

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.А.
ГОЛЕНКОВ А.В.
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.А.
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.
ЗАЙГРАЕВ 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", 2011
Тираж: 500 экз.

Наркология

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

2011 г. №7 (115)

СОДЕРЖАНИЕ

ГОСУДАРСТВЕННАЯ АНТИНАРКОТИЧЕСКАЯ ПОЛИТИКА

Иванов В.П.

О мерах по кардинальному сокращению спроса
на наркотики в Северо-Кавказском и Южном Федеральных округах 12

Иванов В.П.

О позиции в связи с публикацией доклада
"Глобальной комиссии ООН по политике в области наркотиков" 15

В последнее десятилетие Российская Федерация подверглась интенсивной наркоагрессии. 18

Федеральный закон Российской Федерации от 14 июня 2011 г. №139-ФЗ 26

АНТИНАРКОТИЧЕСКАЯ ПОЛИТИКА ЗА РУБЕЖОМ

Доклад Международного комитета по контролю над наркотиками за 2010 г.
Анализ положения в мире. Регион Африка 29

От борьбы с наркотиками
к проведению согласованной политики в области зависимости. 38

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ НАРКОЛОГИИ

**Надеждин А.В., Федоров М.В., Колгашкин А.Ю.,
Тетенова Е.Ю., Гаврилов К.А.**

Опыт проектирования и создания электронной истории болезни
наркологического пациента 40

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НАРКОЛОГИИ

Сафонов О.А., Дмитриева Т.Б., Клименко Т.В., Козлов А.А.

История потребления, распространенность
и контроль за незаконным оборотом кокаина по регионам мира 50

**Букин В.Н., Теркулов Р.И., Кормилина О.М.,
Шамсутдинов Я.В., Соснина В.С.**

Заболеваемость населения Новосибирской области
наркологическими расстройствами в 2010 г. 57

КЛИНИЧЕСКАЯ НАРКОЛОГИЯ

**Симонова А.В., Карабиненко А.А., Ганин Д.И., Полетаев А.Б., Полетаева А.А.,
Панченко Л.Ф., Терехина Н.Н., Наумова Т.А., Симонов Д.В.**

Клинико-диагностическое значение комплексной оценки аутоиммунитета
у пациентов с алкогольной и наркотической зависимостью 61

Иванов В.П., Никишина В.Б., Кущёва Н.С., Кущёв Д.В.

Некоторые особенности
социально-биологического статуса и психологического портрета
пациентов с алкогольной зависимостью I–II стадии. 68

ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НАРКОЛОГИИ

Бисалиев Р.В., Куц О.А., Мухтарова В.Р.

Предикторы суицидального поведения
у больных с зависимостью от азартных игр 74

ОБЗОРЫ

Сакеллион Д.Н., Алимов У.Х.

Изменение показателей метаболизма и ионного гомеостаза
в биологических жидкостях организма при нарушении деятельности мозга. 84

ДИСКУССИОННАЯ ТРИБУНА

Благов Л.Н.

Методологические аспекты клинической диагностики
в психиатрии-наркологии 90

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

Калачев Б.Ф.

О публикации доклада "Глобальной комиссии ООН по политике в области наркотиков". 101

Alternate editor-in-chief
IGONIN A.L.

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

Science editor
NADEZHIN A.V.

Secretary
SABANTSEV B.N.

Editorial Board
ALTSULER V.B.
BONDAR' I.V.
BRUN E.A.
GOLEKOV A.V.
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, 2011

Narcology

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

2011. №7 (115)

CONTENTS

NEWS

News of Russian and global narcological community 3

STATE ANTI-DRUG POLICY

Ivanov V.P.

On measures to radically reduce the demand for drugs
in the North Caucasus and Southern Federal Districts 12

Ivanov V.P.

On the position in connection with the publication
of the Report of the UN Global Commission on Drug Policy 15

In the last decade, the Russian Federation has undergone intensive drug aggression 18

Federal Law of the Russian Federation from June 14, 2011 № 139FZ 26

GLOBAL ANTI-DRUG POLICY

Report of the International Narcotics Control Board for 2010.

Analysis of the world situation. Africa region 29

Towards more coherence between policies on psychoactive substances and addiction 38

ORGANIZATION

Nadezhdin A.V., Pyodorof M.V., Kolgashkin A.J., Tetenova E.J., Gavrilov K.A.

Designing and creating an electronic patient's history for use in drug treatment 40

EPIDEMIOLOGY

Safonov O.A., Dmitrieva T.B., Klimenko T.V., Kozlov A.A.

History of abuse, distribution and control of trafficking of cocaine over the World regions 50

Bukin V.N., Terkulov R.I., Kormilina O.M., Shamsutdinov Ya.V., Sosnina V.S.

The Novosibirsk region population morbidity of narcology diseases in 2010 57

CLINICAL RESEARCH

*Simonova A.V., Karabinenko A.A., Ganin D.I., Poletaev A.B., Poletaeva A.A.,
Panchenko L.F., Terebilina N.N., Naumova T.A., Simonov D.V.*

Clinical and diagnostic value of integrated assessment of autoimmunity
in patients with alcohol and drug dependence 61

Ivanov V.P., Nikishina V.B., Kuscheva N.S., Kushev D.V.

Some questions of socially-biological status and psychological portrait of patients,
suffering from alcoholism of the I–II stages 68

PREVENTIVE ASPECTS OF NARCOLOGY

Bisatiev R.V., Kuts O.A., Mukhtarova V.R.

Suicide behaviour predictors in patients with pathological game dependence 74

REVIEW

Sakellion D.N., Alimov U.Kh.

Changes in the indices of metabolism and ionic homeostasis
in biological fluids of organism in disorders in brain activity 84

DISCUSSION

Blagov L.N.

Methodological aspects of clinical diagnosis in psychiatry and drug addiction 90

BRIEF REPORTS

Kalachev B.

About the UN Global Commission on Drug Policy Report. 101

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.

26 июня — Международный день борьбы с наркоманией

26 июня во всём мире отмечается Международный день борьбы с наркоманией и незаконным оборотом наркотиков. Этот международный день был учреждён в 1987 г. Генеральной Ассамблеей ООН, на основании рекомендации Международной конфедерации по борьбе со злоупотреблением наркотическими средствами и их незаконным оборотом. Международный день борьбы с наркоманией был создан с целью привлечения внимания мирового сообщества к проблеме наркомании и сплочения населения всех стран для борьбы с заразой 21-го века. На специальной сессии Генеральной ассамблеи ООН была поставлена цель: уменьшить проблему наркомании к 2008 г. Однако, по оценкам ООН, в настоящее время число лиц, употребляющих наркотические средства, составляет 3% от общего населения земли, из них 12% населения в возрасте от 15 до 30 лет, кроме того, с годами возрастает и число наркоманов женщин и детей в возрасте 13—14 лет.

История борьбы с наркоманией и распространением наркотиков насчитывает уже более 100 лет. Ещё в 1909 г. опиумная комиссия, в состав которой входила, в том числе и Россия, пыталась ограничить ввоз наркотиков из азиатских стран, но, к сожалению, проблема по-прежнему остаётся нерешённой.

Незаконный оборот наркотиков подпитывает глобальную организованную преступную сеть сотнями миллиардов долларов, что серьёзно сказывается на развитии и безопасности. Доходы от продажи опиатов достигают \$68 млрд, а от кокаина \$85 млрд в год, заявил исполнительный директор Управления ООН по наркотикам и преступности Юрий Федотов, выступая на заседании Совета Безопасности ООН по угрозам международному миру и безопасности. «Незаконный оборот наркотиков продолжает подрывать стабильность, безопасность и здоровье людей во многих частях мира. Миллионы на планете страдают и умирают в результате употребления нелегальных наркотиков», — приводит его слова «Центр новостей ООН».

Ю.Федотов призвал к активизации усилий по борьбе с наркотиками на международном, региональном и страновом уровне. Он подчеркнул, что меры должны быть сбалансированными и касаться не только борьбы с сокращением поставок, но и усилий по снижению спроса, и напомнил о важности международной Конвенции по борьбе с наркотиками. «Многие кризисные ситуации, которые находятся в поле зрения Управления, в том числе недавние события на Ближнем Востоке и феномен пиратства в Сомали или Афганистан — и я могу назвать больше, все они четко демонстрируют возможности транснациональной организованной преступности дестабилизировать преобразования, подрывать политический процесс и препятствовать развитию», — сказал Ю.Федотов.

Ранее ООН информировало, что мировые рынки кокаина, героина и каннабиса сократились, но при этом наблюдалось расширение масштабов производства опиоидов рецептурного отпуска и новых синтетических наркотиков и числа лиц, злоупотребляющих ими. В прошлом году во всем мире хотя бы один раз запрещенные вещества употребляли около 210 млн чел. или 4,8% населения в возрасте 15—64 лет. По данным исполнительного директора Управления ООН, из-за наркотиков ежегодно погибает около 200 тыс. чел.

Источник: www.rosbalt.ru

В течение 3 ближайших лет в России будет полностью модернизирована наркологическая служба

Об этом сообщила министр здравоохранения и социального развития РФ Татьяна Голикова, открывая Всероссийскую акцию, посвященную Международному дню борьбы с наркоманией. "В этом году для реализации этой программы выделены 16 пилотных регионов, которые будут на современном уровне модернизировать наркологическую службу, — сказала она. — Эти регионы будут внедрять новый порядок и новые методики борьбы с наркоманией".

Модернизация наркологической службы проводится в России с 2011 г. в рамках нацпроекта "Здоровье". В 2012–2013 годах в реализацию мероприятий планируется включить по 26 регионов с объемом финансового обеспечения 520 млн руб. ежегодно. Ожидается, что остальные 15 регионов будут включены в программу в 2014 г., на это выделено еще 430 млн руб., тем самым программой модернизации будут охвачены все наркологические учреждения РФ.

Т.Голикова напомнила, что Россия — "единственная страна в мире, имеющая разветвленную сеть учреждений наркологической службы, в которую входят 138 наркологических диспансеров (из которых 115 имеют стационарные отделения), в 186 медицинских учреждениях существуют наркологические отделения или кабинеты, в том числе 277 для несовершеннолетних, при этом практически каждый наркодиспансер имеет свое реабилитационное отделение. "Хотя мы все это имеем, в последние годы этим проблемам не уделялось должного внимания, и это (наркомания) не было приоритетом ни для региональных, ни для муниципальных органов", — констатировала министр. Именно поэтому в 2011 г. было принято решение поддержать учреждения наркологической службы на федеральном уровне и разработана программа модернизации.

Министр подчеркнула, что проблемой наркомании должны заниматься не только учреждения здравоохранения, но и общественные, неправительственные и религиозные организации, с которыми Минздравсоцразвития готово тесно сотрудничать. По мнению Т.Голиковой, человек, выйдя из наркологического диспансера после курса лечения, не должен оставаться один на один со своей проблемой, "общество должно подхватить его и не дать вернуться обратно".

Те регионы, которые в этом году не вошли в пилотный проект, уже сейчас, считает министр, должны готовиться вступить в эту программу модернизации, а общественным организациям следует мониторить ситуацию и тесно взаимодействовать с учреждениями здравоохранения. "Мы отработываем пилотную методику, это делается впервые, поэтому нужна корректирующая информация от общественных организаций с мест", — заметила Т.Голикова.

На 1 января 2011 г. число зарегистрированных в государственных наркологических учреждениях наркопотребителей составило 547 081 чел., однако, по мнению министра, "неофициальная цифра в 4–5 раз превышает официальную". Количество человек, состоящих на профилактическом учете в связи с потреблением наркотиков, несколько снизилось и составило 196,7 тыс. чел., или 138 на 100 тыс. населения. В 2010 г. в связи с отравлениями наркотическими веществами умерли 7192 чел.

Источник: www.tass-ural.ru

Доклад Глобальной комиссии по антинаркотической политике, призвавшей легализовать ряд наркотиков, не соответствует официальной позиции ООН

Об этом заявил пресс-секретарь Управления ООН по наркотикам и преступности Элан Джонс. По его словам, эксперты ООН, а также организаций, входящих в ее состав, не работали над созданием доклада. Представитель международной организации подчеркнул, что в документе "не идет речи об официальной позиции ООН". Э.Джонс также отметил, что Управление ООН по наркотикам и преступности намерено детально проанализировать доклад Глобальной комиссии по антинаркотической политике. Комиссия из 19 членов, в состав которой в том числе вошли бывший генеральный секретарь ООН Кофи Аннан, а также бывшие президенты Швейцарии, Мексики, Колумбии и Бразилии, опубликовала свой доклад 2 июня. Авторы документа считают, что международная борьба с наркотиками провалилась и привела к расцвету организованной преступности, а также пустой трате средств налогоплательщиков. Согласно докладу, с 1998 по 2008 годы мировое потребление нелегальных опиатов возросло на 35%, кокаина — на 28% и марихуаны — на 8,5%. В связи с этим комиссия призвала правительства стран легализовать ряд наркотических веществ (в первую очередь продукты конопли) и подвергнуть их потребление законному регулированию. По мнению членов комиссии, это позволит обезоружить наркодельцов и обеспечить охрану здоровья и безопасности граждан. Комментируя содержание доклада, глава Федеральной службы по контролю за оборотом наркотиков Виктор Иванов обвинил Глобальную комиссию по антинаркотической политике в пропаганде наркотиков. "Эта кампания прямо или косвенно связана с теми гигантскими доходами, которые оцениваются порядка 800 млрд долларов", — заявил он.

Источник: www.medportal.ru

Легализация наркотиков приведет лишь к росту наркомании

Идея легализации наркотиков для борьбы с наркоманией, высказанная в докладе так называемой Глобальной комиссии по выработке политики в области борьбы с распространением наркотиков, несостоятельна и приведет только к росту наркомании. Такое мнение высказал эксперт в области борьбы с наркоугрозой, председатель наблюдательного совета Института демографии, миграции и регионального развития Юрий Крупнов, комментируя доклад этой общественной организации со штаб-квартирой в Рио-де-Жанейро. По мнению

авторов документа, легализация наркотиков во всем мире и прекращение уголовного преследования наркоманов является более эффективной мерой в борьбе с наркотиками.

"Легализация наркотиков не поможет в борьбе с распространением наркомании. Это доказывает исторический опыт. Ситуации, когда наркотики не были запрещены, а являлись свободным товаром, были в истории многократно, и это, наоборот, приводило к тому, что международное сообщество и отдельные государства приходили к запрету. Это естественный ответ на то, что свободно циркулирующие наркотики сжигают население", — считает Ю.Крупнов. Он привел в пример опыт Китая конца XIX века. Британцы привозили индийский опиум в Китай, и там появились несколько миллионов опиумных курильщиков. Обратно они увозили чай и серебро, которого оставалось все меньше. Те самые опиумные войны середины XIX века были как раз связаны с попытками китайского правительства остановить этот грабёж и наркотизацию населения. "Еще одним неудачным примером можно назвать Швецию, которая пошла в прошлом веке на тотальную либерализацию наркотиков, и в итоге через 10 лет ситуация с наркотиками в стране приняла эпидемический характер. В ответ на это была выработана образцовая на сегодняшний день шведская антинаркотическая модель, в основе которой лежит, в том числе, криминализация наркопотребления", — отметил эксперт. Обратный пример — Голландия, где легализованы легкие наркотики. "Заявления, что там не стало больше наркотиков — лживые и неадекватные", — сказал Ю.Крупнов, пояснив, что государство таким образом превращается в "наркоофшор", где финансовые вопросы решаются за счет наркотоуризма. "Таким образом, и исторические, и современные примеры показывают несостоятельность подобного рода предложений", — подытожил эксперт.

Источник: www.ami-tass.ru

На заседании высокого уровня ООН намечены новые амбициозные цели в области борьбы с ВИЧ/СПИДом

В штаб-квартире ООН в Нью-Йорке 10 июня принятием Политической декларации завершилось трехдневное заседание высокого уровня Генеральной Ассамблеи по СПИДу. В документе определены конкретные цели и обязательства, направленные на борьбу с вирусом иммунодефицита в ближайшие 5 лет. Главная из них — искоренить к 2015 г. случаи передачи ВИЧ от матери ребенку, говорится в сообщении ООН. В Декларации также поставлена цель к 2015 г. сократить вдвое число случаев передачи ВИЧ половым путем и на 50% — число новых ВИЧ-заражений среди потребителей инъекционных наркотиков. Решено к 2015 г. обеспечить доступ к антиретровирусным препаратам для 15 млн ВИЧ-инфицированных. Государства пообещали к 2015 г. увеличить финансирование на цели борьбы с ВИЧ до 22–24 млрд долл. Участники заседания договорились принять все возможные меры для того, чтобы к 2015 г. все дети рождались свободными от ВИЧ. Главы государств и правительств пообещали к этому же сроку на 50% сократить смертность от туберкулеза среди ВИЧ-инфицированных.

Тридцать лет спустя после начала эпидемии СПИДа и через 10 лет после проведения исторической специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН по ВИЧ/СПИДу ежедневно этим опаснейшим вирусом заражаются примерно 7 тыс. чел. Первый случай ВИЧ/СПИДа был выявлен 5 июня 1981 г. С тех пор СПИД унес почти 30 млн жизней. Ни одна страна не избежала страшных последствий этой глобальной эпидемии. Со времени начала эпидемии вирусом иммунодефицита заразились 60 млн чел. На сегодняшний день в мире насчитывается 34 млн ВИЧ-инфицированных лиц. К концу 2010 г. в странах с низким и средним уровнем доходов почти 6,6 млн чел. получали антиретровирусную терапию. Это почти в 22 раза больше, чем в 2001 г.

Источник: www.un.org, www.pharmvestnik.ru

Кодеиносодержащие лекарства будут отпускаться по рецепту с июня 2012 г.

Лекарственные препараты, содержащие кодеин, с 1 июня 2012 г. в российских аптеках будут отпускаться по рецептам. Об этом сообщила министр здравоохранения и социального развития России Татьяна Голикова. По ее словам, решение о введении рецептурного отпуска «уже состоялось». «Дискуссия по этому поводу прекращена, но это все равно недостаточно, мы все равно должны будем работать в этом направлении», — цитирует Т.Голикову РИА «Новости». Нововведение коснется таких препаратов, как «Пенталгин-Н», «Каффетин», «Коделак», «Солпадеин», «Нурофен Плюс» и «Терпинкод».

Необходимость усиления мер по контролю над оборотом перечисленных лекарств связана с тем, что внушительная часть отпущенных без рецепта кодеиносодержащих таблеток от головной боли и кашля используется наркоманами для приготовления одного из самых дешевых и распространенных тяжелых наркотиков — дезоморфина. По данным ФСКН, пристрастившиеся к веществу люди в среднем погибают через год после начала употребления.

В конце апреля президент России Дмитрий Медведев поручил правительству проработать вопрос о введении запрета на свободную продажу в аптеках препаратов, которые содержат кодеин. Для разработки опти-

мальной схемы была создана специальная комиссия. Сроки введения рецептурной продажи кодеиносодержащих лекарств при этом постоянно переносились.

Глава ФСКН Виктор Иванов в конце мая заявлял, что свободная продажа кодеиносодержащих препаратов привела к распространению дезоморфиновой наркомании практически на всей территории России.

Дезоморфин ранее использовался в медицине в качестве анальгетика. Однако из-за быстрого возникновения наркотической зависимости медики от препарата со временем отказались. Последствия употребления дезоморфина — поражение внутренних органов, сердечно-сосудистой системы, головного мозга, разрушение иммунной системы. В местах инъекций образуются глубокие незаживающие язвы. Популярность наркотик приобрел, прежде всего, из-за своей дешевизны — одну дозу дезоморфина, по данным ФСКН, можно приобрести за 100—150 руб. Готовится «крокодил», как называют наркотик сами его жертвы, кустарно, с помощью купленных в обычных аптеках таблеток.

Источник: www.forbes.ru

Расширение доступа к интернет-аптекам привело к росту злоупотребления медикаментами

Расширение доступа к интернет-аптекам, продающим лекарства без рецепта врача, стало важным фактором быстрого роста случаев злоупотребления медикаментами. Эта проблема особенно усложнилась в Америке, где начиная с 2000 г. отмечены стремительный рост продаж медикаментов через Интернет и одновременно — рост показателей злоупотребления лекарствами. Чтобы увидеть масштабы этой проблемы достаточно лишь взглянуть на статистику в университетских городках, где, по словам специалистов, отпускаемые по рецепту препараты практически вытеснены широким употреблением запрещенных веществ. Купленные через Интернет лекарства, которыми американцы наиболее часто злоупотребляют и принимают не по назначению — это обезболивающие препараты, стимуляторы, седативные средства и транквилизаторы. Анализ проведенные специалистами Университета Южной Калифорнии и общей больницы Массачусетса (США) показал, что каждое 10%-ное увеличение доступности услуг высокоскоростного Интернета сопровождается примерно 1%-ным ростом приема не по назначению рецептурных лекарств.

Источник: www.ami-tass.ru

В Госдуму внесен законопроект, закрепляющий норму об обследовании школьников и учителей на предмет употребления наркотиков и алкоголя

Согласно распространенному в нижней палате парламента тексту, "диспансеризация и медосмотры обучающихся, воспитанников образовательного учреждения" будут проводиться для "обеспечения конституционных прав граждан на жизнь и охрану здоровья". В этом же списке фигурирует "предупреждение наркомании, токсикомании и алкоголизма, инфекционных, массовых неинфекционных, профессиональных, социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих". Также среди целей исследований указано "выявление лиц, страдающих указанными заболеваниями, и своевременное оказание им медицинской помощи".

Как рассказал ИТАР-ТАСС автор инициативы, депутат Мосгордумы Михаил Москвин-Тарханов, проект закона "дает только базовые основания", порядок осмотров планируется оставить на усмотрение правительства. В случае принятия новаций, отметил он, "такое тестирование будет осуществляться в рамках регулярных школьных медосмотров на добровольной основе, если не будет каких-нибудь чрезвычайных ситуаций, которые могут вызвать принудительное исследование, например, случаи массового употребления наркотиков". Кроме того, для военных учебных заведений, например, для суворовцев, может быть недобровольное тестирование, не исключил депутат.

Также законопроект оговаривает прохождение обязательных предварительных при поступлении на работу и периодических медосмотров "работниками отдельных профессий, производств и организаций, перечень которых утверждается уполномоченным правительством РФ федеральным органом власти". Сейчас в данном списке значатся, прежде всего, врачи. "Как учитель, я уверен, что это должно касаться и преподавателей, — сказал Москвин-Тарханов. — Если мы побуждаем детей к тестированию, то сами первыми должны подавать пример. Если учителя воздержатся, их примеру последуют и ученики".

Между тем, на законопроект пока получено отрицательное заключение правительства за подписью вице-премьера — главы аппарата Вячеслава Володина, в котором, по словам депутата, говорится, что у кабинета министров "нет на это денег". "У нас на что только деньги ни есть, а на это нет", — констатировал он. При этом, по утверждению автора законопроекта, "денег потребуется немного". "Все будет зависеть от того, какие правительство введет категории, будет это добровольно или нет, но все равно это копейки, — убежден он. — По сравнению с теми потерями, которые мы несем от убыли молодых людей".

При этом Москвин-Тарханов рассказал, что согласовывал свою инициативу в Госдуме и получил "положительное заключение": единороссы в нижней палате парламента, по его словам, ее поддержали с учетом проведенной доработки текста.

18 апреля председатель Госдумы Борис Грызлов заявил, что тестирование школьников на наркотики необходимо, но его результаты следует передавать только их родителям. В этот день проблема борьбы с распространением наркотиков обсуждалась на заседании президиума Госсовета, которое провел в Иркутске президент РФ Дмитрий Медведев.

Позднее идею добровольного обследования школьников на употребление психотропных веществ поддержал глава Минобрнауки Андрей Фурсенко. Согласно опросу, проведенному Всероссийским центром изучения общественного мнения (ВЦИОМ) в феврале 2011 г., более 80% россиян поддерживают идею тестирования школьников на употребление наркотиков. 16 мая главный нарколог России профессор Евгений Брюн сообщил, что в скором времени выйдет приказ Минздравсоцразвития РФ о порядке обследования учащихся на употребление наркотиков. 7 июня Б.Грызлов опубликовал статью, в которой указал на необходимость узаконить обязательное антинаркотическое тестирование при приеме на работу.

Источник: www.itar-tass

Наркотикам в Тюмени поставлен надежный заслон

По последним данным ООН, самое большое число наркозависимых в Иране и Афганистане, третьей в этом списке значится... Россия. По данным Минздрава, в России — около 550 тыс. официально зарегистрированных наркозависимых лиц, но, по экспертным оценкам, в действительности их около 2—2,5 млн. человек. От общего числа наркоманов в России по статистике — 20% — это школьники, 60% — молодежь в возрасте 16—30 лет, 20% — люди более старшего возраста. Наркомания захлестывает Москву, Петербург и Ленинградскую, Московскую, Амурскую, Новосибирскую, Оренбургскую и Ростовскую области. Но есть в России регионы, где наркозависимость населения год от года снижается.

Тюменская область входит в первую тридцатку регионов России, где наиболее успешно реализуются меры по борьбе с незаконным оборотом наркотиков. На 32,9% здесь снизилась заболеваемость наркоманией с начала прошлого года. На 34,9% сократился показатель распространенности наркомании. На 30,9% уменьшилось в 2010 г. число тюменцев, поступивших в лечебные учреждения с диагнозом «наркотическое отравление». Почти на 10% сократилось количество больных наркоманией, и по состоянию на начало этого года оно составляет 3243 человека. Наполовину уменьшилось число людей, умерших от передозировки.

Да просто холодная Тюмень находится в стороне от основных путей наркотрафика, возразят скептики. И добавляют, что люди сюда приезжают в основном вкалывать вахтовым методом, а не развлекаться по ночным клубам. Но эти аргументы в корне неверны.

Несколько лет назад в Тюмени была создана представительная антинаркотическая комиссия, в состав которой вошли силовики, ученые, медики, педагоги, а возглавил ее вице-губернатор Сергей Сарычев. Такие комиссии существуют повсеместно — толку никакого. Но власть в Тюмени начала значительно больше внимания уделять профилактике наркомании прежде всего в образовательных учреждениях, а также финансированию программ по профилактике. И плоды этой работы не заставили себя ждать. Теперь опыт тюменцев достоин подражания в самых наркозависимых регионах нашей страны.

К примеру, в регионе стартовал марафон «Закон суров, но это закон», который продлился 2010/11 учебный год. Он был рассчитан на воспитанников детских домов, социальных приютов, интернатов, то есть на самую уязвимую для наркодилеров аудиторию. Цель — показать необратимость наказания за действия, связанные с незаконным оборотом наркотиков. Для этого трудных подростков приглашали в зал суда на время оглашения приговора. Ребята своими глазами могли увидеть процедуру. По оценкам специалистов, это имеет большой психологический эффект.

Антинаркотическая комиссия поддержала предложение областного Департамента по спорту и молодежной политике вернуться к опробованному в 2009 г. методу «родительских» тестов. Суть его в том, что родителям школьников на родительских собраниях объясняли опасность наркотиков, говорили о симптомах наркотического отравления и раздавали желающим буклеты Z-Card с информацией о наркомании и экспресс-тесты. Само наличие такого теста в доме и возможность того, что с его помощью родители смогут узнать об употреблении наркотика, оказалось сильнейшим сдерживающим фактором для подростков.

Более 150 тыс. человек ежегодно добровольно проходят тестирование в регионе на немедицинское употребление психотропных веществ. В число тестируемых входят студенты всех курсов учреждений высшего, среднего и начального профессионального образования, учащиеся 9—11-х классов, граждане призывного и приписного возраста, лица, содержащиеся в учреждениях УФСИН. Для проведения процедуры используются

тест-системы, которые позволяют одновременно определить амфетамины, морфины и каннабиноиды. Удивительно, но в 2010 году от прохождения процедуры отказались всего 16 человек. В 2011 г. власти Тюменской области приняли решение выделить средства на приобретение современного оборудования для лабораторий, которые выявляют наркотические вещества.

В регионе планируется внедрять новые формы профилактики. В частности, более активно использовать возможности сети Интернет: создавать сайты школ, проводить тематические круглые столы и конференции в режиме онлайн и т.д. Ведь именно такая форма сетевого диалога с подростками сегодня является наиболее эффективной. За 11 месяцев этого года в региональных СМИ вышло 848 публикаций и телесюжетов антинаркотической направленности. Из них более всего — 429 — в лентах информационных агентств и на сайте правительства области. Вице-губернатор Сергей Сарычев отметил, что молодежь в качестве источников информации предпочитает Интернет, поэтому в дальнейшем необходимо шире использовать потенциал интернет-ресурсов.

Снижение наркозависимости региона повлияло на уменьшение общей преступности в Тюмени. Четыре года назад на 100 тыс. жителей приходилось 4200 преступлений. По итогам 2010 г. уровень преступности в Тюменской области составил 2800 правонарушений на 100 тыс. жителей. Это существенное снижение, которого совместными усилиями смогли достичь органы всех уровней власти региона, правоохранительные службы, прокуратура и другие инстанции.

По словам заместителя главы региона Сергея Сарычева, в Тюменской области наблюдается положительная тенденция к снижению заболеваемости наркоманией, в том числе и среди несовершеннолетних. «Тем не менее это не должно успокаивать, поскольку показатели по-прежнему превышают средний уровень по России и Уральскому федеральному округу», — отметил Сергей Сарычев. Вице-губернатор призвал всех сотрудников правоохранительных ведомств помнить, что от эффективности их действий зависят человеческие жизни. Поэтому основная задача — постоянно повышать качество

Источник: Сергей Никаноров, www.ng.ru

К 2013 г. психиатры намерены пересмотреть критерии диагностики психических болезней

Главная проблема, с которой сталкиваются авторы исследования — та же, что и у их предшественников: как отличить психическую болезнь от огромного спектра нормального человеческого поведения. Поэтому одной из основных тем дискуссий на встрече Американской психиатрической ассоциации стали опасения того, что дополнение или сокращение кодекса психического здоровья без солидной научной базы может принести больше вреда, чем пользы. Вот некоторые вопросы, стоящие перед авторами исследования в связи с возникновением "новых условий": существует ли аффективное расстройство, свойственное некоторым женщинам накануне менструации; является ли страсть к накоплению вещей болезнью мозга; может ли горе, вызванное потерей, перерасти в психическую болезнь? Звучат предложения заменить слово "тревожность" на "обеспокоенность", а "пристрастие", "зависимость" и "злоупотребление психоактивными веществами" — на "расстройство, вызванное употреблением психоактивных веществ". По словам главы рабочей группы по выработке критериев (DSM-5) доктора Дэвида Капфера, незначительное изменение лексики подчас может сделать какое-то расстройство гораздо более распространенным или гораздо более редким. Кроме того, из числа психических болезней может быть исключен нарциссизм.

Источник: Inopressa.ru, Los Angeles Times

В Европе стал набирать популярность необычный наркотик

Молодежь использует средство для снятия лака, которым пропитаны ватные диски. В нем, оказалось, содержится запрещенное средство гамма-бутиролактон (ГБЛ). Оно раздражает слизистые оболочки, быстро проникает в головной мозг. Употребление ГБЛ с алкоголем опасно вплоть до летального исхода, а передозировка вызывает головокружения, рвоту и потерю сознания. Если человек регулярно принимает ГБЛ, у него развивается тяжелая физическая, психическая зависимость и изменения в центральной нервной системе. После того, как в 2009 г. были зафиксированы несколько смертей вследствие употребления данного наркотика, вещество попало в список опасных средств. Известно, что завсегдатаи ночных клубов выдавливают жидкость из ватных дисков, добавляя ее в напитки для получения моментального эффекта, похожего на экстази. Хотя из подобных ватных дисков производства Jeeyes уже убрали наркотик, в продаже в некоторых магазинах остаются опасные ватные диски старого образца. Между тем, употребление данного наркотика может привести к почечной недостаточности и даже коме. Дело в том, что передозировка ГБЛ наступает быстрее и легче, чем, к примеру, при употреблении героина. Особенно опасно сочетание ГБЛ с другими наркотиками или спиртным.

Источник: Meddaily.ru, The Sun

Физические упражнения и занятия спортом помогают бросить курить

Физические упражнения могут обуздать тягу к никотину, но эффект зависит от того, как часто человек занимается спортом. Как показало исследование Университета Брауна, умеренные физические нагрузки помогают отучиться от курения и улучшают настроение, но эффект длится недолго, если зарядкой не заниматься регулярно и последовательно. В 8-недельном испытании, проведенном совместно специалистами больницы Мириам, Университета штата Массачусетс в Бостоне (США) и Лондонского университета (Великобритания), участвовали добровольцы, которые ходили по беговой дорожке в учебном центре в течение 50 мин по 3 раза в неделю. Каждого участника спрашивали о настроении и тяге к сигаретам непосредственно до и после каждого "забега". По сравнению с участниками из контрольной группы, те, кто занимался физическими упражнениями, более вероятно испытывали улучшение настроения и снижение тяги к курению. Однако, если упражнениями не заниматься постоянно, то антеникотинный эффект снижается.

Источник: www.ami-tass.ru

Регулярное употребление кофе значительно повышает эффективность лечения вирусного гепатита С

Американские ученые обнаружили, что регулярное употребление кофе значительно повышает эффективность лечения вирусного гепатита С (ВГС) у пациентов с прогрессирующим течением заболевания. Отчет об исследовании опубликован в журнале *Gastroenterology*.

"Ранее было показано, что употребление кофе снижает уровни печеночных ферментов, замедляет прогрессирование заболевания и уменьшает заболеваемость раком печени [у больных ВГС]. Мы обнаружили независимую от прочих факторов взаимосвязь между приемом кофе и концентрацией вирусов в крови больных при лечении, но она нуждается в подтверждении дальнейшими исследованиями", — пояснил руководитель работы Нил Фридман (Neal Freedman) из Национального института рака.

В исследовании приняли участие 885 пациентов с ВГС, начинающих курс стандартной противовирусной терапии — сочетания пегинтерферона с рибавирином. У них всех учитывался уровень потребления кофе и проводились анализы на содержание вирусной РНК на нескольких этапах лечения. В группе участников, не пьющих кофе, раннее снижение концентрации вируса в крови под действием препаратов наступило у 46% пациентов, у 20-й неделе лечения вирус не определялся в крови у 26% участников исследования, и у 22% — на 48-й неделе. У 11% пациентов наблюдалась стойкая вирусологическая ремиссия, т.е. снижение концентрации вируса после курса лечения сохранялось надолго. У выпивающих не менее трех чашек кофе в день эти показатели составили соответственно 73, 52, 49 и 26%, что свидетельствует о повышении эффективности терапии примерно вдвое. В группах, выпивавших менее одной и от одной до трех чашек кофе в день, наблюдались промежуточные значения вирусологических показателей.

Источник: Medportal.ru

ФСКН предложила ввести административную ответственность за хранение допингов, аналогичную ответственности за хранение наркотиков

"ФСКН совместно с министерством спорта подготовил и внес с Государственную думу законопроект о внесении поправок в Кодекс об административных правонарушениях, где предполагается применять такие же меры административной ответственности, как применяются к наркотикам, за хранение в определенных количествах допинговых веществ с целью или без цели их распространения", — заявил директор ФСКН Виктор Иванов. Он также подчеркнул, что, помимо борьбы с наркооборотом, ФСКН активно противодействует распространению допинговых субстанций. В 2010 г. служба заключила с Минспорта РФ соглашение о сотрудничестве в борьбе с допингом. "Уже реализован целый ряд уголовных дел, когда применялись и распространялись допинги для спортсменов", — сообщил В.Иванов. Ранее заместитель начальника управления организации спортивной медицины Федерального медико-биологического агентства РФ (ФМБА) РФ Игорь Выходец заявил, что в программу обучения медицинских студентов будут включены вопросы, касающиеся допинга и борьбы с ним.

Источник: Medportal.ru

Португальские ученые создали вакцину от ожирения

Об этом на 93-м ежегодном съезде Эндокринологического общества сообщила одна из авторов исследования Мариана Монтейро. По ее словам, препарат способствует выработке антител на гормон грелин, числящийся в главных виновниках появления избыточного веса. Грелин вырабатывается в гипоталамусе и желудке;

он контролирует пищевое поведение в целом: обостряет чувствительность к съедобным запахам, регулирует аппетит, определяет степень насыщения, управляет расходом энергии и т.д. Если грелин в избытке, то человек или животное начинают много есть и при этом мало тратить энергии, что приводит к появлению лишних килограммов.

Новизна подхода португальских специалистов в том, чтобы заставить сам организм сократить уровень грелина. Для этого был создан модифицированный неинфекционный вирус, который в качестве "груза" нес на себе молекулы этого гормона. Вирус не размножался и не был опасен, но при этом с успехом стимулировал иммунный ответ организма. А из-за того, что он, в том числе содержал молекулы грелина, антитела вырабатывались не только на вирусные белки, но и на пищевой гормон. Полученную вакцину вводили мышам с ожирением и без. У тех и у других в крови появлялись в большом количестве антитела против этого гормона, усиливалось сжигание калорий, и все животные начинали меньше есть, по сравнению с контрольной группой, которой вместо вакцины давали обычный физиологический раствор. Через сутки после первой вакцинации мыши с ожирением осиливали лишь 82% от того количества еды, которое съедали без вакцины, а после третьей и последней инъекции "жирные" грызуны ели вполтину меньше, нежели группа с избыточным весом. Воздействие вакцины длилось 2 мес. Если учесть, что нормальная средняя продолжительность жизни у мышей равна 18 мес., то в пересчете на человеческий век это соответствует 4 годам.

В докладе особо подчеркивалось, что никаких токсичных эффектов за вакциной замечено не было. В качестве дополнительного полезного свойства антигрелиновой вакцины ученые отметили снижение уровня нейрпептида Y, который считается одним из главных усилителей аппетита, действующим непосредственно на центральную нервную систему. Таким образом, вакцина действует сразу на несколько сигнальных путей, пресекая ненужное поглощение пищи и стимулируя сжигание накопленных калорий. И хотя до клинических испытаний еще далеко, распространителям всевозможных средств и методик от ожирения стоит крепко задуматься о том, чтобы сменить бизнес.

Источник: www.compulenta.ru

Гормон аппетита связан с депрессией

Ученые выяснили: женщины, имеющие более высокие показатели лептина — гормона, контролирующего аппетит, демонстрируют меньше симптомов депрессии, и этот факт не связан с Индексом массы тела. Рассказывает руководитель исследования Элизабет Лоусон из Госпиталя Массачусетса и Гарвардской медицинской школы в Бостоне: "Данные, полученные в ходе изучения животных, говорят о том, что лептин может снижать тревожность и улучшать состояние при депрессии. А вот наше наблюдение за женщинами показывает, что лептин, действительно, проявляет себя в качестве антидепрессанта". Лептин — это продукт работы жировых клеток, сигнализирующий о чувстве насыщения. Его уровень низок у худых женщин и чрезвычайно высок у тучных. Также известно, что при некоторых расстройствах, связанных с низким уровнем лептина, отмечается тревожность и депрессия. В их число входят нервная анорексия и функциональная гипоталамическая аменорея (прекращение менструации, несмотря на нормальный вес). Выяснить, каким образом лептин влияет на эмоциональный фон у женщин, помогло наблюдение за 64 добровольцами. У 15 из них была анорексия, у 12 отмечался нормальный вес, но фиксировалась аменорея, 20 человек имели здоровый вес и нормальное самочувствие, а у 17 отмечался лишний вес, но в целом отклонений не было. Всем участникам исследования задавались вопросы, позволяющие оценить симптомы депрессии и тревоги. Чем выше были оценки, тем больше регистрировалось симптомов. Помимо измерения уровней лептина, ученые оценивали Индекс массы тела у всех добровольцев. Оказалось, что связь между уровнем лептина и симптомами депрессии не зависела от Индекса массы тела.

Источник: Meddaily.ru, Xinhua

Высокооплачиваемая работа влияет на психику

Исследования показывают, что плохооплачиваемая или временная работа может наносить такой же вред психическому здоровью человека, как и безработица. Отсутствие социальных гарантий, трудоемкий рабочий процесс, плохой коллектив — все это может отрицательно сказываться на внутреннем состоянии человека.

На самом деле, безработные люди могут чувствовать себя даже лучше психически, чем те, кто не удовлетворен своим рабочим местом. Ученые Австралийского национального университета (Australian National University) в Канберре в журнале "Производственной и экологической медицины" сообщают: "Мы обнаружили, что переход от безработицы к работе с плохими психосоциальными характеристиками был связан со значительным ухудшением психического здоровья в отличие от оставшихся без работы".

Ученые проанализировали данные более чем 7 тыс. чел. в Австралии и обнаружили, что их благосостояние довольно сильно зависело от качества работы. Исследователи заметили, что переход от безработицы к высококачественной работе значительно улучшал психическое здоровье. Эксперты обнаружили явную связь между неблагоприятными условиями работы и психическим здоровьем. Исследователи заметили, что благосостояние работников также зависит от директора компании. "Плохие управляющие делают своих подчиненных несчастными. Стресс на работе начинается с конфликтного директора" — говорит один из исследователей, профессор Роберт Хоган.

Источник: www.eurolab.ua

Страшные картинки для курильщиков



С 2012 г. в США на сигаретных пачках будут размещаться не только надписи о вреде курения, но и иллюстрации, наглядно демонстрирующие это. Соответствующее распоряжение и проекты таких иллюстраций представило Управление по контролю за продуктами питания и лекарствами. Уже существующие предупреждения — "Курение может вас убить" и "Сигареты вызывают рак" будут дополнены иллюстрациями. Например, на одной из них мужчина, переживший трахеотомию, выдыхает сигаретный дым из отверстия в горле. Новые предупреждения, размером в половину сигаретной пачки, будут размещаться на обеих сторонах упаковки. На каждой из них также будет размещен телефонный номер службы поддержки для бросающих курить. Согласно распоряжению управления, рисунки появятся и в рекламе сигарет — они должны будут занимать 20% от всей площади рекламного модуля. У производителей сигарет есть время до конца года, чтобы изменить дизайн пачек. Минздрав США приветствовал инициативу, заявив, что подобный шаг позволит снизить число курильщиков.

Источник: www.inosmi.ru

ГОСУДАРСТВЕННАЯ АНТИНАРКОТИЧЕСКАЯ ПОЛИТИКА

О мерах по кардинальному сокращению спроса на наркотики в Северо-Кавказском и Южном Федеральных округах

ИВАНОВ В.П.

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

Вашему вниманию предлагается текст выступления председателя Государственного антинаркотического комитета В.П. Иванова на выездном совещании, прошедшем 25 мая 2011 г. в г. Ставрополе

Уважаемые коллеги!

Сегодня перед заседанием мы посетили Спасо-Преображенский реабилитационный центр, который занимается реабилитацией наркозависимых под эгидой Русской Православной Церкви, и ознакомились с его деятельностью. В реабилитационном центре мы увидели, в частности, молодого человека, у которого нет руки, — он лишился ее из-за систематического употребления дезоморфина. Зрелище не для слабонервных.

Проблема роста дезоморфиновых наркоманов является одной из наиболее опасных тенденций наркоситуации в последние годы. Объемы изымаемого нами дезоморфина за последние 2 года возросли в 23 раза, а еще только 5 лет назад выявлялись лишь единичные случаи изъятия этого наркотика.

К примеру, только в Ростовской области объем продаж кодеинсодержащих препаратов за 5 лет вырос в 13 раз — с 540 тыс. упаковок до 7 млн. Из этого количества упаковок, содержащих сильнодействующий наркотик кодеин, можно изготовить 2,5 т дезоморфина, что эквивалентно 1 млн наркодоз.

По сути, за последние годы произошел взрывной рост количества дезоморфиновых наркоманов в стране и регионе. Руководители более 70 субъектов Российской Федерации, в том числе регионов, входящих в Северо-Кавказский и Южный федеральные округа, поставили вопрос о незамедлительном установлении жесткого контроля над продажей кодеинсодержащих препаратов, используемых в качестве сырья для кустарного изготовления дезоморфина. Рост продаж этих препаратов через аптечную сеть абсолютно коррелирует с ростом числа ежегодно ликвидируемых наркопритонов, которые заняты переработкой этих лекарств в дезоморфин.

Другой отличительной чертой наркоситуации в Северо-Кавказском и Южном федеральных округах является масштабное употребление наркоманами ацетилированного опиума, кустарно производимого из

примесей, содержащихся в импортируемом пищевом маке.

Запретив почти четверть века назад производство кондитерского мака у себя в стране, Россия, тем не менее, для удовлетворения потребностей собственной кондитерской промышленности ежегодно ввозит около 20 тыс. т пищевого мака, производимого в других странах. С учетом огромного, можно сказать тотального, спроса на этот продукт, на каналы импорта сели наркоконтрабандисты всех мастей в разных странах. Решением этой проблемы могли бы стать отмена Постановления Совета Министров СССР от 12 июня 1987 г. №695 «О запрещении посева и выращивания гражданами масличного мака» и организация выращивания пищевого мака на территории России по соответствующим стандартам.

За 2010 г. в Северо-Кавказском и Южном федеральных округах нами ликвидировано почти 1,5 тыс. наркопритонов. В одном только Ставрополе — около 300 за 2010 г., т.е. в городе, где мы проводим совещание, практически ежедневно ликвидируется один наркопритон. За этот же период в обоих округах пресечена 31 тыс. наркопреступлений, осуждено более 20 тыс. чел! Всего же в России в 2010 г. отправлено за решетку более 100 тыс. чел. Сколько еще надо привлечь к ответственности и посадить преступивших закон людей, чтобы на деле кардинально снизить уровень наркотизации в стране? Двести, триста тысяч или полмиллиона? Ведь среди 2,5 млн наркопотребителей в стране не менее 150 тыс. включены в сбыт наркотиков. Одними полицейскими мерами проблему не решить.

С учетом изложенного, — тяжелой наркоситуации в регионе — Спасо-Преображенский реабилитационный центр, по сути, является «островом спасения» для многих российских семей, столкнувшихся с этим горем. Данный реабилитационный центр, являющийся, по сути, целой сетью из семи филиалов на Юге России, — безусловное достижение Ставро-

Источник: официальный сайт Федеральной службы Российской Федерации по контролю за оборотом наркотиков www.fskn.gov.ru

польского края в сфере антинаркотической деятельности. За 5 лет работы через Центр и семь его филиалов прошли стационарную реабилитацию 1100 чел. в возрасте от 23 до 35 лет, большую часть из которых составили опийные, героиновые и дезоморфиновые наркоманы. Интересной методической особенностью Спасо-Преображенской сети реабилитационных центров является система ротации, перемещения наркозависимых из одного центра сети в другой каждые 2—3 мес. по мере освобождения от наркозависимости.

Этот реабилитационный центр является одним из наиболее крупных среди действующих на территории Российской Федерации. Значительная часть реабилитируемых приезжает в этот центр из других городов: Москвы, Санкт-Петербурга, Рязани, Ростова-на-Дону, Краснодара, Тулы, Нижнего Новгорода, Арзамаса, Пензы, Костромы, Таганрога, Астрахани, Липецка, Тольятти, Омска и других городов.

По существу, перед нами проект федерального уровня. К сожалению, таких проектов на сегодняшний день в стране единицы.

При этом такое дистанцирование наркоманов от привычной среды, где они стали наркопотребителями, и от негативных связей является важным элементом реабилитации, позволяет сформировать и выстроить систему социальных связей человека на новых основаниях и принципах, помогает ему начать жизнь «с чистого листа».

К сожалению, как ни парадоксально, эта исключительно востребованная обществом деятельность сегодня находится вне поля зрения государства, а Спасо-Преображенский реабилитационный центр, реализуя приоритетные государственные задачи, находится при этом буквально на грани выживания.

Для повышения качества реабилитации определяющее значение имеет прохождение подобными центрами добровольной сертификации.

Спасо-Преображенский реабилитационный центр (руководитель — Николай Олегович Новопашин, духовник — протоиерей Игорь Подоситников) в течение месяца прошёл такую сертификацию, и я рад вручить сертификат № 2 Его Преосвященству Владыке Кириллу, епископу Ставропольскому и Невинномысскому.

Продолжая свой доклад, хотел бы отметить, что реабилитационные центры в Российской Федерации показывают разную степень наполняемости, в частности есть реабилитационные центры, в том числе государственные, которые зачастую наполовину пусты. Спасо-Преображенский центр в этом отношении — полная противоположность: заполняемость в нём стопроцентная и обеспечена успешностью его взаимо-

действия с уголовно-исполнительной и правоохранительной системами: ряд наркоманов, условно осужденных за незначительные нарушения, находятся на поруках Спасо-Преображенского центра, проходя курс реабилитации и находясь под постоянным контролем правоохранительных органов.

Во многом такого рода центры выступают элементами социального фундамента и гарантом системы наркосудов, которая создается в Российской Федерации.

Одной из ближайших задач в сфере реабилитации наркоманов является разработка национальных стандартов предоставления услуг по социальной реабилитации и ресоциализации. В России в реабилитации наркоманов участвуют около 400 негосударственных организаций и лишь небольшое количество из них работает по нормальным стандартам.

В декабре прошлого года мы провели выездное совещание в Ханты-Мансийском автономном округе, на котором обсуждался опыт автономного округа по разработке государственных стандартов социальной реабилитации и ресоциализации лиц, потребляющих наркотики в немедицинских целях. Насколько я информирован, через 4 мес. эти региональные стандарты будут официально утверждены. Опыт Ханты-Мансийского автономного округа было бы принципиально важным распространить на другие субъекты Федерации в рамках разработки региональных стандартов оказания услуг по социальной реабилитации наркозависимых.

Обращаю Ваше внимание на принципиальную проблему диспропорции функционирования существующей системы освобождения от наркозависимости. В ней практически все ресурсы, порядка 95%, направляются на обеспечение узких медицинских задач. А руководство страны нацеливает нас на то, чтобы через несколько лет мы в результате консолидированных усилий федерального центра и регионов создали полноценную систему, где реабилитация станет основным видом деятельности.

В июне прошлого года указом Президента Российской Федерации была утверждена Стратегия государственной антинаркотической политики Российской Федерации до 2020 г., одним из ключевых направлений которой было определено сокращение спроса на наркотики.

18 апреля 2011 г. состоялось заседание Президиума Государственного совета «О мерах по усилению противодействия потреблению наркотиков среди молодежи», на котором были рассмотрены конкретные предложения по реализации этого направления Стратегии и по результатам которого был утвержден перечень поручений Президента Российской Федерации.

Одно из поручений, которое будет рассмотрено на сегодняшнем совещании, — организация с привлечением негосударственных реабилитационных центров национальной системы медико-социальной реабилитации и ресоциализации лиц, в том числе несовершеннолетних, прошедших курс лечения от наркотической зависимости. Именно это может стать одним из важнейших практических направлений в формировании гражданского общества в России.

В рамках этого поручения сформулированы две ключевые задачи, которые в совокупности составят фундамент национальной системы реабилитации и ресоциализации — это разработка и утверждение федеральных стандартов оказания медицинской помощи лицам, употребляющим наркотические средства и психотропные вещества в немедицинских целях, включающих медико-социальную реабилитацию, и разработка механизма государственной поддержки общественных и религиозных организаций, успешно занимающихся воспитанием, социализацией молодёжи, профилактикой наркомании и реабилитационной деятельностью.

Для решения этих задач нужно опираться как на зарубежный, так и на отечественный опыт. Практически во всех странах, столкнувшихся с проблемой наркомании, действуют неправительственные организации, занимающиеся реабилитацией и ресоциализацией наркопотребителей. Во всех этих странах государство с помощью тех или иных механизмов осуществляет финансовую поддержку таких организаций.

С другой стороны, во многих субъектах Российской Федерации также нарабатан значительный опыт взаимодействия с неправительственными некоммерческими организациями, занимающимися реабилитацией, и их финансовой поддержкой. При разработке проекта национальной системы реабилитации и ресоциализации представляется необходимым тщательно проанализировать как российский, так и зарубежный опыт в этой сфере.

Особенность Национальной системы реабилитации и ресоциализации заключается в ее трех тесно связанных между собой основных этапах:

- выявление наркозависимых и вовлечение их в реабилитацию;
- стационарная и амбулаторная реабилитация;
- постреабилитационное сопровождение (ресоциализация).

Следующим этапом государственных мер по реализации антинаркотической политики должна стать

разработка региональных и муниципальных антинаркотических программ и стратегий, которые бы продолжали и наполняли конкретным содержанием направления, заданные Стратегией государственной антинаркотической политики.

В каждом федеральном округе должен быть создан модельный центр реабилитации, с которым должны быть установлены связи со стороны антинаркотических комиссий в субъектах Российской Федерации, входящих в данный округ. При этом в каждом субъекте Российской Федерации должен быть сформирован реестр реабилитационных центров, действующих на территории этого субъекта.

Представляется целесообразным также периодически рассматривать на заседаниях антинаркотических комиссий деятельность этих реабилитационных центров и предусмотреть в рамках региональных антинаркотических программ меры по их поддержке и развитию.

Интересным здесь представляется опыт Иркутской области, в которой значительная часть принятой антинаркотической комиссией антинаркотической программы направлена на финансовую поддержку именно таких реабилитационных центров.

Особым цинизмом наркодельцов является втягивание именно молодых ребят в употребление наркотиков, поэтому краеугольным камнем государственной антинаркотической политики должно быть целенаправленное вовлечение наркопотребителей в реабилитацию. И здесь пока, к сожалению, государство сильно проигрывает наркомафии.

При этом вовлечение наркоманов в реабилитацию должно сопровождаться эффективным выявлением и разрушением наркоцепочки, последним звеном которой он сам и является, поэтому вопрос реабилитации не может быть отнесен только к сфере сокращения спроса на наркотики, он должен быть тесно связан с полицейскими мерами. Реабилитационные центры должны работать в тесном сотрудничестве с правоохранительными органами, как мы это увидели на примере Спасо-Преображенского реабилитационного центра.

Система реабилитации не может и не должна быть чисто ведомственной, она должна быть построена на стыке компетенций разных министерств, ведомств, всего гражданского общества, в целом, и ключевым звеном здесь является субъект Федерации.

О позиции в связи с публикацией доклада "Глобальной комиссии ООН по политике в области наркотиков"

ИВАНОВ В.П.

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

Вашему вниманию предлагается выступление председателя Государственного антинаркотического комитета, директора ФСКН России Виктора Иванова на брифинге в ФСКН 3 июня 2011 г.

Уважаемые коллеги!

Прежде всего, следует осознать, что в случае с шумно брошенным через СМИ докладом Глобальной комиссии по наркополитике «Война с наркотиками» мы имеем дело с глобальной PR-кампанией в пользу легализации наркотиков и против действий мирового сообщества в антинаркотической сфере. Эта кампания, очевидно, прямо или косвенно, связана с теми гигантскими доходами от незаконного оборота наркотиков, размеры которых составляют до 800 млрд долл. ежегодно. Ярким признаком PR-кампании является тот факт, что даже уважаемое агентство BBC дезинформировало мировое сообщество по поводу принадлежности авторов доклада, заявив, что Комиссия, выпустившая доклад, была, цитирую дословно, «создана ООН для оценки ситуации» в области наркополитики. Ну, а российские СМИ тут же мультиплицировали эту псевдоновость. Уважаемая газета «Аргументы и факты» воодушевлённо пишет о том, что уже целая, цитирую, «специальная комиссия Организации Объединённых Наций предложила политикам признать...». А «Российская газета» дала молнией заметку с ещё более громким заголовком «ООН предлагает легализовать наркотики». И, наконец, «Радио Свобода» выносит приговор ООН: «ООН капитулирует перед наркотиками?»

Спешу разочаровать тех, кто решил, что ООН решила пересмотреть более чем столетний опыт и многочисленные конвенции по борьбе с наркотиками. «Глобальная комиссия по наркополитике» — это типичная инициативная неправительственная организация со штаб-квартирой в Рио-де-Жанейро, не имеющая никакого отношения к ООН и, соответственно каких-либо полномочий ООН.

Если анализировать само содержание доклада, то его центральный тезис о том, что глобальная война с наркотиками якобы провалена, не выдерживает никакой критики, поскольку упомянутая глобальная война

ещё даже и не начиналась. Российская Федерация неоднократно заявляла, в том числе и на министерской встрече в Париже в мае сего года на полях «Большой восьмёрки» о том, что борьба с наркомафией «увязла» и, по сути, стагнирует на локальном и региональном уровнях, при этом базовый глобальный уровень остаётся практически вне сфер действия мирового сообщества и даже за пределами его внимания. Могу проиллюстрировать это на примере планетарного феномена афганского наркотрафика. Вот слайд из моего выступления перед зарубежными коллегами в Париже на Министерской конференции руководителей антинаркотических ведомств стран «Большой восьмёрки». Здесь сопоставлены объём действий мирового сообщества и финансовые выгоды наркомафии на разных уровнях. Очевидно, что именно на глобальном уровне и находятся заказчики, организаторы и главные бенефициары глобальных наркотрафиков, в том числе и возможные заказчики PR-кампаний. Естественно, что наркооборот в 800 млрд долл. может пожертвовать полпроцента этой суммы на искусный PR.

Совершенно очевидно, что цель пресловутого доклада состоит в том, чтобы в очередной раз отвлечь внимание и не дать мировому сообществу возможность выстроить консолидированную систему борьбы с глобальным уровнем наркотрафиков и наркомафии.

Давайте теперь посмотрим, кто является ключевыми авторами доклада и каков их личный вклад в борьбу с глобальным наркотрафиком. Начнём с самого именитого автора, чья бывшая должность генсека, вероятно, и «попутала» журналистов, купившихся на известную аббревиатуру ООН. Экс-генсек ООН господин Кофи Аннан в 1996—2006 годах. Давайте обратимся к официальным данным ООН, чтобы оценить характер и степень влияния тогдашнего генсека ООН на наркоситуацию в мире. Возьмем афганское наркопроизводство. Хорошо видно, что за 10 лет пребывания на этой должности г-на Аннана объёмы наркопроизводства в Афганистане возросли в 3 раза.

Источник: www.fskn.gov.ru

К сожалению, ни 5 лет назад, закончив карьеру генсека, ни в докладе Глобальной комиссии по наркополитике сегодня, г-н Аннан не посчитал необходимым упомянуть этот грандиозный провал ООН и его личный, как генсека, в антинаркотической борьбе. Вместо признания такого рода фактов, авторы доклада выпендренно, прямо скажем, пишут: «Политические деятели и общественные фигуры должны найти в себе мужество признать публично то, что многие из них говорят частным образом — что имеются убедительные доказательства того, что стратегии борьбы с наркотиками на основе силовых средств не могут решить эту проблему, и что в войне с наркоманией невозможно одержать победу». К кому они обращаются? Не им ли самим требуется это самое «мужество» — чтобы признать свою несостоятельность и провалы? Более того, именно г-н Аннан в 2001 г. использовал свои полномочия для того, чтобы уволить своего заместителя, директора УНП ООН г-на Пино Арлакки — человека большого личного мужества и высочайшего профессионализма.

В 1998—2001 годы наркопроизводство в Афганистане резко упало. Это стало возможным благодаря тому, что П.Арлакки, будучи одним из самых авторитетных в мире криминологов, начал свою карьеру с полёта к талибам в Кандагар — с целью принудить их к уничтожению наркопосевов и наркопереработки. И за 3 года интенсивных усилий он добился своего! Сведение практически на «нет» производства опиума в Афганистане в 2001 г. яркое тому свидетельство. А после увольнения П.Арлакки мы видим взрывной рост объёмов наркопроизводства. Тут чистая математика — ничего личного, как говорится.

К слову сказать, Кофи Аннан использовал те же свои полномочия для того, чтобы в 2003 г., без предварительного решения Совбеза ООН, легализовать самовольное взятие Североатлантическим союзом командования над Международными силами содействия безопасности (ISAF). Этот факт подтверждается официальным письмом Кофи Аннана Председателю Совбеза ООН, в котором он просит довести свое с НАТО решение до сведения членов Совбеза, приложив письмо генсека НАТО. В нем лорд Робертсон откровенно сообщает следующее: «Как известно, 11 августа 2003 г. Организация Североатлантического договора взяла на себя функции стратегического командования, контроля и координации деятельности Международных сил содействия безопасности для Афганистана». В этом вводном обороте «Как известно» — и заключено все юридическое обоснование уже принятого решения. В письме лорд Робертсон любезно сообщает генсеку ООН: «Буду держать Вас в курсе дальнейших событий в ходе

рассмотрения этого вопроса Североатлантическим советом».

Последующая легализация имевшей место незаконной узурпации НАТО функции ООН произошла 13 октября 2003 г. на заседании Совбеза ООН, проголосовавшем за принятие Резолюции 1510, в преамбулу которой был вставлен хитроумный абзац: «отмечая письмо Генерального секретаря Организации Североатлантического договора... на имя Генерального секретаря относительно возможного расширения миссии МССБ...» и т.д. С того момента количество иностранных войск в Афганистане выросло в 9 раз, и этот рост явно коррелировал с ростом наркопроизводства.

Подтверждением провала политики г-на Аннана в борьбе с наркомафией является тот факт, что принятая через 2 года после его заступления на должность генсека ООН Политическая декларация Генеральной Ассамблеи ООН 1998 г. оказалась не просто не выполненной, а в части опиатов и с резко отрицательным результатом. В Политической декларации определялось в качестве стратегического обязательства государств полностью покончить с незаконным культивированием наркосодержащих растений. Пункт 19 Декларации гласит: «приветствуем глобальный подход Международной программы ООН по контролю над наркотическими средствами к искоренению незаконных культур и обязуемся осуществлять тесное сотрудничество с Программой в разработке стратегий, направленных на искоренение или существенное сокращение к 2008 году незаконного культивирования кокаинового куста, каннабиса и опийного мака».

Стоит задуматься. Резолюции Совета Безопасности ООН № 1193 1998 г. и № 1333 2000 г. ставили задачи уничтожения наркопроизводства. Однако результат по факту оказался прямо противоположным — рост объёмов производства опийного мака составил 40 раз. В итоге же приходится констатировать не просто низкую эффективность, но прямо негативные результаты. Это, что касается одного из соавторов доклада.

Возьмем другого соавтора доклада — господина Хавьера Солану. Именно в бытность Хавьера Соланы генсеком НАТО, а затем генсеком Совета Европейского союза, в самом центре этого же Евросоюза зародился героиновый анклав и главный дистрибьютор наркотиков — Косово. И теперь нас господа Солана и Аннан убеждают в каком-то провале борьбы с наркотиками и необходимости их легализации!

Следующий соавтор — это бывший с 1994 по 2000 президент Мексики господин Эрнесто Седильо. Да, именно при нем в Мексике в итоге пассивной антинаркотической политики сформировались все необ-

ходимые и достаточные условия для вызревания и образования доброй сотни наркокартелей, во многом перехвативших грязный бизнес наркомафии Латинской Америки. И что мы видим сегодня? Пять лет назад нынешний президент Мексики Фелипе Кальдерон с присущим ему мужеством был вынужден вместе с США начать войну против этих картелей, которые уже пытаются подменять собой государственные институты. Именно поэтому сейчас идут тяжёлые столкновения, а, по сути, война с наркокартелями. США с Мексикой реализуют целую антинаркотическую программу — «план Мерида» — но всё было бы значительно легче, если бы не запущенность проблемы во второй половине 1990-х годов в период президентства соавтора доклада г-на Седильо.

Я уполномочен от себя и от сопредседателя рабочей группы по борьбе с наркотиками двухсторонней Российско-Американской Президентской комиссии Медведева—Обамы г-на Гила Керликовски заявить о категорической неприемлемости заявленных оценок и предложений обсуждаемого доклада.

Теперь о самой главной, точнее даже, заветной идее авторов доклада — легализации наркорынка. Печальный, если не сказать, трагический опыт легального оборота наркотиков у человечества уже имеется. Достаточно вспомнить Китай в 19-м веке, когда хождение опиума не было запрещено, то есть было легальным. Именно это обстоятельство и использовала Ост-Индская компания, которая за век опустошила Китай, принудив стать опиумными наркоманами десятки миллионов несчастных китайцев — ведь в обмен на производимый в колонии Индии опиум британцы получали чай и серебро — на тот момент универсальную валюту. Более того, именно легальный оборот опиума стал основной причиной возникновения двух опиумных войн в середине позапрошлого столетия, поскольку они были связаны как раз с попытками руководства Китая не пускать смертоносные корабли британцев с опиумом и хоть как-то

остановить абсолютно легальную наркоагрессию против своего народа.

Тоже самое было в Швеции, где сверхлиберальная наркополитика вплоть до раздачи метадона, привела к повальной эпидемии наркомании. И только после этого почти легального ада Швеция ввела строгие меры, вплоть до криминализации наркопотребления, — и тем самым спасла своё население.

Наконец, хочу сказать, что все мы знаем и современный отечественный опыт легализации. Речь идёт о злополучном свободном отпуске в аптеках кодеиносодержащих препаратов, из которых умельцы «варят» самый страшный наркотик дезоморфин. За минувший год через аптечную сеть страны реализовано более 700 млн. кодеинсодержащих таблеток. Таким образом, за год граждане Российской Федерации потребили почти 6 т кодеина. Являясь по силе воздействия таким же как героин, дезоморфин начал восполнять героиновый дефицит, образовавшийся за счет проводимых полицейских операций. Вот она истинная цена легализации.

И совсем уже удивительным выглядит базовый тезис авторов доклада Глобальной комиссии о том, что потребление наркотиков якобы не приносит никому вреда. Вероятно, эти генсеки и президенты в отставку никогда не видели матерей и близких наркоманов, никогда не слышали о том, что на очередную дозу нигде в мире невозможно заработать без разбойных нападений на других людей, наконец, что каждый наркоман втягивает за период своего наркоманского стажа ещё 15—20 чел., т.е. организует эпидемические процессы и уничтожение населения.

Итак, налицо полная несостоятельность так называемого доклада.

Моё личное мнение состоит в том, чтобы кипучую энергию этих отставников-фантазёров направить на практическую работу с наркоманами — в поле. После этого, через годок, с ними можно будет что-то серьезно и обсуждать.

Благодарю за внимание.

В последнее десятилетие Российская Федерация подверглась интенсивной наркоагрессии

Мы публикуем интервью с Валерием Владимировичем Зиновьевым, генерал-майором полиции, заместителем руководителя Международно-правового Департамента Федеральной службы Российской Федерации по контролю за оборотом наркотиков.

— Валерий Владимирович, какие задачи стоят перед международно-правовым департаментом ФСКН России?

— Основными задачами Международно-правового департамента являются:

- организация деятельности по нормативно-правовому регулированию в сфере оборота наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, а также в области противодействия их незаконному обороту, разработке проектов международных договоров Российской Федерации в установленной сфере;

- правовое обеспечение деятельности ФСКН России, организация правового обеспечения деятельности органов наркоконтроля;

- организация судебно-правовой защиты прав и законных интересов органов наркоконтроля;

- организация и осуществление взаимодействия и информационного обмена с международными организациями и компетентными органами иностранных государств в области противодействия незаконному обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров;

- организация деятельности официальных представителей ФСКН России в иностранных государствах и их заместителей;

- координация деятельности территориальных органов ФСКН России по приграничному сотрудничеству с компетентными органами иностранных государств по вопросам противодействия незаконному обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров;

- представление по поручению руководства ФСКН России и в установленном порядке интересов Российской Федерации в международных организациях по вопросам противодействия незаконному обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров;

- обеспечение в пределах своей компетенции деятельности Координационного совета руководителей компетентных органов по противодействию незаконному обороту наркотиков государств-членов Организации Договора о коллективной безопасности.

При этом руководством ФСКН России в качестве приоритетной задачи на 2011 г. перед Международно-правовым департаментом ФСКН России поставлена законопроектная деятельность. Постановка такой задачи объясняется, в том числе, необходимостью формирования нормативно-правовой базы для реализации Стратегии государственной антинаркотической политики Российской Федерации до 2020 г.

Следует отметить, что 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.

Реализация такой стратегической задачи требует системного подхода при корректировке законодательства Российской Федерации в сфере оборота наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, а также в области противодействия их незаконному обороту.

— Каких законодательных изменений, инициированных ФСКН России, следует ожидать в ближайшее время?

— В ближайшее время следует ожидать:

- усиления ответственности за совершение преступлений и административных правонарушений, связанных с незаконным оборотом наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, в том числе за распространение наркотических средств и психотропных веществ среди молодежи. Соответствующий законопроект (проект федерального закона №400689-5 «О внесении изменений в Уголовный кодекс Российской Федерации, Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации и Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях») уже внесен в Государственную Думу Федерального Собрания Российской Федерации и принят в первом чтении;

- введения правового механизма запрета оборота некоторых прекурсоров, которые используются в криминальных целях, но не имеют промышленного значения. Данный законопроект (№ 493028-5 «О внесении изменений в Федеральный закон

Источник: www.narkotiki.ru

«О наркотических средствах и психотропных веществах» в связи с совершенствованием контроля за оборотом прекурсоров наркотических средств и психотропных веществ») принят Государственной Думой Федерального Собрания Российской Федерации в первом чтении;

- введения правового механизма отсрочки отбывания наказания в виде лишения свободы за совершение преступлений связанных с незаконным оборотом наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, лицам, впервые совершившим эти преступления, до окончания лечения и медикосоциальной реабилитации вплоть до освобождения осужденного от наказания. Указанная законодательная инициатива ФСКН России реализована в законопроекте («О внесении изменений в Уголовный кодекс Российской Федерации и отдельные законодательные акты Российской Федерации»), который подготовлен Администрацией Президента Российской Федерации по его поручению и который направлен на дальнейшую гуманизацию уголовного законодательства Российской Федерации.

Это краткая информация о законодательных инициативах ФСКН России, которые находятся в высокой степени готовности.

Однако, представляется необходимым кратко остановиться на тех законодательных инициативах, как ФСКН России, так и некоторых других федеральных органов исполнительной власти, которые также будут реализованы в ближайшее время.

18 апреля с.г. под председательством Президента Российской Федерации Медведева Д.А. прошло заседание президиума Государственного Совета Российской Федерации на тему: «О мерах по усилению противодействия употреблению наркотиков среди молодежи».

По результатам проведенного Государственного Совета Президентом Российской Федерации сформулирован ряд поручений в сфере нормотворчества:

Внести в законодательство Российской Федерации изменения, предусматривающие усиление уголовной ответственности за деяния по организации и осуществлению незаконного оборота наркотиков, по распространению наркотиков среди молодежи и несовершеннолетних;

Регламентировать вопросы профилактики наркомании и предусмотреть введение системы раннего выявления потребления наркотиков.

Очень важным, и это отметил в своем выступлении Президент Российской Федерации, является установление ответственности юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, оказывающих услуги по организации досуга, за нахождение в занимаемых ими помещениях граждан в состоянии нарко-

тического опьянения либо за распространение наркотиков в этих помещениях.

В условиях активного развития сети Интернет (интернет-торговли) и доступности информации, которую можно получать посредством его использования, Президентом Российской Федерации поручено повысить эффективность противодействия распространению и пропаганде наркотиков с использованием сети Интернет и представить предложения по разграничению и повышению ответственности участников деятельности в сети Интернет за размещение противоправной информации.

Указанные поручения Президента Российской Федерации на ближайшее время формируют приоритетные направления деятельности ФСКН России в области нормотворчества.

— Осуществляется ли взаимодействие с другими заинтересованными ведомствами, в частности с Минздравсоцразвития России, по правовым вопросам, касающимся психоактивных веществ, профилактики, лечения и реабилитации больных наркоманией?

— Указанные Вами вопросы находятся на стыке компетенции ряда федеральных органов исполнительной власти.

Вопросы профилактики, лечения, а также реабилитации, учитывая специфику, предполагают довольно тесное взаимодействие с Минздравсоцразвития России, Минобрнауки России и с другими федеральными органами исполнительной власти. Наряду с указанными федеральными органами исполнительной власти Федеральной службой по данным вопросам налажено тесное взаимодействие с Национальным научным центром наркологии, Государственным научным центром социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского и Центром судебно-медицинской экспертизы.

Кроме того, с созданием в октябре 2007 г. Государственного антинаркотического комитета взаимодействие с федеральными органами исполнительной власти перешло на качественно более высокий уровень, и стало возможным наладить еще более эффективное межведомственное взаимодействие с федеральными органами исполнительной власти Российской Федерации, входящими в его состав, в том числе, в сфере организации профилактики распространения наркотических средств и психотропных веществ, обеспечить успешное взаимодействие и координацию всех государственных органов, учреждений и организаций, принимающих участие в противодействии наркотизации общества.

Кроме того, многие поручения руководства страны уже изначально предполагают взаимодействие с соот-

ветствующими федеральными органами исполнительной власти.

Так, например решением Совета Безопасности Российской Федерации от 8 сентября 2009 г. Минспорттуризму России, Минобрнауки России, Минздравсоцразвития России, Минкультуры России, ФСКН России, МВД России с участием Общественной палаты Российской Федерации и органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации поручено разработать комплекс мер, направленных на повышение психологической устойчивости молодежи к наркотикам, создание благоприятных условий для самореализации подрастающего поколения путем поддержки деятельности молодежных групп и объединений, занятых решением общественно значимых задач.

— **Каким образом в настоящее время происходит отнесение того или иного вещества к Списку наркотических средств и психотропных веществ, а также их прекурсоров? На основании каких материалов и кем выносится заключение, которое ложится в основу Постановления Правительства? Планируется или нет сделать свободный доступ к этим данным, например на официальном сайте ФСКН России, как это практикуется в некоторых странах Европы? (На наш взгляд такая пояснительная записка на официальном сайте ФСКН России будет очень полезна с точки зрения профилактики правонарушений и не только).**

— В последнее десятилетие Российская Федерация подверглась интенсивной наркоагрессии. Масштаб незаконного оборота и немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ возрос до степени серьезной угрозы здоровью нации, социально-политической и экономической стабильности и безопасности государства.

Как известно, одной из важнейших составляющих механизма противодействия наркоугрозе является организация эффективного контроля за оборотом наркотических средств и психотропных веществ в целях предупреждения поступления данных веществ в незаконный оборот.

На сегодняшний день единственный способ усилить контроль над вновь появляющимися психоактивными веществами — это включить такие вещества в Перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, утвержденный постановлением Правительства Российской Федерации от 30 июня 1998 г. № 681.

Внесение изменений в указанный перечень осуществляется на основании предложений Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации либо Федеральной службы Российской

Федерации по контролю за оборотом наркотиков, которые представляют в установленном порядке соответствующие проекты актов Правительства Российской Федерации.

При этом большинство законодательных инициатив ФСКН России и Минздравсоцразвития России проходят взаимные согласительные процедуры.

Решение о внесении в Перечень выявленных веществ, обладающих психоактивным воздействием на организм человека, принимается исходя из наличия достоверной информации о фактах незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ, особенностей физико-химических свойств конкретных веществ, масштабов и объемов оборота конкретных веществ на территории Российской Федерации, детального изучения степени воздействия данных веществ на организм человека, а также, полагаясь на оценочные критерии, установленные Единой конвенцией о наркотических средствах 1961 г. и Конвенцией о психотропных веществах 1971 г.

Подготовленный на основе проведенного анализа проект постановления Правительства Российской Федерации с дополнением Перечня вновь установленными психоактивными веществами в обязательном порядке согласовывается с Министерством здравоохранения Российской Федерации, а в отдельных случаях с Министерством промышленности и торговли Российской Федерации и иными федеральными органами исполнительной власти.

Что касается публикаций в СМИ проектов актов, которыми включаются в Перечень те или иные психоактивные вещества, то в соответствии с законодательством Российской Федерации ФСКН России в рамках обеспечения проведения независимой антикоррупционной экспертизы размещает в сети Интернет (на официальном интернет-сайте ФСКН России) проекты таких актов.

Кроме того, в настоящее время создана и успешно функционирует на официальном сайте ФСКН России рубрика «Новое в законодательстве», где размещаются акты Президента Российской Федерации и акты Правительства Российской Федерации.

Также тексты актов Президента Российской Федерации и акты Правительства Российской Федерации официально публикуются в «Российской газете» и Собрании законодательства Российской Федерации и могут быть опубликованы в иных печатных изданиях, а также доведены до всеобщего сведения по телевидению и радио, разосланы государственным органам, органам местного самоуправления, должностным лицам, предприятиям, учреждениям, организациям, переданы по каналам связи.

Таким образом, можно с уверенностью говорить о том, что государством созданы все условия для озна-

комления граждан, как с проектами таких документов, так и с нормативными правовыми актами, регулирующими данную сферу правоотношений.

— **Валерий Владимирович, насколько целесообразно, на Ваш взгляд, возлагать организационно-контролирующие функции по социальной реабилитации больных наркоманией, на научно-исследовательский центр ФСКН России, учитывая необходимость преемственности между лечением и реабилитацией? Не проще ли было организовать эту деятельность в рамках одного министерства, тем более оно осуществляет функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения и социального развития?**

— Отвечая на данный вопрос, необходимо понимать, что согласно требованиям законодательства Российской Федерации лечение больных наркоманией проводится только в учреждениях государственной и муниципальной систем здравоохранения, а диагностика наркомании, обследование, консультирование и медико-социальная реабилитация больных наркоманией может проводиться как в учреждениях государственной, муниципальной, так и в учреждениях частной систем здравоохранения, имеющих соответствующую лицензию.

Учитывая такие требования, частная система здравоохранения может осуществлять только диагностику наркомании, обследование, консультирование, медико-социальную реабилитацию больных наркоманией так как данные виды деятельности не являются предметом обязательной сертификации.

Таким образом, государство не может оказывать влияние на качество таких услуг и создание таких программ реабилитации, что можно было бы делать посредством обязательной сертификации.

Принимая во внимание указанное, в ФСКН России есть понимание, что между лечением и медико-социальной реабилитацией должна быть как преемственность, так и соответствующая связь, которая будет отражать принцип непрерывности этих двух процессов.

В связи с этим ФСКН России на базе НИЦ ФСКН России была организована работа по получению институтом статуса органа по сертификации. Такой статус необходим для создания добровольной системы сертификации организаций осуществляющих деятельность по медико-социальной реабилитации.

Создав систему добровольной сертификации, мы установим перечень объектов, подлежащих сертификации, их характеристики, на соответствие которым будет осуществляться добровольная сертификация.

Посредством создания такой системы и проведения сертификации соответствующих организаций мы

сможем добиться непрерывности процессов лечения и реабилитации и их взаимосвязи.

Поэтому, исходя из требований действующего законодательства Российской Федерации, такая работа на базе НИЦ ФСКН России целесообразна и ее организация не требует осуществления в рамках одного ведомства.

— **Статья 55. Деятельность учреждений здравоохранения при оказании наркологической помощи больным наркоманией «Закона о наркотических средствах и психотропных веществах» запрещает частнопрактикующим врачам заниматься лечением больных наркоманией. В связи с этим, с правовой точки зрения, как Вы можете прокомментировать деятельность частных клиник, чья реклама недвусмысленно предлагает услуги по лечению наркомании?**

— Согласно статье 55 Федерального закона от 8 января 1998 г. № 3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах» допускается проведение диагностики наркомании, обследования, консультирования и медико-социальной реабилитации больных наркоманией в частной системе здравоохранения, тогда как лечение больных наркоманией проводится только в учреждениях государственной и муниципальной систем здравоохранения.

В соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 22 октября 2003 г. № 500 «Об утверждении протокола ведения больных наркоманией «Реабилитация больных наркоманией (Z 50.3)» лечением является совокупность медицинских мероприятий, направленных на устранение патологических процессов, развивающихся в больном организме, а так же на устранение или облегчение страданий больного человека.

Реабилитация определяется как совокупность медицинских (лечебных), психологических, социальных, образовательных и трудовых мер, направленных на восстановление физического и психического состояния больного.

В наркологии реабилитация неотделима от медикаментозного и психотерапевтического воздействия, она начинается практически с первых контактов больного с медицинским персоналом и, в свою очередь, лечебные технологии (медикаментозные, психотерапевтические и др.) используются на всех этапах лечения и реабилитации.

Интеграция и реализация этих близких, но самостоятельных направлений медицины, обеспечивает максимально эффективную помощь наркологическим больным, в связи с чем может быть признана лечебно-реабилитационным процессом.

На практике лечение и реабилитация лиц больных наркоманией трансформируется в более простое раз-

деление: фармакотерапия наркологических пациентов проводится только в государственных (муниципальных) учреждениях, а психологические методы, декларируемые по разряду реабилитации, могут использоваться частнопрактикующими специалистами, в том числе разнообразными клиниками и специалистами, рекламирующими свою деятельность через Интернет. Фактически частные клиники предлагают реабилитацию, что разрешено законодательством Российской Федерации.

— **Интересны Ваши комментарии в отношении планируемого тестирования школьников и студентов. Как известно, планируется провести тестирование, которое будет анонимным, добровольным. Какие правовые механизмы будут использованы для проведения тестирования? Если это анонимное тестирование, то в чем будет заключаться профилактика, и кто ее будет проводить? Если это добровольное тестирование, то какие правовые механизмы планируется использовать в отношении тех лиц, которые отказались от него и тем самым косвенно подтвердили причастность к употреблению наркотиков?**

— Во-первых, проведение тестирования требует четкой регламентации нормативными правовыми актами Российской Федерации.

В настоящее время во исполнение решения Государственного антинаркотического комитета Минздрава России и Минобрнауки России разрабатываются проекты приказов, касающихся определения порядка обследования обучающихся в образовательных учреждениях на предмет немедицинского потребления наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, а также проведения их психологического тестирования.

Во-вторых, уже имеется положительный опыт тестирования учащихся образовательных учреждений, проводимого в ряде субъектов Российской Федерации.

Тестирование в основном носит профилактический характер и предусматривает оказание своевременной помощи учащимся и их родителям, корректировку профилактической работы в учебных заведениях.

Предполагается, что вводимое на федеральном уровне тестирование будет включать два направления: собственно проведение лабораторных исследований, а также социологическое (психологическое) анкетирование.

Задача по профилактике потребления наркотиков будет возложена на образовательные учреждения. Так, в соответствии с положениями разрабатываемого Минобрнауки России, проектом федерального закона «Об образовании в Российской Федерации» организации, осуществляющие образовательную дея-

тельность, при реализации образовательных программ создают условия по охране здоровья обучающихся, в том числе посредством профилактики и пресечения курения, употребления алкогольных, слабоалкогольных напитков, пива, наркотических средств, психотропных, токсических и других одурманивающих веществ.

В-третьих, тестирование не определяет своей основной целью наказание за употребление наркотиков. Лица, отказавшиеся от участия в тестировании, включаются в «группу риска». В отношении указанной группы лиц проводятся профилактические мероприятия.

Одновременно полученные результаты тестирования позволяют проводить мониторинг немедицинского потребления наркотиков среди учащейся молодежи, что соответствует одной из задач, предусмотренных Стратегией государственной антинаркотической политики Российской Федерации до 2020 года, утвержденной Указом Президента Российской Федерации от 9 июня 2010 г. № 690.

— **Будут ли законодательно закреплены методы исследования биологических жидкостей на наркотики во время проведения скрининговых исследований (тестирования) и диспансеризации?**

Вопрос о целесообразности законодательного регулирования тестирования обучающихся образовательных учреждений на предмет немедицинского потребления наркотических средств, психотропных и других токсических веществ в настоящее время прорабатывается межведомственной рабочей группой Государственного антинаркотического комитета совместно с Минздравом России, Минобрнауки России, Минюстом России, Общественной палатой Российской Федерации, Уполномоченным по правам человека в Российской Федерации, Уполномоченным по правам ребенка при Президенте Российской Федерации.

В настоящее время во исполнение решения Государственного антинаркотического комитета Минздрава России и Минобрнауки России разрабатываются проекты приказов, касающихся определения порядка обследования обучающихся образовательных учреждений на предмет немедицинского потребления наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, а также проведения их психологического тестирования.

— **Вы не считаете целесообразным возвращение формулировки в заключение о состоянии освидетельствуемого на момент освидетельствования: «состояние опьянения неустановленным веществом», так как диагностические возможности токсико-химических лабораторий не успевают за**

стремительно расширяющимся арсеналом психоактивных веществ?

— Приказом Минздравсоцразвития России от 14 июля 2003 г. № 308, утверждена Инструкция по проведению медицинского освидетельствования на состояние опьянения лица, которое управляет транспортным средством, и заполнению учетной формы №307/у-05 «Акт медицинского освидетельствования на состояние опьянения лица, которое управляет транспортным средством», пунктом 18 которой до 2008 г. предусматривалось, что при наличии клинических признаков опьянения, отрицательных результатах исследования на наличие алкоголя в выдыхаемом воздухе и невозможности лабораторным химико-токсикологическим исследованием установить наличие в организме освидетельствуемого наркотического средства, психотропного или иного, вызывающего опьянение, вещества выносится заключение о наличии опьянения неустановленным веществом.

Однако решением Верховного Суда Российской Федерации от 9 октября 2008 г. № ГКПИ08-1450 пункт 18 указанной инструкции был признан недействующим по следующим основаниям.

Лицо, которое управляет транспортным средством соответствующего вида и в отношении которого имеются достаточные основания полагать, что это лицо находится в состоянии опьянения, подлежит освидетельствованию на состояние алкогольного опьянения. При отказе от прохождения освидетельствования на состояние алкогольного опьянения либо несогласии указанного лица с результатами освидетельствования, а равно при наличии достаточных оснований полагать, что лицо находится в состоянии опьянения, и отрицательном результате освидетельствования на состояние алкогольного опьянения указанное лицо подлежит направлению на медицинское освидетельствование на состояние опьянения.

Освидетельствование на состояние алкогольного опьянения и оформление его результатов, направление на медицинское освидетельствование на состояние опьянения, медицинское освидетельствование на состояние опьянения и оформление его результатов осуществляются в порядке, установленном Правительством Российской Федерации.

Таким образом, Кодексом Российской Федерации об административных правонарушениях определено, что состояние опьянения должно быть вызвано употреблением этилового спирта, наркотических средств или психотропных веществ, а также иных «вызывающих опьянение веществ».

По смыслу примечания к статье 27.12 Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях установление состояния опьянения вследствие употребления вещества, не являющегося эти-

ловым спиртом, наркотическим средством или психотропным веществом, возможно лишь в случае, когда это вещество по результатам медицинского освидетельствования идентифицировано как вещество, вызывающее у человека опьянение.

При этом употребление данного вещества приводит к совокупности нарушений физических или психических функций лица, управляющего транспортным средством.

В иных случаях нарушения физических или психических функций лица, проходящего медицинское освидетельствование, могут являться следствием употребления веществ, которые не характеризуются как вызывающие опьянение у человека, и, следовательно, отсутствуют основания для признания его находящимся в состоянии опьянения.

Между тем пункт 18 Инструкции предусматривает возможность вынесения медицинского заключения о наличии у освидетельствуемого лица опьянения неустановленным веществом, что не может быть признано соответствующим вышеприведенным положениям Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях.

— Валерий Владимирович, на Ваш взгляд, законодательство каких стран наиболее полно отвечает современным требованиям борьбы с наркотиками?

Антинаркотические законодательства иностранных государств можно условно подразделить на три группы.

Первая группа представлена государствами с наиболее мягким либеральным законодательством. К данной группе относятся такие государства, как Королевство Нидерланды (Голландия), Испания, Швейцария. Антинаркотическое законодательство в этих странах строится на дифференцированном отношении к распространению различных видов наркотиков. В Нидерландах, как известно, разрешено потребление «мягких» наркотиков (марихуана, гашиш). Уголовная ответственность предусмотрена только за сбыт и хранение «жестких» наркотиков (героин, кокаин, опиум, крэк и др.).

Ко второй группе следует отнести страны с наиболее жестким законодательством, предусматривающим повышенную, вплоть до смертной казни, ответственность за преступления, связанные с наркотиками. Это — Китай, Иран, Пакистан, Таиланд, Малайзия, Нигерия. Например, в Иране только за полтора года в соответствии с Законом 1989 г. было публично казнено свыше тысячи человек.

В третью группу государств входят страны мира, законодательства которых взвешенно и дифференцировано. К ним относятся Франция, Бельгия, Швеция, Люксембург, США, Великобритания, Россия и др.

Наиболее развернутым и проработанным является антинаркотическое законодательство США. В федеральном уголовном законодательстве США наркотическим преступлениям посвящена часть D главы 13 титула 21 «Food and Drugs» (Нормы, предусматривающие ответственность за незаконный оборот наркотиков, частично содержатся и в других титулах — см. например, 18 USC 1956, 18 USC 1963 (a)).

Основным подходом федерального законодательства по борьбе с незаконным оборотом наркотиков является запрещение целого ряда видов деяний, сопряженных с незаконным оборотом наркотиков, — (1) производства, (2) владения с намерением распространения и (3) распространения «веществ, находящихся под контролем» (незаконных наркотических веществ и некоторых легальных, но сильных и вызывающих наркотическую зависимость наркотических средств).

Тяжесть наказания, которому нарушитель может быть подвергнут за совершение преступлений, зависит от вида и количества наркотиков, а также от наличия отягчающих обстоятельств — например, повторное совершение преступления, прежние судимости. Кроме того, значительное влияние на вынесение приговора имеют следующие обстоятельства:

- в соответствии с «Актом о школьном дворе» предусмотрено значительно более суровое наказание за продажу наркотиков в пределах 1000 футов от игровых площадок или в пределах 100 футов от мест, где собираются дети. В этом случае вдвое увеличивается срок тюремного заключения;
- использование распространителями наркотиков для своих целей лиц, не достигших 18-летнего возраста. При подобных обстоятельствах совершения преступления срок заключения увеличивается вдвое (при первом вовлечении несовершеннолетних в свой бизнес). При повторном вовлечении несовершеннолетних срок утраивается;
- продажа наркотиков лицам, не достигшим 21 года. При первом нарушении данного положения срок удваивается, при повторном — утраивается.

В дополнение к наказанию, предусмотренному за фактическое изготовление (распространение), хранение с целью распространения, самостоятельным и отдельным преступлением считается сговор с целью нарушения антинаркотического законодательства (даже если самого нарушения не было), планирование преступления считается серьезным самостоятельным нарушением закона независимо от других обстоятельств. Наконец, преступлением считается сама попытка нарушения законодательства о наркотиках — понятие «попытка» в данном контексте включает в себя умысел с целью нарушения законодательства по

наркотическим средствам и попытки предпринять конкретные действия с целью его реализации.

Закон 1986 г. о борьбе со злоупотреблением наркотиками (Anti-drug Abuse Act of 1986) резко увеличил наказание за изготовление и распространение наркотиков. Этим законом впервые были установлены обязательные минимальные сроки тюремного заключения за распространение определенного количества наркотических веществ (от 5 до 20 лет), а также максимальные сроки, в большинстве случаев достигающие пожизненного заключения (прежде эти сроки не должны были превышать 40 лет). Кроме того, законом 1986 года было запрещено вынесение условного приговора и применение условно-досрочного освобождения к лицам, осужденным за распространение наркотиков.

Федеральный закон, принятый в 1988 г. (Anti-drug Abuse Act of 1988) установил, что крупные фигуры продолжающегося преступного наркобизнеса могут быть приговорены к лишению свободы на любой срок, вплоть до пожизненного. Причем этот срок должен быть не менее 20 лет. Закон также допускает применение к этим лицам смертной казни.

Money Laundering Control Act of 1986 (Закон о контроле отмывания денег) незаконным признает участие в финансовых операциях, направленных на содействие конкретной незаконной деятельности, в том числе и торговле наркотиками. Согласно этому закону, любое лицо, которое, зная, что материальные средства, используемые в финансовой операции, представляют доходы от противоправной деятельности, осуществляет или пытается осуществить такую финансовую операцию может быть приговорено к штрафу на сумму 500 тыс. долл. или на двойную сумму стоимости имущества, вовлеченного в операцию (в зависимости от того, какая из сумм больше), или к лишению свободы на срок 20 лет. Суд может применить и обе эти санкции.

Наряду с общенациональными законами в ряде штатов США приняты собственные антинаркотические законы. Кроме того, в УК различных штатов США содержатся уголовные санкции за подделку рецептов или медицинских предписаний для легального получения наркотиков. В большинстве штатов существует наказание не только за хранение и потребление, но даже за попытку приобретения наркотиков.

Кроме того, в США борьба с распространением наркотиков с помощью уголовно-правовых мер сочетается с мощной информационно-пропагандистской работой, направленной, прежде всего, на наиболее уязвимые категории населения — безработных, учащихся школ и студентов. Это связано, в частности, с осознанием того, что наркомания способствует гига-

нтским потерям для общества — прежде всего в сфере экономики.

Противодействие распространению наркотиков — очень трудная, многоплановая проблема, решение которой возможно только при тесном взаимодействии и координации сил и средств мирового сообщества, задействованных в этом деле. Борьба с наркоманией и незаконным оборотом наркотиков есть проблема международная, межгосударственная, межнациональная. Внутри каждого государства она должна строиться на основе

научно разработанной, материально и концептуально обоснованной программы, включающей меры политического, социального, экономического, медицинского, психологического и правового характера. Для эффективной борьбы с наркопреступностью очень важно последовательное использование международно-правовых мер, налаживание действенной системы межгосударственного взаимодействия для выстраивания надежного заслона на пути наркобизнеса, максимальное заимствование положительного мирового опыта.

Федеральный закон Российской Федерации от 14 июня 2011 г. №139-ФЗ
"О внесении изменений в Федеральный закон
"О наркотических средствах и психотропных веществах"
в связи с совершенствованием контроля за оборотом прекурсоров
наркотических средств и психотропных веществ"

Вступает в силу: 16 октября 2011 г.
Принят Государственной Думой 3 июня 2011 г.
Одобен Советом Федерации 8 июня 2011 г.

Статья 1

Внести в Федеральный закон от 8 января 1998 года № 3-ФЗ "О наркотических средствах и психотропных веществах" (Собрание законодательства Российской Федерации, 1998, № 2, ст. 219; 2003, № 2, ст. 167; № 27, ст. 2700; 2005, № 19, ст. 1752; 2006, № 44, ст. 4535; 2007, № 30, ст. 3748; 2008, № 30, ст. 3592; № 48, ст. 5515; № 52, ст. 6233; 2009, № 29, ст. 3614; 2010, № 21, ст. 2525) следующие изменения:

1) абзац двадцатый статьи 1 после слов "психотропных веществ" дополнить словами "и их прекурсоров";

2) в абзаце втором пункта 1 статьи 2 слова "и психотропных веществ" заменить словами ", психотропных веществ и их прекурсоров";

3) в пункте 2 статьи 4:

а) абзац второй дополнить словами "и внесенных в Список I прекурсоров";

б) абзац третий дополнить словами "и внесенных в Список I прекурсоров";

4) в статье 5:

а) пункт 1 после слов "уничтожение наркотических средств, психотропных веществ)" дополнить словами "и внесенных в Список I прекурсоров (разработку, переработку, ввоз (вывоз), уничтожение внесенных в Список I прекурсоров)";

б) пункт 2 после слов "внесенных в списки I и II," дополнить словами "прекурсоров, внесенных в Список I,";

5) в статье 8:

а) в наименовании слова "и психотропных веществ" заменить словами ", психотропных веществ и внесенных в Список I прекурсоров";

б) в пункте 1 слова "и психотропных веществ" заменить словами ", психотропных веществ и внесенных в Список I прекурсоров";

в) в пункте 2 слова "и психотропных веществ" заменить словами ", психотропных веществ и внесенных в Список I прекурсоров";

г) в пункте 3 слова "и психотропными веществами" заменить словами ", психотропными веществами и внесенными в Список I прекурсорами";

б) в наименовании главы III слова "и психотропных веществ" заменить словами ", психотропных веществ и внесенных в Список I прекурсоров";

7) в статье 10:

а) в наименовании слова "и психотропных веществ" заменить словами ", психотропных веществ и внесенных в Список I прекурсоров";

б) в пункте 1 слова "и психотропных веществ" заменить словами ", психотропных веществ и внесенных в Список I прекурсоров";

в) в пункте 2 слова "и психотропных веществ" заменить словами ", психотропных веществ и внесенных в Список I прекурсоров", после слов "психотропных веществ" дополнить словами ", внесенных в Список I прекурсоров";

г) в пункте 3:

в абзаце первом слова "и психотропных веществ" заменить словами ", психотропных веществ и внесенных в Список I прекурсоров";

в абзаце третьем слова "и психотропных веществ, и (или)" заменить словами ", психотропных веществ и внесенных в Список I прекурсоров, и (или)";

в абзаце четвертом слова "или психотропным веществам либо" заменить словами ", психотропным веществам, внесенным в Список I прекурсорами или";

в абзаце пятом слова "или психотропным веществам либо" заменить словами ", психотропным веществам, внесенным в Список I прекурсорами или";

д) в пункте 4 слова "и психотропных веществ" заменить словами ", психотропных веществ и внесенных в Список I прекурсоров";

8) в статье 14:

а) в пункте 1 слова "и психотропных веществ" заменить словами ", психотропных веществ и прекурсоров";

б) пункт 5 изложить в следующей редакции:

"5. Разрешается переработка наркотических средств, психотропных веществ или прекурсоров, внесенных в Список I и изъятых из незаконного об-

орота, для получения других наркотических средств, психотропных веществ или их прекурсоров и последующего использования их в целях, предусмотренных настоящим Федеральным законом, а также для получения веществ, не являющихся наркотическими средствами, психотропными веществами или их прекурсорами.";

9) в статье 16:

а) в наименовании слова "и психотропных веществ" заменить словами ", психотропных веществ и их прекурсоров";

б) дополнить пунктом 4 следующего содержания:

"4. Разработка новых прекурсоров наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в Список I, осуществляется в целях, в порядке и на условиях, которые определены для наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в Список I.";

10) в статье 17:

а) в наименовании слова "и психотропных веществ" заменить словами ", психотропных веществ и внесенных в Список I прекурсоров";

б) в пункте 1 слова "Производство наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в Список I" заменить словами "Производство наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров, внесенных в Список I", после слов "Изготовление аналитических (стандартных) образцов наркотических средств, психотропных веществ" дополнить словами "и прекурсоров";

в) пункт 4 после слов "внесенных в списки I и II," дополнить словами "а также внесенных в Список I прекурсоров,";

11) статью 19 изложить в следующей редакции:

"Статья 19. Переработка наркотических средств, психотропных веществ и внесенных в Список I прекурсоров

Переработка наркотических средств, психотропных веществ и внесенных в Список I прекурсоров в целях получения других наркотических средств, психотропных веществ или внесенных в Список I прекурсоров, препаратов, внесенных в списки II и III, а также в целях получения на их основе веществ, не являющихся наркотическими средствами, психотропными веществами или внесенными в Список I прекурсорами, осуществляется государственными унитарными предприятиями в порядке, установленном Правительством Российской Федерации, при наличии лицензии на указанный вид деятельности.";

12) в статье 20:

а) в наименовании слова "и психотропных веществ" заменить словами ", психотропных веществ и внесенных в Список I прекурсоров";

б) в пункте 1 слова "и психотропных веществ" заменить словами ", психотропных веществ и внесенных в Список I прекурсоров";

в) в пункте 2 слова "и психотропных веществ" заменить словами ", психотропных веществ и внесенных в Список I прекурсоров";

13) в статье 21:

а) в наименовании слова "и психотропных веществ" заменить словами ", психотропных веществ и внесенных в Список I прекурсоров";

б) в пункте 1 слова "и психотропных веществ" заменить словами ", психотропных веществ и внесенных в Список I прекурсоров";

в) в пункте 2 слова "и психотропных веществ" заменить словами ", психотропных веществ и внесенных в Список I прекурсоров";

г) в пункте 3 слова "и психотропных веществ" заменить словами ", психотропных веществ и внесенных в Список I прекурсоров";

14) в статье 22:

а) в наименовании слова "и психотропных веществ" заменить словами ", психотропных веществ и внесенных в Список I прекурсоров";

б) в пункте 1 слова "и психотропных веществ" заменить словами ", психотропных веществ и внесенных в Список I прекурсоров";

15) статью 23 изложить в следующей редакции:

"Статья 23. Отпуск, реализация и распределение наркотических средств и психотропных веществ, а также отпуск и реализация внесенных в Список I прекурсоров

Отпуск, реализация и распределение наркотических средств и психотропных веществ, а также отпуск и реализация внесенных в Список I прекурсоров осуществляются юридическими лицами в порядке, установленном Правительством Российской Федерации, при наличии лицензий на указанные виды деятельности.";

16) в статье 24:

а) в наименовании слова "и психотропных веществ" заменить словами ", психотропных веществ и внесенных в Список I прекурсоров";

б) слова "и психотропных веществ" заменить словами ", психотропных веществ и внесенных в Список I прекурсоров";

17) пункт 1 статьи 28 после слов "внесенных в" дополнить словами "Список I и";

18) пункт 2 статьи 29 изложить в следующей редакции:

"2. Уничтожение наркотических средств, психотропных веществ и внесенных в Список I прекурсоров может осуществляться в случаях, если:

истек срок годности;

наркотическое средство, психотропное вещество или внесенный в Список I прекурсор подвергались химическому или физическому воздействию, следствием которого стала их непригодность, исключающая возможность восстановления или переработки;

неиспользованные наркотические средства были приняты от родственников умерших больных;

трудно определить, является препарат наркотическим средством, психотропным веществом или внесенным в Список I прекурсором;

конфискованные наркотическое средство, психотропное вещество или внесенный в Список I прекурсор не могут быть использованы в медицинских, научных или иных целях, а также в других случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации."

19) в статье 30:

а) наименование дополнить словами ", внесенных в Список IV";

б) абзац четвертый пункта 2 после слова "использования" дополнить словом ", перевозки";

в) абзац второй пункта 3 после слова "использования" дополнить словом ", перевозки";

г) пункт 12 после слова "прекурсоров," дополнить словами "внесенных в Список IV,";

20) в статье 37:

а) в пункте 1:

в абзаце первом слова "и психотропных веществ" заменить словами ", психотропных веществ и внесенных в Список I прекурсоров";

абзац второй после слов "внесенных в" дополнить словами "Список I,";

абзац третий после слов "внесенных в" дополнить словами "Список I,";

б) пункт 2 после слов "а также прекурсоров, внесенных в" дополнить словами "Список I,";

21) статью 39 изложить в следующей редакции:

"Статья 39. Регистрация операций с наркотическими средствами, психотропными веществами и внесенными в Список I прекурсорами

При осуществлении деятельности, связанной с оборотом наркотических средств, психотропных веществ и внесенных в Список I прекурсоров, любые операции, в результате которых изменяются количество и состояние наркотических средств и психотропных веществ, а также количество внесенных в Список I прекурсоров, подлежат регистрации в специальных журналах лицами, на которых эта обязанность возложена приказом руководителя юридического лица. Указанные журналы хранятся в течение 10 лет после внесения в них последней записи. Порядок ведения и хранения указанных журналов устанавливается Правительством Российской Федерации."

Статья 2

Настоящий Федеральный закон вступает в силу по истечении ста двадцати дней после дня его официального опубликования.

*Президент
Российской Федерации
Д. Медведев*

Доклад Международного комитета по контролю над наркотиками за 2010 г. Анализ положения в мире. Регион Африка

2 марта 2011 г. Международный комитет по контролю за наркотиками опубликовал свой ежегодный доклад, содержащий обзор таких актуальных проблем, как наркотики и коррупция, международная система по контролю за наркотиками, анализ положения с употреблением наркотиков в мире.

В знак признания вклада Татьяны Борисовны Дмитриевой (в 2005 г. — стала членом Международного комитета по контролю над наркотиками, выполняя функции его Докладчика (2006 г.), Председателя Постоянного комитета по исчислениям и второго заместителя Председателя Комитета (2007 г.) и первого заместителя Председателя Комитета (2009 г.)) в дело международного контроля над наркотиками Комитет хотел бы посвятить настоящий доклад ее памяти. Она останется в памяти как талантливый исследователь, умелый политический деятель и замечательный, теплый и добрый человек.

1. Основные события

288. Угрозы, связанные с незаконным оборотом наркотиков в Африке, по-прежнему остаются в центре внимания международного сообщества. Политическая приверженность данному вопросу была продемонстрирована в связи с обсуждением в Совете безопасности в декабре 2009 г. вопроса о трансграничных угрозах, которые незаконный оборот наркотиков создает для мира и безопасности. В ходе этого обсуждения Западная Африка была особо выделена в качестве одного из субрегионов, где незаконный оборот наркотиков приобрел особенно широкие масштабы. Впоследствии Совет возвращался к этому вопросу и обратился к местным органам власти с призывом принять меры. В январе 2010 г. в Гвинее-Бисау было создано Объединенное представительство Организации Объединенных Наций, которое возглавил личный представитель Генерального секретаря.

289. Комитет отмечает меры, принятые Африканским союзом во исполнение своего Плана действий по контролю над наркотиками и предупреждению преступности (на период 2007—2012 гг.). На четвертой сессии Конференции министров по контролю над наркотиками и предупреждению преступности Африканского союза, состоявшейся в Аддис-Абебе 28 сентября — 2 октября 2010 г., государства — члены Африканского союза приняли решения о борьбе с культивированием каннабиса и злоупотреблением им, принятии решительных мер по контролю над химическими веществами-прекурсорами и разработке надлежащих систем мониторинга и регулирования для обеспечения наличия наркотических средств, используемых в медицинских целях, при одновременном уменьшении наличия наркотиков на нерегулируемых рынках.

290. В последние несколько лет страны Западной Африки используются наркоторговцами в качестве перемалочных зон для крупных партий кокаина, по-

ступающих из Южной Америки и предназначенных для Европы и Северной Америки. Представляется, что налаженная преступными группами крупномасштабная контрабанда кокаина через страны Западной Африки достигла своего апогея в 2007 г.; в 2008 и 2009 гг. число сообщений об изъятиях, произведенных в регионе, сократилось, что, возможно, объясняется тем, что повышенное внимание международного сообщества к угрозе, создаваемой незаконным оборотом наркотиков, затруднило такой незаконный оборот через этот субрегион. Однако в последнее время крупномасштабные незаконные поставки кокаина через страны Западной Африки, по-видимому, возобновились, о чем свидетельствует ряд крупных изъятий кокаина, произведенных в 2010 г. в субрегионе или имеющих к нему отношение.

291. Восточная Африка является основным каналом контрабанды героина из Юго-Западной Азии в Африку, главным образом через крупные аэропорты Аддис-Абебы и Найроби. Из Восточной Африки героин доставляется контрабандным путем в Европу и Северную Америку напрямую или через страны Западной Африки (в особенности Гану, Кот-д'Ивуар и Нигерию) и, в меньшей степени, через страны Северной Африки. Злоупотребление героином стало вызывать обеспокоенность в некоторых странах на Востоке и Юге Африки, в частности в Замбии, Кении, Маврикии и Южной Африке.

292. Комитет выражает обеспокоенность в связи с тем, что в последние несколько лет в Африке происходит увеличение масштабов злоупотребления почти всеми видами наркотиков. Серьезной проблемой в Африке остаются незаконное производство и незаконный оборот каннабиса, а также злоупотребление им. Каннабис — это самый популярный наркотик в Африке. Незаконно культивируемый в Африке каннабис продается на черных рынках в этом регионе или вывозится контрабандой в другие регионы, глав-

ным образом в Европу и Северную Америку. Хотя марихуана незаконно производится во многих странах Африки, подпольное производство смолы каннабиса сосредоточено в Северной Африке, причем одним из крупнейших в мире производителей этого наркотика является Марокко.

293. Использование Африки в качестве транзитной зоны для незаконного оборота химических веществ-прекурсоров, судя по всему, в последние годы стало менее актуальным. Если несколько лет назад был выявлен и пресечен ряд крупных поставок эфедрина и псевдоэфедрина, предназначенных для стран Африки, с последующей отправкой в Центральную и Северную Америку, то в 2009 или 2010 годах сообщений о новых попытках организовать крупномасштабную утечку эфедрина и псевдоэфедрина через страны Африки не поступало. Возможно, это объясняется тем, что в ряде стран Африки был усилен контроль над ввозом этих химических веществ-прекурсоров, а также тем, что власти стран-экспортеров более внимательно следят за поставками химических веществ-прекурсоров в Африку. Тем не менее, Африка по-прежнему используется наркоторговцами для организации утечки химических веществ-прекурсоров, о чем свидетельствуют непрекращающиеся утечка и контрабанда мелких партий эфедрина, псевдоэфедрина и других химических веществ-прекурсоров, используемых при незаконном изготовлении наркотиков.

2. Региональное сотрудничество

294. В рамках Плана действий Африканского союза ведущую роль в его осуществлении на субрегиональном и национальном уровнях играют африканские субрегиональные экономические сообщества. Совет Лиги арабских государств во второй половине 2010 г. принял пятилетнюю программу действий по усилению контроля над наркотиками и борьбы с преступностью в Северной Африке и на Ближнем Востоке. Эта программа предусматривает меры по борьбе с основными проблемами, присущими субрегиону, включая незаконный оборот, организованную преступность и злоупотребление наркотиками. Эта программа, наряду с политической декларацией и кругом ведения руководящего комитета, была разработана на региональном совещании экспертов, проходившем в Каире в апреле 2010 г.

295. В Западной Африке государства — члены Экономического сообщества западноафриканских государств (ЭКОВАС) продолжают демонстрировать свою поддержку Политической декларации ЭКОВАС о предупреждении злоупотребления наркотиками, незаконного оборота наркотиков и организованной преступности в Западной Африке, а многие из них принимают меры по осуществлению Реги-

онального плана действий ЭКОВАС по решению растущей проблемы незаконного оборота наркотиков, организованной преступности и злоупотребления наркотиками в Западной Африке (2008—2011 гг.), принятого на Конференции на уровне министров по незаконному обороту наркотиков как угрозе безопасности Западной Африки, состоявшейся в Праге в октябре 2008 года. Комиссия ЭКОВАС добилась прогресса в осуществлении своего оперативного плана, принятого в Абудже в июне 2009 г. и посвященного реализации Регионального плана действий, и созданию механизма мониторинга и оценки. В декабре 2009 г. на состоявшемся в Вене совещании доноров за круглым столом, организованном Комиссией ЭКОВАС и ЮНОДК, была выражена поддержка Регионального плана действий ЭКОВАС и взяты обязательства в отношении взносов на его осуществление, включая обязательство Европейской комиссии о выделении на эти цели 15 млн евро.

296. В феврале 2010 г. на конференции на уровне министров, проходившей в Дакаре, был учрежден союз западноафриканских государств, получивший название "Дакарская инициатива". Цель Дакарской инициативы заключается в создании транссахарской сети для противодействия растущей угрозе, которую представляет собой незаконный оборот кокаина через страны Западной Африки. В настоящее время в Дакарской инициативе участвуют Гамбия, Гвинея, Гвинея-Бисау, Кабо-Верде, Мавритания, Мали и Сенегал.

297. На совещании на уровне министров в рамках Инициативы по побережью Западной Африки, состоявшемся во Фритауне в феврале 2010 г., четыре государства, участвующие на данный момент в этой Инициативе (Гвинея-Бисау, Кот-д'Ивуар, Либерия и Сьерра-Леоне), приняли Фритаунское обязательство. Фритаунское обязательство имеет целью оказание поддержки Региональному плану действий ЭКОВАС и расширение возможностей специализированных органов по обеспечению соблюдения законов о наркотиках и национальных систем уголовного правосудия. Инициатива по побережью Западной Африки была учреждена в 2009 г. в качестве совместной программы технической помощи в целях наращивания потенциала на национальном и субрегиональном уровнях. Ожидается, что со временем Инициатива будет расширена и в нее войдут все 15 государств — членов ЭКОВАС и Мавритания.

298. В Восточной Африке на региональной конференции на уровне министров, состоявшейся в ноябре 2009 г. в Найроби, была утверждена программа содействия обеспечению правопорядка, здравоохранения и безопасности человека в этом субрегионе, охватывающая Бурунди, Джибути, Кению, Комор-

ские Острова, Маврикий, Мадагаскар, Объединенную Республику Танзания, Руанду, Сейшельские Острова, Сомали, Уганду, Эритрею и Эфиопию.

299. В сентябре 2010 г. в Найроби состоялось двадцатое совещание руководителей национальных учреждений по обеспечению соблюдения законов о наркотиках стран Африки. Участники совещания рассмотрели текущие тенденции в области запрещенных наркотиков в Африке и пути совершенствования расследований случаев незаконного оборота наркотиков и связанных с ним преступлений. В центре внимания на этом совещании находились, в частности, вопросы, связанные с незаконным оборотом наркотиков и его коррумпирующим влиянием на правоохранительные органы.

300. Комитет отмечает, что правительства африканских стран продолжают создавать законодательные и административные механизмы для выявления, отслеживания, замораживания, ареста, конфискации доходов, полученных от незаконного оборота наркотиков, при техническом содействии ЮНОДК и соответствующих субрегиональных групп, в частности Группы стран восточной и южной частей Африки по борьбе с отмыванием денег и Межправительственной целевой группы по борьбе с отмыванием денег в Западной Африке (ГИАБА). В январе 2010 г. в Бисау был проведен семинар-практикум ГИАБА по теме "Отмывание доходов от незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ в Западной Африке", на котором были рассмотрены способы и методы, используемые для отмывания доходов от преступной деятельности, связанной с наркотиками, в субрегионе, и выявлены пробелы в национальных нормативных базах и институциональных структурах в области борьбы с отмыванием денег.

301. В рамках своего проекта по трансатлантическому обмену оперативной информацией ЮНОДК организовало в Боготе в январе 2010 г. совещание высокого уровня руководителей органов по обеспечению соблюдения законов о наркотиках шести западноафриканских стран (Гамбии, Ганы, Гвинеи-Бисау, Кабо-Верде, Сьерра-Леоне и Того), а также Доминиканской Республики, Колумбии, Перу и Ямайки. На этом совещании было подписано в общей сложности 24 двусторонних соглашения в целях содействия проведению совместных расследований и быстрого обмена оперативной информацией между правоохранительными органами для содействия проведению основанных на оперативных данных расследований с целью перехвата партий запрещенных наркотиков в Южной Америке, Центральной Америке и Карибском бассейне, Западной Африке и Европе.

302. Соответствующие международные организации продолжают оказывать совместную техническую помощь государствам Западной Африки в поддержку усилий этих стран по борьбе с незаконным оборотом наркотиков на их территории. Комитет отмечает различные инициативы, реализованные ЮНОДК в 2009 и 2010 годах, по оказанию технической помощи Западной Африке в области контроля над наркотиками и борьбы с организованной преступностью, в частности разработку программы ЮНОДК для Западной Африки на период 2010—2014 гг. Программа по контролю за контейнерными перевозками, которая осуществляется совместно ЮНОДК и Всемирной таможенной организацией в Африке, Центральной Америке, Южной Америке и Центральной Азии, помогает правительствам обеспечивать эффективный контроль за контейнерными перевозками в целях предотвращения незаконного провоза наркотиков и контрабанды, облегчая при этом законную торговлю. Эта программа в полном объеме осуществляется в Сенегале (порт Дакар) и Гане (порт Tema), и в ближайшем будущем к ней присоединятся Бенин, Кабо-Верде, Кот-д'Ивуар, Мали и Того. Проект по обеспечению связи между аэропортами, разработанный ЮНОДК в сотрудничестве с Интерполом и Всемирной таможенной организацией и осуществляемый при финансовом содействии Европейской комиссии, способствует улучшению систем пограничного контроля и пограничного режима в международных аэропортах на маршрутах незаконного оборота наркотиков в Бразилии и странах Африки и обеспечивает их подключение к системам связи Интерпола и Всемирной таможенной организации. В рамках этого проекта в Гане, Гвинее, Кабо-Верде, Кот-д'Ивуаре, Мали, Марокко, Нигерии, Сенегале и Того предусматривается создание совместных подразделений по борьбе с незаконным оборотом наркотиков.

3. Национальное законодательство, политика и действия

303. В 2009 г. правительство Бенина учредило три новых органа для наблюдения за ходом осуществления и исполнения законодательства о контроле над наркотиками, принятого этим государством в 1997 г.: межведомственный комитет по борьбе со злоупотреблением наркотическими средствами и психотропными веществами (СИЛАС), центральное бюро по борьбе с незаконным оборотом наркотиков (ОСЕРТИД) и подразделение по борьбе с отмыванием денежных средств (при бригаде по экономическим и финансовым преступлениям). Был также принят план по борьбе с наркотиками.

304. В Эфиопии был создан межведомственный координационный комитет по контролю над наркоти-

ками, в котором представлены все министерства и основные органы правительства, занимающиеся вопросами предупреждения незаконного оборота наркотиков и злоупотребления наркотиками. Роль этого комитета заключается в осуществлении надзора за осуществлением национального генерального плана по контролю над наркотиками, разработке стратегических рекомендаций по вопросам обновления национального законодательства о контроле над наркотиками, осуществлении контроля за соблюдением Эфиопией ее обязательств, вытекающих из международных договоров о контроле над наркотиками, и подготовке руководящих указаний в отношении стратегий предупреждения злоупотребления наркотиками среди населения, в целом, и среди конкретных целевых групп.

305. Гана провела существенную реорганизацию Совета по контролю над наркотиками — своего национального органа по обеспечению соблюдения законов о наркотиках, а также улучшила национальное межведомственное сотрудничество и взаимодействие с международными партнерами. В результате операции "Вестбридж" по составлению типовых характеристик пассажиров и грузов, которая проводилась совместно с сотрудниками таможенных органов Соединенного Королевства с целью повышения эффективности отслеживания наркотиков в аэропортах, заметно увеличилось число перехватов и изъятий партий наркотиков. Эта операция будет также проведена в трех аэропортах Нигерии.

306. В ноябре 2009 г. правительство Ливийской Арабской Джамахирии подписало соглашение с ЮНОДК об открытии субрегионального отделения ЮНОДК в Триполи, которое будет заниматься странами Магриба. Новое отделение, которое должно быть открыто в декабре 2010 г., призвано содействовать развитию сотрудничества между Алжиром, Ливийской Арабской Джамахирией, Марокко и Тунисом в деле усиления контроля над наркотиками и борьбы с преступностью на их границах.

307. Правительство Намибии в настоящее время проводит обзор своего национального генерального плана по контролю над наркотиками на период 2003—2008 гг. Комитет призывает правительство как можно скорее принять законопроект о борьбе со злоупотреблением наркотиками, который предусматривает запрет незаконного оборота, а также продажу, хранение и использование вызывающих зависимость веществ и обеспечит полное соблюдение Намибией требований Конвенции 1988 г., а также законопроект о контроле над наркотиками, в котором предусмотрены современные инструменты привлечения к уголовной ответственности за преступления, связанные с наркотиками.

308. В марте 2010 г. Полицейская служба Южной Африки провела вторую общенациональную конференцию по мониторингу химических веществ и контролю над прекурсорами, цель которой заключалась в том, чтобы представители химической промышленности, фармацевтических компаний и Полицейской службы Южной Африки совместно разработали стратегии противодействия утечке химических веществ-прекурсоров, организуемой с целью незаконного изготовления наркотиков, а также ознакомились с современными международными тенденциями и передовой практикой в деле ликвидации подпольных лабораторий по изготовлению наркотиков. В октябре 2010 г. правительство Южной Африки организовало общенациональную конференцию с целью проведения обзора национального генерального плана по контролю над наркотиками на период 2006—2011 гг. и принятия генерального плана на следующий период.

309. В штате Занзибар, Объединенная Республика Танзания, в 2009 г. палата представителей Занзибара приняла закон о запрещенных наркотиках. Новый закон расширяет полномочия сотрудников полиции по проведению обысков и изъятию наркотических средств и содержит положения, предусматривающие возможность проведения контролируемых поставок. Он также предусматривает создание комиссии по координации усилий в области контроля над наркотиками.

310. В 2009 г. правительство Туниса приняло новое законодательство о контроле над наркотиками, касающееся вопросов хранения, перевозки, прописывания и отпуска психотропных веществ. Кроме того, в перечень наркотических средств, подлежащих государственному контролю, были включены бупренорфин, метилфенидат и орипавин.

311. Парламент Уганды в настоящее время рассматривает проект комплексного национального законодательства о контроле над наркотиками, предусматривающий более строгое наказание наркоторговцев и создание национального органа по координации контроля над наркотиками, лечения и реабилитации лиц, злоупотребляющих наркотиками, регионального и международного сотрудничества и конфискации и изъятия активов.

312. В конце ноября 2009 г. правительство Того в координации с ЮНОДК разработало и утвердило комплексный национальный план по борьбе с наркотиками и преступностью на период 2009—2013 гг. Правительство Того учредило при министерстве безопасности группу финансовой разведки в целях борьбы с отмыванием денежных средств.

313. В рамках усилий по противодействию отмыванию денежных средств правительство Эфиопии в ноябре 2009 г. приняло законодательство о борьбе

с этим явлением, а в Кении в декабре 2009 г. вступил в силу закон о доходах от преступной деятельности и противодействии отмыванию денежных средств. Несмотря на усилия, предпринимаемые Эфиопией, Целевая группа по финансовым мероприятиям для борьбы с отмыванием денег считает, что в Эфиопии имеются существенные недостатки в области борьбы с отмыванием денежных средств, представляющие угрозу для международной финансовой системы. Правительство Эфиопии, возможно, пожелает обратиться к ЮНОДК с просьбой об оказании технической помощи для устранения этих недостатков.

4. Культивирование, производство, изготовление и незаконный оборот

Наркотические средства

314. На всем африканском континенте каннабис по-прежнему опережает все остальные наркотики по масштабам незаконного оборота и злоупотребления, а растение каннабис — все остальные запрещенные культуры по масштабам культивирования. Африканский регион остается одним из ведущих мировых производителей каннабиса. Продолжается незаконное культивирование растения каннабис, которым главным образом занимаются мелкие фермеры, при этом распространением каннабиса занимаются небольшие группы или отдельные лица.

315. Крупномасштабное производство смолы каннабиса по-прежнему имеет место в странах Северной Африки, особенно в Марокко. С 2003 по 2005 гг. в Марокко отмечался заметный спад масштабов незаконного культивирования растения каннабис, причем в последующие годы эта понижающая тенденция сохранялась. Согласно поступающим сообщениям, площадь плантаций, используемых для культивирования растения каннабис, уменьшилась с 134 тыс. га в 2003 г. до 56 тыс. га в 2009 г., а производство смолы каннабиса за тот же период сократилось с 3 070 т до 820 т. Комитет отмечает, что, хотя власти Марокко прилагают активные усилия по пресечению незаконных поставок наркотиков, данные, полученные от европейских стран, свидетельствуют о том, что смола каннабиса марокканского происхождения по-прежнему поступает контрабандным путем в Европу, которая является крупнейшим в мире рынком сбыта смолы каннабиса. Комитет высоко оценивает деятельность правительства Марокко и призывает его и далее прилагать усилия, нацеленные на полное искоренение культивирования каннабиса на территории страны. В то же время Комитет призывает правительства европейских стран, относящихся к числу основных мест назначения поставок африканского каннабиса, принять все необходимые меры для уменьшения масштабов злоупотребления каннабисом

в своих странах. Комитет рекомендует правительству Марокко продолжать следить за ситуацией в стране путем сбора и анализа соответствующих статистических данных о масштабах культивирования растения каннабис в Марокко и делиться своим опытом с международным сообществом. В этой связи Комитет с сожалением отмечает, что обследование по вопросам культивирования растения каннабис и производства каннабиса, которое должно было быть проведено правительством Марокко в сотрудничестве с ЮНОДК в 2010 г., не состоялось. Комитет призывает правительство Марокко и ЮНОДК принять все меры к тому, чтобы данное обследование было проведено как можно скорее.

316. Сообщения о производстве марихуаны и ее незаконном обороте поступают практически из всех африканских стран. Марихуана потребляется местным населением или распространяется контрабандным путем в регионе. Африка является также одним из основных источников марихуаны, изымаемой в Европе. Крупнейшими производителями марихуаны в этом регионе являются страны Западной Африки (Гана, Нигерия, Сенегал и Того), Центральной Африки (Демократическая Республика Конго и Экваториальная Гвинея), Юга Африки (Замбия, Малави, Свазиленд и Южная Африка) и Восточной Африки (Кения, Коморские Острова, Мадагаскар, Объединенная Республика Танзания, Уганда и Эфиопия).

317. В Нигерии в течение 2009 г. Национальным управлением по обеспечению соблюдения законов о наркотиках было уничтожено свыше 900 га плантаций растения каннабис. В итоге, цены на закупаемый у фермеров каннабис выросли в этой стране за тот же год в 4 раза. Объем изъятий каннабиса в Нигерии резко сократился с 334 т в 2008 г. до 115 т в 2009 г. В Гане в местах незаконного культивирования растения каннабис было внедрено ирригационное земледелие, что позволяет выращивать эту запрещенную культуру круглый год. Каннабис из Ганы поставляется главным образом в Европу, в частности в Соединенное Королевство. Экспериментальная правительственная программа, начатая в 2003 г. и имеющая своей целью предоставление фермерам, занимающимся культивированием каннабиса, средств для выращивания альтернативных товарных культур, была прекращена в 2008 г., поскольку эта программа оказалась неэффективной в силу того, что некоторые фермеры продолжали культивировать растение каннабис, несмотря на стимулирование возделывания альтернативных культур. Южная Африка входит в число крупнейших производителей каннабиса в мире. Хотя подавляющая часть каннабиса, незаконно производимого в этой стране, потребляется местным населением, некоторая его часть поступает контрабандой

в страны Европы, прежде всего в Соединенное Королевство. В Египте незаконное культивирование растения каннабис по-прежнему имеет место на Севере Синайского полуострова и в Верхнем Египте, при этом в 2009 г. на Синайском полуострове было уничтожено порядка 75 га незаконных плантаций и изъято 30 т каннабиса.

318. Хотя доказательства незаконного культивирования кокаинового куста или незаконного изготовления кокаина в Африке отсутствуют, в последние несколько лет страны Западной Африки используются в качестве перевалочной зоны для контрабанды крупных партий кокаина из Южной Америки в Европу. В итоге в Западной Африке сложились две основных перевалочных зоны: одна в Гвинее и Гвинее-Бисау на севере субрегиона, а другая в районе Бенинского залива на юге. Излюбленный наркоторговцами способ транспортировки кокаина заключается в доставке партий кокаина плавучей базой с последующей их перегрузкой вблизи побережья Западной Африки на более мелкие морские суда, которые затем доставляют эти партии в Португалию и Испанию. Крупные партии кокаина перевозятся также в переоборудованных небольших самолетах из Бразилии или Венесуэлы (Боливарианской Республики) в различные точки Западной Африки. После этого западно-африканские наркоторговцы переправляют кокаин в Европу, обычно используя коммерческие авиакурьерские службы, и нередко в виде оплаты получают за свои услуги часть этих наркотиков.

319. Наблюдавшееся в 2008 г. сокращение числа сообщений о произведенных изъятиях указывало на то, что незаконный оборот кокаина через Западную Африку пошел на убыль, что, возможно, объясняется тем, что незаконным оборотом наркотиков, в целом, стало сложнее заниматься в связи с повышением международного внимания к той угрозе, которую представляет собой такой незаконный оборот. К 2009 г. практически прекратились изъятия кокаина, перевозимого морем или авиарейсами из Западной Африки. Однако имеются свидетельства того, что доставка кокаина контрабандным путем через Западную Африку продолжалась: так, например, в пустыне Мали были обнаружены обломки крупного грузового самолета, предположительно осуществлявшего перевозку многотонной партии кокаина из Боливарианской Республики Венесуэла. К середине 2010 г. крупномасштабный незаконный оборот кокаина через Западную Африку, по-видимому, возобновился. В мае 2010 г. в Либерии были задержаны члены сети, занимавшейся незаконным оборотом, по обвинению в попытке контрабанды через Либерию не менее 4 т кокаина из Южной Америки в европейские страны и Соединенные Штаты Америки. В июне 2010 г. в результате совместного расследования, про-

веденного правоохранительными органами Гамбии и Соединенного Королевства, в Гамбии было произведено изъятие рекордной партии кокаина весом 2,1 т и были задержаны 12 подозреваемых. В июле 2010 г. в Нигерии была перехвачена партия кокаина весом 450 кг из Чили. Эти изъятия свидетельствуют о том, что многотонные поставки кокаина в Западную Африку продолжают и будут продолжаться, что, в частности, обусловлено сохранением тех факторов, которые ранее способствовали возникновению таких потоков запрещенных наркотиков.

320. Очевидно, что наркоторговцы меняют методы деятельности в зависимости от обстоятельств, например используют легкие самолеты для доставки партий кокаина весом до 1 т в прибрежные страны, особенно Гвинею-Бисау и Сьерра-Леоне, и в не имеющие выхода к морю страны, расположенные в районе пустынь, например Мали, которые находятся ближе к Европе и территорию которых трудно контролировать. В результате успешных действий правоохранительных органов наркоторговцы постоянно меняют свои маршруты; так, поставки партий кокаина все чаще осуществляются из Аргентины и Уругвая в Центральную Африку или на юг Африки, а между Северной Африкой и Европой растет незаконный оборот мелких партий кокаина с использованием воздушного транспорта, например из Марокко в Испанию, из Алжира во Францию и из Туниса в Италию. При этом с конца 2009 г. не поступало никаких сообщений о каких-либо произведенных в море изъятиях крупных партий у побережья Западной Африки; никаких сведений не поступало и от расположенного в Лиссабоне Оперативно-аналитического центра по борьбе с незаконным оборотом наркотиков на море. Кроме того, в период с 2006 по 2009 гг. значительно уменьшилось число задержаний перевозивших кокаин курьеров, которые прибывали в европейские аэропорты рейсами из стран Западной Африки.

321. Одна из серьезных угроз, связанных с незаконным оборотом кокаина, заключается в его огромной стоимости по сравнению с масштабом национальной экономики соответствующих стран, что позволяет наркоторговцам использовать подкуп для прикрытия своих операций. Так, в марте 2010 г. были арестованы 11 высокопоставленных сотрудников правоохранительных органов Гамбии в связи с их причастностью к незаконному обороту наркотиков.

322. Некоторое количество кокаина также поступает контрабандным путем в Южную Африку, как через Западную Африку, так и напрямую из Южной Америки с помощью курьерских служб, грузовых авиаперевозок или экспресс-почты. Южная Африка становится важным транзитным узлом для кокаина, предназначенного для черных рынков стран Юга

Африки и Европы. Что касается Восточной Африки, то ряд изъятий кокаина, произведенных в международном аэропорту Найроби в 2009 г., свидетельствует о том, что проблема незаконного оборота наркотиков в Кении по-прежнему существует. Сообщается о растущем числе изъятий кокаина в Северной Африке, в частности в Египте и Ливийской Арабской Джамахирии.

323. Продолжается незаконное культивирование опийного мака на Синайском полуострове и в Верхнем Египте. О таком культивировании сообщается также в Алжире. Опиум, производимый в Алжире и Египте, потребляется местным населением. В самой Африке подпольное изготовление героина отсутствует. В Африку героин поступает из Юго-Восточной и Юго-Западной Азии через страны Восточной Африки, откуда он доставляется сначала в Западную Африку, а затем в Соединенные Штаты и в меньшей степени страны Европы. По данным ЮНОДК, ежегодно в Африку контрабандным путем ввозится около 35 т героина, из которых примерно 25 т потребляется наркоманами в Африке, численность которых предположительно оценивается в 1,2 млн чел.

324. На африканском континенте потоки героина идут в Южную Африку и страны Северной Африки. В последние годы важным транзитным узлом переправки героина стала Эфиопия. Героин перевозится через Эфиопию и Кению прежде всего потому, что с этими странами налажено надежное воздушное сообщение. Из Кении героин поступает на острова, расположенные в Индийском океане: Коморские Острова, Мадагаскар, Маврикий и Сейшельские Острова. Южная Африка используется в качестве страны транзита для героина, предназначенного для сбыта в странах Юга Африки и Европы, а также является страной назначения. Все чаще изъятия героина производятся в странах Северной Африки, особенно в Египте и Ливийской Арабской Джамахирии. Важной перевалочной зоной для незаконного оборота героина становятся также страны Западной Африки, о чем свидетельствуют произведенные в 2009 и 2010 гг. изъятия крупных партий героина (каждая весом свыше 5 кг), связанные с Кот-д'Ивуаром, Нигерией и Ганой. Западноафриканские организации наркоторговцев играют ключевую роль в незаконном обороте героина во всем мире.

Психотропные вещества

325. На африканском континенте незаконное изготовление психотропных веществ для внутреннего потребления осуществляется в основном в Южной Африке, а также в других странах Юга Африки и в Восточной Африке. Главным образом незаконно изготавливаются такие вещества, как метамфетамин, метакатинон и метаквалон (мандракс). Химические вещества-прекурсоры, необходимые для изготовления метам-

фетамина, а именно эфедрин и псевдоэфедрин, обычно ввозятся в Южную Африку законным путем, однако затем происходит их утечка из внутренних каналов распределения. Кроме того, для незаконного изготовления метамфетамина используется ввезенный законным путем катин. Метаквалон из Южной Азии поступает в Африку через порты восточноафриканских стран и провозится контрабандным путем через Мозамбик в страны Юга Африки. Амфетамины, судя по всему, по-прежнему незаконно изготавливаются в Египте (хотя и в меньших масштабах, чем ранее), о чем свидетельствует обнаруженная в Египте в апреле 2010 г. лаборатория, которая предположительно использовалась для незаконного изготовления метамфетамина.

326. Амфетамины и другие стимуляторы амфетаминового ряда продолжают доставляться контрабандным путем в страны Западной и Центральной Африки с целью сбыта на черных рынках или контрабанды в другие страны. Согласно Всемирному докладу о наркотиках за 2010 г.²⁷, подготовленному ЮНОДК, на долю Западной и Центральной Африки в 2008 г. приходилось почти 90% всех изъятий неидентифицированных амфетаминов. В 2009 г. в Нигерии было изъято свыше 700 кг психотропных веществ, что значительно больше, чем в 2008 г., когда было изъято 530 кг. Нигерии угрожает опасность превратиться в страну транзита в системе незаконного оборота метамфетаминов, о чем свидетельствует изъятие двух партий, произведенное в Лагосе, Нигерия, в апреле 2010 г.: 36 кг кристаллического метамфетамина, предназначенного для отправки в Токио, и 26,5 кг амфетамина, предназначенного для отправки в Соединенные Штаты через Южную Африку. В обоих случаях эти вещества были обнаружены Национальным управлением по обеспечению соблюдения законов о наркотиках Нигерии в авиационных грузах.

327. Африканские страны по-прежнему уязвимы перед проблемами, которые создают незаконно изготовленные или контрафактные фармацевтические продукты, содержащие наркотические средства или психотропные вещества. Во многих африканских странах фармацевтические препараты можно приобрести без предъявления действительного рецепта. Многие фармацевтические препараты, некоторые из которых были ввезены контрабандой или без разрешения, продаются на уличных рынках. Необходимо расширить возможности африканских стран в борьбе с подделкой лекарств: отсутствие ресурсов затрудняет выявление и расследование случаев контрафакции. Наличие на рынках африканских стран большого количества контрафактных лекарств создает серьезную угрозу здоровью населения.

²⁷ World Drug Report 2010 (United Nations publication, Sales No. E.10.XI.13), p.207.

Химические вещества-прекурсоры

328. В 2008 и 2009 гг. число сообщений о подозрительных или приостановленных поставках химических веществ-прекурсоров через Африку уменьшилось. В период 2006—2007 гг. был выявлен и приостановлен целый ряд подозрительных поставок эфедрина, псевдоэфедрина и препаратов, содержащих эти вещества, и была предотвращена утечка в этот регион или через него в общей сложности свыше 75 т эфедрина и псевдоэфедрина. Вместе с тем, в 2008 г. контрабанда этих веществ через Африку начала заметно сокращаться, хотя утечка и контрабанда небольших партий продолжалась. В апреле 2010 г. власти Египта ликвидировали подпольную лабораторию по изготовлению наркотиков в Александрии и изъяли различные химические вещества-прекурсоры (псевдоэфедрин, соляную кислоту, толуол и серную кислоту), а также инструменты и оборудование, использовавшиеся при незаконном изготовлении метамфетамина. В апреле 2010 г. в Лусаке были задержаны две женщины-предпринимателя, пытавшиеся провезти контрабандным путем 4 кг эфедрина и 1 кг кокаина. В Южной Африке по-прежнему происходит крупномасштабная утечка эфедрина и псевдоэфедрина для использования при незаконном изготовлении метамфетамина, злоупотребление которым главным образом распространено в Западной Капской провинции.

329. Западная Африка может превратиться в один из источников химических веществ-прекурсоров, используемых наркоторговцами для незаконного изготовления наркотиков в субрегионе или контрабанды в другие субрегионы, о чем свидетельствует перехват таможенными органами Кот-д'Ивуара в июне 2010 г. партии ацетона (960 кг) и метилэтилкетона (2 145 кг) — химических веществ-прекурсоров, используемых при незаконном изготовлении кокаина и других наркотиков. Наркоторговцы намеревались без надлежащих разрешений отправить ацетон в Бенин, а метилэтилкетон — в Гвинею. Последующее расследование, проведенное совместно этими двумя государствами, подтвердило, что адреса доставки этих партий были фальшивыми. Комитет настоятельно призывает правительства африканских стран, которые этого еще не сделали, создать в приоритетном порядке нормативную и институциональную базу, необходимую для ведения эффективной борьбы с контрабандой прекурсоров в их страны или через территорию их стран.

Вещества, не находящиеся под международным контролем

330. В странах Восточной Африки, главным образом в Эфиопии и Кении, по-прежнему культивируют кат, который используется местным населением и в некоторых районах Аравийского полуострова в качестве стимулятора. Несмотря на то, что использование ката сопряжено с риском для здоровья, он запре-

щен лишь в некоторых странах субрегиона, таких, как Мадагаскар, Объединенная Республика Танзания, Руанда и Эритрея, а также в Канаде, Соединенных Штатах и некоторых странах Европы.

331. В странах Северной Африки все большую обеспокоенность вызывает злоупотребление трамадолом — опиатным анальгетиком, который не подпадает под международный контроль. В 2009 г. власти Египта изъяли 1,2 млн таблеток, содержащих это вещество, которое в 2008 г. было поставлено в Египте под национальный контроль.

5. Злоупотребление и лечение

332. Каннабис остается наиболее распространенным наркотиком в Африке. Годовой показатель распространенности злоупотребления каннабисом в Африке среди населения в возрасте от 15 до 64 лет колеблется в диапазоне от 5 до 9,6% — это один из самых высоких показателей в мире, примерно в 2 раза превышающий общемировой среднегодовой показатель. Вызывает тревогу, в частности, то обстоятельство, что масштабы злоупотребления каннабисом в Африке, судя по имеющимся данным, растут, причем, наиболее высокие годовые показатели распространенности злоупотребления каннабисом зарегистрированы в Западной и Центральной Африке (от 7,8 до 12,3%), за которыми следуют Юг Африки, Северная Африка и Восточная Африка. Самый высокий показатель распространенности злоупотребления каннабисом среди стран Африки по-прежнему отмечен в Замбии и Нигерии (соответственно 17,7% и 13,8%). В Южной Африке — единственной африканской стране, в которой мониторинг злоупотребления наркотиками проводится регулярно, по данным Сети эпидемиологического надзора за наркологической ситуацией в Южной Африке (САСЕНДУ), 9% населения злоупотребляют каннабисом, а от 26 до 58% пациентов, проходящих лечение в специализированных центрах, сообщают, что каннабис являлся для них основным или сопутствующим наркотиком.

333. Имеющиеся данные указывают на рост злоупотребления кокаином в Африке, хотя исходный уровень злоупотребления был весьма низким. По оценкам, годовой показатель распространенности злоупотребления кокаином в Африке среди населения в возрасте от 15 до 64 лет составляет 0,2—0,5%, что соответствует общемировому среднегодовому показателю такого злоупотребления. В пределах африканского континента наиболее высокий показатель злоупотребления кокаином зарегистрирован в странах Западной и Центральной Африки, где в результате незаконного транзита кокаина растут масштабы злоупотребления им среди местного населения, за которыми следуют страны Юга Африки. По данным САСЕНДУ, в Южной Африке отмечается увеличе-

ние числа лиц, проходящих лечение в связи со злоупотреблением кокаином.

334. По оценкам, героин в Африке злоупотребляют порядка 1,2 млн чел. В пределах континента злоупотребление опиатами шире всего распространено в Восточной Африке, за которой следуют Северная Африка, Юг Африки и Западная и Центральная Африка. Самый высокий уровень распространенности злоупотребления опиатами среди стран Африки отмечен в Маврикии (1,9%), Кении (0,7%) и Египте (0,4%). По данным Всемирного доклада о наркотиках за 2010 г., в Южной Африке показатель распространенности злоупотребления героином в последние несколько лет остается стабильным²⁸. В Маврикии и Тунисе сообщается о злоупотреблении бупренорфином, в том числе путем инъекций.

335. Южная Африка — возможно, крупнейший в мире потребитель метаквалона. В этой стране метаквалон является наиболее распространенным наркотиком, который нередко потребляется в сочетании с каннабисом. Другая проблема, вызывающая серьезное беспокойство, заключается в злоупотреблении в Южной Африке метамфетамином (известным в стране под названием "тик") и меткатиномом. Метамфетамин незаконно изготавливается в Южной Африке с целью сбыта на черном рынке. Больше всего им злоупотребляют в Западной Капской провинции, в особенности в Кейптауне, а также в последнее время — в Претории. По оценкам полиции, по меньшей мере 30 тыс. наркоманов потребляют свыше одного грамма метамфетамина ежедневно. Сообщается, что в Кейптауне метамфетамин является основным или сопутствующим наркотиком для двух третей лиц, злоупотребляющих наркотиками. Считается, что злоупотребление метамфетамином распространяется и на другие провинции Южной Африки. С учетом серьезности проблемы злоупотребления наркотиками правительство Западной Капской провинции утвердило новую стратегию борьбы со злоупотреблением наркотиками и в 2010 г. назначило координатора по вопросам злоупотребления наркотиками при канцелярии премьер-министра Западной Капской провинции.

336. Во многих африканских странах национальные системы здравоохранения вследствие нехватки ресурсов не способны надлежащим образом удовлетворять медицинские потребности населения, в частности в том, что касается лечебно-реабилитационных учреждений для лиц, страдающих наркозависимос-

тью. В результате ограниченного выбора методов лечения, а во многих случаях и ввиду отсутствия программ лечения или специальных лечебных учреждений, предназначенных для лиц, злоупотребляющих наркотиками, тех, кто обращается за помощью, часто направляют в психиатрические отделения больниц общего профиля, которые способны принять лишь небольшое число лиц, страдающих наркотической зависимостью. Поэтому Комитет приветствует начатое осуществление в Африке в 2009 г. проекта ЮНОДК и ВОЗ под названием "Лечение наркомании и ее последствий". Цель проекта заключается в улучшении методов лечения, доступных лицам, страдающим зависимостью от наркотиков, и облегчении их доступа к качественным и доступным терапевтическим услугам путем оказания поддержки в развитии и распространении таких услуг и наращивания потенциала структур, оказывающих такие услуги. На сегодняшний день в рамках этого проекта прошли обучение в общей сложности 70 национальных инструкторов из 13 стран Африки, расположенных к югу от Сахары. Предусматривается, что эта программа по подготовке кадров будет осуществляться на национальном уровне с сентября 2010 г. по октябрь 2011 г. и что странам-участницам будет оказана техническая помощь в деле разработки стратегии и оказания услуг.

337. В Алжире, Египте, Ливийской Арабской Джамахирии и Марокко проводятся мероприятия по наращиванию потенциала в целях обеспечения принятия комплексных мер по борьбе с наркотиками и ВИЧ/СПИДом, включая предоставление на общинном уровне информационно-просветительских услуг лицам, страдающим наркозависимостью, профилактику наркомании и оказание наркологической помощи нуждающимся, в том числе заключенным в тюрьмах.

338. В июне 2010 г. в Марокко в рамках комплексного пакета услуг по лечению героиновой зависимости началось осуществление объявленной правительством в 2009 г. программы опиоидной заместительной терапии. Марокко является первой страной в Северной Африке (и в арабском мире), принявшей законодательство, разрешающее использование метадона для лечения наркозависимости.

Продолжение читайте в следующем номере

²⁸ Ibid., p. 157.

От борьбы с наркотиками к проведению согласованной политики в области зависимости

19—21 мая в Будапеште Группа Помпиду Совета Европы провела обучающий семинар по наркополитике в котором приняли участие 25 специалистов, представлявших 22 государства Европы. Мы публикуем тезисы доклада "О возможности проведения более согласованной политики в области психоактивных веществ и зависимости", представленного на семинаре заместителем Исполнительного Секретаря секретариата Группы Помпиду Томасом Каттау.

Возможные варианты наркополитики:

- дифференцированная — отдельные политики для наркотиков, алкоголя, табака, игровой зависимости и т.д.;
- единая политика для всех психоактивных веществ — единая политика в отношении запрещенных и незапрещенных веществ (включая лекарственные средства);
- политика в области зависимости — всеобъемлющая политика в отношении всех психоактивных веществ и поведенческих зависимостей.

Что понимается

под "согласованными наркополитиками":

- скоординированная деятельность по сокращению спроса и предложения наркотиков ("сбалансированный подход");
- интегрированный политический подход к разрешенным (напр. аэрозолям, клею, бензину, растениям и т.д., а также лекарственным средствам рецептурного отпуска) и запрещенным психоактивным веществам;
- всеобъемлющая политика в отношении всех видов зависимости (поведенческой или вызванной употреблением различных веществ) и связанных с этим проблем.

Концепция согласованных наркополитик:

- употребление психоактивных веществ и зависимость определяются деятельностью мозга;
- употребление психоактивных веществ, в свою очередь, воздействует на физическое и психическое здоровье;
- возможная генетическая предрасположенность;
- как следствие, зависимость — это, в первую очередь, медицинская проблема.

Подготовка материала и перевод с английского А.Ю. Колгашкин — руководитель группы ФГУ Национальный научный центр наркологии Минздравсоцразвития России

К какой категории может быть отнесена эта политика?

Публичная политика и общественное здравоохранение. В публичной политике все правительства стремятся уделять внимание здоровью, безопасности и благосостоянию своих граждан. Будучи однозначно связанными с физическим и психическим здоровьем, а также входя в общий социальный контекст, психоактивные вещества должны однозначно рассматриваться как проблема общественного здравоохранения.

Основы политики общественного здравоохранения

Физическое/психическое состояние. Психоактивные вещества и зависимость оказывают воздействие на физическое и психическое здоровье.

Социальная сфера. Социальные факторы, определяющие употребление психоактивных веществ: личность, взгляды, ожидания и мотивации употребляющего лица, а также его жизненная ситуация.

Медицинские аспекты + социальные факторы = политика в области общественного здравоохранения. Однако наркополитика не сводится только к вопросам здравоохранения! Дополнительными аспектами являются:

- преступность;
- нарушения общественного порядка;
- вопросы безопасности;
- финансовые последствия.

Цель политики

Сокращение употребления психоактивных веществ и компульсивного поведения, а также снижение отрицательных последствий для здоровья и общества

Концепция "четырёх основ" политики:

- профилактика;
- лечение и реабилитация;
- сокращение связанных с потреблением ущербов и рисков;
- снижение и подавление предложения.

**Что может побудить правительство
отойти от дифференцированной политики
в пользу согласованной?**

- разочарование в результатах проводившейся ранее политики;
- рост полинаркомании и сочетанного употребления легальных и запрещенных психоактивных веществ;
- результаты новых исследований в области схем развития зависимости;
- тенденции к проведению политики, основывающейся на принципах доказательности;
- общая тенденция к росту потребления психоактивных веществ.

Какие факторы приводят к изменению политики?

- общественные: моральные принципы и ценности, общественное мнение;
- научные: доказательства (теоретическое и эмпирическое знание);
- практика: ноу-хау;
- контекст: институты, структурные факторы, идеология, интересы.

Важнейшими факторами являются общественное мнение и политическая идеология. Результаты научных исследований и практической деятельности в общем являются менее значительными факторами. Большое значение имеют институциональный и структурный аспекты. На принятие политических решений оказывают влияние конфликты интересов.

Каковы потенциальные возможности?

- жизнеспособный вариант для противодействия сочетанному употреблению психоактивных веществ;
- более эффективная интеграция сервисов;
- эффективная непрерывность оказания помощи;
- создание условий для сотрудничества всех заинтересованных сторон;
- сокращение конфликтов из-за распределения влияния и ресурсов;
- сокращение дублирования функций и "двойной работы";
- рост синергии.

Каковы потенциальные риски?

- бюрократизация;
- дополнительная нагрузка на штатных сотрудников;
- усложнения в выделении финансирования;
- конфликт различных административных структур;
- неадекватные каналы обмена информацией;
- недостаточный уровень подготовки сотрудников.

**Что нужно для того, чтобы согласованная политика
оказалась реально действующей?**

Координация среди участников + согласованные действия + доступ к информации + связь между участниками процесса = эффективная совместная работа.

Для успешной координации необходимы:

- адекватный объем консультаций между партнерами;
- очевидные преимущества для партнеров;
- равенство среди партнеров;
- стремление действовать в общих интересах;
- отчетность партнеров.

Для согласованности действий должны присутствовать:

- ориентированность на результат (достижение поставленных целей);
- учет компетентности участников (кто что делает лучше);
- гибкость (возможность изменяться или приспосабливаться к ситуации);
- предвидение (управление рисками);
- чувствительность (уважение значимых интересов).

Связь подразумевает:

- доступ к информации;
- возможность как горизонтальных, так и вертикальных контактов;
- взаимное обучение.

Что должно присутствовать

в согласованной политике:

- стратегическое планирование;
- междисциплинарное сотрудничество;
- разделение ответственности с учетом возможностей сотрудничества;
- обеспечение результатов и воздействия;
- отсутствие иерархической подчиненности между партнерами по сотрудничеству.

**Минимальные условия для успешной работы
партнерского подхода:**

- наличие общей цели;
- обеспечение регулярных и постоянно действующих контактов;
- определение информационных потоков;
- обеспечение непосредственного взаимодействия на всех уровнях;
- осознание предрассудков и традиций различных институтов;
- преодоление законодательных барьеров;
- уважение концепции взаимного характера сотрудничества.

Опыт проектирования и создания электронной истории болезни наркологического пациента

- НАДЕЖДИН А.В.** к.м.н., руководитель отделения детской наркологии ФГУ ННЦ наркологии Минздравсоцразвития;
e-mail: aminazin@inbox.ru
- ФЕДОРОВ М.В.** ведущий программист, группа прикладных Интернет-технологий в наркологии
ФГУ ННЦ наркологии Минздравсоцразвития
- КОЛГАШКИН А.Ю.** руководитель группы прикладных Интернет-технологий в наркологии
ФГУ ННЦ наркологии Минздравсоцразвития
- ТЕТЕНОВА Е.Ю.** к.м.н., ведущий научный сотрудник отделения детской наркологии ФГУ ННЦ наркологии Минздравсоцразвития
- ГАВРИЛОВ К.А.** программист, специалист по проектированию прикладных программ

119002, Москва Малый Могильцевский пер., 3, тел. (499) 241-61-27; e-mail: info@nrca-rf.ru

Представлено описание основных компонентов пользовательского интерфейса, программных и технических особенностей электронной истории болезни, созданной для использования в наркологии.

Ключевые слова: электронная история болезни, формализация, программирование, алгоритм, наркологический больной

Введение

В условиях, когда значительные группы населения Российской Федерации оказываются вовлеченными в потребление алкоголя, наркотических средств и психотропных веществ, актуальность оказания им своевременной и качественной наркологической помощи не вызывает сомнения.

Профессиональную деятельность врача можно охарактеризовать как деятельность, направленную на информационно-когнитивное овладение глубинными патогенетическими связями морбидного состояния. Понимание сути патологического процесса во всей его вариативности и зачастую непредсказуемости заставляет медицинского работника не только улавливать нюансы информационного потока, характеризующего состояние больного, но и тщательно структурировать полученные данные, выстраивать их иерархию, фиксировать порой трудноуловимые причинно-следственные связи. Естественно, что подобная деятельность, особенно при современной высокой интенсивности врачебного труда зачастую вырождается в интуитивное применение шаблонов, упрощенных схем, необоснованное эклектическое сочетание различных методологических подходов.

Представляется, что выходов из создавшегося положения существует несколько. Наиболее очевидным, но принципиально нереализуемым, является снижение интенсивности врачебного труда с уделением значительно большего внимания каждому пациенту. Возможен компромиссный, но вместе с тем эффективный вариант разрешения обозначенной про-

блемы: формализация получаемой врачом информации, четкая заданность методологии обследования больного позволяет существенно повысить качество медицинского обеспечения пациентов наркологического профиля. Это достигается, в частности, путем применения электронных историй болезни (ЭИБ), которые позволяют существенно оптимизировать врачебную деятельность.

Сегодня в российское здравоохранение фрагментарно внедрены так называемые рабочие места того или иного специалиста, представляющие собой автоматизированные системы, ориентированные на первоочередные запросы соответствующего раздела медицинской практики. Нами были подвергнуты изучению и экспертной оценке ряд подобных систем, например «автоматизированное рабочее место врача-хирурга», «автоматизированное рабочее место врача-невролога», «автоматизированное рабочее место врача-стоматолога». Большинство подобных программных продуктов разрабатывается производителями прикладного программного обеспечения, исходя из интересов медицинских учреждений, имеющих компьютерные сети, т.е. на рынке представлены, как правило, серверные решения не пригодные (или слишком дорогостоящие) для небольших государственных/муниципальных и негосударственных лечебных учреждений, отдельных врачебных кабинетов. Примером такой ЭИБ является успешно функционирующий в Наркологической клинической больнице №17 Департамента здравоохранения г. Москвы программный комплекс [4]. Несмотря на то, что эта система символизи-

ронала очевидный прогресс в области научно обоснованной организации труда врача психиатра-нарколога, она не свободна от органически присущих подобным системам недостатков. Например, она не может использоваться врачом вне связи с упомянутым лечебным учреждением, так как ее архитектура подразумевает только сетевую реализацию аппаратно-программного продукта. Данная система не может быть установлена на локальном компьютере пользователя (врача-нарколога) в случае, если он не является сотрудником крупной специализированной клиники. Структура пользовательского интерфейса системы также не лишена проблемных фрагментов. Степень формализации медицинской информации зачастую оказывается нерелевантной задачам непосредственной медицинской практики.

Для создателей рассматриваемого в настоящей статье программного продукта основной парадигмой являлось разработка ЭИБ, пригодной для индивидуальной работы врача-психиатра-нарколога, работающего на разных этапах оказания наркологической помощи. В связи с этим основное внимание было уделено достижению приемлемой и валидной реальному клиническому состоянию больного формализации критически важных для формулирования диагноза локусов наркологического освидетельствования. Представляется очевидным, что правильно верифицированное состояние больного и корректный диагноз служат единственно возможной предпосылкой высокоэффективного и безопасного лечения. Вместе с тем, необходимо понимать, что на пути к формализации тех или иных проявлений патологического процесса важно не перейти грань, за которой теряется восприятие индивидуальности и неповторимости каждого человека, а в особенности больного.

Содержательная сторона ЭИБ

Наркология как комплексная медицинская дисциплина является частью медицинской науки о душевных заболеваниях — психиатрии. Основной методологической проблемой психиатрии и наркологии является высокая степень субъективности изучаемых явлений. Если представители интернистских разделов медицины руководствуются набором объективных критериев при оценке состояния больного, то наркология как парантернистская наука находится только в начале этого процесса. Познание субъективных процессов, происходящих в душе человека, выдвигает на первый план особенности личности наблюдателя. Здесь уместным является тезис, провозглашающий что: «позиция и состояние наблюдателя способны отражаться на характере процессов наблюдаемого явления».

В связи с этим, по нашему мнению, при разработке ЭИБ наркологического больного было важно со-

хранить позитивную составляющую субъективизма врача. Поэтому, определенные структурные компоненты указанной карты допускали достаточно широкую интерпретацию тех или иных нюансов клинического состояния больного.

Разработанная нами ЭИБ (рис. 1) по своей структуре повторяет классическую историю болезни. Ее разделы кратко представлены ниже, в качестве примера полный перечень полей и вариантов их заполнения мы приводим только для раздела «Психический статус»:

1. *Личные данные пациента* (персональные данные) — содержит необходимый набор сведений, удостоверяющих его личность, указывающих на его гражданство и характеризующих его микросоциальные связи для обеспечения врачу или иному медицинскому работнику возможности связи с родственниками и/или представителями пациента. В данный раздел также вносятся сведения о месте работы и должности больного, краткая характеристика некоторых параметров его санитарно-гигиенического состояния, диагноз направившего учреждения.

2. *Осмотр врачом в отделении* — содержит необходимые рубрики для наиболее полной характеристики состояния больного. Принимая во внимание наше стремление к индивидуализации диагностики и лечения, обеспечению врача нетрафаретной информацией, данный раздел был исполнен с наименьшей формализацией получаемых сведений. Его составили следующие структурные блоки:

- жалобы больного;
 - анамнез жизни;
 - анамнез настоящего заболевания;
 - история потребления психоактивных веществ;
 - психоактивное вещество, потребление которого стало причиной настоящего обращения за медицинской помощью;
 - характер синдрома отмены и динамика его развития;
 - формирование влечения;
 - социальные последствия синдрома зависимости;
 - сведения об обращениях за медицинской помощью по поводу основного заболевания и/или его осложнений;
 - данные катамнеза.
3. *Соматический статус* — содержит данные о физическом состоянии больного, функционировании внутренних органов и систем, рубрифицированных на следующие составляющие:
- телосложение;
 - кожные покровы;
 - видимые слизистые;
 - зев;
 - язык;

- периферические лимфоузлы;
- подкожно-жировая клетчатка;
- сердечно-сосудистая система;
- дыхательная система;
- желудочно-кишечный тракт;
- печень;
- селезенка;
- стул;
- мочевыделительная система.

3. Неврологический статус — характеризует комплексное состояние нервной системы пациента и содержит следующие рубрики:

- сознание;
- менингеальные симптомы;
- координация движений;
- ширина и равномерность глазных щелей;
- зрачки;
- нистагм;
- дермографизм;
- потоотделение;
- патологические рефлексы;
- сухожильные рефлексы;
- тонус мышц.

4. Данные инструментальных методов исследования и консультации специалистов — этот раздел содержит сведения о результатах лабораторных и инструментальных методов диагностики, а также результаты консультаций привлекаемых врачей других специальностей: терапевта, невролога, дерматовенеролога, акушера-гинеколога, уролога, стоматолога и иных необходимых специалистов. Данные сконфигурированы таким образом, что дают возможность пользователю вносить полученные результаты в динамике диагностических мероприятий. Пользовательский интерфейс раздела организован таким образом, что делает удобным сравнение большого количества показателей, полученных на различных этапах лечебно-диагностического процесса. Содержание раздела выполнено в полном соответствии с действующими стандартами диагностики, лечения и профилактики наркологических заболеваний.

5. Психический статус — основной раздел наркологической истории болезни, качество заполнения которого определяет успешность диагностики и лечения.

Рис. 1. Интерфейс ЭИБ

В приведенном ниже примере заполнения поля «Внешний вид больного» представлены основные возможные варианты выбора (таблица).

При создании этого раздела была предпринята попытка достичь «баланса» между четкой формализацией даже незначительных нюансов психического облика пациента и возможностью характеристики его индивидуального состояния, которое можно отразить в подразделах «свободное поле». Психический статус включает в себя следующие рубрики:

- внешний вид больного;
- речь;
- характеристика контакта;
- характеристика состояния сознания;
- восприятие;
- обманы восприятия;
- внимание;
- память (общая характеристика);
- расстройства памяти относительно психотического эпизода или травматического обстоятельства;
- интеллект;
- мышление;
- эмоционально-волевая сфера;
- инстинктивно-потребностная сфера;
- отношение к болезни.

Для преодоления субъективизма в оценке состояния больного ЭИБ дополнялась специально отобранными психометрическими и психологическими шкалами (рис. 2). Так, для формализации и объективиза-

ции психического статуса больного, учета и оценки результата терапевтических вмешательств нами были отобраны:

- шкала Гамильтона для оценки депрессии — один из наиболее широко используемых в клинике аффективной патологии инструментов. Шкала обеспечивает простой способ оценки тяжести депрессии в динамике;

- оценочная клиническая шкала тревоги Шихана, которая является достаточно простым в применении диагностическим инструментом для оценки тревоги и позволяет выявить наличие основных симптомов тревоги и панических атак с акцентом на соматизированных и вегетативных компонентах тревожного расстройства.

- краткое исследование психического состояния — (MMSE — Mini Mental State Examination) — как наиболее широко распространенная методика для скрининга и оценки тяжести деменции;

- шкала MADRS Монтгомери-Асберга — оценочная шкала для депрессий.

6. *Диагностические критерии* — в этом разделе реализован пошаговый алгоритм диагностического суждения врача, выполненный в виде отдельного «Мастера присвоения шифра диагноза по МКБ-10» (рис. 3).

В настоящее время в отечественной медицине наблюдается ситуация определенного хаоса в области классификации и диагностических заключений отно-

Таблица

Внешний вид больного

Внешний вид больного	Характеристика одежды <i>выбор:</i> одежда по сезону, одежда не по сезону; Опрятность <i>выбор:</i> опрятен, не опрятен; Следование моде <i>выбор:</i> не следит за модой, утрированное следование моде, выглядит причудливо; дополнительные характеристики (свободное поле); Походка <i>выбор:</i> не нарушена, замедленная (шаркающая), ускоренная, неустойчивая, ходить не может; другое (свободное поле); Поза <i>выбор:</i> свободная, скованная, неуверенная, вальяжная, нелепая; Характер моторики <i>выбор:</i> нормальная, избыточная, ускоренная, замедленная, неkoordinированная, скованная, шарнирная; Усидчивость <i>выбор:</i> отмечается усидчивость, отмечается неусидчивость; другое (свободное поле); Мимика <i>выбор:</i> чрезмерная, живая, сглаженная, обедненная, отсутствует; Адекватность мимики <i>выбор:</i> адекватная эмоциональным переживаниям, неадекватная эмоциональным переживаниям; другое (свободное поле)
----------------------	---

Дата	Наименование теста
06.11.2008	Шкала Гамильтона для оценки депрессии
06.11.2008	Оценочная клиническая шкала
06.11.2008	Мониторинг-Асберга
06.11.2008	Краткое Исследование Полюса

Шкала Гамильтона для оценки депрессии (HDRS)

Шкала Гамильтона (Hamilton M., 1967) для оценки депрессии - один из наиболее широко используемых в клинике эффективной патологии этого круга инструментов. Шкала обеспечивает простой способ оценки тяжести депрессии в динамике. Тяжесть симптомов депрессии в динамике путем повторного тестирования оценивается объективно. Соответственно исследователь должен быть квалифицированным и опытным психиатром или пройти необходимое обучение. Для оценки следует выбрать вариант ответа, наиболее точно характеризующий состояние пациента, которому следует предоставить возможность подробного ответа на задаваемые вопросы. Поставьте пометку в графе, выделенной фоном.

При интерпретации данных необходимо помнить, что значения баллов пунктов 4-6, 12-14, 16-18, в которых перечислены не могут быть выражены количественно, оцениваются качественно (от 0 до 2 баллов). Пункты 19-21 не измеряют выраженность депрессии.

Депрессивное настроение

- ☐ отсутствие
- ☒ выражение указанного чувства только при прямом вопросе
- ☐ жалоба высказывается спонтанно
- ☐ определяется невербально (поза, мимика, голос, плаксивость)
- ☐ пациент выражает только эти чувства, как в высказываниях, так и невербально

Чувство вины

- ☐ отсутствие
- ☒ самоуничижение, считает, что подвел других
- ☐ чувство собственной вины, мучительные размышления о собственных ошибках и грехах
- ☐ настоящее заболевание расценивается как наказание, бредовые идеи виновности
- ☐ вербальные галлюцинации обвиняющего и/или осуждающего содержания, и/или
- ☐ суицидальные намерения

Суицидальные намерения

- ☐ отсутствие
- ☒ чувство, что жить не стоит
- ☐ желание смерти или мысли о возможности собственной смерти
- ☐ суицидальные высказывания или жесты
- ☐ суицидальные попытки

Ранняя бессонница

- ☐ отсутствие затруднений при засыпании
- ☐ жалобы на эпизодические затруднения при засыпании (более 30 минут)
- ☐ жалобы на невозможность заснуть каждую ночь

Средняя бессонница

- ☒ отсутствие
- ☐ жалобы на беспокойный сон в течение всей ночи
- ☐ жалобы на пробуждение в течение первой половины ночи

Сумма баллов 14
малый депрессивный эпизод

Рис. 2. Раздел ЭИБ «Психометрические шкалы»

сительно наркологических заболеваний. Если другим медицинским дисциплинам удалось относительно безболезненно осуществить переход с Международной классификации болезней 9-го пересмотра на Международную классификацию болезней 10-го пересмотра, то в наркологии этот процесс так и не завершился. При этом следует иметь в виду, что в настоящее время уже идет активное обсуждение и разработка 11-го пересмотра МКБ. Причиной такого положения является совершенно иная парадигма, лежащая в основе наркологической науки. Советская, а затем российская наркологическая школа, в отличие от зарубежных, опиралась на клинико-динамический подход при классификации и описании феноменологии наркологических заболеваний, причем с определенной долей уверенности можно сказать, что в ряде случаев положения этого подхода воспринимались избыточно догматически. МКБ-10, имеющая в своей основе американскую классификацию болезней DSM-IV, более гармонична, сочетает в себе временную эволюцию наркологической патологии и четко формализованные критерии дискретных нозологических единиц. Мы

можем констатировать, что подобный алгоритм формирования диагноза для V класса МКБ-10 окажет существенную помощь в окончательной адаптации российских наркологов к законодательно закрепленной диагностической классификации.

Система поддержки эффективного ввода данных на данном этапе представлена элементом генерации шифров МКБ-10. Самостоятельный компонент, активизируемый по ссылке из формы, содержит логически упорядоченную иерархическую структуру фрагментов шифра МКБ-10, предлагаемую пользователю в виде последовательности взаимозависимых списков выбора. Текущая версия не является экспертной системой (т.е. она отсекает не все ошибочные ветви дерева решений при генерации шифра), поскольку обеспечивает лишь формализацию уже поставленного специалистом диагноза. Однако конструктивно данный компонент ЭИБ допускает и включение соответствующих ограничений.

7. *Клинический диагноз* — содержит поля, позволяющие фиксировать результаты реализации диагностического алгоритма, изложенного выше. Дан-

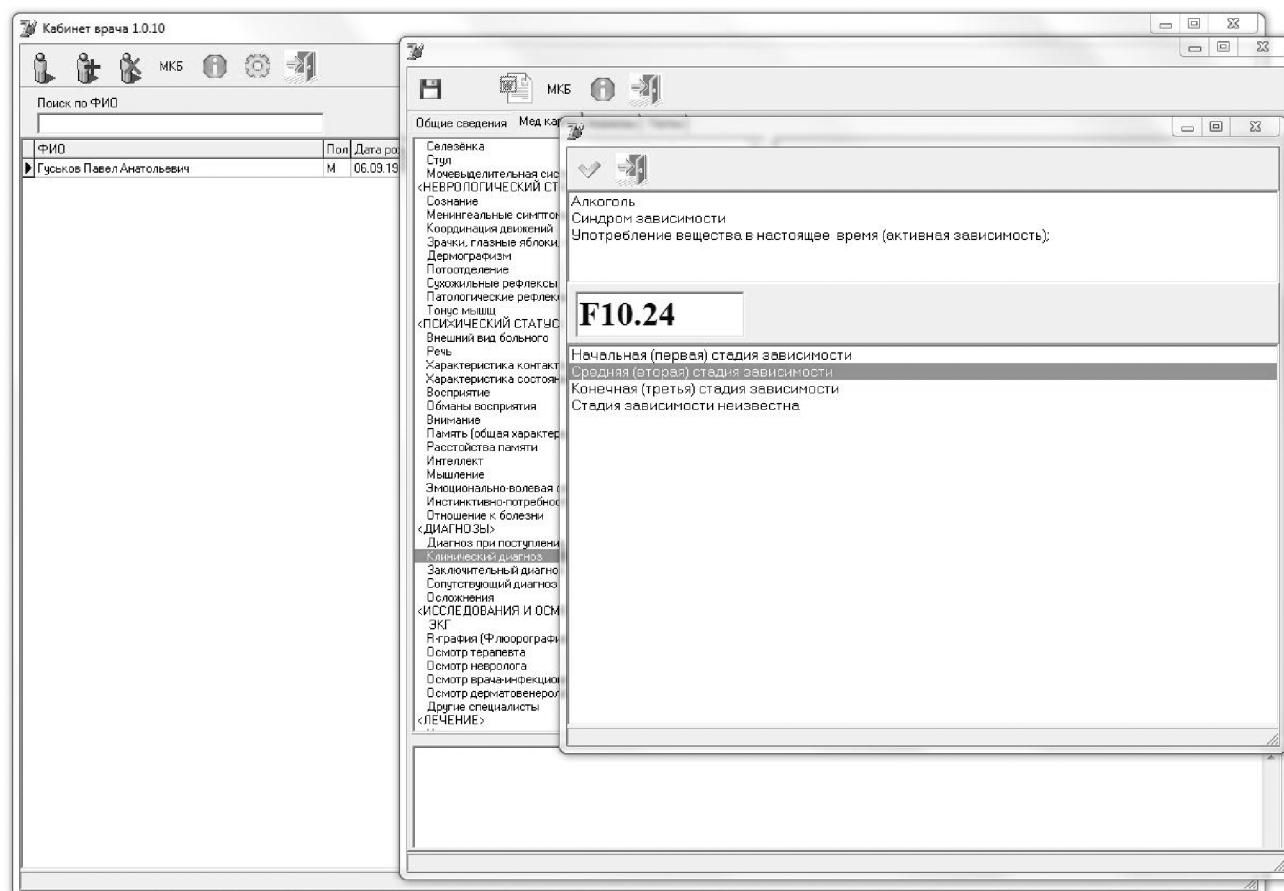


Рис. 3. «Мастер присвоения шифра диагноза по МКБ-10»

ный раздел включает в себя следующие рубрики: диагноз при поступлении; клинический диагноз; заключительный диагноз; сопутствующий диагноз; осложнения.

8. *Лечение и режим* — содержит удобные для заполнения поля, позволяющие быстро заносить назначенное лечение, выбирать режим пребывания в стационарной лечебной программе, подбирать для больного адекватную диету.

9. Врачу предоставлена возможность также фиксировать в программе свои *дневниковые записи*, характеризующие состояние больного в конкретный момент времени и динамику его состояния.

В целом пользовательский интерфейс электронной истории болезни соответствует основным требованиям ГОСТа Р 52636-2006 «Электронная история болезни» [1].

Тестирование и коррекции ошибок ЭИБ

Определить работоспособность программного продукта, его свободу от программных ошибок возможно только в процессе практического использова-

ния. В этой связи группой разработчиков автоматизированной медицинской карты было проведена работа по тестированию веб-версии программного продукта врачами-специалистами. В результате были сформированы дополнительные требования к архитектуре продукта и представлению информации операторам, скорректированы внутренние связи семантических структур и блоков карты.

Этапы реализации проекта

При проектировании и разработке соблюдалась следующая этапность действий:

- макетирование приложения на основе действующей интернет-версии ЭИБ;
- структурное разделение массивов данных, внедрение новых компонентов;
- реализация механизмов конфигуратора данных;
- разработка программного приложения;
- первичный ввод данных конфигуратора;
- заполнение тестовой карты больного;
- разработка рекомендаций по эксплуатации приложения.

Архитектура данных проекта

Массив данных проекта функционально разделен на конфигурационные данные, т.е. служебные структуры, обеспечивающие работу с записями о пациенте, и собственно данные о пациентах, обработка которых является конечной целью функционирования приложения.

Данные о пациентах по результатам оценки необходимости их гибкого изменения и масштабируемости разделены на справочные сведения о пациенте, медицинскую карту пациента, анализы и тесты.

Общая концепция позволяет вести список пациентов, в соответствии каждой записи которого может быть поставлена одна запись медицинской карты, а также произвольное количество записей о проведенных тестах и выполненных анализах.

• Логика формирования структур данных определена следующими объектами:

- для медицинской карты: «Сегмент», «Атрибут», «Фрагмент»;
- для системы анализов: «Анализ», «Параметр»;
- для системы тестов: «Тест», «Вопрос», «Вариант», «Оценка».

Целостность данных определена соблюдением строгой последовательности изменений «конфигурационные данные — данные о пациенте». Таким образом, задача сохранения целостности уже введенных данных при содержательном изменении компонентов структуры выполняется только при включении дополнительных сегментов, атрибутов и фрагментов.

Программные особенности разработанного приложения

Процесс создания приложения ЭИБ предполагал выполнение следующих требований:

- простота и оперативность реорганизации компонентного состава форм карты по требованию контент-группы;
- установка множественных правил логического контекстного ограничения диапазонов выбираемых значений;
- возможность экспорта информации в формат, корректно интерпретируемый средствами MS Office (doc-файл).

Выбрано двухуровневое сегментирование ЭИБ, которое оказалось достаточным для компенсации неравномерной нагруженности компонентов ЭИБ элементами формирования. Навигационная система представляет собой выпадающий список, допускающий быстрый переход к любой компоненте, а также получение doc-версии документа.

Учитывая высокую степень масштабируемости приложения, значения элементов форм истории болезни по-

сле сегментирования решено хранить единым массивом с индивидуальными разделителями. Оценка временной и емкостной сложности такого подхода дала отличные результаты, учитывая, что к приложению не будут предъявляться требования выполнения статистических запросов к спискам медицинских карт пациентов.

Для описания состояния форм карты был разработан простой метаязык, позволяющий оперативно вносить изменения в ЭИБ и состоящий из операций объявления элемента, вывода элемента и установки правила. В состав отображаемых были включены следующие стандартные диалоговые элементы: формирующие (выключатели checkbox, переключатели radio button, строки и поля ввода textarea, выпадающие списки dropdown-list) и управляющие (кнопки button). Практика показала, что такой набор элементов позволяет формализовать любой диалог. Операция установки правила на данном этапе ограничена вариантами блокирования/деблокирования одного элемента (или группы) при воздействии на другой элемент, однако функциональность операции установки правил может быть расширена без ущерба для приложения.

Для генерации doc-версии карты в результате экспериментов избран компромиссный формат doc-файлов, который, имея незначительную избыточность кода, обладает превосходными показателями совместимости и допускает генерацию без использования библиотек MS Office.

При первичном тестировании работоспособности сервиса были выполнены ресурсоемкие запросы к базе данных, используемых для хранения информации, была избирательно проверена правильность функционирования системы логических ограничений ввода. Скриптовые компоненты, отвечающие за формирование представления данных в формате doc, прошли ограниченное тестирование на общую функциональность механизма генерации и совместимость результатов с интерпретаторами MS Office, поскольку находятся в стадии доработки.

Разработанное приложение позволяет оператору выполнять следующие задачи:

- ввод, изменение, удаление, переопределение порядка следования элементов структуры ЭИБ: медицинской карты, тестов, анализов;
- ведение списка пациентов;
- ввод, изменение, удаление данных медицинской карты пациента;
- добавление и удаление записей об анализах пациента;
- добавление и удаление записей о процедуре и результатах тестирования пациента;
- получение естественного языкового представления введенных данных в виде doc-файла.

При разработке ЭИБ учтены следующие пожелания врачей психиатров-наркологов:

- возможность гибкой модификации состава и порядка следования атрибутов ЭИБ;
- возможность расширения перечня типовых компонентов без привлечения программиста;
- минимизация количества рутинных операций при вводе данных;
- поддержка автоматизации процесса получения естественного языкового представления введенных данных.

Конфигуратор медицинской карты

Модификация состава и порядка следования сегментов, атрибутов и фрагментов выполнена в виде конфигуратора; возможность иерархических построений заложена в принцип работы и может быть реализована в рамках развития программного приложения без ущерба для уже сформированных компонентов. Концепция конфигуратора охватывает весь спектр задач по выполнению рутинных операций над конфигурационными данными.

Данные системы тестирования

Психометрические и психологические шкалы, а также произвольные тесты, ориентированные на балльную систему оценки, могут вводиться, корректироваться и удаляться оператором без привлечения программиста. Конфигуратор для управления тестами выполнен по принципу, схожему с конфигуратором медицинской карты. В соответствии одной записи о пациенте может быть поставлено произвольное количество тестов, выполненных по различным методикам. Вывод информации о результатах тестирования выполняется в стандартном виде, с указанием количества набранных баллов и дескриптором диапазона, в котором находится результат прохождения теста.

Данные анализов

Степень формализации, инвариантность представления, потребность в расширении перечня, а также необходимость ведения группы записей, соответствующих одному пациенту, потребовала создания собственной конфигурационной структуры для системы анализов. Конфигуратор идентичен конфигуратору системы тестов, вывод в результирующий документ стандартен и предусматривает только табличную форму представления.

Логика взаимозависимостей

Взаимное влияние значений атрибутов определяется свойствами атрибутов (single choice/multiple choice), а также произвольно вводимыми правилами.

Система правил

Поскольку ЭИБ ориентирована на эксплуатацию квалифицированным оператором, экспертом в области знаний, на которую ориентировано приложение, система

правил носит не ограничительный, а рекомендательный характер. Важно отметить, что практика использования ограничительной системы правил показала более низкую надежность обеспечения процесса корректного формирования данных. Это связано с односторонней направленностью ограничения, т.е. с подавлением возможности ввода данных через последующий элемент управления при определенном состоянии предыдущего; таким образом, ошибка заполнения одного атрибута может привести к игнорированию заполнения неопределенно большой группы атрибутов. В случае же с рекомендательной системой двунаправленность правила, с одной стороны, позволяет выявить ошибку, допущенную на одном из предыдущих шагов ввода данных, а с другой — сохранить введенные данные при устранении логических конфликтов и не допускать ошибочного сокрытия от эксперта группы значимых атрибутов.

Уровень декомпозиции данных

Минимизация объемов текста, вводимого с клавиатуры, обусловила необходимость выбора значений атрибутов, описывающих ту или иную характеристику в составе ЭИБ, с доминирующей долей использования манипулятора «мышь». Таким образом, с учетом данных, представленных экспертным сообществом на начальном этапе работы, была выполнена декомпозиция составляющих до состояния, оцениваемого как совокупность взаимозависимых списков значений единичного и/или множественного выбора, дополненная набором полей свободного ввода текста. Качество декомпозиции с учетом первичного ввода данных конфигуратора можно признать удовлетворительным. При этом следует отметить, что сложность содержания медицинской карты в принципе предполагает повышение качества декомпозиции данных только как результат итеративных процедур участников экспертного сообщества, выполняющих тестирование программного продукта или занимающихся его внедрением/эксплуатацией. Все необходимые инструменты для данного вида деятельности в составе ЭИБ реализованы.

Эргономика ввода данных

При разработке диалоговые компоненты, позволяющие организовать выбор требуемых значений, были ориентированы на повышение эффективности рутинных операций заполнения ЭИБ. В частности, для них было предусмотрено внедрение сочетаний клавиш быстрого доступа к функциям ЭИБ, открытие диалоговых форм и вкладок по умолчанию, исходя из предполагаемой последовательности действий оператора, автоматическая установка фокуса ввода на атрибут, предполагающий ввод данных, автоматическое выделение значений по умолчанию в полях ввода для совмещения операций удаления и ввода текста, расширение функциональности стандартных элементов интерфейса, определение функций быстрой отмены активированного атрибута.

Формирование естественных языковых документов

Учитывая функциональные требования, предъявляемые к программному приложению, был предпринят комплекс мер по повышению качества формируемого в результате заполнения ЭИБ текстового документа. С учетом проведенной декомпозиции и внедрения системы правил-предикатов, позволяющих формально выставлять в соответствие значению атрибута подготовленный естественного языковой фрагмент, была реализована возможность многовариантного построения словосочетаний, предложений и текстовых блоков, которые при незначительном участии оператора уже на этапе ввода данных согласовываются до состояния полноценного текста. Структура ЭИБ предполагает также внесение и произвольное позиционирование фиктивных сегментов, отвечающих за внешний вид документа и включаемых в результирующий документ по желанию оператора.

Принцип и поддержка ввода данных

Разработанная концепция ввода данных предполагает последовательный выбор фрагментов в представленном списке атрибутов сегмента с опционным изменением состояния полей ввода, принадлежащих выбранным фрагментам. Каждый атрибут может предваряться полем свободного ввода, что позволяет при необходимости без ограничений варьировать форму подачи информации и сообщать данные, не предусмотренные текущим состоянием конфигурационных данных. Поля ввода фрагментов чаще всего будут использоваться для постановки знаков-разделителей и текстовых фрагментов, выполняющих связывающую функцию. Результат любого действия в ЭИБ в режиме реального времени отображается в поле текстового представления. Таким образом, оператор в любой момент видит, как будут представлены данные в результирующем файле.

Важно отметить, что над данными в поле свободного ввода в последующем может выполняться декомпозиция, поскольку, как уже отмечалось, расширение конфигурационных массивов не нарушает целостности информации. Таким образом, по результатам ввода текста эксперт может затем перейти к конфигуратору и ввести сегменты, атрибуты и фрагменты, до определенной степени формализующие данные в поле свободного ввода.

Побочные эффекты декомпозиции данных

Несмотря на связность, результирующий текст медицинской карты продолжает оставаться формализованной структурой, содержащий однозначно интерпретируемые данные. Этот эффект, достигаемый за счет декомпозиции исходных данных, позволяет применять к данным, введенным через ЭИБ, как системы развернутого статистического анализа, так и экспертные системы поддержки принятия решений.

Средства реализации программного приложения

По результатам обзора-анализа средств разработки автономных программных приложений с применением технологий объектно-ориентированного программирования сделан выбор в пользу интегрированной среды разработки ПО Delphi. Структуры данных приложения хранятся в базе системы Access, что позволяет при необходимости вносить незначительные коррективы в структуру таблиц проекта без привлечения программиста и recompilation кода приложения.

Заключение

Необходимо заметить, что значительная часть информации ЭИБ связана с персональными данными пациентов, обработка которых регулируется Федеральным законом от 27 июля 2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных» [3]. Целью данного Закона является обеспечение защиты прав и свобод человека и гражданина при обработке его персональных данных: прав на неприкосновенность частной жизни, личную и семейную тайну.

До 1 января 2011 г. все информационные системы персональных данных должны были быть приведены в соответствие с его требованиями. Однако до сих пор не решены некоторые правовые проблемы. Например, по Закону оператор, получив от пациента письменное требование об уничтожении персональных данных, должен это сделать в течение 3 дней. В то же время, согласно действующим нормативным актам, медицинская карта стационарного больного подлежит хранению в медицинском архиве в течение 25 лет. Применяя, наряду с традиционными «бумажными» медицинскими картами стационарного или амбулаторного больного, различные компьютерные программы накопления и обработки информации от стандартных текстовых редакторов до специализированных «электронных рабочих мест», врачи-наркологи должны руководствоваться положениями вышеупомянутого правового акта и обеспечивать защиту персональных данных своих пациентов [2].

Авторы отдают себе отчет, что описываемый продукт отнюдь не свободен как от программных, так и контекстных ошибок. В самое ближайшее время мы планируем сделать его доступным на принципах «free software» для некоммерческого использования. ЭИБ будет размещена в разделе «Журнал «Наркология» на информационно-публицистическом портале «Нет — наркотикам» (www.narkotiki.ru).

Как уже указывалось выше, в программе реализована возможность гибкой подстройки под нужды конкретного пользователя. В связи с этим мы приглашаем всех заинтересованных специалистов к работе над этим продуктом с целью внесения в него необходимых дополнений и исправлений. Все мнения, замечания и сообщения об ошибках будут с благодарностью приняты и учтены в последующих релизах программы.

Список литературы

1. ГОСТ Р 52636-2006 «Электронная история болезни».
2. Методические рекомендации для организации защиты информации при обработке персональных данных в учреждениях здравоохранения, социальной сферы, труда и занятости. — М., 2009. — 94 с.
3. Федеральный закон Российской Федерации от 27 июля 2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных»
4. Шамонов А.А. Опыт использования электронной истории болезни // Вопросы наркологии. — 2009. — №2. — С. 109—113.

DESIGNING AND CREATING AN ELECTRONIC PATIENT'S HISTORY FOR USE IN DRUG TREATMENT

- NADEZHDIN A.V.** M.D., PhD, Chief, Department for Child and Adolescent Drug Addiction, National Scientific Research Center for Drug Addiction, Moscow; e-mail:aminazin@inbox.ru
- PHYODOROF M.V.** Leading Programmer, Applied Web Technology Team, National Scientific Research Center for Drug Addiction, Moscow
- KOLGASHKIN A.J.** Head, Applied Web Technology Team, National Scientific Research Center for Drug Addiction, Moscow
- TETENOVA E.J.** Leading Researcher, M.D., PhD, National Scientific Research Center for Drug Addiction, Moscow
- GAVRILOV K.A.** programmer, applications developer

Article presents the description of the basic user interface components, software and technical features of electronic patient's history, designed for use in drug treatment settings.

Key words: Electronic patient's history, formalization, programming, algorithm, drug patient

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НАРКОЛОГИИ

История потребления, распространенность и контроль за незаконным оборотом кокаина по регионам мира*

САФОНОВ О.А.

ДМИТРИЕВА Т.Б.

КЛИМЕНКО Т.В.

статс-секретарь — заместитель директора ФСКН России, Москва

д.м.н., профессор, академик РАМН

д.м.н., профессор, главный научный сотрудник

ФГУ "Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского"

Минздравсоцразвития России,

профессор кафедры уголовно-правовых дисциплин и криминалистики

Российской правовой академии Минюста России, Москва; e-mail: klimenko17@mail.ru

КОЗЛОВ А.А.

д.м.н., зам. директора по клинической работе — главный врач

ФГУ "Московский НИИ психиатрии" Минздравсоцразвития России, Москва; e-mail: aakozlov@inbox.ru

Проанализирована динамика злоупотребления кокаином в историческом аспекте и на современном этапе по отдельным регионам и странам мира. Изучен исторический и современный опыт ответных государственных мер по контролю и ограничению злоупотребления кокаином. Показано, что государственные меры регулирования оборота кокаином должны быть гибкими и должны определяться напряженностью наркоситуации по кокаину и другим наркотическим средствам.

Ключевые слова: кокаин, распространенность, незаконный оборот, наркоситуация

Кокаин по химической структуре относится к тропановым алкалоидам. Производится из листьев растения, произрастающего в Южной Америке на труднодоступных горных склонах в Андах. Коренные жители называют это растение «кока» (лат. *Erythroxylon coca*). Кокаин имеет множество сленговых названий: *джанкой, кокс, марафет, кокос, дорогой, кока, снег, орт, корс, си, орех, чарли, белый, коля, кекс, Николай*. По химической структуре кокаин представляет собой метиловый эфир бензоилированного эгониона.

В 1890-х годах был разработан гидролизный синтез кокаина, в соответствии с которым все имеющиеся в листе коки тропановые алкалоиды гидролизом расщепляются до эгониона, а затем вновь синтезируется кокаин [3]. Для производства кокаина требуется эффективная и разветвленная система поставки сырья и химических реактивов, без которых невозможен эффективный синтез химически чистого кокаина. Поскольку кокаина в листьях коки содержится не более 1%, его первичную обработку экономически эффективно проводить на месте. Из 100 кг свежего листа выделяется около килограмма пасты коки, представляющей собой вещество с большим количеством тропановых алкалоидов. Эта паста является сырьем для производства химически чистого кокаина. Паста собирается, переводится на следующий этап производственного цикла. В среднем из 2,5 кг пасты получается 1 кг кокаина. Качество очистки кокаина и содер-

жание в нем балластных веществ и вредных примесей отличается и зависит от уровня организации производства и используемого оборудования. Крупные картели маркируют производимый ими кокаин изображениями животных, являющихся их товарными знаками.

Кокаин при попадании в организм быстро распределяется по объему циркулирующей крови и быстро метаболизируется в бензоилэгонин и эгонин печеночными эстеразами. Выделение из организма в виде его метаболитов на 80% осуществляется почками. В течение 2—3 дней из организма выводится 90—95% введенной дозы кокаина в виде чистого вещества и его метаболитов. При совместном употреблении кокаина и алкоголя формируется кокаэтанол, что значительно увеличивает время полувыведения метаболитов кокаина из организма [2].

Кокаин как психостимулятор применялся индейцами Южной Америки с III века до нашей эры. В империи инков жевание листьев коки было распространено только среди жрецов, знати, а также среди гонцов срочных сообщений и воинов для преодоления усталости и повышения выносливости [1]. Поскольку кока произрастала в регионах с неблагоприятными климатическими условиями, среди ее сборщиков отмечалось массовое поражение инфекционными заболеваниями с высокой смертностью [4]. В связи с этим, после завоевания империи инков испанцами в 1567 г. Вторым Лимским Собором жевание коки

* Использованы материалы «The World Drug Report 2006, 2007, 2008, 2009». — United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), 2007.

было запрещено. Однако из-за массового недовольства местного населения и невозможности ограничения доступа к кустам коки от запрета пришлось отказаться и культивирование листа коки длительное время оставалось одним из важнейших источников дохода многих испанских колоний (Juan de Matienzo de Peralta. «Gobierno de Peru»). Сами испанцы с презрением относились к культуре коренных жителей и не проявляли интереса к данной привычке. В 1821 г. после сделанного президентом Перу Иполито Унануе в Нью-Йорке доклада о свойствах коки узнали в США. В 1859 г. Альберт Ниман (нем. *Albert Niemann*) из Гёттингена выделил из листьев коки алкалоид $C_{32}H_{20}NO_8$ и назвал его кокаин [3]. Одновременно были получены также кокаиновый воск $C_{66}H_{66}O_4$ и ряд других продуктов. В 1897 г. Рихарду Вильштеттеру в лаборатории Айнхорна удалось провести полный синтез кокаина. Последующими исследованиями Майша и Вильяма Лессена (англ. *Maish, William Lessen*) формула кокаина была доведена до современной — $C_{17}H_{21}NO_4$. После этого кокаин начал активно распространяться в США как средство для местной анестезии, войдя в 1900 г. в пятерку самых продаваемых лекарств [5]. В XIX веке он также использовался как пищевая добавка. В конце XIX века кокаин прописывался практически от всех болезней. В США продавались сигареты и сигары с кокаином. Популярное в то время вино *Vin Mariani*, изобретённое химиком Анджело Мариани (англ. *Angelo Mariani*) в 1863 г., содержало в своём составе экстракт листьев куста коки. В 1885 г. Джон С. Пембертон из Атланты (шт. Джорджия) вывел на рынок «Французское вино из коки», в состав которого позднее был добавлен экстракт из орехов колы. Этот напиток широко рекламировался как средство от головной боли, которое также способствовало восстановлению сил. Рецепт этого напитка впоследствии несколько раз изменялся, и в итоге он стал продаваться под названием *Coca-Cola*. Название напитка как раз и было связано с тем, что в его производстве использовались листья коки и орехи кола. Впоследствии после запрета кокаин в составе напитка был заменён на кофеин.

В середине XIX века кокаин стал распространяться в Европе. Он широко применялся в медицинской практике и свободно продавался в аптеках как местный анестетик, был популярен как средство от зубной боли. Карл Коллер впервые использовал 1%-ный раствор кокаина в офтальмологической практике с целью расширения зрачка и местной анестезии. С целью обезболивания кокаин применялся в стоматологии. В 1884 г. Зигмунд Фрейд на собственном опыте проверял клинические эффекты кокаина. По результатам этих исследований им была опубликована статья, в которой он пропагандировал кокаин как лекарство от депрессии, неврозов, сифилиса, алкоголизма, морфийной наркомании, сексуальных расстройств. Сам он активно применял кокаин в своей психотерапевтической практике, называя его «волшебным лекарством». К началу XX века интерес врачей к кокаину ослабевал по мере выявления его негативных свойств. Когда в 1911 г. был синтезирован новокаин, кокаин оказался постепенно вытеснен из хирургической практики. До 1920-х годов XX века кокаин продавался также в виде капель от насморка. После признания его способности вызывать наркотическую зависимость был запрещён для свободной продажи населению. В 1912 г. кокаин попадает в Опиумную Конвенцию об ограничении распространения наркотиков (Конвенция де Ла Айна) и после её утверждения Лигой Наций в 1920 г. законные продажи препаратов, содержащих кокаин, были существенно ограничены. В 1963 г. лист коки и кокаин по законодательству ООН попали в список запрещённых веществ.

Кокаин в мире потребляют 15,987 млн чел., или 0,37% населения мира в возрасте от 15 до 64 лет (рис. 1—2). В 2006 г. среднемировой уровень потребления кокаина был 0,37% популяции мира в возрасте от 15 до 64 лет. Это самый высокий зафиксированный уровень потребления кокаина в мире за последние годы. В предыдущие и последующие годы он никогда не поднимался выше 0,34%. Аналогичный пик потребления кокаина наблюдался практически по всем регионам и странам мира, но эти «пики» не совпадали по времени в разных регионах и странах, но все они фиксировались в период с 2003 по 2006 гг. После прохождения этого «пика» и общемировые, и национальные показатели потребления кокаина значительно снижались и стабилизировались, по крайней мере, до 2009 г. [9].

К 2008 г. больше всего потребителей кокаина проживает в странах Северной Америки — более 7 млн потребителей, или 45% всех потребителей кокаина в мире. Почти в 2 раза меньше, но относитель-



Рис. 1. Потребление кокаина по регионам мира (абс. число наркопотребителей)

но общемировых показателей достаточно много потребителей кокаина в странах Западной и Центральной Европы (3,985 млн) и в странах Южной Америки (3 млн чел.). Это соответственно составляет 24 и 19% от общемировой численности потребителей кокаина. Относительно немного кокаинистов в странах Океании — 301 тыс., или 2% всех кокаинистов мира, и в странах Азии, где при самой большой численности населения кокаин потребляют только 335 тыс. чел., что также не превышает 3% всех кокаинистов мира. Меньше всего кокаинистов проживает в странах Восточной (46 тыс. чел.) и Юго-Восточной Европы (67 тыс. чел.).

Однако абсолютное число кокаинистов, проживающих в различных регионах мира, не отражает напряженность наркоситуации в конкретном регионе, поскольку не коррелирует с уровнем потребления кокаина. При среднем мировом уровне потребления кокаина 0,37% в странах Океании, где проживает минимальное число кокаинистов, уровень потребления кокаина значительно выше (+1%). Высокий уровень потребления кокаина фиксируется также в странах Западной и Центральной Европы (1,22% населения региона), Северной (2,4%) и Южной (1%) Америки. Минимальный уровень потребления кокаина, значительно меньше среднего мирового уровня, отмечен в странах Восточной (0,03%) и Юго-Восточной (0,08%) Европы, в Азии (0,01%) и в Африке (0,22%).

Самое большое число потребителей кокаина проживает в США — 6 млн чел. Уровень потребления кокаина там превышает среднемировые показатели в 8 раз — 3,0% населения страны в возрасте от 15 до 64 лет. Пик потребления кокаина в США отмечался в 1985 г., когда 13,5% учащихся старшей школы страны имели опыт потребления кокаина. Последующие 10 лет уровень потребления кокаина стал последовательно снижаться. Только с 2006 по 2007 гг. он снизился более чем на 20%, с 5,7% в 2006 г. до 5,2% в 2007 г. (рис. 3). Одновременно среднемировые показатели потребления кокаина снижались с 0,91% в 1998 г. до 0,72% в 2006 г. и до 0,58% в 2007 г. Таким образом, по сравнению с 1998 г. произошло снижение уровня потребления кокаина в общей популяции населения на 36%. Среди лиц особо ответственных профессий в 2007 г. отмечено снижение потребления кокаина на

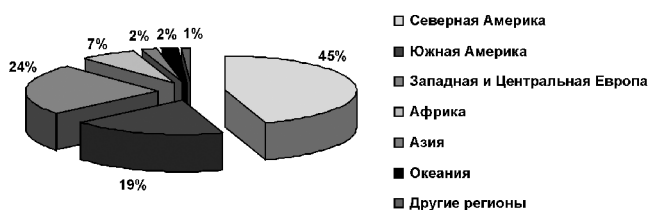


Рис. 2. Потребление кокаина по регионам мира (%)

24%, а по сравнению с 1998 г. — на 40%. Большинство экспертов такое снижение потребления кокаина связывают с ростом цен на кокаин. Только за 2007 г. они повысились на 40%, что во многом было связано с эффективными полицейскими мероприятиями по ограничению наркотрафика из Мексики.

Наряду со снижением потребления кокаина фиксировалось и снижение потребления крэка, на долю которого приходится основная часть общего потребления кокаина в США. Снижение потребления кокаина сопровождалось и снижением числа лиц, обратившихся за лечением по этому поводу. В 2004 г. было зарегистрировано 263 300 лиц, обратившихся за помощью в связи с потреблением кокаина, а в 2007 г. — 250 100 чел. (5%).

США являются одной из немногих стран мира, где отмечаются реальные успехи по улучшению общей наркоситуации. Так, за последнее десятилетие число лиц, употребляющих наркотики, сократилось вдвое. Это связывают с тем, что борьба с наркотиками в стране стала действительно общенациональной. Она включает в себя усилия как правительства, так и неправительственных структур типа движения «За Америку, свободную от наркотиков». В период администрации Президента США Б.Клинтон антинаркотическая политика в сфере противодействия наркомании была изменена и основные материальные ресурсы были направлены на мероприятия по снижению спроса на наркотические средства и психотропные вещества, раннюю профилактику наркомании и лечение лиц от наркотической зависимости. Администрация нынешнего президента США Б. Обамы продолжает эту политику. Ключевыми составляющими государственной антинаркотической стратегии США являются следующие:

- 1) признание проблемы наркомании как общенациональной и выработка долгосрочной программы-стратегии (на 10 лет);
- 2) выделение необходимых финансовых ресурсов для правоохранительных структур для ведения активной борьбы как внутри страны, так и за ее пределами;

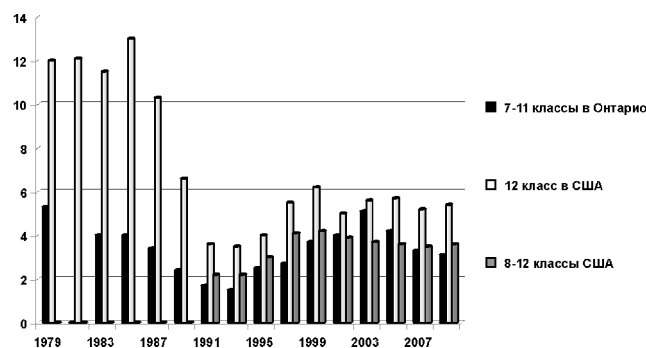


Рис. 3. Потребление кокаина среди старших школьников в США и Канаде в 1979–2007 гг.

3) широкое международное сотрудничество с целью предотвращения поступления наркотиков на территорию США;

4) чётко ориентированная пропагандистско-информационная кампания, направленная прежде всего на молодёжь, начиная с 9 лет и реализуемая по принципу «легче предотвратить употребление наркотиков, чем заниматься лечением больных»;

5) целенаправленное и широкое подключение общественных движений и структур на всех уровнях, от общенационального до коммун;

6) привлечение к кампании против наркотиков наиболее значимых политических (включая Президента США) и общественных деятелей (в частности, звезд кино- и шоубизнеса, спортсменов);

7) максимально возможное использование семьи как основы противодействия наркотикам;

8) различные формы стимулирования коммерческих и финансовых структур, принимающих участие в борьбе против наркотиков.

Общие расходы на антинаркотическую кампанию в США за последние годы составляли 1 млрд долл. ежегодно [10].

В Канаде также с 2003 по 2007 гг. произошло существенное снижение потребления кокаина, по экспертным данным более чем на 20%, и в 2007 г. он был на уровне 2,3% взрослого населения. В Мексике потребление кокаина принципиально ниже по сравнению с Канадой и тем более с США — 0,8%.

По контрасту со странами Северной Америки в странах Латинской Америки, наоборот, продолжается тенденция к росту уровня потребления кокаина. Это представляется абсолютно естественным, поскольку именно страны Латинской Америки являются единственными в мире культиваторами куста коки и производства кокаина. В соответствии с наблюдающимся в этих странах последние годы наращиванием объемов производства кокаина, часть которого и немалая неизбежно оседает в странах производителях и пограничных с ними территориях, в регионе растёт потребление кокаина.

Так, например, в Боливии, которая является одним из основных производителей кокаина в мире, с 2002 по 2005 гг. уровень его потребления вырос с 1,3 до 1,9% в возрастной популяции от 12 до 50 лет, а в Аргентине с 1,9% в 1999 г. до 2,6% в 2006 г.¹ По экспертным оценкам на 2006 г., Аргентина по уровню потребления кокаина находится на первом месте среди стран Латинской Америки и на втором месте после США (3% населения в возрасте от 15 до 64 лет) среди стран всего Американского континента.

Наряду с этим, Аргентина является вторым после Бразилии рынком в Латинской Америке по объёму потребления кокаина. В 2006 г. там было зарегистрировано 640 000 потребителей кокаина. Примерно половина из них потребляет кокаиновую пасту, уровень потребления которой за тот же период времени увеличился с 1,3 до 1,6% взрослого населения страны. Дополнительно 0,5% населения потребляет только кокаиновую пасту.

В Колумбии, на которую приходятся основные объёмы производства кокаина, его потребление значительно ниже не только по сравнению с Боливией, но и относительно среднего показателя по данному континенту — 0,8% взрослого населения.

Потребление кокаина растёт не только в странах-производителях кокаина, но и в странах, пограничных с ними. При этом число потребителей кокаина и уровень его потребления в пограничных странах значительно выше, чем в странах-производителях.

В Бразилии в 2006 г. было выявлено 870 000 потребителей кокаина, что делает эту страну самым большим рынком потребления кокаина среди стран Латинской Америки и вторым на американском континенте после США. С 2001 по 2005 гг. уровень потребления в этой стране увеличился с 0,4 до 0,7% населения в возрасте от 12 до 65 лет. В зависимости от территории прохождения кокаинового наркотрафика уровень потребления в разных штатах страны различается. Это связано с тем, что прохождение кокаина по бразильскому участку кокаинового наркотрафика и его переправка в другие регионы чрезвычайно сильно контролируется международными преступными группировками, которые осуществляют контроль за транспортом кокаина из Колумбии, Боливии и Перу в Европу, и это «благоприятно» сказывается на том, что большие объёмы кокаина оседают в Бразилии и оказываются там на чёрном рынке. В соответствии с передвижением наркотрафика по стране наиболее высокие уровни потребления кокаина фиксируются по территориям Юго-Восточных и Южных штатов страны — соответственно 3,7 и 3,1% населения в возрасте от 12 до 65 лет. В Северо-Восточных и Северных территориях, которые наркотрафик минует, уровень потребления значительно ниже — 1,2 и 1,3% взрослого населения.

Очень высокий уровень потребления кокаина в Перу (2,2%) и в Уругвае (1,4%), где он увеличился с 0,2% в возрастной популяции 12—64 года в 2001 г. до 1,4% в 2007 г. (рис. 5). Также рост потребления кокаина, особенно среди школьников, наблюдается в Эквадоре и Парагвае.

¹ Поскольку статистические данные в международные организации, занимающиеся мониторингом наркоситуации, посылаются странами в инициативном порядке, получение этих данных и их предоставление в открытой печати идёт с опозданием на несколько лет.

Чуть ли не единственной страной в Латинской Америке, где, наоборот, отмечается снижение потребления кокаина, является Чили. После наблюдавшегося с 1996 по 1999 гг. некоторого роста уровня потребления, когда во взрослой популяции населения он увеличился с 1,1 до 1,9%, отмечается стабильная, хотя и незначительно выраженная тенденция к уменьшению потребления: 2002 г. — 1,75%; 2004 г. — 0,7%; 2005 г. — 1,6%; 2006 г. — 1,5%. С одной стороны, это связывают с тем, что территорию Чили минуют кокаиновые наркотрафики, а с другой, — с планомерной политикой государства по пресечению наркопотребления среди населения страны.

По разным странам Карибского бассейна динамика потребления кокаина была неоднозначной: в одних странах уровень потребления упал почти в 2 раза, в других — остаётся стабильным, в третьих — произошло увеличение потребления, причём в некоторых странах — в 3—5 раз. При такой неоднозначной картине средний уровень потребления по странам Карибского бассейна, в целом, характеризуется как стабильный и по разным странам находится примерно на одном уровне, соответствующем среднему показателю по странам Латинской Америки: Багамы — 0,8%, Доминиканская республика — 0,9%, Ямайка — 1,1%. Исключение составляет только Барбадос, где потребление кокаина принципиально ниже — 0,4%.

Чрезвычайно важным обстоятельством на мировом рынке кокаина за последние годы было резкое увеличение его потребления в странах Европы. Однако наблюдающиеся динамические тенденции по изменению потребления кокаина свидетельствуют о возможно скорой стабилизации уровня потребления кокаина. Если в 2001 г. о повышении потребления сообщало 18 европейских стран, то в 2006 г. — уже только 14. Число стран, которые сообщали о стабилизации или даже снижении потребления увеличилось за тот же период с 17 до 37.

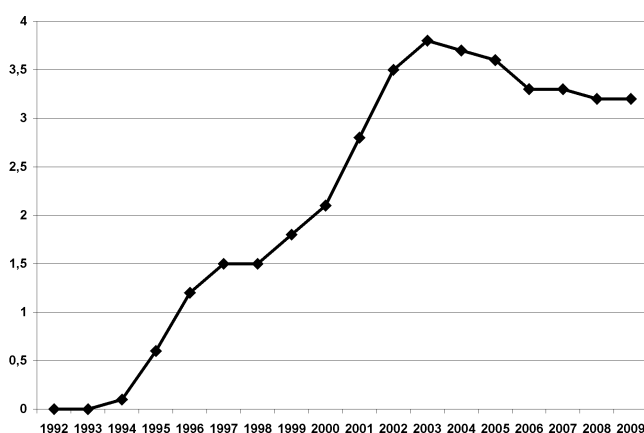


Рис. 4. Динамика числа новых потребителей кокаина в мире с 1992 по 2009 гг.

Среди всех европейских стран самый высокий уровень потребления кокаина в Испании, где он продолжает увеличиваться. С 1999 по 2005 гг. он практически удвоился в возрастной группе от 15 до 64 лет с 1,6 до 3,0%. Этот показатель приближается к аналогичным показателям по США и почти в 2 раза больше, чем средний уровень потребления по всем странам Западной Европы (1,2%). В то же время в потреблении кокаина среди школьников Испании наметилась тенденция к стабилизации или даже некоторому снижению. Проведённое среди 14—18-летних школьников исследование показало, что уровень потребления кокаина начал снижаться: в 2007 г. — 7,2% школьников потребляли кокаин, а в 2007 г. — уже только 4,1%. Такие позитивные сдвиги в потреблении кокаина среди школьников эксперты связывают с эффективными профилактическими мероприятиями и ужесточением законодательства в отношении наркораспространителей. Однако фиксируются и некоторые негативные тенденции. В частности, отмечено изменение возраста первых проб кокаина с 15,8 года в 2004 г. до 25,4 года в 2007 г.

В Великобритании потребление кокаина, выраженное в абсолютных числах наркопотребителей, является самым большим среди стран Европы и занимает вторые позиции по уровню потребления в общей популяции населения. С 2005/2006 по 2006/2007 гг. уровень потребления кокаина там увеличился с 2,4% до 2,6% населения в возрасте от 15 до 64 лет. Максимальный рост потребления произошел в 1990-е годы, когда с 1996 по 2000 гг. он увеличился с 0,6 до 2,0% в общей популяции взрослого населения. В последующие годы тенденция к росту сохранялась, но с меньшей интенсивностью. Британские полицейские структуры сообщают об увеличении уровня потребления кокаина за последние 15 лет более чем в 4 раза. Самый высокий уровень потребления кокаина в Англии был зафиксирован в 2006/2007 гг., когда он достиг уровня 2,6% взрос-

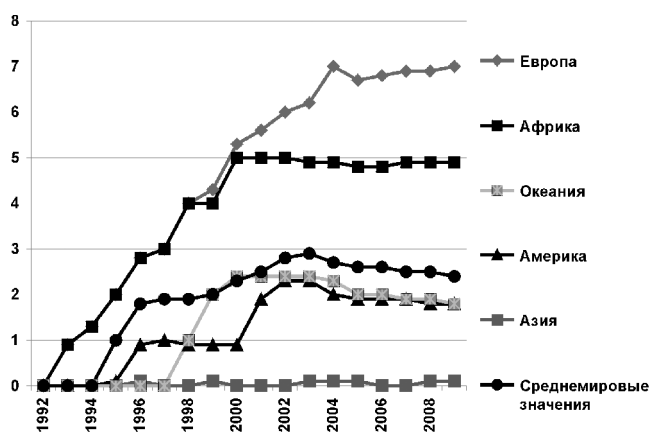


Рис. 5. Основные тенденции потребления кокаина с 1992 по 2007 г. по регионам мира

лого населения. При этом самый высокий уровень потребления отмечался в районах Северной Англии и в Лондоне, а минимальный — в Уэллсе.

Высокий уровень потребления отмечается также в Италии (2,1%). В большинстве других стран Европы он принципиально меньше среднего показателя по странам Западной Европы (1,22%): Словакия (0,5%), Эстония (0,6%), Нидерланды (0,6%), Франция (0,6%), Германия (0,7%), Люксембург (0,9%), Австрия (0,9%), Бельгия (0,9%), Дания (1,0%), Швейцария (1,1%).

Примерно в трети стран Западной и Центральной Европы уровень потребления кокаина в 2–3 раза меньше среднерегионального показателя: Греция и Кипр — 0,1%, Латвия, Чехия, Швейцария и Польша — 0,2%, Португалия, Литва, Мальта, Словения — 0,3%, Венгрия — 0,4%, Финляндия — 0,5%.

В Германии, самой населённой стране Европейского Союза, в последние годы отмечается тенденция к снижению и стабилизации уровня потребления кокаина: с 1% в 2003 г. до 0,6% в 2006 г. в популяции от 15 до 64 лет. Среди лиц в возрасте от 18 до 39 лет за тот же период времени уровень потребления кокаина также снизился с 1,5 до 1,2%. Такого низкого уровня потребления кокаина в Германии не наблюдалось с 1997 г.. Одновременно в Германии отмечено снижение числа новых потребителей. По данным полиции только за 2007 г. их число сократилось на 10%.

В других европейских странах — Австрия, Швейцария, Бельгия, Нидерланды, Дания, Польша, Чешская Республика и другие страны Центральной Европы, такие, как Словакия и Венгрия, — отмечаются аналогичные Германии динамические изменения уровня потребления кокаина. Некоторое повышение уровня потребления в 2006 г. было отмечено только в Португалии, некоторых странах западного региона Балкан, а также во Франции, Великобритании, Ирландии.

В странах Восточной и Юго-Восточной Европы потребление кокаина находится на принципиально более низком по сравнению со странами Западной и Центральной Европы уровне: Албания — 0,07%, Турция — 0,04%, Российская Федерация — 0,02%, Украина — 0,07%, Республика Беларусь — 0,02%. Исключения составляют Болгария (0,3%) и Румыния (0,1%), где уровень потребления относительно выше.

Практически во всех **странах Африки** отмечено повышение уровня потребления кокаина. В 2001/2002 гг. 11 африканских стран сообщали о повышении потребления кокаина, в 2005/2006 гг. таких стран было уже 14, а число стран, которые фиксировали снижение потребления кокаина, за тот же период сократилось с семи до двух. Больше всего потребление кокаина растёт в странах Западной и Южной Африки и Северной Африки, которые расположены вдоль берега Атлантического океана. Это связано с тем, что страны Западной и Южной

Африки традиционно являются транзитными для трафика кокаина из Южной Америки в страны Европы и Азии.

По данным The South Africa Community Epidemiology Network on Drug Use (SACENDU), после установившейся в 1999 г. на несколько лет стабилизации с 2004 г. фиксируется резкий рост числа лиц, обратившихся в странах Южной Африки за лечением в связи с потреблением кокаина. Если в 2004 г. 6% всех обращений за лечением были связаны с потреблением кокаина, кокаиновой пасты и связанных с этим последствий, то в 2007 г. на них пришлось уже 12% всех обращений за медицинской помощью. В некоторых регионах Южной Африки эти показатели были ещё выше: в городах Порт-Элизабет и Ист-Лондон 14% обращений было связано с потреблением кокаина, а в провинции Гаутенг и в Претории — 13% обращений.

К 2008 г. уровень потребления кокаина по странам Африканского континента был один из самых низких в мире — 0,22% взрослого населения. При этом за исключением Южной Африки (0,8%) и Нигерии (0,5%) уровень потребления был даже ниже средних показателей по континенту: Замбия — 0,2%, Намибия, Ангола, Зимбабве — 0,1%, Сьерра-Леоне — 0,02%, Республика Чад — 0,01%.

В **странах Азии** потребление кокаина последние годы также росло. В 2005 г. 4 азиатские страны сообщали о повышении потребления кокаина населением, в 2006 г. таких стран было уже 8 — Гонконг, Китай, Япония, Филиппины, Таиланд, Бангладеш, Непал, Пакистан и Ливан, а число стран, фиксировавших за тот же период снижение уровня потребления, уменьшилось с трёх до двух.

Несмотря на отмеченную последние годы тенденцию к увеличению в странах Азии сохраняется самый низкий уровень потребления кокаина в мире — 0,01% взрослого населения. В большинстве стран Азиатского континента он не отличается от средних показателей: Индонезия, Япония, Филиппины, Таиланд — 0,03%, Кувейт — 0,04%. Лишь в Тайване, Армении, Ливане (0,1%) и Израиле (0,6%) он принципиально выше.

В **странах Океании** в целом также фиксируется уже несколько лет стабильный уровень потребления кокаина. Наряду с этим компетентные органы Австралии сообщают о повышении уровня потребления кокаина в период с 2003 по 2007 гг. После того, как в 1999–2000 гг. были перекрыты идущие в страны Океании наркотрафики, в регионе отмечалось резкое сокращение объёмов кокаина на чёрном рынке, существенный рост цен на кокаин и как следствие это — значительное снижение уровня потребления всех наркотиков и кокаина, в том числе. Но с 2003–2004 гг. вновь фиксируется значительный рост потребления. В Австралии уровень потребления кокаина вырос с 1%

взрослого населения в возрасте старше 14 лет в 2003 г. до 1,6% в 2006 г. В Новой Зеландии уровень потребления увеличился с 0,5% в 2003 г. до 1,1% в 2006 г. Примечательно, что достигнутый к 2006—2007 гг. на новой волне уровень потребления кокаина значительно превысил уровень потребления 1998—2000 гг..

Рост уровня потребления кокаина сопровождался и ростом показателей, отражающих число новых адептов. По сравнению с 1992 г. к 1996 г. их число увеличилось на 1,34%, к 2003 г. — на 3,7%, к 2006 г. отмечено некоторое снижение числа новых потребителей, которые превышали уровень 1991 г. на 3,3% (рис. 4).

Среди всех регионов мира самый большой прирост потребления кокаина последние 15 лет отмечался в странах Европы (+7,6%) и Америки (+5,2%), минимальный прирост зафиксирован в странах Азии (+0,3%) и Океании (+1,5%). В странах Европы прирост потребления был на относительно среднем уровне (+3,3%). Динамика роста потребления кокаина последние 15 лет также показывает, что последние 8 лет практически по всем регионам мира, за исключением Европы, отмечается стабилизация уровня потребления кокаина (рис. 5).

Однако динамические показатели уровня потребления кокаина последние 15 лет по регионам мира малоинформативны, поскольку являются усредненными по всем странам региона и не отражают конкретной ситуации по отдельным странам и территориям. В основе стабилизации общемирового, региональных и национальных показателей потребления кокаина лежат разные причины. Снижение показателей общемирового уровня потребления кокаина связано со

снижением уровня потребления кокаина в странах Северной Америки при одновременном увеличении его потребления в странах Западной Европы, Южной Америки и Южной Африки. Стабилизация показателей потребления героина по большинству отдельных регионов, например по Океании, также не отражает наркоситуации в данном регионе мира, поскольку являются усредненными и складываются из показателей, отражающих рост потребления в Австралии и по другим странам Океании, где наоборот, уровень потребления кокаина значительно снижается.

Список литературы

1. Веселовская Н.В., Коваленко А.Е. Наркотики. Свойства, Действие, Фармакокинетика, Метаболизм. Пособие для работников наркологических больниц, наркодиспансеров, химико-токсикологических и судебно-химических лабораторий. — М.: Трида-Х, 2000. — 196 с.
2. Маркова И.В. Клиническая токсикология детей и подростков. — СПб.: Интермедика, 1998. — Т. 1. — С. 148. — 394 с.
3. Орехов А.П. Химия алкалоидов / Родионов В.М. — Изд-е 2-е, доп. и перераб. — М.: Изд-во Академии наук СССР, 1955. — С. 154—160. — 860 с.
4. Coleccion de Documentos ineditos de Indias. Tomo XI. — Мадрид, 1869. — С. 40.
5. Myers R.L. The 100 Most Important Chemical Compounds: a reference guide. — London: Greenwood Press, 2007. — P. 88—91.
6. The World Drug Report 2006. — United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), 2006. — 206 s.
7. The World Drug Report 2007. — United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), 2007. — 274 s.
8. The World Drug Report 2008. — United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), 2008. — 303 s.
9. The World Drug Report 2009. — Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), 2009. — 314 p.
10. <http://www.narcom.ru/ideas/socio/10.html>

HISTORY OF ABUSE, DISTRIBUTION AND CONTROL OF TRAFFICKING OF COCAINE OVER THE WORLD REGIONS

SAFONOV O.A., DMITRIEVA T.B., KLIMENKO T.V., KOZLOV A.A.

Historical and today's data on cocaine abuse in certain regions and countries of the world have been analyzed. Experience on counter measures taken by the state in today's situation and in the past to control and restrict cocaine abuse has been studied. It is shown that the state's measures to control cocaine trafficking must be flexible and determined by the intensiveness of cocaine abuse as well as abuse of other drugs.

Key words: cocaine, prevalence, narcotraffic

Заболеваемость населения Новосибирской области наркологическими расстройствами в 2010 г.

БУКИН В.Н.
ТЕРКУЛОВ Р.И.
КОРМИЛИНА О.М.
ШАМСУТДИНОВ Я.В.
СОСНИНА В.С.

к.м.н., главный врач, главный нарколог г.Новосибирска
зав. организационно-методическим отделом, главный нарколог Новосибирской области
зам. главного врача по медицинской части
зав. отделением, врач-нарколог
врач психиатр-нарколог отделения наркологических экспертиз

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Новосибирской области
«Новосибирский областной наркологический диспансер»,
ул. Каинская, 21а, г.Новосибирск, 630007, тел. (383) 223-24-74, E-mail: narcologia@inbox.ru

Приведены результаты исследования заболеваемости наркологическими расстройствами населения Новосибирской области в 2010 г. Установлено: обратная зависимость между распространенностью наркологической патологии, связанной с употреблением алкоголя, и патологии, связанной с потреблением наркотических и токсических веществ; корреляция уровня общей заболеваемости наркологическими расстройствами с величиной обеспеченности населения врачами психиатрами-наркологами; изменение структуры наркопотребления в сторону увеличения доли каннабиноидов, синтетических наркотических средств и их микстового употребления; зависимость структуры заболеваемости наркологическими расстройствами от уровня урбанизации территории.

Ключевые слова: медицинская статистика, алкоголизм, наркомания, наркологическая заболеваемость

Новосибирская область, входящая в состав Сибирского Федерального округа, расположена в юго-восточной части Западно-Сибирской равнины, площадь ее территории составляет 177,8 тыс. км², население на 01.01.2010 г. насчитывало 2649,9 тыс. чел., средняя плотность населения — 14,8 чел. на 1 км².

В административно-территориальном делении области насчитывается 30 административных районов, 5 городских округов (Новосибирск, Бердск, Искитим, Кольцово, Обь), 18 поселков городского типа, 428 сельских администраций. В городах области вместе с населением Новосибирского района, непосредственно примыкающего к областному центру, проживает 68,7% жителей области.

В 2010 г. в области зарегистрировано 64 537 больных наркологическими заболеваниями, что составило 2,4% от всего населения области или 2435,5 процентимилле (больных на 100 000 населения) — величина данного показателя по РФ в 2009 г. — 2290,8 на 100 тыс. населения. Большинство наркологических больных — мужчины (81,1%) в возрастной группе от 20 до 39 лет (46,8%).

Динамика общей заболеваемости наркологическими расстройствами в НСО характеризуется относительной стабилизацией: с 2000 по 2010 гг. ежегодное число зарегистрированных наркологических больных составляло 2410,76±1,4% процентимилле. При этом, если в 2000 г. уровень общей заболеваемости в районах области был на 8,6% ниже, чем в Новосибирске,

то в 2010 г. он превысил городской показатель на 16,4%.

В структуре общей заболеваемости наркологическими расстройствами жителей области 68,7% составляют наркологические заболевания, связанные с употреблением алкоголя, из них: психотические расстройства — 2,2%, синдром зависимости (хронический алкоголизм) — 55,3%, употребление с вредными последствиями — 11,2%; заболевания, связанные с употреблением наркотических и ненаркотических психоактивных веществ, составляют 31,3%: наркомания — 23,5%, токсикомания — 0,5%, употребление с вредными последствиями наркотиков — 6,9%, ненаркотических веществ — 0,5%.

В отдельных районах области показатели наркологической патологии варьируют от 98,7% «алкогольных» наркологических расстройств (в Венгеровском районе) в общей структуре наркологической патологии до 57,1% (г.Новосибирск, Черепановский район). При этом соответственно 1,3 и 42,9%, приходится на расстройства, связанные с употреблением наркотических и ненаркотических веществ в этих районах.

Амплитуда колебаний показателя общей заболеваемости в различных районах Новосибирской области составила от 1321,1 (в Тогучинском районе) до 4976,9 (в Убинском районе) или от 54,2% до 204,3% от величины среднего показателя по области (рис. 1).

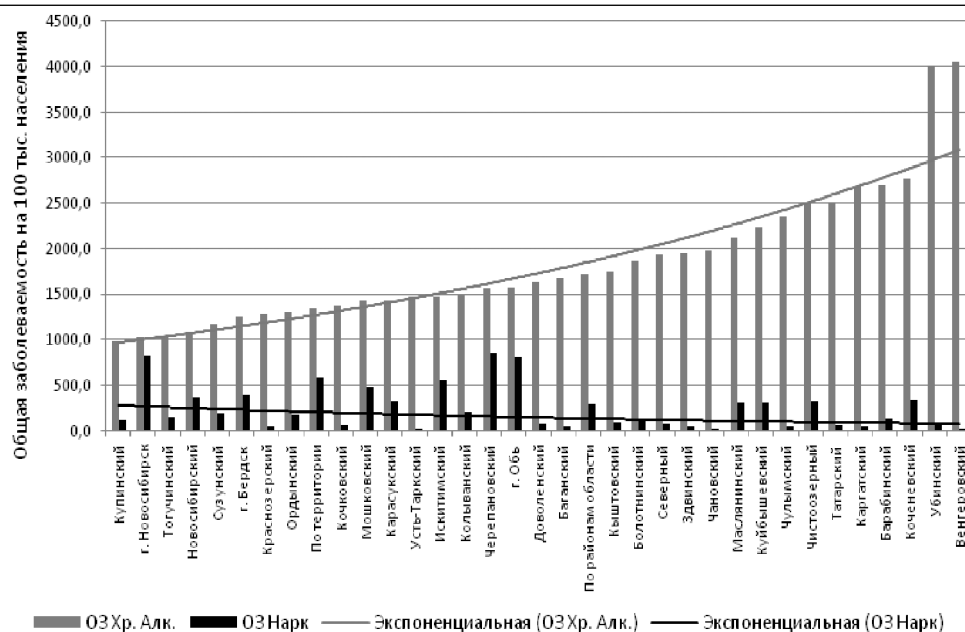


Рис. 1. Общая заболеваемость хроническим алкоголизмом и наркоманиями в Новосибирской области в 2010 г.

Самые высокие уровни заболеваемости хроническим алкоголизмом (на 100 тыс. населения) при низком уровне заболеваемости наркоманией зарегистрирован в 2010 г. в Венгеровском (4054,4), Убинском (4011,6), Каргатском (2683,1), Татарском (2502,9), Чулымском (2350,6) районах. Высокие уровни заболеваемости алкоголизмом при относительно высоком уровне заболеваемости наркоманией зарегистрированы в Коченевском (2776,3), Барабинском (2702,6), Чистоозерном (2488,8), Куйбышевском (2237,5), Маслянинском (2118,2), Болотнинском (1863,5) районах.

Высокие уровни общей заболеваемости наркоманией при относительно низком уровне заболеваемости хроническим алкоголизмом зарегистрированы в 2010 г. в г. Новосибирске (823,3), Новосибирском районе (358,8), г.Бердске (393,6). Высокий уровень заболеваемости наркоманией при высоком уровне заболеваемости хроническим алкоголизмом зарегистрирован в Черепановском районе (857,2), г.Оби (808,6), Искитимском (550,5), Мошковском (474,5), Коченевском (335,8), Чистоозерном (320,3), Карасукском (313,1), Маслянинском (304,2), Куйбышевском (303,2) районах области.

Основными факторами, влияющими на уровень заболеваемости различными видами наркологических расстройств, следует считать [2]:

- преобладание городского населения в структуре населения субъекта Федерации;
- плотность населения;
- уровень доходов населения;
- наличие развитой транспортной инфраструктуры;

- наличие протяженных приграничных территорий, расположенных на путях наркотрафика;
- развитость системы здравоохранения и наркологической службы как ее составной части.

При этом, степень влияния этих факторов на распространенность отдельных видов наркологических расстройств различна, а может быть и противоположна [7]. Так, низкая плотность населения, неразвитая транспортная инфраструктура, низкие показатели экономического развития районов, низкий уровень доходов населения могут стать факторами, определяющими высокий уровень заболеваемости наркологическими расстройствами, связанными с употреблением алкоголя. На заболеваемость расстройствами, связанными с употреблением наркотических веществ, эти факторы, скорее всего, оказывают обратное воздействие. Алкоголь остается традиционным, широкодоступным средством аддиктивного ухода от реальности для большинства населения, в то время как употребление наркотиков требует специальных средств для их производства, системы доставки и сбыта, инфраструктуры потребления [4]. Незаконный оборот наркотиков существует там, где есть устойчивый и платежеспособный спрос.

Подтверждая данные отечественных авторов [2], можно сделать вывод: высокий уровень урбанизации, плотности, экономической активности и доходов населения, развитость транспортной инфраструктуры, определяют уровень и структуру заболеваемости, связанной с употреблением наркотиков.

Сравнение общей заболеваемости хроническим алкоголизмом и наркоманией с ранжированием по этим

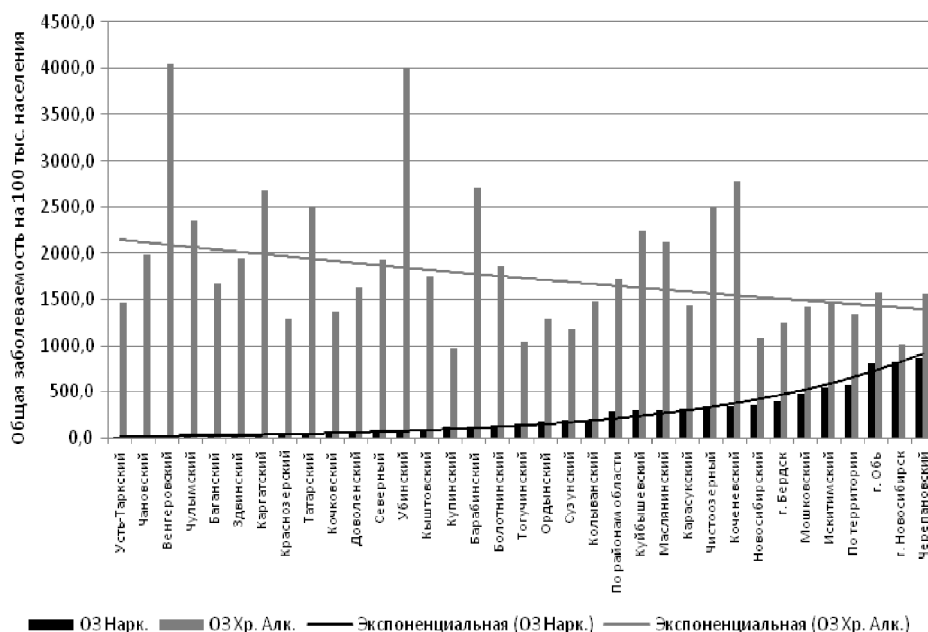


Рис. 2. Соотношение заболеваемости алкоголизмом и наркоманиями в различных регионах Новосибирской области.

показателям демонстрирует тенденцию к формированию обратной корреляционной зависимости между ними ($r = 0,325$): высокий уровень заболеваемости хроническим алкоголизмом, как правило, сопровождается низким показателем заболеваемости наркоманий (рис. 1) и, наоборот, высокий уровень заболеваемости наркоманией сочетается с относительно низкой заболеваемостью хроническим алкоголизмом (рис. 2).

Выводы

1. Выявлена обратная зависимость между распространенностью наркологической патологии, связанной с употреблением алкоголя, и патологии, связанной с потреблением наркотических и токсических веществ.
2. Уровень общей заболеваемости наркологическими расстройствами коррелирует с величиной обеспеченности населения профессиональными кадрами (врачами психиатрами-наркологами).
3. В последние годы происходит изменение структуры наркопотребления в сторону увеличения доли каннабиноидов, синтетических наркотических средств и их микстового употребления.
4. Структура заболеваемости наркологическими расстройствами находится в зависимости от уровня урбанизации территории.

Список литературы

1. Гаджиев Р.С., Рамазанов Р.С. Распространенность употребления психоактивных веществ среди подростков // *Здравоохранение Российской Федерации*. — 2005. — №1. — С. 16—18.
2. Горный Б.Э., Кутумова О.Ю. Территориальные различия в распространенности заболеваний, связанных с немедицинским потреблением психоактивных веществ, в зависимости от уровня урбанизации // *Вопросы наркологии*. — 2003. — №6. — С. 69—72.
3. Каширская Е.И., Улезко Т.А., Нетреба И.А., Гаранина Л.А. Динамика и структура распространенности наркологических расстройств среди детского населения Астаханской области за 2000—2008 гг. // *Наркология*. — 2010. — №1. — С. 33—38.
4. Кошкина Е.А., Вышинский К.В., Павловская Н.И., Збарская И.А., Антонова О.И. Особенности употребления ПАВ среди населения отдельных регионов России // *Наркология*. — 2010. — №4. — С. 16—24.
5. Курьянова Н.Н. Распространенность употребления алкоголя и наркотических средств среди старшеклассниц и студентов вузов Астрахани // *Медицинская помощь*. — 2005. — №1. — С. 41—42.
6. Мустафин О. Проблемы распространения наркомании в республике Узбекистан // *Вопросы наркологии*. — 2003. — №2. — С. 52—61.
7. Никифоров И.А. Эпидемиологические аспекты наркотизма // *Медицинская помощь*. — 2005. — №4. — С. 9—15.
8. Рамазанов Р.С. Региональные особенности распространения наркомании среди населения Республики Дагестан // *Здравоохранение Российской Федерации*. — 2005. — №6. — С. 51—53.

THE NOVOSIBIRSK REGION POPULATION MORBIDITY OF NARCOLOGY DISEASES IN 2010 YEAR

BUKIN V.N. PhD, head doctor, head specialist Novosibirsk narcology service
TERKULOV R.I. Chief of a section, head specialist Novosibirsk region narcology service
KORMILINA O.M. head doctor assistant
SHAMSUTDINOV Ya.V. Chief of a section, physician narcologist
SOSNINA V.S. physician narcologist of the narcological survey section

Novosibirsk region Narcological dispensary,
Kainskaja str, 21a, Novosibirsk city, 630007, Russia, +7 (383) 223-24-74, E-mail: narcologia@inbox.ru

In article results of investigation the Novosibirsk region population morbidity of narcology diseases in 2010 year. During research it has been established: inverse relationship between drug diseases and alcogol diseases level; the general narcology morbidity level is correlated with the narcology specialists staffing in region; last years there is a change the drug consumption pattern; the morbidity of narcology diseases structure is depend from urbanization rate.

Key words: medical statistics, alcogolism, drug addiction, incidence of narcological

Клинико-диагностическое значение комплексной оценки аутоиммунитета у пациентов с алкогольной и наркотической зависимостью*

СИМОНОВА А.В.
КАРАБИНЕНКО А.А.

д.м.н., профессор, главный врач медицинского Центра «Иммунитет и здоровье», Москва
д.м.н., профессор, кафедра госпитальной терапии РГМУ, Москва, ГКБ №12, психиатрическая больница №14, Москва

ГАНИН Д.И.
ПОЛЕТАЕВ А.Б.
ПОЛЕТАЕВА А.А.
ПАНЧЕНКО Л.Ф.

зав. отд. токсикологии клинической больницы №123 ФМБА РФ
д.м.н., профессор, научный руководитель медицинского исследовательского Центра «Иммункулус», Москва
к.м.н., зав. лабораторией медицинского исследовательского Центра «Иммункулус», Москва
д.м.н., академик РАМН, руководитель лаборатории биохимии ФГУ ННЦ наркологии Минздравсоцразвития РФ, Москва

ТЕРЕБИЛИНА Н.Н.
НАУМОВА Т.А.
СИМОНОВ Д.В.

к.м.н., в.н.с. лаборатории биохимии ФГУ ННЦ наркологии Минздравсоцразвития РФ, Москва
к.б.н., в.н.с. лаборатории биохимии ФГУ ННЦ наркологии Минздравсоцразвития РФ, Москва
врач-терапевт медицинского Центра «Иммунитет и здоровье», Москва

Впервые у пациентов с алкогольной и наркотической зависимостью осуществлен новый подход к оценке иммунитета — проведено комплексное определение состояния аутоиммунитета по 24 показателям. Данный подход позволяет оценить общий уровень активности иммунной системы, выявить изменения в основных органах и системах. По результатам обследования установлено, что общий уровень активности иммунной системы у 80% пациентов с алкогольной и наркотической зависимостью (АЗ и НЗ) отличался от физиологических значений: отмечались признаки как поликлональной иммуноактивации, так и иммуносупрессии. Обнаружено нарушение содержания в сыворотке крови аутоантител (ауто-АТ) разной специфичности, отражающих состояние основных органов и систем: у 80% пациентов отмечено повышенное содержание ауто-АТ к инсулину, инсулиновым рецепторам, указывающее на изменения в поджелудочной железе, у 60% лиц выявлены признаки нарушений в ЦНС (аксонопатии, глиоз и др.), в 70% случаев обнаружены изменения в сосудистой системе (повышен уровень ауто-АТ к антигенам эндотелия сосудов, тромбоцитов). У 50% обследованных пациентов также отмечали иммунохимические признаки нарушений в надпочечниках (повышался уровень ауто-АТ к антигенам надпочечников), в 40% случаев выявлены изменения в миокарде. Признаки деструктивно-воспалительного процесса в печени выявлены у 40% пациентов. У 8 — 30% пациентов отмечено повышение иммунных маркеров, указывающих на изменения в других органах (желудке, кишечнике, почках, легких, щитовидной железе). Таким образом, с помощью нового подхода к оценке иммунитета показана возможность выявления системных и органных изменений (в том числе не диагностированных ранее) с помощью анализа содержания в сыворотке крови ауто-АТ разной специфичности (производитель диагностических тест-систем — МИЦ «Иммункулус», Россия). Полученные данные способствуют более глубокому пониманию патохимических и патофизиологических перестроек, характерных для лиц с АЗ и НЗ, позволяют обоснованно и эффективно подходить к выбору тактики лечения. Ключевые слова: алкогольная, наркотическая зависимость, естественные антитела, органопатология при алкоголизме и наркомании

Введение

К настоящему времени накоплен обширный материал о многообразных нарушениях иммунитета у лиц с алкогольной и наркотической зависимостью, утяжеляющих течение соматических заболеваний и ведущих к быстрой инвалидизации пациентов. Вместе с тем, у данного контингента лиц остается практически неизученным состояние аутоиммунной системы, современные представления о которой значительно отличаются от ранее принятой точки зрения

— об исключительно аутоагрессивной, патогенетической роли ауто-АТ.

В настоящее время показано, что аутоантитела осуществляют регуляцию функционирования различных органов и систем, удаляя продукты физиологической гибели (апоптоза) клеток, выполняя ферментативные функции, подавляя активность провоспалительных цитокинов (2, 5) и др. Изменения уровня ауто-АТ в сторону как повышения, так и снижения могут служить иммунными маркерами различных изменений в органах и системах, в том числе патологий,

* Работа финансирована РГНФ РФ в рамках выполнения проекта №08-06-00788а.

обнаруживаемых часто раньше, чем нарушения, выявляемые с помощью инструментальных и лабораторных методов (УЗИ, КТ, биохимическое исследование крови).

Согласно концепции Иммунокулуса [2, 5], иммунная система содержит набор ауто-АТ, которые являются образом (матрицей) индивидуального организма. Этот образ отражает особенности его антигенного состава. Иммунная система проводит постоянный контроль за антигенным состоянием, при выявлении измененного содержания (или структуры) аутоантигенов, запускаются механизмы коррекции. Таким образом, иммунная система участвует в поддержании общего метаболического гомеостаза с помощью системы естественных ауто-АТ.

Ауто-АТ, направленные к разным антигенам собственного организма, синтезируются на протяжении всей индивидуальной жизни человека. У здоровых лиц сывороточное содержание ауто-АТ конкретной органной и тканевой специфичности приблизительно одинаково, уровень их синтеза регулируется скоростью поступления соответствующих антигенов в межклеточные пространства и общий кровоток и скоростью их элиминации, а краткосрочные (несколько часов/дней), ситуационно-обусловленные, изменения не отражаются на содержании в сыворотке крови [1]. Основным источником аутоантигенов, являются апоптотически отмирающие клетки, фагоцитируемые так же, как и чужеродные клетки и антигены, макрофагами. Но если чужие клетки, несущие чужеродные антигены, захватываются макрофагами легко, благодаря наличию на мембране макрофагов многообразных рецепторов, распознающих паттерны различных патогенов, то поглощение собственных клеток требует помощи ауто-АТ. Ауто-АТ фиксируются специфическим Fab-фрагментом на мембранах поврежденных клеток или обломков клеток (апоптотических тельцах). Одновременно ауто-АТ связываются через Fc-фрагмент с комплементом, приводя к активации системы комплемента, в ходе которой освобождаются хемотаксические факторы, привлекающие макрофаги. После этого Fc-фрагменты ауто-АТ присоединяются к имеющимся на поверхности макрофагов иммуноглобулиновым рецепторам, обеспечивая тем самым прочный контакт макрофагов с мембранами погибших клеток и последующий фагоцитоз.

При развитии хронических заболеваний концентрации в сыворотке крови многих ауто-АТ заметно меняются. Это обусловлено тем, что задолго до клинической манифестации болезни начинаются перманентные изменения выработки определенных аутоантигенов в тех или иных клеточных популяциях в связи с трансформацией клеток или активацией их апоптоза, что сопровождается соответствующими изменениями по-

ступления клеточных антигенов в межклеточные пространства и кровотока и последующими изменениями продукции ауто-АТ соответствующей органной специфичности [2, 5]. Продуцируемые ауто-АТ могут участвовать не только в клиренсе аутоантигенов, но и в активации регенераторных процессов, поскольку существуют сообщения о способности ауто-АТ стимулировать тканевой рост и регенерацию [1, 2, 5].

Таким образом, анализ количественных изменений содержания в сыворотке крови определенных ауто-АТ может служить своеобразным «зеркалом», дающим возможность судить о наличии:

- системного воспалительного процесса;
- общей иммуноактивации или иммуносупрессии;
- начинающихся, формирующихся или уже манифестированных патологических процессах любой органной специфичности.

Целью настоящей работы было проведение комплексной оценки состояния аутоиммунитета у лиц с алкогольной и наркотической зависимостью с целью использовать уровни ауто-АТ различной специфичности, новые маркеры раннего выявления патологии в органах и системах. То есть по изменению содержания сывороточных ауто-АТ, определять наличие и степень выраженности нарушений в различных органах, прогнозировать течение заболевания, дифференцированно подбирать терапию и оценивать ее эффективность.

Объект и методы исследования

Характеристика обследованных лиц

Было проведено комплексное обследование 70 чел. с АЗ и 20 пациентов, страдающих героиновой зависимостью.

Больные с АЗ проходили обследование и лечение в гастроэнтерологическом отделении ГКБ №12 г.Москвы (45 чел.) и в ГУЗ психиатрической больницы №14 г.Москвы (25 чел.): 45 мужчин (возраст — от 35 до 61 года, средний возраст — 48 лет), 25 женщин (возраст — от 35 до 55 лет, средний возраст — 45 лет). У 45 больных был диагностирован хронический гепатит токсического генеза, у 25 чел. — алкогольный цирроз печени. Проводилось стационарное лечение в соответствии с городскими стандартами.

Больные с героиновой зависимостью — мужчины в возрасте от 26 до 33 лет (средний возраст — 29 лет). Общий стаж употребления героина составлял от полугода до 15 лет (в среднем 6 лет). Пациенты употребляли «уличный» героин (подтверждено определением ГК-ХС метаболитов героина в моче). Контроль за потреблением героина в динамике лечения осуществляли с помощью иммунохроматографических тестов на морфин в моче. На момент госпита-

лизации все пациенты систематически принимали наркотик сроком от 1 до 12 мес. Доза наркотика варьировала от 0,1 до 5—6 г «уличного» героина в сутки. Кратность употребления — ежедневно, в среднем в 2—3 приема; 50% больных вводили героин внутривенно, 25% — путем ингаляций и 25% лиц — внутримышечно. У 80% больных перед возобновлением систематического потребления наркотиков наблюдались ремиссии сроком от 2 мес. до 3 лет. У 20% пациентов общий стаж потребления наркотиков совпадал с систематическим их приемом и составлял 6 мес. Из исследования исключались пациенты, сочетавшие потребление героина с другими наркотиками и ПАВ, а также больные с вирусными гепатитами в анамнезе. Ни один из пациентов с героиновой зависимостью не предъявлял жалоб, касающихся соматической патологии.

Больные с героиновой зависимостью проходили лечение в отделении токсикологии больницы 123 ФМБА в течение 5—7 дней и получали стандартную терапию с применением нейролептиков, транквилизаторов, клофелина (инфузионная терапия составляла в среднем 1,5—2 л в сутки). Явления абстиненции купировались у 25% пациентов на 3-й день, у 75% — на 4-е сутки.

Всем пациентам в день поступления и перед выпиской делали клинический анализ крови с лейкоцитарной формулой, общий анализ мочи, биохимический анализ крови (АСТ, АЛТ, содержание сахара, прямого и общего билирубина), электрокардиограмму в стандартных отведениях, анализ на RW, определяли антитела к ВИЧ и вирусам гепатитов В и С.

Иммуноферментный анализ

В сыворотке крови всех обследованных больных определяли содержание 24 ауто-АТ класса IgG, взаимодействующих со специфическими антигенами печени (НММР, HeS-08, Hepatic tubulin), почек (KiM-05, KiS-07), желудка (GaM-0.2), кишечника (ItM-0.7), сердца (b1-адренорецепторы), сосудов (ANCA-0.8), тромбоцитов (TrM0.3), щитовидной железы (тироглобулин и рецепторы к ТТГ), с инсулином/проинсулином, рецепторами инсулина (Ins-Rc), антигенами надпочечников (AdrM-D/C-0), простаты и сперматозоидов (Spr-0/6), нервной системы (S100, GFAP, MBR). Кроме того, определяли содержание ауто-АТ, отражающих общий уровень активности иммунной системы (содержание ауто-АТ к двуспиральной ДНК, бета-2-гликопротеину и к Fc-фрагментам иммуноглобулинов — ревмофактор).

Сывороточное содержание ауто-АТ определяли с использованием диагностических наборов ЭЛИ-Висцеро-Тест (производство МИЦ «Иммунокулус», Россия), согласно инструкциям изготовителя.

В соответствии с протоколом изготовителя рассчитывали среднюю индивидуальную иммунореактивность исследуемых образцов сыворотки крови больных в процентах от средней иммунореактивности стандартной (контрольной) сыворотки, входящей в состав набора, а также отклонение в процентах каждого из 24 ауто-АТ от среднего нормализованного уровня реакции. Для расчетов была использована соответствующая компьютерная программа. Статистический анализ полученных результатов проводился с использованием непараметрической статистики (критерий Уилкоксона—Манна—Уитни).

Результаты и их обсуждение

Интерпретация

данных иммуноферментного анализа сывороточного содержания ауто-АТ

Согласно инструкции к наборам, диапазон нормальных значений средней индивидуальной иммунореактивности у здоровых взрослых лиц составляет от 20% до +10% от среднего уровня реакции стандартной сыворотки. Превышение этого уровня более чем на 10% рассматривается как поликлональная активация иммунной системы, а уменьшение ниже 20% — как указание на поликлональную иммуносупрессию. Избирательный подъем относительной иммунореактивности с теми или другими антигенами выше 20% служит индикатором имеющихся или формирующихся нарушений в соответствующих органах и системах. Содержание специфических ауто-АТ на начальных стадиях большинства заболеваний повышается, на поздних стадиях — снижается.

Результаты исследования ауто-АТ у лиц с алкогольной зависимостью

Исследование содержания ауто-АТ, отражающих общий уровень активности иммунной системы (ауто-АТ к двуспиральной ДНК, бета-2-гликопротеину 1 и к Fc-фрагменту иммуноглобулинов — ревмофактор), выявило 2 типа иммунных отклонений у больных с АЗ и заболеваниями печени:

1) повышение содержания ауто-АТ, указывающее на наличие признаков системного воспалительного процесса и антифосфолипидного синдрома;

2) снижение уровня ауто-АТ, свидетельствующее о наличии системной иммуносупрессии (табл. 1).

Второй тип изменений встречается чаще, при этом низкий уровень ауто-АТ может приводить к недостаточно эффективному удалению соответствующих продуктов апоптоза.

Анализ сдвигов содержания ауто-АТ, отражающих общую иммунную активность, в группах больных

с АЗ и с разной степенью поражения печени показал, что у больных с циррозом печени чаще отмечается иммуносупрессия и реже — активация синтеза ауто-АТ по сравнению с группой больных гепатитом (табл. 2).

На фоне выраженных нарушений функции печени у больных с алкогольными заболеваниями печени выявлено повышенное содержание ауто-АТ к антигенам следующих органов и тканей: к антигенам нервной и сердечно-сосудистой систем, к инсулину и его рецепторам, к антигенам щитовидной железы, легких, желудочно-кишечного тракта и почек.

Так, из табл. 3 следует, что у больных с АЗ в 30—42% случаев отмечается повышенный уровень ауто-АТ к антигенам тромбоцитов и в 15—22% — к эндотелию сосудов, что указывает на высокую вероятность у этих больных развития тромбоцитопатий и сосудистых нарушений по типу васкулита.

В табл. 4 представлена частота выявления у больных с алкогольной зависимостью высокого уровня ауто-АТ к инсулину и его рецепторам, из представленных данных следует, что у 20—35% больных имеются изменения в поджелудочной железе (по типу преддиабета).

Таблица 1

Изменение содержания ауто-АТ, характеризующих общий уровень активности иммунной системы, в группе больных с алкогольной зависимостью

Уровень ауто-АТ, %	ds-ДНК	Бета2-гликопротеин 1	Ревмофактор
Сниженный уровень (менее 20%)	45% больных	49% больных	35% больных
Повышенный уровень (выше +10%)	25% больных	32% больных	15% больных
Нормальный уровень ауто АТ (от 20% до +10%)	30% больных	29% больных	50% больных

Таблица 2

Изменения содержания ауто-АТ, характеризующих общий уровень активности иммунной системы у больных с алкогольной зависимостью, в зависимости от степени поражения печени

	Уровень ауто-АТ, %	ds-ДНК	Бета2-гликопротеин 1	Ревмофактор
Алкогольный гепатит	Повышенный (более +10%)	35% больных	32% больных	25% больных
	Сниженный (менее 20%)	45% больных	42% больных	35% больных
	Нормальный (от 20% до +10%)	20% больных	26% больных	40% больных
Алкогольный цирроз печени	Повышенный (более +10%)	15% больных	17% больных	35% больных
	Сниженный (менее 20%)	55% больных	65% больных	45% больных
	Нормальный (от 20% до +10%)	30% больных	18% больных	20% больных

Таблица 3

Частота повышения уровня ауто-АТ к тромбоцитам и эндотелию сосудов у больных алкогольными заболеваниями печени

Пациенты	Повышенный уровень ауто-АТ к тромбоцитам (выше +10%)	Повышенный уровень ауто-АТ к ANCA (выше +10%)
Алкогольный гепатит	30% больных	15% больных
Алкогольный цирроз печени	42% больных	22% больных
Здоровые лица	3% обследованных лиц	2% обследованных

Таблица 4

Частота повышения уровня ауто-АТ к инсулину и инсулиновым рецепторам у больных с алкогольными заболеваниями печени

	Доля лиц с повышенным уровнем аутоАТ к инсулину, %	Доля лиц с повышенным уровнем аутоАТ к рецепторам инсулина, %
Алкогольный гепатит	20%	23%
Алкогольный цирроз печени	30%	35%
Здоровые лица	2%	3%

Результаты проведенного нами исследования аутоиммунитета у больных с АЗ указывают на необходимость дифференцированного подбора терапии с учетом наличия активации или иммуносупрессии, в последнем случае имеются показания к назначению иммунотерапии. Определение ауто-АТ показано также для оценки эффективности лечения. Пациентам с признаками иммуносупрессии могут быть рекомендованы такие иммуномодулирующие препараты, как миелопид, имунофан, полиоксидоний, галавит.

Результаты исследования ауто-АТ у лиц с наркотической зависимостью

У большей части больных с НЗ (80%) выявлены признаки иммуносупрессии по гуморальному типу (уровень иммунореактивности снижался в 1,5—2,3 раза по сравнению с нормой). Отсутствие у обследованных нами больных каких-либо инфекционных заболеваний позволяет думать о прямом иммуносупрессивном эффекте наркотика.

Нормальный уровень иммунореактивности наблюдался, как правило, у больных с предшествующим перерывом приема наркотиков сроком до 6 мес. и возобновлением систематического потребления героина в незначительной суточной дозе (не выше 0,1—0,2 г). В 60% случаев иммуносупрессия уменьшалась в процессе лечения, хотя отмечены и эпизоды ее нарастания в период лечения. Наличие выраженной иммуносупрессии должно служить показанием к введению к схеме лечения иммунных препаратов, активирующих гуморальный и клеточный звенья иммунитета. При этом показано применение иммуномодуляторов, обладающих психотропным и нейропротекторным действием, таких, как тактивин, миелопид, имунофан, дибазол.

У больных с НЗ отмечено повышенное содержание ауто-АТ к бета-2-гликопротеину 1 (маркеру наличия антифосфолипидного синдрома — АФС) и ревмофактора (у 60% обследованных). Признаки антифосфолипидного синдрома и повышение ревмофактора часто сопровождаются выраженными миалгиями, арталгиями и, возможно, имеют причинно-следственные связи с наличием сильных суставных болей у наркоманов в процессе «ломки».

Наиболее выраженным признаком АФС является нарушение свертывания крови в виде гиперкоагуляции, при этом в патологический процесс вовлекается сосудистая стенка. У героинзависимых наркоманов признаки АФС сочетаются со склонностью к тромбозам вен и тромбофлебитами, при этом у 20% обследованных больных повышается уровень ауто-АТ к антигенам эндотелия сосудов.

У 100% больных выявлено сниженное количество тромбоцитов, это также может способствовать клиническому проявлению АФС.

Высокий уровень ауто-АТ — маркеров АФС сохраняется у 20% больных и после купирования абстинентного синдрома; по-видимому, у таких больных необходимо дополнительно исследовать состояние свертывающей системы крови и при подтверждении нарушений включать в терапию соответствующие препараты.

Анализ содержания ауто-АТ к антигенам конкретных органов показал наибольшие изменения уровня ауто-АТ к инсулину и его рецепторам (у 100% больных). После купирования явлений абстиненции у 80% больных отмечена частичная или полная нормализация этого показателя, однако у 20% пациентов с наличием метаболического синдрома (ожирение 1-й степени) нарушения сохранились.

Изменения иммунных маркеров других органов и систем у больных с НЗ встречались редко и коррелировали с наличием клинических признаков соответствующей патологии, например повышение содержания ауто-АТ к тиреоглобулину и рецепторам ТТГ отмечено у пациента с диагностированным зобом 2-й степени или выявление повышенного уровня ауто-АТ к антигенам легких отмечено у лиц с наличием «бронхита курильщика» в стадии обострения и у лиц, практикующих ингаляционное введение героина.

Выраженных изменений ауто-АТ к нейроантигенам (белку S₁₀₀, белкам глии и общему белку миеллина) не выявлено, однако умеренное увеличение содержания ауто-АТ к белку S₁₀₀ обнаружено в процессе лечения у 60% больных, что может служить индикатором повышения концентрации S₁₀₀, при этом возможна смена нейротрофического и нейропротекторного эффектов, присущих физиологическим концентрациям этого белка, на нейротоксический, ведущий к гибели нейронов [7].

Таким образом, результаты проведенного нами анализа аутоиммунного статуса у больных с алкогольной и наркотической зависимостью показывают, что для обеих групп больных характерен высокий процент (до 80%) аномалий общего уровня активности иммунной системы. При этом у 50% больных отмечено генерализованное снижение иммунной активности, у 30% выявлена патологическая активация иммунитета и только у 20% лиц обнаружен нормальный уровень ауто-АТ.

При оценке уровня ауто-АТ органной специфичности наиболее часто (у 80% пациентов) выявлялись изменения, указывающие на патологию инсулиновых рецепторов, наличие метаболического синдрома с возможным последующим формированием инсу-

лин-независимого диабета 2-го типа и антифосфолипидного синдрома.

В 70% случаев наблюдались изменения содержания ауто-АТ, характерные для сосудистой патологии, — чаще по типу васкулитов и тромбоцитопатий, хотя не исключена вероятность участия сосудистых ауто-АТ и в ряде эпизодов острого нарушения деятельности сердца и ЦНС, наблюдавшихся в период абстиненции.

У 52% обследованных отмечались изменения со стороны надпочечников, у 42% — признаки дистрофических изменений в миокарде, до 30% — признаки нарушений других органов (желудка, кишечника, почек, легких, щитовидной железы).

Примечательно, что у обследованных нами больных с АЗ, несмотря на наличие у них серьезной патологии печени (хронический гепатит и цирроз), изменения содержания «гепатотропных» ауто-АТ выявлены менее, чем у 40%. Вероятно, это обусловлено выраженным снижением при далеко зашедших патологических процессах общей численности гепатоцитов в силу их замещения соединительнотканными элементами.

Заключение

Полученные результаты позволяют сделать ряд практических выводов и рекомендаций.

1. Оценка состояния аутоиммунитета у пациентов с алкогольной и наркотической зависимостью, позволяющая своевременно выявлять формирующиеся дополнительные нарушения в различных органах и системах и осуществлять соответствующую коррекцию терапии, должна стать необходимым компонентом патогенетически обоснованной тактики лечения и реабилитации данного контингента больных.

2. Выявленные изменения показателей аутоиммунитета являются показанием к проведению иммунотропной терапии. Героинзависимые наркоманы и пациенты с алкогольной зависимостью с низким уровнем ауто-АТ должны рассматриваться как пациенты с наличием иммуносупрессии, при этом в стандартные схемы их лечения рекомендуется включать

иммунокорригирующие препараты, при этом предпочтительно использовать препараты, способные кроме восстановления иммунитета оказывать положительное влияние на психоэмоциональную сферу пациентов [3].

3. Учитывая наличие у многих пациентов с алкогольной и наркотической зависимостью признаков антифосфолипидного синдрома, рекомендуется проводить у данного контингента лиц оценку свертывающей системы крови с последующей коррекцией терапии.

4. У пациентов с высоким уровнем ауто-АТ к инсулину, рецепторам инсулина предусматривается ограничение использования растворов глюкозы в качестве инфузионной терапии. Контроль уровня глюкозы в крови следует проводить ежедневно, пока не купированы явления абстинентного синдрома.

5. При наличии иммунных маркеров системного воспалительного процесса уже во время купирования абстинентного синдрома больные должны получать соответствующую противовоспалительную терапию.

Список литературы

1. Ковалев И.Е., Полевая О.Ю. Биохимические основы иммунитета к низкомолекулярным химическим соединениям. — М.: Наука, 1985.
2. Полетаев А.Б. Иммунофизиология и иммунопатология. — М.: Медицинское информационное агентство, 2008. — 207 с.
3. Хайтов Р.М., Игнатьева Г.А., Сидорович И.Г. Иммунология. — М.: Медицина, 2000.
4. Штарк М.Б. Мозгоспецифические белки (антигены) и функции нейрона. — М.: Медицина, 1985.
5. Natural autoantibodies their Physiological Role and Regulatory significance /Ed. by Y. Shoenfeld, D.A. Isenberg. — C.R.C.Press. 1993.
6. Poletaev A.B., Abrosimova A.A., Sokolov M.A., Gekht A.B., Alferova V.V., Gusev E.I., Nikolaeva T.Ya., Selmi C. Diabetics and implications of natural neurotropic autoantibodies in neurological disease and rehabilitation. // Clin. Develop. Immunology. — 2004. — Vol. 11, №2. — P. 151—156.
7. Sorci G., Bianchi R., Riuzzi F., Tubaro C., Arcuri C., Giambanco I., Donato R. S100B protein, a damage-associated molecular pattern protein in the brain and heart, and beyond. // Cardiovasc. Psychiatry Neurol. — 2010. — Vol. 2010. — P. 656481.

CLINICAL AND DIAGNOSTIC VALUE OF INTEGRATED ASSESSMENT OF AUTOIMMUNITY IN PATIENTS WITH ALCOHOL AND DRUG DEPENDENCE

SIMONOVA A.V.	Dr.Med.Sci., Professor of laboratory of clinical immunology of Research Center Federal Medical-Biological Agency Institute of Immunology, Russia, Moscow
KARABINENKO A.A.	Dr.Med.Sci., Professor of Department of hospital therapy of Russian State Medical University, Moscow
GANIN D.I.	Head of the toxicology department of clinic №123 of FMBA RF, Moscow
POLETAEV A.B.	Dr.Med.Sci., Professor, Head of Research Dept., Med. Res. Ctr. «Immunculus», Moscow
POLETAEVA A.A.	Cand.med.sci., Head of laboratory of Research Dept., Med. Res. Ctr. «Immunculus», Moscow
PANCHENKO L.F.	Dr.Med.Sci., Professor, Academician RAMS, Head of laboratory of biochemistry of National Research Center for Addictions, Moscow
TEREBILINA N.N.	Cand.med.sci., Leading Researcher of laboratory of biochemistry of National Research Center for Addictions, Moscow
NAUMOVA T.A.	Cand. Boil. Sci., Leading Researcher of laboratory of biochemistry of National Research Center for Addictions, Moscow
SIMONOV D.V.	Scientific Researcher of laboratory of clinical immunology of Research Center Federal Medical-Biological Agency Institute of Immunology, Russia, Moscow

For the first time in patients with alcohol and drug dependence realized a new approach to the assessment of immunity — a comprehensive definition of the state of autoimmunity on 24 indicators. This approach allows us to estimate the overall level of activity of the immune system to identify changes in major organs and systems. The survey revealed that the overall level of immune system activity in 80% of patients with alcohol and drug dependence (A and DD) differed from the physiological values: there were signs of a polyclonal immunoactivation, and — for immunosuppression. It has been evaluated, that serum levels of the specific autoantibodies were differently affected: 80% of patients had an increased content of auto-antibodies to insulin, insulin receptor, indicating changes in the pancreas, 60% of those identified signs of disturbances in the CNS (axonopathy, gliosis, and others), 70% of the detected changes in the vascular system (increased levels of auto-antibodies to antigens of vascular endothelium, platelets). In 50% of surveyed patients were also noted immunochemical signs of disturbances in the adrenal glands (elevated levels of auto-antibodies to antigens of the adrenal glands), 40% of the cases, changes in the myocardium. Signs of the destructive inflammatory process in the liver were detected in 40% of patients. In 8 — 30% of patients had elevated immune markers that indicate changes in other organs (stomach, intestines, kidneys, lungs, thyroid gland). Thus, using a new approach to the evaluation of immunity, the possibility of identifying systemic and organ changes (including those not previously diagnosed) by analyzing the content of serum auto-antibodies of different specificity (a manufacturer of diagnostic test systems — MIC «Immunkulus», Russia). The data obtained contribute to a better understanding of pathochemical and pathophysiological modifications specific to individuals with A and DD, allow reasonable and effective approach to the choice of treatment.

Key words: alcohol dependence, illegal drug dependence, autoimmunity reactions, organopathology, immune markers of organopathology

Некоторые особенности социально-биологического статуса и психологического портрета пациентов с алкогольной зависимостью I—II стадии

ИВАНОВ В.П. академик РАЕН, д.м.н., профессор, зав. кафедрой медицинской биологии, генетики и экологии
Курского государственного медицинского университета

НИКИШИНА В.Б. д.п.н., профессор, преподаватель кафедры психологии и педагогики
Курского государственного медицинского университета

КУЩЁВА Н.С. заочный аспирант, главный психиатр Старооскольского городского округа,
зав. психиатрическим отделением МУЗ «Старооскольская ЦРБ»

КУЩЁВ Д.В. заочный аспирант, врач психиатр-нарколог ОГУЗ «Старооскольский наркодиспансер»

Курский государственный медицинский университет,
305041, г.Курск, ул. К. Маркса, д.3, Факс: 8(4712)58-81-32, E-mail: main@kgmu.kursknet.ru

В настоящее время доказано, что в основе формирования алкоголизма лежит суммарный эффект генных, средовых и психологических факторов. Однако многие принципиальные вопросы этиологии и патогенеза этого заболевания остаются и в настоящее время спорными, поэтому продолжение их изучения является актуальным. В исследовании представлена работа по комплексному изучению генетических и средовых факторов, влияющих на формирование алкогольной зависимости. Описаны некоторые особенности социально-биологического и психологического статуса больных алкоголизмом I—II стадии. При изучении психологического портрета проведен анализ самосознания личности, особенностей трансформации компонентов самосознания (самопознания, самоотношения, саморегуляции) у людей с алкогольной зависимостью. Полученные данные позволяют дать более полную характеристику этиопатогенеза и клинической картины заболевания.

Ключевые слова: алкогольная зависимость, социально-биологический статус, самосознание

Введение

Результаты многочисленных эпидемиологических исследований показывают, что среди больных с наркологическими расстройствами преобладают больные алкоголизмом [3, 4]. Распространенность алкоголизма во всем мире составляет около 10% у мужчин и 3—5% у женщин. В России этот показатель остается по-прежнему высоким и составляет 1,6% общей численности населения [6].

Возникновение и характер течения алкоголизма сложным образом зависят как от генетических факторов, так и факторов окружающей среды. Принято различать социальные, психологические и биологические факторы.

На вероятность развития алкоголизма влияет социальное, семейное положение индивидуума, материальная обеспеченность, образование, отношение общества и ближайшего окружения к потреблению спиртных напитков и злоупотреблению ими [2].

Психологические концепции зависимости от психоактивных веществ, существующие в настоящее время, выявили целый ряд особенностей психического функционирования, свойственных лицам, страдающим за-

висимостью от психоактивных веществ [7—9]. Тем не менее, следует признать, что психологические механизмы формирования зависимости от алкоголя остаются не до конца раскрытыми. Можно предположить, что все психологические характеристики людей с зависимостью не существуют изолированно, а объединены общими факторами. Неадекватная самооценка, когнитивная недифференцированность, подверженность внешним влияниям, выявленные в ряде исследований, указывают на вовлеченность структур в патологический процесс формирования зависимости самосознания, оказывающего регулирующее влияние на все стороны жизнедеятельности человека, и необходимость изучения этого аспекта [10].

Многие исследования сообщают о существовании биологической предрасположенности к зависимости от алкоголя, закрепленной на генетическом уровне [1, 6]. По данным разных авторов, от 30 до 80% больных алкоголизмом имеют близких родственников, страдающих этим же заболеванием [1]. Однако далеко не всегда отягощенные лица становятся алкоголиками и, наоборот, не все больные алкоголизмом имеют положительную семейную отягощенность.

Таким образом, ни один из факторов не является достаточной причиной или единственным условием возникновения алкоголизма.

Цель данной работы — изучение в совокупности особенностей социально-биологического статуса, психологического портрета и клинических проявлений у больных с алкогольной зависимостью.

Объект и методы исследования

В работе проведено исследование 121 больного с синдромом зависимости от алкоголя начальной и средней стадии, находившегося на лечении в Старооскольском наркодиспансере. Среди пациентов 96 мужчин (79,3%), 25 женщин (21,7%). Возраст больных — от 22 до 68 лет, средний возраст составил $42,4 \pm 0,98$ года.

В исследование включались пациенты со стажем злоупотребления алкоголем не менее трех лет. Критерии невключения — коморбидная патология зависимости от алкоголя с эндогенными психическими расстройствами, сочетанное употребление алкоголя и других психоактивных веществ, синдром зависимости от алкоголя конечной стадии, острые психотические расстройства. Исследование пациентов проводилось на 10—15-й день госпитализации, после купирования клинических проявлений синдрома отмены алкоголя.

В соответствии с критериями МКБ-10 (1994 г.) по нозологическим формам к моменту настоящего исследования пациенты распределились, как приведено в табл. 1.

Основными методами исследования были: метод общеклинического обследования, клинико-генеалогический, экспериментально-психологический, статистический методы.

Исследование проводилось с использованием специально разработанной анкеты, содержащей 122 параметра, которые отражали социально-биологический статус пациентов, данные общеклинического обследования и психологические характеристики. Перед заполнением анкеты в соответствии с современными этическими стандартами было получено добровольное информированное согласие пациентов.

Общеклиническое обследование больных проводилось по принятой в клинической практике схеме: уточнялись жалобы на момент осмотра, социальный и семейный статус, преморбидные особенности, объективное состояние пациента, соматоневрологический и психический статус.

Для изучения наследственного характера заболевания использовался клинико-генеалогический метод, включавший сбор генетического анамнеза у пробандов с последующим графическим изображением родословных, изложением и анализом легенд.

Психологические особенности больных алкогольной зависимостью изучались с помощью методики В.И. Моросановой «Стиль саморегуляции поведения» (ССПМ) (Моросанова В.И., 2004). Вопросник SSPM состоит из 46 утверждений и работает как единая шкала «Общий уровень саморегуляции», которая характеризует уровень сформированной индивидуальной системы саморегуляции произвольной активности человека [5]. Утверждения опросника входят в состав шести шкал (по 9 утверждений в каждой), выделенных в соответствии с основными регуляторными процессами планирования, моделирования, программирования, оценки результатов, а также и регуляторно-личностными свойствами: гибкости и самостоятельности.

Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием описательной статистики в компьютерной программе Statistika 6,0.

Результаты и их обсуждение

У большинства больных выявлена выраженная социально-трудовая дезадаптация, указывающая на разрушающее действие алкоголя на социальное функционирование пациентов. Среди обследованных 100 чел. (82,6%) проживают в городе, имеют образование: среднее специальное — 95 чел. (78,5%), среднее — 14 чел. (11,6%), высшее — 10 чел. (8,3%). При этом 63 чел. (52,1%) официально не работают. Треть больных, 39 чел. (32,2%), отмечают прогулы на работе «из-за выпивки»; 65 чел. (53,7%) неоднократно попадали в вытрезвитель, из-за чего возникали проблемы с трудоустройством.

Таблица 1

Распределение больных по нозологиям

Клинический диагноз	N	P%
Зависимость от алкоголя, начальная стадия, обострение	6	4,96
Зависимость от алкоголя, начальная стадия, поддерживающее лечение	2	1,65
Зависимость от алкоголя, средняя стадия, обострение, абстинентный синдром легкой степени	10	8,26
Зависимость от алкоголя, средняя стадия, обострение, абстинентный синдром средней степени	88	72,73
Зависимость от алкоголя, средняя стадия, обострение, абстинентный синдром тяжелой степени	1	0,83
Зависимость от алкоголя, средняя стадия, поддерживающее лечение	14	11,57

КЛИНИЧЕСКАЯ НАРКОЛОГИЯ

75 чел. (62%) имеют тяжелое и бедственное материальное положение, 7 чел. (5,8%) признают, что иногда «пропивают вещи из дома».

В большинстве случаев имеют место нарушения семейного статуса: 30 больных (24,8%) расторгли брак по причине злоупотребления алкогольными напитками, только половина обследованных — 59 пациентов (48,8%) проживают в семье, 32 чел. (26,5%) не имеют детей. Среди пациентов 44 чел. (36,6%) сообщают о неблагополучиях в семье, о частых ссорах, непонимании со стороны родственников, об их нежелании принять алкоголизацию больного.

Только 11 пациентов (9,1%) могут охарактеризовать психоэмоциональную обстановку в семье как «хорошую», стабильную.

Для большинства больных характерен ранний возраст начала алкоголизации и формирования алкогольной зависимости. У 87 пациентов (71,9%) знакомство с алкогольными напитками произошло до 19 лет (табл. 3).

Только 34 чел. (28,1%) начали употреблять алкоголь после 20 лет. 91 пациент (75,2%) отметил, что систематически стал употреблять спиртное в возрасте до 30 лет.

Таблица 2

Социальный статус пациентов

Показатель	Количество больных (n)	%
Место жительства		
Город	100	82,65
Село	19	15,7
БОМЖ	2	1,65
Образование		
Начальное	2	1,65
Среднее	14	11,57
Среднее специальное	95	78,51
Высшее	10	8,26
Семейное положение		
Женат (замужем)	45	37,19
Холост (не замужем)	24	19,83
В разводе	30	24,79
Гражданский брак	14	11,57
Вдовец (вдова)	8	6,61
Наличие детей		
Нет детей	32	26,45
Один	46	38,02
Двое	32	26,45
Более двух	11	9,09
Материальное положение		
Бедственное	24	19,83
Тяжелое	51	42,15
Удовлетворительное	37	30,58
Хорошее	9	7,44

Таблица 3

Начало употребления алкоголя

Возраст	n	P%	±Sp
10—13 лет	7	5,79	2,12
14—16 лет	25	20,66	3,68
17—19 лет	25	45,45	4,53
20 лет и старше	34	28,1	4,09

На начальных этапах формирования алкогольной зависимости больные за врачебной помощью не обращаются, что подтверждается полученными данными: только 6,61% пациентов проходили курс лечения с синдромом зависимости от алкоголя первой стадии; большинство обследуемых (93,4%) находилось на лечении с синдромом зависимости от алкоголя второй стадии.

Вторая стадия алкоголизма, выявленная у большей части пациентов, характеризовалась интенсивным патологическим влечением к спиртным напиткам, утратой количественного и ситуационного контроля. У 95 пациентов (77,9%) больных была диагностирована средняя степень абстинентного синдрома, а ремиссии характеризовались нестойкостью и кратковременностью.

Все пациенты, 121 чел. (100%), сообщают о потере количественного контроля, 41 больной (33,9%) также и ситуационного контроля. Только 34 чел. (28,1%) не выявляют расстройств памяти в результате злоупотребления спиртным; у 75 пациентов (62%) отмечались палимпсесты, у 11 чел. (9,1%) — наркотическая амнезия, у 1 больного (0,8%) — тотальная амнезия.

Большинство обследованных употребляет спиртные напитки в форме истинных запоев, а именно 67 чел. (55,4%); 32 чел. (26,5%) — в форме псевдозапоев. Предпочитаемый вид алкоголя чаще всего — крепкие спиртные напитки (84 чел. (69,4%)).

Почти у половины пациентов (56 чел. — 46,3%) выявлены соматические осложнения злоупотребления

алкоголем: со стороны желудочно-кишечного тракта — у 26 чел. (21,5%), сердечно-сосудистой системы — у 17 чел. (14,1%), нервной системы — у 11 чел. (9,1%), мочеполовой системы — у двух пациентов (1,7%).

Среди обследованных больных ранее уже находились на стационарном лечении 82 чел. (67,8%), чаще всего получали кратковременную дезинтоксикационную терапию, из них 57 чел. (47,1%) многократно. При этом амбулаторно продолжали лечение только 12 пациентов (9,9%): 8 пациентов (6,6%) получали периодическое симптоматическое лечение, 2 чел. (1,7%) эпизодически принимали сенсibilизирующую терапию, ещё двум больным (1,7%) оказывалась психотерапевтическая помощь.

В пользу недостаточного осознания пациентами своей болезни указывают данные о снижении критики у них: 23 пациента (19,0%) не считают себя больными, 77 опрошенных (63,6%) имеют частичную критику к своему болезненному состоянию, лишь у 21 пациента (17,4%) присутствует осознание своей зависимости от алкоголя.

Несмотря на тяжесть состояния и многократные стационарные лечения только 41 больной (33,8%) высказывает установку на трезвый образ жизни, у 72 опрошенных (59,5%) установка на трезвость сомнительная, а у 8 чел. (6,6%) она отсутствует.

Часто употребление алкогольных напитков сопровождается приемом и других психоактивных веществ, что также подтверждается в настоящем исследовании. Большинство обследованных пациентов (100 чел. —

Таблица 4

Семейный анамнез обследованных больных

Признак	Количество больных (n)	%
Психические заболевания в семье		
У отца	2	1,65
У матери	4	3,31
У дальних родственников	5	4,13
Отсутствует	110	90,91
Злоупотребление алкоголем в семье		
У отца	59	48,76
У матери	2	1,65
У отца и матери	2	1,65
У братьев, сестёр	5	4,13
У родителей и братьев (сестер)	17	14,06
У других родственников	11	9,09
Отсутствует	25	20,66
Суициды в семье		
Были	9	7,44
Не было	81	66,94
Неизвестно	31	25,62

82,6%) курит, 10 чел. (8,3%), эпизодически употребляют наркотики, 1 чел. (0,8%) постоянно принимает опиаты, еще 23 чел. (19,0%) отмечают употребление наркотических веществ в анамнезе.

Ретроспективные исследования показывают, что личность будущего алкоголика очень часто сталкивается с тяжелыми эмоциональными проблемами уже в первые годы жизни. Основной причиной эмоциональной незрелости или незрелости личности, в целом, считаются дефекты воспитания и неблагоприятный семейный климат. При изучении семейного анамнеза больных в настоящем исследовании выявлены такие особенности семейного воспитания, как условия «ежовых рукавиц» — у 23 чел. (19,0%), гипоопека — у 15 чел. (12,4%), гиперопека — у 8 чел. (6,6%), отчужденность от родителей — у 6 чел. (5,0%).

Риск развития алкоголизма повышается при наличии вредных привычек у родителей больных. Только 14 пациентов (11,6%) сообщили об отсутствии у отцов вредных привычек. Отцы у 90 обследованных (74,4%) курили; 10 чел. (8,3%) отметили табакокурение у матери, а у 6 чел. (5,0%) матери систематически употребляли спиртные напитки.

У 99 пациентов (81,8%) выявлено наличие алкогольной зависимости у родственников в четырех поколениях:

- в 1-м поколении — у 38 пациентов (31,4%);
- во 2-м поколении — у 92 пациентов (76,0%);
- в 3-м поколении — у 26 пациентов (21,5%);
- в 4-м поколении — у 7 чел. (5,8%).

Только в 18,2% случаев не выявлено наследственной отягощенности по алкоголизму. 5 чел. (4,1%) имеют двух и более больных алкоголизмом родственников в 1-м поколении, 37 чел. (30,6%) — во 2-м поколении и 4 пациента (3,3%) — в 3-м поколении.

Наличие зависимости в нисходящих поколениях тоже есть признак семейного отягощения. На момент исследования у шести пациентов сыновья и племянник одного пациента уже страдали алкоголизмом, состояли на учете в наркологическом учреждении.

Среди обследованных 28 чел. (23,1%) отметили наличие у родственников осложнений в результате злоупотребления алкоголем: заболевания желудочно-кишечного тракта (64,3%), сердечно-сосудистую патологию (28,6%), патологию почек (7,1%). При этом у 24 пациентов (19,8%) родственники умерли именно от соматических осложнений алкоголизма.

У 21 пациента (17,4%) родственники трагически погибли в состоянии алкогольного опьянения: в драке, в пожаре, в автокатастрофе, замерзли на морозе, утонули. Отцы и деды пяти пациентов (4,1%) страдали зависимостью от алкоголя и совершили суицид в пьяном виде.

В результате анализа психологических портретов больных выявляются противоречивые, амбивалентные характеристики самосознания. У 65 испытуемых (53,7%) общий уровень саморегуляции определялся как средний. При этом только у 6 чел. (5,0%) выявлен гармоничный личностный профиль, который является существенной предпосылкой высоких достижений в жизни. У 115 больных (95,0%) выявлен акцентуированный личностный профиль со следующими характеристиками: выраженная личностная тревожность, тенденция к акцентуации характера эмоционально-возбудимого или астенического типа. В общении таким людям трудно контролировать свои эмоции, они легко расстраиваются, когда дела идут не так, как было задумано. Остро реагируют на требования окружающих, зависимы от внешних обстоятельств. Иногда наблюдается стремление к самоутверждению, к наступательной активности, но нуждаются в опоре и поддержке окружающих. Для таких людей свойственна общая направленность на себя и свои переживания, от других ждут участия в своей судьбе. Планирование собственных жизненных перспектив развито, но у таких людей наблюдается трудность в выделении главных целей, много колебаний в выборе пути, отсюда не могут определиться с планами на будущее. Обладатели такого профиля склонны фиксироваться на своих ошибках; для них характерна высокая чувствительность к неудачам, неустойчивость самоконтроля.

Таким образом, самосознание зависимых от алкоголя лиц не может в полной мере осуществлять свою регуляторную функцию.

Заключение

1. Комплексное изучение социально-биологических, клинических, психологических особенностей больных даёт более полную картину этиопатогенеза и клинической картины алкогольной зависимости, расширяя базу для формирования лечебно-реабилитационных программ.

2. Полученные психологические данные отражают специфику самосознания личности с алкогольной зависимостью и мишени для воздействия в рамках профилактической и психокоррекционной работы.

Список литературы

1. Анохина И.П. Современные проблемы генетики зависимости от психоактивных веществ / И.П. Анохина, Н.Н. Иванец, И.Ю. Шамакина и др. // Наркология. — 2004. — №6. — С. 76—83.
2. Белокрылов И.В., Даренский И.Д. Личностные и средовые факторы развития зависимости от психоактивных веществ // Руководство по наркологии / Под ред. Н.Н. Иванца. — М.: Медпрактика. — 2002. — Т. 1. — С. 161—181.

3. Гофман А.В. Клиническая наркология. — М.: Миклож, 2003. — С. 90—151.
4. Лекции по наркологии / Под ред. Иванца Н.Н. — М., 2001. — С. 13—33.
5. Моросанова В.И. Опросник «Стиль саморегуляции поведения». — М.: Когито-Центр, 2004. — С. 4—42.
6. Наркология: Национальное руководство / Под ред. Н.Н. Иванца, И.П. Анохиной, М.А. Винниковой. — М.: ГЭ-ОТАР-Медиа, 2008. — С. 445—448, 473—475.
7. Немчин Т.А., Цыцарев С.В. Личность и алкоголизм. — Л.: Ленинградский ун-т, 1989. — 192 с.
8. Психология и лечение зависимого поведения / Под ред. С. Даулинга. — М.: Независимая фирма «Класс», 2000. — 240 с.
9. Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Профилактика наркомании и алкоголизма. — М.: Академия, 2003. — 176 с.
10. Соколова Е.Т. Самосознание и самооценка при аномалиях личности. — М.: МГУ, 1989. — 213 с.

SOME QUESTIONS OF SOCIALLY-BIOLOGICAL STATUS AND PSYCHOLOGICAL PORTRAIT OF PATIENTS, SUFFERING FROM ALCOHOLISM OF THE I—II STAGES

IVANOV V.P., NIKISHINA V.B., KUSCHEVA N.S., KUSCHEV D.V.

Kursk State Medical University, 305041, Kursk, K.Marks str.3, fax: 8(4712)56-73-99. E-mail:main@kgmu.kursknet.ru

It is presently well-proven that at the heart of alcoholism formation there is the total effect of gene, environmental and psychological factors. However many fundamental questions of etiology and pathogenesis of this disease are still disputable, therefore the continuation of their study is relevant. This research is a complex study of genetic and invironmental factors, influencing the formation of alcoholic addiction. Some features of socially-biological and psychological status of patients, suffering from alcoholism of the 1—2 stages are described. While studying the psychological portrait, the analysis of consciousness of personality, features of transformation of the components of consciousness (self-knowledge, self-relations, self-regulations) of people with alcoholic addiction has been conducted. The obtained data enables us to give a complete characteristics of etiopathogenesis and clinical picture of the disorder.

Key words: alcohol addiction, etiology and alcoholism pathogenesis, consciousness

Предикторы суицидального поведения у больных с зависимостью от азартных игр

БИСАЛИЕВ Р.В. к.м.н., докторант Национального научного центра наркологии Минздравсоцразвития России, Москва
e-mail: rafaelbisaliev@gmail.com

КУЦ О.А. врач наркологического учебно-научно-лечебного центра
Астраханской государственной медицинской академии (АГМА),
414000, г.Астрахань, ул. Бакинская, 121, тел.: 8 (8512) 44-74-96

МУХТАРОВА В.Р. зав. наркологическим отделением №3 Наркологического диспансера,
414028 г. Астрахань, ул. Адмирала Нахимова, 70 «в»

С целью определения предикторов суицидального поведения обследовано 44 больных зависимостью от азартных игр. Выявлены биологические и социально-психологические предикторы суицидального поведения у больных патологическим гемблингом. Полученные результаты должны учитываться при разработке программ первичной и вторичной профилактики суицидального поведения у больных игровой зависимостью. Перспективным считаем включение пунктов по предикторам суицидального поведения в медицинскую документацию наркологических учреждений.

Ключевые слова: психиатрия, наркология, суицидальное поведение, профилактика

Введение

Актуальность изучения патологической зависимости от игры обусловлена как масштабностью распространения этого заболевания, так и высокой суицидальной смертностью. Зависимость от азартных игр является суицидоопасным заболеванием, так как у 32—70% больных отмечаются суицидальные мысли; от 13 до 40% игроков совершают суицидальные попытки [9]. Имеется целый ряд работ, посвященных исследованию факторов риска игровой зависимости [8]. Вместе с тем, отсутствуют исследования по предикторам суицидального поведения у больных с зависимостью от азартных игр.

Целью настоящего исследования было определение предикторов суицидального поведения у больных с зависимостью от азартных игр.

Пациенты и методы исследования

Обследовано 44 чел. — больные мужского пола, у которых сформирована зависимость от азартных игр, соответствующая критериям МКБ-10 (F63.0). Возраст респондентов варьировал от 18 до 39 лет, средний возраст 26,2 года.

Обследуемые были разделены на 2 группы: первая (основная) группа — больные игровой зависимостью с суицидальным поведением (БИЗС); вторая группа (сравнения) — больные игровой зависимостью без суицидального поведения (БИЗ). В первую группу вошли 18 чел. (40,9%). Вторую группу составили 26 чел. (59,1%). Длительность заболевания в обеих группах была от 2 до 12 лет и составила в среднем 7,7 года.

Критерии исключения:

- 1) склонность к азартным играм и заключению пари (Z72.6);
- 2) сопутствующая психическая патология (F20—F23);
- 3) злоупотребление психоактивными веществами (ПАВ) (F10—F19);
- 4) острые психотические состояния;
- 5) тяжелые органические поражения центральной нервной системы (F00—F05, F07—F09);
- 6) умственная отсталость (F70; F71);
- 7) соматические и неврологические расстройства в стадии обострения.

Оценка достоверности различий осуществлялась методом многофункционального критерия χ^2 Пирсона. Данный критерий применим для оценки достоверности различий между двумя независимыми выборками, измерения в которых могут быть проведены в любой шкале, так как многие другие критерии имеют ограничения на измерения, а именно: либо только в порядковой шкале, либо в шкалах интервалов и отношений [7].

Результаты и обсуждение

Выявлены биологические предикторы суицидального поведения (рис. 1).

В основной группе больных выявлена наследственная отягощенность шизофренией, которая отсутствовала у больных группы сравнения (11,1%).

Что касается наследственной отягощенности аффективной патологией, то она также наблюдалась у больных первой группы (22,2%).

Особенность больных игровой зависимостью с суицидальным поведением состоит в том, что они достоверно чаще по сравнению с больными игроманией без суицидального поведения имели наследственную отягощенность зависимостью от азартных игр со стороны отцов (27,8 и 3,8%). Выявленная в анамнезе наследственная отягощенность игровой зависимостью по первой степени родства может служить важным прогностическим признаком суицидального поведения у данного контингента лиц.

Отягощенность алкоголизмом в группе БИЗС была выше, чем в группе БИЗ, однако различия не достигали статистической достоверности (44,5 и 19,2%). Наследственная отягощенность наркоманиями была меньше в группе БИЗС (11,2 и 19,4%). В совокупности, наследственная отягощенность наркологическими заболеваниями была существенно выше у азартных игроков с суицидальным поведением (55,7 и 38,6%), тогда как в общей популяции суицидентов она составляет 38,8% [5].

Каких-либо достоверных различий по патологии беременности и родов между больными обеих групп не выявлено. Тем не менее, в сумме пре-, пери- и постнатальные вредности у больных игроманией основной группы встречались чаще, чем у больных второй группы (77,7 и 50,0%). Так, токсикозы первого триместра беременности были больше у матерей больных первой группы (11,1 и 7,7%). Показатель «гипоксия плода» также чаще фиксировался у матерей пациентов группы БИЗС (22,2 и 7,7%). То же самое относится к другим показателям: «родовая травма» (22,2 и 7,7%), «кесарево сечение» (11,1 и 15,4%) и «преждевременные роды» (11,1 и 11,5%).

Большее количество черепно-мозговых травм (ЧМТ) различной степени тяжести выявлено у больных игроманией с суицидальным поведением (33,3 и 11,5%). Думается, что пре-, пери- и постнатальные

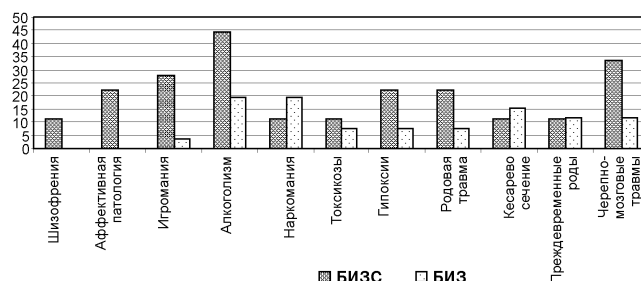


Рис. 1. Биологические предикторы у больных игровой зависимостью с суицидальным поведением (БИЗС) и у больных игровой зависимостью без суицидального поведения (БИЗ)

вредности, а также ЧМТ способствуют возникновению органической неполноценности структур головного мозга, что в дальнейшем, очевидно, оказывает влияние на формирование суицидального поведения у патологических гемблеров.

Анализ личностных особенностей показал, что в преморбиде установлены различные типы акцентуаций, которые реже констатировались в основной группе больных (табл. 1). Однако психопатий в этой группе было больше. Обращает на себя внимание доля эмоционально неустойчивого расстройства личности у БИЗС.

Девиянтное поведение, так же как делинквентное, чаще констатировалось у пациентов с суицидальным поведением. На первый взгляд, не представляется возможным выделить какую-либо специфичную характеристику суицидальной личности. Вместе с тем, процент лиц с психопатической патологией, с девиантным и делинквентным поведением значимо преобладал в группе суицидальных больных, т.е. разница составляла 2,03 раза.

Диапазон вовлечения в азартные игры больных группы БИЗС колебался от 15 до 26 лет (в среднем

Таблица 1

Особенности личности и поведения у больных игровой зависимостью

	I группа (БИЗС), n=18		II группа (БИЗ), n=26	
	Абс.	%	Абс.	%
Акцентуации	3	16,7	15	57,7
Гипертимная	2	11,1	4	15,4
Шизоидная	0	0,0	3	11,5
Истероидная	1	5,6	3	11,5
Неустойчивая	0	0,0	5	19,2
Расстройства личности	7	38,9	6	23,1
Эмоционально неустойчивое	4	22,2	3	11,5
Шизоидное	2	11,1	2	7,7
Истерическое	1	5,6	1	3,8
Девиянтное поведение	4	22,2	3	11,5
Делинквентное поведение	3	16,7	1	3,8

ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НАРКОЛОГИИ

18,8 года), больных группы БИЗ — от 15 до 30 лет (в среднем 20,6 года) (табл. 2).

Несмотря на отсутствие достоверных различий по возрастному показателю, тем не менее, обнаружены следующие особенности. В частности, треть пациентов основной группы начали приобщаться к азартным играм в возрасте 15—16 лет, а больные группы сравнения — в 19—20 лет. Иными словами, ранний подростковый возраст приобщения к азартным играм является клинической особенностью в группе БИЗС.

Период, предшествующий формированию зависимости от азартных игр, сопровождался употреблением спиртных напитков, включая пиво, а также токсических веществ и препаратов конопли. Чаще употребление психоактивных веществ (ПАВ) было без при-

знаков зависимости, непродолжительное и носило ритуальный характер (табл. 3).

Свыше 40,0% пациентов обеих групп употребляли спиртные напитки. Количество больных, употреблявших токсические вещества, в группе БИЗС было больше, хотя различия были не достоверны (16,7 и 11,5%).

Обращает на себя внимание факт потребления гашиша больными только 1-й группы.

Употребление препаратов конопли можно отнести к предикторам суицидального поведения, что также подчеркивает отличительную особенность больных основной группы.

Мотивы приобщения к азартным играм отражены в табл. 4.

Наблюдения показывают, что у 22,2% БИЗС и у 46,2% БИЗ присутствовал определенный интерес к

Таблица 2

Распределение больных по возрасту начала вовлечения в азартные игры

Возраст, лет	I группа (БИЗС)		II группа (БИЗ)	
	Абс.	%	Абс.	%
15 — 16	6	33,3	3	11,5
17 — 18	2	11,1	5	19,2
19 — 20	5	27,8	10	38,5
21 — 22	2	11,1	2	7,7
23 — 24	2	11,1	0	0,0
25 — 26	1	5,6	2	7,7
27 — 28	0	0,0	2	7,7
29 — 30	0	0,0	2	7,7
Всего	18	100,0	26	100,0

Таблица 3

Частота употребления других психоактивных веществ

Психоактивное вещество	I группа (БИЗС), n=18		II группа (БИЗ), n=26	
	Абс.	%	Абс.	%
Алкоголь	8	44,4	11	42,3
Гашиш	3	16,7	0	0,0
Токсические вещества	3	16,7	3	11,5
Всего	14	77,8	14	53,8

Таблица 4

Мотивы приобщения к азартным играм

Мотивы	I группа (БИЗС)		II группа (БИЗ)	
	Абс.	%	Абс.	%
Заинтересованность	4	22,2	12	46,2
общение с игроманами	3	16,7	8	30,8
Быстро заработать	2	11,1	4	15,4
"Бегство" от проблем	4	22,2	1	3,8
Психогении	5	27,8	1	3,8
Всего	18	100,0	26	100,0

азартной игре в виде выигрыша в любом его материальном или психологическом эквиваленте, приносящем удовольствие. Не было отличий и по мотивам «общение с большими игроманией» (16,7 и 30,8%). Приобщение к азартным играм происходило под влиянием рассказов бывалых игроков об интересном времяпровождении, «новички» ощущали психологическую поддержку игроков. У части пациентов (11,1 и 15,4%) в качестве мотивации к участию в играх выступало желание быстрого и

легкого заработка, когда за одно мгновение можно стать экономически обеспеченным человеком.

Вместе с тем, у больных группы БИЗС констатировались высокие значения показателя «бегство» от проблем» (22,2 и 3,8%). Пациенты сообщали, что за игрой все острые проблемы (семейные, финансовые) отступали на второй план.

Выявлены достоверные различия по показателю «психогении». Этот показатель также был больше в

Таблица 5

Результаты данных по клиническим предикторам суицидального поведения

Показатели	Значение критерия χ^2 Пирсона	Уровень значимости
Возраст	1,63	0,615
Шизофрения	3,03	0,08
Аффективная патология	6,36	0,01
Игромания	5,17	0,02
Алкоголизм	3,21	0,07
Наркомания	0,46	0,49
Токсикозы	0,15	0,69
Гипоксия плода	1,91	0,16
Родовая травма	1,91	0,16
Кесарево сечение	0,15	0,68
Преждевременные роды	0,002	0,96
Черепно-мозговые травмы	3,11	0,078
Акцентуации		
Гипертимная	0,17	0,68
Шизоидная	0,23	0,13
Истероидная	0,46	0,49
Неустойчивая	3,91	0,04
Расстройства личности		
Эмоционально неустойчивое	0,91	0,34
Шизоидное	0,15	0,69
Истерическое	0,07	0,79
Девиантное поведение	0,91	0,34
Делинквентное поведение	2,12	0,14
Время приобщения к азартным играм	10,89	0,62
Частота употребления других психоактивных веществ		
Алкоголь	0,02	0,88
Токсические вещества	0,24	0,62
Гашиш	4,65	0,03
Мотивы приобщения к азартным играм		
Заинтересованность	2,63	0,10
Общение с игроманами	0,27	0,60
Быстро заработать	0,17	0,68
"Бегство" от проблем	3,57	0,05
Психогении	5,17	0,02
Продолжительность эпизодического участия в азартных играх	3,58	0,05

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

ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НАРКОЛОГИИ

группе БИЗС (27,8 и 3,8%). Участие в азартных играх было обусловлено желанием нормализовать свой психический статус, снять тревогу, тоску, повысить настроение.

Длительность эпизодического участия в азартных играх в группе БИЗС была от 2 до 9 мес. и составила в среднем 5,5 мес., а в группе БИЗ — от 4 до 11 мес. (в среднем — 8,1 мес.). Другими словами, становление лудомании происходило в 1,5 раза быстрее.

Результаты статистической обработки приведены в табл. 5.

В наших исследованиях суицидальное поведение у родственников БИЗС обнаруживалось по первой степени родства (по линии матери и отца), у родственников больных группы сравнения — по первой степени родства (по линии отца) и по линии других родственников ($p \leq 0,05$) (табл. 6).

Доля суицидального поведения у родственников больных игроманией основной группы была высокой (34,2 и 5,5%; $p < 0,05$). Другими словами, суицидальная активность у ближайших родственников группы БИЗС в несколько раз выше аналогичного показателя родственников группы БИЗ. У матерей больных преобладали суицидальные мысли, тогда как у отцов — суицидальные попытки. Возможно, лица мужского пола склонны больше, чем женщины, проявлять рискованные и импульсивные действия.

По-прежнему остается недостаточно изученной связь между патологическим гемблингом, суицидами и микро-, макросоциальными воздействиями.

Рассматривалась структура семьи как возможный предиктор суицидального поведения у патологических игроков (табл. 7).

Воспитывались в полных семьях 44,4% пациентов основной группы и 42,3% пациентов группы сравнения. Количество воспитывающихся в условиях искаженной семейной структуры (воспитывались матерью и мачехой) в обеих группах было практически равным (55,6 и 57,7%). С одной стороны, несущественный статистический разброс по структуре семьи позволяет предположить, что структура семьи является предиктором как игровой зависимости, так и суицидального поведения, тем более, что об этом упоминается во многих работах [1, 2]. С другой стороны, установлены особенности, характерные для семей БИЗС. В частности, матери и мачехи формировали в своих детях заниженную самооценку, чувство вины. Первые были невротизированы, закомплексованы своим статусом «матери-одиночки», они высказывали недовольство: «С тобой еще труднее, чем с твоим отцом». Мачехи старались не обращать внимания на своих приемных детей либо воспринимали их как обузу: «Ты достался мне от своей матери с проблемами». И в том, и в другом случае у больных часто снижалось настроение, возникало чувство обиды и неполноценности с ощущениями «лишнего в семье».

Суицидальное поведение у родственников больных игровой зависимостью

Таблица 6

Суицидальное поведение	I группа (БИЗС)		II группа (БИЗ)	
	Абс.	%	Абс.	%
Матери (n=23)				
Суицидальные мысли	12	52,2	0	0,0
Суицидальные попытки	4	17,4	0	0,0
Отцы (n=31)				
Суицидальные мысли	6	19,3	2	6,4
Суицидальные попытки	3	9,6	2	6,4
Другие родственники (n=19)				
Суицидальные мысли	0	0,0	3	15,8
Суицидальные попытки	0	0,0	0	0,0

Характеристика семейной структуры

Таблица 7

Структура семьи	I группа (БИЗС), n=18		II группа (БИЗ), n=26	
	Абс.	%	Абс.	%
Полная семья	8	44,4	11	42,3
Неполная семья (матери)	5	27,8	9	34,6
Неполная семья (мачехи)	5	27,8	6	23,1
Всего	18	100,0	26	100,0

Роль семейных факторов в формировании суицидального поведения подтверждается результатами, отражающими стили воспитания (рис. 2).

Применение в семьях пациентов игровой зависимостью патогенных стилей воспитания выявлено у подавляющего количества лиц (88,8% и 88,5%).

Воспитание по типу «гиперпротекция» наблюдалось у больных первой группы в 22,2% случаев, у больных второй группы — в 26,9%. Некоторые авторы считают, что воспитание по типу «гиперпротекция» обладает суицидогенным потенциалом [6].

Показатели по стилю «гипопротекция» в обеих группах не достигали статистической достоверности (16,7% и 30,8%). Однако в группе суицидентов гипопротекция со стороны родителей проявлялась снижением опеки и контроля над жизнью и потребностями ребенка, тогда как в группе сравнения — над поведением подростка.

Стиль воспитания «эмоциональное отвержение» использовался в группах больных в 16,7% и 11,5% случаях. При этом эмоциональное отвержение со стороны родителей в семьях больных основной группы отличалось своей экспрессивностью и большей продолжительностью, что в дальнейшем формировало у больных с суицидальным поведением устойчивой тенденции к ожидаемому эмоциональному отвержению. Кроме того, пациенты основной группы остро и длительно переживали недостаток внимания со стороны родителей, а обследуемые группы сравнения полагали, что могут безболезненно нейтрализовать негативное психологическое состояние путем употребления ПАВ или участия в азартных играх.

Аналогичные результаты получены по частоте неустойчивого стиля воспитания (16,7 и 11,5%). Отсутствие в семье стабильных теплых эмоциональных взаимоотношений, а также неопределенность в воспитательных стратегиях, обуславливала у больных первой группы возникновение психической напряженности, тревожности, неустойчивости настроения с превалированием сниженного.

Воспитание с возложением на ребенка повышенной моральной ответственности констатировалось в

группах БИЗС и БИЗ в 5,6 и в 7,7% случаев соответственно. Думается, что и при неустойчивом стиле воспитания, и при воспитании с возложением на ребенка повышенной моральной ответственности высока вероятность совершения суицидальных действий по детензивной мотивации (снятие психоэмоционального напряжения) [4].

Воспитание по типу «кумир семьи» отмечено у 16,7% пациентов основной группы и у 11,5% больных группы сравнения. В этих семьях поощрялись любые прихоти ребенка, придавалось чрезмерное значение материальным ценностям, вещиизму. В случае неудовлетворения какой-либо потребности БИЗС вербализировали угрозы, в том числе суицидального характера, а больные второй группы вступали в конфликт с родителями, становились навязчивыми в отношении реализации потребности.

По всем стилям воспитания достоверных различий не установлено. В то же время практически при всех воспитательных стратегиях в основной группе пациентов стили воспитания имели некоторые особенности. На наш взгляд, по своим характеристикам типы воспитания были суицидогенными. Воспитательные мероприятия, осуществляемые родителями, способствовали возникновению и развитию заниженной самооценки, беспомощности, чувства вины, неполноценности, ущербности и никчемности, у этих больных часто настроение было сниженным, чего не наблюдалось в группе сравнения.

Анализировались внутрисемейные отношения между родителями пациентов, между больными и их родителями и между супругами в семьях больных ludomанией (табл. 8).

Нормальные отношения между родителями больных основной группы встречались реже, чем между родителями больных группы сравнения (38,9% и 53,8%). Патологические гемблеры основной группы отмечали, что отношения между родителями носили формальный характер, так как один из показателей нормальных отношений, по их мнению, — это внешнее благополучие. Больные не отрицали, что находя-

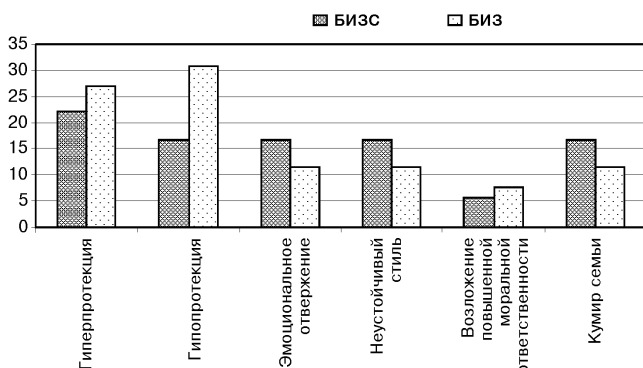


Рис. 2. Стили воспитания в семьях БИЗС и в семьях БИЗ

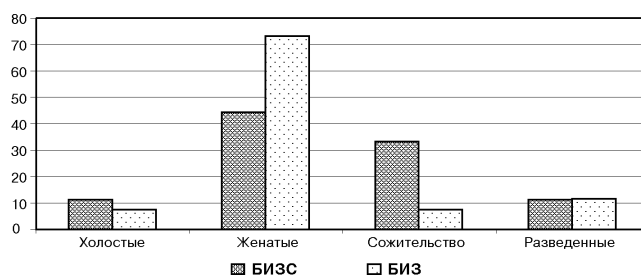


Рис. 3. Семейное положение БИЗС и БИЗ

Характеристика внутрисемейных отношений

	I группа (БИЗС), n=18		II группа (БИЗ), n=26	
	Абс.	%	Абс.	%
Отношения между родителями больных				
Нормальные	7	38,9	14	53,8
Умеренно конфликтные	7	38,9	11	42,3
Резко конфликтные	4	22,2	1	3,8
Отношения между больными и их родителями				
Нормальные	6	33,3	15	57,7
Умеренно конфликтные	9	50,0	11	42,3
Резко конфликтные	3	16,7	0	0,0
Отношения в собственных семьях больных				
Нормальные	0	0,0	9	34,6
Умеренно конфликтные	4	22,2	5	19,2
Резко конфликтные	10	55,6	7	26,9

лись в постоянном напряжении в ожидании очередного скандала. Азартные игроки группы сравнения считали, что между родителями действительно имеются искренние и теплые отношения.

Прогнозируемая конфликтность подтверждается данными по частоте умеренно конфликтных и резко конфликтных отношений между родителями больных (61,1 и 46,1%).

Своеобразные отношения встречались между БИЗС и их родителями. Они характеризовались большей конфликтностью. Так, доля конфликтных отношений между больными основной группы и их родителями составила 66,7%, а между больными второй группы и их родителями — 42,3%. При этом резко конфликтные отношения фиксировались лишь между БИЗС и их родителями (16,7%). Думается, что описываемый некоторыми авторами феномен «оперантное научение», с помощью которого объясняются патогенетические механизмы зависимого поведения [3], может быть применен к суицидальному поведению. Семейные конфликты являлись триггерным механизмом суицидального поведения у БИЗС, тогда как у БИЗ конфликты являлись чаще причиной рецидива заболевания. Наше предположение основано на анализе отношений во время сеансов семейной психотерапии. Родители (обычно матери) больных первой группы в конфликтных ситуациях вербализировали «пожелания», направленные на прекращение жизни: «Либо ты меня сведешь в могилу, либо я тебя». У родителей больных группы сравнения содержание «посылов» было следующим: «Иди, лечись, ты больной» и т.д.

Акцепция неконструктивного стиля отношений прослеживается в собственных семьях БИЗС. Четко просматривается эффект аккумуляции конфликтных

отношений. В собственных семьях больных первой группы семейная конфликтность регистрируется на уровне 77,8%, в собственных семьях у больных второй группы — на уровне 46,1%. Другими словами, во всех диадных сочетаниях удельный вес конфликтных отношений у больных с суицидальным поведением имеет тенденцию к росту, у больных без суицидального поведения обнаружена статистическая стагнация.

Следующим этапом было исследование семейного положения больных (рис. 3).

Наименьшее количество больных обеих групп оставались холостыми (11,1 и 7,7%). Эти больные считали, что еще от жизни не все «взяли», а семейное положение будет лишь ограничивать их в получении «кайфа».

Женатых мужчин было достоверно меньше в группе БИЗС, чем в группе БИЗ (44,4 и 73,1%). Несмотря на кажущуюся целостность структуры семьи, между больными и их женами были напряженные конфликтные отношения. Особенно это проявлялось в семьях БИЗС. Это подтверждается также тем, что доля больных, проживающих в гражданском браке, в основной группе значимо выше таковой в группе сравнения (33,3 и 7,7%). Конфликты в семье служили ведущей причиной ухода больных из дома. В дальнейшем они продолжали сожительство с другими женщинами. Все женатые мужчины состояли в единственном официальном браке. Разведенных было 11,1 и 11,5%.

При обсуждении социальных детерминант, способствующих возникновению суицидального поведения у больных игровой зависимостью, необходимы исследования материального уровня родительских и собственных семей больных лудоманией (рис. 4).

Таблица 9

Результаты статистических данных по социально-психологическим предикторам суицидального поведения

Показатели	Значение критерия χ^2 Пирсона	Уровень значимости
Структура семьи		
Полная семья	0,02	0,88
Неполная семья (матери)	0,23	0,63
Неполная семья (мачехи)	0,13	0,72
Стили воспитания		
Гиперпротекция	0,13	0,72
Гипопротекция	0,27	0,60
Неустойчивый стиль	0,24	0,62
Возложение повышенной моральной ответственности	0,08	0,78
"Кумир" семьи	0,15	0,69
Отношения между родителями		
Нормальные	0,95	0,32
Умеренно конфликтные	0,05	0,82
Резко конфликтные	3,57	0,05
Отношения больных с родителями		
Ровные	2,53	0,11
Умеренно конфликтные	0,25	0,61
Резко конфликтные	4,65	0,03
Отношения в собственных семьях больных		
Ровные	7,83	0,005
Умеренно конфликтные	0,06	0,80
Резко конфликтные	3,68	0,05
Семейное положение		
Холостые	0,15	0,69
Женатые	3,68	0,05
Сожительство	4,71	0,03
Разведенные	0,002	0,96
Материальное положение родительских семей		
Отличное	0,17	0,68
Хорошее	0,23	0,63
Удовлетворительное	0,01	0,93
Неудовлетворительное	2,12	0,14
Материальное положение собственных семей больных		
Отличное	3,91	0,04
Хорошее	3,93	0,049
Удовлетворительное	0,02	0,88
Неудовлетворительное	8,15	0,004

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

С отличным материальным положением родительских семей больных первой группы (РБИЗС) было 11,1%, а родительских семей больных второй группы (РБИЗ) — 15,4%.

Большинство родительских семей больных было с хорошим материальным положением (38,9 и 46,2%). Удовлетворительное материальное положе-

ние в родительских семьях было у 33,3 и 34,6% в группах БИЗС и БИЗ соответственно.

Семей с неудовлетворительным материальным статусом было несколько больше в родительских семьях группы БИЗС, хотя значения были не достоверны (16,7 и 3,8%). Несмотря на то, что между сравниваемыми семьями не установлены статистиче-

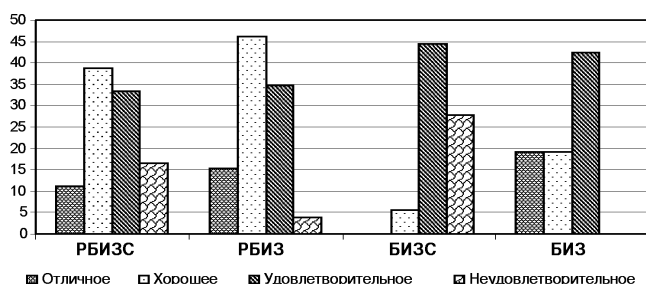


Рис. 4. Материальное положение в РБИЗС, РБИЗ, в семьях БИЗС, в семьях БИЗ

ские различия, тем не менее, общее количество семей с низким материальным уровнем (совокупность удовлетворительного и неудовлетворительного материального положения) больше было в родительских семьях группы БИЗС (50,0 и 38,4%). И, наоборот, общее количество семей с высоким материальным уровнем (совокупность отличного и хорошего материального положения) отмечено в родительских семьях группы БИЗ (50,0 и 61,6%).

Весьма показательны данные по материальному уровню собственных семей больных игровой зависимостью. Так, например, доля семей основной группы больных с отличным положением достоверно реже встречалась по сравнению с семьями больных второй группы (0,0 и 19,2%). Хорошее материальное положение также достоверно реже фиксировалось у больных первой группы (5,6 и 19,2%).

Удовлетворительный материальный уровень чаще констатировался в семьях больных БИЗС, чем в семьях группы БИЗ (44,4 и 42,3%). Выявлены различия по неудовлетворительному материальному положению. Если в семьях основной группы пациентов низкий уровень составил 27,8%, то в семьях больных группы сравнения таковой отсутствовал.

Анализируя материальный статус родительских и собственных семей больных игровой зависимостью можно предположить, что их образ жизни, уровень притязаний, ценностные ориентации и приоритеты являются «зеркальным» отражением указанных составляющих родителей. Однако у БИЗС перечисленные психологические характеристики не только отражают низкую социальную приспособляемость и неэффективное взаимодействие с социумом, но и демонстрируют наличие индивидуальных личностных особенностей саморазрушительного спектра.

По всем социально-психологическим параметрам группа БИЗС иллюстрирует более низкое качество жизни как в сравнении со своими родителями, так и с больными группы БИЗ. В то время как БИЗ имеют социальный статус, схожий со своими родителями и

более высокий по сравнению с респондентами первой группы.

Результаты статистической обработки представлены в табл. 9.

Заключение

Таким образом, установлены биологические и социально-психологические предикторы суицидального поведения у больных зависимостью от азартных игр.

К биологическим предикторам относятся: наследственная отягощенность игровой зависимостью, аффективной патологией, алкоголизмом, а также психопатии.

Выявлено наличие суицидального поведения у родителей и у других родственников больных зависимостью от азартных игр.

К социально-психологическим предикторам относятся: внутрисемейная конфликтность, нестабильность брака, а также низкий материальный уровень в собственных семьях больных.

Полученные результаты должны учитываться при разработке программ по первичной и вторичной профилактике суицидального поведения у больных игровой зависимостью. Полученные результаты дают основание считать перспективным включение пунктов по предикторам суицидального поведения в медицинскую документацию психиатрических и наркологических учреждений.

Список литературы

1. Бисалиев Р.В., Дудко Т.Н., Сараев М.А. Аутоагрессивное поведение в семьях больных опийной наркоманией. — Астрахань: ГОУ ВПО АГМА Росздрава, 2009. — 147 с.
2. Бузик О.Ж. Зависимость от азартных игр: клинические проявления, особенности течения, лечение: Дисс. на соискание ученой степени д.м.н. — М., 2008. — 272 с.
3. Бухановский А.О., Андреев А.С., Бухановская О.А. Зависимое поведение: клиника, динамика, систематика, лечение, профилактика: Пособие для врачей. — Ростов-на-Дону, 2002. — 35 с.
4. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Социодинамическая психиатрия. — М.: Академический проект; Екатеринбург: Деловая книга, 2000. — 460 с.
5. Лапин И.А. Факторы риска повторного суицидального поведения женщин с умеренно выраженными и тяжелыми депрессивными расстройствами: Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — М., 2005. — 28 с.
6. Малютина Н.В. Влияние нежелательности ребенка на суицидальное поведение в подростковом и юношеском возрасте: Дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — М., 2002.
7. Наследов А.Д. SPSS: Компьютерный анализ данных в психологии и социальных науках. — СПб.: Питер, 2005. — 416 с.
8. Цыганков Б.Д., Малыгин В.Л., Егоров А.Ю., Хвостиков Г.С. Нехимические аддикции: патологическая игровая зависимость от компьютерных игр // Вопросы наркологии. — 2007. — №4. — Ч. 1. — С. 18—31.
9. Petry N.M., Kiluk B.D. Suicidal ideation and suicide attempts in treatment-seeking pathological gamblers // J. Nerv. Ment. Dis. — 2002. — Vol. 190. — №7. — P. 462—469.

SUICIDE BEHAVIOUR PREDICTORS IN PATIENTS WITH PATHOLOGICAL GAME DEPENDENCE

BISALIEV R.V. candidate of medical sciences, doctorant of National science centre of narcology, Moscow
KUTS O.A. psychiatrist-narcologist of narcological educational, scientific medical the center
of the Astrakhan state medical academy (ASMA)
MUKHTAROVA V.R. head of the Department of drug treatment, Astrakhan

For the purpose of definition predictors suicide behavior it is surveyed by 44 sick game dependence. Are revealed biological and social psychological predictors suicide behavior pathological gambling. The received results should be considered by working out of programs on primary and secondary preventive maintenance of suicide behavior at sick of game dependence. Perspective we consider inclusion of points on predictors suicide behavior in the medical documentation of narcological establishments.

Kew words: psychiatry, narcology, suicide behaviour

Изменение показателей метаболизма и ионного гомеостаза в биологических жидкостях организма при нарушении деятельности мозга

САКЕЛЛИОН Д.Н. Клиника «Evgenidio», Афины, Греция; e-mail: sakelliondim@yahoo.co.uk
АЛИМОВ У.Х. Ташкентский Институт усовершенствования врачей МЗ РУз

Приводены примеры, иллюстрирующие «маркерные» возможности белков в новейших биохимических и молекулярно-биологических исследованиях. Установлено, что изменение структуры и физико-химических свойств ряда белков являются причиной изменения липидного и углеводного обмена, а также реакции оксидативной модификации биомолекул при нервно-психических расстройствах и алкоголизме. Эти показатели метаболизма имеют важную диагностическую ценность и могут результативно использоваться в клинической практике.

Ключевые слова: нейроспецифичные белки, биохимическая диагностика, нервные и психические расстройства

Введение

Механизмы функционирования мозга в условиях нормы и патологии привлекают пристальное внимание широкого круга специалистов — нейрофизиологов, нейрохимиков, нейрофармакологов, генетиков, иммунологов, клиницистов. К настоящему времени накоплен значительный по объему и ценности материал о механизмах реализации эмоциональных влияний на процессы фиксации следов возбуждения и об изменении краткосрочной и долгосрочной памяти в условиях воздействия нейротропными средствами, активными в отношении биохимической медиации, об особенностях механизмов энергетического, медиаторного, ионного и белково-азотистого обмена головного мозга при различных патологических состояниях, об их этиологии и патогенезе [2, 3, 10].

Совершенствование методов биохимии, молекулярной биологии и генетики, гено-клеточной инженерии отразилось и на используемых ныне подходах по изучению специфических для нервной ткани белков и метаболитов.

В.А. Березин и Я.В. Белик [2] классифицировали свыше 100 нейроспецифичных белков, рассмотрев при этом также вопросы терминологии и использования некоторых белков в качестве своеобразных маркеров патологического состояния.

В настоящем обзоре приводятся отдельные примеры, иллюстрирующие «маркерные» возможности белков с привлечением новейших биохимических и молекулярно-биологических данных. Следует подчеркнуть при этом, что изменение структуры и физико-химических свойств ряда белков являются первопричиной изменения и других звеньев метаболизма (липидный и углеводный обмен, реакции оксидатив-

ной модификации биомолекул и др.) при алкоголизме, других нервно-психических расстройствах. Ряд из этих показателей метаболизма также имеет определенную диагностическую ценность.

Нарушения в структуре и функциях белков

Среди большой группы нейроспецифичных белков привлекает внимание Ca^{2+} -связывающий белок S-100 (мол. масса 24 кДа), уровень которого в нервной ткани в 10 000 раз выше по сравнению с другими тканями. Его содержание в головном и спинном мозге крыс увеличивается в 30—80 раз в ходе постнатального онтогенеза [2]. Относительно функциональной роли этого белка предполагается, что он выступает в качестве регулятора ионных каналов, участвует в контроле функционального созревания нейронов, в транспорте ГАМК, в лиганд-рецепторном связывании, ингибирует фосфорилирование некоторых растворимых белков мозга и активирует фосфорилирование суммарных белков изолированных клеточных ядер мозга и т.д. В целом же, белок S-100 в условиях организма вовлекается в поведенческие реакции, в различные нейрофизиологические и биохимические процессы. Мембраносвязанная форма этого белка заметно увеличивается в период повышенной функциональной деятельности нервной системы, например при пробуждении сусликов. Уровень S-100 в спинномозговой жидкости увеличивается при рассеянном склерозе [2].

Уровень другого белка — нейроспецифической енолазы (белок 14-3-2) — может служить чувствительным критерием быстрых и отдаленных вторичных нейрональных расстройств, нейробластомах. В сыворотке крови больных с психическими расстройствами появляется специфический α_2 -глобулин мозга. Его антиген выявляется в сыворотке крови больных феб-

рильной шизофренией, острой алкогольной энцефалопатией и тяжелой нейрорепсией [2].

Прогрессирующая миоклональная эпилепсия (Лафора-тип) является аутосомным рецессивным заболеванием, обусловленным мутацией в гене *ЕРМ2А*, который кодирует белок лафорин [24]. Этот белок, детально исследованный авторами методами клонирования и дальнейшего биохимического и электронно-микроскопического анализа, проявляет свойства фосфатазы фосфотиозина, а также фосфосерин/треонина в качестве субстратов. Таким образом, лафорин является фосфатазой с двойной специфичностью, он локализован в цитоплазме и ассоциирован с полирибосомами. Изучение двух мутантных типов лафорина показало, что мутантные белки локализованы в виде перинуклеарных агрегатов из «неупакованных» полипептидных цепей, которые в таком виде подвергаются деградации. Авторы этого исследования полагают, что лафорин включен в регуляцию трансляционных процессов, мутации в гене *ЕРМ2А* приводят к неспособности белка приобретать функционально активную сложенную конформацию, что и является молекулярной основой этого типа эпилепсии.

Согласно данным французских исследователей [23], структурные изменения N- и O-олигосахаридов в составе гликопротеидов крови (гликоформы), обусловленные нарушениями в этапах их биосинтеза или катаболизма, приводят к изменению их функциональных свойств. Отсюда показатели изменения химического состава олигосахаридов в сыворотке крови и моче могут служить ценным диагностическим критерием ряда заболеваний, включая алкоголизм и рак.

Синдром карбогидрат-дефицитного гликопротеида (тип IV) проявляется в микроцефалии, частых эпилепсиях, при минимальном психомоторном развитии и связан с дефицитом сиаловых кислот в гликопротеинах сыворотки крови. В работе группы немецких исследователей [28] было установлено наличие молекулярного дефекта в виде выпадений в гене, кодирующем маннозилтрансферазу — фермент, переносящий маннозный остаток. В результате такого дефекта не полностью используются участки N-гликозилирования в молекуле гликопротеида. Авторы подчеркивают, что маннозилтрансфераза является структурным и функциональным ортологом гена *ALG3* дрожжей *Saccharomyces cerevisiae*, что создает перспективу генно-инженерной коррекции этого заболевания.

Хронический алкоголизм, как и рассмотренный выше синдром, приводит к изменению нормального N-гликозилирования трансферрина с образованием углевод-дефицитных изоформ этого важного белка [26]. Эти изменения сходны с теми, которые обнаруживаются у пациентов с карбогидрат-дефицитными гликопротеинами I типа. Однако, в отличие от по-

следних, в крови алкоголиков не отмечалось уменьшения уровня кластерина и амилоида Р. Авторы предлагают использовать антитела, специфичные для гликозилирования в молекуле трансферрина (именно они «обнажаются» у гликан-дефицитных изоформ), для разработки иммунохимических методов диагностики хронического алкоголизма.

Рассмотренные выше примеры функциональной, патогенетической и диагностической значимости нарушенного гликозилирования ряда внутриклеточных и сывороточных белков при нервно-психических заболеваниях и алкоголизме, очевидно, могут найти свое продолжение при анализе свойств и многих других гликопротеинов, участвующих в процессах рецепции, транспорта веществ, иммунитета, регуляции метаболизма и т.д. Не исключено, что нарушение гликозилирования ряда сывороточных белков лишает их возможности выполнять свои «традиционные» функции, но при этом они могут приобретать ряд новых свойств, в частности — рассмотренную выше каналоформерную активность. Ясно, что это предположение требует своей экспериментальной проверки.

Обмен медиаторов

Согласно последним данным [18], объем распределения бензодиазепиновых рецепторов в корковой области и *cerebellum* у алкоголиков нарушен по сравнению со здоровыми субъектами. Эти данные, по мнению авторов, указывают на токсическое действие алкоголя на бензодиазепиновые рецепторы или как фактор, способствующий развитию алкоголизма.

В патогенезе алкогольной зависимости отмечается выраженная дисфункция механизмов транспорта моноаминов, в частности серотонина и дофамина [25]. Исследования с применением радиоизотопных методов, протонной эмиссионной компьютерной томографии и психопатологического обследования выявили снижение до 30% доступности транспортера серотонина, которое четко коррелировало с длительностью приема алкоголя. Эти наблюдения согласуются с гипотезой о серотонинергической дисфункции и симптомах депрессивных психозов (*withdrawal-emergent depressive symptoms*) при алкоголизме.

Рассматривая прогресс в области генетической психиатрии, Stoltenberg, Burmeister [32] отмечают успехи в разработке вариантов генетической защиты от алкоголизма и выявления различных полиморфизмов, относящихся к особенностям поведения и состояния психики. При этом имеют место некоторые общие механизмы, воздействующие на скорость транскрипции в области промотора гена транспортера серотонина.

Исследование уровня триптофана и «возбуждающих» аминокислот в крови [21] показало, что у алко-

гользависимых пациентов драматически увеличивает уровень свободного триптофана (117%) и происходит соответствующее увеличение отношения свободного Тгр/конкурирующие аминокислоты, которое является четким индикаторным показателем поступления триптофана в мозг. Концентрация глутамата, глицина, аспартата, серина и таурина в крови не различается существенно в пределах контрольной и алкогользависимой групп или между ними. Обсуждается возможная роль обмена Тгр в особенностях поведения субъектов с абстинентным синдромом (*alcohol-withdrawal syndrome*).

Иммунитет

В литературе неоднократно обсуждалось феноменологическое сходство иммунологической и неврологической памяти. Действительно, целый ряд данных указывает на значительное антигенное сходство клеток лимфоидного ряда и нейроэпителиальных клеток, а некоторые белковые антигены мозга по структуре напоминают иммуноглобулины. Заболевания нервной системы часто бывают спровоцированы и усилены вовлечением иммунных механизмов повреждения нервных клеток [2]. Определение нейроспецифических белков и специфических иммуноглобулинов, наряду с уровнем других пептидов и трансмисмиттеров, дает ценную информацию при некоторых нейропсихических, поведенческих и наследственных заболеваниях. Так, у больных психическими заболеваниями в спинномозговой жидкости часто обнаруживаются клетки, продуцирующие иммуноглобулины различных классов [2].

Хроническое употребление алкоголя драматически сказывается на важнейших иммунологических показателях крови. Однако в ряде случаев изменение этих показателей может быть следствием развития алкогользависимых патологий. Так, иммунофенотипическое и функциональное исследование клеток натуральных киллеров периферической крови показало их значительное изменение не только в период активного потребления алкоголя, но и в течение 3 мес. воздержания от приема алкоголя [29]. Следует отметить, что алкоголь сам по себе индуцирует увеличение числа и литической активности клеток-киллеров, однако при наличии алкогольного цирроза печени их цитолитическая активность падает, свидетельствуя о нарушении иммунитета у этих пациентов.

Фактор роста нервов сыворотки крови

Белковые ростовые факторы играют ключевую роль в процессах развития и функционирования организма. Особое место среди ростовых факторов имеют белки семейства нейротрофинов, в число которых входит фактор роста нервов (ФРН). Нейротрофины являются внутриклеточными регуляторами, воздей-

ствующими на дифференцировку, выживание, сохранение функций нейрональных клеток у позвоночных. В сферу регулирующего воздействия ФРН входят не только клетки периферической и центральной нервной системы, но и иммунные, раковые клетки.

У человека ФРН обнаружен лишь в следовых физиологических количествах, но именно с нарушением свойств или синтеза этого белка связывают ряд заболеваний, таких, как болезнь Альцгеймера и Паркинсона, различные нейрофиброматозы. Поскольку такие заболевания, как шизофрения и алкоголизм, характеризуются нарушениями уровня дофамин-β-гидроксилазы, которая является ключевым ферментом в синтезе норадреналина и в то же время зависит от ФРН, при анализе содержания ФРН в сыворотке крови человека Д.Х. Хамидов с соавторами [16] показали, что *при шизофрении* уровень нейроростовой активности снижается в 5,5 раза против нормы. Исследование крови больных *хроническим алкоголизмом* до и после лечения выявило 5-кратное снижение (0,181 БЕ/мл) активности сывороточного ФРН против нормы (1,050 БЕ/мл), тогда как 45-дневный курс инсулинотерапии приводил к повышению уровня этого регулятора (0,750 БЕ/мл). Из этих данных следует, что определение активности ФРН в сыворотке крови представляет собой перспективный вариант мониторинга состояния обменных процессов, включая обмен катехоламинов, при алкоголизме, психических расстройствах и, возможно, других состояний, сопровождающихся изменением сознания.

Мембраноактивные компоненты сыворотки крови

В настоящее время известно, что некоторые токсины, продуцируемые ядовитыми железами членистоногих и рептилий, в виде близких по структуре и свойствам предшественников встречаются у ряда животных не только в секрете их желез, но и в других тканях и биологических жидкостях. Достаточно иллюстративными в этом плане являются данные об идентичности действия токсических веществ, содержащихся в яйцах, гемолимфе и в секрете, продуцируемом ядовитой железой каракурта [22]. Носителями этой «тканевой» токсичности являются гемолизины, по своей природе являющиеся белками-альбуминами, продуцирующимися гениталиями самок и переходящие в яйца, тела новорожденных и даже взрослых пауков.

Не исключено, что эволюционно древние механизмы могут обеспечивать синтез таких или близких по свойствам гемолизинов и поступление их в кровь не только у членистоногих или рептилий, но и у высших позвоночных. Своеобразным толчком для экспрессии генов таких белков могут служить патологические состояния, признаком которых является накопление в крови специ-

фических эндотоксинов. Мембраноактивные свойства некоторых из них будут рассмотрены нами ниже.

При исследовании мембраноактивных свойств сыворотки крови больных шизофренией нами было обнаружено увеличение проводимости бислойных липидных мембран (БЛМ) в присутствии низкомолекулярного компонента α -глобулина, которое было обусловлено образованием ионных каналов. В солевом растворе 100 мМ KCl при pH 7,5 проводимость канала составляла 20 ± 25 пС.

Таким образом, основой биологической активности низкомолекулярного компонента сыворотки крови больных шизофренией является его способность формировать в мембране ионные каналы преимущественно для одновалентных катионов. Можно предположить, что исследованный низкомолекулярный сывороточный фактор, накапливаясь в крови больных, вызывает психические расстройства шизофренического характера, нарушая барьерную функцию мембран клеток различных тканей, включая нервные клетки.

Характерно, что появление мембраноактивных компонентов в сыворотке крови имеет место и в случае других видов заболеваний. Так, терминальная стадия хронической почечной недостаточности (ХПН) характеризуется изменением электролитного состава внеклеточной жидкости, нарушением кислотно-щелочного состояния, а также анемией в результате повышенного распада эритроцитов под воздействием мембраноактивных веществ, накапливающихся в организме. Сыворотка крови больных ХПН вызывает существенное изменение спонтанной секреции медиатора, в отличие от сыворотки здоровых лиц [1]. Добавление в растворы, омывающие БЛМ, сыворотки крови больных ХПН вызывает линейное увеличение проводимости БЛМ. Так, в среде, содержащей 100 мМ KCl, добавление сыворотки крови больных ХПН вызывает увеличение проводимости БЛМ на 2,5 порядка. Проводимость БЛМ, модифицированных одинаковым количеством сыворотки крови больных ХПН, оказалась более высокой в тех случаях, когда БЛМ были модифицированы сывороткой крови крайне тяжелых больных. В присутствии же сыворотки крови ХПН средней тяжести проводимость БЛМ была незначительна. Результаты, полученные на БЛМ, в целом хорошо коррелируют с клиническими данными.

Изменения показателей липидного обмена в крови

Липидам традиционно отводилась довольно скромная роль в жизнедеятельности клеток — как правило, их рассматривали в качестве формы депонирования метаболического топлива; позднее было установлено, что липидам присуща и другая важная функция: они являются основными структурными

компонентами биологических мембран. Однако с позиции осуществления этих функций оставалось непонятным, зачем природа создала такое колоссальное количество соединений липидной природы, различающихся своим химическим строением.

В последние два десятилетия, особенно в 90-е годы было установлено, что как простагландины, так и многие другие липиды являются важнейшими биологическими эффекторами, регуляторами и медиаторами, участвующими практически во всех важнейших физиологических процессах: иммунный ответ, передача нейрональной информации, регуляция сосудистого и мышечного тонуса, гемостаз, воспаление [8].

Таким образом, липидам присущи три основные функции: во-первых, липиды — это важнейшие структурные компоненты клеточных мембран; во-вторых, липиды — это важнейшие биоэффекторы, регулирующие внутриклеточные биохимические реакции и межклеточные взаимодействия, а также различные физиологические процессы, происходящие в организме. И, наконец, третья функция, которая много десятилетий считалась единственной, — это форма запасов метаболического топлива. Именно теперь становится также более понятным, почему липидам присуще такое многообразие химических структур, поскольку взаимодействие биоэффекторов с их мишенями и, следовательно, специфичность эффекта определяются строением молекулы [8].

Известно много проявлений алкогольной интоксикации на уровне изменений фосфолипидного состава биологических мембран и, в частности, мембран эритроцитов. Одним из наиболее интересных фактов в этом ряду является обнаружение в условиях алкогольной интоксикации совершенно нового фосфолипида — фосфатидилэтанола в мембранах эритроцитов, который в норме не обнаруживается [17]. Функциональные последствия представительства в биомембранах такого необычного фосфолипида еще до конца не изучены, хотя не вызывает сомнения возможность мониторинга по этому показателю глубины биохимических изменений на уровне мембран при алкоголизме и их коррекции при тех или иных формах лечения.

Алкогольной интоксикации сопутствует снижение уровня β -липопротеидов низкой плотности в крови. Согласно данным КДЦ МНИИЭМ (Информационный бюллетень, 2005), в норме этот показатель составляет 1,3—5,4 ммоль/л. Снижение ниже 1,3 ммоль/л отмечается при таких состояниях, как 4-й и 5-й типы гиперлипидемий, нарушение функции печени, алкоголизм, беременность, гипотиреоз, дисгаммаглобулинемия, нефротический синдром, панкреатит, стероидная терапия.

Перекисное окисление липидов и оксидативная модификация биомолекул

В последнее время накапливается все больше доказательств, что активные формы кислорода (АФК), появляющиеся как промежуточные формы в процессе его восстановления, ассоциированы с развитием многих патологий. АФК индуцируют перекисное окисление липидов (ПОЛ), оксидативную модификацию других биомолекул, включая белки и нуклеиновые кислоты. Противостоять таким повреждениям призваны природные механизмы антиоксидантной защиты, включая антиоксиданты (витамин Е, витамин А, восстановленный глутатион и др.), супероксиддисмутазу (СОД) и каталазу. В настоящее время можно выделить целую группу свободнорадикальных патологий, которую объединяет общий патогенетический фактор — повышенная интенсивность образования АФК в тканях, а также универсальное профилактическое и лечебное действие антиоксидантов [5, 6, 31].

Явление активации процессов свободнорадикального окисления липидов мембран, усугубляющее патологические состояния, отмечено для целого ряда заболеваний, таких, как хронический алкоголизм, эпилепсия, заболевания сердечно-сосудистой системы, печени, туберкулез, лейкоз, аутоиммунные и наследственные заболевания, радиационные и генетические повреждения, канцерогенез, а также стресс и старение [4—7, 12, 15, 30, 31].

На модели с хроническим потреблением этанола показано, что у животных проявляется увеличенная экспрессия гена Мп-зависимой СОД, однако ее активность возрастала только в случае недостатка витамина Е в диете [27]. Данные этой группы авторов свидетельствуют о том, что Мп-СОД представляет собой первичный и наиболее важный механизм защиты от повреждающего эффекта АФК, сопровождающего гепатотоксическое действие этанола.

В ряде случаев ПОЛ может выступать как первопричина заболевания. Так, было показано, что умеренная, но длительная генерация кислородных радикалов в мозге может привести к гибели дофаминергических нейронов черной субстанции, что влечет за собой возникновение болезни Паркинсона [19].

В реакциях оксидативной модификации биомолекул, и прежде всего липидов, одним из основных видов токсичных и реакционноспособных продуктов являются альдегиды. Конверсия их в менее токсичные соединения осуществляется с помощью альдегиддегидрогеназ. При окислении этанола алкогольдегидрогеназой образуется ацетальдегид, вызывающий характерные болезненные ощущения передозировки алкоголя. Окисление ацетальдегида обеспечивается альдегиддегидрогеназой, причем итоговая скорость процесса определяется соотношением активностей

этих двух ферментов, а также фенотипическими особенностями экспрессии изоформ альдегиддегидрогеназы.

Так, недавно были исследованы две формы ретинальальдегиддегидрогеназы — Е1 и Е2 в водных экстрактах печени и почки человека [20]. Эти ферменты кодируются соответственно генами *raldH1* и *aldH2*. Наибольшая ретинальальдегиддегидрогеназная активность ассоциирована с экспрессией гена *raldH1*, причем в силу широкой субстратной специфичности его продукт — изофермент Е1 — и известен как альдегиддегидрогеназа (КФ 1.2.1.3), участвующая в метаболизме этанола. Полученные авторами данные свидетельствуют о важности изофермента Е1 в проявлении алкоголизма и о том, что конкуренция между ацетальдегидом и ретинальальдегидом приводит к нарушениям, связанным с обменом витамина А и алкоголизмом.

Заключение

Резюмируя представленный выше материал, следует обратить внимание на то, что в последнее время достигнут ощутимый успех на пути познания молекулярных механизмов этиологии и патогенеза неврологических заболеваний и психических расстройств. Во многих работах в этой области убедительно продемонстрирована важнейшая роль структурно-функциональных изменений в различных белках как одной из причин развития патологических состояний и психических расстройств. Это относится не только к белкам с ферментативной активностью, но и участвующим в процессах транспорта веществ, рецепции, иммунных реакциях, детоксикации и т.д. Важно, что выявление таких изменений белков в биологических жидкостях с помощью иммунохимических и функциональных тестов может использоваться в качестве информативного маркера патологического состояния нервной системы.

Список литературы

1. Акаев Р.Н., Усманов П.Б., Ким В.Ф., Каликулов Д., Казаков И.К., Ташмухамедов Б.А., Левицкий Э.Р. Механизм действия эндотоксинов при хронической почечной недостаточности // Терапевтический архив. — 1989. — Т. 61, №6. — С. 70—72.
2. Березин А.В., Белик Я.В. Специфические белки нервной ткани. — Киев: Наукова думка, 1990. — 263 с.
3. Бехтерева Н.П. (ред.) Память в механизмах нормальных и патологических реакций. — Л.: Медицина, 1976. — 400 с.
4. Быкова Л.П., Жукова Т.П. Действие этанола и лимонтира в антенатальном периоде развития на процесс перекисного окисления липидов и систему антиоксидантной защиты // Бюлл. эксперим. биологии и медицины. — 1991. — №7. — С. 580—582.
5. Владимиров Ю.А., Азизова О.А., Деев А.И., Козлов А.В., Осипов А.Н., Рошупкин Д.И. Свободные радикалы в живых системах // Итоги науки и техники. Т. 29. Биофизика. — М.: ВИНТИ, 1991. — С. 1—252.
6. Дубинина Е.Е. Антиоксидантная система плазмы крови // Укр. биохим. журн. — 1992. — Т. 64, №2. — С. 3—15.

7. Дурнев А.Д., Середенин С.Б. Антиоксиданты как средство защиты генетического аппарата // Хим.-фарм. журн. — 1990. — №2. — С. 92—100.
8. Дятловская Э.В., Безуглов В.В. Липиды как биоэффекторы // Биохимия. — 1998. — Т. 63. — №1. — С. 3—5.
9. Информационный бюллетень. Показатели крови при патологиях: трактовка результатов // Медицинский центр при Московском НИИ Эпидемиологии и микробиологии им. Г.Н. Габричевского (КДЦ МНИИЭМ), 2000.
10. Погодаев К.И. Эпилептология и патохимия мозга. — М.: Медицина, 1986. — 288 с.
11. Садыков А.С., Салихов Ш.И., Казаков И.К., Мухамедиева Ш.Г., Ташмухамедова Б.А., Арипов У.А., Пак Н.П. Исследование мембраноактивных компонентов из сыворотки крови больных хронической почечной недостаточностью // Бюлл. экспер. биол. мед. — 1982. — №8/10. — С. 82—83.
12. Сосновский А.С., Балашова Т.С., Пирогова Г.В., Кубатиев А.А., Пердов С.С. Активность антиоксидантных ферментов в лимбико-ретикулярных структурах головного мозга крыс после кратковременной иммобилизации // Бюлл. экспер. биол. мед. — 1993. — №6. — С. 612—614.
13. Ташматов Б.А., Казаков И.К., Нуртаев Х.С., Ташмухамедов Б.А. Характеристика сывороточного фактора при шизофрении // Докл. АН СССР. — 1988. — Т. 302, №6. — С. 1507—1510.
14. Ташматов Б.А., Казаков И.К. Действие сывороточного фактора при шизофрении на бислойные липидные мембраны // Узб. биол. ж. — 1988. — №6. — С. 9—12.
15. Узбеков М.Г., Карпачевская И.К. Активность Zn-, Cu-содержащей супероксиддисмутазы в ткани мозга антенатально алкоголизированного потомства крыс // Бюлл. эксперим. биологии и медицины. — 1991. — №4. — С. 354—355.
16. Хамидов Д.Х., Акрамов М.Ш., Салихов Р.С. и др. Исследование уровня ФРН при хроническом алкоголизме и шизофрении // Доклады АН РУз. — 1991. — №8. — С. 43—45.
17. Ходжаева Н.И., Абдушукуров Н.А., Горбатая О.Н. и др. Фосфатидилэтанол в органах и эритроцитах крыс при алкогольной интоксикации // Мед. журнал Узбекистана. — 1987. — №6. — С. 61—63.
18. Abi-Dargham A., Krystal J.H., Anjilvel S. et al. Alterations of Benzodiazepine Receptors in Type II Alcoholic Subjects Measured With SPECT and [¹²³I]-Iomazenil // Am. J. Psychiatry. — 1998. — Vol. 155. — P. 1550—1555.
19. Adams (Jr) J.D., Odunze I.N. Oxygen free radicals and Parkinson's disease. // Free Radic. Biol. and Med. — 1991. — Vol. 10. — P. 161—169.
20. Ambroziak W., Izaguirre G., Pietruszko R. Metabolism of Retinaldehyde and Other Aldehydes in Soluble Extracts of Human Liver and Kidney // J. Biol. Chem. — 1999. — Vol. 274. — №47. — P. 33366—33373.
21. Badawy A., Rommelspacher H., Morgan C. et al. Tryptophan metabolism in alcoholism. Tryptophan but not excitatory amino acid availability to the brain is increased before the appearance of the alcohol-withdrawal syndrome in men // Alcohol and Alcoholism. — 1998. — Vol. 33. — P. 616—625.
22. Bettini S., Maroli M. Venoms of Therididae, genus *Latrodectus*: A systematics, distribution and biology of species. Chemistry, pharmacology of venom // Handb. exper. pharmacol. — 1978. — Vol. 48. — №1. — P. 149—185.
23. Durand G., Seta N. Protein Glycosylation and Diseases: Blood and Urinary Oligosaccharides as Markers for Diagnosis and Therapeutic Monitoring // Clinical Chemistry. — 2000. — Vol. 46. — P. 795—805.
24. Ganesh S., Agarwala K.L., Ueda K. et al. Laforin, defective in the progressive myoclonus epilepsy of Lafora type, is a dual-specificity phosphatase associated with polyribosomes // Human Mol. Genetics. — 2000. — Vol. 9, №15. — P. 2251—2261.
25. Heinz A., Ragan P., Jones D.W. et al. Reduced Central Serotonin Transporters in Alcoholism // Am. J. Psychiatry. — 1998. — Vol. 155. — P. 1544—1549.
26. Henry H., Froehlich F., Perret R. et al. Microheterogeneity of Serum Glycoproteins in Patients with Chronic Alcohol Abuse Compared with Carbohydrate-deficient Glycoprotein Syndrome Type I // Clinical Chemistry. — 1999. — Vol. 45. — P. 408—413.
27. Koch O., Farre S., De Leo M.E. et al. Regulation of manganese superoxide dismutase (MnSOD) in chronic experimental alcoholism: Effects of vitamin E-supplemented and — deficient diets // Alcohol and Alcoholism. — 2000. — Vol. 35, №2. — P. 159—163.
28. Korner C., Knauer R., Stephani U. et al. Carbohydrate deficient glycoprotein syndrome type IV: deficiency of dolichyl-P-Man:Man5GlcNAc2-PP-dolichyl mannosyltransferase // EMBO J. — 1999. — Vol. 18. — P. 6816—6822.
29. Laso F.J., Madruga J.I., Giron J.A. et al. Decreased natural killer cytotoxic activity in chronic alcoholism is associated with alcohol liver disease but not active ethanol consumption // Hepatology. — 1997. — Vol. 25. — P. 1096—1100.
30. Nordmann R., Ribiere C., Rouach H. Implication of free radical mechanisms in ethanol-induced cellular injury // Free Radic. Biol. and Med. — 1992. — Vol. 12, №3. — P. 219—240.
31. Packer L. Protective role of vitamin E in biological systems // Amer. J. Clin. Nutr. — 1991. — Vol. 53, №4. — P. 1050—1055.
32. Stoltenberg S.F., Burmeister M. Recent progress in psychiatric genetics — some hope but no hype // Human Mol. Genetics. — 2000. — Vol. 9, №6. — P. 927—935.

CHANGES IN THE INDICES OF METABOLISM AND IONIC HOMEOSTASIS IN BIOLOGICAL FLUIDS OF ORGANISM IN DISORDERS IN BRAIN ACTIVITY

SAKELLION D.N.

«Evgenidio», Athens, Greece; e-mail: sakelliondim@yahoo.co.uk

ALIMOV U.Kh.

Tashkent Advanced Training Institute for doctors of the Ministry of Public Health of the Republic of Uzbekistan

Examples illustrating «marker» possibilities of proteins in the newest biochemical and molecular biological studies are given. Changes in structure and a number of physical and biochemical properties of a number of proteins are established to be a cause of alterations in lipid and carbohydrate metabolism and reaction of oxidative modification of biological molecules in nervous and psychic disorders and alcoholism. These indices of metabolism are of diagnostic significance and can be efficiently used in clinical practice.

Key words: biochemical diagnostic, nervous and psychic disorders

Методологические аспекты клинической диагностики в психиатрии-наркологии

БЛАГОВ Л.Н.

к.м.н., доцент, заведующий кафедрой наркомании и токсикомании ФУВ ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, Москва

Современная клиническая диагностика в психиатрии-наркологии, опирающаяся на критерии гомеостатического и психологического спектра, пока остается недостаточно точной. Это не позволяет с необходимой точностью определить границы аддиктивного заболевания и построить удовлетворяющую клиническую практику терапевтическую стратегию с предсказуемой успешностью результата. Клиническое психопатологическое изучение основных параметров болезненной аддикции способствует уточнению базовых её понятий и терминологии. Это, в свою очередь, дает возможность исследовать структурно-динамические особенности аддиктивной патологии с точки зрения состояния основных функций психики. Статусные характеристики патологической аддикции становятся главным диагностическим критерием тяжести и клинического прогноза в психиатрии-наркологии, что всегда составляло методологическую основу отечественной клинической психиатрической школы.

Ключевые слова: психопатология аддикций, диагностические критерии

Проблема квалифицированной психиатрической диагностики в наркологической клинике, как показывают повседневная практика и психопатологически ориентированные исследования [1, 2, 8, 10, 11, 13, 16, 17, 18, 20], остается по-прежнему актуальной. Речь, фактически, идет о диагностике именно аддиктивной болезни как совокупной характеристике, обозначающей хронический динамический аспект комплексной сомато-психической патологии на фоне немедицинского приема психоактивных веществ (ПАВ). Необходимость более широкого использования данного понятия в повседневном клиническом обиходе, комплексная его разработка сегодня не должны вызывать каких-либо сомнений, поскольку без этих компонентов знания невозможно понимание самой природы патологической аддикции. Клиническая диагностика прочно связана с необходимостью тщательного описания психопатологической картины при изучении клинической феноменологии, формирующей основу аддиктивного заболевания [3, 6, 7].

Тем не менее, несмотря на периодически обозначаемые попытки уточнения психопатологических интерпретаций аддиктивной проблематики, современная отечественная наркология, декларативно позиционируясь как психиатрическая субспециальность, методологически в своей первооснове все еще *de facto* игнорирует именно психопатологические оценочные приоритеты зависимого поведения. Она по-прежнему продолжает опираться в своих утверждениях и заключениях, в основном, на относительно простые, понятные с точки зрения биохимических закономерностей изменения метаболизма, параметры интоксикации ПАВ и их существенные психологические трактовки (вполне обоснованно претендующие на статус

ключевых клинико-психопатологических аддиктологических феноменов) [6]. Это находит свое подтверждение в основных современных положениях и регламентах, которыми руководствуется врач психиатр-нарколог в работе с аддиктивным больным, а также составляет основу всевозможных и по большей части бесполезно-декларативных "методов", "концепций" и реформаторских "проектов", призванных "открыть глаза" обществу на проблему оказания квалифицированной наркологической помощи.

Такое понимание жестко зафиксировано в соответствующих разделах общеупотребимых рубрификаторов (DSM IV, МКБ 10). Эти рубрификаторы, являясь недостаточно дифференцированной схемой (с точки зрения клинико-психиатрического рассмотрения), обозначают клинико-психиатрическую часть как "психические и поведенческие расстройства", вызванные хронической интоксикацией тем или иным ПАВ. Здесь не предусмотрено понятие болезни, подразумевающее четкую конкретику структуры и динамики психического статуса на самом высоком, нозологическом, уровне. Оно упрощенно подменяется клинически размытым понятием расстройство, априори не подразумевающее требуемой четкости отображения клинической реальности, поскольку апеллирует к понятиям с недостаточной степенью клинической дифференцировки: "симптом" и "простой синдром". Результатом их схематизированной комбинации становится, как правило, не органичный синтез главных признаков заболевания в сложную и концептуально смоделированную систему, а лишь "доказательно идентифицированный" упрощенный набор симптомов и простых синдромов, собранных вместе "не по смыслу", а по фактическому отстраненному (абстрактному) простому их сочетанию.

Подобный характер комплектования признаков никогда не продемонстрирует способность выявить истинную клиническую суть и главные клинические закономерности наблюдаемого сложно интегрированного природного явления, в качестве которого выступает нозология (болезнь). Эта функция не может быть обеспечена лишь на уровне абстрагированного симптомокомплекса. В связи с этим, понятийная неубедительность и нечеткость терминологии рубрификатора не способствуют качеству и не востребуют точности представления всего многообразия клиники патологической аддикции, демонстрируя итоговую механистичность, примитивизм и недопустимую надуманность резюмирующих заключений. Все это, однако, несмотря на декларативность клинического приоритета, тем не менее, настойчиво позиционируется ВОЗ в качестве обобщающей клинической классификации расстройств зависимого поведения.

Такая схематизация в итоге в качестве основного наркологического понятия предъясняет формулу "синдром зависимости" (в западной аддиктологии выступает аналогией понятия "dependence"), который включает, как известно, симптоматический набор основных параметров хронической интоксикации, составные элементы синдрома отмены ПАВ, где также симптоматически присутствует патологическое влечение. Данная структура по своему клиническому наполнению и содержанию, присутствуя в формате "расстройства", не выходит за рамки простого синдромологического образования. Тем не менее, все это, фактически, дезориентирует клинициста, поскольку отображает лишь фазовый патологический элемент болезни, накрепко спаянный с компонентом (фактом) интоксикации ПАВ. По этой версии индивид может считаться больным, а точнее, демонстрирует "расстройство" (страдает dependence) только на момент хронической интоксикации (запой) и синдрома отмены ПАВ (рассматриваемого преимущественно в контексте первой его клинической фазы — постинтоксикационного дистресса [7]). По миновании указанных "расстройств" и последующем сохранении трезвости, даже на относительно небольшой отрезок времени, он, согласно обозначенному подходу, больным уже никак считаться не должен (и не считается, получая, однако, маркировку "бывшего" алкоголика или наркомана). Это происходит, несмотря на объективно присутствующее периодическое обострение патологического влечения, которое здесь, как правило, безапелляционно психологизируется. Это также может сопровождаться вполне дежурным употреблением термина "ремиссия", который в данном контексте не получает необходимого клинического содержания и не имеет серьезной клинической смысловой нагрузки, поскольку апеллирует лишь к означенной симптоматической категории "трезвость" (отсутствие факта

интоксикации ПАВ). Точно так же психологизируются все формы индивидуального дезадаптивного поведения, которые могут проявляться на этом отрезке болезни. Таким образом, компонент интоксикации ПАВ абсолютизируется, становясь здесь непреложным, облигатным болезненным признаком (как будто не бывает трезвых аддиктивных больных и пьяных, но не страдающих аддиктивной болезнью!).

Как симптом интоксикация и опьянение, конечно же, обязаны присутствовать, так или иначе, в клинике, но глубоко ошибочно широко распространенное упрощенно-психологизаторское утверждение, что эти параметры целиком и полностью регламентируют всю клинику аддиктивного заболевания — системного многоуровневого расстройства, имеющего характер сложного патологического (психопатологического) процесса [3]. Такой ракурс (из-за пренебрежения клинко-психопатологическим компонентом аддиктивной болезни) здесь остается невостребованным, а вся клиническая часть ориентирована лишь на параметры интоксикации. Именно поэтому здесь острый дисбаланс нейротрансмиссии (дофамин, серотонин, глутамат и др.) присутствует как "патогенетическое" обоснование (по умолчанию претендуя на статус патогенеза всей аддиктивной болезни). Весь сомато-неврологический и психопатологический пул объективно сопутствующих аддиктивному больному расстройств (органный патология, полинейропатия, органический психосиндром, "расстройства личности", "депрессия") в соответствии с выстраиваемой логикой (поскольку последствия хронической интоксикации ПАВ, в том числе и нарушение средовой адаптации, никуда не деваются) обозначается как "коморбидный", а все терапевтические мероприятия ограничиваются "сомато- и психотерапией коморбидных расстройств", "реабилитацией", группами самопомощи, консалтингом, выполняемым не только психологами, но и "бывшими наркоманами".

Очевидно, что именно квалифицированной и технологичной медицине здесь отводится минимум места, несмотря на похвальное стремление быстро (или ультрабыстро) "лечить зависимость", а также несмотря на жестко артикулированную риторику по обозначению главной терапевтической задачи — купированию (а по сути, симптоматической коррекции) патологического влечения. Сюда же относятся и всевозможные "модные веяния" — эксперименты генетиков или нейробиологов (вакцинация наркоманов для снижения интенсивности наркотизации).

Мотивы использования синтетических опиоидов при героиновой наркомании в качестве совсем уж клинически неполноценного понятия "поддерживающая метадоновая терапия" предельно банальны — не допустить развития синдрома отмены (а, следова-

тельно, имитировать "лечение синдрома зависимости" в ранге "лечения" собственно dependence).

Неудивительно, что эти упрощенные трактовки, продвигаемые, в основном, западной аддиктологической концепцией, будучи легко воспроизводимыми и не требующими дорогостоящей специализированной инфраструктуры для своей практической реализации, получили широкое распространение. Они находят своих сторонников и в странах с достаточно высоким уровнем развития клинической психиатрии. Этот же подход, отличаясь отдельными нюансами, логично и совершенно естественным образом реализуется в ведущих современных специальных руководствах [14, 21].

Между тем, есть все основания подобную методологию, при условии непредвзятости и абстрагирования от "незыблемости" ВОЗовских постулатов, даже вырабатываемых на уровне самых авторитетных экспертов, оперирующих в системе жесткой "доказательности", оценивать, все же, как недопустимо упрощенную именно с точки зрения клиники. Здесь уже сегодня имеются достаточные возможности предъявления крайне актуальной медицинской методологии на значительно более серьезном клиническом (нозологическом) уровне.

Примат упрощенного методологического рассмотрения проблемы также подтверждается вполне определенным тематическим доминированием наркологических исследований, где превалируют теоретико-биологический аспект, токсикологические последствия хронической интоксикации ПАВ, психология и социология наркотизма и его наиболее актуальной разновидности — алкоголизма, совокупно формирующие характерный рутинный исследовательский инструментарий. Здесь актуальны известные проблемы "доказательности", предъявляемой на уровне простых признаков (симптомов), и методологически однообразная клиничко-эпидемиологическая шкалированная схематехника с соответствующим "выходом" на терапевтический аспект.

Несмотря на декларативность и некоторую претенциозность (высокая социальная значимость проблемы патологической аддикции), доминирующий уровень клинических описаний и оценок в наркологии остается таким, что преимущественно фиксируются лишь последствия хронической интоксикации с их рациональным, фактически психологическим, симптоматическим объяснением (включая известную аргументацию современных химико-биологических теорий). Это делается, как правило, без привлечения дифференцированного психопатологического оценочного аппарата и серьезной психиатрической квалификации феноменологии. Вполне демонстративное упрощение критериев отбора материала в подавляющем большинстве исследований, который в связи с этим

лишь должен соответствовать по своим компромиссно-универсальным (клинически неубедительно-поверхностным и размытым) соматизированным маркировкам общепринятого рубрификатора "синдрому зависимости" (что, как правило, несложно прослеживается по содержанию раздела "материалы и методы"), ведет к недопустимому упрощению всей изучаемой клинической проблематики. Само исследование здесь неизбежно теряет в своем качестве именно с точки зрения клиники и её дифференцированного осмысления. В особенности, когда на основании такого рода исследований делаются попытки сформулировать системные выводы и далеко идущие клинические программные заявления.

Отдельными специалистами [12] роль психиатрического рассмотрения патологической аддикции вполне сознательно преуменьшается или вовсе нивелируется (поскольку, по мнению этих специалистов, здесь попросту отсутствует сам предмет рассмотрения, т.е. собственно структурированная психопатология аддикции). Устойчивое мнение, высказываемое рядом специалистов, что в наркологии вся сколь-нибудь значимая клиническая часть давным-давно уже описана, усугубляется крайне низкой психопатологической культурой основной массы наркологов, по-прежнему весьма поверхностно ориентирующихся в вопросах общей и частной психопатологии и потому не видящих какого-либо смысла серьезно использовать в своей деятельности такого рода методологию или использующих её недостаточно квалифицированно. Речь здесь, понятно, идет не об алкогольных психозах, которые в своих психопатологических конструкциях остаются незыблемыми.

Подобный психопатологический нигилизм предопределяет соответствующий уровень понимания именно проблемы аддиктивного поведения как аспекта аддиктивного заболевания, что, собственно, является главной характеристикой состояния отечественной наркологии уже на протяжении многих лет [4]. Последствиями такого поверхностного знания являются размытые границы болезни, когда реальные проблемы личности на фоне наркотизма и четкие синдромально очерченные клинические блоки аддиктивной болезни попросту отождествляются, поскольку существующая методология не позволяет такие границы здесь провести. Это, по понятным причинам, ведет к диагностической путанице и терапевтической неразберихе. Невозмутимое "хладнокровие" и "спокойствие" ведущих специалистов в области клинической наркологии, не признающих приоритета, да и просто банальной необходимости именно психиатрического ведения аддиктивного больного на базе действующих сегодня специализированных ЛПУ, порождает уже попросту недопустимое пренебрежение

этим компонентом клинической работы со стороны лиц, отвечающих за организацию их деятельности непосредственно. Такая позиция, к сожалению, довольно часто дополняется вполне предсказуемой здесь фактической незаинтересованностью в квалификационном росте специалиста психиатра-нарколога, что пока остается весьма серьезной проблемой. Клиническая психиатрия-наркология сегодня уже не может позволить себе "роскошь" недостаточной компетентности в любых своих проявлениях.

В этом же ключе фигурирует огромное множество вопросов, которые, будучи напрямую детерминированы клинически, вследствие поверхностного представления о проблеме патологической аддикции, зачастую демонстрируют полную беспомощность в их осмыслении дилетантами, так или иначе участвующими в обсуждениях и, как ни странно, даже в принятии решений! В этом плане всегда на первом месте фигурируют рассуждения о социальной опасности нарко-токсикомании, с демонстрацией всевозможных "шокирующих" цифровых выкладок и спекуляций. "Заразность" нарко-токсикомании, когда "всем известно", что один наркоман способен "подсадить" на наркотик многих из числа его окружения, ни у кого не вызывает сомнения, только лишь констатируется в многочисленных публичных выступлениях или лекциях, посвященных профилактике нарко-токсикомании. Меньше почему-то рассуждают о том, сколько человек "спаивает" активный аддикт-алкоголик, хотя, в общем, это вещи одного порядка. Наиболее часто встречающиеся психологизаторские объяснения и обсуждения данного явления, между тем, по объективным причинам не в состоянии предоставить полноценное определение и понимание истинной картины. *Психологизацией* мы называем рациональное (или иррациональное) объяснение болезненного явления, игнорирующее точную клиническую психопатологическую его квалификацию.

Споры о необходимости изоляции больных тяжелыми формами нарко-токсикомании бесконечны и беспредметны именно из-за психологизации, которая, будучи явлением крайне субъективным, естественно, порождает два равноценных лагеря — согласных и не согласных с постановкой вопроса о недобровольной госпитализации тяжелых нарко-токсикоманов. Клинически, в целом, давно решенный вопрос [3, 4], поскольку известный еще со времен описаний "старых" французских авторов, русского психиатра В.И.Яковенко (цит. по М.И. Рыбальскому [15]), Э.Крепелина [9] фактор психопатологической индукции ("индуцированное помешательство") и его важнейший элемент — механизм внушения, вне зависимости от принятия или игнорирования данного факта теми или иными специалистами-наркологами, неумолимо обеспечивает всю "физику" и "химию" (патофизиологию и

патогенез) очевидной для всех заразности — в данном случае — нарко-токсикомании именно как аддиктивной патологии. Именно так важно понимать "инфекционный" характер рассматриваемой патологии, а не только лишь фиксировать инфекционную передачу сопутствующего ей гепатита или ВИЧ (что все равно требуется рассматривать в едином контексте). Если в микросоциуме присутствует хотя бы один аддиктивный больной, страдающий манифестной формой нарко-токсикомании, этот микросоциум становится ситуацией повышенного риска и в обязательном порядке будет продуцировать высокую вероятность развития доболезненного и предболезненного этапов "новой" нарко-токсикомании из числа представителей данной микросоциальной группы.

Таким образом, тяжелые формы нарко-токсикомании становятся опасными именно в силу сопровождающей их и безусловно доминирующей психопатологической проблематики, создавая крайне неблагоприятный эпидемиологический фон, негативно влияющий на состояние психоэкологии социума, в целом. Примеры тому можно найти даже в древности. Весьма поучительной иллюстрацией массовой индукции, проявившейся, вероятно, по причине накопления "критической массы" страдающих алкогольной аддикцией в начинающем постепенно "стагнировать" социуме Древнего Рима, может стать известный из истории факт, когда рассудительный его правитель Август Октавиан укорял римлян, которые требовали вина, ссылаясь на жажду, в то время как уже существовали прекрасные водопроводы, доставляющие в Вечный Город чистую и здоровую воду. Поскольку средства массовой коммуникации, формирующие общественное мнение и активно пропагандирующие (как это часто можно наблюдать сегодня) все формы пьянства и наркотизма, в те времена не были развиты и на это никак нельзя списать появление столь мощного "социального консенсуса", все это можно вполне рассматривать как именно психопатологический (индуктивно детерминированный) сценарий легитимации алкогольного аддиктивного поведения.

Сегодня отстаивание принципов "культурного" потребления алкоголя и незыблемого "права на наркотизацию" (а также безусловно "гуманного" "лечения" наркоманов именно с применением наркотических средств) представителями самых разных публицистически оформленных направлений и течений, очень часто находящих неизменный благодушно-приветливый прием "в народе", зачастую можно вполне жестко увязать именно с неблагоприятной аддиктологической санитарно-эпидемической обстановкой уже в современном социуме.

На сегодняшний день монолитно-незыблемым является мнение, что алкоголиками и наркоманами ста-

новятся лишь после того или иного количества приемов ПАВ. Данная точка зрения даже не дискутируется, будучи до бесконечности "очевидной". Это — ярчайший пример психологизации. Мы, однако, не без оснований полагаем, что наркомания берет свое начало в созависимости (индуктивный вариант) [4]. Наши клинические наблюдения дают возможность отметить именно данный клинко-патогенетический сценарий как наиболее психопатологически понятный. Наркоманом сначала становятся в смысле психиатрическом (безусловное принятие и закрепление наркоидеи и наркоидеологии, формирующих инициальные компоненты наркоманического мировоззрения, особая трансформация психического статуса и формирование вследствие этого специфического поведенческого паттерна, переданных и полученных "в пакете" по механизмам психопатологической индукции от индуктора к акцептору — некий своеобразный "психопатологический Bluetooth"), и только потом все это реализуется на деле, как "практическое наркопотребление". Здесь имеется возможность наблюдать сложный психофизический механизм синергетики психотического компонента, выраженного на уровне активного носителя аддиктивной болезни, и личностно-конституционального фактора акцептора, вступающих в своеобразный психопатологический резонанс (в физике — драматическое совпадение частот собственных колебаний с наведенными вынужденными, способное при достижении критической амплитуды привести к нарушению структуры и даже к саморазрушению физического тела). Необходимость тщательного изучения данного механизма очевидна. Это не должно быть какой-либо новостью также и для психиатрии, поскольку именно с медико-философских позиций общее биологическое начало рассматриваемого вида психического заболевания (аддиктивной болезни) вполне способно быть выражено в естественных (в том числе и физических) категориях.

Так включается клинко-патогенетический механизм аддиктивной болезни, проявляющейся тем более злокачественно, чем более актуальным для конкретного индивида является инициальный фактор психопатологической индукции. Изначальный прием алкоголя или наркотика сам по себе, даже несмотря на наличие факта субъективно приятного опьянения, остается интактным для индивида, если у него отсутствует не просто некая "предрасположенность к нарко-токсикомании", а уже существующий определенный первичный психопатологический комплекс, обеспечивающий жесткий механизм фиксации интоксикации (естественно, присутствующей в аспекте своеобразного и по факту — психопатологического переживания опьянения). Именно данный комплекс уже на самом первом этапе включения интоксикационного парамет-

ра запускает собственный, патологически детерминированный, реализующийся по психопатологическим сценариям поисковый механизм и воспроизводство этой интоксикации. Определять здесь изначальную когнитивную недостаточность или какое-либо мифологическое "любопытство", "подражательство" и тому подобные маловразумительные простые объяснения сложного целого — чистая психологизация, не устраивающая психиатра, в первую очередь, именно отсутствием своего внятного психопатологического качества. Как известно, случайностей здесь быть не может. Случайным образом наркоманами не становятся.

Именно поэтому более серьезными и более фундаментальными должны быть методы исследования патологии. Они никак не могут исчерпываться скороспелым решением вопроса на уровне одной лишь генетики, а должны иметь комплексный характер и изначально предопределяться именно психопатологически очерченными приоритетами, реализуемыми уже затем как мультидисциплинарное (в том числе четко структурированное генетическое) изучение. Более того, исследование механизмов упомянутой "заразности" нарко-токсикомании требуется осуществлять значительно подробнее и глубже, поскольку именно здесь заключены ответы на многие, терзающие современный, обеспокоенный проблемами демократизации социум вопросы. Понятно также, что от кого бы ни исходила "поддержка" принципа недобровольности при организации и осуществлении лечения наркоманов, важно четкое понимание того, как это следует делать на практике. Только клиническая просвещенность не позволяет дискредитировать данный, принципиально важный организационный компонент. Помехой же в практическом решении проблемы недобровольной госпитализации, обеспечивающей не только изоляцию больных, страдающих наркоманией, но их активное лечение (что сопряжено с новой и колоссальной ответственностью врача и никак не может подменяться лишь простой депривацией ПАВ), в том числе подготовка адекватной правовой и регламентной базы, со всей очевидностью, является поверхностное отношение к клинике, требующее своего незамедлительного преодоления, в первую очередь, в профессиональной среде.

Отсюда становится понятной и достойной сожаления фактическая невостребованность психопатологических оценок в современном диагностическом наркологическом исследовании (как в клинко-практическом, так и в научном), что делает современную диагностику аддиктивной проблематики (токсикологический анамнез, включающий паттерн интоксикации, характер влечения и толерантность, ситуационный и количественный контроль, характеристики постинтокси-

кационного дистресса, статусные характеристики влечения к интоксикации и признаки деградации личности) поверхностно-механистичной ретроспекцией, а потому — декларативно-формальной. Подобное упрощение закономерно рождает примитивную методологическую "двухходовку", когда за идентификацией симптома следует его вполне логически понятная коррекция (часто безосновательно именуемая "лечением").

Симптом — всего лишь один из знаков (образов) болезни, никак не претендующий на способность адекватного отображения её качества (функция синдрома) и, тем более, — её природы (функция нозологии). Таким образом, упрощенная методология может демонстрировать в лучшем случае фельдшерское, но никак не врачебное уровневое понимание рассматриваемой патологии. В итоге совместные обсуждения клиники аддиктивной болезни с привлечением специалистов с разноуровневой подготовкой демонстрирующих все разнообразие подходов к изучению обсуждаемой проблематики становятся малоэффективными, сопровождаются взаимным непониманием и разногласиями.

Здесь также с особой ясностью становятся понятными актуальность развития именно клинко-психопатологической парадигмы изучения болезненной аддикции как самостоятельного направления и, в связи с этим, насущная необходимость подготовки специалистов клинко-психопатологического профиля, способных осуществлять точную психопатологическую дифференцированную диагностику аддиктивной болезни. Это позволяет формулировать правильную терапевтическую стратегию и проводить соответствующее диагностике эффективное психопатологически детерминированное лечение. Именно поэтому данный уровень подготовки специалиста дает ему право занимать ведущие позиции в наркологической клинике и в её менеджменте с реальной (не только бумажной) ответственностью.

Между тем, именно потребность точного клинического прогноза (одна из важнейших функций развернутого клинического диагноза и важная оценочная категория терапевтического аспекта) и дифференциально-диагностические приоритеты заставляют значительно более внимательно относиться к изучению особенностей психопатологического содержания аддиктивной болезни, отработывая (из-за недоразумений сложившегося мультимодального присутствия субспециальностей) собственное психиатрическое направление исследования. Как ни странно, в данном случае и на сегодняшний день это и есть те самые пресловутые "высокие технологии" и "инновации", поскольку, как мы полагаем, только выполнив исчерпывающие основополагающий психопатологический раздел (сегодня, по нашему суждению, разработанный

недостаточно и представляющий собой большое неисследованное пространство), есть смысл серьезно и, главное, четко структурированно и эффективно насыщать современную клиническую наркологию дополняющим мультидисциплинарным присутствием (включая модные направления — нейропсихологию, генетику, нейроиммунологию и др.).

Речь, безусловно, идет о системном понимании проблемы аддиктивной болезни, клинический аспект которой без психопатологии просто немыслим. Необходимо четкое и прогнозируемое видение клинических структурно-динамических особенностей нозологического порядка, когда, к примеру, один ряд нозологий (с относительно меньшей психопатологической активностью и приоритетной актуализацией личностно-средового блока) задействует критическую (патогенетическую) значимость и важность самого психоактивного действия (курение, гэмблинг, "вкусный алкоголь"), а в других — востребованность в качестве награды "позитивных последствий" факта приема ПАВ (опьянения), несмотря на травматизацию (внутривенные инъекции — изначально неприятно-болезненные) и "преодоление" (процедура приема крепкого алкоголя). Только лишь в процессе развития аддиктивной болезни последние, субъективно-"негативные", компоненты вычурно приобретают качества и свойства интактного или даже довольно субъективно-"приятного" порядка.

Сюда же относится постинтоксикационный дистресс, никак не влияющий на мотивации прекращения приема ПАВ именно у аддиктивного больного, несмотря на очевидную тяжесть сомато-психологического страдания (расплата за "кайф"). Известные сговаривания по поводу "проблем мотивирования больного наркоманией на отказ от приема наркотиков" сегодня демонстрируют уже совсем даже не смешной, а основательно надоевший дилетантизм и плохое знание клиники аддиктивной болезни, поскольку она в том и заключается, что именно отсутствие у больного мотивации на лечение является её важнейшим манифестным симптоматическим проявлением. Этот клинический признак проявляется как элемент в составе основных синдромов стержневой структурной патологической аддикции — аддиктивного доминантного психопатологического комплекса. Именно поэтому больной попросту не в состоянии здесь подобную мотивацию предъявить (если, конечно, его в данный момент активно не лечить). Стремление получить эту мотивацию, что называется, на ровном месте, "святым духом" или уговорами — банальное непонимание законов патологии и прямое следствие отсутствия необходимой профессиональной подготовки. Таким же образом, сколь угодно долго можно "мотивировать" больного туберкулезом или бронхиальной астмой "от-

казаться" кашлять, а больного с дизентерией — не бегать в туалет.

В наркологии клиническое понимание проблем аддиктивного (наркоманического) поведения — безусловный приоритет, настоятельно востребующий примат биологического, в противовес не знающей меры психологизации, слишком вольно и непрофессионально трактующей очевидный болезненный характер наблюдаемого явления. Последнее, безусловно, демонстрирует свое вполне определенное клиническое разнообразие.

Так, вероятно, происходит в первом приближении формирование двух основных патогенных уровней, реализующихся в процессе аддиктивной болезни — более легкого неврозоподобного (с преобладанием феноменологии психоактивного действия) и более тяжелого — нарко-алко-токсикомании. Между тем, фактор депривации ПАВ в первом случае будет значительно более эффективен, нежели во втором, когда он (сам по себе и в отрыве от целостного терапевтического контекста) попросту бесполезен, поскольку уже не имеет никакого патогенетического базиса, а каждая новая интоксикация здесь становится естественным следствием болезни, но не её единственным и самым важным элементом. Именно поэтому эта депривация в данном случае уже не может нести самостоятельную терапевтическую нагрузку, становясь лишь одним из безусловно важных атрибутов терапевтической программы, поскольку лечить аддиктивную болезнь можно только на фоне трезвости пациента.

Это — аспект организации и непосредственного осуществления терапии. Если же проводится общая оценка состояния больного, в особенности в контексте определения параметров ремиссии, то необходимо четко понимать, что nonsensом является понятие *вынужденная ремиссия*, когда активно болеющему аддикту (а потому не отвечающему клиническим критериям понятия *ремиссия*) попросту не позволяют принимать алкоголь или наркотик, полагая при этом подобное мероприятие достаточным терапевтическим вмешательством, оформляющим клинический ремиссионный аспект. *Клинической ремиссией* мы называем снижение психопатологической активности и дезактуализацию клинических психопатологических характеристик аддиктивного доминантного психопатологического комплекса [3] со стабилизацией психического состояния больного (самопроизвольно или в результате адекватного лечения), следствием чего является, среди прочего, трезвость как органичное отображение его постепенного "возвращения к здоровью". Попытка выдать за клиническую "ремиссию" только лишь трезвое состояние (а тем более вынужденную) говорит лишь о плохом понимании клини-

ко-патогенетического аспекта аддиктивного заболевания.

Комплексная оценка эффективности лечения, представленного "не по факту", а технологично программирующего позитивный результат, жестко приоритетно востребует именно фактор активной терапии. Под *активной терапией* мы понимаем непосредственное воздействие лечебного агента (лекарства) на патогенетические звенья патологического процесса [4], а также на психопатологическую структуру и главные механизмы воспроизводства психопатологии с четко выраженной способностью эффективно осуществить их терапевтический (чаще — психофармакологический) демонтаж. Это — целостная система психофармакологического ведения аддиктивной патологии, подразумевающая соблюдение строгих правил назначения лекарства в соответствии с его известной эффективностью в отношении психопатологических конструкций, демонстрирующих вполне определенный уровень психического поражения. Простых и умудренно-наивных, а по сути, равнодушно-умозрительных рекомендаций аддиктивному больному "изменить образ жизни" здесь явно недостаточно. Активным не может считаться лечение аддиктивной болезни, когда не назначаются психотропные средства по соответствующим клиническим показаниям.

Описание и прояснение всех основных клинических особенностей и болезненных проявлений аддиктивного заболевания, несмотря на очевидные и нарастающие метаболические дисфункции, — исключительно прерогатива и приоритет психопатологии. Именно поэтому отдельные фрагменты наркологии, изучаемые даже мультидисциплинарно, но в некоем "солирующем" режиме, исключающие психопатологическое исследование и реализуемые с приоритетами на уровне "синдрома зависимости", пока такую модель не выстраивают, зачастую внося, наоборот, излишнюю путаницу. Это — вполне естественный результат, подчеркивающий отсутствие или недостаточную разработанность той самой интегрирующей функции, роль которой в клинической наркологии играет дифференцированное психопатологическое описание аддиктивной болезни. Последнее напрямую отражает её качество, а выполненные на этой основе типологии позволяют глубже проникнуть в её патологическую природу. Именно такое понимание не позволяет уходить от больного и его болезни в космос мертвой абстракции и делает врача в полной мере ответственным за исход терапии аддиктивной болезни.

Таким образом, современное состояние клинического аспекта аддиктологии не может быть оценено без определенной доли скепсиса (который не может рассматриваться как бесосновательное критиканство, поскольку мы видим реальный путь выхода клиничес-

кой наркологии из кризиса именно в интенсивной реализации психиатрического её направления).

Здесь, однако, также имеются определенные исключения. Нам серьезно импонируют попытки систематизации наркологических проблем на базе клинко-философских обобщений, формирующие (пока во многом гипотетически) уже концептуализм высокого порядка [19]. Это — другая сторона проблемы. И, тем не менее, она также подтверждает (более того, настоятельно акцентирует) необходимость на вполне утилитарном уровне заполнить "срединную нишу" актуальной клинической науки, и, сохраняя её бесспорный прикладной характер, все же, выйти за рамки банальной констатации набора простых (токсико-психологических) параметров.

Такая констатация, несмотря на её понятность и "доказательность", может быть приемлемой методологией лишь в самом изначальном периоде накопления знаний, но сегодня, когда востребованы более совершенные (клинко-психопатологические) конструкции, приоритетно ориентированные уже на квалификацию, становящуюся все более интегрированной и дифференцированной, никак не может претендовать на качество базисного методологического звена. Здесь нет нужды заниматься футурологией на уровне математического вероятностного моделирования, что, собственно, и находится в русле основной стратегии американской исследовательской школы, активно и повсеместно её насаждается в качестве стандарта научного медицинского исследования.

В силу специфики методологии клинической психиатрии и наркологии [5, 6] констатация простого признака (симптома) и даже их некой совокупности (без четкого определения сложного синдромологического уровня), естественно, указывая на собственно наличие заболевания, тем не менее, не дает полноценной возможности ставить развернутый (а, значит, верный) клинический диагноз. Последний должен отражать не только ретроспективу "пьяного поведения" со всей его атрибутикой, но и закономерно (патогенетически) сформированный *status praesens*, позволяющий комплексно и квалифицированно оценивать "продуктивный" и "негативный" параметры психического поражения, четко устанавливая его психопатологический уровень и как следствие должен позволить осмысленно и прогнозируемо успешно лечить (в данном случае лечить аддиктивную болезнь).

Интегрировать мультидисциплинарность современной наркологической клиники может только системное психиатрическое рассмотрение проблем патологической аддикции. Подобный интегрирующий системный подход с очевидностью уже сегодня демонстрирует роль и место психологии, нейронаук, иммунологии, генетики, токсико-биологического пула,

определяя реальные возможности и прогнозируемую результативность каждой методологии в рамках отмеченного мультидисциплинарного рассмотрения. Мы называем это "креативной симфонией", где роль композитора и дирижера принадлежит клиницисту — психиатру, специализирующемуся в области клинической наркологии.

Попытки найти ответы на поставленные вопросы в многочисленных работах западных аддиктологов, как показывает практика, далеко не всегда могут увенчаться успехом. Здесь, в основном, "доказательно" и вполне механистично исследуется (в многократных повторах и репликах) довольно стандартный спектр симптоматических признаков: тревога, агрессивность, "депрессия" (что чаще подразумевает "прихваченное" опросником плохое настроение, нежели клинически правильно верифицированный синдром), разноразличные проблемы коммуникации и адаптации, биологические последствия хронической интоксикации (которая сама по себе уже безо всякого тождества, напрямую обозначается как собственно "зависимость" — вероятно, тот самый результат становящейся почти сакральным понятием "доказательности" и яркий пример клинического абсурда). Соответственно "пиксельному" характеру получаемой информации делаются многочисленные попытки упрощенных корреляций указанных параметров на базе несложных по дизайну психологических метрологических и математических выкладок с формированием неких информационных кластеров, совершенно очевидно не способных при данном исследовательском подходе быть гармонично интегрированными в целостную "живую" систему с необходимой логикой, определяющей такую взаимосвязь и реально преломляющей целостный медико-философский блок в понятии *болезнь*. Основываясь на этих данных, абсолютно логично предлагаются преимущественно социологические (не медицинские) механизмы разрешения возникшей проблематики с довольно прямолинейной, с точки зрения клиники, методологией. Медицинский компонент задействован лишь в период устранения острых токсических расстройств, обусловленных злоупотреблением ПАВ, с помощью большого разнообразия методик, что не является лечением зависимости (и тем более, патологической аддикции), а всего лишь упомянутой гомеостатической коррекцией последствий хронической интоксикации ПАВ. Это также относится к предложениям по вакцинации больных, страдающих зависимостью (сегодня это уже практикуется при кокаиновой зависимости) с целью снижения интенсивности наркотизации за счет стимуляции нейрогуморальных процессов и аутоиммунного ответа, модифицирующих блокировку фармакологического эффекта наркотика и снижение потребности в

экзогенной наркотизации. На этом медицинский (медико-токсикологический) аспект, по сути, заканчивается [21]. Несмотря на декларации дальнейшего "психиатрического ведения аддикта", как правило, в рамках простого консультирования или известных "программ поддержки" (их еще обозначают как "контролируемое ведение зависимости", с массивным подключением психотерапевтической риторики) при наркомании и алкоголизме, уровень психопатологической проработки здесь можно оценивать как крайне поверхностный, жестко апеллирующий к комплаенсу и мощному самостоятельному "желанию" аддикта избавиться от своих "проблем" [5]. Последнее (что хорошо известно квалифицированным практикующим наркологам) — безусловный нонсенс в период клинической манифестации аддиктивной болезни, поскольку степень её злокачественности во многом как раз и определяется напряженностью психопатологической картины, когда анозогнозия и негативизм доминируют в симптоматическом перечне расстройства психической функции и комплекуют соответствующую синдромологию [3, 5, 8]. Ни о какой "добровольности" речь здесь, естественно, не идет.

"Универсальность" обозначенного ведения пациента как основополагающая стратегия — принципиальное свидетельство отсутствия необходимой глубины и тщательной вариантной дифференцировки (что само по себе уже никак не может быть аспектом высокой медицинской технологии). Этот уровень задействует преимущественно диагностический инструментарий тестового порядка с функцией скрининга с формальной фиксацией сведения о толерантности и основной адаптивной проблематике со слов самого аддикта, но без возможности правильной и в должном качестве оценки всей нюансировки статической и динамической характеристик психического статуса больного. Он поэтому не несет функции индивидуализированного диагностического инструмента, позволяющего ставить точный индивидуальный клинический (психиатрический) диагноз, и результатом тут вполне закономерно является известный "синдром зависимости", но не персонифицированная "аддиктивная болезнь".

К сожалению, клинические исследования западной аддиктологической школы, выполненные на требуемом психопатологическом уровне, нам пока не известны. На наш взгляд, простое копирование методологии этой школы и механический перенос её в отечественную клинику не может рассматриваться как рациональное и бесспорное решение, по крайней мере, как некий безальтернативный вариант. Тем более, что отечественная клиническая психиатрия как методологический базис уже достаточно давно имеет серьезные наработки именно методологического по-

рядка, позволяющие уже сегодня добиться серьезного прогресса в понимании клинической сути аддиктивного поведения именно через понятие "аддиктивная болезнь". Последнее, несомненно, требует более тщательного исследования своей психопатологической картины. Научно-исследовательский подход в клинической психиатрии, реализуемый на уровне описательной и квалификационной феноменологической дихотомии, четко определяя, что и как следует диагностировать, демонстрирует полную возможность и достаточную способность стройного отображения модели болезни. Он эффективно позволяет преодолеть весь тот низкоуровневый симптоматический хаос, который в клинике продуцируется современным упрощенным "измерительным" инструментарием, предлагаемым западной школой в поисках "доказательности" (шкалы и опросники), когда психиатрия (сложная и многоуровневая медицинская проблема) исследуется, по сути, социологическим способом. Для клиники вообще и клинической наркологии в особенности последнее является неприемлемым.

Продолжая клинко-психопатологическое изучение психического статуса и его динамики при аддиктивной болезни, невозможно уклониться от дальнейшего уточняющего препарирования основных функциональных параметров психической деятельности, так или иначе видоизменяющихся в процессе нарастания патологии. Одним из таких параметров является коммуникативная функция, отображающая вполне наглядно проблемный характер злоупотребления ПАВ, а её стойкое нарушение не может не приводить к серьезной средовой дезадаптации аддикта. Последний компонент, определяемый по большей части в его самых разнообразных психологических и социальных ракурсах, сегодня ни у кого не вызывает даже малейших сомнений, поскольку фиксируется результатами, наверное, сотен (а может быть, даже тысяч) самых разнообразных исследований. Соматический аспект нарушения адаптации имеет, по всей вероятности, еще большее представительство в специальной печати, комплектуя совокупную токсико-психологическую парадигму аддиктивного поведения [6] и связанной с ним патологии.

Мы, однако, и здесь стремимся к максимальной психопатологической идентификации проблемы, полагая её чрезвычайную значимость не по количеству высказываний по данному вопросу (мультивариантная и разноречивая констатация проблематики), а как настоятельную необходимость более глубокого изучения именно этого содержания в рамках причинно-следственных отношений, первичным звеном которого должно быть как можно более подробное клинко-психопатологическое описание. Причиной стойкого нарушения адаптационных механизмов при пси-

психиатрической патологии всегда является психопатологическая характеристика болезни, демонстрируя в каждом клиническом случае специфическую распознаваемость, несмотря на меняющиеся средовые факторы, поскольку реакции больного становятся здесь понятными именно с точки зрения логики нозологически представленной психопатологической картины, а следовательно, могут прогнозироваться. Такой прогноз является частью медицинского диагноза и представляет собой конкретную медицинскую исследовательскую задачу. Решение такой задачи, да и, собственно, сам подход для клинициста, несомненно, значительно важнее психологической констатации в объяснениях и обобщенной интерпретации, поскольку позволяет искать и совершенствовать механизмы индивидуализированного осмысленного активного лечения, но не действовать интуитивно, эмпирически-формально, а в реальности — "вслепую" и "по факту", дискредитируя, таким образом, целостный медицинский аспект аддиктологии. Именно такое лечение, безусловно опирающееся на тщательную психопатологическую диагностику, препарирующую каждую функцию психического статуса, учитывающую тип и уровень психического поражения с идентификацией ведущих клинических психопатологических механизмов и возможных коморбидных сочетаний [3, 4], идентифицирующую все основные звенья патогенеза аддиктивной болезни (но не только лишь известные и универсальные дофаминовые и иные нейромедиаторные дисфункции, представленные в рамках более простой патофизиологической реакции), является на сегодняшний день максимально востребованным в клинике. Тем более, что уже сегодня в арсенале имеется значительный психофармакологический и психотерапевтический потенциал, требующий, в свою очередь, лишь своего грамотного применения.

Эффективное лечение аддиктивной болезни — это функциональная обязанность высококвалифицированного врача психиатра-нарколога, способная быть успешно реализованной только на базе правильно организованной клинической инфраструктуры. Сегодня подобный тип психиатрического ведения (приоритет психопатологических трактовок и клинических описаний) наркологической патологии пока комплексно и исчерпывающе не представлен.

Сформулированная таким образом цель исследования — психопатологическое изучение структуры и динамики нарушенной коммуникативной функции при аддиктивной болезни (опиоидной наркомании) — может быть достигнута путем тщательного изучения болезненной картины, рассматриваемой во всех её возможных аспектах. Понимание и познание законов формирования болезни в их целостности и уникальности (диалектическое единство) суть понимание её

патогенеза. Хронический болезненный процесс не может демонстрировать упрощенную схематизацию и не может быть представлен на уровне даже некоего комплекса простых патофизиологических реакций (именно так сегодня в наркологии упрощенно пытаются рассматривать патогенез аддиктивной болезни как эссенциальное расстройство дофаминового обмена). Он, если его рассматривать не как патогенез алкоголизма (наркотизма), а как патогенез алкогольной аддиктивной болезни (конкретного вида клинически представленной нарко-токсикомании), значительно сложнее [4]. Для того, чтобы понять патогенез болезненной аддикции (в том числе — химической зависимости, трактуемой нами как неотделимый контекстный элемент известного квалификационного понятия *addiction* — аддиктивная болезнь), требуется значительно больше данных и значительно более точный их анализ, нежели предъявление простых корреляций унифицированных и недифференцированных параметров нейрогормонального обмена на фоне хронической интоксикации ПАВ (кстати, уже активно предъявляемых и в отношении так называемых нехимических видов зависимости). Об этом свидетельствует многообразие клинических проявлений психической патологии, несмотря на определенное и вполне понятное симптоматическое и простое синдромальное сходство некоторых из этих проявлений. Здесь также в качестве аргумента следует учитывать фактическое отсутствие внятно артикулированных предложений по вопросу какой-либо патогенетической терапии тяжелого наркологического заболевания, реализуемой не только лишь на уровне относительно простой и недифференцированной коррекции дофаминового статуса. О каких-либо "высоких технологиях" здесь пока говорить не приходится. Как следствие подобного положения вещей сегодня вся терапия в наркологии, если и пытается выйти за рамки коррекции симптома, все равно строится эмпирически, что, само по себе, никак не может считаться удовлетворительным. Причина этого — недостаточное знание патогенеза аддиктивной болезни и слабое знание структурно-динамических характеристик аддиктивной болезни в их целостной закономерности и индивидуализированном клиническом представлении.

В последующих публикациях мы рассмотрим клинический психопатологический аспект коммуникативной дисфункции аддиктивного больного в аспекте дифференциальной диагностики.

Список литературы

1. Альтшулер В.Б. Патологическое влечение к алкоголю. Вопросы клиники и терапии. — М.: Имидж, 1994. — 286 с.
2. Альтшулер В.Б., Анучин В.В. Клиника патологического влечения к алкоголю у больных хроническим

ДИСКУССИОННАЯ ТРИБУНА

алкоголизмом и лечение нейролептиками. Методические рекомендации. — М., 1979 — 24 с.

3. Благов Л.Н. Актуальные аспекты психопатологии аддиктивного заболевания. — М.: НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, 2008. — 344 с.

4. Благов Л.Н. Опιοидная зависимость: клинико-психопатологический аспект. — М.: Гениус, 2005. — 316 с.

5. Благов Л.Н. Психопатологический феномен "доступности" при наркологическом заболевании и его дифференциально-диагностическое значение// Наркология. — 2009. — №8. — С. 86—97.

6. Благов Л.Н. Психопатологическая структура феномена "псевдоабстиненции" в клинике аддиктивного заболевания (на клиническом примере опιοидной зависимости). Ч. 1// Наркология. — 2010. — №3. — С. 45—56.

7. Благов Л.Н. Психопатологическая структура феномена "псевдоабстиненции" в клинике аддиктивного заболевания (на клиническом примере опιοидной зависимости). Ч. 2// Наркология. — 2010. — №4. — С. 89—101.

8. Демина М.В., Чирко В.В. "Отчуждение" аддиктивной болезни. — М.: Медпрактика-М. — 2006. — 191 с.

9. Крепелин Э. Введение в психиатрическую клинику (пер. нем.). — М.: "БИНОМ. Лаборатория знаний". — 2004. — 493 с.

10. Линденбаум А.В. Острые психотические расстройства при лечении опийного абстинентного синдрома. 13 съезд психиатров России (10—13 октября 2000 г.). Материалы съезда. — М. — 2000. — С. 251.

11. Менделевич В.Д. (ред.). Руководство по аддиктологии. — "Речь", 2007. — 768 с.

12. Менделевич В.Д. Аддиктивное влечение: теоретико-феноменологическая оценка// Наркология. — 2010. — №5. — С. 94—100.

13. Надеждин А.В. Феноменология и психопатология расстройств общего чувства при опийной наркомании: Автореферат дисс. канд. мед. наук. — М., 1995. — 22 с.

14. Наркология. Национальное руководство/ Под ред. Иванца Н.Н., Анохиной И.П., Винниковой М.А. — М.: ГЭОТАР-Медиа. — 2008. — 720 с.

15. Рыбальский М.И. Бред. — М.: Медицина. — 1993. — 368 с.

16. Сиволап Ю.П. Постановка вопроса об особой психопатологии опийной зависимости// Наркология. — 2006. — №5. — С. 51—53.

17. Сиволап Ю.П. К проблеме изменений личности у больных опийной наркоманией// Рос. психиатр. журнал. — 2003. — №2. — С. 54—58.

18. Сиволап Ю.П. Острые психозы у больных опийной наркоманией// Ж. неврологии и психиатрии. — 2003. — № 2. — С. 16—18.

19. Чернобровкина Т.В., Кершенгольц Б.М., Артемчук А.Ф. Синергетическая медицина: теоретические и прикладные аспекты в аддиктологии. — Харьков: "Плеяда". — 2007. — 239 с.

20. Чирко В.В., Демина М.В. Руководство по клинической наркологии. — М.: Медпрактика-М. — 2010. — 323 с.

21. Practice Guideline for the Treatment of Patients With Substance Use Disorders. Second Edition. — NIDA, 2007. — P. 275.

METHODOLOGICAL ASPECTS OF CLINICAL DIAGNOSIS IN PSYCHIATRY AND DRUG ADDICTION

BLAGOV L.N. M.D., Ph.D., Russian State Medical University, Moscow

Current technology of diagnostics in the field of clinical narcology based mainly on homeostatic and psychological criteria. So, it's impossible to make precise and clinically more adequate ambits of addiction. Also it's terminologically important to define all spectrum of psychiatric problems within addiction as "addictive disease". Psychiatric phenomenological investigation in this field gives the possibility to evaluate severity and clinical prognosis in pathologic addiction.

Key words: psychopathology of addiction, diagnostic criteria

О публикации доклада "Глобальной комиссии ООН по политике в области наркотиков"

КАЛАЧЕВ Б.Ф.

к.юр.н., профессор кафедры уголовно-правовых дисциплин
Московского ордена Дружбы Народов государственного лингвистического университета,
заслуженный сотрудник органов внутренних дел Российской Федерации, Москва

2 июня 2011 г., незадолго до 26 июня — Международного дня борьбы со злоупотреблением наркотиками и их незаконным оборотом — масс-медиа, в том числе российские, особенно Интернет-издания, буквально взорвались сенсационным сообщением. Суть множества анонсов, тиражированных в мировой паутине, заключалась в бесконечном повторении следующего текста: «Стало известно, что Глобальная комиссия ООН по оценке борьбы с распространением наркотиков, в которую входит бывший генсек ООН Кофи Аннан, бывшие президенты Мексики, Колумбии и Бразилии, экс-премьер Греции, перуанский писатель Варгас Льюса, рекомендовала легализовать марихуану, признав провал в борьбе с наркотиками». На других Интернет-сайтах источник этого заявления, исходившего якобы от лица ООН, называли по-разному — Глобальная комиссия ООН по оценке борьбы с распространением наркотиков, материалы доклада ООН, Комиссия ООН по борьбе с наркоманией... и т.д.

Шумный и стремительный полёт этой «утки» так сильно воздействовал на головы некоторых наших чиновников, что они всерьёз стали давать официальные комментарии: «Мы, конечно, изучим материалы этого доклада. Однако рекомендации ООН, в которых говорится о возможной легализации так называемых легких наркотиков, типа конопли, для России неприемлемы», — сказал представитель Госнаркоконтроля РФ».

Так что же это за комиссия такая, чьё мнение растащили буквально по цитатам зарубежные СМИ и, увы, российские? За исключением, пожалуй, умудрённого жизнью Виктора Иванова — директора ФСКН России. Он на следующий день, 3 июня, давая отповедь наркотической «утке», будто бы исходившей от ООН, именовал эту комиссию не иначе как «так называемая». И был абсолютно прав, поскольку, во-первых, она никакого отношения к Организации Объединённых Наций не имеет. Ведь контролем над

наркотиками в ООН занимаются: Комиссия по наркотическим средствам; Международный комитет по контролю над наркотиками; Управление ООН по наркотикам и преступности; Программа ООН по международному контролю над наркотиками.

Достаточно посетить русскоязычный сайт ООН, чтобы прочитать специальное предупреждение о мошенниках, будто бы имеющих прямое отношение к ООН: «Организация Объединённых Наций хотела бы предупредить широкую общественность об этих мошеннических действиях, совершаемых якобы от имени Организации и/или ее должностных лиц, и была бы признательна вам за доведение подозрительных сообщений до ее сведения».

А, во-вторых, официальное название данной комиссии звучит так — Global Commission on Drug Policy (можно перевести как Глобальная Комиссия по наркополитике), она — преемница Latin American Commission on Drugs and Democracy (Латиноамериканская комиссия по проблемам наркотиков и демократии). И место её пребывания — не Вена (штаб-квартира ООН), а Рио-де-Жанейро, Бразилия. Появилась эта Латиноамериканская комиссия в 2008 г., у истоков её создания стояли бывшие главы государств, выступавшие за легализацию наркотиков: экс-президент Мексики Эрнесто Седильо, экс-президент Бразилии Фернанду Энрике Кардозу и экс-президент Колумбии Сесар Гавирия. Вообще надо отметить, что из президентских кругов ряда государств Латинской Америки призывы о легализации наркотиков, той же марихуаны, раздаются регулярно. Грешили этим, помимо упомянутых ранее персон, в частности, президент Гондураса (в 2005—2009 гг.) Хосе Мануэль Селая Росалес и президент Мексики (в 2000—2006 гг.) Висенте Фокс Кесада.

В настоящее время Латиноамериканская комиссия трансформировалась в Глобальную Комиссию по наркополитике, однако сущность её осталась прежней. Политическую поддержку этой комиссии ока-

Материал подготовлен специально для информационно-аналитического издания "Столетие".
Публикуется с сокращениями. Источник: www.stoletie.ru

зывают люди небезызвестные, например, бывший Генеральный секретарь ООН Кофи Аннан и бывший Государственный секретарь США Джордж Шульц, действующий премьер-министр Греции Георгиос Папандреу (младший), писатели Марио Варгас Льюса и Карлос Фуэнтес. Всего 19 человек, большая часть из них (11) выходцы из Южной и Северной Америки, континентов, весьма насыщенных наркотиками. Восемь проживают в странах ЕС, и по одному — выходцы из Азии (Пакистан) и Африки (Гана).

Подбор этой команды оставляет немало вопросов. Впрочем, внимательно приглядевшись к членам Латиноамериканской и выросшей из неё Глобальной комиссии, можно найти объединяющие этих людей характеристики. Взять хотя бы трёх бывших латиноамериканских президентов. Для их правления стало общим обострение широкого круга социальных проблем. Фернанду Энрике Кардозу (президент Бразилии в 1995—2003 гг.) — его администрацию постоянно сотрясали коррупционные скандалы, массовые акции протеста населения. Фиксировался рост наркомафии, преступности в городских трущобах (фавелах). Экс-президент оставил после себя тяжёлое наследие. За 2002 г. бразильская полиция конфисковала 191 т марихуаны и 9,2 т кокаина (на 30% и 11% больше, чем в 2001 г.). Эрнесто Седильо (президент Мексики в 1994—2000 гг.) — времена его правления ознаменованы финансовым кризисом, девальвацией мексиканского песо, оттоком иностранных инвестиций, высокой безработицей. Согласно официальным данным, в столице Мехико возраст тех, кто начал употреблять наркотики, составил от 11 до 12 лет. Вначале дети привыкали к марихуане, но в 1993—2000 годах утроилось число подростков, знакомых с кокаином и героином. Нелегальные мигранты из страны так «достали» Америку, что в 2006 г. Сенат США законодательно поддержал строительство двойного забора на границе с Мексикой общей протяженностью более тысячи километров! Се-

сар Гавириа (президент Колумбии в 1990—1994 гг.) — он открыто обвинялся общественностью в связях с наркомафией. Его политического руководителя — Луиса Карлоса Галана, помощником которого он работал в 1989 г., убили; Сесар Гавириа выставил свою кандидатуру на праймериз Либеральной партии и победил, как и на самих выборах, омрачённых убийством ещё двух кандидатов в президенты. В период его власти расцветает кокаиновый наркотрафик, коррупция, нищета... Чего стоит одна только история с Пабло Эскобаром — главой Медельинского картеля. Вот примерно из таких типажей и состоит Глобальная комиссия, призывы которых о свободе наркотикам нашли так много Интернет-площадок, включая виртуальное пространство Российской Федерации.

Между тем, все антинаркотические Конвенции ООН — 1961, 1971 и 1988 годов — не поддерживают идею легализации наркотиков, запрещённых в свободном обороте. Нет и в других документах ООН рекомендаций на этот счёт. В них-то как раз проводится обратная мысль. Так, в Декларации тысячелетия ООН, принятой резолюцией 55/2 Генеральной Ассамблеи от 8 сентября 2000 г., говорится об удвоении в XXI веке усилий «по осуществлению принятого нами обязательства поставить заслон всемирной проблеме наркотиков». В Политической декларации и Плана действий по налаживанию международного сотрудничества в целях выработки комплексной и сбалансированной стратегии борьбы с мировой проблемой наркотиков 2008 г. записано: «Мы твердо намерены решить мировую проблему наркотиков...». — И далее: «...с особым беспокойством отмечаем увеличение незаконного производства и оборота каннабиса... постановляем установить 2019 г. в качестве целевой даты, к которой государствам следует обеспечить ликвидацию или существенное и поддающееся оценке сокращение... незаконного культивирования опийного мака, кокаинового куста и растения каннабис».

**К 60-летнему юбилею
заведующего кафедрой
психиатрии, наркологии, психотерапии
Ивановской государственной медицинской академии
Алексея Валерьевича Худякова**

А.В. Худяков родился 18 июля 1951 г. в г. Ярославле. В 1974 г. закончил лечебный факультет Ярославского медицинского института. После прохождения интернатуры по психиатрии с 1975 г. работал участковым психиатром Ивановской областной психиатрической больницы «Богородское». Одновременно учился в заочной аспирантуре Института им. В.П. Сербского, в 1985 г. защитил кандидатскую диссертацию «Суицидальные действия больных шизофренией (многофакторное эпидемиологическое исследование)». С 1986 г. деятельность Алексея Валерьевича тесно связана с Ивановской государственной медицинской академией. Здесь он прошел по всем ступенькам служебной лестницы: ассистент, доцент, профессор, заведующий кафедрой. В 2003 г. защитил докторскую диссертацию на тему «Клинико-социальный анализ формирования и профилактики зависимости от психоактивных веществ у несовершеннолетних». За 25 лет на кафедре произошли большие перемены: она разделялась и вновь объединялась, несколько раз поменялся ее кадровый состав. В течение последних 12 лет А.В. Худяков руководил курсом психиатрии, психотерапии и наркологии в составе кафедры восстановительной медицины. В 2011 г. после

очередной реорганизации кафедра предстала в новом виде, теперь уже под руководством профессора А.В. Худякова. К моменту создания новой кафедры уже сложился ее основной коллектив, способный решать все поставленные перед ним задачи.

А.В. Худякова отличают широкие научные интересы, он является автором 190 печатных работ. В последние годы они были посвящены проблемам злоупотребления психоактивными веществами молодежью. По инициативе Алексея Валерьевича и под его руководством были успешно проведены три Российских конференции по психотерапии и наркологии с широким участием известных специалистов. В течение 12 лет он возглавляет областную общественную организацию «Ассоциация практикующих психотерапевтов». А.В. Худяков пользуется уважением среди сотрудников кафедры, клинической лечебной базы и всей академии. Его мнение как квалифицированного клинициста высоко ценится в профессиональном сообществе.

Коллеги и друзья поздравляют Алексея Валерьевича с юбилеем и желают дальнейшей плодотворной деятельности.

Правила оформления статей при направлении в журнал «Наркология»

К публикации принимаются теоретические и обзорные статьи, результаты завершённых оригинальных исследований, краткие сообщения, информация о съездах и конференциях, рецензии на книги и письма в редакцию. Не допускается направление ранее опубликованных или представленных в другие издательства материалов.

Общие требования

1. Статьи следует направлять на русском языке в формате текстового редактора Microsoft Word по адресу электронной почты **genius-media@mail.ru**.

3. Структура оригинальной статьи: введение, материалы (пациенты) и методы, результаты исследования и их обсуждение, заключение (выводы). Теоретические и обзорные статьи могут иметь иное построение. Краткие сообщения печатаются без выделения подразделов.

Оформление статьи

1. На первой странице статьи указывается ее название, фамилия и инициалы автора (авторов). На отдельном листе приводятся данные об авторах: фамилия, имя, отчество, ученая степень и звание, занимаемая должность, служебный адрес с почтовым индексом, телефон, факс и адрес электронной почты, а также указывается автор, с которым редакция будет вести переписку.

2. К статье необходимо приложить резюме, размером не более 0,5 страницы, продублировать название статьи и фамилии авторов, указать ключевые слова (не более 5) **на русском и английском языках**.

3. Названия разделов статьи и подзаголовки внутри их печатаются на отдельной строке полужирным шрифтом и полужирным курсивом, соответственно. На левом поле распечатанного текста от руки указываются места расположения рисунков и таблиц. В десятичных дробях целая часть отделяется от дробной через запятую.

4. Допускается использование в статье только общепринятых сокращений. Малоупотребительные и узкоспециальные термины должны быть расшифрованы. Единицы измерения приводятся в единицах Международной системы (СИ).

5. При описании лекарственных препаратов следует указать активную субстанцию, коммерческое и генерическое название, фирму-производителя. Все названия и дозировки должны быть тщательно выверены. Описания пострегистрационных клинических испытаний лекарственных препаратов должны обязательно включать в себя информацию о регистрации и разрешении к применению указанных препаратов официальными разрешительными органами (регистрационный номер, дата регистрации).

Список литературы

1. Цитируемая литература приводится в алфавитном порядке (вначале на русском языке) и включает в себя только опубликованные работы. В тексте рукописи номер ссылки заключается в квадратные скобки и соответствует нумерации в списке литературы.

2. Ссылки оформляются в соответствии с требованиями ГОСТ, действующими на территории Российской Федерации.

3. За правильность приведенных в списке литературы данных ответственность несут авторы.

Примеры оформления ссылки

- на публикацию в журнале:

Dawson D.A. Gender differences in the risk of alcohol dependence: Unites States// Addiction. — 1996. — Vol. 91, №11. — P. 1831—1842.

- на книгу:

Валентик Ю.В., Савченко Л.М. Профилактика ВИЧ/СПИД среди лиц, потребляющих наркотики: Пособие для врачей. — М.: Каллиграф, 2003. — 157 с.

- на автореферат диссертации:

Платонов К.И. Слово как физиологический и лечебный фактор: Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — М., 1995. — 26 с.

Прочие условия

Присланные для опубликования материалы рецензируются. Редакция не вступает в дальнейшую переписку с авторами по поводу отклоненных статей. Редакция оставляет за собой право вносить исправления в текст при обнаружении грамматических и смысловых дефектов, а также возвращать статью автору для доработки. Датой поступления статьи считается день получения редакцией окончательного текста. Отклоненные статьи не возвращаются. Авторский гонорар не выплачивается. Плата с аспирантов за публикацию рукописей не взимается.