиологических параметров и содержания МЭ у одних и тех же лиц — уроженцев г. Магадана 16 лет — была установлена отрицательная корреляционная зависимость показателя личностной тревожности с содержанием в волосах Cr ($r = 0,47$) и Pb ($r = 0,63$), и положительная — с уровнями Na ($r = 0,53$), Be ($r = 0,54$), Zn ($r = 0,45$), Se ($r = 0,44$), Mg ($r = 0,38$) и K ($r = 0,31$) (рис. 3). Понижение содержания хрома свидетельствует о напряжении иммуноферментных комплексов (под-

желудочной железы) при стрессовом воздействии, в том числе алкоголя, а повышение содержания эссенциальных элементов Mg и Se — о высокой потребности в них организма, что следует рассматривать в качестве адаптивной реакции. Элементы Na и K, участвующие в электролитном обмене, демонстрируют ту же тенденцию. Понижение уровня свинца при повышенном уровне тревожности отражает его роль как стрессового адаптогена и переводит в разряд эссенциальных, а не токсичных элементов при обеспечении определенных жизненно важных функций.

У уроженцев Севера личностная тревожность имеет положительную корреляцию с проявлениями вегетативной лабильности (СВЛ) ($r = 0,50$, $p < 0,05$). Тревога у подростков сопровождается вегетативными расстройствами и может дезорганизующе влиять на протекание психической адаптации, что подтверждается данными литературы [11]. Известно, что очень высокая личностная тревожность имеет положительную взаимосвязь с наличием невротического конфликта, с эмоциональными и невротическими срывами и с психосоматическими расстройствами [4, 23]. Вегетативные сдвиги, которые при этом возникают, способны привести к развитию быстрой утомляемости, астенизации, тревожных реакций, т.е. к невротизированным расстройствам и агрессивному поведению [8].

По результатам исследования психофизиологических реакций и параметров психоэмоциональной сферы можно сделать вывод о том, что в пубертатный период при комплексном воздействии природно-кли-

матических и социально-экологических условий организм подростков испытывает напряжение. В обеих изученных группах выявлен довольно значительный процент подростков с различной степенью снижения функционального состояния центральной нервной системы.

В результате проведенного факторного анализа по методу главных компонент в структуре межсистемных взаимодействий можно выделить три блока:

1) психофизиологический, отражающий закономерные связи между психофизиологическими параметрами (СВЛ-ИАР (ЛТ, СТ, УН); ИАР-ИВ (РВ); ЛТ-СТ (УН); ПЗМР-СВЛ);

2) микроэлементный, отражающий межэлементные взаимодействия в организме исследуемых групп, прежде всего, связанные с полом и возрастом, а также регионом проживания (K-Na (Pb, Mn); Pb-Mg; B-Pb; Hg-Co; Fe-Zn (Be, Si); Al-As (K, Pb, Ca); Ca-Mg (Co, Mn); Cd-Se (Pb); P-Cu.);

3) смешанный, который наиболее широко демонстрирует влияние нарушения обменных процессов на свойства личности и вероятные поведенческие реакции лиц, склонных к употреблению алкоголя, (Алк)-Cr (V, Se, Na, РР, ИАР, СВЛ, ПЗМР).

Стоит отметить, что эти влияния в ряде случаев опосредованы через цепочки зависимостей между параметрами системы: Алк-ИАР-ИВ-Li; Алк-ПЗМР-РВ; Алк-СВЛ-Be; Алк-СВЛ-ЛТ-СТ-As; Алк-СВЛ-ЛТ-УН-Cu-P; Алк-V-Zn; Алк-Cr-Si и т.д. (рис. 3).

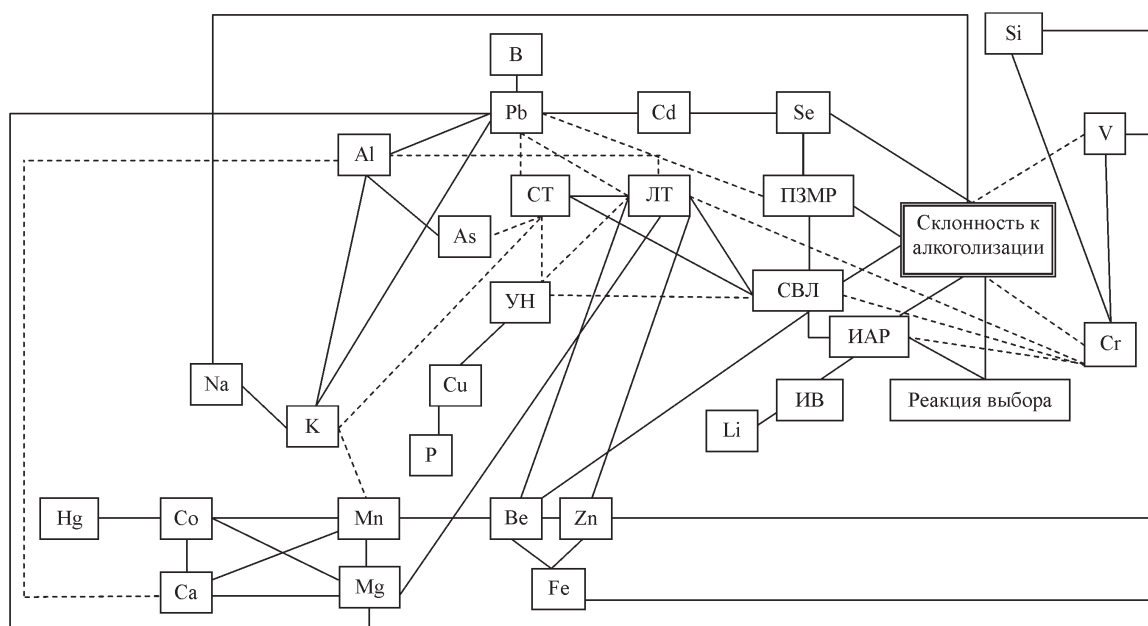


Рис. 3. Корреляционные взаимосвязи между психофизиологическими параметрами и содержанием макро- и микроэлементов в организме подростков 16 лет г.Магадана ($p < 0,05$)

Заключение

Современными методами определения биоэлементов в биосубстратах можно оценить состояние свободнорадикального окисления и активность антиоксидантных систем у больных алкоголизмом, активность и совершенство функционирования систем регуляции гомеостаза, тяжесть патологического состояния, что необходимо для диагностики [1]. Поэтому составление «элементного портрета» подростка представляет собой важный профилактический этап алкогольной аддикции.

Результаты проведенного исследования позволяют предположить, что действие негативных природно-климатических и экологических факторов на организм подростков, постоянно проживающих в экстремальных условиях Севера, несут в себе риск нарушений функционального характера со стороны соматических систем организма, элементного профиля и психической сферы. Отсюда следует необходимость повышенного внимания к мониторинговым исследованиям детей и подростков Севера не только психофизиологического состояния, но и микроэлементного баланса с целью донозологической оценки, профилактики и коррекции показателей здоровья и адаптационных возможностей организма растущего поколения.

Доступной мерой профилактики алкоголизации на физиологическом уровне является прием комплекса макро- и микроэлементов, подобранных индивидуально с учетом района проживания подростка и особенности его элементного профиля.

Список литературы

1. Бабенко Г.А., Скальный А.В. Спонтанная и индуцированная хемилюминесценция сыворотки крови при хроническом алкоголизме // Микроэлементы в медицине. — 2001. — Т. 2. — Вып. 2. — С. 46—47.
2. Бичкаева Ф.А., Третьякова Т.В., Власова О.С., Горелов А.В., Лоскутова А.В., Годовых Т.В., Жилина Л.П. Содержание токоферола в крови у детей и подростков Севера // Экология человека. — 2010. — №3. — С. 44—49.
3. Боровиков В. Statistika. Искусство анализа данных на компьютере: Для профессионалов. — СПб.: Питер, 2003. — 688 с.
4. Вассерман Л.И., Щелкова О.Ю. Медицинская психодиагностика: теория, практика, обучение. — СПб.: Академия, 2003. — 765 с.
5. Вятчанина Е.С., Скальный А.В. Протективное действие сульфата цинка при внутриутробном воздействии алкоголя // Вестник ОГУ. — 2007. — №12. — С. 113—116.
6. Гоголева И.В., Громова О.А. Внимание, Литий! // Практика педиатра. — 2007. — №5. — С. 14—17.
7. Горбачев А.Л., Ефимова А.В., Луговая Е.А., Бульбан А.П. Элементный статус детей г.Магадана как интегральный показатель природно-социальных условий региона // Сб. мат. Междунар. конф. «Экология северных территорий России. Проблемы, прогноз ситуации, пути развития и решения». — Архангельск, 2002. Т. 2. — С. 652—656.
8. Ениколопов С.Н., Ерофеева Л.В., Соковня И.И. Профилактика агрессивных и террористических проявлений у подростков: методическое пособие для педагогов, школьных

психологов, родителей / Под ред. И.И. Соковни. Изд-е 2-е. — М.: Просвещение, 2002. — 158 с.

9. Ильин Е.П. Методические указания к практикуму по психофизиологии. — Л., 1981. — 83 с.

10. Исенгулова А.А., Калмыкова З.А., Мирошниченко И.В. Влияние разного уровня спонтанного потребления этанола на пространственную память крыс // Вестник ОГУ. — Биоэлементология: Приложение. — 2006. — №12. — С. 109—110.

11. Кирюшин И.А. Тревожность у лиц с разными индивидуально-типологическими характеристиками и ее взаимосвязь с состоянием адаптации: Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — Хабаровск, 2004. — 19 с.

12. Кияева Е.В., Нотова С.В. Влияние этанола на элементный статус и биохимические показатели крови // Технологии живых систем. — 2008. — №4. — С. 15—19.

13. Кияева Е.В., Нотова С.В. Особенности элементного статуса при воздействии кадмия и этанола в эксперименте // Тез. II-го Съезда РОСМЭМ, 24—27 ноября 2008 г., Тверь, Россия / Микроэлементы в медицине. — 2008. — Т. 9. — Вып. 12. — С. 24—25.

14. Кошкина Е.А., Паронян И.Д., Гречаная Т.Б., Чиापелла А.П. Факторы, влияющие на потребление психоактивных веществ учащимися г.Москвы // Вопросы наркологии. — 1995. — №2. — С. 82—87.

15. Личко А.Е., Битенский В.С. Подростковая наркология. — М.: Медицина, 1991. — 304 с.

16. Максимов А.А. Тенденции адаптивных перестроек у аборигенных и коренных жителей Крайнего Севера // Тр. II Съезда физиологов СНГ. — Кишинев: Медицина — Здоровье, 2008. — С. 245.

17. Максимова И.А., Протасова О.В., Сороко С.И. Мониторинг макро- и микроэлементного статуса детей, проживающих на Европейском Севере // Проблемы адаптации человека к экологическим и социальным условиям Севера / Отв. ред. Е.Р. Бойко. — Сыктывкар — СПб.: Политехника-сервис, 2009. — С. 192—206.

18. Марютина Т.М., Ермолаев О.Ю. Введение в психофизиологию. — М.: МПСИ Флинта, 2004. — С. 276.

19. Нартова-Бочавер С.К. «Coping behavior» в системе понятий психологии личности // Психологический журнал. — 1997. — Т. 18, №5. — С. 20—30.

20. Новикова Л.А., Ишеков Н.С. Оценка вариабельности сердечного ритма у несовершеннолетних при пивной алкоголизации // Экология человека. — 2009. — №11. — С. 20—24.

21. Оготоева С.Н., Борисова Н.В. Микроэлементный состав крови беременных женщин при употреблении алкоголя // Тез. II-го Съезда РОСМЭМ, 24—27 ноября 2008 г., Тверь, Россия / Микроэлементы в медицине. — 2008. — Т. 9. — Вып. 12. — С. 61.

22. Практическая психодиагностика. Методики и тесты / Под ред. Д.Я. Райгородского. — Самара: Бахрах-М, 2002. — 668 с.

23. Рыбакова Т.Г., Балашова Т.Н. Клинико-психологическая характеристика и диагностика аффективных расстройств при алкоголизме: Методические рекомендации. — МЗРФ СПб ПНИ им. В.М. Бехтерева, 1998. — 36 с.

24. Сирота Н.А., Ялтонский В.М., Лыкова Н.М. Базисные копинг-стратегии у подростков 11—12 лет из неблагополучной и благополучной среды // Вопросы наркологии. — 2003. — №1. — С. 36—47.

25. Скальный А.В. О роли нарушений обмена биометаллов и активности сопряженных с ними металлоферментов в алкогольной интоксикации по данным эксперимента и клиники // Тез. докладов конференции СНО Северо-Осетинского мед. ин-та. — Владикавказ, 1983. — С. 27.

26. Скальный А.В. Исследование влияния хронической алкогольной интоксикации на обмен цинка, меди и лития в организме: Дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — М., 1990. — 137 с.

27. Скальный А.В., Кампов-Полевой А.Б., Воронин А.Е. Влияние цинка на активность этанолаксилирующих ферментов

потомков алкоголизованных крыс // Микроэлементы в медицине. — 2001. — Т. 2. — Вып. 2. — С. 21—23.

28. Сороко С.И., Бурых Э.А., Бекшаев С.С., Сидоренко Г.В., Сергеева Е.Г. и др. Оценка состояния основных функций организма у детей, проживающих в условиях Европейского Севера // Человек на Севере: системные механизмы адаптации. — Магадан: СВНЦ ДВО РАН, 2007. — 228 с.

29. Шабанов П.Д., Калишевич С.Ю. Биология алкоголизма. — СПб.: Лань, 1998. — 272 с.

30. Boulouard M., Lelong V., Daoust M., Naassila M. Chronic ethanol consumption induces tolerance to the spatial memory impairing effects of acute ethanol administration in rats // Behav. Brain Res. — 2002. — №136(1). — P. 239—246.

31. Das I., Burch R.E., Hahn H.K.J. Effects of zinc deficiency on ethanol metabolism and alcohol and aldehyde dehydrogenase activity // The J. of lab. and clin. med. — 1984. — Vol. 104, №4. — P. 610—617.

32. Howell G.A., Welch M.G., Frederickson C.J. Stimulation-induced uptake and release of zinc in hippocampal slices // Nature. — 1984. — Vol. 38, №5961. — P. 738.

33. Kasarskis E.J., Devenport L.D., Kirkpatrick J.B., Howell G.A., Klitenick M.A., Frederickson C.J. Effects of alcohol ingestion on zinc content of human and rat central nervous system // Experimental neurology. — 1985. — Vol. 308, №5901. — P. 734—736.

34. Menzano E., Carlen P.L. Zinc deficiency and corticosteroids in the pathogenesis of alcoholic brain dysfunction — a review // Alcoholism, clin. and exp. research. — 1994. — Vol. 18, №4. — P. 895—901.

35. Rofe A.M., Chua J., Summers B., Carey L.C., Coyle P. Изменения металлотинин/цинка и врожденные дефекты, обнаруженные у мышей, получавших эндотоксин, алкоголь и дексаметазон в ранней стадии беременности // Микроэлементы в медицине. — 2006. — Т. 7. — Вып. 1. — С. 5.

PARAMETERS OF TRACE ELEMENT SYSTEM AND PSYCHOPHYSIOLOGICAL PROFILE SHOWED BY THE ADOLESCENTS OF MAGADAN TOWN INCLINED AND NOT INCLINED TO ALCOHOL INTAKE

LUGOVAYA Ye.A., BARTOSH T.P.

Scientific-Research Center «Arktika» FEB RAS,

24 Karl Marx Street, Magadan, 685000, Russia.

Tel./fax: 7(4132) 620628; e-mail: arktika@online.magadan.su

Male residents of Magadan town ($n = 56$, age 16 yr), either inclined or not inclined to alcohol intake, were examined to study the relationship of psychophysiological parameters and content of 25 macro- and trace elements. Found that, the increase observed in simple visual sensorimotor reaction as well as reaction of choice and distinction showed by the subjects inclined to alcohol intake (group 2), can be considered as weakening and inertness in functional-dynamic characteristics of nervous activities as well as weakening in active attention and other cognitive abilities. The North-specified element profile of the examined adolescents was presented: total deficit in Ca, I, Co, Mg, Cu (75%), K (69%), P (45%) and excess in Si (100%). The subjects of group 2 showed the elevated level of heavy and toxic elements (Al, As, Ni, B). Adaptive responses were demonstrated by the subjects of group 2 in Se, I, Zn, Ca, Co, and dysadaptive in Cr, V, Na, and Si. Negative correlation was found in the value of personal anxiety with the content of the hair Cr ($r = 0.47$) and Pb ($r = 0.63$), positive — with Na ($r = 0.53$), Be ($r = 0.54$), Zn ($r = 0.45$), Se ($r = 0.44$), Mg ($r = 0.38$), K ($r = 0.31$), and the degree of vegetative lability ($r = 0.50$, $p < 0.05$).

Key words: trace elements, psychophysiology, adolescents, alcohol, North

Основные симптомокомплексы личностных расстройств у лиц, употребляющих наркотические вещества

ЧЕРЕПКОВА Е.В. к.м.н., ст.н.с., Научный центр клинической и экспериментальной медицины СО РАМН,
630117, г.Новосибирск, ул. Тимакова, 2; тел.: 8383336651; e-mail: csem@soramn.ru

Рассматриваются ведущие симптомокомплексы у лиц, употребляющих психоактивные вещества (ПАВ), выявленные методом факторного анализа главных компонентов. Оценивается динамика образования основных факторов в зависимости от возраста больных. Показано, что особенность психической деятельности у лиц, предрасположенных к употреблению и зависимости от наркотических средств, обусловлена, в первую очередь, наличием именно психических расстройств, а не других медицинских и социальных факторов.

Ключевые слова: личностные расстройства, симптомокомплексы, наркомания, психоактивные вещества, факторный анализ

Введение

Химические аддикты характеризуются наличием «двойного диагноза», в структуре которого чаще представлены употребление ПАВ и личностные расстройства [7, 8]. Последние, несмотря на широкую распространенность в популяции и нарастающее социальное значение, в настоящее время остаются малоизученными. У таких больных зачастую ставят неправильный диагноз, квалифицируя их состояние исключительно как аддиктивное расстройство, когда на самом деле речь идет об аддиктивном нарушении, развившемся на базе личностного расстройства [4].

В ряде клинко-психопатологических исследований на основании изучения больших когорт пациентов показана значительная, а чаще всего ведущая роль индивидуально-типологических характеристик и личностных особенностей в развитии и становлении девиантного и делинквентного поведения, а далее — в развитии наркологических заболеваний [2, 3, 6].

Пациенты и методы исследования

Нами было обследовано 120 лиц мужского пола, русской национальности, в возрасте от 10 до 33 лет, употребляющие ПАВ. Причем среди подростков (до 18 лет) только треть находилась в стадии активной зависимости от ПАВ II степени. Однако независимо от стадии употребления уже в преморбиде наркотизирующиеся выявляли симптомы личностных расстройств.

Следует отметить, что пациенты были из благополучных и неблагополучных семей, различного социального уровня. Критериями исключения из обследования были наличие у обследуемых тяжелых психических заболеваний, органическое поражение ЦНС и

соматической патологии в стадии декомпенсации. В зависимости от возраста все обследованные были распределены по двум группам — младше и старше 18 лет (по 120 чел. в каждой группе).

Клиническое психопатологическое обследование осуществлялось с использованием классификации психических расстройств Американской психиатрической классификации DSM-IV-TR (2000) и DSM-III-R (1987).

Проводился факторный анализ главных компонент. Для максимальной оптимизации дисперсии матрицы осуществлялась процедура ротации по методу Varimax. Определение количества критериев проводили, исходя из результатов Screeplot (метод «каменной осыпи»). После интерпретации полученных данных установлена факторная нагрузка со значением 0,57. Использовался множественный регрессионный анализ с процедурой пошагового включения независимых переменных в модель, с использованием коэффициента β — нормализованного коэффициента наклона регрессии.

Результаты исследования

В процессе исследования было выявлено, что структура личностных расстройств у наркотизирующихся лиц отличается от «классических» вариантов. Формирование ведущих симптомокомплексов, диагностируемых у наркотизирующихся, проводилось на основании интерпретации корреляционных взаимосвязей между личностными расстройствами и их симптомами, с определением наиболее значимых. Использование метода многомерного факторного анализа с выявлением главных компонент позволило уменьшить объем исходных данных и выявить интегральные показатели, имеющие большую степень информативности при характеристике изучаемых явлений. Выделяе-

мая первая главная компонента включает в себя переменные, объясняющие максимальную долю изменчивости исходных признаков, на вторую и последующие главные компоненты приходятся максимумы остающейся изменчивости после каждой предыдущей главной компоненты. Факторно-аналитические процедуры позволяют вычленивать отдельные группы коррелирующих признаков, которые являются относительно самостоятельными функциональными единицами и характеризуют структуру личностных расстройств у наркотизирующихся. Симптомокомплексы, а также их динамические изменения всегда являются более информативными, чем отдельные симптомы.

Действуя по алгоритму метода главных компонент была определена максимальная роль следующих личностных расстройств (ЛР): антисоциального (АЛР), пограничного (ПЛР), гистрионического (ГЛР), нарциссического (НЛР), обсессивно-компульсивного (ОКЛР), зависимого (ЗЛР), избегания (ЛРИ), пассивно-агрессивного (ПАЛР) и их критериев; наличие фактов острых интоксикаций наркотическими средствами тяжелой степени, фактов совершенных противоправных деяний, установленных наркологических диагнозов и социальных характеристик.

В процессе анализа было выявлено, что наибольшие факторные нагрузки отмечались для личностных расстройств и их критериев, а социальные характеристики и другие не оказывали значимого влияния на сформированные компоненты. Следует отметить, что симптомы личностных расстройств имели значимые и высокие коэффициенты корреляции, что указывает на наличие определенных тенденций, а возможно, и связей, близких к функциональным между полученными главными компонентами (симптомокомплексами) и этими признаками. Результаты корреляционного анализа подтвердили, что все показатели, т.е. симптомы, имеют статистическую достоверную связь ($p < 0,0001$) с индивидуальными значениями факторов (Factor Scores). Однако проверка методом множественной регрессии показала, что наилучшим предиктором является определенная переменная или группа переменных (симптомов). По-видимому, именно эти предикторы обуславливают значения всех остальных переменных в полученных факторах.

Анализ ЛР и их критериев проводился у лиц, имеющих двойной диагноз, по возрастным группам до 18 лет и старше 18 лет. В старшей группе все пациенты были с зависимостью от наркотических веществ. Возрастная градация позволяет определить динамику формирования ЛР. В результате анализа главных компонентов ЛР и их симптомов у лиц, употребляющих ПАВ, в группах обследуемых до 18 лет и старше 18 лет, были выделены факторы с включением

в них переменных, которые имели факторные нагрузки (Factor Loadings) больше чем 0,57.

Проведенный факторный анализ в группе обследуемых в возрасте до 18 лет выделил 11 факторов. Половину (51,1%) общей вариальности признаков объясняют первые три интегральных показателя. Первый и ведущий фактор у молодых людей в возрасте до 18 лет, употребляющих ПАВ, характеризующий 22,2% общей изменчивости исходных переменных, объединил 13 переменных, т.е. психические расстройства.

Симптомокомплекс фактора I включал чувство уникальности, избранности, неадекватное сексуальное поведение и опасение компрометирующих эмоций, ранимость, страх одиночества, беспомощности и отверженности, завистливость, дискредитацию авторитетных личностей, неспособность перестраиваться в соответствии с изменяющейся действительностью, суицидальное поведение. В целом фактор I образует личностную структуру наркотизирующегося, характеризующуюся полярностью расстройств. С учетом определяющих критериев, следует, что данный фактор представляет «нарциссическую, неуверенную и ранимую» личность.

В фактор II, представленный совокупностью из девяти признаков и объясняющий 15,4% общей вариальности, входили антисоциальное ЛР, его критерии — лживость и агрессивность, ситуационная реактивность, неподчиняемость, манипулирование другими, нестабильность в межличностных взаимоотношениях. Таким образом, фактор II представляет структуру личности, которую можно представить как «антисоциальную, эгоистичную, неустойчивую».

В фактор III из восьми взаимозависимых переменных, объясняющий 13,5% общей вариальности, входили ЛР избегания и пассивно-агрессивное ЛР, откладывание решения проблем, пренебрежение в отношении безопасности других, склонность к протесту, непереносимость критики, отсутствие эмпатии. Данный фактор организует личность «пассивно-агрессивную с избеганием».

Все последующие 8 факторов в сумме составляют 48,9% общей вариальности переменных, удельный вес которых составляет от 8,1 до 3,3%.

Фактор IV включал неадекватную злость, жестко установленную систему ценностей, опустошенность и беспомощность в одиночестве и исключал импульсивность с вероятным самоповреждением. Фактор представляет личность «обсессивно-компульсивную с зависимостью».

Фактор V состоял из таких симптомов, как неприятие советов других, поверхностность в эмоциях, импульсивность в желаниях и исключал эмоциональ-

ную ограниченность. Данный фактор составляет «неустойчивую» личность.

В фактор VI входили пограничное ЛР с нарушением идентичности, боязнь несогласия из-за страха потери одобрения других, избегание межличностных контактов. Фактор представляет «пограничную, неуверенную» личность.

Фактор VII включал критерий "неразумная настойчивость по отношению к другим" и соответственно исключал симптомы неспособности к длительному рабочему состоянию из-за снижения мотивации, ошибки в незаинтересованной деятельности, сдержанности из-за страха несоответствия ситуации. Фактор характеризует «неадекватно настойчивую» личность.

Фактор VIII составляли склонность к саботажу, боязнь новых отношений из-за возможного отрицательного отношения к себе, исключением были постоянные сомнения в решениях с неприятием советов других. Фактор представляет личность «со склонностью к саботажу, неуверенную».

В фактор IX входили критерии избегания одиночества, чувство дискомфорта, если не в центре внимания, чувство избранности. Можно обозначить фактор, как «гистрионическую, нарциссическую», или «самовлюбленную», личность.

Фактор X составляли такие качества, как перекалывание ответственности за главные решения на других, скупость, исключением были транзиторная паранояльность и диссоциация. Наличие данного фактора характеризует «уклоняющуюся» личность.

Фактор XI представляет личность наркотизирующегося, избегающего выполнения обязанностей, мотивируя рассеянностью, с гиперболизированными эмоциями, педантичностью, вязкостью, в том числе и в межличностных отношениях. Фактор представляет «обсессивную, гистрионическую» личностную направленность.

Как следует из результатов факторного анализа в группе взрослых наркоманов, на первые три интегральных показателя пришлось 57,9% всей вариативности симптомов.

Фактор I, который объясняет 21,7% общей вариативности переменных, объединивший 10 признаков, составляли зависимое ЛР, с такими критериями, как перекалывание жизненно важных решений на других, несамостоятельность, затруднения в повседневных решениях, поверхностность в эмоциях, агрессивность, при этом привлечение их к деятельности воспринимается как насилие, вызывает протест, требования считаются неадекватными. Исключением были импульсивность, спонтанность в желаниях, потребность в восхищении. Данный фактор представляет «пассивно-агрессивную, зависимую, с неустойчивостью» личность.

В фактор II, объясняющий 21,1% общей вариативности переменных, входили обсессивно-компульсивное ЛР, пограничное ЛР, ситуационная реактивность, сомнения в правильности решений, чрезвычайная преданность работе, стереотипность в поведении, беспомощность в одиночестве. Исключением были пассивно-агрессивное ЛР, неприятие советов других, склонность к саботажу. Фактором II представлена личность «обсессивно-компульсивная, пограничная, с зависимостью». III фактор, представленный совокупностью из восьми признаков и объясняющий 15,1% общей вариативности, объединил гистрионическое ЛР, критерии: чувство дискомфорта, если не в центре внимания, концентрированность на физической привлекательности, неадекватная настойчивость и требовательность к другим, страх компрометирующих эмоций, избегание многочисленных межличностных контактов, поиск положительной оценки. III фактор, характеризует «гистрионическую, неуверенную» личность.

Остальные 6 факторов представляют 42,1% общей вариативности переменных, доля которых составляет от 3,6 до 13,8%.

В фактор IV входили завистливость, сдержанность из-за неуверенности в себе, склонность к критике авторитетов, самодраматизация и театральность в эмоциях. Исключением были недоверие к людям, предрасположенность к антисоциальным действиям. Фактор IV представляет «пассивно-агрессивную, завистливую» личность.

Фактор V составляли нарциссическое ЛР, неадекватная злость, избегания обязанностей с мотивацией забывчивостью, нарушение идентичности. Исключением были педантичность, застреваемость. Данный фактор характеризует «пограничную, нарциссическую» личность.

Фактор VI состоял из критерия: убеждение о недооценки их деятельности другими. Исключением был критерий "скупость". Фактор образует «неадекватно самоуверенную» личность.

Фактор VII составляли суицидальное поведение, ограниченность аффекта, исполнение неприятных обязанностей из-за поддержки других. Фактор представляет «зависимую, суицидальную» личность.

В фактор VIII входили лживость, неистовые попытки избежать одиночества, исключением были хроническое чувство пустоты. Фактором представлена «избегающая одиночества и лживая» личность.

Фактор IX составляли критерии: проблемная личная жизнь, отсутствие заботы о детях, исключением было чувство избранности. Фактор характеризует «безответственную» личность.

Обсуждение

Факторный анализ полученных результатов выявил группы симптомокомплексов, основная часть которых образовалась по ведущим личностным расстройствам, диагностированным в психическом состоянии больных, личностным расстройствам и критериям, либо только по критериям. Выделенные на основе исследования взаимосвязей клинических симптомов личностных расстройств интегральные показатели отражают основные тенденции исследуемого клинического явления и позволяют установить те расстройства, которые в наибольшей степени оказывают значимое влияние на развитие и формирование личности при употреблении ПАВ. С другой стороны, данные интегральные характеристики позволяют дифференцировать различные группы пациентов, имеющих сходные клинические закономерности развития заболевания.

Клиническое содержание описанных факторов формировалось как по «классическим» вариантам, так и с объединением полярных расстройств, что является типичным для наркоманов [1, 5, 6]. Первый и ведущий фактор у молодых людей в возрасте до 18 лет, употребляющих ПАВ, объединил психические расстройства, которые, в первую очередь, представлены выраженной эгоистичностью, неадекватной самозначимостью, чувством избранности и уникальности, потребностью в постоянном восхищении, завистливостью и дискредитацией авторитетных людей, эксплуатативностью, манипулированием другими, неадекватной сексуальностью. При этом для данного фактора характерно сочетание вышеперечисленных расстройств с противоположными качествами: беспомощностью и несостоятельностью в одиночестве, ранимостью, суицидальностью. Структура первого фактора наглядно отображает личностную патологию подростков, склонных к аддикции, включающего как определяющие нарциссическое ЛР, имеющее самый высокий β -коэффициент регрессии, при этом в сочетании с ранимостью и неуверенностью, которые еще больше утяжеляют клинику ведущего личностного расстройства. Вполне возможно, что ПАВ являются в данном случае для пациентов психокорректирующим средством или, по мнению Ц.П. Короленко, облегчают уход от реальности.

Второй фактор с антисоциальным поведением и образом жизни (основа данного фактора), лживостью, выраженной эгоцентричностью, с неустойчивостью психики, — также может способствовать употреблению ПАВ. Подростки с девиантным поведением чаще попадают в криминальную среду, где, как правило, широко распространено употребление наркотических средств. Дополнительным провоцирующим фактом наркотизации, возможно, является реак-

тивность и аффективность психики, где наркотик, возможно, оказывает компенсирующее психотропное действие.

Следующий третий фактор, включающий определяющее пассивно-агрессивное ЛР, ЛР избегания с отсутствием эмпатии и непереносимостью критики, возможно, отвечает за нарушения антиципационной функции. Пациенты с таким симптомокомплексом легко начинают пробовать наркотические средства, не контролируя дозировки и кратности, быстро утрачивают ситуационный контроль, не опасаются социальных и медицинских последствий употребления. Данный контингент обследуемых контактирует на избирательные темы по его усмотрению, очень тяжело поддается психотерапевтической коррекции и склонен к передозированию наркотических средств.

Симптомокомплекс шестого фактора точно отображает психическое состояние подростков, которым трудно противостоять настойчивым предложениям попробовать ПАВ. Чаще в эту группу попадают дети из материально благополучных семей, которые представляют коммерческий интерес для наркодиллеров, тогда как в девятом факторе эффект действия наркотического средства помогает нивелировать чувство дискомфорта из-за отсутствия повышенного внимания к себе. Является очень показательным одиннадцатый фактор: он точно представляет контингент наркотизирующихся, старающихся избегать любой деятельности, в которой не заинтересованы. При этом они настойчиво и педантично, часто в сопровождении аффективных реакций, занимаются тем, что в итоге приносит им возможность получить удовольствие.

В целом образуется самовлюбленная, агрессивная, неустойчивая, со склонностью к саботажу, с антисоциальным поведением, навязчивая и, в то же время, — неуверенная, несамостоятельная, капризная, инфантильная личность.

Рассматривая пациентов старше 18 лет, т.е. по мере взросления лиц с наркотической зависимостью видно, что формируется неустойчивая, к тому же завистливая, неадекватно самоуверенная, лживая, с непереносимостью одиночества, безответственная, не состоятельная в семейной жизни личность.

Первый фактор отражает ситуацию, где идет предпочтение отдавать все решения задач и проблем другим, не планируется и не организуется дальнейшая жизнь. Как правило, целенаправленна только деятельность на получение удовольствия, привлечение к другим видам жизненной активности воспринимается крайне негативно. Данный фактор является самым первым и наиболее точно представляет значительную часть наркотизирующегося взрослого контингента.

Далее следует фактор, отражающий торпидность и патологическую обстоятельность, аффектирован-

ность взрослых наркоманов, а также их несостоятельность в оценке и решении проблем. При этом они тяжело переносят одиночество, но требуют, чтобы все подчинялось их желаниям.

Третий фактор характеризует наркотицизирующих, которые стараются быть постоянно в центре внимания, неадекватно сексуальны, чувствительны по отношению к себе.

Достаточно полно отражен четвертым фактором контингент пациентов завистливых, с преобладанием в психическом статусе негативных эмоциональных реакций, постоянно недовольных окружающими.

Пятый фактор также объединил патологические черты пациентов с нарушением идентичности, дисфоричных, избегающих рабочей деятельности, с нарцисстическим расстройством.

Остальные факторы характеризуют психические расстройства наркотицизирующих, в которых на первый план выходят расстройства либо пассивно-агрессивного ЛР, либо пограничного ЛР, антисоциального ЛР. Сравнивая с группой подростков, все же следует отметить определенный патоморфоз по ведущим ЛР: первые факторы у подростков преимущественно представлены нарцисстическим и антисоциальным ЛР.

Заключение

Данные симптомокомплексы отражают типы личностных расстройств на разных этапах наркотизации. Психопатологические изменения личности присутствуют у молодых наркотицизирующих, на ранних стадиях употребления, когда в большинстве случаев наркотические средства не оказывали стойких негативных социальных и медицинских последствий. Как видно из полученных данных, у подростков уже на ранних стадиях употребления ПАВ, т.е. до формирования синдрома зависимости, личностную структуру представляют факторы, которые в принципе характерны для сформировавшихся наркоманов. Следует особенно отметить, что такие критерии, как факты

острых интоксикаций наркотическими средствами тяжелой степени, наличие противоправных нарушений с привлечением к уголовной ответственности, социальных характеристик и даже наркологических диагнозов, при использовании в факторном анализе в качестве факторных нагрузок, не оказывали значимого влияния на результаты анализа. На основании этого можно предположить, что особенность психической деятельности у лиц, предрасположенных к употреблению и зависимости от наркотических средств, обусловлена, в первую очередь, наличием именно психических расстройств, которые являются первичным «образованием». Наличие остальных факторов оказывает лишь вторичное модифицирующее влияние на личность.

Список литературы

1. Иванец Н.Н. Руководство по наркологии. — М.: Медицинское информационное агентство, 2008. — 944 с.
2. Дмитриева Т.Б., Игонин А.А., Клименко Т.В. и др. Судебно-психиатрическая экспертиза лиц, совершивших правонарушения в состояниях, вызываемых зависимостью от психоактивных веществ // Наркология. — 2003. — №4. — С. 31—35.
3. Козлов А.А., Рохлина М.А. Зависимость формирования наркоманической личности от predisponирующих факторов // Журн. неврологии и психиатрии. — 2001. — Т. 101, №5. — С. 16—20.
4. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Личностные и диссоциативные расстройства: расширение границ диагностики и терапии. — Новосибирск: Изд-во НГПУ, 2006. — 448 с.
5. Личко А.Е., Битенский В.С. Подростковая наркология: Руководство. — Л.: Медицина, 1991. — 304 с.
6. Менделеевич В.Д. Психология девиантного поведения. — М.: МЕДпресс, 2001. — 432 с.
7. Janowsky D.S., Morte S.R., Hong L. et al. Personality relationships to «pure» and dual diagnosis alcohol/substance disorder patients // Res. Soc. Alcoholism Annu. Sci. Meet., San Francisco, Calif., July 19—24, 1997 // Alcoholism. — 1997. — Vol. 21, №3. — P. 128.
8. Skodol A.E., Oldham J.M. et al. Axis II Comorbidity of Substance Use / Disorders Among Patients Referred for Treatment of Personality Disorders // American Journal of Psychiatry. — 1999. — Vol. 156. — P. 733—738.

BASIC SYMPTOM COMPLEXES OF PERSONALITY DISORDERS IN INDIVIDUALS WHO TAKING NARCOTIC SUBSTANCES

CHEREPKOVA E.V.

Candidate of Medicine, major research worker,
Institute of Internal Medicine SB, Russia, 630117, Novosibirsk, Timakova av., 2,
tel. 8383336651, fax: 8383336465, e-mail: csem@soramn.ru

The investigated subject is symptom complexes at persons taking mentally active substances which were detected by the factor analysis method of the main components. Subject to the patients' age, the dynamics of the principal factors formation is evaluated. It was revealed that the peculiarity of psychical activity at persons predisposed to taking drugs and drug abuse is, in the first place, conditioned exactly by the presence of personality disorders in contrast to medical and social factors.

Key words: personality disorders, symptom complexes, narcomania, psychoactive substances, factor analysis

Роль факторов, способствующих развитию рецидивов хронического алкоголизма у больных с короткими и длительными ремиссиями

МЕЛИКСЕТАН А.С.

м.н.с. отделения психических расстройств, осложненных патологическими видами зависимости,
ФГУ «Московский НИИ психиатрии Росздрава»
e-mail: anait_meliksetyan@mail.ru

Приводятся сведения о факторах, актуализирующих влечение и провоцирующих развитие рецидивов у больных алкоголизмом с короткими и длительными ремиссиями. На разных этапах формирования очередной ремиссии одни и те же пациенты указывают на разные причины, способствовавшие возникновению рецидива. Не было выявлено ни одного пациента, у которого отмечался лишь один провоцирующий фактор, способствовавший наступлению рецидива. В большинстве случаев удается установить два и более причинных фактора.

Ключевые слова: ремиссия, рецидив, хронический алкоголизм, короткие ремиссии, длительные ремиссии

Введение

Наркологическая ситуация в России большинством исследователей расценивается как крайне напряженная. Подчеркивается сверхвысокое потребление алкоголя населением [6, 8, 9, 14]. В отечественной наркологии в настоящее время наиболее часто используемым показателем успешности лечения лиц, страдающих болезнями зависимости считаются стойкость, длительность и качество возникших ремиссий.

Зависимость от алкоголя (алкоголизм), как и любое другое хроническое психическое прогрессивное заболевание, влечет за собой изменения в личностной, семейной, профессиональной, экономической сферах жизнедеятельности пациента, определяющих качество его жизни. Под ремиссией в психиатрии и наркологии понимается ослабление болезненных проявлений хронического заболевания.

Большинство отечественных исследователей считает, что ремиссии при алкоголизме, даже очень длительные или наступившие спонтанно, не эквивалентны полному выздоровлению [4, 7, 15—17]. Рецидивам алкоголизма посвящен ряд работ отечественных и зарубежных исследователей [1—3, 5, 10—13, 18—24]. Однако многие вопросы остались недостаточно изученными. Так, мало освещены вопросы о связи рецидивов с типом течения алкоголизма, со временем (возрастом) возникновения и последовательностью появления основных проявлений заболевания. Не подвергались строгому анализу сочетания обстоятельств, способствующих возникновению рецидива, не учитывались закономерности течения алкоголизма при использовании широко применяемых методов опосредованной психотерапии.

Пациенты и методы исследования

С целью установления причины возникновения рецидивов алкоголизма и особенностей их клиники в 2007—2009 гг. проводилось исследование в отделении психических расстройств, осложненных патологическими формами зависимости, МНИИП Росздрава.

Были отобраны пациенты, у которых возник рецидив заболевания (многодневное пьянство с опохмелением) после воздержания от приема спиртных напитков в течение трех месяцев и более. Были обследованы больные как с короткими ремиссиями (не более 6 мес.), так и с длительными (один год и более).

Исключались из исследования лица, страдающие алкоголизмом, сочетающимся с другими психическими заболеваниями (шизофрения, заболевания шизофренического спектра, аффективные расстройства эндогенной природы, эпилепсия, тяжелые органические поражения головного мозга, тяжелые расстройства личности с частыми декомпенсациями), больные хроническими соматическими заболеваниями в стадии обострения или декомпенсации, больные алкоголизмом 3 стадии, а также больные в возрасте моложе 25 лет и старше 60 лет и пациенты, у которых употребление алкоголя сочеталось с систематическим приемом других психоактивных веществ.

В соответствии с поставленными задачами был использован клинико-психопатологический метод, который дополнялся стандартизацией данных путем заполнения на каждого больного специально разработанной для настоящего исследования «Анамнестической картой» (АК), включающей в себя 150 пунктов. В АК больного алкогольной зависимостью входили демографические сведения о пациенте, данные о наследственности, развитии, интересах, воспитании, социальном статусе, особенностях преморбидного периода, начале и течении алкоголизма, о ха-

рактере течения ремиссии, о состоянии физического здоровья, информированности о соматоневрологической патологии и отношении больного к ней.

Особые затруднения в получении объективных сведений связаны с алкогольными изменениями личности больных. Анозогнозия, недооценка тяжести пьянства, недостаточная критика и переоценка своих возможностей, отсутствие правдивости — вот с чем нередко приходилось встречаться при анамнестическом и катamnестическом обследовании больных. Отсюда происходят затруднения в объективной оценке получаемых сведений и необходимость для их проверки дополнительной (контрольной) информации.

Сведения, полученные в результате опроса больного, в тех случаях, когда это было возможно, дополнялись и сопоставлялись с информацией о состоянии больного, полученной от родственников, а также из предыдущих историй болезни.

В соответствии с задачами исследования в АК были включены вопросы о характере семьи, условиях воспитания в детстве, развитии сферы интересов, самооценке пациента на разных этапах жизни, наличии в преморбиде соматических заболеваний и коморбидных соматоневрологических расстройствах, социальном окружении пациента.

Уделялось внимание отношению больного к потреблению алкоголя и алкогольным проблемам в различные периоды жизни. Выяснялись мотивы и обстоятельства, способствовавшие злоупотреблению алкоголем, как в преморбидном периоде, так и на этапах становления и развития алкогольной болезни. Устанавливалось, когда возникали первоначальные изменения реактивности организма в отношении алкоголя (повышение выносливости, эпизоды амнезии состояния опьянения), когда наступала утрата количественного и ситуационного контроля за потреблением спиртного, в какие сроки возникало изменение отношения к употреблению спиртных напитков и появлялась психическая зависимость от алкоголя.

Также использовался Глоссарий (1991 г.) — методическое пособие, составленное в Московском НИИ психиатрии, включающее в себя наиболее часто используемые обозначения основных проявлений алкоголизма, с целью диагностики и оценки динамики состояния под влиянием изучаемого метода терапии.

Анализ полученных данных проводился с использованием методов математической статистики. Для подсчета и обработки полученных данных использовались программы «Microsoft Excel», «Statistica 6». Для анализа роли факторов, влияющих на возникновение рецидива, проводился факторный анализ — многомерный статистический метод для изучения взаимосвязей между значениями переменных. По результатам точечной диаграммы выделилось количест-

во учитываемых факторов, собственные значения которых превосходили единицу (критерий каменистой осыпи).

Результаты исследования и их обсуждение

На разных этапах формирования очередной ремиссии одни и те же пациенты указывали на разные причины, способствовавшие возникновению рецидива. Непосредственно при поступлении в стационар и во время абстинентного синдрома чаще всего звучали следующие причины: «не знаю, сам не знаю», «особой тяги не было», «хотел выпить немного и остановиться», «не смог отказаться». В ходе обследования, проведения лечения и психотерапевтических бесед пациенты приходили к мнению, что в большинстве случаев рецидиву способствовало влечение к опьянению, стремление ощутить эйфорию. В большинстве случаев влечение было легким по интенсивности. Однако, несмотря на слабую выраженность влечения, пациенты возобновляли алкоголизацию, потому что более половины из них были уверены в возможности контроля. У пациентов с короткими ремиссиями (от трех месяцев до шести) рецидивы возникали под влиянием микросоциальной среды и алкогольных традиций. Эти больные во время своих непродолжительных ремиссий испытывали чувство неудовлетворенности и напряжения в связи с воздержанием от алкоголя, они говорили о невозможности сопротивляться алкогольным традициям. Больные легко поддавались непосредственному влиянию окружающих лиц и возобновляли злоупотребление алкоголем, чтобы преодолеть чувство неудовлетворенности, ощущение своей «неполноценности». Рецидив оправдывали тем, что «смогут пить умеренно», хотя во время психотерапевтических бесед соглашались, что «на личном опыте неоднократно» убеждались в невозможности это осуществить.

В ходе проведенного обследования были выявлены следующие факторы, влияющие на возникновение рецидива при коротких ремиссиях (табл. 1). В большинстве случаев удавалось установить две причины и более, способствовавшие наступлению рецидива. У больных с короткими ремиссиями (от трех до шести месяцев) многократные рецидивы встречались чаще.

Фактор 1. В группе пациентов с короткими ремиссиями преобладают больные с преморбидными особенностями. Возникновению рецидива способствует актуализация первичного влечения, которое сами больные осознают и удовлетворяют, выпивая спиртное. Характерно для этих больных незначительное количество срывов во время ремиссии и короткое по времени контролируемое потребление алкоголя, в отличие от больных с длительными сроками отказа от спиртного.

Фактор 2. У больных с короткими сроками воздержания во время ремиссии чаще преобладала дисфория, раздражение, особенно на ранних сроках становления ремиссии, когда пациентам приходилось менять ритм жизни, круг общения, вести трезвый образ жизни. Спокойное, ровное настроение в ремиссии способствует ее удлинению. Возникновение беспричинных изменений настроения подразумевает наличие скрытого влечения к опьянению, вынужденный отказ от алкоголя вызывает раздражение, тоску, апатию. Нарушения настроения, особенно в форме дисфорий, способствуют возникновению рецидива. В этом состоянии больные часто без борьбы мотивов стремятся к потреблению спиртного. Однако после возврата к пьянству многие сожалеют о возникшем рецидиве. Несмотря на проведенные «радикальные» процедуры, пациенты при сохранении «веры» в их действие и страха возникновения возможных неприятных ощущений и даже наступления смерти либо «терпят» до истечения срока действия методики и сразу же возвращаются к потреблению алкоголя, либо при отсутствии веры в данную процедуру возобновляют алко-

голизацию значительно раньше оговоренных сроков воздержания.

Фактор 3. При возникновении неприятных эмоций, после психотравм актуализируется, иногда даже и четко осознаваемое, первичное влечение к опьянению, возникает желание испытать эйфорию и стремление избавиться от тягостного ощущения грусти, тоски, тревоги, вызванное психической травмой. Данная группа отличается более высокой эмоциональной лабильностью за счет психоорганических изменений.

Фактор 4. Уровень полученного образования, социального статуса являются одними из причин, способных удержать больного от возобновления алкоголизации.

Фактор 5. Желание «снять усталость», «отдохнуть», «расслабиться» побуждает пациентов возвращаться к потреблению алкоголя. Чаще это происходит в конце рабочего дня (недели), после длительного эмоционального и физического напряжения. Эмоциональным нарушениям пациенты чаще не придают значения, ощущая лишь физическую усталость. Для

Таблица 1

Факторы, влияющие на возникновение рецидива при коротких ремиссиях

Порядковый номер фактора	Предметное содержательное клиническое объяснение фактора	Вклад фактора, %
1 фактор	Преморбидные черты (0,70) Длительность запоя (0,91) Влечение осознанное (0,69) Актуализация первичного влечения при наступлении рецидива (0,70) Количество срывов во время ремиссии (0,69) Длительность контролируемого пьянства после начала рецидива (0,90)	19,2%
2 фактор	Настроение во время ремиссии (0,68) Возобновление приема алкоголя после истечения "действия" срока психотерапевтической методики (0,91) Возобновление приема алкоголя несмотря на "сохранение действия" срока психотерапевтической методики (0,73) Продолжительность ремиссии (0,84) Семейная отягощенность алкоголизмом (0,98)	17,5%
3 фактор	Настроение при актуализации влечения во время ремиссии (0,84) Психоорганический синдром (0,84) Влечение после психической травмы (0,89)	13,6%
4 фактор	Уровень полученного образования (0,86)	12,9%
5 фактор	Беспричинные изменения психического состояния перед запоем (0,72) Отношение к рецидиву (0,90) Беспричинные изменения психического состояния во время ремиссии (0,94) Актуализация влечения при усталости (0,68)	10,1%
6 фактор	Темп формирования хронического алкоголизма (0,92) Форма потребления алкоголя до формирования ремиссии (0,70) Форма потребления алкоголя после наступления рецидива (0,96)	9,8%
7 фактор	Влечение ассоциативное (0,94) Уровень критической дозы (0,94)	6,8%
8 фактор	Спонтанно возникающее влечение (0,73) Причина обрыва запоя (0,80)	5,8%
Примечание. % — собственные значения факторов, процентный вклад каждого из них в объяснение общей дисперсии всей клинической картины, пофакторно накопленные (кумулятивные) собственные значения и накопленное количество объясненной факторами общей дисперсии; (*, **) — коэффициент корреляции		

«улучшения» прибегают к алкоголю. При коротких ремиссиях чаще преобладает неустойчивое эмоциональное состояние. Данная совокупность признаков приводит к рецидиву болезни. От пациентов данной группы редко можно услышать сожаление о возобновлении алкоголизации.

Фактор 6. Короткие ремиссии способствуют замедлению течения болезни, однако в сравнении с длительными видны значительные различия. За короткие сроки отказа от спиртного симптоматики, характерная для хронического алкоголизма, возвращается тут же с возобновлением алкоголизации, и больные возвращаются к прежней форме потребления спиртного.

Фактор 7. Рецидив у данной группы больных может возникнуть при актуализации ассоциативного влечения. Однако, как было сказано выше, за короткие сроки воздержания симптоматики, характерная для алкоголизма, быстро возвращается, с началом ал-

коголизации уровень критической дозы достаточно низкий, в силу чего сразу же возникает рецидив.

Фактор 8. Спонтанное влечение является одним из определяющих факторов в возникновении рецидива. По мнению части пациентов, рецидиву способствовало резкое, ничем не обусловленное влечение к алкоголю, которое в силу легкой доступности спиртного реализовывалось в кратчайшие сроки.

В ходе проведенного факторного анализа, у больных с короткими и длительными ремиссиями, были выявлены существенные различия основных признаков, способствующих возникновению рецидива. В табл. 2 указаны факторы, влияющие на возникновение рецидива при длительных ремиссиях. К числу самых существенных факторов, которые вели к рецидиву при длительных ремиссиях, следует отнести следующие: недооценка некоторыми больными роли лечения и переоценка ими своих сил и возможностей, недостаточно критическая оценка своего болезненно-

Таблица 2

Факторы, влияющие на возникновение рецидива при длительных ремиссиях

Порядковый номер фактора	Предметное содержательное клиническое объяснение фактора	Вклад фактора, %
1 фактор	Возобновление приема алкоголя после истечения срока "действия" психотерапевтической методики (0,69) Возвращение в мыслях к периоду потребления алкоголя (0,62) Выраженность влечения в ремиссии (0,67) Длительность запоя (0,66) Беспричинные изменения психического состояния во время ремиссии (0,78) Влечение осознанное (0,80) Сновидения на алкогольную тему (0,66) Влечение после психической травмы (0,65) Первичное влечение при рецидиве (0,69) Изменение настроения при актуализации влечения (0,79) Отношение к рецидиву (0,60) ОААС (0,60)	21,6%
2 фактор	Алкогольная анозогнозия (0,92) Длительность контролируемого пьянства после начала рецидива (0,60) Влечение ассоциативное (0,73) Уровень толерантности к алкоголю при возникновении рецидива (0,60) Длительность рецидива (0,73) Беспричинные изменения психического состояния перед запоем (0,73) Настроение во время ремиссии (0,73)	15,7%
3 фактор	Форма потребления алкоголя в настоящее время (0,72) Причина обрыва запоя (0,73) Выраженность влечения в ремиссии (0,60) ПОС (0,79)	14,7%
4 фактор	Больные без отягощенной наследственности (0,65) Критическая доза (0,82) Влечение ситуационное (0,76)	11,5%
5 фактор	Уровень полученного образования (-0,79)	9,8%
6 фактор	Темп формирования хронического алкоголизма (0,69) Продолжительность ремиссии (0,69)	7, 8%
7 фактор	Длительность заболевания (0,84)	6,7%
Примечание. % — собственные значения факторов, процентный вклад каждого из них в объяснение общей дисперсии всей клинической картины, пофакторно накопленные (кумулятивные) собственные значения и накопленное количество объясненной факторами общей дисперсии; (*, **) — коэффициент корреляции		

го состояния. Пациенты не осознавали, что страдают хроническим заболеванием, проявления которого быстро обнаруживаются при нарушении режима трезвости, не осознавали тяжесть и характер последствий болезни. Большая часть была не согласна с тем, что они являются больными, страдающими хроническим алкоголизмом. По их мнению, «алкоголиками» можно называть тех, кто снизился в социальном статусе, потерял семью, от кого отвернулись родственники, в частности лица без определенного места жительства. Пациенты с ремиссионным течением заболевания достаточно стабильны относительно социального положения: у большинства не нарушена трудовая адаптация; более того, многие являются руководителями различных подразделений, нет существенных деструкций в семье. Негативные соматические проявления во время рецидива купировались фармакологически, последствия отказа больных от спиртного достаточно быстро нивелировались. Это приводило к ложному восприятию «физического благополучия» и уверенности в выздоровлении. Личностные изменения замечало малое количество обследованных, и заявления родственников об изменении черт характера за годы пьянства воспринимались больными как «придирки». Подпитывали уверенность в выздоровлении и возможности «пить как все» те единичные срывы, во время которых больные удерживались на минимальных дозах. Некритическое отношение больного к своему состоянию, в том числе к неспособности воздержаться от спиртного, провоцировало рецидивы.

Фактор 1. У пациентов с длительными ремиссиями заболевание приобретает иное течение. Несмотря на окончание сроков действия «заключительной методики», пациенты продолжают отказываться от потребления спиртного, их реже посещают мысли, в которых они возвращаются к периоду алкоголизации. Влечение к спиртному отсутствует, а если и появляется, то лишь в присутствии провоцирующих факторов и по выраженности оно не сильное. Они редко видят сны на алкогольную тематику. Эта группа больных легче справляется с психическими нагрузками, они чаще могут возобновить прием спиртного на фоне ровного, спокойного настроения. В отличие от больных с короткими ремиссиями у пациентов с длительными периодами отказа от спиртного во время ремиссии сохраняется стабильное, ровное настроение. С момента последней алкоголизации проходят годы и больные успешно адаптируются к трезвой жизни, формируя новые компании друзей, досуг, пересматривая ценности. Начало алкоголизации начинается не на фоне осознанного непреодолимого влечения, а за счет уверенности в «излечении», что в свою очередь подтверждается факторным анализом (влечение осознанное и первичное). Эти пациенты сообщают, что в

начале алкоголизации первичное влечение не было актуальным, зато со вторичным влечением к спиртному бороться было невозможно, из-за чего и наступал рецидив. При возникновении рецидива длительность запоя становится длительной. За счет регрессии во время ремиссии симптоматики алкоголизма больные вначале имеют возможность контролировать потребление алкоголя. Выпивая каждый день небольшие дозы спиртного, они уверены, что никогда не вернуться к запойному пьянству. Впоследствии больные с сожалением говорят о возникшем рецидиве.

Фактор 2. Отсутствие критики к заболеванию, полная уверенность в возможности контролировать дозу алкоголя и «во время остановиться» является одним из факторов, провоцирующих рецидив. Отмечается развитие рецидива в условиях застолья, в «алкогольных ситуациях», но особенно при сочетании влечения с утратой контроля и превышением критической дозы. Многие пациенты уверяют, что если бы они не оказались в компании пьющих, возобновления пьянства удалось бы избежать. Значимым и одним из определяющих факторов является эмоциональное состояние больных во время отказа от спиртного. Ровное, стабильное настроение положительно сказывается на продолжительности ремиссии. Аффективные колебания способствуют рецидиву заболевания. Влечение актуализируется в ситуациях, которые ассоциируются с потреблением спиртного. Значимым и одним из определяющих факторов является эмоциональное состояние во время отказа от спиртного. Ровное, стабильное настроение положительно сказывается на продолжительности ремиссии. В свою очередь аффективные колебания способствуют рецидиву заболевания, а также удлинению периода пьянства.

Фактор 3. В вышеописанных факторах не раз упоминалось об отсутствии патологического влечения, если же оно актуализировалось, то интенсивность его была незначительной. Психоорганическая симптоматика у этой группы больных обусловлена не только хронической алкогольной интоксикацией, но и возрастными изменениями (группа больных с длительными ремиссиями значительно старше по возрасту). Чаще эта группа пациентов прекращает алкоголизацию в связи с определенными социальными обстоятельствами.

Фактор 4. Чем больше срывов во время ремиссии, тем больше пациент уверяется в том, что теперь он сможет контролировать прием спиртного. Эта уверенность способствует в одной из ситуаций потере контроля над количеством выпитого. Превышение дозы потребляемого алкоголя способствует возникновению запоя.

Фактор 5. Уровень полученного образования, социального статуса являются одними из причин, спо-

собных удерживать больного от возобновления алкоголизации.

Фактор 6 — Фактор 7. Темп формирования хронического алкоголизма. Чем дольше формируется хронический алкоголизм и чем позже пациенты прибегают к злоупотреблению алкоголем, тем легче протекает заболевание. В свою очередь, ранняя алкоголизация приводит к более прогрессивному течению болезни и укорочению периодов отказа от спиртного.

Таким образом, удалось установить наличие множества факторов, способствующих наступлению рецидива алкоголизма.

Выводы

1. Первичное патологическое влечение к опьянению, спонтанное или актуализирующееся под влиянием различных причин, постоянно сохраняющееся или периодически возникающее во время ремиссии у больных с короткими ремиссиями значительно выраженнее, чем у пациентов с длительными сроками воздержания от спиртного. Слабая выраженность первичного патологического влечения во время ремиссии сама по себе не предотвращает наступления рецидива. Возникновению рецидива способствует ряд обстоятельств, в том числе появившаяся надежда или уверенность в возможности контролировать сколь угодно долго потребляемую дозу алкоголя. В основе представления о наступившем после длительной ремиссии выздоровлении лежит частичная или полная анозогнозия.

3. Возникновение беспричинных или частично обусловленных внешними обстоятельствами аффективных нарушений, периодически возникающая раздражительность, дисфория, подавленность — способствуют сокращению длительности ремиссии. Чем реже возникают колебания настроения во время ремиссии, тем продолжительнее период воздержания от потребления алкоголя.

4. При длительных ремиссиях отмечается достаточно высокий уровень социальной адаптации и личностной сохранности. Благодаря личностной сохранности больным удается отказываться от потребления алкоголя в определенной ситуации (наличие ситуационного контроля).

5. У пациентов с длительными сроками воздержания существует достоверная взаимосвязь между возрастом возникновения основных симптомов ремиссионно протекающего алкоголизма. Это отражает закономерности формирования и течения алкоголизма, характеризующегося возникновением ремиссий и достаточно высоким уровнем социальной адаптации.

6. При возникновении коротких ремиссий у больных сформировано недоверие к «заключительной» терапевтической процедуре, исключающей потребление

алкоголя, отмечается достаточно частая семейная отягощенность алкоголизмом.

7. Для продолжительных ремиссий характерны следующие особенности: ровное, спокойное эмоциональное состояние, отсутствие беспричинных колебаний настроения, отсутствие или легкая степень выраженности влечения во время ремиссии, доверие к «заключительной» терапевтической процедуре, исключающей потребление алкоголя в течение оговоренного срока, а также после его истечения.

Список литературы

1. Авербах Я.К. К вопросу профилактики рецидивов алкоголизма. Вопросы экзогенных и органических нервно-психических расстройств. — М., 1964. — Вып. 2. — С. 5.
2. Авербах Я.К. К вопросу о рецидивах алкогольной болезни. Вопросы профилактики и лечения алкоголизма и алкогольных заболеваний: Тезисы. — М., 1960. — С. 57—58.
3. Александрова Н.В. Спонтанные и длительные терапевтические ремиссии при алкоголизме: Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — М., 1985. — С. 10—12.
4. Бриль-Крамер К.М. О запое и о лечении онго. — М., 1819. — 197 с.
5. Гребенник В.С. Причины рецидивов алкоголизма и организационные системы коллективной терапии: Дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — М., 1973. — 12 с.
6. Егоров В.Ф. О состоянии наркологической службы в России и проблемах ее совершенствования // Вопросы наркологии. — 1997. — №1. — С. 10—14.
7. Жислин С.Г. Об алкогольных расстройствах. Клинические исследования. — Воронеж: Коммуна, 1935. — 139 с.
8. Кошкина Е.А. Эпидемиологические исследования в наркологии // Лекции по клинической наркологии / Под ред. Н.Н. Иванца. — М.: Российский благотворительный фонд «Нет алкоголизму и наркомании», 1995. — 216 с.
9. Кошкина Е.А., Шамота А.З., Корчагина Г.А., Вышинский К.В. и др. Методы изучения распространенности потребления психоактивных веществ, среди различных групп населения: Пособие для врачей психиатров-наркологов. — М.: ИЧП Агентство Пресса, Оренбург, 1997. — 82 с.
10. Куприянов А.Т. Профилактика и купирование рецидивов хронического алкоголизма в условиях диспансера: Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — М., 1975. — 10 с.
11. Лукомский И.И. Лечение хронического алкоголизма. — М., 1960. — С. 3—95.
12. Лапинский Э.И. К патогенезу влечения и механизмов рецидивов хронического алкоголизма // Алкоголизм и некоторые другие интокс. заболевания нервной системы и псих. сферы. — Ташкент, 1972. — С. 3—5.
13. Либих С.С. Актуальные вопросы профилактики рецидивов алкоголизма: Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — Л., 1963. — С. 5—7.
14. Немцов А.В. Потребление алкоголя и смертность в России // Социологические исследования. — 1997. — №9. — С. 113—116.
15. Морозов Г.В. Руководство по психиатрии. В 2-х т. — М., 1988. Т. 2. — 640 с.
16. Портнов А.А. Хронический алкоголизм или алкогольная болезнь // Алкоголизм: Сборник. — М., 1959. — 448 с.
17. Пятницкая И.Н. Клиническая наркология. — Л., 1975. — 332 с.
18. Энтин Г.М. Лечение алкоголизма. — М.: Медицина, 1990. — 416 с.
19. Foster J.H., Marshall E.J., Hooper R., Peters T.J. Quality of Life measures in alcohol dependent subjects and changes with abstinence and continued heavy drinking // Addict. Biol. — 1998. — Vol. 3. — P. 321—332.

20. Foster J.H., Marshall E.J., Peters T.J. Quality of Life measures and outcome in alcohol-dependent men and women // *Alcohol*. — 2000. — Vol. 22, №1. — P. 45—52.

21. Richter D., Venzke A., Settlemayer J., Reker. High rates of inpatient readmissions of alcohol addicted patients — heavy users or chronically ill patients? // *Psychiatr. Prax.* — 2002. — Vol. 29, №7. — P. 364—368.

22. Tivis L.J., Branst E.N.Jr. Alcohol consumption among the elderly: dispelling the myths // *J. Okla State Med. Ass.* — 2000. — Vol. 93, №7. — P. 275—284.

23. Wetterling T., Veltrup C., John U., Driessen M. Late onset alcoholism // *Eur. Psychiat.* — 2003. — Vol. 18, №3. — P. 112—118.

24. Zimberg S. Diagnosis and treatment of the elderly alcoholic // *Alcohol Clin. Exp. Res.* — 1978. — №2. — P. 27—29.

ROLE OF FACTORS WHICH CONTRIBUTE TO RELAPSE IN ALCOHOLIC PATIENTS WITH SHORT-TERM AND LONG-TERM REMISSIONS

MELIKSETIAN A.S.

junior researcher, Department of mental disorders, complicated by substance abuse,
Moscow Research Institute of Psychiatry, e-mail: anait_meliksetyan@mail.ru

The article analyzes the factors that cause craving and provoke relapses in alcoholic patients with short-term and long-term remissions. The same patients report different causes that contribute to relapse on different stages of remission. None of the patients has indicated a single provoking factor leading to relapse. In most cases it is possible to reveal two or more factors that contribute to relapse.

Некоторые клинические взгляды на психосексуальность патологических азартных игроков с позиции психоанализа

АВТОНОМОВ Д.А.

медицинский (клинический) психолог, наркологический диспансер №12 УЗ ЮЗАО г.Москвы,
117449, Москва ул. Шверника, 10А, тел.: 8(499)126-25-01. факс: 8(499)126-10-64,
e-mail: nan@nan.ru

На пяти клинических примерах продемонстрированы некоторые особенности психосексуальности патологических азартных игроков. Показано, что для некоторых игроков акт игры выступает как суррогатное сексуальное возбуждение. Игровой экстаз вступает в соперничество с естественной формой сексуального удовлетворения и становится для переживающего его индивидуума более ценным в сравнении с удовольствием эротическим. Сексуальная жизнь патологических игроков в процессе формирования зависимости начинает редуцироваться и замещаться игровой активностью.

Ключевые слова: патологическая склонность к азартным играм, клинические примеры, психосексуальность, психоанализ

Введение

Исторически первые описания болезненной страсти к игре были даны не врачами или учеными, а литераторами и во многом на основании собственного опыта. Достаточно упомянуть Ф.М. Достоевского с его самым «автобиографическим» произведением «Игрок». Он подробно, последовательно описал становление, динамику и прогрессирование зависимости от игры в рулетку. Немаловажно упоминание того факта, что в романе «Игрок» игровая зависимость у главного героя формируется и разворачивается на фоне глубокой сексуальной фрустрации, неудовлетворенности, соперничества, отвержения, «любовного треугольника» — неразделенной любви и страсти. Будучи гениальным писателем, Ф.М. Достоевский глубинно исследовал и описал субъективный внутренний мир, страсти и желания, бурлящие в душе и теле азартного игрока. Он показал, какие инфантильные иллюзии игрок питает, как глупо и расточительно обращается с долгожданным огромным выигрышем, который, к немалому удивлению, не делает его богатым, счастливым и любимым. В финале романа Ф.М. Достоевский показывает, что главный герой оставляет объект (объекты) своей любви и вытесняет свой эротический интерес, замещающий его страстью к игре [4].

Современные исследователи игровой зависимости делают акцент на диагностике у пациентов-игроков наследственной отягощенности, аффективных и тревожных расстройств, симптомов химической зависимости, обсессивно-компульсивного расстройства, признаков синдрома дефицита внимания с гиперактивностью (в анамнезе) и различных нарушений личности [10—14, 16, 17]. Тема сексуальности пациентов преимущественно рассматривается через призму

гендерной проблематики — в контексте преобладания среди пациентов зависимых от игры лиц мужского пола [15, 19].

Некоторые авторы, в частности А.О. Бухановский с коллегами, указывали, что среди патологических игроков: «...преобладали пациенты со средней и средне-слабой половой конституцией», у которых отмечалась «редукция романтической стадии в психосексуальном развитии» [3]. Данные авторы рассматривали выявленные особенности половой конституции игроков как один из факторов риска формирования патологического гемблинга. Другие исследователи выявляли у пациентов параллельно игровой аддикции признаки сексуальной зависимости (компульсивного сексуального поведения) [17]. В целом, следует отметить, что тема психосексуальности игроков, взаимосвязь сексуальной активности пациентов и игры описаны неполно. Между тем, конфликты вокруг сексуальности психоаналитически-ориентированные авторы традиционно рассматривают как центральные в этиологии и патогенезе игровой зависимости [1, 7, 8].

Целью настоящего исследования стало на клинических примерах из нашей практики продемонстрировать, описать и осмыслить некоторые особенности (аспекты) психосексуальности (сексуальных паттернов и взаимосвязи игры и сексуальной активности) у патологических азартных игроков.

Пациенты и методы исследования

Выборка пациентов

Изученную выборку составляли пациенты, первично обратившиеся в Центр лечения и профилактики игровой зависимости при НД №12 УЗ ЮЗАО г.Москвы из-за проблем с азартными играми в период с

03.04.2007 по 09.10.2009 г. Нами в качестве примера были отобраны 5 пациентов с диагнозом, верифицированным врачом психиатром-наркологом: *патологическая склонность к азартным играм (F63.0)* — 4 мужчины (80%) и 1 женщина (20%). Врач, обследовавший пациентов, не выявил у них каких-либо психотических расстройств. Возраст пациентов от 35 до 42 лет. Средний возраст составил 38,4 года ($\pm 2,88$). Все пациенты дали согласие на исследование и последующую реабилитацию в амбулаторной реабилитационной программе «Вне Игры» [2].

Методы исследования

Основными методами были клинико-анамнестический и клинико-феноменологический. Феноменология — это изучение опыта [6]. Мы тщательно проясняли субъективные психические переживания пациентов, связанные с опытом азартных игр и сексуальности. Со всеми пациентами был установлен хороший контакт, им гарантировались конфиденциальность и анонимность. Место и способы проведения беседы способствовали получению правдивых и полных ответов.

Результаты исследования и их обсуждение

Клинический пример №1

Пациентка А. 40 лет, образование высшее экономическое, частный предприниматель, мать двоих детей, разведена, пристрастилась к игре в рулетку. Общий игровой стаж равен 6 годам. После «игрового запоя», длившегося больше недели, напоминающего, по ее описанию, маниакальный эпизод, во время которого, она фактически спала не более 2 ч в сутки (причем преимущественно во время поездок на такси). Почти ничего не ела, пила кофе литрами и выкуривала по 2—3 пачки сигарет в сутки. Она, курсируя из одного казино в другое, играла по сумасшедшим ставкам сначала на свои личные деньги, а ближе к финалу — на деньги фирмы. Пациентка А. своим поведением вводила в недоумение сотрудников игорных заведений, которые, отработав свою смену и отдохнув дома в свои выходные и вернувшись на работу, находили ее, продолжающую сидеть за игровым столом, играющую, как ни в чем не бывало.

После окончания запойного игрового эпизода, стоившего ей развалом ее бизнеса и окончательным крахом ее семейной жизни (разводом), пациентка «закодировалась» от игры в казино у частного врача. После подобной «кодировки» она сказала себе, что игры в казино больше не для нее. Пациентка А. решила, что теперь она будет играть в игровые автоматы, размер ставок в которых существенно меньше. Перепробовав массу разнообразных игровых автоматов, она остановила свой выбор на слот-машинах, чей визуальный ряд на крутящихся барабанах представ-

лял собой изображения мультипликационных героев и символов, весьма инфантильных по содержанию. Игра на таких автоматах, помимо вращения перед глазами чрезвычайно примитивных «мультишных» образов, сопровождалась соответствующей «детской» музыкой. По словам пациентки, игра в такие автоматы (а она играла практически каждый день) доставляла ей ни с чем не сравнимое удовольствие. Играя, она возбуждалась сексуально, у нее возникала сухость во рту, эрекция сосков и увлажнение влагалища. После игры она хорошо себя чувствовала, у нее улучшалось настроение, тревоги и заботы уходили на задний план.

В приведенном выше клиническом примере из нашей практики видно, что азартная игра сама по себе стала для пациентки А. непосредственным способом получения эротического удовольствия. В своей работе «Достоевский и отцеубийство» профессор Зигмунд Фрейд обращает свое внимание на небольшой рассказ Стефана Цвейга «Двадцать четыре часа из жизни женщины» [8]. В нем рано овдовевшая женщина, мать двух сыновей, оказывается в казино, где ее внимание привлекают руки юноши-игрока, который проигрывает все и уходит из игорного дома с намерением покончить жизнь самоубийством. Она следует за ним, соблазняет его, дает ему деньги, берет с него слово не играть и уехать из города. На следующий день они расстаются. Затем, вернувшись в казино, она обнаруживает там этого молодого человека, как ни в чем ни бывало продолжающего играть. Она с возмущением напоминает ему о данной ей клятве. Он же в ответ с ненавистью швыряет ей деньги, выговаривая за то, что она сорвала ему игру. Расстроенная она уезжает из города, впоследствии узнав, что юноша все же покончил с собой. З. Фрейд обращает внимание на то, что молодой человек «губит себя собственными руками», и дает следующую интерпретацию зависимости от участия в азартных играх: «Грех» онанизма *замещается* (выделено нами) пороком страсти к игре... Непреодолимость этого соблазна, искренние и никогда не сдерживаемые клятвы никогда больше не делать этого, дурманные головы наслаждение и мучающая нас совесть, которая нашептывает, что мы будто бы губим себя сами (самоубийство), — все это при замене онанизма игрой остается неизменным» [8]. Азартная игра, согласно З. Фрейду, выступает как симптом, посредством которого индивидуум аутоэротически удовлетворяет свои сексуальные импульсы.

Конфликт вокруг игры психоаналитиками рассматривался как «новое издание» детской и подростковой мастурбации у взрослого индивидуума, в котором акт игры выступает как суррогатное сексуальное возбуждение. О. Фенихель в своем труде «Пси-

хоаналитическая теория неврозоз» писал: «Занятия мастурбацией тоже представляют собой своеобразную игру, и в этом ее сходство с азартными играми. Психологическая функция игры состоит в избавлении от крайнего напряжения посредством его повторения или предвосхищения в произвольно избранных степени и времени. В детстве и подростковом возрасте мастурбация — в известном смысле, игра сексуальным возбуждением, знакомство *эго* с этим возбуждением и обучение его контролировать» [7].

Для некоторых игроков азартная игра становится способом получения предвозбуждения, формой «предварительных ласк», условием реализации сексуальности.

Клинический пример №2.

Пациент В., 39 лет, образование среднее, занимает должность управляющего крупным бизнесом, женат, имеет дочь-подростка. На протяжении последних пяти лет играл исключительно в рулетку в крупных и престижных московских казино. Частота игры в последний год 1—2 раза в неделю. Если, играя, пациент В. выигрывал, то тут же возбуждался сексуально и выигранные деньги тратил на разгул с проститутками. Пациент В. в этот момент хотел получить все по «высшему разряду» и не останавливался ни перед чем, потакая всем своим порокам и слабостям. Он брал такси и вез жриц любви в гостиницу или сауну, алкоголизировался, зачастую отмечая, что обычные дозы алкоголя его «не берут». Часто вместе со своим другом-игроком после игры в рулетку пациент ударялся в кутеж, который иногда продолжался сутками, во время которого он отчаянно пытался наконец-то разрядить сексуальное возбуждение и получить нарциссическое удовлетворение от своей потенции. В этот момент он был готов следовать любому своему побуждению или минутному порыву. Его совесть в этот момент позволяла ему абсолютно все. Не было никаких границ и ограничений, любая его прихоть должна была тут же удовлетворяться. Пациент В. забывал о своих планах, обещаниях, обязательствах перед другими людьми и своей семьей, которых часто даже не соизволял предупредить о своем исчезновении. После завершения подобного эпизода пациент чувствовал разочарование, опустошение, досаду и свою вину, но, что немаловажно, не принимал каких-либо шагов, чтобы положить конец подобной практике.

Необходимо также отметить, что если пациент В. проигрывал, то он, испытывая чувство досады и разочарования, возвращался домой, где его ждала жена. В этом случае он не отмечал у себя ни сексуальных фантазий, ни сексуальных желаний.

В описанном примере показано, что успешная азартная игра стала для пациента В. способом полу-

чения предварительного возбуждения, своеобразной формой «предварительных ласк». В работе «Экономическая проблема мазохизма» З. Фрейд указывал: «В серии ощущений, связанных с напряжением..., имеются приносящие удовольствие напряжения и приносящие неудовольствие спады напряжения. Состояние сексуального возбуждения — яркий пример подобного связанного с удовольствием увеличения раздражения, но, конечно же, не единственный» [9]. Само по себе это предварительное возбуждение не дает разрядки — напротив, оно ведет к еще большему нарастанию напряжения, создает и готовит почву для последующего сброса напряжения через оргазм. Однако для некоторых субъектов, в отличие, например, от пациента В., для которого именно выигрыш в игре являлся непосредственным условием реализации его сексуальности, таким условием является исключительно проигрыш.

Клинический пример №3.

Пациент С. 36 лет, образование среднее, частный предприниматель, женат, имеет сына-подростка. Общий стаж игры больше 10 лет, играет исключительно в карточные игры 2—3 раза в неделю. На протяжении многих лет он считал себя «профессиональным игроком в покер». Подобное убеждение мешало пациенту соотносить свои фантазии относительно своего «профессионализма» с фактами. Из-за игры и многочисленных и регулярных проигрышей он многократно влезал в крупные долги, закладывал имущество и продавал свой автомобиль. После череды крупных проигрышей пациент С. принимал «окончательное решение» бросить играть. Однако отказ от игры продолжался недолго. Воздерживаясь от игры от нескольких недель до нескольких месяцев, пациент С., «окрыленный успехом», быстро убеждал себя в том, что он может вернуться к игре и «играть нечасто и по маленькой ставке». Все вскоре возвращалось на круги своя, так как, с его слов: «играть по маленькой ставке оказывалось совсем не интересно». Финансовый крах, преследование обманутых им кредиторов, огромные долги, вынужденная продажа собственного бизнеса, 3-комнатной квартиры в Москве не поколебали убежденности пациента в своем «профессионализме». Только угроза развода со стороны жены заставила его приступить к лечению и дать ей торжественную клятву, что он больше никогда не будет играть. Пациент С. «покаялся» перед своей женой, рассказав ей, впервые в жизни, об истинных масштабах своих финансовых проблем. И будучи предприимчивым человеком, быстро убедил ее продать принадлежащее ей недвижимое имущество (полученное по наследству от родителей), чтобы он смог без проблем рассчитаться с долгами. Когда пациент С. играл, у него сложился определенный характерный

паттерн. Если он проигрывал (а это было регулярно), после короткого эпизода разочарования из-за потери денег и неудачи у него возникало сильное сексуальное влечение к своей жене. Прямо из казино пациент мчался домой, чтобы заняться с ней сексом. После многократных соитий пациент С. чувствовал себя удовлетворенным, очень гордым за свою потенцию и свою способность доставлять жене удовольствие и мгновенно забывал о своем проигрыше.

Можно предположить, что сексуальная активность пациента С. носила отчетливо защитный характер и помогала ему восстанавливать его рухнувшую самооценку «профессионального игрока в покер». Ритуальный (компульсивный) сексуальный акт избавлял его от чувства вины перед женой за игру, хроническую ложь и то, каким образом он распоряжается семейным бюджетом. При этом пациент С. очень гордился своими сексуальными способностями, считал их проявлением мужественности и представлял нам свое сексуальное поведение как одно из своих несомненных достоинств.

Сексуальная жизнь некоторых игроков в процессе формирования зависимости зачастую начинает редуцироваться, разрушаться и замещаться игровой активностью. Постепенно их сексуальность становится выхолащенной, обесцененной и иногда вообще сводится к нулю.

Клинический пример №4.

Пациент Д. 35 лет, образование среднее специальное, менеджер по продажам, проживает с матерью, есть сын от первого брака, судьбой которого он не интересуется. Играет в игровые автоматы, изредка в рулетку. Общий стаж игры 17 лет. Неоднократно пытался прекратить играть, посещал группы самопомощи «Анонимных Игроков», лежал в коммерческих реабилитационных центрах, но без особого результата. После совершенной из-за игровых долгов суицидальной попытки в 2006 г. он оказался на лечении в городской психиатрической больнице. Выписавшись, пациент продолжил играть. Последний год, предшествующий обращению к нам за помощью, он играл ежедневно. Пациент Д. очень любопытен, импульсивен и высокомерен, склонен к переоценке своих интеллектуальных способностей (весьма ограниченных по факту). Он был убежден в своем превосходстве над обычными людьми, особенно над не игроками. Быть игроком для пациента означало принадлежать к особой, избранной касте посвященных в некую тайну. Пациент Д. пытался преподнести себя нам чуть ли не жителем Гессевской Касталии, страны интеллектуалов и духовной элиты — «магистров игры». Он с ноткой презрения отзывался о прочих людях, особенно о «всякой швали типа алкоголиков или наркоманов», что, однако, совершенно не мешало ему систематически алкоголизи-

роваться и употреблять нелегальные наркотические средства. Играя в азартные игры, пациент Д. чувствовал нарастающий интерес к ним и забывал обо всем на свете. Он искренне полагал, что, играя в азартные игры, он развивает свой интеллект, математические способности и становится более рациональным. Пациент Д. очень полагался на свой интеллект, что не мешало ему совершать очевидные просчеты и грубые логические ошибки. Когда его гражданская жена с возмущением указала ему, что у них в последний месяц не было секса, то пациент очень удивился и не поверил ей, пообещав, что непременно займется с ней сексом «завтра», что, разумеется, не было им сделано. Сексуальные фантазии пациента Д. постепенно, по мере усиления включенности в игры, становились все более бедными, интерес к противоположному полу прогрессивно уменьшался. Пациент перестал заниматься сексом и мастурбировать, к нему снова вернулись поллюции. Весь его интерес отныне сосредоточился на играх, обстоятельствах с ними связанных, розыгрышах, фантазировании на темы «бонусов», «особых комбинациях», «везении», «удаче», «особой системе», и о том, как прекрасна будет жизнь после получения «большого куша» и т.д. Расставание с гражданской женой (с которой он прожил 5 лет), со слов пациента, «прошло для него совсем незаметно». Он преспокойно вернулся к матери, очень обрадованный тем фактом, что не надо больше платить за аренду квартиры и питание. Он был очень рад тому, что сэкономленные деньги он мог тратить на финансирование игры. Никаких проблем в отсутствии у него сексуальной жизни пациент Д. не видел. Напротив, он считал это отсутствием своим достоинством и преимуществом и полагал, что он стал еще лучше благодаря этому отказу.

Шандор Радо (1926 г.), исследуя аддикции, описал желание субъекта непосредственно получить опьяняющий эффект — «фармакотоксический оргазм» — удовольствие, моделью которого является оргазм сексуальный. Искусственный «фармакотоксический оргазм» вступает в соперничество с естественной формой сексуального удовлетворения и имеет для переживающего его индивидуума преимущество в сравнении с удовольствием эротическим [5]. Возбуждение от неустанной и безостановочной игровой деятельности, иногда доходящее до полного психического и физического истощения, которое воспроизводит игрок в игровом зале, становится особой формой получения удовольствия. Для подобных состояний психиатр-психоаналитик Жак Лакан (1960 г.) ввел термин *наслаждение* (jouissance) [18]. Jouissance — особая форма психического функционирования, связанная с сексуальностью, которая, однако, отлична от удовольствия. Зачастую игроки убирают со сцены сексуальную жизнь, заменяя ее игровой активностью.

Клинический пример №5.

Пациент Е., 42 года, образование среднее специальное, работает строителем, подрабатывает частным извозом, арендует комнату в паре с другим рабочим. Разведен, есть взрослая дочь. Игрок на игровых автоматах, стаж игры 7 лет. Играет, преимущественно, в одном и том же игровом зале, находящемся в шаговой доступности от дома, где является постоянным клиентом. Последний год, предшествующий обращению к нам, пациент играл с частотой 2—3 раза в неделю. Пациент Е. был очень горд тем фактом, что он имеет «Почетную золотую карточку гостя», имеет «привилегии VIP-игрока» и тем, что персонал игрового клуба знает его в лицо и даже по имени. Приходя в клуб играть, у пациента Е. возникало ощущение, что он пришел к себе домой. Его сексуальная жизнь на протяжении последних нескольких лет сводилась к эпизодической (1 раз в месяц) мастурбации. Не будучи гомосексуальным, тем не менее, не искал встреч и отношений с женщинами, а свою асексуальность объяснял чисто экономическими причинами. Он полагал, что всем женщинам от него нужны лишь деньги и подарки. Утверждал, что он знает, «как лучше распоряжаться деньгами», имея в виду, что лучше тратить их на азартные игры. Он был склонен рассуждать на тему женской нечестности и непостоянства, противопоставляя этим качествам, которые он приписывал всем без исключения женщинам, понятные и ясные правила проведения так называемых «честных игр». Пациент Е. находил игры более удовлетворяющими, чем сексуальные отношения, от которых, по его словам, «у него были одни лишь неприятности и проблемы». Пациент Е. был склонен к постоянству и предпочитал играть на одном и том же игровом автомате, который называл «своим». Он вскоре пришел к убеждению, что этот конкретный игровой автомат является «особенным». Постепенно пациент начал испытывать к этой слот-машине самые разнообразные чувства. Его чувства были весьма интенсивны и амбивалентны, для них были характерны переходы от любви к ненависти которые зачастую были весьма резки. После серии игровых поражений, попыток взять игру под контроль, финансового краха пациент обратился к нам за профессиональной помощью и решил пройти программу реабилитации. Однажды, будучи на занятии группы, состоявшей из таких же азартных игроков, как и он, пациент Е. выслушал признание другого игрока о его «романе с автоматом». Выслушав его историю, пациент Е. очень огорчился и сказал, что он начал думать (а они часто играли в одном и том же игровом клубе), «не с его ли любимым автоматом был «роман» у того игрока». Пациент вспомнил, что когда он играл, то не выносил ситуацию когда он заставлял за своим «любимым иг-

ровым автоматом» другого игрока. Зачастую он разворачивался на 180 градусов и, по его словам, «в отместку» (из ревности?) шел играть в другое место с явным намерением «назло проиграть побольше».

Как указывал З. Фрейд, «...даже саморазрушение личности не может происходить без либидинозного удовлетворения» [9]. Заслуга Фрейда состоит в том, что он показал: субъект стремится к удовольствию даже в том случае, когда постороннему наблюдателю кажется иначе. Субъект, причиняя себе страдание, лишь отчаянно ищет удовольствия при помощи неудовольствия.

Заключение

В данной работе на клинических примерах мы показали некоторые особенности психосексуальности патологических азартных игроков. Мы продемонстрировали взаимосвязь сексуальной активности пациентов и акта игры. Зависимость от азартных игр в работах З. Фрейда и О. Фенихеля рассматривается через призму регрессии как «новое издание» детской и подростковой мастурбации у взрослого индивидуума, в котором акт игры выступает как суррогатное сексуальное возбуждение. Для некоторых игроков азартная игра становится способом получения предвозбуждения, формой «предварительных ласк», условием секса. Сексуальность субъекта становится подчиненной определенным внешним обстоятельствам — или самим актом игры или ее результатом (итогом).

Мы показали на клинических примерах, как сексуальная жизнь игроков в процессе формирования зависимости начинает редуцироваться и замещаться игровой активностью. Игровой экстаз вступает в соперничество с естественной формой сексуального удовлетворения и становится для переживающего его индивидуума более ценным в сравнении с удовольствием эротическим.

Идя в игровое заведение, патологический игрок думает (убеждает себя), что он идет туда за деньгами, при этом по факту он несет свои наличные деньги в казино. Зачастую игрок убежден, что он играет «ради денег и выигрыша», а продолжает играть, чтобы «отдать долги». При этом игнорируя тот факт, что заработанные им деньги тратятся только на игру, равно как и выигранные в результате игры деньги также идут исключительно на продолжение его участия в дальнейших играх. То есть, «выигрыш» никоим образом не решает его финансовые проблемы. Мы полагаем, что патологические игроки играют не ради денег (результата), а ради непосредственного получения наслаждения (процесса). Страх перед этим «ужасным», неконтролируемым наслаждением заставляет игроков рационализировать свои мотивы,

представляя себя жертвами долговых проблем, а не страстными и наслаждающимися субъектами.

Данные о психосексуальности патологических игроков могут позволить понять, что происходит с пациентами, зависимыми от участия в азартных играх, а также лучше прояснить их мотивы и побуждения. Это может помочь специалисту в психотерапевтической и реабилитационной работе и может использоваться для оптимизации процесса психотерапии с данной категорией лиц.

Список литературы

1. Автономов Д.А. О психоаналитическом понимании этиологии, патогенеза и клинической картины зависимости от азартных игр (З. Фрейд, О. Фенихель) // Независимый психиатрический журнал. — 2009. — №IV. — С. 80—87.
2. Автономов Д.А., Беляева О.В., Герасимов Р.В., Плющева О.А. // Вне игры. Сборник материалов, отражающий опыт работы центра реабилитации и профилактики зависимости от азартных игр. — М.: РБФ НАН, 2008. — 156 с.
3. Бухановский А.О., Солдаткин В.А., Баранова И.В. Факторы предрасположения к патологическому гемблингу. // Журнал неврологии и психиатрии им. Корсакова. — 2008. — №10. — С. 20—25.
4. Достоевский Ф.М. Игрок: роман. — М.: АСТ: АСТ МОСКВА: ХРАНИТЕЛЬ, 2008. — 235 с. — (Классическая и современная проза).
5. Радо Ш. Психические эффекты интоксикантов: попытка развить психоаналитическую теорию патологических пристрастий // Психоаналитические концепции наркотической зависимости: Тексты / Сост. и науч. ред. С.Ф. Сироткин. Ижевск: Издательский дом «Удмуртский университет», 2004. — С. 7—29.
6. Райкрофт Ч. Критический словарь психоанализа / Пер. с англ. — СПб.: Восточно-Европейский институт психоанализа, 1995. — 288 с.
7. Фенихель О. Психоаналитическая терапия неврозов. — М.: Академический проект, 2004. — 848 с.
8. Фрейд З. Достоевский и отцеубийство // Интерес к психоанализу: Сборник / Пер. с нем. / Худ. обл. М.В. Дарко. — Мн.: ООО «Попурри», 2004. — С. 108—131.
9. Фрейд З. Экономическая проблема мазохизма // Психология бессознательного / Пер. с нем. Собрание сочинений в X томах. Т. III. — М.: ООО «Фирма СТД», 2006. — С. 447.
10. Becona E., Del Carmen L.M., Fuentes M.J. Pathological gambling and depression. *Psychological Reports*. — 1996. — Vol. 78. — P. 635—640.
11. Black D.W., Moyer T. Clinical features and psychiatric comorbidity of subjects with pathological gambling behaviour // *Psych. Serv.* — 1998. — Vol. 49, №11. — P. 1434—1439.
12. Crockford D.N., El-Guebaly N. Psychiatric comorbidity in pathological gambling: a critical review // *Canadian Journal of Psychiatry*. — 1998. — №43. — P. 43—50.
13. Cunningham-Williams R.M., Cottler L.B., Compton W.M. et al. Taking chances: problem gamblers and mental health disorders — results from the St. Louis Epidemiological Catchment Area study // *American Journal of Public Health*. — 1998. — Vol. 88. — P. 1093—1096.
14. Grant J.E., Potenza M.N. Pathological gambling // *American Psychiatric Publishing, Inc.*, — 2003. — 270 p.
15. Ibanez A., Blanco C., Moreryra P., Saiz-Ruiz J. Gender differences in pathological gambling // *J. Clin. Psychiatry*. — 2003. — Mar. — Vol. 64, №3. — P. 295—301.
16. Ibanez A., Blanco C., Perez de Castro I., Fernandez-Piqueras J., Saiz-Ruiz J. Genetics of Pathological Gambling // *Journal of Gambling Studies*. — 2003. — Vol. 19, №11. — P. 11—22.
17. Kausch O. Patterns of substance abuse among treatment-seeking pathological gamblers // *Journal of Substance Abuse Treatment*. — 2003. — Vol. 25. — P. 263—270.
18. Lacan J. Subversion du sujet et dialectique du desir dans l'inconscient freudien, *Congres de Royaumont, Ecrits*, Paris: Seuil, 1966.
19. Shaffer H.J., Hall M.N., Vander Bilt J. Estimating the prevalence of disordered gambling behavior in the US and Canada: a research synthesis // *American Journal of Public Health*. — 1999. — №89. — P. 1369—1376.

SOME CLINICAL IDEAS ABOUT PATHOLOGICAL GAMBLERS' PSYCHOSEXUALITY FROM THE PSYCHOANALYTICAL POINT OF VIEW

AVTONOMOV D.A.

medical psychologist, narcological dispensary №12 UZ Moscow UZAO,
Moscow, 117449, 10-A, Shvernika str.; tel.: (499)126-25-01, fax: (499)126-10-64. E-mail: nan@nan.ru

Five clinical examples demonstrate some characteristics of pathological gamblers' psychosexuality. They show that for some gamblers the game represents surrogate sexual excitement. Gambling ecstasy rivals with the natural form of sexual satisfaction and becomes for such individuals more valuable than erotic pleasure. Sexual life of pathological gamblers in the process of addiction formation reduces and gambling activity replaces it.

Key words: pathological addiction to gambling, clinical examples, psychosexuality, psychoanalysis

РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ НАРКОЛОГИИ

Изучение особенностей личности пациентов с зависимостью от психоактивных веществ и степени их активности в длительной амбулаторной программе медико-психо-социальной реабилитации

ПЕСКОВ Б.В.

главный врач ГУЗ «Ульяновская областная клиническая наркологическая больница»,
главный нарколог Ульяновской области, психиатр-нарколог высшей категории

КУЗЬМИНА А.Г.

зав. психологической лабораторией УОКНБ, медицинский психолог высшей категории

МАХМУТОВА Н.Н.

медицинский психолог высшей категории

МЫЛЬНИКОВА О.М.

врач реабилитационной программы, психиатр-нарколог высшей категории

ГУЗ «Ульяновская областная клиническая наркологическая больница»,

г.Ульяновск, ул.Полбина, д.34, тел./факс: 8422 45-15-22; e-mail: uoknb@rambler. ru

В настоящем исследовании мы предлагаем к обсуждению опыт работы с наркологическими пациентами по авторской длительной амбулаторной программе медико-психо-социальной реабилитации для наркологических больных. Программа осуществляется на базе кабинета медико-социальной реабилитации наркологической больницы, где пациенты могут получить анонимную амбулаторную медицинскую, психологическую и социальную поддержку в течение 1 года и более. Методологической основой программы является интегративная психотерапия, применяемая в русле личностно-ориентированной терапии, направленной на осознание зависимого поведения, коррекцию психических и поведенческих расстройств, достижение стабильной ремиссии, формирование реальной жизненной перспективы. В исследовании были проанализированы особенности личности 134 наркологических пациентов с зависимостью от психоактивных веществ (ПАВ), обратившихся для лечения и реабилитации по данной программе. Также была изучена степень активности участия самих пациентов в реабилитационном процессе. Цель настоящего исследования — определить, для какой категории пациентов с химической зависимостью программа наиболее эффективна. Исследование позволило сделать выводы о том, что в процесс длительного амбулаторного лечения и реабилитации в течение 6 мес. и более включались наркологические пациенты, осознавшие необходимость длительных реабилитационных мероприятий, и пациенты с химической зависимостью с сочетанной симптоматикой (алкоголизм и/или наркомания и психические расстройства). Чаще обращались в программу больные с алкогольной зависимостью, но большую степень активности в программе реабилитации в течение полугода проявили пациенты с наркотической зависимостью. Ключевые слова: реабилитация наркологических пациентов, амбулаторная программа, особенности личности, активность участия

Введение

С 2002 г. на базе Ульяновской областной клинической наркологической больницы (УОКНБ) реализуется длительная программа медико-психо-социальной реабилитации наркологических больных в амбулаторных условиях.

Лечение и реабилитация лиц, зависимых от ПАВ, в ГУЗ «Ульяновская областная клиническая наркологическая больница» осуществляется в соответствии с Приказом Минздравсоцразвития РФ №500 от 22.10.2003 г. «Об утверждении протокола ведения больных» «Реабилитация больных наркоманией (Z50.3)», Методическим пособием для врачей Министерства здравоохранения и социального развития РФ «Организационно-правовые и врачебно-этические принципы реабилитации больных», и Стандарта-

ми реабилитации наркологических больных Минздравсоцразвития РФ.

Для осуществления данного вида помощи наркологическим больным сотрудниками УОКНБ на основании 10-летнего опыта работы с лицами, зависимыми от ПАВ, была разработана авторская программа медико-психо-социальной реабилитации наркологических больных в амбулаторных условиях.

Данная программа осуществляется на базе кабинета медико-социальной реабилитации, где пациенты могут получить анонимную амбулаторную наркологическую и психологическую поддержку в период до 1 года и более. Кабинет оснащен компьютером, музыкальным центром, телевизором, что позволяет проводить компьютерную диагностику, осуществлять просмотр профилактических фильмов, проводить занятия арт-терапией. Занятия с пациентами,

проходящими реабилитацию, в основном проводятся в послеобеденное время. В утренние часы кабинет используется для проведения индивидуальных и групповых занятий с пациентами стационарных и амбулаторного отделений УОКНБ.

В программе задействованы: один психиатр-нарколог, 2 психолога, 2 социальных работника.

Цель настоящего исследования — определить, для какой категории пациентов с химической зависимостью программа наиболее эффективна.

При проведении данного исследования были поставлены задачи:

- изучить особенности личности пациентов, участвующих в данной программе;
- проанализировать активность участия в реабилитационном процессе пациентов с разными видами химической зависимости и созависимым поведением в течение года.

Объект и методы исследования

Анализ эффективности реабилитационной программы проводился за период с 2002 по 2009 гг.

За указанный период в УОКНБ первично обратились для участия в длительной (в течение года) реабилитационной программе 134 чел., из них: с алкогольной зависимостью — 64 чел. (47,8% от общего числа участников реабилитационной программы), наркотической зависимостью (преимущественно с зависимостью от опиоидов (героин) — 43 чел. (32%), с полинаркоманией — 10 чел. (7,4%), с наркотической (в ремиссии) и алкогольной зависимостью (наркотической/алкогольной) — 8 чел. (6%), с созависимым поведением — 9 чел. (6,8%).

Основная часть участников программы (около 70%) была направлена врачами психиатрами-наркологами Ульяновской областной клинической наркологической больницы после прохождения курса лечения в стационаре в течение месяца. Остальные пациенты (30%) обратились по направлению врачей амбулаторно-поликлинической службы или самосто-

ятельно. Из числа обратившихся было 86 мужчин, 48 женщин. Уровень образования: 21,6% — высшее, 55,9% — неоконченное высшее или среднее специальное, 22,3% — среднее образование. Средний возраст участников программы составил 26,6 года.

Все участники данной программы проходили экспериментально-психологическое обследование, в результате которого были выявлены: органические нарушения в виде органического фона 20 чел., органический фон и невротическое развитие личности — 7 чел., органические нарушения и патохарактерологическое развитие — 62 чел., патопсихологическое личностно-аномальное расстройство — 37 чел. (истерическое — 4 чел., психастеническое — 6 чел., неустойчивое — 27 чел.), сочетанная симптоматика в виде органического нарушения с судорожным синдромом — 4 чел. Из общего числа пациентов депрессивное расстройство было выявлено у 7 чел., биполярное — у одного пациента, шизофренический патопсихологический симптомокомплекс — у трех пациентов.

Для обработки статистических данных был использован Cochrane Q-test (непараметрический) (таблица).

Краткое описание программы

Методологической основой программы является интегративная психотерапия, применяемая в русле личностно-ориентированной терапии, направленной на осознание зависимого поведения, коррекцию психических и поведенческих расстройств, достижение стабильной ремиссии, формирование реальной жизненной перспективы.

Программа предназначена для зависимых с высоким и средним уровнями реабилитационного потенциала, для лиц, прошедших курс лечения в УОКНБ (в стационаре или амбулаторно), а также созависимых пациентов.

Таблица

Данные анализа активности участия пациентов в реабилитационном процессе

Вид зависимости	Длительность участия в реабилитационном процессе					
	Общее количество пациентов, чел.	В течение месяца (% от числа пациентов данной группы)	В течение 3 мес. (% от числа пациентов данной группы)	В течение 6 мес. (% от числа пациентов данной группы)	В течение года (% от числа пациентов данной группы)	Срыв сразу после начала участия в программе
Наркотическая зависимость	43	19 (44%)	7 (16,2%)	3 (7%)	10 (23,2%)	4 (9,3%)
Алкогольная зависимость	64	25 (39%)	10 (15,6%)	12 (18,7%)	11 (17,1%)	6 (9,3%)
Полинаркомания	10	2 (20%)	4 (40%)	1 (10%)	3 (30%)	0
Наркотическая/алкогольная	8	5 (62%)	0	0	3 (37%)	0
Созависимое поведение	9	3 (34%)	0	0	6 (66%)	0

Основными требованиями к отбору является наличие относительно сохранного социального окружения. Программа опирается на поэтапную комплексную систему, сопровождающую и поддерживающую личностный рост пациента до полного отказа от употребления ПАВ. В программе использована модель Джеймса Прохаски и Карло Ди Клементе «Колесо изменений», ранее используемая в психокоррекционной работе с зависимыми. Модель, объясняющая процесс изменения поведения, включает в себя 5 стадий (обдумывание, решимость, действие, поддержание, рецидив). Форма модели — колесо (круг), точнее спираль, так как в реальности человек проходит через процесс изменений несколько раз перед тем, как достигает стабильности изменений поведения, связанного с употреблением ПАВ [5].

Методы реализации лечебной программы: психологическое обследование, которое проводится с целью выявления личностных особенностей пациентов и уровня реабилитационного потенциала, психологическое консультирование, индивидуальная и групповая психокоррекционная работа, занятия арт-терапией, семейная психотерапия. Для желающих организуются занятия иппотерапией на базе спортивного конного клуба «Кентавр».

Программа обеспечивает преемственность реабилитационной работы в стационарных и амбулаторных условиях, рассчитана на лечебный курс в течение от 1 мес. с последующей поддерживающей терапией для пациентов и их родственников до 1 года и более. В течение первого месяца лечения несколько раз в неделю проводится осмотр врача психиатра-нарколога. При необходимости назначается курс медикаментозного лечения. Выполняются комплексные психологические обследования в начале и конце курса лечения. Три раза в неделю проходят занятия индивидуальной психокоррекционной работой. Ежедневно пациенты участвуют в двух групповых занятиях: арт-терапией и занятиях общей группы, где организуются встречи с выздоравливающими пациентами, имеющими длительные ремиссии. В течение последующих 11 мес. участники еженедельно могут получать консультации врача, психолога, социального работника, а также принимать участие в занятиях общей группы. В программу включена лечебно-педагогическая верховая езда, которая способствует общей комплексной активизации и мобилизации организма — физиологической, мотивационной и психологической.

Для оценки эффективности реабилитационного воздействия все данные о пациенте вписываются в медицинскую карту больного (анамнез, описание физического, неврологического и психического статусов, экспресс-тестов на выявление ПАВ в организме, психологических обследований и т.д.). Фиксируются

темы проведенных занятий, уровень активности пациента в лечебно-групповом процессе, количество часов индивидуальных и групповых форм работы. Оцениваются показатели качества жизни пациентов, воздержание от употребления ПАВ, возобновление функционирования в нормативном окружении.

При прохождении данной реабилитационной программы пациенты остаются в среде обычного социального окружения и одновременно получают новый опыт построения социальных отношений. Перед больными в процессе реабилитации ставится целый ряд требований, позволяющих формировать мотивацию на выздоровление, поддерживать дисциплинированность и ответственность.

Результаты исследования и их обсуждение

Анализ данных таблицы позволяет сделать вывод о том, что пациенты с наркотической зависимостью больше других больных имели мотивацию для прохождения реабилитации в первый месяц лечения (44%). Сохранные больные, как правило, прерывали прохождение программы после частичного восстановления адаптации, возвращения к учебной или трудовой деятельности, восстановления отношений в семье. Пациенты с сочетанной симптоматикой (психическими отклонениями и наркоманией) продолжали наблюдение, решали личные и семейные проблемы. Почти все они имели единичные срывы употребления ПАВ, но продолжали стремиться к трезвости, отмечая повышение качества жизни в период воздержания. Всего 23,2% пациентов данной группы наблюдались в течение года. По данным внутригруппового анализа их активности в течение года в сравнении с первым месяцем участия $Q = 9,000000$, $df = 1$, $p < 0,002700$ (при достоверности $p < 0,05$).

Лица с алкогольной зависимостью также наибольшую активность проявляли в первый месяц участия (39%). По данным внутригруппового анализа их активности в течение года в сравнении с первым месяцем участия $Q = 14,000000$, $df = 1$, $p < 0,000183$ (при достоверности $p < 0,05$). Наибольшее число пациентов завершали наблюдение в программе после 6 мес. (18,7%). По данным внутригруппового анализа их активности в течение года в сравнении с первым месяцем участия $Q = 13,000000$, $df = 1$, $p < 0,000312$ (при достоверности $p < 0,05$). Скорее всего, этот факт связан с тем, что зависимые от алкоголя больше настроены на получение краткосрочного симптоматического лечения [1]. В этот период, если пациенты продолжали удерживаться в трезвости, происходили частичное восстановление адаптации, возвращение к жизненно-важной деятельности и восстановление семейных отношений. В течение года так же, как и в

предыдущей группе лиц с наркотической зависимостью, продолжали оставаться под наблюдением больные с сочетанной симптоматикой (алкоголизм и психические расстройства) либо с проблемами в соматической сфере. По нашим наблюдениям, пациенты данной группы были более критичны к своему состоянию, чем больные без проявлений отягощающей состояния симптоматики, поэтому видели необходимость в продолжении участия в лечении и реабилитации. Всего 17,1% пациентов данной группы наблюдались в течение года.

Ремиссию (период воздержания от употребления ПАВ) у пациентов с полинаркоманией скорее всего можно считать условной, так как, прекращая употребление определенного вида наркотического препарата, которое, по мнению зависимых от ПАВ, создавало у них жизненные проблемы, они часто возобновляли употребление других ПАВ или алкоголя. Возможно, данная группа больных оказалась наиболее резистентной к проведению амбулаторных реабилитационных мероприятий или это связано с небольшой выборкой данной группы пациентов.

Пациенты, имеющие в прошлом наркотическую зависимость и обратившиеся для лечения алкогольной зависимости, условно разделились на тех, кто закончил участие в программе после месяца лечения (62%), и тех, кто оставался на поддерживающем лечении в течение года (37%). Эта категория больных отличалась наиболее выраженным интеллектуальным и нравственным снижением, высоким уровнем резистентности к психокоррекционным мероприятиям, проявляли признаки деградации личности. Все они имели срывы и наблюдение продолжали под влиянием родственников.

Интересен тот факт, что при проведении межгруппового анализа в сравнении групп пациентов с наркотической и алкогольной зависимостями была выявлена большая активность лиц с наркотической зависимостью при прохождении реабилитации в течение 6 мес. ($Q = 9,000000$, $df = 1$, $p < 0,002700$).

Врачом психиатром-наркологом с целью проведения поддерживающей терапии проводилось медикаментозное лечение. Для нормализации фона настроения назначались лекарственные препараты: эглонил (сульпирид), амитриптилин, сонапакс (тиоридазин), рексетин (пароксетин).

Для снятия негативной и позитивной симптоматики использовался препарат рисполепт (рисперидон); для купирования страхов, тревожных состояний — феварин, феназепам; для купирования тяги к психоактивным веществам и как противосудорожное средство применялся финлепсин (карбамазепин), бромкриптин.

В качестве коррегирующей терапии назначался хлорпротиксен и галоперидол в малых дозах. Из группы ноотропов использовались фенибут, фенотропил, лудетам (пирацетам). Для улучшения обмена веществ, укрепления иммунитета проводилось лечение витаминами, препаратом глицин.

С 2002 г. по 2009 г. ремиссия у пациентов в течение года в среднем составила 34,4%.

Считаем важным результатом, что 22% пациентов продолжали длительное наблюдение в течение нескольких лет: периодически посещали занятия общей группы, обращались по личным и семейным вопросам.

Восемь пациентов во время курса реабилитации были направлены для прохождения обследования и лечения в центр ВИЧ/СПИД. В процессе работы было выявлено, что 3 пациента мужского пола наряду с алкогольной зависимостью имели зависимость от азартных игр. Следует отметить, что механизмы формирования зависимого поведения до сих пор остаются неясными и, по нашим наблюдениям, прерывая одну из зависимостей, некоторые пациенты переносят механизмы зависимого поведения на другую жизненную сферу. Например, после прекращения употребления алкоголя (часто в результате лечения от алкоголизма) у пациентов формировалось влечение к азартным играм в игровые автоматы, казино вплоть до развития патологического гемблинга.

У трех пациентов программы (мужчины с наркотической зависимостью и 2 женщины с наркотической/алкогольной и алкогольной зависимостями) был диагностирован шизофренический патопсихологический симптомокомплекс. В результате проведенного медикаментозного и психотерапевтического лечения все пациенты прекратили употребление ПАВ. После прерывания употребления психоактивных веществ у них наблюдалось обострение активной шизофренической симптоматики. Больным данной группы было рекомендовано стационарное лечение в условиях психиатрической больницы.

В процессе реабилитации проводились занятия семейной психотерапии с родственниками пациентов с целью преодоления созависимого поведения. За текущий период в реабилитационной программе данным видом работы было охвачено 99 семей, приняли участие 122 чел. Около 30% родителей пациентов продолжали сотрудничество со специалистами программы после курса реабилитации их химически зависимых родственников, обращались за психологической литературой, консультациями по семейным и личным проблемам. Двое из родителей участников программы увлеклись психологией и получили второе высшее образование по специальности «Психология» на базе Ульяновского государственного университета.

Выводы

Анализ работы длительной амбулаторной программы медико-психо-социальной реабилитации больных с зависимостью от ПАВ и созависимых пациентов за период с 2002 г по 2009 г. в Ульяновской областной клинической наркологической больнице позволяет сделать ряд выводов.

1. В процесс длительного амбулаторного лечения и реабилитации в течение 6 мес. и более включались наркологические пациенты, осознавшие необходимость длительных реабилитационных мероприятий и пациенты с химической зависимостью с сочетанной симптоматикой (алкоголизм и/или наркомания и психические расстройства).

2. Чаще обращались в программу больные с алкогольной зависимостью, но большую степень активности в программе реабилитации в течение полугода проявили пациенты с наркотической зависимостью.

3. Данная программа обеспечивает дифференцированный и индивидуальный подход к наркологическим пациентам с учетом возрастных, личностных особенностей пациентов, уровня образования, социального окружения и стажа заболевания.

Список литературы

1. Ахметзянов Р.Р., Кузьмина А.Г., Махмутова Н.Н., Зашихина О.П. К вопросу об эффективности оказания наркологической помощи населению в амбулаторных условиях: материалы 40-й научно-практической межрегиональной конференции врачей. — Ульяновск, 2006. — С. 219—222.
2. Городничев А.В. // Современная терапия психических расстройств. — 2007. — №4. — С. 3—6.
3. Иванец Н.Н., Винникова М.А., Мохначев С.О., Гуревич Г.Л. // Вопросы наркологии. — 2007. — №2. — С. 12—20.
4. Ильина Н.А. // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2001. — №1. — С. 28—31.
5. Керими Н.Б., Генефико Н.П., Непесова А.А., Мамедова О.Р., Ладыгина Л.С. // Вопросы наркологии. — 1996. — №3. — С. 22—39.
6. Милопольская И.М., Коньков Е.М., Булаев В.М. // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2006. — Т. 8, №3. — С. 34—37.
7. Мосолов С.Н., Цукарзи Э.Э., Потапов А.В. // Современная терапия психических расстройств. — 2008. — №2. — С. 10—18.
8. Ярославцев О.М. // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2005. — Т. 7, №4. — С. 3—7.
9. Carrol K.M., Fenton L.R., Ball S.A., Nich C., Frankforter T.L. // Вопросы наркологии. — 2007. — №2. — С. 70—71.

STUDYING PERSONALITY TRAITS OF PATIENTS WITH DEPENDENCE ON PSYCHOACTIVE SUBSTANCES AND THEIR DEGREE OF ACTIVITY IN LONG-TERM OUTPATIENT PROGRAM OF MEDICAL-PSYCHO-SOCIAL REHABILITATION

PESKOV B.V.

head physician Public health services official body «Ulyanovsk regional clinical narcological hospital»,
main expert in narcology of Ulyanovsk region, psychiatrist-expert in narcology of highest category

KUZMINA A.G.

managing psychological laboratory, medical psychologist of highest category

MAHMUTOVA N.N.

medical psychologist of highest category

MYLNIKOVA O.M.

doctor of rehabilitation program, psychiatrist-expert in narcology of highest category

Ulyanovsk regional clinical narcological hospital»,

Polbin street, 34, Uljanovsk; phone: 8422 45-15-22; e-mail: uoknb @ rambler. ru

In this study, we propose to discuss the experience with substance abuse patients at the author's long-term outpatient program of medical and psycho-social rehabilitation for substance abuse patients. The program is implemented based on the study of medical and social rehabilitation of drug treatment hospital, where patients can receive anonymous outpatient medical, psychological and social support in the period up to 1 year or more. The methodological basis of the program is integrative psychotherapy, used in line with the personality-oriented therapy aimed at understanding of addictive behavior, the correction of mental and behavioral disorders, achievement of stable remission, the formation of a real life perspective. In the study analyzed 134 individual drug treatment of patients with substance dependence, who applied for treatment and rehabilitation under this program. Also studied was the level of participation of patients themselves in the rehabilitation process. The purpose of this study was: to determine for which category of patients with chemical dependency program was most effective. The study allowed concluding that the process of long-term outpatient treatment and rehabilitation for 6 months or more were included drug treatment patients who have realized the need for long-term rehabilitation measures, and patients with chemical dependence with associated symptoms (alcohol and/or drug addiction and mental disorders). Also present study it was concluded that in most cases treated in the program, patients with alcohol dependence, but a greater degree of activity in a rehabilitation program for six months showed patients with drug dependence.

Key words: substance abuse patients rehabilitation, outpatient program, personality features

Над пропастью... «Нарконона», или «дары данайцев» для Украины

ЕГОРЕНКОВ А.И.

доцент, ответственный секретарь Комиссии по вопросам биоэтики,
Национальный медицинский университет им. О.О.Богомольца, Киев, Украина

КОРОБЕЙНИКОВ Г.В.

д.б.н., профессор, главный научный сотрудник
НИИ спортивной и оздоровительной медицины, Киев, Украина

*«Делайте деньги, делайте деньги,
делайте больше денег, делайте еще больше денег,
заставляйте других работать,
чтобы они производили для вас деньги»*

*Из официального послания (9 марта 1972 г.)
Л. Рон Хаббарда — создателя учения «Дианетика»,
«Церкви сайентологии»*

С легендой о «Троянском коне», как известно, связана крылатая фраза «Бойтесь данайцев, дары приносящих». Кто такие данайцы и почему их надо бояться из истории нам уже известно. Но эта фраза в современной Украине может иметь актуальное звучание и стать синонимом разумной бдительности, обоснованного недоверия к «дарам» социально-общественного характера.

В современной науке и образовании эта крылатая фраза имеет аналогию в виде гуманистического принципа «презумпции виновности» по отношению к возможному риску при внедрении непроверенных биомедицинских методов, скороспелых педагогических инноваций и т.д. И вот в очередной раз авторы обратили свое внимание на тот факт, что публикации в уважаемом нами и популярном украинском еженедельнике «2000» (в №14/456, от 3—9 апреля 2009 г., №20/510, от 21-27 мая 2010 г., см. сайт <http://www.2000.net.ua/>), информирующем читателей о парамедицинской и образовательной деятельности организации «Наркокон» (в лице госпожи М. Грибановой — президента киевского отделения), не сопровождаются экспертным мнением ученых АМН или АПН Украины, специалистов в области медицины, психологии, социологии, биоэтики, религиозной безопасности, юриспруденции. А ведь именно такая междисциплинарная научная экспертиза требовалась бы в этом случае для выдачи государственной лицензии на образовательную и парамедицинскую деятельность (речь идет не о «пара-», как потустороннего, например парапсихология, имеющая псевдонаучную природу, а о парамедицинской практике как о деятельности, осуществляемой парамедиками: не врачами, но специалистами высокой квалификации).

Такое упущение приводит в отношении возможных читателей указанных публикаций к нарушению основополагающего европейского принципа в области биомедицины и прав человека — принципа *информированного согласия*. Этот же принцип применим и в отношении внедрения новых педагогических инноваций в школах. У нас не было бы никаких претензий по поводу этих публикации, если было бы указано, что эти публикации размещены на страницах издания именно на правах рекламы. Но так как такого указания мы не обнаружили, то у читателей (потенциальных пользователей услугами «Нарконона» или иных других «детей» ныне покойного Лафайета Рональда Хаббарда — создателя печально известной «Церкви Сайентологии», «спасительного» для человечества учения «Дианетики») может сложиться ложное представление о том, что за этими программами действительно стоит современная наука, современная инновационная педагогика и общечеловеческий гуманизм, упоминаемый в этих текстах.

К сожалению, все это, мягко говоря, не соответствует действительности. Не было бы у нас замечаний к обсуждаемым статьям даже в том случае, если бы не присутствовал в этих текстах явный акцент на идейную связь антинаркотических лекций для школьников с программой «Наркокон» и «гуманизмом» Л.Р.Хаббарда. Но так как методологическая и практическая цепочка «Дианетика — Церковь сайентологии — многочисленные парамедицинские и образовательные программы» (типа «Нарконона», «Кримина», «Прикладного образования», «Дороги к счастью») начинается с хаббардовского учения о «Дианетике», то для получения реального представления о сути этих программ наши читатели могут прочесть

статью с очень отрезвляющим названием «Дианетика — искателям сфабрикованного счастья», опубликованную в 1950 г. в «New York Herald Tribune Book Review». Это была профессиональная рецензия всемирно известного и признанного ученого, создателя теории неотрейдиизма Э. Фромма на книгу «Дианетика — современная наука душевного здоровья» Л.Р.Хаббарда. В этой рецензии Э. Фромм одним из первых обратил внимание общества не только на псевдонаучность «открытий» Хаббарда в области психологии, но и на социальную опасность их внедрения. В частности, Э. Фромм пишет: «...Несмотря на все фантастические претензии автора, трудно найти что-нибудь оригинальное в его теориях, кроме новых слов для смеси плохо понятого и переваренного фрейдизма и экспериментов по регрессии эпохи гипнотизма. Иные поистине «оригинальные» слова не могут не вызвать изумления. Так, мы слышим от пациента слова, которые доктор [якобы] говорил беременной им матери, либо слова отца, сказанные матери сразу после зачатия. Читая эти истории болезни, задаешься вопросом, не желал ли автор написать веселую пародию на иные психиатрические теории и на доверчивую публику. Книгу Л.Р.Хаббарда трудно всерьез рассматривать в качестве вклада в науку о Человеке. Зато ее нужно со всей серьезностью считать симптомом опасной тенденции...».

О какой же опасной тенденции предупреждает нас Э. Фромм? И как эта опасность реализовалась в работе «Нарконона»? Именно в указанной выше книге Л.Р.Хаббард сформулировал свою фирменную «идею» (на которой впоследствии были основаны все хаббардовские парамедицинские и образовательные методики) про «энграммы» — якобы бессознательные воспоминания (вплоть до дородового периода!) «реактивного ума» как источник всех психических расстройств, многих болезней, трудностей в поведении (в том числе и тяга к наркотикам, склонность к асоциальному поведению) и необходимость их «стирания» (очищения) с терапевтической целью.

Насколько антинаучна эта «идея», говорит тот факт, что ни Л.Р.Хаббард, ни его последователи никогда всерьез не занимались исследованиями в области психологии, психофизиологии, медицины. Данные «идеи» базируются на «умозрениях» Л.Р.Хаббарда, имеющего весьма поверхностные знания об описываемом предмете (Л.Р.Хаббард в свое время не смог осилить полного курса наук в университете, медицину же он вообще не изучал). Отношение же Л.Р.Хаббарда к официальной научной медицине (особенно к психиатрии, с которой он лично столкнулся в качестве пациента в 1947 г.) резко негативное. Такое же негативное отношение к официальной медицине (и офи-

циальной науке и образованию вообще) он заложил в своем «учении» и передал своим адептам. Хаббардовское представление о деятельности мозга и нервной системы как о «магнитофоне», в котором можно «записать» некую информацию, затем «стереть» и т.д., является дилетантским. При этом для «стирания» ненужной информации последователи Хаббарда используют гипнотические приемы, что уже само по себе является нарушением медицинской этики, ведь пациентов не предупреждают об использовании воздействия на подсознание.

Замечания Э. Фромма об «опасной тенденции» оказались пророческими: уже в 1954 г. Л.Р.Хаббард создал свою псевдорелигиозную «Церковь сайентологии», основанную на принципах тоталитарного психокульта (термин из современной социальной психологии) с элементами оккультизма и эзотерики, разработал некоторые «идеи» псевдонаучных парамедицинских и образовательных программ. Элементом деятельности этой «Церкви» как раз и является программа «Нарконон», в которую кроме идеи «стирания энграмм» (одитинга) была добавлена еще одна «оригинальная» хаббардовская идея «детоксикации» (в частности, якобы «удаления» наркотиков из жировых тканей организма при помощи сауны, марафонских пробежек и витамина В₃ — ниацина). Ниацин, в ряду других витаминов, — вообще единственный препарат, который в процессе обмена веществ сильно влияет на психику, так как участвует в процессе синтеза такого нейромедиатора, как серотонин. Была даже обнаружена (1952 г., Абрам Хоффер — председатель Канадской организации по лечению шизофрении) его некоторая способность «обращать вспять» развитие шизофрении. Но стимулированное приемом ниацина повышение уровня серотонина в организме может вызывать галлюцинации и даже развитие некоторых форм шизофрении у здоровых людей. Поэтому использование гипердоз витамина В₃ в нелегализованных хаббардовских «экспериментах» — небезопасно для здоровья человека, в том числе и ввиду серьезных побочных эффектов для печени.

Вообще хотелось бы обратить внимание читателей на ненаучность самой системы антинаркотической «очистки» («детоксикации») организма по Л.Р.Хаббарду. Ссылки адептов «Нарконона» на то, что потребляемые наркотики скапливаются в жировой ткани и при, например, физических нагрузках активируются, не имеют ни научного, ни практического подтверждения (большинство наркотических препаратов являются водорастворимыми, чем и объясняется достаточно быстрое действие наркотиков). Это очередная псевдонаучная выдумка, каких в истории науки было

немало. Идея «Нарконона» как коммерческого проекта (по типу финансовой пирамиды) и системы привлечения новых adeptов в «Церковь сайентологии» была практически реализована в 1966 г. одним из последователей Л.Р.Хаббарда У. Бенитесом, который, будучи наркозависимым заключенным государственной тюрьмы Аризоны, проникся «идеями» книги Л.Р.Хаббарда «Сайентология: основы мысли» и увидел в них хорошие бизнес-перспективы для себя и своих друзей по заключению.

С мнением про истинные цели программы «Наркокон» можно познакомиться в современном тексте Владимира Иванова — бывшего известного сайентолога и руководителя российского центра «Наркокон». В своем разоблачительном выступлении-интервью (Комсомольская правда — 04.09.2001) он раскрывает совсем не медицинские цели и задачи деятельности таких программ как Наркокон: «...Вопрос (к Владимиру Иванову): А сомнения у вас были?»

— *Поначалу нет. Я больше скажу: когдас 1995 г. пошли первые статьи, разоблачающие сайентологов, я искренне возмущился, тогда мне показалось, что этот накат организован наркобизнесом с целью уничтожить Наркокон (интервью от 2001 г. — прим. авторов). Только пару лет назад я стал улавливать, что система, в которой мне довелось оказаться, настолько четко выстроена и организована, что возникает вопрос: а какая у этих людей истинная цель? Что будет, если они займут главенствующее положение в политике и экономике? Однажды лидер церкви (сайентологии) Мицкевич сказал памятную фразу, что саентологи за 50 лет сделали то, чего христианство не достигло за тысячелетия...».*

Если даже оставить в стороне политические, псевдорелигиозные или «гуманистические» аспекты деятельности сайентологов по всему миру, то в научной медицине, психологии или педагогике не зафиксированы достоверные и объективные данные о терапевтической полезности методов «Нарконона» или любых других методик, разработанных Хаббардом. Но есть многочисленные данные о негативных последствиях такой псевдомедицины. Для того чтобы убедиться в этом, каждый желающий может воспользоваться профессиональными научными медицинскими интернет-поисковиками. Известный украинский ученый-медик, академик И.М.Трахтенберг, указывая на необходимость регламентации подобных парамедицинских методик, пишет об опыте США (где собственно и зародились хаббардовская «дианетика», «сайентология» и ее практические методики «детоксикации») «...Но что особенно важно — ни один из

методов, влияющих на здоровье или жизнь людей, профилактику и диагностику заболеваний, не может применяться без одобрения FDA — Федеральной администрации по лекарственным препаратам, пищевым продуктам и косметике при правительстве США. Независимо, традиционные это методы или альтернативные, их эффективность и безопасность должны быть доказаны по самым строгим в мире протоколам FDA! И FDA при регистрации средств или методов лечения опирается на независимые исследования по стандартным программам, проводимым этой администрацией. Обучение методам и разрешение на их применение дается только в рамках официально признанных медицинских учебных программ, которые имеют право выдавать дипломы доктора медицины...». И никакие ссылки на «мам, пап, дедушек, бабушек, политиков, детей, подростков, студентов, директоров школ, депутатов, помощников депутатов, руководителей госадминистраций, священников и общественных деятелей» (цитируем по тексту рецензируемой нами статьи из «2000») здесь не проходят. Вся эта «секретная» хаббардовская медицина и педагогика, к сожалению, идут по нашей стране тайными тропами. Поэтому дело не в личных предпочтениях авторов или тем более предубеждениях (мы были бы искренне рады разработкам новых эффективных методов лечения, а также реабилитационным и профилактическим программам для молодежи), а в том, что сегодня **цивилизованный мир при разработке и внедрении новых биомедицинских технологий руководствуется гуманными «принципами доказательной медицины» и «принципом презумпции виновности» непроверенных методов, а не личными мнениями и благородными порывами.** Дело также в той самой «непереносимости фальши», о которой с таким пафосом пишется в рецензируемой нами публикации в «2000». Пока автор (тем более претендующий на роль великого «гуманиста» и благодетеля человечества) научного открытия в области биомедицины не доказал обществу и своим коллегам-ученым объективную (в контролируемом и воспроизводимом эксперименте, с оценкой отдаленных последствий) эффективность и безопасность своих терапевтических (аналогично и образовательных, психотерапевтических) методик, эти методики современное общество обязано априори считать опасными, неэффективными и запрещенными для официального использования. Таковы жесткие, но социально и научно справедливые условия развития биомедицины. И эти гуманистические положения не могут быть заменены мнения-

ми и оценками общественности или даже отдельных узких специалистов. Конечно, указанные научные и биоэтические принципы не распространяются на систему криминального или псевдонаучного распространения таких методик по системе сетевого маркетинга или сект (не требующего, как известно, никаких медицинских или образовательных лицензий и не предполагающего ответственности за возможные негативные последствия), здесь действуют другие «принципы» и здесь простор для созданий различных лохотронов и финансовых пирамид (в том числе и «медицинского», «образовательного» или псевдорелигиозного профиля), для реализации различных «мессианских» идей. К тому же деятельность ныне покойного Л.Р.Хаббарда и его нынешних адептов в определенной мере квалифицируется отечественными и зарубежными экспертами и официальными органами как деятельность по созданию современных тоталитарных психокультов (в том числе и с псевдомедицинским или образовательным прикрытием). Вот как раз «успешность» этой стороны деятельности сайентологов широко известна не только в европейских странах, но и у наших ближайших соседей. Поэтому, например, в России соответствующим Приказом Министерства здравоохранения РФ (Приказ №254 от 19.06.1996 г.), подписанным министром А.Д. Царегородцевым, была запрещена хаббардовская программа «детоксикации» (являющаяся одним из элементов антинаркотического «лечения» по Хаббарду). В приказе говорится: «...не допускать пропаганды и использования методов детоксикации и иных вытекающих из учения Рона Хаббарда методов сайентологии и дианетики в практике здравоохранения». В пояснительных материалах к этому приказу указывается причина такого запрета: «Указанная мера обусловлена тем, что методологии, претендующие на медицинскую ценность, не смогли пройти государственного лицензирования ни в одной стране мира и не получили разрешения на применение. Более того, проведенные в ряде стран государственные экспертизы показали антинаучность и разрушительное действие методологии Л.Р. Хаббарда на организм человека и его психику. В мировой научной литературе и в целом ряде судебных протоколов нашли отражения многочисленные случаи нанесения тяжелого ущерба здоровью пациентов вплоть до летальных исходов, случаи тяжелого психического расстройства, доходящего до суицида».

Во многих цивилизованных странах мира практическая деятельность сайентологов (в том числе и их «медицинские» и «образовательные» программы)

официально запрещена (Финляндия, Греция), или эти сайентологические структуры находятся под следствием (Испания, Франция), или жестким контролем (в Германии работу сайентологов контролируют спецслужбы). А ряд членов Европарламента в своей Письменной декларации №9771 от 2 апреля 2003 г. (подписи депутатов Парламентской Ассамблеи Совета Европы из Бельгии, Франции, Италии, Румынии, Испании) вообще рекомендовал странам—членам ЕС противодействовать хаббардовскому методу «Нарконона»: «...этот метод был изобретен основателем сайентологии Роном Хаббардом. Используя его люди становятся легкой добычей вербовщиков, делаются восприимчивы к промыванию мозгов. На деле эта программа подменяет наркотическую зависимость зависимостью от сайентологии...». В последней цитируемой фразе (возможно, даже в одном слове «подмена») и находится ответ на вопрос о причине такого общего негативного отношения в цивилизованных странах Европы к идеям «гуманиста» Р.Хаббарда и практической деятельности его адептов из «Нарконона».

Более развернуто и профессионально ответ на этот вопрос сформулирован в официальном «Информационном письме» наркологической клиники №5 г. Москвы (за подписью проф. Рубченко И.А., главного нарколога регионального Управления здравоохранения Москвы) «... в обобщенном виде суть сайентологии и деятельности всех ее организаций заключается в бизнесе на манипулировании людьми с использованием психотехник, в частности нейролингвистического программирования, гипноза, выработке жестких условных рефлексов, подавления личности, преследовании (в том числе и физическом) отступников и оппонентов.... В результате психотехнической практики так называемой дианетики, основанной на гибриде гипноза, фрейдизма, эриксоновских методик, НЛП и прочем происходит работа с подсознанием, внушается безусловное подчинение сайентологической программе и ее функционерам....». Так что, с точки зрения современного европейского миропонимания, сайентология и ее практические программы борьбы с наркоманией — это антигуманизм и покушение на права человека. В полной мере все эти европейские претензии применимы и к просветительской деятельности сайентологов в странах СНГ.

Объектом для нашего структурно-лингвистического анализа служит и сам текст второй из указанных нами статей в «2000». В ней, как в капле воды, отражается сама методология сайентологического подхода при психологической «обработке» подростков на

антинаркотических лекциях. **Обращает на себя внимание такой любопытный и не безобидный факт, что текст статьи построен (вольно или невольно) с использованием стандартных манипуляционных приемов.** Эти методы в современной психологии еще называют методами *скрытого* (от объекта воздействия) *информационно-манипуляционного воздействия*. Мимо этого факта также нельзя пройти, так как использование таких технологий (весьма эффективных в различных психокультах, в практике навязчивого сетевого маркетинга) есть признак опасности для «объекта» воздействия. А так как мы, как и автор рецензируемой нами статьи, тоже искренне очарованы людьми, «которые не переносят фальши», то имеем полное моральное и профессиональное право выделить эти манипуляционные примеры. Выводы из этого факта пусть делает каждый сам.

Начинается рецензируемая нами статья из «2000» с трепетной ссылки на героя-мальчишку из известного романа Сэлинджера «Над пропастью во ржи», который «не переносил фальши в любом ее проявлении», и трогательных, но не относящихся к сути проблемы, личных воспоминаниях. И здесь (внимание!) один из манипуляционных приемов: на «трогательных» ссылках и душещипательных воспоминаниях создать подсознательное доверие «объекта» манипуляционного воздействия с последующим вбрасыванием выгодной для манипулятора «информации». В упоминаемом романе Сэлинджера есть очень подходящий для нашего разговора термин «давид-коперфильдовская муть», которым главный герой-мальчишка («не любящий фальши») обозначает «забалтывание» темы разговора. Таким образом, устами литературного героя мы можем классифицировать некоторые фрагменты рецензируемой нами статьи как небезопасную для нас «давид-коперфильдовскую муть». Но в мутной воде, как известно можно что-то для себя и поймать. Именно такова тактика сайентологов по завлечению людей (оказавшихся в трудной жизненной ситуации или имеющих амбициозные бизнес-планы) в свои хаббардовские структуры. Поэтому не удивителен странный стиль, которым пользуется М.Грибанова в своих лекциях (некоторые из них транслировались по кабельным каналам телевидения, имеются фрагменты на Интернет-сайтах): «панибратская» позиция по отношению к подросткам; создание собственного «авторитета» с помощью психологических приемов (например, использование подросткового сленга); некоторая развязность в речи; часто надуманная негативная оценка родителей и учителей. Все это, конечно, с восторгом воспринимается молодыми

слушателями, готовыми поглощать «прикольные» рассказы лектора.

Авторы данной публикации имеют более чем 20-летний опыт практической и научной образовательной деятельности и хорошо знают, как легко и быстро можно заработать временную «популярность» (но не педагогический авторитет) у учащихся при помощи определенных приемов, манеры общения и т.д. Но возникает вопрос: какое отношение это имеет к сути образования и воспитания, к решению долгосрочных педагогических задач (в том числе и к формированию устойчивого негативного отношения молодежи к наркотикам), к формированию духовности (как альтернативе наркотической «культуры»)? В связи с этим вспоминается талантливая книга Г.Белых и А.Пантелеева «Республика ШКИД» (и соответствующий кинофильм, где строгого, не ищущего дешевой популярности у трудных подростков, директора школы играет незабвенный Сергей Юрский) о воспитании в 20-е годы прошлого века беспризорников. По сюжету один из приглашенных учителей («Пал Ваныч») этой школы-колонии быстро завоевывает «любовь» и популярность у не желающих учиться подростков тем, что вместо преподавания предмета ведет с ними «прикольные» разговоры, держится «панибратски» и распевает незамысловатую студенческую песенку «...не женитесь на курсистках, они толстые как сосиски...», критикует своих коллег-учителей («...Не нравятся мне ваши педагоги. Больно уж строги к воспитанникам. Нет товарищеского подхода...»). За счет такой «технологии» этот учитель быстро завоевывает «любовь» подростков:

«...Когда Пал Ваныч уходил из класса, его провожали гурьбой.

— Вот это да! Это свой парень! — восхищался Янкель, дотягиваясь до плеча воспитателя и дружески хлопая его по плечу кончиками пальцев.

— Почаще бы ваши уроки.

— Полюбили мы вас, Пал Ваныч, — изливал свои чувства Японец. — Друг вы нам теперь. Можно сказать, прямо брат кровный.

Пал Ваныч, ободренный успехом, снисходительно улыбнулся...».

По сюжету книги этого горе-педагога директор изгоняет из школы за профнепригодность. При этом колония вначале начинает бунт против «халдеев» (учителей и директора) в защиту учителя, но потом эти подростки все же начинают понимать, кто им друг, а кто просто примазывается.

После нашего анализа содержания лекций, в частности сравнения с аналогичными антинаркотически-

ми лекциями для учащихся по программе «Наркокон» в России, становится очевидным, что методологически и практически эти лекции являются органической и пропедевтической частью общей (для стран СНГ) псевдомедицинской программы «Наркокон» или, как акцентирует сам автор рецензируемой статьи, «...программа "Наркокон", на которой базируются лекции, востребована и оказывает действенную помощь...». То что базируется — да (как скроешь идеи великого «гуманиста» Хаббарда!), то что в обществе востребована сама проблема лечения и реабилитации наркозависимых и т.д. — тоже да. Но вот по поводу утверждения о том, что программа оказывает «действенную помощь» — извините! Во-первых, какую (по каким объективным критериям оценки) помощь, во-вторых, кто и по какой методике оценивал ее «действенность». Если опять пойдут ссылки на «депутатов и помощников депутатов», то тут уже «по-одесски» (а именно такой «стиль» почему-то часто используется в лекциях М.Грибановой) — «Извините, но Вас тут не стояло!»

И если научная необоснованность парамедицинской программы «Наркокон» более или менее очевидна, то более скрытым для общества является риск от претензий автора рецензируемой нами статьи на внедрение и популяризацию новой «педагогической» парадигмы («дороги к счастью») Хаббарда. Поэтому целенаправленно имя Л.Р.Хаббарда, как будто само собой разумеющееся, в статье ставится в один ряд с таким выдающимся педагогом, как В.Сухомлинский, и обрамляется цитатами классиков. Это тоже манипуляционный прием, целью которого является легитимизация педагогического «учения» Хаббарда. Как известно, в основе любой социально признанной педагогической системы находится ответ на фундаментальный антропологический вопрос «Что есть человек?» и какую мировоззренческую или нравственную систему общество желает воспроизводить у подрастающего поколения (через систему обучения и воспитания). И здесь претензии сайентологов гораздо более амбициозные и далеко не ограничиваются борьбой с наркоманией.

Речь идет о попытках внедрить мировоззренческую программу (хаббардовскую «дорогу к счастью») формирования «нового» человека, соответствующего хаббардовской антропологии. В анализируемом нами тексте прямо указано на связь этих лекций с мировоззренческой позицией Рона Хаббарда, «...на технологии которого и основано проведение лекций...». Здесь у нас возникает принципиальный вопрос: а зачем вообще связывать антинаркотические лекции с ка-

кой-то непонятной «технологией» Рона Хаббарда? В чем состоит эта самая «технология»? И здесь нас ждет неприятное «открытие» в отношении мировоззренческой позиции «гуманиста» Хаббарда, отраженное и в его «технологии»: **в основе хаббардовской антропологической концепции лежит совсем иная (противоречащая общепринятой в нашей культуре и не соответствующая нашей ментальной и цивилизационно-культурной матрице) картина того, «что есть человек».**

Не исключаем, что в дальнейшем у нас будет возможность более детально обсудить эту хаббардовскую антропологию. Сейчас же можно предварительно сказать, что хаббардовская ценностно-мировоззренческая модель, которая незаметно и подспудно нам навязывается — это «авторский» гибрид из элементов древних гностических учений, ницшеанства, оккультизма (некоторое время Р.Хаббард находился под духовным влиянием учения Алистера Кроули — известного оккультиста и изотерика, идеолога современного сатанизма), собственных фантастических концепций (Р.Хаббард начинал свою деятельность как писатель-фантаст, хотя быстро разочаровался в финансовой перспективе такой деятельности и переключился на создание «своей» церкви). Основанием для нашей оценки являются также следующие дидактические особенности антинаркотических лекций, по Хаббарду: попытки создания психологического барьера между учащимися, с одной стороны, и учителями, родителями, с другой стороны; создание «культы» лектора; развитие негативного отношения к официальным академическим знаниям школьных курсов, не «освященным» Хаббардом; формирование новой сайентологической «этики», деформирование естественно-научной картины мира и т.д. Для примера можно указать, что в хаббардовской «естественно-научной» картине мира много экзотических положений, о которых «идушие» по пути сайентологического «просвещения» узнают поэтапно (нельзя же, в самом деле, «раскрывать» всю сайентологическую «мудрость» неподготовленным). Например, по Хаббарду, после смерти человека «посылают» на «имплантационную» станцию на Венере, где его ожидает следующее «воплощение». Но если ты уже на Земле постиг учение сайентологии, то способен миновать эту «станцию», выйти в «открытый космос» и самостоятельно «выбрать» себе тело для нового «воплощения». Также, по Хаббарду, многие проблемы человека связаны с тем, что кроме «энграмм» тело любого человека населяет множество «тетанов-паразитов» (духов), от которых можно избавиться по специальной хаббардовской методике. Некоторые (но не все) особенности

хаббардовской антропологии можно увидеть, даже исходя из анализа лекционного материала антинаркотических лекций программы «Наркокон». Поэтому на проверку миф о якобы общечеловеческом «гуманизме» и «научности» Рона Хаббарда рассыпается, как карточный домик, «гуманистическая» позиция вдруг оборачивается «оккультно-фантастической».

Возможно, кому-то из наших взрослых читателей все эти хаббардовские «инновации» будут по душе (по принципу: хочу верю в инопланетян, хочу — в «дырку от бублика»). **Но возникает закономерный вопрос: может ли ответственное гражданское общество, претендующее на принятие и имплементацию европейских ценностей, отказ от «родимых пятен» тоталитаризма, позволить себе бесконтрольно и официально «внедрять» хаббардовское «мировоззрение» через систему государственного школьного образования, без соответствующего государственного лицензирования (которое как раз и предполагает комплексную научно-педагогическую экспертизу, о чем мы уже говорили выше)?** Поэтому, видимо, именно эту опасность для цивилизованного общества и имел в виду Э.Фромм в своей рецензии на «научные» открытия Л.Р.Хаббарда. И именно эту опасность интуитивно понимают многие люди, отказывающиеся принять спасительное «учение» и «помощь» сайентологов в борьбе с наркоманией. Потому что эта «помощь» при более детальном рассмотрении оказывается «троянским конем» для социума.

Сегодня, как известно, Украина активно ищет новые инновационные образовательные технологии, новые современные мировоззренческие концепции, способные повысить конкурентоспособность всей нашей образовательно-педагогической системы и гармонизировать социальные отношения в новом глобализирующемся мире, при этом без потери нашей духовной самоидентичности. Поэтому необходимо, чтобы **любые претензии на внедрение новой инновационной педагогической парадигмы (по аналогии с биомедицинскими инновациями) проходили через жесткое «сито» гуманитарно-научной экспертизы.** Но авторы данной статьи никогда не встречались на научных конференциях с педагогами-учеными или психологами-исследователями, работающими в области хаббардовских педагогических инноваций.

Информация о «достоинствах» хаббардовской педагогики идет обычно по каналам, не вызывающим доверие. При нашем мини-опросе двух десятков ученых-медиков Киева, связанных с наркологией, психиатрией или психологией работы с наркозависимыми, никто не смог вспомнить какие-либо факты долгосрочных успехов хаббардовской антинаркотической

программы, при этом откровенно и нелестно говоривших нам о недостатках государственной политики в этой области. Поэтому без «доказательной» педагогики (так же, как и «доказательной» медицины) ставить массовый антинаркотический (а на самом деле антропологический!) эксперимент, «по Хаббарду», на школьниках не только юридически не допустимо, но и безнравственно. В конце концов, если это какой-то неофициальный «эксперимент» над украинскими школьниками, то никто еще не отменял для его «авторов» ст. 142 Уголовного Кодекса Украины, в которой четко сказано, что «незаконное проведение медико-биологических, психологических или других опытов над людьми, если они создают опасность для их жизни и здоровья, караются...» и далее по тексту. Даже под громкие разговоры о необходимости борьбы с наркоманией недопустимо (социально опасно) пустить в Украину, которая встает на путь инновационного развития, морально устаревший, научно не состоятельный и уже отвергнутый в цивилизованной Европе хаббардовский «путь к счастью». И мы не можем позволить себе игнорировать европейскую позицию по этому вопросу. Поэтому, с точки зрения профессиональной педагогики и психологии, указанные антинаркотические лекции, по сути, являются в большей степени хорошими пиар-акциями и маркетинговым ходом по привлечению потенциальных клиентов в псевдомедицинскую программу «Наркокон» и далее в «Церковь сайентологии» с ее деформированной и фантастической «естественнонаучной» картиной мира. В рецензируемом нами тексте из «2000» с самого начала присутствует попытка отвлечь от сути проблемы и «ошеломить» читателей информацией об огромном количестве распространенных видеодисков (20 тыс.), о гигантском числе включенных в эти лекции школьников (100 тыс.), о всенародной «любви» к этой программе в регионах Украины. И, таким образом, осуществляется план незаметного, с «черного хода», внедрения Л.Р.Хаббарда в список признанных мировых «гуманистов».

И все же какой-нибудь упрямый читатель после прочтения нашего текста может в сердцах сказать «Да Бог с ней, с Европой, ее правами человека и научной экспертизой! Вот победим наркоманию в Украине, тогда и будем думать о том, плох или хорош этот самый Хаббард и его «Наркокон» и какая у него мировоззренческая позиция. Главное — результат». Да еще этот читатель-скептик может формально упрекнуть нас в том, что мы психологически не можем понять состояние тех людей, для которых даже гипотетическая надежда на сомнительную программу «Наркокон» — это последняя соломинка в деле спасения

их близких от наркомании, алкоголизма или в коррекции поведения. На это ответ такой: каждый взрослый человек (но не ребенок) сам волен выбирать для себя или своих близких путь для решения насущных проблем, может даже обращаться к колдунам и экстрасенсам, но **цивилизованное общество, в том числе и через систему школьного образования, должно обеспечить защиту (информационную, юридическую, социальную и т.д.) от примазывания к этому не только различных сомнительных «гуманистов», но просто людей заангажированных**, даже если у кого-то из них в детстве или в более позднем половозрелом возрасте появился мессианский «зуд» по спасению человечества (от наркомании, экологических катастроф, в экзотических случаях даже и от инопланетян и т.д.).

Например, в России имеется аналог Хаббарда — печально известный российский «гуманист и дипломированный ученый», а ныне простой российский заключенный Г.П.Грабовой. Этот человек стал известен широкой публике тем, что он и его «молодая команда» предложили родителям погибших от рук террористов детей в Беслане «научным способом» (по методу «информационно-полевой матрицы» Г.П.Грабового) и не бесплатно оживить («материализовать») этих уже похороненных детей. Авторы хорошо знакомы с содержанием этого, так называемого научного метода. Сам принцип созданий «научных открытий» Грабового очень похож на хаббардовский. Кстати, имевшие (до ареста по факту мошенничества) место претензии Г.П.Грабового и его фанатичных адептов (даже создана организация «Партия ДРУГГ» — «Партия Добровольцев, Распространяющих Учение Григория Грабового») на спасение человечества от угроз (экологических, техногенных, «информационных» и т.д.) абсолютно аналогичны претензиям Хаббарда и его адептов. И весь этот абсурд с оживлением детей предлагался из «гуманных» соображений как новейшее достижение науки и даже (!) как гуманистическое развитие положений христианства. Г.П.Грабового в детстве часто посещали особые мессианские видения, когда он периодически «усилием воли» менял траектории летящих к Земле астероидов и таким образом спасал нас с Вами от космических катастроф (чем очень гордился).

Очевидно, что желание некоторых представителей Homo sapiens облагодетельствовать человечество и наличие у этого человечества объективных глобальных или локальных проблем, не являются поводом бросаться в объятия любому «спасителю», будь то Мария Дэви Христос из «Белого Братства», «мессия» Виссарион из красноярской тайги, «ученый»

Грабовой Г.П. из Москвы или «гуманист» Хаббард из США. Тем более недопустимо для удовлетворения своих амбиций эксплуатировать при этом человеческое горе (смерть близких, неизлечимые болезни, острые социальные или экологические проблемы и т.д.). В конце концов, так ли нам, дорогие читатели, важно знать, что автора рецензируемой нами статьи «...узнают на улицах, в международных маршрутках и поездах, в супермаркетах и метро...» (снова цитата из статьи в «2000»). Важно другое: как отделить «дары данайцев» от полезных подходов к решению проблем (даже если эти подходы предлагают неформальным способом).

Обычно авторы и пропагандисты «мессианских проектов» сразу предлагают глобальное и безальтернативное решение какой-либо проблемы именно их способом. Но здравый смысл и научный подход говорят, что чаще всего это оказывается либо мыльным пузырем, либо авантюрой. **Задача ликвидации наркотической эпидемии в Украине — это системная (социальная, педагогическая и медицинская) задача. И мы не можем себе позволить одну социальную беду ликвидировать за счет сознательной (или — бездумной) организации другой.** Цель не оправдывает средства. Что касается возможностей (конечно, не безграничных, не обещающих сделать все и сразу) современной медицины, то сегодня она предлагает нам не только традиционные (фармакологические, психотерапевтические и т.д.) методы лечения наркозависимости (в частности, методы эмоционально-стрессовой опосредованной психотерапии, основанной на концепция признанного и всемирно известного ученого Г.Селье), но и инновационные методы нейрохирургического вмешательства на основе стереотаксической локальной криодеструкции. Имеются статистически достоверные данные, что сочетание двух указанных методов (неинвазивного и инвазивного) по своей эффективности излечения уже в 4—5 раз выше традиционных (эти методы, в частности, успешно апробированы в Институте мозга РАН). И это уже реальный успех и шансы для многих нуждающихся в помощи. При этом все делается строго индивидуально, комплексно, по строгим медицинским показаниям, под контролем дипломированных специалистов, с оформлением протокола информированного согласия. И без всяких претензий на переворот в медицине или педагогике.

Существуют и различные научные медико-социальные реабилитационные программы (без какого-либо оккультного или антинаучного подтекста), возможно, не так успешно коммерчески и информационно раскрученные, но несущие пользу нуждающимся людям. И было

бы замечательно, если бы журналисты, работающие по этой теме, чаще и детальнее информировали читателей о таких реабилитационных программах в Украине (в том числе и общественных), о замечательных людях, которые работают в этих программах. Чтобы не быть голословными, сразу же можем рекомендовать заинтересованным журналистам побеседовать, например, с Анной Ключкой (старшим социальным работником Всеукраинской благотворительной организации «Конвиктус-Украина»), которая не только активно и профессионально работает по перенаправлению в различные программы реабилитации (drug free) потребителей инъекционных наркотиков, но, что важно, умеет убедительно и нестандартно рассказать молодежной аудитории о проблемах наркомании, о подходах к антинаркотической профилактике и лечению. Она считает, что излишняя, навязываемая помощь часто вредит самому наркоману и, только оставшись со своей бедой один на один, наркоман будет иметь мотивацию сознательно обратиться за помощью и победить недуг. И здесь, по ее мнению, наиболее эффективны те реабилитационные психотерапевтические программы, где глубоко прорабатываются первопричины, которые привели человека к употреблению наркотиков. Читатели могут сами составить свое мнение о таких подходах, прочитав интервью с этим специалистом в молодежном украинском журнале «Отрок» (№3(45) за 2010 г. или на сайте <http://otrok.ua.ru/>). На наш вопрос, какие именно существуют сегодня в Киеве (Украине) программы реабилитации наркозависимых, достойные серьезного общественного внимания, информационной поддержки, и какое место в этом занимает программа «Нарконон», Анна назвала, в первую очередь, Центр психотерапии для зависимых «Диалог» (г.Киев, <http://stop-narcotic.org.ua>), где используется био-психо-социальный подход, помощь предоставляют квалифицированные психотерапевты. Находясь в программе такого центра, человек имеет возможность глубоко изучить личностные проявления, которые и привели к зависимости, научиться действовать, воспринимать мир и себя в нем иначе, максимально снизить тенденцию к деструкции и саморазрушению. Есть хорошие программы, основанные на «12-шаговой модели», которые включают в себя и психотерапевтическую составляющую (реабилитационные центры «Троицкий» в г.Киеве и г.Сумы, <http://troitzkiy.org>, «Украинский Институт Зависимости» в Ворзеле, <http://zavisimosti.net.ua>). А что касается нашего вопроса по «Нарконону», по мнению Анны Ключки, программа «Нарконон» находится вне этого списка.

В связи со слишком активной рекламой антинаркотических лекций по программе «Нарконон» напомним читателям «случай из жизни» известного литературного героя Ильфа и Петрова Остапа Бендера. Он

тоже читал «медицинские» лекции женщинам Востока об абортах, и эти лекции пользовались неизменным успехом. Но он «работал» локально и был не настолько амбициозен, чтобы предлагать советским министрам широко внедрять свой «научный метод» демографической регуляции (правда, видеодисков тогда еще не делали, но кино уже снимали). Тем более, что тогда не так-то просто было «развести» чиновников всякими лженаучными проектами (не знали, видимо, еще слово «коррупция»). Например, по воспоминаниям ученого-физика П.А.Капицы (будущего лауреата Нобелевской премии), в те же годы (20—30-е годы XX века) один зарубежный псевдочлен пытался «продать» советскому правительству свое «изобретение» — самолет с «вечным двигателем». Даже привез и демонстрировал реальный образец с крутящимися пропеллерами. П.А.Капица, входивший в состав группы экспертов, будучи молодым и энергичным, не выдержал такой профанации, неожиданно для всех схватил багор с пожарного щита и проломил фюзеляж этого «чудо-аэроплана». И все увидели скрытые там от экспертов электрические аккумуляторы. В результате страна благополучно «лишилась» этого фиктивного «чудо-самолета».

В истории медицины много примеров, когда подходы и теории, казавшиеся, на первый взгляд, перспективными, впоследствии оказывались ошибочными и тупиковыми. Например, «френология» (популярная в XIX веке «наука», изучавшая интеллектуальные и моральные свойства человека по особенностям формы его черепа) при уже ставшей очевидной в начале XX века псевдонаучности даже продолжала как бы «развиваться» (в частности, в 1907 г. был разработан электрический «френометр» для измерения выпуклостей черепа). Но это уже была не наука, а ее небезопасная имитация. Кстати, в известные годы френология стала в определенной мере подспорьем для «ученых» нацистской Германии, занимавшихся расовой теорией.

Аналогом «френологического» подхода является используемая в антинаркотических лекциях «Нарконона» так называемая шкала эмоциональных тонов человека. В эту хаббардовскую «шкалу» почему-то включены совершенно разноплановые характеристики. Использование такой псевдонаучной «шкалы» не так невинно, как может показаться, на первый взгляд. Потому что, таким образом, деформируя научное мировоззрение, шаг за шагом (по принятому в такого рода методиках принципу *step by step*) можно «подготовить» слушателя и к хаббардовским знаниям про «имплантационную станцию на Венере» и про прочие «научные» и «этические» постулаты Л.Р.Хаббарда.

В заключение выразим надежду на то, что новый министр образования Украины Дмитрий Табачник (к которому и апеллирует автор рецензируемой нами статьи), в случае, если перед ним действительно встанет вопрос о «...поддержании проекта по распространению дисков (с лекциями киевской организации «Наркокон» — прим. авторов) в учебных заведениях...», обратит внимание и на наше скромное мнение о том, что за этими «дисками с лекциями» просматривается хаббардовская «технология» индоктринации (т.е. обучения некой доктрине с отключением критического мышления слушателей). Поэтому, если и проводить какое-либо лицензирование антинаркотических лекций, то вначале необходимо разорвать эту цепочку (по принципу «мухи отдельно, котлеты отдельно»). И при принятии решения предварительно провести профессиональную экспертизу «содержания и методов» обсуж-

даемого в нашей статье «наркононовского френометра». Ибо не закончилось еще время «данайцев, дары приносящих». **Бояться, конечно, этих самых «данайцев» нам не стоит (это могут оказаться вполне хорошие и искренние люди, не разобравшиеся в сути вопроса), но к их «дарам» присмотреться повнимательнее есть все основания и возможности.** И в этом не должно быть ничего обидного или неприемлемого для сторонников той или иной антинаркотической методики, реабилитационной программы. Если, конечно, у нас с ними не только одинаковые цели, но и общая позиция по допустимым средствам.

А легенда о «Троянском коне», с которой мы начали эту статью, пусть навсегда останется для всех нас символом и предупреждением возможного «вторжения», которому иногда неразумно помогают сами потенциальные жертвы «данайских даров».

THE CATCHER ... “NARCONON”, OR “GREEK GIFT” TO UKRAINE

EGORENKOV A.I., KORBEINIKOV G.V.

ИНФОРМАЦИЯ

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ИНСТИТУТ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ ФЕДЕРАЛЬНОГО МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКОГО АГЕНТСТВА

КАФЕДРА НАРКОЛОГИИ И ПСИХОТЕРАПИИ

г. Москва, ул. Годовикова, 7
тел.: 8 (495) 782-39-40

*Руководителям
органов и учреждений здравоохранения*

Кафедра наркологии и психотерапии института проводит новую серию выездных сертификационных (144 учебных часа) и тематических циклов (72 учебных часа) усовершенствования по темам:

- актуальные вопросы психиатрии-наркологии. новые методы лечения алкоголизма и наркоманий;
- психотерапевтические методики в лечении алкоголизма и наркоманий;
- современная психофармакотерапия в лечении алкоголизма и наркоманий;
- современные подходы к лечению игромании и интернет-зависимости.

В программах выездных циклов общего усовершенствования (144 учебных часа) отражаются базовые патогенетические механизмы развития аддиктивных расстройств и основополагающие подходы к лечению и реабилитации больных алкоголизмом, наркоманиями и токсикоманиями, игроманией, освещаются современные схемы и рецептура при купировании специфических абстинентных состояний, лечения аддиктивной болезни и поддерживающей терапии.

Для освещения современных тенденций в наркологической науке и практике выезжают для проведения циклов усовершенствования следующие сотрудники кафедры:

Никифоров Игорь Анатольевич — д.м.н., профессор, автор монографии: "Интегративные психотехнологии в профилактике и коррекции зависимого поведения" и более 100 научных работ по организации наркологической помощи населению, ранней диагностики зависимости от психоактивных веществ у подростков, сопутствующих сомато-неврологических расстройств;

Чернобровкина Тамара Васильевна — д.м.н., профессор, заместитель главного редактора журнала "Психическое здоровье", заместитель главного редактора журнала "Наркология", автор 6 монографий, синергетической концепции в наркологии и теории возникновения алкоголизма, более 170 научных работ;

Скворцова Елена Сергеевна — д.м.н., профессор, автор монографии по подростковому алкоголизму и руководитель программы мониторинга развития алкоголизма, наркоманий и токсикоманий у подростков-школьников в России. Автор более 130 научных работ по эпидемиологии раннего наркотизма;

Ракитин Михаил Михайлович — профессор кафедры. Один из лучших преподавателей психиатрии в наркологии. Автор популярного учебного пособия: "Избранные лекции по психиатрии" и более 60 научных работ, посвященных психопатологии в структуре наркологических заболеваний;

Овсянников Валерий Александрович — доцент кафедры, блестящий преподаватель психотерапии в наркологической практике, автор синтетической методики экстренной психотерапии больных алкоголизмом. На циклах усовершенствования активно делится накопленным опытом лечения больных игроманией.

Стоимость обучения на выездном цикле усовершенствования — 6 000 рублей за одного курсанта (обучающегося), количество не менее 15 человек в группе.

**Заявки на проведение выездных циклов усовершенствования принимаются
от руководителей организаций и учреждений здравоохранения**

**по телефонам:
8(963) 750-39-40, 8(916) 679-37-30, 8(903) 152-12-26**

**по электронной почте:
gricevskaysl@mail.ru
mavrik1300@rambler.ru
narkolog.ipk@mail.ru**

Преподаватели привозят с собой раздаточный учебно-методический материал и последние монографии по наркологии и психотерапии, изданные в текущем году.

Кафедра проводит циклы профессиональной переподготовки по специальности "Психиатрия-наркология" (576 учебных часов).

Кафедра осуществляет прием в клиническую ординатуру по специальности "Психиатрия-наркология" (3456 учебных часов)

*Заведующий кафедрой,
д.м.н., профессор И.А.Никифоров*