

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

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

Научный редактор
НАДЕЖДИН А.В.

Ответственный секретарь редакции
САБАНЦЕВ Б.Н.

Редакционная коллегия

АЛЬТШУЛЕР В.Б.
БОНДАРЬ И.В.
БРЮН Е.А.
ГЕРИШ А.А.
ГРИНЕНКО А.Я.
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.Я.
СЕРЕДЕНИН С.Б.
СИВОЛАП Ю.П.
СМИТ Д.
СОФРОНОВ А.Г.
СУДАКОВ С.К.
ШАБАНОВ П.Д.

Председатель редакционного совета
БОЧКОВ Н.П.

Заместитель
Председателя редакционного совета
ИРИШКИН А.А.

Редакционный совет

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

Издатель: ООО "Гениус Медиа"

Журнал зарегистрирован в Министерстве
печати и связи Российской Федерации
Регистрационный номер
ПН №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.
Передача 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. №12 (120)

СОДЕРЖАНИЕ

ГОСУДАРСТВЕННАЯ АНТИНАРКОТИЧЕСКАЯ ПОЛИТИКА

Иванов В.П.

Создание системы социальной реабилитации и ресоциализации наркозависимых
как фактор развития регионов Северо-Западного Федерального округа 8

Зиновьев В.В., Шевцова Ю.Б.

Об отдельных вопросах
совершенствования антинаркотического законодательства Российской Федерации 11

РЕГИОНАЛЬНАЯ АНТИНАРКОТИЧЕСКАЯ ПОЛИТИКА

Волков А.В., Зиновьева М.А.

Система межведомственного взаимодействия
как эффективный инструмент профилактики употребления ПАВ среди несовершеннолетних 13

АНТИНАРКОТИЧЕСКАЯ ПОЛИТИКА ЗА РУБЕЖОМ

Доклад Международного комитета по контролю над наркотиками за 2010 г.

Анализ положения в мире. Рекомендации 20

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ НАРКОЛОГИИ

Кошкина Е.А., Бабицева Л.П.

Нормативно-правовое сопровождение проблемы употребления наркотиков
в Российской Федерации 29

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НАРКОЛОГИИ

Маматова Н.М., Менликулов М.П., Жуманов А.А., Каримова З.Х.

Характеристика болезней, отягощенных курением взрослого населения в Узбекистане 35

КЛИНИЧЕСКАЯ НАРКОЛОГИЯ

Сидоров П.И., Синицкий В.В., Харькова О.А., Цыганок Т.В.

Саногенетическая терапия никотиновой зависимости 38

Софронов А.Г., Николкина Ю.А.

Социально-демографические, клинические характеристики
женщин, страдающих алкогольной зависимостью,
находящихся на динамическом наблюдении в наркологическом диспансере 46

Михайлов М.А.

Аффективная составляющая патологического влечения в контексте патокинеза синдрома 52

Новиков С.А., Шустров Д.И., Киселев Д.Н.

Особенности алкогольной зависимости и аутоагрессивного поведения у пациентов
с личностными расстройствами. Обзор литературы и собственные данные 57

Малахова Ж.Л., Бубнов А.А.

Опыт использования транскраниальной микрополяризации головного мозга
как метода абилитации детей раннего возраста с фетальным алкогольным синдромом 61

ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА

Панченко Л.Ф., Старовойтова Т.Ф., Венгеров Ю.Ю., Дзантиев Б.Б., Давыдов Б.В.

Аналитические видеодифференциальные комплексы
экспрессных и скрининговых лабораторных исследований в наркоконтроле 64

ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НАРКОЛОГИИ

Белов В.Г., Туманова Н.Н.

Взаимоотношения с родителями и алкоголизация подростков 69

ОБЗОРЫ

Горячев Д.Н., Мухамеджанова Л.Р.

Стоматологический статус наркологических пациентов 73

ДИСКУССИОННАЯ ТРИБУНА

Сиволап Ю.П.

К вопросу о рациональном лечении в наркологии 79

Антонов И.А., Каширин Р.М.

Проблемы профилактики наркомании и сопутствующих заболеваний:
вопросы медицины, права и уголовно-исполнительной деятельности. 82

Плоткин Ф.Б.

Компьютерное биоуправление — эффективная методика стабилизации ремиссий
при алкогольной зависимости 88

Alternate editor-in-chief
IGONIN A.L.

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

Science editor
NADEZHDA A.V.

Secretary
SABANTSEV B.N.

Editorial Board
ALTSHULER V.B.
BONDAR' I.V.
BRUN E.A.
GERISH A.A.
GOLENKOV 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.
ZAGRAEV 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. №12 (120)

CONTENTS

STATE ANTI-DRUG POLICY

- Ivanov V.P.*
Creating a system of social rehabilitation and resocialization of drug addicts
as a factor of development of the North-West Federal District 8
- Zinoviev V.V., Shevtsova Ju.B.*
On certain aspects of improving anti-drug legislation of the Russian Federation 11

REGIONAL ANTI-DRUG POLICY

- Volkov A.V., Zinovieva M.A.*
The system of interagency cooperation
as an effective tool for preventing the use of psychoactive substances among youth people 13

GLOBAL ANTI-DRUG POLICY

- Report of the International Narcotics Control Board for 2010.
Analysis of the world situation. Recommendations. 20

ORGANIZATION

- Koshkina E.A., Babicheva L.P.*
Normative-legal maintenance of drug addiction problems in the Russian Federation 29

EPIDEMIOLOGY

- Mamatova N.M., Menlikulov M.P., Zhumanov A.A., Karimova Z.K.*
The characteristics of illnesses among smoking adult population in Uzbekistan 35

CLINICAL RESEARCH

- Sidorov P.I., Sinitsky V.V., Kharkova O.A., Tsyganok T.V.*
Sanogenetic therapy of nicotine dependence 38
- Sofronov A.G., Nikolkina Yu.A.*
Social, demographic, clinical characteristics of women who suffer from the alcoholic dependence
and are on the dynamical observation in the narcological clinic 46
- Mikhaylov M.A.*
Affective component of pathological craving in context of the syndrom pathokinesis 52
- Novikov S.A., Shustov D.I., Kiselev D.N.*
Peculiarities of alcohol dependence and autoaggressive behaviour
in patients with personality disorders. Literature review and personal data 57
- Malakhova Zh.L., Bubnov A.A.*
Experience of using transcranial micropolarization brain as a method habilitation
in young children with fetal alcohol syndrome 61

LABORATORY DIAGNOSTICS

- Panchenko L.F., Starovoitova T.F., Vengerov Ju.Ju., Dzantiev B.B., Davydov B.V.*
Analytical digital systems for express-screening laboratory studies in drug control 64

PREVENTION ASPECTS IN NARCOLOGY

- Belov V.G., Tumanova N.N.*
Relationships with parents and teens alcoholism 69

REVIEW

- Goreachev D.N., Mukhamedzhanova L.R.*
Dental status of narcological patients 73

DISCUSSION

- Sivolap Y.P.*
Rational treatment of substance abuse disorders 79
- Antonov I.A., Kashirin R.M.*
The problems of drug abuse prevention and related diseases: issues of medicine, law and penal activities 82
- Plotkin F.B.*
Computer bio-operating — effective method for remission stabilization in alcohol addiction 88

Новости российского и мирового наркологических сообществ

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

Приведённые 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.

Е.Брюн: Алкоголем злоупотребляет порядка 30% населения страны

В России официально зарегистрированы 1,7 млн больных алкоголизмом. По экспертным оценкам, недуг охватил примерно 2% населения. Об этом рассказал главный нарколог России, эксперт Лиги здоровья нации, профессор Евгений Брюн. По его словам, "при этом надо ещё иметь в виду, что порядка 9—10% людей, которые лечатся в клиниках общесоматического профиля, — больные с последствиями злоупотребления алкоголем". "По оценкам, алкоголем злоупотребляет порядка 30% населения страны, — добавил Е.Брюн. — Эти люди ещё не лечатся ни от чего, но в своё время пополнят и когорту больных алкоголизмом с психиатрическими расстройствами, и число больных в соматических больницах".

Источник: www.rosbalt.ru

В.Краснов: Власти должны вмешаться в проблему подростковой наркомании

Наркозависимость среди подростков и молодёжи в последние годы приобрела угрожающий характер, поэтому в данной ситуации важны не столько усилия врачей-наркологов, сколько вмешательство государства, — заявил на пресс-конференции в РИА "Новости" директор Московского НИИ психиатрии профессор Валерий Краснов. "Наркозависимость среди молодёжи стала расти за счёт тяжёлых синтетических наркотиков. И здесь требуется государственная воля, вмешательство, потому что наши усилия малопродуктивны", — сказал он. По его словам, несмотря на то, что продолжительность жизни в целом по стране в последние годы несколько выросла, смертность от внешних причин среди подростков и молодёжи 14—21 лет неуклонно растёт. В.Краснов напомнил, что в 90-е годы количество наркозависимых в нашей стране по сравнению с Западом было мизерным. "А сейчас фиксируется свыше 500 тыс. чел., а эксперты дают оценки на уровне 1,5—2 млн наркозависимых в стране", — отметил профессор. Он подчеркнул, что полмиллиона официальных наркоманов — это те люди, которые обречены на раннюю смерть. В.Краснов пояснил, что такой наркотик, как героин, вытесняется более губительным для организма синтетическими наркотиками. "Они очень грубо влияют на организм человека, приводят к быстрой гибели, к потере работоспособности, способности учиться", — добавил В.Краснов. "Мы, врачи, клинические психологи, мало что можем сделать без государственных мер предупреждения, в том числе мер волевого порядка, потому что угроза действительно растёт", — сказал психиатр.

Источник: РИА "Новости"

В целях борьбы с ВИЧ/СПИДом и наркоманией

Роспотребнадзор создаст рабочую группу с участием представителей Церкви

19 октября 2011 г. в Москве завершилась конференция "Участие государственных, общественных и религиозных организаций в профилактике ВИЧ/СПИДа и наркозависимости", на которой подвели итоги проекта "Поддержка инициатив религиозных организаций по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИДа и паллиативному уходу в Российской Федерации". Проект длился 5 лет и осуществлялся Русской Православной Церковью и Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека при поддержке Агентства США по международному развитию и Программы развития ООН. В конференции приняли участие представители государственных, общественных, международных и религиозных организаций из 20 регионов России.

Было предложено дальнейшее взаимодействие продолжить в формате межсекторальной рабочей группы. Рабочую группу планируется сформировать до конца текущего года — об этом заявил начальник Отдела организации надзора за ВИЧ/СПИД Управления эпиднадзора Роспотребнадзора Александр Голиусов. К участию

в работе группы, по его словам, будут привлечены представители всех государственных ведомств, которых касаются проблема эпидемии ВИЧ и связанная с ней проблема немедицинского употребления наркотиков. В том числе планируется пригласить представителей Государственного антинаркотического комитета, ФСКН, Минздравсоцразвития, представителей органов социальной защиты и врачебного сообщества. Рабочая группа будет призвана реализовать предложения, вошедшие в итоговую резолюцию прошедшей конференции.

Окончательный текст резолюции ещё не утверждён, но в её предварительный вариант включён ряд предложений Синодального отдела по церковной благотворительности и социальному служению. Предложения огласил руководитель Координационного центра по противодействию наркомании Синодального отдела игумен Мефодий (Кондратьев). В первую очередь, отец Мефодий предложил направить рекомендации по включению представителей Русской Православной Церкви в состав рабочих групп по разработке федеральных стандартов медико-социальной реабилитации лиц, употребляющих наркотические средства и психотропные вещества в немедицинских целях. Кроме того, отметил игумен Мефодий, желательно включить представителей Церкви также в группы, которые будут в порядке выполнения поручения Президента России Д.А. Медведева разрабатывать механизмы господдержки негосударственных реабилитационных центров. "Религиозные организации имеют специфику, не знакомую чиновникам, которую необходимо учесть при данной разработке", — отметил в связи с этим выступавший. Также отец Мефодий заявил о необходимости введения в правовое поле понятия "социальная реабилитация", которое в нём на сегодняшний день отсутствует. Он также отметил, что, пока идёт разработка стандартов оценки качества реабилитации, государство могло бы оказывать поддержку религиозным реабилитационным центрам через Благотворительный фонд св. Иоанна Кронштадтского. Фонд был учреждён Синодальным отделом по благотворительности специально для адресной поддержки церковных инициатив по профилактике наркомании и помощи людям, попавшим в наркотическую зависимость.

Источник: www.patriarchia.ru

Целью реабилитации наркозависимых граждан является не лечение, а ресоциализация — считает руководитель группы компаний "Премиум" Эдуард Абрамов

Об этом он заявил в ходе круглого стола "Создание Нижегородской региональной системы социальной реабилитации наркозависимых: проблемы и перспективы". "Российское общество сейчас настолько трансформировано, что вопросы реабилитации решаются на самом высоком уровне. Я хорошо помню 2001 г., когда мы лицензировали первый медико-социальный реабилитационный центр в Санкт-Петербурге в рамках городской наркологической службы. К нам подошел известный сейчас телеведущий и эксперт Андрей Курпатов, возглавлявший в то время питерский психотерапевтический центр. Он мне как коллеге и товарищу задал вопрос о том, имеем ли мы право расходовать огромные государственные ресурсы на такой способ решения проблемы, не легче ли их выслать на необитаемый остров. С тех пор мнение изменилось, и в Санкт-Петербурге появилось 5 подобных центров", — отметил Э.Абрамов.

В ходе обсуждения участники мероприятия пришли к выводу, что необходимо поставить вопрос о социализации наркозависимых и об организации системы социальной реабилитации в регионах. Э.Абрамов подчеркнул, что само понятие реабилитации понимается по-разному. "Для психиатра реабилитация — это комплекс медицинских социальных и психологических мероприятий, цель которых не излечение от заболеваний, которые нельзя вылечить, а ресоциализация. Это очень важный момент, и на этом мы должны основываться. Если мы хоть один "кирпич" вынем из всего комплекса под названием "реабилитация", то ресоциализации не произойдёт", — заявил он.

Источник: www.nta-nn.ru

Челябинская область:

Магнитогорский центр помощи наркозависимым получил сертификат соответствия

Магнитогорский центр "Полевой" в сентябре получил сертификат соответствия системы добровольной сертификации центров реабилитации наркозависимых лиц. Сертификат руководителю центра Анатолию Дегтяреву в управлении наркоконтроля по Челябинской области торжественно вручил главный нарколог Южного Урала, главный врач челябинской областной клинической наркологической больницы Борис Изаровский.

Как рассказал агентству "Урал-пресс-информ" Анатолий Дегтярев, некоммерческая организация "Магнитогорский благотворительный фонд "Гражданская инициатива" существует в Магнитогорске с 2005 г. Основными направлениями деятельности фонда являются профилактика, уход и лечение ВИЧ-инфицированных граждан, лиц, больных гепатитами, и наркоманов. В 2008 г. "Гражданская инициатива" по причинам потери связи со своими пациентами, вызванной объективными причинами, решила создать свой собственный реабилитационный центр — стационар, в котором больные находились бы под постоянным присмотром непосредственно сотруд-

ников фонда. В 2010 г. "Гражданская инициатива" приняла участие в муниципальной антинаркотической программе, в рамках которой городские власти выделили фонду в безвозмездное пользование (без оплаты аренды) помещение площадью в 350 м² для проживания наркозависимых лиц и помещение площадью около 400 м² — под мастерские. На базе здания в этом же году "Магнитогорский благотворительный фонд "Гражданская инициатива" организовал некоммерческий реабилитационный центр "Полевой" — по месту нахождения (центр разместился по улице Полевой, 85), который стал структурным подразделением фонда.

Пациенты "Полевого" находятся в нем от 2 до 6 мес. — в зависимости от показаний. Здесь свой распорядок дня. Обязательны прогулки на свежем воздухе, зарядка, физические нагрузки. Организовано правильное питание. Уходить из центра в период реабилитации нельзя, хотя принудительно здесь никого не держат — кто хочет, может уйти. Насовсем.

На сегодняшний день "Полевой" может принимать до 20 чел., которым окажут помощь специально подготовленные люди. В команду центра входят 7 чел.: руководитель программы реабилитации Александр Дегтярев, врач-нарколог, медицинский психолог и четыре консультанта по химической зависимости из числа выздоравливающих наркоманов, которые живут без наркотиков от 5 до 18 лет. Консультанты прошли специальную методическую подготовку, последний раз в течение месяца стажировались в Санкт-Петербурге в центре Валентины Новиковой. Как отметил Александр Дегтярев, в "Полевом" медикаментозную помощь не оказывают — для этого центр поддерживает партнёрские отношения с государственными лечебными учреждениями, в том числе наркологической больницей.

Давать оценку работе своего центра он пока не стал — преждевременно. Серьёзно оценить результаты работы "Полевого" можно будет через год-два. Однако уже сейчас можно говорить о том, что все "выпускники" "Полевого" на сегодня ведут трезвый образ жизни.

"Полевой" из Магнитогорска стал вторым сертифицированным центром на Южном Урале после челябинских "Крыльев". Всего на территории Челябинской области в настоящее время осуществляет деятельность 21 негосударственный реабилитационный центр, способный одновременно принимать более 400 чел. Продолжительность реабилитационных мероприятий составляет от 3 до 12 мес. (с обязательным круглосуточным нахождением). Несмотря на достаточно большое количество центров, в работе ими используются две программы: первая — "12-шаговая" программа, вторая — программа, основанная на приобщении человека к вере, в основном, протестантской.

Источник: Uralpress.Ru

Лечение наркомана не будет эффективным без поддержки близких

Психологическая поддержка играет главную роль в лечении и реабилитации наркоманов, поэтому многие западные клиники даже отказываются от медикаментозной помощи, — сообщил главный врач московского наркологического диспансера №12, член Общественной палаты, глава российского благотворительного фонда «Нет алкоголизму и наркомании» Олег Зыков. «Мы выяснили, что ключевая проблема не в физическом страдании, а в том, как заполнить душевную пустоту. И она, кстати, не решается без самого пациента», — сказал он. О.Зыков считает, что в момент физического страдания человек должен чувствовать поддержку со стороны близких и друзей. «Его (наркомана) надо не к койке привязывать и в морду бить, как делают некоторые наши псевдопомощники, нужно создать атмосферу доверия и душевной теплоты», — сказал он. О.Зыков считает, что все люди стараются в своей жизни получать удовольствие. Одно дело, когда человек находит социально приемлемые способы получения удовольствия, и совсем другое — когда он начинает использовать запрещённые вещества, — отметил он.

Глава российского благотворительного фонда «Нет алкоголизму и наркомании» уверен, что алкоголь — это самый страшный легальный наркотик на сегодняшний день. «Это такой же наркотик, как героин и другие, просто в сознании обывателя алкоголь воспринимается как приемлемое химическое вещество. На самом деле — это страшнейший наркотик», — считает врач-нарколог. Он также напомнил, что человек может зависеть и не от химического вещества, имея в виду игроманию.

По мнению О.Зыкова, лечение наркомана не будет эффективным, если не оказывать ему психологическую поддержку. «По мне так вообще можно не использовать никаких медикаментов (во время лечения и реабилитации), и многие клиники на Западе используют только психологическую поддержку», — сказал он, напомнив также, что за последние 20 лет появились люди, которые сами прошли все этапы лечения и реабилитации и оказывают помощь новым выздоравливающим. Врачи-наркологи называют их «группами взаимопомощи». «Наркология должна не шаманством заниматься, обирать своих пациентов и их родственников, а, прежде всего, помогать человеку войти в этот мир выздоровления», — сказал эксперт.

Он также особо подчеркнул, что самое важное для выздоравливающего наркомана — найти гармонию с самим собой. «Иногда у меня спрашивают: сколько человек должен нравственно развиваться? Ответ очевиден», — сказал он и добавил, что для наркомана нравственное развитие необходимо и продолжаться оно должно всю оставшуюся жизнь.

Источник: РИА «Новости»

Новое в наркологической нозологии — drankорексия

Молодые люди жертвуют нормальным питанием ради алкоголя: таким образом они надеются сократить количество калорий, поступающих в организм, в надежде сохранить фигуру. Особенно это касается девушек. Это нарушение пищевых предпочтений выявили американские учёные из университета Миссури. Проведённое ими исследование показало, что 16% молодых людей ограничивают себя в еде из-за поступающих вместе с алкоголем калорий. Таким образом они рассчитывают не испортить фигуру. Девушек среди практикующих эту "диету" оказалось почти в 3 раза больше, чем юношей.

В СМИ уже появился термин для этой "болезни" — "drankорексия". "Дранкорексики" стремятся не только не набрать вес, но и сэкономить деньги на еде, чтобы потратить их на спиртное. Ещё одним мотивом является стремление побыстрее напиться. Учёные предупреждают, что эта практика может иметь опасные когнитивные, поведенческие и физические последствия. Кроме того, она подвергает людей риску развития более серьёзных расстройств пищевого поведения или наркомании.

"Лишение мозга адекватного питания и употребление большого количества алкоголя может быть опасно, — говорит доцент кафедры социальной работы и здравоохранения университета Миссури Виктория Осборн. — Вместе они могут вызвать краткосрочные и долгосрочные когнитивные проблемы, включая трудности с концентрацией внимания, обучением и принятием решений". Люди, которые неправильно питаются и злоупотребляют спиртным, более подвержены риску насилия, отравления алкоголем, наркомании и развитию хронических заболеваний. Связанные с алкоголем болезни наносят большой ущерб женскому организму.

Источник: MedDaily

Стресс заставляет детей алкоголиков злоупотреблять спиртным

Если у одного из ваших родителей были проблемы с алкоголем, очень велик риск того, что и вы после стрессовых ситуаций будете налегать на спиртное. Давно известно, что дети алкоголиков вдвое чаще прочих дружат с зелёным змием. Исследование, проведённое сотрудниками Академии Сальгренска (Швеция), пролило новый свет на эту печальную связь.

В экспериментах участвовали 58 здоровых добровольцев, поделенных на две группы в зависимости от того, были ли в их семьях проблемы с алкоголем. Всем испытуемым в случайном порядке создавались две экспериментальные ситуации, одна из которых была более стрессовой и включала в себя решение математических задач на время под приглядом публики. Затем участников попросили "принять на грудь" толику спиртного или плацебо в зависимости от того, из какой экспериментальной переделки они только что вышли.

Выяснилось следующее. Дети алкоголиков пили больше других, если пережили стресс. Очевидно, что такое поведение имеет негативные последствия в долгосрочном плане: у людей, потребляющих от случая к случаю избыточное количество спиртного, очень высока вероятность развития алкогольной зависимости. Учёные советуют: если алкоголь действительно расслабляет вас при стрессах, найдите в себе силы отыскать другой способ успокоения (быть может, это будут релаксационные упражнения).

Источник: Pharmacology Biochemistry and Behaviour

Алкоголь понижает способность организма бороться с вирусными инфекциями

Алкоголь может усугубить характерные симптомы заболевания, способствуя тем самым более длительному и осложнённому периоду восстановления после травм, физических повреждений или ожогов. Также известно, что алкоголь отрицательно воздействует на иммунную систему, ухудшая её противовирусную реакцию, особенно в печени, включая реакцию на гепатит С (HCV) и ВИЧ.

Новое исследование, опубликованное в журнале Биомедицинского центра иммунологии (BMC Immunology), показывает, что алкоголь модулирует противовирусные и воспалительные функции моноцитов (белые незернистые кровяные клетки, образующиеся в костном мозге) и то, что продолжительное употребление алкоголя имеет двойной отрицательный эффект: уменьшает противовирусную реакцию интерферона типа 1 (IFN) и увеличивает воспаление, воздействуя через провоспалительный цитокин TNF.

Учёные из Медицинской школы университета Массачусетс рассматривали воздействие алкоголя на моноциты в образцах крови, собранных у группы здоровых добровольцев. Группа, работающая под руководством

профессора Джонджи Сзабо (Gyongyi Szabo), сфокусировала внимание на двух путях развития болезней. Первый — TLR8 (толл-подобный мембранный белок, обеспечивающий функционирование врождённого иммунитета человека), стимулирующийся единственным РНК вирусной атаки. Второй — TLR4, белок, включённый в процесс опознания чужеродных организмов и бактерий.

Их результаты показали, что активизация этих путей приводила к увеличению уровней антивирусного цитокина IFN, которые, тем не менее, начинали заметно снижаться при употреблении алкоголя в количестве, равном четырём или пяти приёмам в день в течение семи дней. Аналогично, стимулирование этих путей способствовало увеличению уровней провоспалительного цитокина TNF. Таким образом, в то время как одна-единственная доза алкоголя уменьшала количество рецепторов TNF, продолжительное употребление алкоголя существенно повышало уровни воспаления.

Профессор Дж.Сзабо отметил следующее: "Спирт обладает сильным свойством торможения выработки IFN в моноцитах независимо от того, является ли сигнал тревоги глубоким межклеточным (TLR8) или поверхностным (TLR4). Такое уменьшение непременно подорвёт способность организма бороться с инфекцией. К тому же, то, что производство IFN типа 1 понижено, несмотря на повышенные уровни провоспалительного цитокина TNF, из-за хронической подверженности алкоголю, показывает, что длительное употребление алкоголя может изменить иммунный баланс активизации моноцитов и ослабить защитную реакцию на такую вирусную инфекцию, как, например, гепатит С".

Источник: www.ami-tass.ru

Курение более пагубно для женщин, чем для мужчин

Курение причиняет намного более значительный вред сердечно-сосудистой системе женщины, чем мужчины — убеждены врачи. При помощи ультразвука учёные проанализировали состояние сонных артерий (доставляющих кровь к мозгу) курильщиков. Исследование показало, что при определённом стаже курения стенки артерий начинают утолщаться (атеросклероз), однако развитие данного состояния у женщин стандартно проходило в 2 раза быстрее, нежели у мужчин. В зависимости от количества сигарет, выкуриваемых в течение дня, данный показатель может увеличиваться до 5 раз. Для организма атеросклероз чреват самыми серьёзными последствиями, поэтому данные выводы должны заставить заядлых курильщиц самым серьёзным образом задуматься о состоянии своего здоровья и при необходимости обратиться к специалисту, чтобы избавиться от пагубной привычки, — убеждены авторы исследования.

Интересно, что причины столь сильного воздействия табачного дыма на артерии женщин до сих пор остаются неизвестными. Сами врачи на презентации своей работы, проходившей в Париже на конференции Европейского сообщества кардиологов, отметили, что у них имеется несколько гипотез на этот счёт, но они требуют проверки в дальнейших исследованиях. В целом, то, что курение по-разному влияет на мужчин и на женщин, медицине уже известно. Однако стандартно эта разница незначительна и обусловлена физиологическими различиями полов. Практические данные о столь серьёзном расхождении степени вреда, который причиняет курение организму в целом или какой-либо его части, получены впервые.

Источник: www.medlinks.ru. По материалам Health Com. Подготовил Владислав Воротников

В Великобритании открывается первая госклиника для любителей клубных наркотиков

В Великобритании открывается первая госклиника — Клиника клубных наркотиков (Club Drug Clinic) при Госпитале Челси и Вестминстера, в которой займутся лечением людей с особым видом наркотической зависимости. Речь идет об употреблении так называемых клубных наркотиков — кетамина, мефедрона, экстази.

Открыть подобную лечебницу было просто необходимо в связи с увеличением числа людей, употребляющих данные наркотические средства — констатируют эксперты. Более того, уже существующие центры обычно фокусируются на лечении алкоголизма, зависимости от кокаина, героина. А вот "клубные наркоманы" остаются без поддержки. Доктор Оуэн Боуден-Джоунс, основатель клиники, заявляет: трудно подсчитать, сколько именно человек страдают от побочных эффектов приёма "клубных наркотиков". Ситуацию усугубляет и тот факт, что на рынке постоянно появляются новые наркотики, а их опасность недооценивается. По данным профессора Джона Рэмси из университета Святого Георгия, за прошлый год эксперты выявили 41 новое наркотическое соединение, ходящее в среде "клубных наркоманов".

На данный момент Клиника клубных наркотиков приняла пятимесячную программу, на прохождение которой уже получено более 70 направлений. Известно, что среди первых пациентов клиники был 27-летний мужчина с сильной зависимостью от оксибутирата натрия, известного также просто как бутират. Ночью он просыпался каждые 2 часа, чтобы принимать средство.

Источник: The Independent

Создание системы социальной реабилитации и ресоциализации наркозависимых как фактор развития регионов Северо-Западного Федерального округа

ИВАНОВ В.П.

председатель Государственного антинаркотического комитета, директор ФСКН России, Москва

Вашему вниманию предлагается выступление Виктора Иванова на Выездном совещании при Председателе Государственного антинаркотического комитета 30 ноября 2011 года в г. Санкт-Петербург.

Уважаемые коллеги!

В соответствии с решениями Президиума Государственного Совета от 18 апреля 2011 г. в Иркутске по теме «О мерах по усилению противодействия потреблению наркотиков среди молодёжи» в России стартовала и развернута интенсивная работа по созданию системы реабилитации наркопотребителей через механизмы государственной поддержки общественных, неправительственных и религиозных организаций, занимающихся реабилитационной деятельностью в отношении лиц, прошедших курс лечения от наркотической зависимости.

И я признателен полномочному представителю Президента в СЗФО Николаю Александровичу Винниченко и губернатору Санкт-Петербурга Георгию Сергеевичу Полтавченко за то, что они поддержали проведение данного совещания и обеспечили высокий уровень его проведения. Именно здесь, под Санкт-Петербургом в селе Сапёрное находится первый в России реабилитационный центр, который прошёл систему добровольной сертификации работ и услуг по социальной реабилитации и ресоциализации наркопотребителей. На прошлых Рождественских чтениях я с удовлетворением вручил Сертификат № 1 руководителю центра протоиерею Сергию (Белькову).

К настоящему времени в ряде субъектов Российской Федерации уже практикуются меры грантовой поддержки негосударственных центров реабилитации.

В Калининградской области реализуется пилотный проект по созданию полного цикла лечения, медицинской, социальной реабилитации и адаптации наркозависимых путем объединения в единый экспериментальный комплекс Калининградской областной наркотической больницы и действующего негосударственного реабилитационного центра «Орехово».

Интересна и многоканальная схема финансирования проекта. Финансирование проекта происходит

в рамках областной целевой антинаркотической программы, а также за счет средств Фонда обязательного медицинского страхования, областного Минздрава и муниципальных образований. Одновременно руководством области оказывается поддержка и другим негосударственным реабилитационным центрам. Так, решением Губернатора Калининградской области «Центру ресоциализации наркозависимых» выделено в аренду большое здание. Конечно, потребуются инвестиции для подготовки здания для работы с людьми, и уверен, что найдутся спонсоры, но первый серьезный шаг уже сделан. Хочу воспользоваться возможностью торжественно вручить Сертификат Системы добровольной сертификации по социальной реабилитации и ресоциализации руководителю Калининградской региональной общественной организации «Центр ресоциализации наркозависимых» Разину Николаю Викторовичу.

Аналогичная помощь на нужды реабилитации осуществляется и в других регионах России — в Ханты-Мансийском автономном округе-Югре и Ставропольском крае. Показательно, что результатом этого стал рост количества реабилитируемых, которым оказана действенная помощь по избавлению от наркозависимости.

На федеральном уровне первый важный шаг в этом направлении уже сделан — в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 23 августа 2011 г. № 713 «О предоставлении поддержки социально ориентированным некоммерческим организациям» и соответствующим решением Минэкономки организован конкурсный отбор таких организаций для предоставления субсидий из федерального бюджета на поддержку в том числе для организаций, занимающихся социальной реабилитацией и ресоциализацией наркопотребителей. При этом реабилитационные центры показывают хороший результат в устойчивости освобождения от наркозависимости.

Следует особо отметить, что без должной реабилитации наркологическая помощь оказывается не только недолговечной, но и предельно кратковременной. Об этом красноречиво свидетельствует тот факт, что из порядка 1 млн обратившихся в государственные и частные наркологические центры лишь 2% вышли на устойчивую ремиссию. Более того, согласно клинической статистике, практически каждый из этого миллиона ежегодно госпитализировался 5—6 раз.

Таким образом, существующая модель лечения не достигает цели, не говоря уже о формировании у наркопотребителей, их близких, да и в обществе, в целом, атмосферы безысходности.

Кроме того, эти данные, с одной стороны, свидетельствуют о высоком проценте наркопотребителей, желающих встать на путь реального освобождения от зависимости, а, с другой стороны, это хождение по кругу высвечивает проблему — в условиях отсутствия должной реабилитации все усилия государства и общества сводятся на «нет». Наркопотребители, по сути, ходят по кругу, и только мизерная часть их возвращается в общество.

Общество такая ситуация не может устроить — это очевидно. Так мы не выполним задачу сбережения народа, которую ставит перед нами руководство страны.

Вариант по принципу: «с понедельника, после детоксикации, начну новую жизнь» не срабатывает, — требуется качественное изменение среды, образа жизни, места проживания, окружения, самого характера существования, разумеется, на длительное, до 1 года, время.

Совершенно очевидно, что необходимы усилия и целенаправленные действия государства, включая региональные власти, по поддержке столь востребованной в обществе работы реабилитационных учреждений. Именно в этих целях 19 декабря в Общественной палате Российской Федерации пройдут слушания по этой проблеме, а 21 декабря состоится заседание Государственного антинаркотического комитета где будет рассмотрен вопрос о механизмах государственной поддержки и организации национальной системы реабилитации в целом.

Десять дней назад я вернулся из Чикаго, где в рамках двухсторонней российско-американской Президентской комиссии («Медведев—Обама») состоялось пятое заседание Рабочей группы по наркотикам, сопредседателем которой я являюсь. Там мы имели возможность посетить Центр реабилитации наркозависимых «Науmarket». Впечатление очень сильное. Представьте себе, ежегодно через этот центр проходит более 16 тыс. реабилитируемых наркозависимых! Продвинутая система работы с этим контингентом, прошедшим первичное лечение,

многообразные методики, квалифицированные специалисты — всё это свидетельствует о распространённости и эффективности в США сферы социальной немедицинской реабилитации. То же самое можно сказать и об опыте национальных систем в Италии, Китае, Израиле, Польше.

Хочу подчеркнуть, что и мы начинаем не на пустом месте — уже есть опыт Северо-Кавказской сети реабилитационных центров, центров в Сибири, на Урале и, конечно, в Северо-Западном федеральном округе.

Организации эффективной, результативной работы по возвращению наркопотребителей в общество в соответствии с мировым опытом базируется на трех фундаментальных принципах:

- первый — абсолютно необходимое дистанцирование наркозависимого от привычного ему агрессивного наркотического эрзац-социума;
- второй — включение реабилитируемых в интенсивный трудовой процесс, преимущественно на свежем воздухе;
- третий — проживание и работа реабилитируемых в коллективах с опытными наставниками, терапевтических коммунах и сообществах, воспроизводящих все параметры полноценного социума.

К слову, этот опыт в теории и практике давно и успешно реализован нашим выдающимся педагогом Антоном Семеновичем Макаренко. И именно этот опыт широко используют реабилитационные службы Израиля в так называемых кибуцах.

Этим трем условиям в полной мере удовлетворяет и российская сельскохозяйственная община. Хочу особо отметить, что развитие именно этого направления уже предусмотрено в совместной работе Государственного антинаркотического комитета и Министерства сельского хозяйства через действующую ФЦП «Социальное развитие села до 2013 г.» и в формируемой в настоящее время ФЦП «Устойчивое развитие сельских территорий на 2014—2017 гг. и на период до 2020 г.». Хотел бы подчеркнуть, что в этом контексте мы в комплексе, системно решаем две задачи — не только возвращаем в общество преимущественно бывшего городского наркопотребителя, но и, закрепляя его на селе, содействуем развитию сельского хозяйства.

Такая практика широко используется во всем мире, достаточно взглянуть на слайд, воспроизводящий реабилитационную коммуну в сельской местности в Сан-Патриньяно в Италии, где бывшие наркопотребители в порядке трудовой реабилитации выращивают элитный сорт винограда Сан-Джовезе, хорошо известный по популярным вида вина в России — «Монте Пиролло».

Государственный антинаркотический комитет рассматривает Северо-Западный федеральный округ как лидера в решении поставленной руководством страны задачи по созданию национальной системы социальной реабилитации. При этом хотел бы подчеркнуть, что именно здесь сосредоточен значительный интеллектуальный потенциал, сконцентрирован большой отряд специалистов в области лечения наркозависимостей, реабилитации, то есть социальных работников, психологов, антропологов, социально-педагогических работников. Очевидно, что есть все необходимые условия для создания в Санкт-Петербурге федеральной экспериментальной площадки по отработке одной из самых сложных проблем реабилитации — организации мотивирования различных групп зависимых людей к участию в программах освобождения от зависимости.

Комплексная система мотивирования к прохождению реабилитации должна востребовать потенциал социальных служб регионов, прежде всего Санкт-Петербурга, правоохранительных органов, наркологической службы, а также общественных, некоммерческих, волонтерских, родительских и иных организаций, социального окружения наркозависимых в целях координации и направления их усилий на побуждение и вовлечение наркопотребителей в программы социальной реабилитации и ресоциализации.

Георгий Сергеевич, просил бы поддержать имеющиеся инициативные предложения и на очередном заседании региональной антинаркотической комиссии под Вашим председательством в тесном сотрудничестве с аппаратом ГАК рассмотреть вопрос о создании соответствующей лаборатории по сути федерального значения. Научно-исследовательский центр ФСКН России прошу обеспечить необходимое организационно-научное сопровождение. Вообще, решение данной проблемы могло бы стать своего рода визитной карточкой Санкт-Петербурга в сфере антинаркотической политики.

Как известно, идут непрерывные споры о том, можно или нельзя принуждать к реабилитации. С нашей точки зрения, в основном это досужие и схоластические споры. Принудить к освобождению от зависимости не только неправильно, но и попросту невозможно. Но формировать мотивацию — обязанность гражданского общества и государства. Нужно всеми возможными демократическими и законными средствами вовлекать наркозависимых в реабилитацию и

тут требуются не крайности репрессивного подхода, а широкий и постоянно разрабатываемый и пополняемый инструментарий мотивирования. Особая роль при этом принадлежит системе социальной защиты и развития и ее социальным работникам.

Как показывает передовой опыт, в частности, Ханты-Мансийского автономного округа-Югры, где в настоящее время, после проведения общественных слушаний, готовятся к утверждению постановлением Правительства региональные государственные стандарты оказания услуг по социальной реабилитации и ресоциализации наркозависимых, социальная защита является той организованной государственной системой, которая могла бы внести существенный вклад в снижение наркомании.

Помимо региональных стандартов оригинальным механизмом поддержки реабилитационной деятельности мог бы стать инновационный организационно-управленческий механизм региональной системы реабилитации в виде института сертификата на реабилитацию (по типу родового сертификата или сертификата на реабилитацию инвалидов). Такой сертификат давал бы направляемым на реабилитацию определенную, пусть и небольшую, финансовую базу, скажем в 2—4 тыс. руб., что задавало бы фундаментальную поддержку негосударственным реабилитационным центрам на прозрачной и понятной основе.

Двадцать лет назад, на излёте Советского Союза в пылу преобразований была разрушена сбалансированная антинаркотическая система, состоявшая из сети наркологических учреждений и лечебно-трудовых профилакториев путем механистического уничтожения последних. Было много претензий к ЛТП, но их ликвидация без создания адекватной альтернативы оборвала технологически необходимый процесс освобождения от наркозависимости. По сути, мы просто закрыли глаза на проблему.

Сегодня руководством страны поставлена масштабная задача — создать принципиально новую систему на основе тесного общественно-частно-государственного партнёрства и взаимной ответственности. Санкт-Петербург был и остается культурной столицей России и его потенциала достаточно для создания новой для страны культуры гуманистической социальной реабилитации и ресоциализации наркозависимых.

Благодарю за внимание.

Об отдельных вопросах совершенствования антинаркотического законодательства Российской Федерации

ЗИНОВЬЕВ В.В. заместитель руководителя Международно-правового департамента ФСКН России,
начальник договорно-правового управления, генерал-майор полиции, Москва

ШЕВЦОВА Ю.Б. советник 1 отдела координационно-аналитического управления аппарата
Государственного антинаркотического комитета, Москва

В Стратегии государственной антинаркотической политики Российской Федерации до 2020 г., утверждённой Указом Президента РФ от 9 июня 2010 г. №690, в параграфе "Совершенствование нормативно-правовой базы сокращения предложения наркотиков" гл. III "Совершенствование системы мер по сокращению предложения наркотиков" указано: "Российская Федерация реализует меры, направленные на совершенствование законодательства в сфере оборота наркотиков и их прекурсоров и в области противодействия их незаконному обороту, в целях охраны здоровья граждан, государственной и общественной безопасности. При реализации данных мер обеспечивается имплементация передового международного опыта нормативного регулирования. В целях сокращения предложения наркотиков обеспечивается ужесточение административной ответственности за незаконное потребление наркотиков, ... в том числе за сбыт наркотиков ... в ... местах, используемых для проведения учебных, спортивных, культурных, развлекательных и иных публичных мероприятий". Предлагаемый ниже материал посвящён содержательному раскрытию указанного направления Стратегии.

По данным Минздравсоцразвития России, среди стационарного контингента больных наркоманией зависимость от опиоидов сегодня является доминирующей во всех возрастных группах, однако максимальный показатель, составляющий 80,4%, приходится на молодых людей в возрасте 18—19 лет, принимающих исключительно опиоиды либо их синтетические аналоги. Необходимо отметить, что лица, страдающие опишной наркоманией, обнаруживают очень низкий уровень социального функционирования и выраженную социальную несостоятельность. Непосредственным результатом потребления наркотиков является нарушение перспективных и позитивных связей и контактов, что в конечном итоге приводит к полной дезадаптации больных наркоманией. По мере прогрессирующего развития зависимости наркоманы жёстко фиксируются в своем общении в асоциальной, антисоциальной и криминальной среде, вовлекаясь в незаконный оборот наркотиков с целью получения средств, необходимых для поддержания комфортного режима наркотизации.

Принимая во внимание, что каждый потребитель наркотиков ежегодно вовлекает в их потребление не менее десятка человек, даже непосвящённому человеку несложно себе представить ситуацию с распространением молодёжной наркомании на территории Российской Федерации. Таким образом, сохраняющийся уровень приобщения подростков и молодёжи к немедицинскому потреблению наркотических средств и психотропных веществ, а также вовлечение их в незаконный оборот наркотиков является, пожалуй, одной из наиболее актуальных для современной России демографических проблем.

Для нормализации складывающейся в стране наркоситуации с учётом международного и отечественного опыта борьбы с наркотизмом и распространением наркомании наиболее адекватной была признана рестриктивная государственной антинаркотической политика, которая настоятельно диктует нам необходимость поиска новых законодательных путей решения проблемы повышения эффективности противодействия незаконному обороту наркотиков.

Повышенной опасностью вовлечения в систематическую наркотизацию отличается приверженность многих молодых людей дискотечно-клубному образу жизни, который представляет собой социально-культурный контекст употребления различных "лёгких" психоактивных веществ. Многие молодые люди, начав с эпизодического рекреационного приёма амфетаминов, экстази и другой "синтетики", привыкнув к потребности изменять сознание, рано или поздно переключаются на "тяжёлые" наркотики или алкоголь. В связи с этим места массового досуга молодёжи (ночные клубы, дискотеки, бары), где идёт нелегальное распространение подконтрольных и неподконтрольных психоактивных веществ, несут потенциальную опасность в этом плане. По имеющимся сведениям, только в Москве насчитывается порядка ста заведений повышенного риска, и, к сожалению, столица в данном отношении не уникальна. Несмотря на принимаемые меры, эта проблема остро стоит и в других российских мегаполисах, и отсутствие на сегодняшний день действенных способов её решения требует от нас принятия соответствующих мер нормативного правового характера.

В связи с этим ФСКН России подготовлены предложения о внесении изменений в Федеральный закон "О наркотических средствах и психотропных веществах" в части установления обязанности юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, занятых деятельностью в сфере оказания культурно-развлекательных и досуговых услуг, по выполнению комплекса мер по недопущению незаконного оборота или незаконного потребления наркотических средств или психотропных веществ в занимаемых ими помещениях, а также на принадлежащих им земельных участках и территориях. Соответствующими изменениями в Кодексе Российской Федерации об административных правонарушениях (КоАП) предлагается установить ответственность за непринятие таких мер, перечень которых должен быть утверждён Правительством Российской Федерации.

При подготовке данных предложений были использованы результаты анализа зарубежной правоприменительной практики. Так, например, в Великобритании в 1997 г. был принят Закон о лицензиях на проведение публичных зрелищ. В соответствии с этим законом, орган, выдавший лицензию на проведение зрелищного мероприятия, рассмотрев сообщение начальника полицейского участка о наличии "серьёзных проблем, связанных с поставкой или использованием контролируемых веществ в месте проведения представления или поблизости от этого места", вправе лишить владельца лицензии в том случае, если им не были предприняты меры по обеспечению соответствующего порядка.

Уголовный кодекс Франции, в числе прочих, относит к преступлениям, связанным с незаконным оборотом наркотиков, подстрекательство к совершению незаконных операций с ними, а также их распространение в учебных учреждениях и в административных помещениях. При этом Уголовный кодекс Франции не исключает возможности применения уголовной ответственности в отношении юридических лиц. Самым суровым наказанием (не считая больших денежных штрафов), в зависимости от степени общественной опасности преступления, является ликвидация юридического лица, виновного в данном деянии.

Органически связанными с перечисленными являются также подготовленные ФСКН России предложения по установлению порядка проведения медицинского освидетельствования на состояние опьянения в качестве меры обеспечения производства по делам об административных правонарушениях. В соответствии с действующими положениями КоАП России медицинское освидетельствование на состояние опьянения установлено в качестве одной из таких мер в отношении лиц, управляющих транспортными средствами. Отсутствие такой меры в отношении иных лиц привело к нескольким парадоксаль-

ной ситуации, когда за один и тот же период времени в России за незаконный оборот наркотиков возбуждается уголовных дел в несколько раз больше, чем дел об административных правонарушениях, связанных с употреблением наркотических средств и психотропных веществ в немедицинских целях. Для восполнения данного правового пробела подготовленным законопроектом предлагается предусмотреть возможность применения медицинского освидетельствования как меры обеспечения производства и по иным делам об административных правонарушениях. Для предупреждения возможности уклонения от такого медицинского освидетельствования предлагается также установить соответствующую административную ответственность.

Наконец, ещё одним фактором, негативно влияющим на развитие наркоситуации как на территории нашего государства, так и в мире, в целом, стал, как ни странно, научно-технический прогресс. Стремительное развитие коммуникативных технологий привело к тому, что Интернет сегодня стал чуть ли не самым удобным средством распространения и пропаганды наркотиков. В обсуждаемой нами области особенности функционирования Всемирной паутины позволяют наносить максимально возможный ущерб при минимуме затрат, в том числе путём распространения сведений о способах, методах разработки, изготовления и использования, местах приобретения наркотических средств и психотропных веществ, а также пропаганды каких-либо преимуществ использования одних наркотиков по сравнению с другими. Все эти действия в настоящее время находятся за пределами права на распространение информации и ставят перед законодателем проблемы, требующие своего нормативного разрешения. По мнению ФСКН России, эффективное противодействие пропаганде и продаже наркотиков с использованием сети Интернет возможно путём распространения действия антинаркотического законодательства Российской Федерации на отношения, связанные с использованием сети Интернет, и через введение административной ответственности операторов интернет-услуг за непредставление или несвоевременное представление в государственный орган информации о своих пользователях и оказанных им услугах.

В заключение хочется выразить уверенность в том, что взвешенный плюралистический подход к анализу проблем, связанных с распространением наркомании и наркопреступности в нашей стране, основанный на результатах анализа правоприменения антинаркотического законодательства в Российской Федерации и других странах, способен должным образом изменить динамику развития наркоситуации в тактическом отношении и ускорить наработку как социально-общественное явление в качестве своей стратегической задачи.

Система межведомственного взаимодействия как эффективный инструмент профилактики употребления ПАВ среди несовершеннолетних

ВОЛКОВ А.В.

главный нарколог Ярославской области, главный врач

ЗИНОВЬЕВА М.А.

главный детский нарколог Ярославской области,

зав. амбулаторным отделением ГБУЗ ЯО «Ярославская областная клиническая наркологическая больница»,
150054, г.Ярославль, пр-кт Октября, д.59, факс: 8 4852 73-61-11, e-mail: yaoknb@yarosavl.ru

Отражён десятилетний опыт работы наркологической службы Ярославского региона в области профилактики. Представлена созданная в регионе система межведомственного взаимодействия в сфере профилактики употребления наркотических и психоактивных веществ в молодёжной среде. Отражена совместная деятельность наркологической службы с КДНиЗП, ПДН УВД, УФСКН, департаментом образования, системой исполнения наказаний, военкоматами, Центром профилактики СПИД, Центрами здоровья, Русской Православной Церковью и другими организациями. Приведены объективные критерии оценки эффективности профилактической работы в регионе.

Ключевые слова: система межведомственного взаимодействия, профилактическая работа, профилактика употребления наркотических и ПАВ в молодёжной среде, критерии эффективности

Сегодня для абсолютного большинства специалистов, занимающихся профилактикой употребления психоактивных веществ (ПАВ) среди молодёжи, совершенно очевидным стал тезис о том, что эффективность профилактической работы определяется уровнем организации межведомственного взаимодействия при её осуществлении. Действительно, как бы хорошо ни были организованы профилактические мероприятия специалистами наркологической службы, но если они проводятся в отрыве от организаций и учреждений, работающих с молодёжью (школа, училище, КДНиЗП, ПДН, УФСКН, РПЦ, молодёжные организации и пр.) и между ними не существует преемственности в работе, то чаще всего такие превентивные меры будут носить ограниченный и кратковременный характер. В то же время, существует проблема налаживания продуктивных контактов и взаимопонимания между специалистами различных служб и ведомств, определения задач и распределения функций каждого из них для реализации единой цели — предупреждения употребления ПАВ в молодёжной среде. Причём организация и проведение совместных профилактических мероприятий играют важную роль не только в массовом масштабе, но и ещё в гораздо большей степени при работе на индивидуальном уровне, когда предпринимаются определённые усилия по недопущению употребления ПАВ конкретным человеком.

Начиная с 2000 г. детско-подростковая наркологическая служба области выступила инициатором создания в г.Ярославле системы межведомственного взаимодействия по профилактике употребления ПАВ в молодёжной среде, в которой бы объединились возмож-

ности всех заинтересованных организаций, работающих с детьми и подростками. Специалисты наркологической службы стали активно выходить на конкретных сотрудников различных ведомств и учреждений с предложениями о совместной работе, используя при этом уже наработанные в предыдущие годы опыт и связи с комиссиями и подразделениями по делам несовершеннолетних. Значительную роль на этапе знакомства, установления рабочих контактов и взаимного мотивирования сыграли совместные межведомственные семинары-тренинги, которые были организованы специалистами наркологической службы. На этих семинарах сложилась определённая творческая атмосфера, которая позволила сотрудникам различных организаций открыто обсудить сложившуюся ситуацию, понять и прояснить позицию друг друга, найти точки соприкосновения. Специалистами давалась объективная информация о проблеме. Кроме этого, были обнаружены некоторая некомпетентность, отсутствие необходимых знаний и неподготовленность в вопросах наркозависимости и её профилактики всех категорий специалистов, работающих с детьми и подростками. Поэтому специалистами наркологической службы было проведено несколько обучающих семинаров и тренингов, на которых работающие с молодёжью педагоги, школьные психологи, специалисты КДНиЗП, ПДН, молодёжных организаций получили знания о признаках потребления ПАВ, способах их обнаружения. С ними проигрывались (моделировались) те или иные сложные ситуации, способы их разрешения. До сих пор, по мере необходимости, специалистами наркологической службы проводятся подобные обучающие семинары. Кроме этого, выпускается методическая литература по

первичной профилактике наркозависимости, которая распространяется среди сотрудников заинтересованных организаций. В результате проведённых семинаров у сотрудников различных учреждений сформировалось чёткое понимание роли каждого из них в профилактической антинаркотической работе, что позволило определить функции конкретного специалиста и его «ведомства», их задачи и цели, и наметить пути объединения и создания системы взаимодействия между различными организациями и учреждениями.

Следующим важным и обязательным шагом стало подключение административного ресурса, поскольку создание системы, объединяющей несколько организаций, различающихся по своей основной деятельности, невозможно без определённых административных решений, действий и соответствующего контроля.

В Администрации Ярославской области была создана межведомственная комиссия по противодействию незаконному обороту наркотиков, в которую вошли ведущие специалисты и руководители ведомств и учреждений, участвующих в профилактической деятельности. Комиссию возглавил 1-й заместитель губернатора области, что придало ей особый статус и социально-политическую значимость. На межведомственную комиссию были возложены основной контроль за системой профилактической работы и оказание конкретной помощи с использованием административного ресурса при решении проблем в ходе реализации профилактических программ в регионе. В регионе большинство профилактических мероприятий стало осуществляться в рамках областной целевой программы «Комплексные меры противодействия злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту». Начиная с 2005 г. данная программа была принята уже как Закон Ярославской области, что практически исключило вероятность её неисполнения. Более половины финансового содержания программы составляли профилактические и лечебно-реабилитационные мероприятия. Межведомственная комиссия (с 2008 г. — антинаркотическая комиссия в Ярославской области под председательством губернатора области) постоянно контролирует финансирование и исполнение целевой программы. В последние годы большое количество профилактических и лечебных мероприятий, а также мер превентивного антинаркотического характера в области были реализованы именно за счёт средств этой программы.

Без использования административного ресурса не состоялся бы и один из самых крупных профилактических проектов в регионе — анонимное анкетирование учащихся по употреблению ПАВ. Уже 10 лет оно эффективно и регулярно проводится благодаря совместному приказу областных департаментов образова-

ния и здравоохранения, датированному 25.04.2001 г. На сегодняшний день проанкетировано более 33 тыс. учащихся из учебных заведений области. Именно результаты данного исследования используются в регионе при планировании и разработке большинства профилактических программ. Полученные в ходе анкетирования результаты позволяют адекватно оценить ситуацию по употреблению ПАВ несовершеннолетними в конкретном сообществе и малой группе (классе) и на этой основе строить прицельную профилактическую работу в дальнейшем. В 2005 г. специалистами детской наркологической службы разработана новая анкета повторного опроса учащихся, которая позволяет определить эффективность проделываемой в учреждениях образования профилактической работы в период после предыдущего анкетирования. Повторное анкетирование (скрининг) показывает, что проводимая в школах профилактическая работа достаточно эффективна и имеет свои позитивные результаты.

В настоящее время кроме анонимного анкетирования, взаимодействие органов здравоохранения и образования осуществляется по следующим направлениям:

- проведение информационных занятий, профилактических тренингов с учащимися, родительских собраний и обучающих семинаров с педагогами и сотрудниками учреждений образования. Опыт организации и проведения превентивных антинаркотических мероприятий показал, что профилактическую работу необходимо максимально переориентировать с массовых мероприятий на работу в малых группах и индивидуально. Именно в такой форме она приносит наиболее эффективные результаты;

- интерактивные методы, подразумевающие субъект-субъектный подход, когда подростки являются не пассивными слушателями, а активными участниками профилактического процесса. В своей работе специалисты наркологической больницы используют такие виды интерактивных занятий, как профилактические тренинги и презентации, тренинги по обучению жизненно важным навыкам, деловые игры, мозговой штурм, просмотр профилактических фильмов с последующим их обсуждением;

- разработка, издание и распространение в образовательных учреждениях профилактических буклетов, плакатов;

- разработка профилактических материалов, направленных на предупреждение распространения употребления ПАВ в молодёжной среде (9 видов буклетов, 5 видов плакатов, 2 вида карманных календарей, методическая литература). Тематика плакатов и буклетов определяется злободневностью той или иной проблемы, направленностью на определённый контингент (подростки, родители, педагоги). Наиболее

востребованы профилактические материалы о последствиях употребления пива, марихуаны, энергетических напитков, о компьютерной зависимости. Данные профилактические материалы издаются на средства областных целевых программ и активно распространяются среди населения (за последние 5 лет их было распространено более 200 тыс.);

- экспертный совет по оценке и допуску к распространению профилактических антинаркотических материалов в образовательных учреждениях области;

- работа созданного в 2007 г. при Департаменте образования регионального совета по проведению экспертизы программно-методических материалов, печатной, видео-аудио и другой продукции по вопросам профилактики употребления ПАВ. После оценки профилактических материалов выдается заключение экспертного совета о допуске или недопуске их к распространению на территории Ярославской области. За время работы совета им была произведена экспертиза более 70 профилактических материалов (буклеты, компьютерные игры, методические рекомендации и пособия, памятки, образовательные программы, документальные, мультипликационные и художественные фильмы, лекции и пр.);

- развитие волонтерского движения среди учащихся образовательных учреждений области.

С декабря 2006 г. специалисты детской наркологической службы принимают участие в программе подготовки волонтеров по профилактике употребления ПАВ из числа учащихся школ и профессиональных училищ области. За этот период обучение прошли около 550 учащихся и 56 педагогов из 43 образовательных учреждений.

Опыт Ярославской области показывает, что активная позиция департамента образования и непосредственно педагогических коллективов учебных заведений обеспечивает высокий уровень профилактической работы, её эффективность и возможность охватить максимальное количество несовершеннолетних мероприятиями, направленными на предупреждение употребления ими ПАВ.

Традиционно активное сотрудничество и эффективное взаимодействие осуществляются с **КДНиЗП и подразделениями по делам несовершеннолетних УВД**. За 12 лет по направлению этих учреждений специалистами ЯОКНБ проконсультировано более 22 тыс. несовершеннолетних. Постоянно осуществляется совместное наблюдение «трудных» подростков, происходит регулярный обмен информацией (в рамках действующего законодательства), объединение совместных усилий сотрудников различных организаций при оказании помощи конкретному подростку и его родителям, осуществляется координация совместных действий, регулярно проводятся рабочие встречи

и совещания. Начиная с 2006 г. специалистами детской наркологической службы передаётся письменная информация в комиссии по делам несовершеннолетних о работе, проведённой с подростками, направленными на приём к наркологу сотрудниками КДНиЗП. Ежегодно сотрудниками КДНиЗП на консультацию нарколога направляется 200—250 несовершеннолетних. Кроме этого, регулярно проводятся реабилитационные лагеря для несовершеннолетних «группы риска». За время работы детской службы ЯОКНБ её специалисты совместно с управлением по делам молодёжи мэрии г.Ярославля и областной КДНиЗП принимали непосредственное участие в организации и проведении 14 выездных реабилитационных лагерей «Викинги» для зависимых от ПАВ подростков (560 чел.). В лагерях им проводилась медикаментозная и психотерапевтическая поддерживающая и противорецидивная терапия, индивидуальная и групповая психокоррекционная работа, а также спортивно-культурные, развивающие и трудовые реабилитационные мероприятия. Результаты работы реабилитационных лагерей показали их эффективность — подростки, имеющие после реабилитационного лагеря ремиссию 6 мес. и более, составили около 77%.

Помимо этого, подростковые врачи психиатры-наркологи оказывают консультативно-методическую помощь в работе реабилитационных центров для подростков, склонных к употреблению ПАВ, в г.Данилове (Ярославская область) и г.Ярославле, организованных в структуре образования. Специалистами ГУЗ ЯО «ЯОКНБ» разработана Концепция реабилитации несовершеннолетних, по которой с 2004 г. строится работа Даниловского реабилитационного центра и проводится отбор детей и подростков для реабилитации. С 2005 г. годичную реабилитацию прошли 72 несовершеннолетних, в 2010 г. реабилитацию завершили 11 подростков, в настоящее время реабилитационный курс проходят 10 подростков. В 2006 г. в структуре Центра психолого-медико-социального сопровождения детей (г.Ярославль, ул. Невского, 7а) открыто отделение реабилитации и коррекции несовершеннолетних, склонных к употреблению ПАВ. Подростки проходят программу годичной реабилитации. С момента открытия реабилитационного отделения полный курс реабилитации прошли 107 несовершеннолетних, в настоящее время реабилитацию проходят 8 подростков.

С 2010 г. подростковый нарколог на постоянной основе консультирует и контролирует проведение реабилитационной работы с несовершеннолетними, находящимися в «группе риска» в Переславском детском доме и в интернате №9.

С целью улучшения профилактической работы с несовершеннолетними, состоящими на профилактиче-

ском учёте в ПДН, со второго полугодия 2010 г. 1 раз в неделю проводятся совместные встречи инспекторов ОДН УВД и подростковых врачей психиатров-наркологов с «трудными подростками» непосредственно в помещениях районных ПДН. На эти встречи приглашаются также родители этих подростков для проведения профилактической работы сразу со всей семьей. Кроме этого, начиная с 2010 г. подростковый психиатр-нарколог совместно с сотрудниками ПДН и УФСКН осуществляют выезды на дом в асоциальные семьи, где есть несовершеннолетние. Как показывает практика, действующая система межведомственного взаимодействия с КДНиЗП и ОДН УВД достаточно эффективна и с каждым годом претерпевает положительные изменения. Ежегодно происходят модернизация и, вместе с тем, «упрощение» имеющихся форм передачи информации и поиск новых механизмов взаимодействия. Это обсуждается на регулярных совместных заседаниях и «круглых столах».

Результаты оценки эффективности превентивных мероприятий

При реализации профилактических мероприятий в рамках системы межведомственного взаимодействия важно выработать **объективные критерии оценки эффективности данной работы**. Одним из таких критериев является сравнительный анализ результатов анонимного анкетирования учащихся, проводимого на протяжении всего периода функционирования системы антинаркотической профилактики. Так, при анализе вопросов, касающихся табакокурения, чётко прослеживается тенденция к снижению интереса к этому ПАВ с 60% в 2001 г. до 36,6% в 2011 г.

Несмотря на сохраняющийся высокий уровень употребления алкоголя в молодёжной среде, на протяжении последних лет прослеживается чёткая тенденция к снижению количества учащихся, которые признаются в его употреблении (92,3% в 2001 г. и 75,8% в 2011 г.). Абсолютное большинство из них употребляет слабоалкогольные напитки (88% в 2001 г., 69,4% в 2011 г.). Аналогичная ситуация прослеживается в отношении энергетических напитков — более половины респондентов употребляют их, при этом кривая употребления идёт вниз: 2008 г. — 79,3%, 2009 г. — 76%, 2010 г. — 61,4%, 2011- 54,8%.

Результаты анкетирования показывают, что происходит постепенный спад употребления наркотических веществ подростками (11% в 2001 г., 3,3% в 2011 г.). За последние 4 года количество употребляющих наркотики не превышало 5% из числа опрошенных. Традиционно большинство подростков из числа пробовавших наркотики предпочитает каннабиноиды (от 48% до 74% в разные годы исследования).

Анализ употребления летучих ингалянтов в детско-подростковой среде дал следующую картину: 12% несовершеннолетних в 2001 г. и 7,7% в 2011 г. Кроме того, начиная с 2006 г. этот показатель не превышает 8%.

Качественным показателем, характеризующим эффективность превентивных мероприятий, является повышение уровня информированности обучающихся о последствиях употребления ПАВ. Так, в 2001 г. не считали пиво алкогольным напитком и не знали о последствиях его употребления 52% респондентов, а в 2011 г. этот показатель составил 11,5%. Утверждали безопасность употребления любого алкоголя в начале исследования (2001 г.) 6% опрошенных, а в текущем году — 0,9%.

Наблюдается изменение отношения несовершеннолетних к употреблению наркотиков. Из года в год уменьшается количество тех, кто считает наркотические вещества безопасными (от 4% в 2001 г. до 0,6% в 2011 г.). Постепенно изменяется мнение о том, что «употреблять наркотики модно и круто»: 2,7% обучающихся в 2001 г. и 0,6% в 2011 г.

Очень показательными в плане оценки работы системы межведомственного взаимодействия являются результаты скрининга эффективности профилактической деятельности образовательных учреждений. В 2005 г. специалистами наркологической больницы разработана новая анкета (скрининг) повторного опроса учащихся, которая позволяет вести мониторинг деятельности по профилактике аддиктивного поведения учащихся в конкретном образовательном учреждении. Основными задачами скрининга являются изучение изменения отношения учащихся к употреблению ПАВ в результате проведённой работы, а также анализ и коррекция профилактических программ.

Скрининг проводится по истечении года после анонимного анкетирования в тех учебных заведениях, в которых анкетирование выявило наиболее напряжённую ситуацию по употреблению ПАВ. За 5 лет исследования скринингом охвачено 1601 чел. из 27 школ и учреждений начального профессионального образования. Скрининг показал, что превентивные мероприятия имеют определённые позитивные результаты. Так, 8% учащихся признались, что благодаря профилактическим занятиям отказались от курения, 12% отказались от употребления пива, 7,5% решили, что никогда не будут пробовать наркотики, а 63% респондентов задумались о своём здоровье и будущем.

Значимым критерием эффективности работы системы межведомственного взаимодействия являются показатели, регистрируемые подразделениями по делам несовершеннолетних УВД области. За 5 лет в Ярославской области существенно (на 27%) снизи-

лось количество несовершеннолетних, в отношении которых были составлены протоколы за появление в общественных местах в пьяном виде и за распитие спиртных напитков (3714 — в 2006 г., 2699 — в 2010 г.). Также в течение последних лет отмечалось стабильное снижение числа несовершеннолетних, состоящих на учёте в ПДН за употребление ПАВ (721 — в 2006 г., 514 — в 2010 г.).

На протяжении всего периода своего существования система межведомственного взаимодействия постоянно развивается и совершенствуется, расширяются формы этого сотрудничества. В последние годы специалисты наркологической службы активно сотрудничают с областным военкоматом в рамках системы раннего выявления лиц, употребляющих наркотики и другие ПАВ. В соответствии с Приказом Департамента здравоохранения, с мая 2004 г. регулярно, каждую призывную кампанию проводятся осмотры наркологом призывников на сборном пункте областного военкомата с использованием тест-полосок экспресс-диагностики ПАВ в биологических средах организма. Из осмотренных на сегодня 17 700 призывников (в 2010 г. осмотрено 4011) у 72 (0,4%) выявлены признаки употребления ПАВ (из них в 2010 г. — 20). Они прошли необходимое обследование и освобождены от службы в армии. Кроме этого, все лица, поступающие в высшие военные учебные заведения и на контрактную службу в армию, осматриваются врачом-наркологом с обязательным тестированием на наркотики.

Взаимодействие наркологической службы с другими медицинскими учреждениями

С каждым годом улучшается взаимодействие наркологической больницы с другими медицинскими учреждениями области. После издания в ноябре 2010 г. Приказа департамента здравоохранения и фармации Ярославской области «О реализации Порядка оказания медицинской помощи наркологическим больным в Ярославской области» организация этой работы приняла ещё более чёткие очертания и алгоритм действий. Механизм взаимодействия между ЛПУ области в сфере профилактики употребления ПАВ отлажен достаточно хорошо. При подозрении или выявлении в медицинском учреждении г.Ярославля лица, употребляющего наркотики, находящего на стационарном лечении, к данному пациенту на консультацию обязательно вызывается врач-нарколог. При выявлении на амбулаторном приёме лица, имеющего проблемы с алкоголем или наркотиками, ему даётся направление на консультацию к наркологу в амбулаторное отделение наркологической больницы. В городах области эти функции выполняют районные наркологи. Кроме этого, врачи-наркологи проводят в

ЛПУ города информационно-разъяснительные беседы с коллегами о признаках употребления ПАВ и способах их выявления. Особенно тесное сотрудничество и взаимодействие осуществляется наркологической больницей с **Центром СПИД** — врач-нарколог на постоянной основе консультирует пациентов, обращающихся в Центр. Осуществляется совместное наблюдение и ведение пациентов с двойным диагнозом: *наркомания (алкоголизм)* и *ВИЧ*. С этого года планируется пациентам, имеющим сочетанную наркологическую и соматическую патологию, проводить «Школы для пациентов» с целью повышения приверженности к лечению болезней зависимости и сопутствующей соматической патологии. Применение обучающих программ имеет не только медицинское, но и социально-экономическое значение, способствует лучшей социальной адаптации пациентов с хронической патологией, что ведёт к уменьшению прямых и косвенных затрат на лечение. Начиная со 2-го квартала 2010 г. выстроена определённая схема взаимодействия с **Центрами здоровья**. В каждом Центре здоровья при подозрении на наличие наркологических проблем у обратившегося человека или при заявлении им данных проблем пациентом заполняется специальная анкета на предмет наличия болезней зависимости. По результатам данной анкеты пациенту даётся рекомендательная информация о необходимости консультации врача-нарколога с предоставлением графика работы амбулаторного отделения ГУЗ ЯО «ЯОКНБ» и телефона регистратуры, по которому можно записаться на приём к специалисту в удобное для пациента время. Регистратор или врач Центра здоровья передаёт информацию в наркологическое учреждение о количестве направленных на консультацию пациентов. Наркологическая больница, в свою очередь, информирует Центры здоровья о количестве дошедших на консультацию пациентов. В настоящее время специалисты наркологической больницы разрабатывают более простые и менее трудоёмкие скрининг-опросники на выявление проблем, связанных с болезнями зависимости, для того, чтобы каждый человек, обратившийся в Центр здоровья, мог заполнить этот тест, не тратя на это много времени. Кроме этого, планируется разработать и разместить в каждом Центре здоровья информационно-рекламный стенд и небольшие буклеты о видах медицинской и психологической помощи, предоставляемой наркологической больницей.

С каждым годом происходят положительные изменения во взаимодействии специалистов наркологической больницы и **УФСН**. Проводятся совместные акции, направленные на профилактику употребления молодёжью наркотических веществ, происходит регулярный обмен информацией в рамках действующего

законодательства. В последние годы проводятся совместные акции: «Сообща, где торгуют смертью» с использованием «телефонов доверия» наркологической службы и УФСКН. В то же время недостаточно, на наш взгляд, используются ресурс и возможности силовых структур для проведения дополнительной мотивации лиц, у которых при проведении медицинского освидетельствования выявлено состояние наркотического или алкогольного опьянения либо факт употребления наркотиков. Особенности ситуации не позволяют провести эффективную мотивационную беседу с обследуемым. Тем не менее, уже в кабинете экспертизы врачом, по возможности, проводится мотивационное собеседование, аргументировано объясняется необходимость получения специализированной наркологической помощи. Существенным подспорьем в данной работе могут быть разъяснительные беседы сотрудников учреждений, контактирующих с данным лицом после проведённого освидетельствования (УВД, наркоконтроль, ГИБДД и др.). Сотрудники силовых структур располагают определёнными возможностями по воздействию на данных лиц и убеждению их в необходимости наблюдения у нарколога, которые на практике, к сожалению, не применяются.

Необходимость мотивационной работы подтверждается ежегодным ростом процента лиц, состоящих на наркологическом учёте, среди тех, кому при медосвидетельствовании было определено состояние опьянения: 2008 г. — 6,5% (180 чел.), 2009 г. — 7,7% (158 чел.), 2010 г. — 9,2% (172 чел.).

Эффективной формой мотивационной работы могли бы стать обязательное прохождение консультации врача-нарколога и прослушивание курса профилактических лекций для лиц, у которых по результатам медицинского освидетельствования установлено состояние опьянения.

На сегодняшний день достаточно эффективно работает и ежегодно улучшается действующая система межведомственного взаимодействия Ярославской наркологической больницы и органов **системы исполнения наказания**. Регулярно происходит обмен информацией в виде индивидуальных ежемесячных запросов со стороны органов исполнения наказания и сверки данных 1 раз в квартал со стороны наркологической больницы. По приговору суда обязательное лечение от наркомании (по официальной статистике) в ГУЗ ЯО «Ярославская областная клиническая наркологическая больница» ежегодно проходят 15—25 чел.

Взаимодействие специалистов наркологической больницы с Русской Православной Церковью осуществляется с 1999 г., после создания моленной комнаты в одном из стационарных отделений наркологической больницы, где священнослужители совершают молебны и другие религиозные обряды. В 1-м квартале 2011 г. специалисты наркологической больницы совместно со священнослужителем РПЦ, сотрудниками УВД и УФСКН разработали и начали проводить совместные профилактические тренинги в общеобразовательных учреждениях г.Ярослава. В результате такого подхода проблема злоупотребления



Система межведомственного взаимодействия по профилактике употребления ПАВ

ПАВ освещается комплексно: РПЦ раскрывает духовные аспекты, специалисты наркологической больницы — медицинские, УФСКН и УВД — юридические.

Из представленной схемы хорошо видно, что наркологическая служба в системе профилактики заняла как бы центральное место, поскольку ей отведена основная консультативно-методическая роль при проведении большинства профилактических мероприятий, и все заинтересованные организации пересекаются с ней в ходе планирования и/или реализации этих мероприятий. В то же время функция контроля и координации основных действий всех участников системы профилактики сохраняется за антинаркотической комиссией в Ярославской области.

Важный элемент межведомственного взаимодействия — это обратная связь, обмен информацией между органами системы профилактики и совместное обсуждение дальнейшей профилактической и реабилитационной работы с подростком.

Заключение

Таким образом, представленная информация позволяет сделать вывод о том, что эффективность системы профилактики обеспечивается:

- 1) участием всех заинтересованных структур на основе мультидисциплинарного подхода и межведомственного взаимодействия;
- 2) использованием административного ресурса и наличием координирующего органа (антинаркотическая комиссия), контролирующего и объединяющего профилактическую деятельность этих структур;
- 3) разнообразием форм и методов профилактической работы, преимущественно на индивидуальном-групповом уровне;
- 4) консультативно-методической поддержкой специалистов (наркологическая служба, научно-преподавательский состав вузов, издание методической литературы, проведение обучающих тренингов);
- 5) осуществлением профилактической работы в рамках действующего законодательства.

THE SYSTEM OF INTERAGENCY COOPERATION AS AN EFFECTIVE TOOL FOR PREVENTING THE USE OF PSYCHOACTIVE SUBSTANCES AMONG YOUTH PEOPLE

VOLKOV A.V. chief narcologist of Yaroslavl region, chief doctor, Yaroslavl regional clinical narcological clinic

ZINOVIEVA M.A. chief children's narcologist of Yaroslavl region,
manager of out-patient department, Yaroslavl regional clinical narcological clinic,
Yaroslavl regional clinical narcological clinic,

October av. 59, Yaroslavl 150054, Russia, fax: 007 4852 736111, e-mail: yaoknb@yaroslavl.ru

The article reflects a decade of experience substance abuse services on prevention in the region of Yaroslavl. The system of interagency cooperation in the field of prevention and use of narcotic substances among young people, created in the region, is represented. The joint work with drug service, the commissions on affairs of minors and protection of their rights, divisions on affairs of minors, the Department of Internal Affairs, Management of federal service on control over drug trafficking, Department of Education, the penal system, military office, the Center for AIDS Prevention, Centers for Health, the Russian Orthodox Church and other organizations is reflected. Objective criteria for assessing the effectiveness of prevention efforts in the region are given.

Key words: system of interagency cooperation, prevention, prevention of the use of drugs and surfactants among youth, prevention and performance criteria

Доклад Международного комитета по контролю над наркотиками за 2010 г. Рекомендации правительствам, Организации Объединённых Наций и другим соответствующим международным и региональным организациям

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 её памяти. Она останется в памяти как талантливый исследователь, умелый политический деятель и замечательный, тёплый и добрый человек.

Рекомендации правительствам, Организации Объединённых Наций и другим соответствующим международным и региональным организациям

804. Комитет следит за осуществлением правительствами международных конвенций о контроле над наркотиками и наблюдает за функционированием международной системы контроля над наркотиками на национальном и международном уровнях. На основе произведённого анализа Комитет готовит для правительств, а также международных и региональных организаций рекомендации в поддержку осуществления конвенций.

805. В этой главе Комитет выделяет основные рекомендации, содержащиеся в главах II и III настоящего доклада. Рекомендации, содержащиеся в главе I, в главу IV не включены. В 2010 г. Комитет постановил выпустить дополнение⁴⁰ к настоящему докладу по вопросу о наличии психоактивных средств, находящихся под международным контролем, в которое вошли несколько дополнительных рекомендаций. Дополнительные рекомендации по контролю над прекурсорами изложены в докладе Комитета за 2010 г. о выполнении ст. 12 Конвенции 1988 г.⁴¹ Комитет призывает правительства и соответствующие международные и региональные организации изучить все

его рекомендации и при необходимости выполнить их. Комитет призывает заинтересованные стороны информировать его о мерах, принятых ими во исполнение этих рекомендаций.

806. В 2008 г. Комитет постановил дать оценку выполнению правительствами и соответствующими международными организациями рекомендаций, опубликованных в его докладах за 2005, 2006 и 2007 гг. Информация о выполнении рекомендаций Комитета, адресованных соответствующим международным организациям, содержится в главе II настоящего доклада; информация о выполнении рекомендаций Комитета правительствами будет опубликована Комитетом с течением времени.

А. Рекомендации правительствам

807. Рекомендации правительствам сгруппированы по следующим основным темам: присоединение к договорам; осуществление договоров и меры контроля; предупреждение незаконного производства и изготовления наркотиков, незаконного оборота наркотиков и злоупотребления ими; предупреждение утечки прекурсоров в незаконный оборот и обеспечение наличия и рационального использования наркотических средств и психотропных веществ для медицинских целей.

⁴⁰ Доклад Международного комитета по контролю над наркотиками о наличии психоактивных средств, находящихся под международным контролем, и обеспечении надлежащего доступа к ним для медицинских и научных целей. (Издание Организации Объединённых Наций, в продаже под №R.11.XI.7).

⁴¹ Прекурсоры и химические вещества, часто используемые при незаконном изготовлении наркотических средств и психотропных веществ: доклад Международного комитета по контролю над наркотиками за 2010 г. ...

1. Присоединение к договорам

808. Основу системы международного контроля над наркотиками составляют Конвенция 1961 г. с поправками, внесёнными в неё в соответствии с Протоколом 1972 г., Конвенция 1971 г. и Конвенция 1988 г. Присоединение всех государств к этим конвенциям и всеобщее осуществление их положений являются непреложным условием эффективного контроля над наркотиками во всём мире.

Рекомендация 1. Остаётся 16 государств, включая 10 государств Океании, которые ещё не стали участниками одного или нескольких международных договоров о контроле над наркотиками⁴². При этом Афганистан и Чад до сих пор являются сторонами только Конвенции 1961 г. без поправок. Наличие государств, не присоединившихся хотя бы к одному из международных договоров, может ослаблять коллективные усилия международного сообщества по предупреждению и пресечению злоупотребления наркотиками и их незаконного оборота. Комитет обращается к государствам, которые ещё не являются сторонами одного или нескольких международных договоров о контроле над наркотиками, с просьбой безотлагательно присоединиться к этим договорам.

2. Осуществление договоров и меры контроля

809. Одного лишь всеобщего присоединения к трём международным договорам о контроле над наркотиками ещё недостаточно для решения связанных с наркотиками проблем: для этого необходимы всеобщее выполнение всех положений этих договоров и эффективное применение всеми правительствами необходимых мер контроля.

Рекомендация 2. Согласно соответствующим положениям международных договоров о контроле над наркотиками стороны этих договоров обязаны представлять в Комитет статистические данные о наркотических средствах, психотропных веществах и прекурсорах. Однако правительства некоторых стран выполняют это обязательство нерегулярно. Комитет просит правительства своевременно представлять точную информацию в статистических отчётах по наркотическим средствам, психотропным веществам и прекурсорах, согласно требованиям конвенций. Правительствам предлагается обращаться к Комитету за

любой информацией, которая может помочь им в выполнении их обязательств по представлению данных.

Рекомендация 3. В некоторых странах несвоевременное представление Комитету статистических данных объясняется тем, что правительства не выделяют достаточных ресурсов органам, отвечающим за контроль над законными видами деятельности, связанной с наркотическими средствами, психотропными веществами и прекурсорами.

Комитет призывает правительства соответствующих стран выделять достаточные ресурсы для того, чтобы обеспечить соблюдение такими органами всех обязательств по представлению данных, согласно международным договорам о контроле над наркотиками.

Наркотические средства и психотропные вещества

Рекомендация 4. Некоторые правительства не представили свои исчисления потребностей в наркотических средствах на 2011 г., в связи с чем для соответствующих стран и территорий такие исчисления были установлены Комитетом; они останутся в силе до тех пор, пока исчисления, установленные вышеупомянутыми правительствами, не будут получены и утверждены Комитетом. Комитет призывает правительства, о которых идёт речь, проанализировать свои внутренние потребности в наркотических средствах на 2011 г. и как можно скорее представить Комитету на утверждение собственные исчисления, с тем чтобы избежать возникновения каких-либо трудностей с ввозом наркотических средств в объёме, необходимом для медицинских и научных целей.

Рекомендация 5. В соответствии с Резолюциями 1981/7 и 1991/44 Экономического и Социального Совета правительствам предлагается представлять Комитету оценки годовых внутренних медицинских и научных потребностей в психотропных веществах, включённых в списки II, III и IV Конвенции 1971 г. Некоторые правительства не обновляют оценки своих законных потребностей в психотропных веществах уже более трёх лет.

Комитет призывает все правительства обеспечить адекватность оценки своих годовых медицинских и научных потребностей в психотропных веществах и по мере необходимости информировать Комитет об изменении своих оценок. Комитет рекомендует пра-

⁴² Сторонами международных договоров о контроле над наркотиками и/или Протокола 1972 г. о поправках к Конвенции 1961 г. не являются следующие государства:

a) Конвенция 1961 г. с поправками, внесёнными в неё в соответствии с Протоколом 1972 г., или Конвенция 1961 г. без поправок — Вануату, Кирибати, Науру, Острова Кука, Самоа, Тимор-Лешти, Тувалу и Экваториальная Гвинея;
b) Протокол 1972 г. о поправках к Конвенции 1961 г. — Афганистан и Чад;
c) Конвенция 1971 г. — Вануату, Гаити, Кирибати, Либерия, Науру, Острова Кука, Самоа, Соломоновы Острова, Тимор-Лешти, Тувалу и Экваториальная Гвинея;
d) Конвенция 1988 г. — Кирибати, Маршалловы Острова, Науру, Палау, Папуа-Новая Гвинея, Святой Престол, Соломоновы Острова, Сомали, Тимор-Лешти, Тувалу и Экваториальная Гвинея.

вительствам рассматривать и обновлять оценки, по крайней мере, раз в три года.

Рекомендация 6. Конвенция 1971 г. разрешает правительствам изымать некоторые препараты, содержащие психотропные вещества, риск злоупотребления которыми минимален, из-под действия некоторых мер контроля, предусмотренных в этой Конвенции. Ряд правительств, изъявших из-под действия некоторых мер контроля определённые препараты, содержащие психотропные вещества, не уведомили об этом Генерального секретаря, как того требует ст. 3 Конвенции 1971 г. Такие уведомления необходимы для информирования других правительств о подобных изъятиях, с тем чтобы смягчение контроля в одной стране не приводило к утечке соответствующих препаратов и злоупотреблению ими в других странах. Комитет просит все правительства, принимающие на национальном уровне решения об изъятии тех или иных препаратов из-под действия некоторых мер контроля, предусмотренных в Конвенции 1971 г., безотлагательно уведомить об этих изъятиях Генерального секретаря, если они ещё не сделали этого.

Рекомендация 7. Большинство правительств введена система разрешений на ввоз и вывоз всех психотропных веществ, включённых в списки III и IV Конвенции 1971 г. Данная система доказала свою особую эффективность в плане предупреждения утечки этих веществ из международной торговли. Подпольные торговцы могут пытаться сосредоточить свою деятельность в тех странах, в которых контроль является менее жёстким. Комитет настоятельно призывает правительства стран, национальное законодательство которых до сих пор не предусматривает обязательного получения разрешений на ввоз или вывоз каких-либо психотропных веществ, включённых в списки III и IV Конвенции 1971 г., как можно скорее распространить данную меру контроля на все вещества, фигурирующие в этих списках, и информировать об этом Комитет.

Прекурсоры

Рекомендация 8. Стремясь выполнить ключевые положения ст. 12 Конвенции 1988 г., государства всё шире принимают нормативно-правовые меры контроля, направленные на недопущение утечки веществ, включённых в Таблицу I и Таблицу II. Это позволило ограничить утечку контролируемых на международном уровне прекурсоров в каналы незаконного оборота и заставить наркоторговцев изыскивать новые способы обхода мер контроля. Отмечаются такие тенденции, как нелегальное изготовление контролируемых прекурсоров, особенно прекурсоров стимуляторов амфетаминового ряда, из веществ, не подпадающих под международный контроль. Комитет при-

зывает правительства сообщать Комитету с использованием бланков формы D о случаях утечки и изъятия не подлежащих контролю веществ, используемых для нелегального изготовления прекурсоров, с тем чтобы облегчить Комитету оценку этих веществ на предмет их возможного включения в ограниченный перечень не включённых в таблицы веществ, подлежащих особому международному надзору, или вынесения рекомендации об их включении в Таблицу I либо Таблицу II Конвенции 1988 г.

Рекомендация 9. Примерно 40% правительств до сих пор не представили исчисления своих годовых потребностей в некоторых прекурсорах стимуляторов амфетаминового ряда. Кроме того, многие правительства, представившие такие исчисления в прошлом, не обновляют зафиксированную в них информацию, хотя их законные потребности в некоторых прекурсорах могли за истекшее время измениться. Комитет призывает правительства удовлетворить просьбу, содержащуюся в Резолюции 49/3 Комиссии по наркотическим средствам, обеспечив своевременное представление исчислений по некоторым прекурсорам и их соответствие текущим потребностям. Это необходимо для того, чтобы такие исчисления могли и впредь использоваться для выявления подозрительных сделок с этими конкретными прекурсорами.

Рекомендация 10. Автоматизированная онлайн-система «PEN Online» для обмена предварительными уведомлениями об экспорте по-прежнему играет ключевую роль в глобальных усилиях по предотвращению утечки прекурсоров из международной торговли. Правительства стран Африки составляют половину правительств, которые до сих пор не зарегистрировались в этой системе. Комитет просит все правительства, которые ещё не сделали этого, зарегистрироваться в системе «PEN Online». Комитет призывает все правительства, зарегистрировавшиеся в системе «PEN Online», на регулярной основе пользоваться этой системой с тем, чтобы иметь возможность своевременно отвечать на запросы стран-экспортёров о законности поставок прекурсоров.

3. Предупреждение незаконного производства, изготовления и оборота наркотиков и злоупотребления ими

810. Стороны международных договоров о контроле над наркотиками обязались ограничить законными целями производство, изготовление, вывоз, ввоз и распространение веществ, находящихся под международным контролем, а также торговлю ими и их использование и предотвращать утечку этих веществ и злоупотребление ими.

Рекомендация 11. Предупреждение незаконного культивирования, производства, изготовления нарко-

тических средств и злоупотребления ими в Афганистане остаётся главнейшей задачей правительства Афганистана и международного сообщества. Правительство Афганистана сейчас занимается обновлением своей Национальной стратегии контроля над наркотиками. Комитет настоятельно призывает правительство Афганистана продолжать энергичные усилия в области контроля над наркотиками и обеспечить, чтобы обновлённый вариант Национальной стратегии контроля над наркотиками предусматривал эффективные меры по прекращению культивирования опийного мака и растения каннабис, а также изготовления героина. Комитет призывает международное сообщество и впредь оказывать скоординированную помощь правительству Афганистана в этих вопросах.

Рекомендация 12. Комитет с обеспокоенностью отмечает резкий рост масштабов незаконного культивирования опийного мака в посевном сезоне 2009 г. в Юго-Восточной Азии, особенно в Лаосской Народно-Демократической Республике и Мьянме. Комитет настоятельно призывает соответствующие правительства активизировать усилия по предотвращению возрождения незаконного культивирования опийного мака.

Рекомендация 13. Регион Центральной Америки и Карибского бассейна остаётся важным районом транзита для незаконных поставок наркотиков. В условиях нехватки организационного потенциала и ограниченности имеющихся ресурсов страны региона по-прежнему сталкиваются с трудностями в деле укрепления и обеспечения соблюдения мер контроля над наркотиками. Слабость правоохранительной системы в регионе ведет к заметному росту насильственной преступности и коррупции и серьёзно подрывает экономическую и политическую стабильность многих стран. Комитет призывает правительства стран Центральной Америки и Карибского бассейна обеспечить соблюдение разрабатываемых ими мер контроля над наркотиками и координировать свои усилия посредством инициатив в области регионального сотрудничества.

Рекомендация 14. Как показали обследования, проведённые правительствами и ЮНОДК, в 2009 г. общая площадь незаконного культивирования кокаинового куста в Южной Америке сократилась. Одной из причин этого сокращения можно считать значительное уменьшение площади незаконных плантаций кокаинового куста в Колумбии, компенсировавшее некоторое её увеличение в Боливии (Многонациональном Государстве) и в Перу. Комитет призывает правительство Колумбии продолжать усилия по прекращению культивирования кокаинового куста на территории страны и закрепить позитивные результаты, достигнутые на сегодняшний день.

Рекомендация 15. В 2009 г. в Многонациональном Государстве Боливия четвёртый год подряд отмечалось расширение площади незаконного культивирования кокаинового куста: по сравнению с 2005 г. она выросла на 22%. Комитет призывает правительство Многонационального Государства Боливия проводить эффективную политику и наращивать усилия в целях прекращения незаконного культивирования кокаинового куста на территории страны, а также решительно бороться с незаконным изготовлением и оборотом кокаина.

Рекомендация 16. К числу важнейших целей национального плана деятельности по контролю над наркотиками в Перу на 2007—2011 гг. относятся значительное сокращение общей площади незаконного культивирования кокаинового куста в стране и предупреждение такого культивирования в тех районах страны, которые прежде не сталкивались с этой проблемой. Комитет с обеспокоенностью отмечает, что, несмотря на усилия правительства по прекращению незаконного культивирования кокаинового куста, достичь целей вышеупомянутого национального плана действий по контролю над наркотиками пока не удаётся, о чём свидетельствует продолжающееся в стране с 2005 г. увеличение площади незаконного культивирования кокаинового куста. Комитет настоятельно призывает правительство Перу активизировать усилия по искоренению запрещённых культур в целях прекращения в этой стране незаконного культивирования кокаинового куста. Комитет также рекомендует правительству Перу принять дальнейшие меры для повышения потенциала национальных органов по контролю над наркотиками в том, что касается пресечения незаконного оборота.

Рекомендация 17. Несмотря на всеобщее согласие с принципом совместной ответственности всех правительств за решение наркопроблем, некоторые страны, в которых незаконно производятся наркотики, особенно страны с низким уровнем доходов, не располагают достаточными финансовыми ресурсами для решительной борьбы с незаконным производством наркотиков. Комитет призывает международное сообщество, включая правительства развитых стран, продолжать оказывать финансовую поддержку и техническую помощь соответствующим правительствам в целях наращивания их усилий по борьбе с незаконным производством наркотиков.

Рекомендация 18. Система исчисления законных годовых потребностей является важным средством контроля, позволяющим предотвращать утечку наркотических средств и психотропных веществ из международной торговли. Комитет призывает правительства соблюдать положения системы исчислений и оценки согласно Конвенции 1961 г. и соответствующим

щим резолюциям Экономического и Социального Совета, обеспечивая соответствие своих исчислений и оценок фактическим законным потребностям и не допуская выдачи разрешений на ввоз наркотических средств и психотропных веществ в количествах, превышающих эти потребности. Комитет также призывает правительства стран-экспортёров регулярно проверять исчисления и оценки стран-импортёров и не давать разрешений на экспортные поставки наркотических средств и психотропных веществ, не соответствующие законным потребностям.

Рекомендация 19. Как показали расследования, проведённые в Южной Африке, в эту страну легально ввозились большие количества катина — стимулятора, включённого в Список III Конвенции 1971 г., — который затем закупался преступными сообществами для незаконного производства стимуляторов амфетаминового ряда в подпольных лабораториях. Комитет призывает все правительства отслеживать поставки катина, особенно если они направляются в Африку, в целях предупреждения незаконного использования этого вещества в тех странах региона, где могут отсутствовать адекватные национальные меры контроля, а в случае сомнений в правомерности таких поставок консультироваться с Комитетом.

Рекомендация 20. Утечка фармацевтических препаратов, содержащих наркотические средства или психотропные вещества, из национальных систем распределения и злоупотребление этими препаратами по-прежнему представляют собой проблему во многих странах. Такая утечка часто свидетельствует о наличии лазеек в национальном законодательстве о контроле над наркотиками или о недостаточном контроле за соблюдением действующих законов или подзаконных актов. Комитет просит правительства, сталкивающиеся с проблемами утечки фармацевтических препаратов, содержащих наркотические средства или психотропные вещества, их незаконного оборота или злоупотребления ими, выявлять источники этой утечки и принимать меры для недопущения подобных явлений.

Рекомендация 21. Продолжают поступать сообщения о случаях утечки фармацевтических препаратов, содержащих вещества, используемые для заместительной терапии, в частности бупренорфин, метадон и морфий. Комитет просит правительства всех стран, в которых существуют программы заместительной терапии и возникают проблемы, связанные с утечкой препаратов, используемых при такой терапии, и злоупотреблением ими, проанализировать применяемые меры контроля на предмет ликвидации возможных лазеек и не допускать утечки таких препаратов и злоупотребления ими, продолжая в то же время

предоставлять доступ к ним для использования в медицинских целях.

Рекомендация 22. В защищённом разделе своего веб-сайта, доступном только для имеющих специальный допуск государственных должностных лиц, Комитет публикует краткие сведения о действующих в разных странах требованиях относительно разрешений на ввоз и вывоз кетамина, в соответствии с Резолюцией 49/6 Комиссии по наркотическим средствам, озаглавленной «Включение кетамина в список контролируемых веществ». Комитет призывает правительства ознакомиться с этой информацией на веб-сайте Комитета, с тем чтобы знать об ограничениях на международную торговлю кетамином, которые могут действовать в других странах, и соблюдать эти ограничения.

Рекомендация 23. Всё в большем числе стран и регионов отмечаются случаи злоупотребления 4-метилметкатином (наркотиком-аналогом, известным также как «мефедрон», или «4-ММК») и другими наркотиками-аналогами, которые принимают как стимуляторы. Комитет рекомендует всем правительствам внимательно следить за тенденциями в области злоупотребления психоактивными веществами на их территории в целях выявления новых веществ, являющихся предметом злоупотребления, таких, как наркотики-аналоги стимулирующего действия. Он настоятельно призывает правительства сообщать Комитету и ВОЗ о любых новых тенденциях в области злоупотребления психоактивными веществами. В случае необходимости правительствам, которые ещё не сделали этого, следует незамедлительно принять меры по установлению национального контроля над мефедроном и другими наркотиками-аналогами стимулирующего действия. В связи с этим правительства могли бы рассмотреть возможность установления контроля над группами веществ, если это допускается национальным законодательством. Правительства могли бы также рассмотреть возможность уведомления Генерального секретаря о проблемах, связанных со злоупотреблением мефедроном на их территории, с тем чтобы это вещество было включено в Список I, II, III или IV Конвенции 1971 г.

Рекомендация 24. Правительства некоторых стран, в частности в Центральной Америке, сталкиваются с проблемами злоупотребления летучими органическими соединениями, содержащими различные алкилнитриты, путем их вдыхания; за этими веществами закрепилось обиходное название «попперсы». Комитет рекомендует правительствам сообщать ВОЗ информацию о медицинских проблемах, связанных со злоупотреблением «попперсами».

Рекомендация 25. В последнее время стало отмечаться злоупотребление такой новой категорией ве-

ществ, как синтетические агонисты каннабиноидных рецепторов. Их добавляют к растительным смесям, реализуемым под разными торговыми названиями (например, «спайс») через Интернет и специализированные магазины. Комитет рекомендует правительствам продолжать следить за ситуацией в том, что касается злоупотребления синтетическими агонистами каннабиноидных рецепторов, и принимать меры для предупреждения незаконного оборота этих веществ и злоупотребления ими. Всем правительствам рекомендуется и впредь предоставлять Комитету информацию о масштабах злоупотребления и незаконной торговли продукцией, содержащей эти вещества, а также о мерах, принятых для борьбы с таким злоупотреблением.

Рекомендация 26. В соответствии с резолюцией 53/7 Комиссии по наркотическим средствам многие правительства принимают меры для решения проблемы тайного применения психоактивных веществ с целью совершения насильственных действий сексуального характера или иных преступных деяний. Комитет с удовлетворением отмечает инициативы, которые начали предприниматься некоторыми правительствами совместно с промышленными кругами в целях предотвращения утечки и использования лекарств для совершения с их помощью преступных действий. Комитет призывает все правительства, которые ещё не сделали этого и которые сталкиваются с подобными проблемами, рассмотреть возможность принятия соответствующих мер для недопущения тайного применения психоактивных веществ с целью совершения насильственных действий сексуального характера или иных преступлений.

Рекомендация 27. Общеизвестность семян каннабиса, которые не подпадают под действие международных договоров о контроле над наркотиками, способствует незаконному культивированию растения каннабис. Комитет особенно обеспокоен широкой продажей семян каннабиса, предназначенных для противозаконных целей, через Интернет. Комитет рекомендует всем правительствам продолжать поиски оптимальных методов борьбы с использованием семян каннабиса в противозаконных целях и рассмотреть вопрос о принятии на национальном уровне надлежащих мер для эффективного предупреждения такой деятельности. Эти меры могут включать, например, ограничение торговли семенами каннабиса, способными давать всходы, или семенами сортов каннабиса, в которых содержание ТГК превышает определённый пороговый уровень. Комитет призывает правительства усиливать наблюдение за случаями ис-

пользования Интернета в целях продажи семян каннабиса для противозаконного использования и наращивать усилия по пресечению такой деятельности. В связи с этим Комитет также призывает правительства применять п.1 (с) (iii) ст. 3 Конвенции 1988 г., согласно которому государства-участники обязаны признать уголовными преступлениями публичное подстрекательство или побуждение других, в частности, к незаконному культивированию растения каннабис и незаконному использованию каннабиса.

Рекомендация 28. В марте 2009 г. Комитетом было опубликовано Руководство для правительств по предупреждению незаконной торговли через Интернет веществами, находящимися под международным контролем⁴³. В 2010 г. Комитет разослал всем правительствам вопросник для оценки прогресса, достигнутого в осуществлении положений этого руководства. Комитет призывает правительства, которые ещё не сделали этого, представить Комитету свои ответы на вопросник об осуществлении положений Руководства. Комитет просит все правительства осуществлять положения Руководства.

4. Предотвращение утечки прекурсоров в сферу незаконного оборота

811. Стороны Конвенции 1988 г. обязаны предотвращать утечку прекурсоров для последующего их использования в целях незаконного изготовления наркотических средств или психотропных веществ.

Рекомендация 29. Каждый год Комитет готовит доклад о выполнении ст. 12 Конвенции 1988 г., в котором содержатся рекомендации правительствам по вопросам контроля над прекурсорами. Комитет призывает правительства выполнить дополнительные рекомендации, содержащиеся в докладе Комитета за 2010 г. о выполнении ст. 12 Конвенции 1988 г.⁴⁴

Рекомендация 30. По мере расширения системы мер контроля за доступом к эфедрину и псевдоэфедрину наркодельцы стремятся адаптировать применяемые ими технологии производства и получать эти прекурсоры из содержащих их фармацевтических препаратов и природных продуктов, которые могут не подпадать под действующие в странах меры контроля. Комитет призывает все правительства применять эффективные меры контроля над эфедрином и псевдоэфедрином в составе фармацевтических препаратов и природных продуктов в том же порядке, в каком они контролируют сами эти вещества.

Рекомендация 31. Комитет отмечает непрекращающиеся случаи утечки ангидрида уксусной кислоты из внутренних каналов распределения (особенно в Европе и в Восточной Азии) и его последующей контрабанды в регионы, в которых производится ге-

⁴³ Издание Организации Объединённых Наций, в продаже под № R.09.XI.6.

⁴⁴ Прекурсоры и химические вещества, часто используемые при незаконном изготовлении наркотических средств и психотропных веществ:

роин. Комитет призывает все правительства подвергнуть оценке эффективность мер контроля, применяемых в отношении торговли ангидридом уксусной кислоты на внутреннем рынке, и при необходимости принять дополнительные меры для предотвращения его утечки.

Рекомендация 32. У Комитета имеются сомнения в законности крупных поставок Ф-2-П в страны Западной Азии, в частности в Сирийскую Арабскую Республику и Иорданию; конечным пунктом назначения некоторых из них является Ирак. Не исключено, что Ф-2-П, являющийся прекурсором амфетамина, используется при незаконном изготовлении стимуляторов амфетаминового ряда в данном регионе. Комитет просит правительства всех стран Западной Азии обеспечить принятие надлежащих мер контроля над Ф-2-П и пересмотреть свои годовые потребности в этом веществе.

5. Наличие и рациональное использование наркотических средств и психотропных веществ в медицинских целях

812. Одна из основных целей международных договоров о контроле над наркотиками заключается в обеспечении наличия наркотических средств и психотропных веществ для медицинских и научных целей, а также в содействии доступу к наркотическим средствам и психотропным веществам и их рациональному использованию.

Рекомендация 33. В Резолюции 53/4 Комиссии по наркотическим средствам, озаглавленной «Содействие обеспечению наличия достаточного количества контролируемых на международном уровне наркотиков законного происхождения для использования в медицинских и научных целях и предупреждение их утечки и злоупотребления ими», Комитету было предложено включить в его доклад за 2010 г. информацию о потреблении наркотических средств и психотропных веществ, используемых в медицинских и научных целях, в разных странах мира, включая анализ факторов, препятствующих обеспечению их наличия в достаточном количестве, и мер, принятых для преодоления таких препятствий, и, если это возможно, конкретную информацию о текущем положении и достигнутом прогрессе в отдельных странах. В ответ на эту просьбу Комитет постановил выпустить дополнение к настоящему докладу, посвящённое вопросу наличия контролируемых на международном уровне психоактивных средств. Комитет призывает правительства выполнить рекомендации, содержащиеся в его докладе по вопросу о наличии контролируемых на международном уровне психоактивных средств⁴⁵.

Рекомендация 34. Согласно Конвенции 1971 г., правительства обязаны представлять в Комитет информацию о потреблении психотропных веществ. Однако для анализа текущей ситуации с их потреблением и содействия обеспечению наличия психотропных веществ в количествах, достаточных для использования в медицинских и научных целях, а также в целях предупреждения их утечки и злоупотребления ими, как того требует Резолюция 53/4 Комиссии по наркотическим средствам, Комитету необходимы надёжные данные о потреблении психотропных веществ. Комитет рекомендует правительствам рассмотреть возможность представления Комитету информации о потреблении психотропных веществ таким же образом, как это делается в отношении наркотических средств.

Рекомендация 35. Во многих районах мира по-прежнему ощущается серьёзная нехватка лекарственных средств, необходимых для облегчения боли и страданий больных. Комитет настоятельно призывает правительства соответствующих стран, особенно тех, в которых суточное потребление опиоидов составляет менее 100 статистических условных суточных доз (СУСД)⁴⁶ на миллион жителей, принять соответствующие меры для предоставления своему населению достаточного доступа к лекарственным средствам на базе опиоидов в соответствии с международными конвенциями о контроле над наркотиками.

Рекомендация 36. В целом ряде стран чрезмерно частое назначение некоторых наркотических средств и психотропных веществ приводит к утечке таких веществ и злоупотреблению ими. Комитет рекомендует правительствам сохранять бдительность и выявлять случаи, когда потребление является неоправданно высоким и/или не предполагается в рамках разумной врачебной практики.

Рекомендация 37. Точное исчисление потребностей в веществах, находящихся под международным контролем, является важнейшей предпосылкой их наличия в количествах, необходимых для медицинских и научных целей. Неверный расчёт потребностей может не только создавать трудности с использованием контролируемых веществ, вызывая их нехватку или нерациональное назначение, но и приводить к появлению излишков таких веществ, их нерачительному расходованию и вероятной утечке. Комитет настоятельно призывает правительства надлежащим образом применять системы исчисления потребностей в наркотических средствах и оценки потребностей в психотропных веществах в качестве важного средства обеспечения наличия веществ, находящихся под международ-

⁴⁵ Издание Организации Объединённых Наций, в продаже под № R.11.XI.7.

⁴⁶ Понятие «статистическая условная суточная доза» (СУСД) разъясняется в Докладе Международного комитета по контролю над наркотиками о наличии психоактивных средств, находящихся под международным контролем, и обеспечении надлежащего доступа к ним для медицинских и научных целей.

ным контролем, в достаточных количествах для законных целей.

Рекомендация 38. В чрезвычайных ситуациях, вызванных стихийными бедствиями и техногенными катастрофами, может возникать внезапная острая потребность в лекарственных средствах, содержащих контролируемые вещества. В целях решения этой проблемы ВОЗ на основе консультаций с Комитетом подготовила Типовые руководящие принципы международного снабжения контролирующими лекарственными средствами в целях оказания неотложной медицинской помощи⁴⁷. Комитет призывает правительства обеспечить, чтобы соответствующие органы были осведомлены о предусмотренных этими руководящими принципами упрощённых процедурах и готовы применять их для ускорения поставок контролируемых лекарственных средств, как только в них возникнет необходимость. Правительствам и организациям по оказанию гуманитарной помощи рекомендуется ставить Комитет в известность о любых затруднениях, возникающих при осуществлении экстренных поставок контролируемых лекарственных средств. Правительства, возможно, пожелают также включить в состав своих запасов наркотических средств и психотропных веществ для специальных нужд количества, необходимые для удовлетворения потребностей в этих веществах в случае чрезвычайной ситуации.

В. Рекомендации

Управлению Организации Объединённых Наций по наркотикам и преступности и Всемирной Организации Здравоохранения

813. ЮНОДК является ведущим учреждением Организации Объединённых Наций по оказанию технической помощи в вопросах контроля над наркотиками, а также по координации такой помощи, предоставляемой правительствами и другими организациями. В соответствии с международными договорами задача ВОЗ состоит в том, чтобы на основе медицинских и научных оценок готовить рекомендации относительно изменения сферы контроля над наркотическими средствами, согласно Конвенции 1961 г., и сферы контроля над психотропными веществами, согласно Конвенции 1971 г. Кроме того, ВОЗ принадлежит ключевая роль в содействии обеспечению доступа к веществам, находящимся под международным контролем, и их рациональному использованию.

Рекомендация 39. Многие правительства нерегулярно представляют Комитету требуемые от них в обязательном порядке статистические данные о наркотических средствах, психотропных веществах или прекурсорах. Это относится прежде всего к странам Африки, Карибского бассейна и Океании. Трудно-

сти, с которыми сталкиваются правительства ряда стран этих регионов при представлении статистических данных, свидетельствуют о наличии серьёзных изъянов в их национальных механизмах регулирования веществ, находящихся под контролем. Комитет просит ЮНОДК поддерживать усилия секретариата Комитета по оказанию правительствам соответствующих стран Африки, Карибского бассейна и Океании содействия в укреплении их потенциала в области обеспечения надлежащего надзора и нормативного контроля за легальной деятельностью, связанной с наркотическими средствами и психотропными веществами, а также предотвращения утечки прекурсоров.

Рекомендация 40. Регион Центральной Америки и Карибского бассейна остаётся важным районом транзита для незаконных поставок наркотиков. В условиях нехватки организационного потенциала и ограниченности имеющихся ресурсов государства Центральной Америки и Карибского бассейна по-прежнему сталкиваются с трудностями в деле укрепления и обеспечения соблюдения мер контроля над наркотиками. Слабость правоохранительной системы в регионе ведёт к заметному росту насильственной преступности и коррупции и серьёзно подрывает экономическую и политическую стабильность многих государств. Комитет приветствует недавнее открытие в Панаме Отделения по региональной программе ЮНОДК для Центральной Америки, Кубы и Доминиканской Республики, а также учреждение в данном регионе четырёх центров передового опыта. Комитет рекомендует ЮНОДК продолжать оказывать правительствам стран региона помощь в виде мер по созданию потенциала.

Рекомендация 41. Комитет с удовлетворением отмечает ряд инициатив ЮНОДК по оказанию африканским странам — особенно в Западной Африке — технической помощи в борьбе с незаконным оборотом наркотиков, включая Инициативу по побережью Западной Африки, проект АЭРОКОП и Программу по контролю за контейнерными перевозками, осуществляемые ЮНОДК совместно с другими учреждениями, такими как Департамент операций по поддержанию мира Секретариата, Интерпол и Всемирная таможенная организация. Комитет призывает ЮНОДК, а также других двусторонних и многосторонних партнёров продолжать оказывать правительствам стран региона помощь посредством мер по укреплению потенциала правоохранительных органов и судебной системы.

Рекомендация 42. Проблему злоупотребления наркотиками-аналогами стимулирующего действия, такими, как мефедрон, с которой сталкиваются многие страны и регионы, невозможно решить одними лишь национальными контрмерами, поскольку новые тенденции в области злоупотребления наркотиками быстро распростра-

⁴⁷ World Health Organization, Model Guidelines for the International Provision of Controlled Medicines for Emergency Medical Care, document WHO/PSA/96.17.

няются в масштабах регионов и между ними. Комитет рекомендует ЮНОДК в лице его Секции лабораторного и научного обеспечения, а также ВОЗ разработать эффективные меры для решения проблемы наркотиков-аналогов.

Рекомендация 43. ВОЗ уже в течение некоторого времени не в состоянии созвать свой Комитет экспертов по лекарственной зависимости для оценки веществ на предмет их возможного включения в списки Конвенции 1961 г. и Конвенции 1971 г.; это влечёт за собой серьёзные последствия для системы международного контроля над наркотиками. Комитет призывает ВОЗ как можно скорее возобновить свою деятельность по рассмотрению психоактивных веществ на предмет установления над ними международного контроля, что входит в обязанности ВОЗ, согласно Конвенции 1961 г. и Конвенции 1971 г.

Рекомендация 44. В своей Резолюции 53/7 Комиссия по наркотическим средствам настоятельно призывает ВОЗ, ЮНОДК и Комитет бороться против тайного применения психоактивных веществ с целью совершения насильственных действий сексуального характера и других преступных деяний. Комитет призывает ВОЗ к сотрудничеству с ЮНОДК и Комитетом в целях скорейшего осуществления Резолюции 53/7.

С. Рекомендации другим соответствующим международным организациям

814. Важная роль в международном контроле над наркотиками принадлежит таким международным организациям, как Интерпол и Всемирная Таможенная Организация. Применительно к случаям, когда государства нуждаются в дополнительной оперативной поддержке в конкретных областях, например в области обеспечения соблюдения законов о наркотиках, Комитет формулирует соответствующие рекомендации, касающиеся конкретных сфер компетенции соответствующих международных и региональных организаций, включая Интерпол и Всемирную таможенную организацию.

Рекомендация 45. Многие правительства нерегулярно представляют Комитету требуемые от них в обязательном порядке статистические данные о наркотических средствах, психотропных веществах или прекурсорах. Это относится прежде всего к странам Африки, Карибского бассейна и Океании. Трудности, с которыми сталкиваются правительства ряда стран этих регионов при представлении статистических данных, свидетельствуют о наличии существенных изъянов в их национальных механизмах регулирования веществ, находящихся под контролем. Комитет просит соответствующие региональные организации оказывать правительствам соответствующих стран Африки, Карибского бассейна и Океании помощь в укреплении их потенциала в области контроля за легальной деятельностью, связанной с наркотическими средствами и психотропными веществами, а также предотвращения утечки прекурсоров.

Рекомендация 46. Регион Центральной Америки и Карибского бассейна остаётся важным районом транзита для незаконных поставок наркотиков. В условиях нехватки организационного потенциала и ограниченности имеющихся ресурсов государства Центральной Америки и Карибского бассейна по-прежнему сталкиваются с трудностями в деле укрепления и обеспечения соблюдения мер контроля над наркотиками. Слабость правоохранительной системы в регионе ведет к заметному росту насильственной преступности и коррупции и серьёзно подрывает экономическую и политическую стабильность многих государств. Комитет предлагает СИКАД оказывать правительствам стран региона помощь через программы по созданию потенциала.

Рекомендация 47. Во многих странах сотрудники правоохранительных органов по-прежнему недостаточно осведомлены о проблемах утечки и незаконного оборота прекурсоров. Комитет призывает Интерпол и Всемирную Таможенную Организацию оказывать поддержку учебным мероприятиям для сотрудников правоохранительных органов по тематике предупреждения незаконного оборота прекурсоров.

Нормативно-правовое сопровождение проблемы употребления наркотиков в Российской Федерации

КОШКИНА Е.А. д.м.н., профессор, директор ФГБУ Национальный научный центр наркологии Минздравсоцразвития России; e-mail: nrca@mail.ru

БАБИЧЕВА Л.П. зам. главного врача по медицинской части клиники ФГБУ Национальный научный центр наркологии Минздравсоцразвития России, 119002, Москва, Мал. Могильцевский пер., д.3; e-mail: narcentr@yandex.ru

Дан обзор законодательных мер профилактики зависимости от наркотиков и наркопреступности в Российской Федерации. Представлена значимость нормативно-правового регулирования оказания наркологической помощи для специалистов в области наркологии, а также обязательность соблюдения требований действующего законодательства. Рассмотрен специфический характер правоотношений, возникающих при оказании наркологической помощи.

Ключевые слова: правовое регулирование, действующее законодательство, профилактика зависимости от наркотиков и наркопреступности, оказание наркологической помощи

Проблемы, связанные с широким распространением алкоголизма и наркоманий, являются в настоящее время приоритетными для России.

По данным федерального статистического наблюдения в России в 2010 г. зарегистрировано 3,15 млн больных наркологическими расстройствами, или 2222,41 больных в расчёте на 100 тыс. населения, что составляет 2% от общей численности населения. Соотношение мужчин и женщин в контингенте зарегистрированных больных в 2010 г. составило 4,4:1 [10].

Как и в предыдущие годы, большинство зарегистрированных — это больные алкоголизмом, алкогольными психозами и лица, употребляющие алкоголь с вредными последствиями — 81,6% от общего числа зарегистрированных больных. В структуре на больных наркоманией и лиц, злоупотребляющих наркотиками, пришлось 17,3%, больные токсикоманией и лица, злоупотребляющие ненаркотическими психоактивными веществами (ПАВ), составили 1,1%.

За период 2005—2010 гг. ухудшилась ситуация с потреблением наркотических веществ. В 2010 г. синдром зависимости от наркотиков зарегистрирован в 350 936 случаев (247,29 на 100 тыс. населения), в 2005 г. — в 343 509 случаев (241,97 на 100 тыс. населения). Прирост составил 2,2%. Возросло на 25,5% количество госпитализированных больных наркоманией: в 2005 г. — 69 340 чел., в 2010 г. — 87 032 чел., причём возросло число повторных госпитализаций до 5—6 обращений за год.

Те же тенденции характеризуют некоторые показатели медицинских последствий злоупотребления наркотиками. В 2010 г. амбулаторная летальность больных наркоманией в расчёте на среднегодовой контингент выросла на 22,7% и составила 2,7 больных (2005 г. — 2,2) [13].

Таким образом, анализ представленных статистических данных за период 2005—2010 гг. показал, что показатель учтённой распространённости основных заболеваний — алкоголизма, наркомании и токсикомании — изменился незначительно и сохраняется на одном, высоком, уровне.

Проблема злоупотребления ПАВ и распространения наркологических заболеваний является социально значимой, и вопросы реабилитации и профилактики наркологических заболеваний в широких слоях населения занимают особое место.

Основная цель настоящего обзора — обобщение и анализ имеющихся в настоящее время нормативно-правовых документов в контексте возможного их использования в обычной наркологической практике.

Противодействие распространению злоупотребления наркотиками традиционно осуществляется по следующим основным направлениям:

- борьба с нелегальным рынком наркотиков и уменьшение наркопреступности;
- контроль за легальным оборотом наркотиков;
- профилактическая работа с группами риска и населением, в целом (первичная и вторичная профилактика);
- лечение лиц с зависимостью от наркотиков (третичная профилактика).

Конкретная деятельность в рамках каждого из этих направлений осуществляется в соответствии с государственной антинаркотической политикой. Наркополитика — это стратегия государства, влияющая на уровень потребления наркотиков в обществе для сокращения числа наркопотребителей и уменьшения наркопреступности [1].

Государственная политика по профилактике правонарушений, связанных с незаконным оборотом наркотиков, основывается на федеральном и

региональном законодательстве. Эффективность проведения государственной политики в этой области напрямую зависит от нормативно-правового регулирования всех её направлений: от вопросов оказания наркологической помощи и установления ответственности за участие в незаконном обороте наркотиков до определения полномочий государственных органов.

9 июня 2010 г. Указом Президента утверждён программный документ — Стратегия государственной антинаркотической политики Российской Федерации до 2020 г. (далее — Стратегия). Стратегия является основополагающим документом по разработке, совершенствованию и корректировке государственной антинаркотической политики и направлена на координацию деятельности органов государственной власти, местного самоуправления, общественных объединений в сфере оборота наркотических средств, психотропных веществ, прекурсоров и противодействия их незаконному обороту.

Стратегия базируется на трех основных направлениях деятельности:

- сокращение предложения наркотиков;
- снижение спроса на наркотики;
- развитие международного сотрудничества в сфере контроля за наркотиками.

В Стратегии содержатся предложения, имеющие особое значение для повышения эффективности мер, направленных на сокращение спроса на наркотики путём совершенствования системы профилактической, лечебной и реабилитационной работы.

Для организации эффективного управления антинаркотической деятельностью и усиления контроля за расходом бюджетных средств для достижения целей Стратегии разработан План мероприятий по её реализации.

Необходимо отдельно отметить, что из списка многочисленных медико-социальных задач выделена разработка детальной модели национальной системы реабилитации и ресоциализации больных наркомагией. Рассматриваются вопросы структурирования и стандартизации негосударственных реабилитационных центров, эффективности их антинаркотических программ.

Законодательные положения российской системы права в сфере незаконного оборота наркотиков в основном отвечают требованиям принципа верховенства норм международного права и международных договоров Российской Федерации, закреплённых в Конституции РФ (п. 4 ст. 15) и в отраслевом законодательстве (в частности, ч. 2 ст. 1 УК РФ). Так, законами РФ предусмотрен жёсткий контроль за оборотом наркотических средств и психотропных веществ, установлены запрет на совершение с ними

действий в целях, противоречащих правовым предписаниям, а также меры ответственности за нарушение Закона (например, Закон «О наркотических средствах и психотропных веществах»). В стране сформированы и действуют специализированные государственные структуры (Государственный антинаркотический комитет, ФСКН России), призванные обеспечивать соблюдение антинаркотического законодательства и наделённые для этого соответствующими полномочиями.

Российская система законодательных мер профилактики наркоманий и преступности, связанной с употреблением наркотиков, включает в себя положения Закона РФ «О наркотических средствах и психотропных веществах», Уголовного кодекса РФ, уголовно-исполнительного, административного, гражданского, таможенного законодательства, постановлений Правительства РФ. В них утверждаются конкретные правила оборота наркотических средств и психотропных веществ и детализируются соответствующие ведомственные нормативные акты.

Базовым является Федеральный Закон от 08.02.1998 г. №3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах» (далее — Закон), устанавливающий правовые основы государственной политики в сфере оборота наркотических средств (НС) и психотропных веществ (ПВ) и в области противодействия их незаконному обороту в целях обеспечения постепенного сокращения числа больных наркомагией, количества правонарушений, связанных с незаконным оборотом НС, ПВ и их прекурсоров. Закон раскрывает основные понятия, имеющие отношение к легальному и нелегальному обороту НС и ПВ, определяет организационные основы деятельности в сфере их оборота, ставит условия осуществления отдельных видов деятельности, связанных с их обращением, формулирует исходные положения, касающиеся противодействия незаконному обороту указанных средств и веществ.

Предметом правового регулирования Закона является оборот определённой группы веществ, «подлежащих контролю в Российской Федерации, в соответствии с законодательством и международными договорами Российской Федерации». Отмеченное обстоятельство сближает данный Закон с Федеральным законом от 22.06.1998 г. №86-ФЗ «О лекарственных средствах», который создаёт правовую основу деятельности субъектов обращения лекарственных средств (ЛС) и распределяет полномочия органов исполнительной власти в сфере обращения ЛС.

В 2006 г. утверждено Положение о Едином банке [16], который находится в ведении ФСКН России [27]. Банк представляет собой специализированную

межведомственную автоматизированную информационную систему, которая содержит информацию о наркотических средствах и психотропных веществах (их прекурсорах) и предназначена для совместного использования федеральными органами исполнительной власти и Генеральной прокуратурой РФ.

В РФ запрещается потребление наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача, что отражено в Законе (глава VI, ст. 40, 44—45), Кодексе РФ об административных правонарушениях (ст. 6.9). Для лиц, нарушивших данное требование, предусмотрен порядок направления на медицинское освидетельствование, а для больных наркоманией и токсикоманией установлены правоограничения по нескольким позициям:

1) ограничение занятия отдельными видами профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности [17];

2) основание для лишения родительских прав (ст. 69 Семейного кодекса РФ);

3) основание суду освободить супруга от обязанности содержать другого нетрудоспособного супруга, если нетрудоспособность нуждающегося в помощи супруга вызвана спиртными напитками или наркотическими средствами (ст. 92 Семейного кодекса РФ);

4) медицинское противопоказание для усыновления ребёнка или установления над ним опеки либо попечительства [18];

5) основание для ограничения дееспособности гражданина и установления над ним попечительства, если «злоупотребление спиртными напитками или наркотическими средствами» приводит к тому, что его семья оказывается в тяжёлом материальном положении (ч. 1 ст. 30 Гражданского кодекса РФ);

6) осуждение к лишению свободы может быть основанием при выявлении медицинской комиссией исправительного учреждения наркологического заболевания назначения обязательного лечения (ч. 3 ст. 18 Уголовно-исполнительного кодекса РФ).

В мае 2011 г. Постановлением Правительства РФ №394 значительно расширен перечень отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности, на занятие которыми устанавливаются ограничения для больных наркоманией [20]. В частности, в перечень включены такие виды профессиональной деятельности, как медицинская и педагогическая, работа в образовательных, детских и подростковых оздоровительных организациях, деятельность, связанная с оборотом наркотических средств и психотропных веществ.

Таким образом, наличие наркологического заболевания существенно ограничивает права больного. Из этого следует, что оказание наркологической помощи,

одним из элементов которой является установление диагноза *наркологическое заболевание*, должно иметь чёткое нормативно-правовое регулирование на уровне федерального законодательства [28].

Оказание наркологической помощи больным наркоманией регламентируется Законом в гл. VII, ст. 54—57. Принципы, на которых строится государственная политика, предусматривают приоритетность мер по профилактике наркомании, расширение деятельности по антинаркотической пропаганде, развитие сети учреждений по медико-социальной реабилитации больных наркоманией.

Согласно Закону, больным наркоманией наркологическая помощь оказывается в наркологических диспансерах различного типа или наркологических (психоневрологических) кабинетах лечебно-профилактических учреждений по их просьбе или с их согласия. В ст. 6.9. Кодекса РФ об административных правонарушениях предусмотрено освобождение от административной ответственности лиц, добровольно обратившихся в наркологическое учреждение для лечения в связи с потреблением наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача. В то же время больным наркоманией, находящимся под медицинским наблюдением и продолжающим потреблять наркотические средства или психотропные вещества без назначения врача либо уклоняющимся от лечения и нуждающимся в лечении от наркомании, по решению суда назначаются принудительные меры медицинского характера.

Государством гарантируется предоставление больным наркоманией полного объёма наркологической помощи в виде обследования, консультирования, диагностики, лечения и медико-социальной реабилитации. Законом разрешается оказание наркологической помощи больным наркоманией в медицинских организациях государственной, муниципальной или частной систем здравоохранения. Лечение больных наркоманией проводится только в учреждениях государственной и муниципальной систем здравоохранения. Коммерческим организациям предоставляется право проводить диагностику наркомании, обследование, консультирование и медико-социальную реабилитацию больных наркоманией.

Специализированная наркологическая помощь оказывается врачами-специалистами в медицинских организациях, получивших лицензию на указанный вид деятельности в порядке, установленном Российской Федерации. Виды специализированной медицинской помощи, оказываемой в учреждениях здравоохранения, устанавливаются федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим нормативно-правовое регулирование в сфере здравоохранения.

В настоящее время Приказом Минздравсоцразвития России от 09.04.2010 г. №225ан утверждён порядок оказания наркологической помощи для практического применения его федеральными органами исполнительной власти в области здравоохранения. В нормативном документе чётко выделены этапы оказания наркологической помощи (догоспитальный и стационарный), определена структура наркологической службы от самого малого её звена (наркологического кабинета) до крупных наркологических центров, прописаны функции, закреплённые за этими структурными единицами [21]. Порядок регулирует вопросы оказания наркологической помощи населению Российской Федерации в организациях государственной и муниципальной систем здравоохранения. Разработаны медико-экономические стандарты медицинской помощи, определяющие объём диагностических и лечебных процедур, медикаментозного лечения, а также объём соответствующего финансового обеспечения стандартов.

В соответствии с Приказом Минздравсоцразвития РФ от 30.11.2010 г. №1056а «Об организации мониторинга заболеваемости населения Российской Федерации наркоманией» органы управления здравоохранением субъектов РФ осуществляют работу по проведению ежеквартального мониторинга заболеваемости населения наркоманией с использованием показателей, включающих данные медицинской статистики учреждений наркологической службы.

Правовое обеспечение оказания наркологической помощи включает в себя ряд положений Закона о психиатрической помощи, введённого в действие с 1 января 1993 г. Некоторые нормы Закона о психиатрической помощи практически полностью распространяются и на больных наркологического профиля, что позволяет оптимальным образом решить проблему недобровольного медицинского вмешательства, имеет значение и в плане защиты прав наркологических больных. При внесении в Закон о психиатрической помощи дополнений, касающихся специфических особенностей клиники наркологических заболеваний, режима работы наркологических медицинских организаций и определения правового статуса врача-психиатра-нарколога позволило бы использовать его для правового регулирования оказания наркологической помощи.

Еще одной юридически значимой особенностью всех психических расстройств, включая наркологическую патологию, является отнесение их к социально значимым заболеваниям [20]. Согласно ст. 41 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан лицам, страдающим социально значимыми заболеваниями, оказывается медико-социальная помощь, что позволяет им бесплатно или на

льготных условиях находиться на диспансерном наблюдении в соответствующих лечебно-профилактических учреждениях.

В свою очередь, среди инфекционных болезней выделяются туберкулёз и ВИЧ-инфекция как заболевания, особая социальная значимость которых должна учитываться при оказании медицинской помощи этой категории лиц. Отмеченные обстоятельства потребовали принятия специальных федеральных законов от 30.03.1995 г. №38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» и от 18.06.2001 г. №77-ФЗ «О предупреждении распространения туберкулёза в Российской Федерации» [28].

Необходимо также отметить, что больные наркоманией при оказании наркологической помощи пользуются правами пациентов в соответствии с законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан [1]. В Законе РФ от 22.07.1993г. №5487-1 «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» (далее — Основы) содержатся важнейшие положения: принципы организации охраны здоровья граждан; права граждан при оказании медицинской помощи, включая положение о добровольности её оказания. Основы состоят из соответствующих положений Конституции РФ, федеральных законов, правовых актов исполнительной власти (постановлений Правительства РФ, приказов министерств), уставов (конституций) субъектов Федерации, региональных законов и нормативных правовых актов региональных органов исполнительной власти.

Правовое регулирование касается права пациента на уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского персонала при обращении и получении наркологической помощи; сохранение в тайне информации о факте обращения в наркологическое учреждение, о состоянии здоровья, диагнозе, иных сведений, полученных при его обследовании и лечении (ст. 61).

Кроме того, в ст.2, 8 Федерального Закона от 20.02.1995 г. №24-ФЗ «Об информации, информатизации и защите информации» указывается, что сведения, составляющие врачебную тайну, являются конфиденциальной информацией, в связи с чем определён порядок обязательного предоставления такой информации. Сведения, составляющие врачебную тайну, относятся к информации с ограниченным доступом. Разглашение такой информации лицом, получившим к ней доступ в связи с исполнением служебных или профессиональных обязанностей, даёт основание для привлечения к административной ответственности по ст. 13.14 КоАП РФ.

С 1 января 1997 г. в Российской Федерации исключена уголовная ответственность за приобретение и хранение наркотических средств в небольших размерах без цели сбыта. С 11 декабря 2003 г. утратило силу положение Уголовного кодекса Российской Федерации, позволявшее применять принудительные меры медицинского характера к лицам, признанным нуждающимися в лечении от наркомании. Таким образом, прежние нормы уголовного законодательства претерпели существенные изменения: от борьбы с потребителями наркотиков (зависимыми от наркотиков) перешли на противодействие сбыту наркотиков и организованному наркобизнесу, пресечение наркотрафика и прекращение финансирования наркопреступности, что является важным показателем социально-политических и профилактических мер, направленных на сохранение здоровья населения страны.

До середины 2003 г. за противодействие незаконному обороту наркотиков отвечали органы внутренних дел. Начиная с 2003 г. в Российской Федерации реализуется комплекс антинаркотических мер социального, экономического, медицинского, правового, психологического и административного характера, направленных на оздоровление наркоситуации. Одной из таких мер стало создание специального федерального органа исполнительной власти — Государственного комитета по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ (ГНК — ФСН — ФСКН) [26]. Указом Президента утверждено Положение о ФСКН, которое устанавливает полномочия самой службы, УПК определяет подследственность наркоконтроля, КоАП — полномочия по рассмотрению дел об административных правонарушениях. Федеральным законом «Об оперативно-розыскной деятельности» органам наркоконтроля предоставлено право осуществления оперативно-розыскной деятельности. Федеральным законом «О наркотических средствах и психотропных веществах» прописаны полномочия этих органов по изданию ведомственных актов в сфере регулирования законного оборота и осуществления мер контроля и даже уточнены отдельные полномочия по противодействию незаконному обороту.

Параллельно с созданием ФСКН была принята новая редакция антинаркотических статей УК и Кодекса об административных правонарушениях. Был установлен порядок определения размеров наркотиков, обнаруженных в незаконном обороте. Незаконные приобретение, хранение, изготовление, переработка, перевозка запрещённых веществ в количестве менее 10 доз признаны не уголовным преступлением, а административным проступком. Постановлением Правительства РФ от 07.02.2006 г. №76 утверждён размер средних разовых доз. Кроме того,

в антинаркотические статьи УК были внесены изменения, связанные с увеличением срока наказания за сбыт в особо крупных размерах до 20 лет лишения свободы; ужесточением наказания за сбыт несовершеннолетним и сбыт, совершённый должностными лицами; отменой принудительного лечения от алкоголизма и наркомании в пенитенциарных учреждениях по приговору суда.

В целях повышения эффективности борьбы с наркопреступностью и совершенствования профилактической работы Указом Президента Российской Федерации «О дополнительных мерах по противодействию незаконному обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров» от 20.10.2007 г. образован Государственный антинаркотический комитет (ГАК). Основной задачей ГАК является обеспечение координации деятельности федеральных органов исполнительной власти, органов исполнительной власти субъектов Федерации и органов местного самоуправления по противодействию незаконному обороту наркотических средств и психотропных веществ на качественно ином, более высоком уровне. Одновременно, в соответствии с Указом, были образованы региональные антинаркотические комиссии в субъектах Российской Федерации.

Согласно Распоряжению Правительства №466-р от 31 марта 2010 г., создан научно-исследовательский центр ФСКН России, в задачи которого входит научное и аналитическое обеспечение деятельности ФСКН России, Государственного антинаркотического комитета и антинаркотических комиссий субъектов Федерации.

Таким образом, обеспечивается реализация единой антинаркотической стратегии на федеральном и региональном уровнях.

Однако следует отметить, что в настоящее время российское законодательство не полностью приведено в соответствие с принятыми международными обязательствами, не реализуются в полном объёме положения антинаркотических конвенций ООН, имеются отставания правовой базы от нынешней динамики развития наркоситуации в стране. Не создана единая централизованная структура, ответственная за деятельность системы противодействия спросу на наркотики. Всё это обуславливает необходимость проведения дальнейшей работы по совершенствованию законодательства в этой области, учитывая социальную значимость и специфический характер правоотношений, возникающих при оказании наркологической помощи, а также опасность больных наркологическими заболеваниями для окружающих вследствие их высокой криминальной активности.

Список литературы

1. Дмитриева Т.Б., Клименко Т.В., Козлов А.А. Антинаркотическая политика: зарубежный и национальный опыт. http://www.fskn.gov.ru/includes/periodics/publication_gak_all/2010/0817/11226056/detail.shtml
2. Закон РФ от 22.07.1993 г. №5487-1 «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан».
3. Закон РФ от 02.07.1992 г. №3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании».
4. Закон РФ от 08.01.1998 г. №3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах».
5. Закон РФ от 30.03.1995 г. №38-ФЗ «О предупреждении распространения в РФ заболеваний, вызванных вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)».
6. Закон РФ от 18.06.2001 г. №77-ФЗ «О предупреждении распространения туберкулёза в Российской Федерации».
7. Закон от 20.02.1995 г. №24-ФЗ «Об информации, информатизации и защите информации».
8. Закон от 22.06.1998 г. №86-ФЗ «О лекарственных средствах».
9. Закон «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации».
10. Киржанова В.В., Сидорюк О.В., Григорова Н.И., Ванисова Н.Г., Константинова Н.Я. Основные показатели деятельности наркологической службы в Российской Федерации в 2010 году [Электронный ресурс] / Режим доступа: http://nncn.ru/2_335.html.
11. Конституция РФ от 12.12.2003 г.
12. «Кодекс РФ об административных правонарушениях» от 30.12.2001 г. №195-ФЗ.
13. Кошкина Е.А. Заболеваемость психическими и поведенческими расстройствами, связанная с употреблением психоактивных веществ, в Российской Федерации в динамике за 5 лет // Вопросы наркологии. — 2011. — №1. — С. 17—27.
14. Круглый стол «Противодействие наркомании — важнейший элемент безопасности России» [Электронный ресурс] / Режим доступа: http://www.narcotiki.ru/oinfo_6898.html.
15. Постановление Верховного Совета РФ от 22.07.1993 г. №5494-1 «Концепция государственной политики по контролю за наркотиками в Российской Федерации».
16. Постановление Правительства РФ от 23.01.2006 г. №31 «О создании, ведении и использовании единого банка данных по вопросам, касающимся оборота наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, а также противодействия их незаконному обороту».
17. Постановление Совета Министров — Правительства РФ от 28.04.1993 г. №377 «О реализации закона Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании».
18. Постановление Правительства РФ от 01.05.1996 г. №542 «Об утверждении перечня заболеваний, при наличии которых лицо не может усыновить ребенка, принять его под опеку (попечительство), взять в приёмную семью».
19. Постановление Правительства РФ от 01.12.2004 г. №715 «Об утверждении перечня социально-значимых заболеваний, представляющих опасность для окружающих».
20. Постановление Правительства РФ от 18.05.2011 г. №394 «Об утверждении перечня отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности, на занятие которыми устанавливаются ограничения для больных наркоманией».
21. Приказ Минздравсоцразвития России от 09.04.2010 г. №225ан «Об утверждении Порядка оказания наркологической помощи населению Российской Федерации».
22. Протокол заседания Постоянного комитета по контролю наркотиков №1/90-2004 от 23.01.2004 г.
23. Уголовный кодекс РФ от 13.06.1996 г. №63-ФЗ.
24. Семейный кодекс РФ от 29.12.1995 г. №223-ФЗ.
25. Уголовно-исполнительный кодекс РФ от 18.01.1997 г. №1-ФЗ.
26. Указ Президента РФ от 28.07.2004 г. №976 «Вопросы Федеральной службы Российской Федерации по контролю за оборотом наркотиков».
27. Указ Президента Российской Федерации от 20.10.2007г. «О дополнительных мерах по противодействию незаконному обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров».
28. Цымбал Е.И. Правовое регулирование оказания наркологической помощи: проблемы и пути их решения (часть первая) // Наркология. — 2005. — №5. — С. 5—12.
29. Цымбал Е.И. Правовое регулирование оказания наркологической помощи: проблемы и пути их решения (часть вторая) // Наркология. — 2005. — №6. — С. 8—15.

NORMATIVE-LEGAL MAINTENANCE OF DRUG ADDICTION PROBLEMS IN THE RUSSIAN FEDERATION

KOSHKINA E.A., BABICHEVA L.P.

National Research Center on Addiction of Russian Ministry of Health and Social Development, Moscow.

Tel.: 8-495-358-42-47; e-mail: narcentr@yandex.ru

The article highlights legislative measures to prevent Alcohol and Drug Addiction and Crime in the Russian Federation. The importance of legal regulatory of Alcohol and Drug Addiction Treatment Services (ADATS) in the Russian Federation for experts in the field of narcology is represented there. Also is shown the necessity to observe the norms of acting legislation. The specific features of legal relationships in the administration of narcological services are also represented.

Key words: Alcohol and Drug Addiction Treatment and Crime, legal regulatory, acting legislation, administration of narcological services

Характеристика болезней, отягощённых курением взрослого населения в Узбекистане

МАМАТОВА Н.М.
МЕНЛИКУЛОВ М.П.
ЖУМАНОВ А.А.
КАРИМОВА З.Х.

к.м.н., доцент кафедры валеологии Ташкентского института усовершенствования врачей (ТашИУВ)
соискатель кафедры организации, экономики и управления здравоохранением ТашИУВ
соискатель кафедры организации, экономики и управления здравоохранением ТашИУВ
ассистент кафедры валеологии ТашИУВ

Представлены итоги интервью-опроса 1000 пациентов, госпитализированных в региональные стационары, и 700 больных с гастродуоденальной язвенной болезнью, лечившихся в республиканской и городской больницах г.Ташкента. Обращено внимание на выявление курящих среди опрошенных и заболеваемости среди них, связанной с курением. Показаны мнения больных о вреде и прекращении курения. Описаны основные противотабачные меры и снижение курения среди взрослого населения Республики.

Ключевые слова: курение, табачные изделия, болезни связанные с курением, взрослое население, профилактические меры

Введение

Курение представляет собой фактор риска, способствующий возникновению многих заболеваний, прежде всего, сердечно-сосудистых, онкологических и, особенно, язвенной болезни желудочно-кишечного тракта. В настоящее время общеизвестно, что искоренение курения — одна из наиболее эффективных мер оздоровления населения. Многие страны мира (США, Финляндия, Швеция, Северная Ирландия, Канада) развернули национальную кампанию, направленную на борьбу с курением, что привело к значительному снижению числа курящих и улучшению здоровья наций.

В Узбекистане, по данным отдельных исследований, 20% мужчин и 1% женщин употребляют табачные изделия и отмечено, что число курящих сигареты и «нас» имеет тенденцию к росту. Насвай — это продукт табака, изготовленный в домашних условиях. Состав насвая и способ приготовления его известны только лично заготовителю. Насвай можно легко достать у уличных торговцев, и он намного дешевле сигарет.

Цель данной работы: охарактеризовать отдельные болезни, отягощённые курением, среди различных групп взрослого населения в Узбекистане.

Пациенты и методы исследования

Объектом исследования стали пациенты, находящиеся на стационарном лечении в различных больницах.

Опрошены 1000 пациентов, госпитализированных в различные стационарные учреждения регионов Республики, а также 709 больных с язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки в Республиканской больнице и 17-й городской больнице г.Ташкента. Опрос проведён по анкетным вопросам, подготовленным на кафедре организации, экономики и управ-

ления здравоохранением ТашИУВ, которые соответствуют основам вопросника по самостоятельной оценке общественного здоровья и здравоохранения, разработанного Европейским региональным бюро ВОЗ.

Респонденты, находящиеся в стационарах, распределялись по возрасту: 18—30 лет — 250 чел. (25%), 31—50 лет — 400 чел. (40%), 51—69 лет — 350 чел. (35%); по полу: 620 мужчин (62%), 380 женщин (38%); по месту жительства: проживающие в городах — 345 (34,5%), на селе — 655 (65,5%); по профессии: рабочий — 200 (20%), дежканин — 200 (20%), пенсионер — 250 (25%).

Из 709 больных, госпитализированных по поводу гастродуоденальных язв в стационары г.Ташкента, городские жители составляли 562 чел. (79,2%), сельские — 147 чел. (20,8%); 580 мужчин (81,5%), 129 женщин (18,2%). Относительно возраста они количественно распределились: до 20 лет — 32 чел. (4,5%), 21—30 лет — 176 чел. (24,6%), до 40 лет — 136 чел. (19,2%), 40—50 лет — 120 чел. (16,9%), 51—60 лет — 133 чел. (18,8%), 60 лет и старше — 112 чел. (15,8%).

Результаты исследования

Из 1000 опрошенных пациентов в регионах курят 545 чел. (54,5%). Среди опрошенных 130 пациентов в течение одного года страдали опухолевыми заболеваниями. Из них 85 (65,3%) употребляли табачные изделия более 20 лет. Болезнями нервной системы в течение 3—5 лет страдали 110 больных, из которых 40 чел. (36,3%) имели стаж курения 10 лет; болезнями органов пищеварения страдали в течение 3—5 лет 140 больных, из них 70 чел. (50%) курили табак более 10 лет. 320 пациентов имели болезни органов дыхания в течение 5—10 лет, из них 150 чел. (46,8%) курили более 15 лет; 300 пациентов страда-

ли сердечно-сосудистой патологией более 5 лет, из них 120 чел. (40%) имели стаж употребления табачных изделий 20 лет и более.

Из больных, страдающих вышеуказанными заболеваниями, за последний год 550 чел. госпитализировались один раз, 300 чел. — 2—3 раза и 150 чел. — более трёх раз в различные стационары.

На вопрос «Во сколько лет вы впервые попробовали курить табак?» 387 респондентов (42%) ответили: «С 14—20 лет», остальные затруднились ответить.

На вопрос о количестве употребляемых табачных изделий 300 чел. ответили, что употребляют ежедневно одну пачку (20 сигарет), 194 опрашиваемых — по 10—15 штук, 51 — по 7—8 штук.

Из 545 курильщиков 115 чел. (21,1%) курят в доме, 54 чел. (9,9%) — во дворе и 100 чел. (18,4%) — в других местах, не соблюдая интересы окружающих. Все курящие отметили, что покупают табачные изделия отечественного фабричного производства, из них 300 чел. (55%) в магазинах, 180 чел. (33%) — на улицах у местных торговцев, а 64 курящим (11,7%) сигареты приносят родственники, друзья и др.

Интересным для исследователей был тот факт, что, по мнению респондентов, произойдёт с действиями курильщиков при повышении цены сигарет на 50%: 256 респондентов (46,9%) — ответили «меньше буду курить», 220 чел. (40,3%) — «брошу курить», и 60 чел. (11%) — «буду курить более дешёвые продукты» (табак или нас). На вопрос: «Что Вы будете делать при повышении цен на сигареты на 100%?» 144 чел. (26,4%) ответили «Буду курить меньше», 300 чел. (55,0%) — «Брошу курить», и 111 чел. (20,3%) — «Перейду на курение нас». Из 350 респондентов, бросивших курить, 300 чел. (85,7%) связывают отказ от курения с ухудшением состояния здоровья, 40 чел. (7,3%) захотели вести здоровый образ жизни и 10 чел. (2,8%) указали на другие причины (финансовые трудности). Из бросивших курение 80 чел. (22,8%) раньше курили в течение года, 70 чел. (20%) курили 1—5 лет, и 100 чел. (28,5%) курили в течение 5—10 лет, 52 чел. (12%) курили 10—20 лет, 48 чел. (13,7%) — более 20 лет. Из всех опрошенных 468 чел. (46,8%) употребляли нас, из них 180 чел. (34,8%) употребляли нас в течение одного года, 100 чел. (10%) — от 1 до 5 лет, 156 чел. (46,8%) — от 5 до 10 лет, и 32 чел. (6,8%) — более 20 лет. На вопрос: «Как часто употребляете нас в день?» 159 чел. (33,9%) ответили: «2—5 раз», 200 чел. (42,7%) — «От 5 до 10 раз», 109 чел. (23,3%) — «Более 10 раз за сутки». Из употребляющих нас 119 чел. (66,2%) покупают у частных торговцев, 130 чел. (27,7%) приносят родственники, друзья; 28 чел. (5,9%) выращивают самостоятельно. Определённый

интерес представляют ответы респондентов на вопрос: «Что Вы будете делать при повышении цены на нас на 50%?» 280 чел. (59,8%) ответили: «Буду употреблять меньше», 40 чел. (8,6%) «Брошу употреблять», 40 чел. (8,6%) отметили, что не изменят количество употребляемого нас.

На вопрос «Если цены повысятся на 100%?» 140 чел. (29,9%) указали, что будут употреблять меньше, 200 (42,7%) — бросят курить нас, и 12 чел. будут продолжать употреблять столько, сколько употребляли раньше.

Большое значение имеет знание курящих о вреде табачных изделий. Из общего числа опрошенных 600 чел. (60%) сказали, что будет страдать голова, 360 чел. (36%) — ухудшится работа сердца, 40 чел. (4%) — поражаются другие органы человека.

Из употребляющих нас 44 чел. (4,4%) отметили, что поражается гортань, 35 чел. (7,5%) — сердце, 200 чел. (42,7%) — другие органы, особенно органы дыхания, пищеварения.

Из 709 больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки 450 чел. (63,4%) курили, из них 96,6% мужчин и 3,4% женщин, и 46 чел. (6,6%) употребляли нас. Из опрошенных 6% мужчин, 4,2% женщин не состояли под диспансерным наблюдением.

Таким образом, из 1000 пациентов, госпитализированных в региональные ЛПУ с различной патологией, более половины были курящими, особенно больные опухолевыми заболеваниями (65,3%), болезнями нервной системы (36,3%), болезнями органов пищеварения (50%), болезнями органов дыхания (46,8%), заболеваниями сердечно-сосудистой системы (40%). Из 709 больных, страдающих язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, 63,4% были курящими. Приведённые данные убедительным образом доказывают значимость фактора курения в возникновении и протекании различных заболеваний.

Представляет большой интерес источник знания пациентов о воздействии табака на организм: 300 чел. (30%) знали из книг, журналов и газет, 280 чел. (28%) — от медицинских работников, 200 чел. (20%) — от друзей и родственников, 130 чел. (13%) — убедились на собственном опыте; 400 опрошенных (40%) встречались с антирекламой табачных изделий на телевидении и радио, 238 чел. (23,8%) — в газетах и журналах, 32 чел. (3,2%) — на плакатах в общественном транспорте и 330 чел. (33%) — в разных местах. Из числа курящих пациентов госпитализированных 1 раз было 150 больных, 2—3 раза — 157 больных, 3 раза — 38 больных. Полученные данные свидетельствуют о тяжести сопутствующего курению заболевания, сочетанности нескольких заболеваний у курящих людей.

Борьбе с курением как мере профилактики многих заболеваний должно отводиться важное место. Наиболее значимыми в этом направлении должны стать:

- повышение налогов на табачные изделия;
- ограничение мест и времени продажи табака (например, запрет продажи табачных изделий на улицах, рядом со школами, лицеями, колледжами и вузами), запрет продажи табака детям, не достигшим 18 лет;
- запрет рекламы табака, принятие законодательных мер по запрещению курения в общественных местах;
- ужесточение контроля пассивного курения в транспорте;
- контроль незаконной продажи табачных изделий на улицах;

• усиление разработки и проведения комплексных антитабачных образовательных информационных программ, особенно для подростков и молодёжи.

По данным ВОЗ, реализация этих мер, предусмотренных Рамочной конвенцией, позволит в течение десятилетия спасти от смерти 5,5 млн чел.

Список литературы

1. Первичная медико-санитарная помощь сегодня актуальней, чем когда-либо. — ВОЗ, 2008.
2. Последствия употребления табачных изделий на здоровье население и экономики Узбекистана. — 2006.
3. Цепин О.П., Медик В.А. Общественное здоровье и здравоохранение. — Издательская группа «Геотар-Медиа», 2011. — С. 122—123.

THE CHARACTERISTICS OF ILLNESSES AMONG SMOKING ADULT POPULATION IN UZBEKISTAN

MAMATOVA N.M.

PhD the Faculty of «Valeology» Department at TIPME

MENLIKULOV M.P.

the competitor of a PhD degree at Department «Organizations, economy and management of Healthcare», TIPME

ZHUMANOV A.A.

the competitor of a PhD degree at Department «Organizations, economy and management of Healthcare» TIPME

KARIMOVA Z.K.

the Assistant of Professor at «Valeology» Department, TIPME

Tashkent Institute of Postgraduate Medical Education

The results of research patients are presented in this article. One thousand persons, who are received the medical treatment in the regional hospitals, and seven hundred individuals with the stomachs' and duodenal guts' ulcer, who receive treatment in Republican and city hospitals participated in this investigation. One of the goals of this research was the revealing of smoking persons among the patients and prevalence of diseases due to tobacco consumption among them. There were shown the know ledges about harm of tobacco consumptions' among patients and the possibility of terminations of smoking. The basic tobacco consumption prevention measures and as a result the decreasing of smoking population of the Republic were described.

Key words: smoking, tobacco products, illnesses connected with smoking, adults population, prevention

Саногенетическая терапия никотиновой зависимости

СИДОРОВ П.И.	д.м.н., профессор, академик РАМН, директор Института ментальной медицины Северного государственного медицинского университета (СГМУ); e-mail: info@nsmu.ru
СИНЦКИЙ В.В.	к.м.н., доцент кафедры адаптивной физической культуры и физиологии спорта Северного арктического федерального университета им. М.В. Ломоносова, e-mail: sinitvit@gmail.com
ХАРЬКОВА О.А.	к.пс.н., ст.преподаватель кафедры психиатрии и клинической психологии СГМУ
ЦЫГАНОВ Т.В.	к.м.н., доцент кафедры нормальной физиологии и восстановительной медицины СГМУ

Обоснованы новизна и эффективность синергетического подхода к проблеме аддиктивного поведения. Синергетика — междисциплинарное научное направление современного естествознания, исследующее явления развития и самоорганизации диссипативных структур. Прослежено развитие зависимости от никотина в рамках нелинейной и многовариантной синергетической модели. Сформированы новые подходы к профилактике и коррекции зависимого поведения инструментами саногенетической терапии. Приводится опыт использования саногенетической терапии для лечения никотиновой зависимости. Ключевые слова: зависимость от никотина, синергетика, биопсихосоциальная модель, фракталы, саногенетическая терапия

Введение

В современном мире табакокурение является опасной для здоровья человека вредной привычкой, приводящей к развитию психической и физической зависимости от никотина. Оно занимает одно из первых ранговых мест среди факторов, обуславливающих возникновение и развитие множества неинфекционных заболеваний [1, 24].

Россия входит в число стран с очень высоким уровнем потребления табака; распространённость табакокурения значительно шире, чем в других странах Европы и мира. В России курит до 70% мужчин и 30% женщин в возрасте 18—49 лет. Количество смертей от курения возросло за 20 лет в 1,5 раза и составляет за год до 400 тыс. чел. По-прежнему специалистами отмечаются низкая излечиваемость аддикции и высокая неустойчивость ремиссий при наличии большого числа лекарственных препаратов и комплексных лечебно-реабилитационных подходов. Очевидно, что назрела необходимость формирования принципиально иного системного подхода для понимания проблем патогенеза и лечения аддиктивных заболеваний.

Системная концепция механизмов зависимости от различных психоактивных веществ (ПАВ) и никотина, в частности, исходит из того, что биологические механизмы синдрома зависимости идентичны независимо от химической принадлежности веществ, вызывающих его развитие, и связаны со специфическими нарушениями функций дофаминовой нейромедиаторной системы, нарастающими при повторных и регулярных приёмах ПАВ.

Прогнозировать состояние больного с зависимостью от ПАВ и успешность его лечения невозможно не только без знаний предыстории (семейного и клинического анамнеза) и его личностной индивидуаль-

ности, но и без представлений о траектории развития человека как биопсихосоциальной самоорганизующейся системы во всех переходных и клинически оформленных состояниях [21].

Цель работы: обоснование применения и изучение влияния саногенетической терапии, основанной на синергетическом подходе, на вариабельность ритма сердца при лечении никотиновой зависимости.

Материалы и методы исследования

Одним из наиболее эффективных методологических инструментов изучения психических расстройств в целом и зависимого поведения в частности является синергетическая модель. Основными принципами синергетики являются: нелинейность, неустойчивость, незамкнутость, динамическая иерархичность, наблюдаемость. Методология синергетики основана на интегративном подходе к изучению термодинамически открытых и неравновесных диссипативных структур [3].

Концептуальным основанием синергетики является понятие *диссипативная структура*. В отличие от равновесных структур, диссипативная структура может существовать лишь при условии постоянного обмена веществом, энергией и информацией с внешней средой. Путём такого обмена диссипативная структура поддерживает свою упорядоченность во внешней среде как самоорганизующаяся система. Одним из примеров такой системы служит организм индивида, который является совокупностью динамически сменяющихся одна другую диссипативных систем, определяющих тем самым состояние его здоровья, причём не только физического, но и психического, и социального [4].

Поэтому, как и любая диссипативная структура, организм человека обладает рядом свойств: нелинейностью, неустойчивостью, открытостью, иерархично-

стью. Нелинейность диссипативных систем делает их, «с одной стороны, исключительно устойчивыми по отношению к крупномасштабным неблагоприятным воздействиям, а с другой стороны, — необычайно чувствительными к очень незначительным колебаниям состояния среды определённого сорта» [6].

При эволюции диссипативных структур, отличающейся спиралеобразным развитием в многомерном пространстве, в силу их нелинейности появляется многовариантность дальнейших траекторий развития системы (течения болезни, зависимости, траектории судьбы). Сценарии развития системы предопределяются сверхслабыми воздействиями, спонтанными флуктуациями, т.е. случайностями вблизи точек бифуркации [18, 22].

Синергетическое моделирование доказывает, что в точках неустойчивости количество реальных сценариев всегда ограничено и, если система начала трансформироваться в направлении новой траектории, то это изменение становится необратимым. Поэтому дальнейшая эволюция системы подчиняется избранному пути развития и перейти к другому, более комфортному, невозможно [11].

В общей концепции синергетики главным конструктом является фрактал, который стал общенаучным понятием, означающим самоподобную, «сетевую, переходную структуру» [5].

Фрактал — это интервал развития диссипативной системы со своими внутренними механизмами самоорганизации и саморазвития, с многовариантными траекториями движения в многомерном пространстве. В клинической медицине это одновременно развитие и состояние, объединяющее временные и качественные характеристики системы или организма [7].

Интегративность синергетического подхода можно обобщённо представить следующими основными векторами биопсихосоциальной модели онтогенеза: **био**генез (соматогенез) — развитие систем и функций организма, **психо**генез — развитие психических функций, **со**циогенез — развитие социальных ролей и отношений. Модель предполагает мультидисциплинарный и интегральный подход к комплексным и сложным причинно-следственным отношениям [16].

С целью изучения влияния саногенетической терапии на показатели вариабельности ритма сердца при лечении никотиновой зависимости было проведено экспериментальное неконтролируемое исследование, где в качестве испытуемых выступили студенты медицинского вуза (18 чел.). Респонденты с никотиновой зависимостью получали саногенетическую терапию в рамках индивидуальных превентивно-коррекционных и лечебно-реабилитационных маршрутов.

Вариабельность ритма сердца (ВРС) изучалась с использованием программного обеспечения

«ВНС-Спектр» («Нейро-Софт», г.Иваново) для регистрации электрокардиографии (ЭКГ) и анализа вариабельности ритма сердца [9]. Проводилась запись ЭКГ в течение 300 с до и после сеанса саногенетической терапии.

Методика анализа и физиологическая интерпретация показателей ВРС проводилась в соответствии с рекомендациями Европейского общества кардиологов и Североамериканского общества по электростимуляции и электрофизиологии [25].

Временной (статистический) анализ ВРС по ритмограмме включал в себя изучение показателей: частоты сердечных сокращений (ЧСС, 1/мин); средней длительности интервалов R-R между синусовыми кардиоциклами (RRNN, мс); среднеквадратичного отклонения длительности интервалов R-R между синусовыми сокращениями (SDNN, мс); коэффициента вариации (CV, %); моды — наиболее часто встречающегося значения длительности кардиоинтервалов (M_o , с); амплитуды моды — числа значений интервалов, равных M_o , в процентах к общему числу зарегистрированных кардиоциклов (AM_o , %); индекса вегетативного равновесия (ИВР, у.е.); показателя адекватности процессов регуляции (ПАПР, у.е.); индекса напряжения регуляторных систем (ИН, у.е.).

Спектральный анализ ВРС включал в себя изучение показателей: суммарная мощность спектра на всех частотных диапазонах (Total power — TP, ms^2 1000, 0,015—0,5 Гц), характеризующая вариабельность ритма сердца в целом; мощность спектра высокочастотного компонента (High frequency — HF, 0,15—0,5 Гц, ms^2 , %), которая отражает относительный уровень активности парасимпатического звена регуляции; мощность спектра низкочастотного компонента (Low frequency — LF, 0,05—0,15 Гц, ms^2 , %) отражающая активность гипоталамо-гипофизарной системы; мощность спектра сверхнизкочастотного компонента (Very low frequency — VLF, 0,015—0,05 Гц, ms^2 , %), которая отражает относительный уровень активности корково-лимбических структур; баланс симпатических и парасимпатических влияний (LF/HF).

Статистический анализ осуществлялся с помощью пакета прикладных программ SPSS, версия 19. Тип распределения определялся с помощью критерия Шапиро—Уилка; в связи с тем, что данные не подчинялись закону нормального распределения, применялся непараметрический метод для двух связанных выборок — критерий Уилкоксона. Критический уровень статистической значимости для оценки справедливости нулевой гипотезы составил 0,05 и менее. Все показатели вариабельности ритма сердца представлены в виде медианы (Me) и 1-го и 3-го квартилей ($Q1—Q3$).

Результаты исследования и их обсуждение

Зависимость от никотина как частный случай аддиктивного поведения представляет собой классическую модель диссипативной структуры [12, 16]. Аддиктивное поведение — это болезнь личности, а не индивида, поэтому оно зиждется на аномальном развитии психической индивидуальности. Психическая индивидуальность — это сложное переплетение психофизиологических, психологических и социально-психологических свойств, ядром которого является тип высшей нервной деятельности (биологическая составляющая психической индивидуальности), где на его основе формируется характер (психологическая составляющая психической индивидуальности), а затем происходит становление личности (социальной составляющей психической индивидуальности) [17]. Поэтому фрактальная динамика табачной зависимости тесно переплетается с этапами социализации личности.

Развитие табачной зависимости необходимо рассматривать с позиции перехода одного фрактала в другой: *преддиспозиции* — *латентный* — *инициальный* — *развернутой клинической картины* — *хронизации* — *исхода* (табл. 1). Траектория прогрессивного развития табачной зависимости может подвергаться изменениям в точках бифуркации при изменении аномаль-

ного онтогенетического развития личности и, соответственно, интерперсональных отношений.

Фрактал преддиспозиции (внутриутробное развитие). Курение матери в течение беременности может привести к развитию никотиновой зависимости у её детей. Механизм формирования зависимости состоит в том, что никотин и его метаболиты, проникая через плацентарный барьер, оказывают воздействие на развивающуюся центральную нервную систему плода, проявляя холинэргическую активность и вызывая нарушения в дофаминергической системе мозга. Таким образом, у подростков, начинающих курить, очень быстро формируется никотиновая зависимость, так как субстрат развития зависимости уже сформирован [23].

Латентный фрактал (от момента рождения до подросткового возраста). Сторонники теории «импринтинга» — запечатления — отводят первостепенную роль раннему опыту ребёнка в формировании его отношений к окружающим. Сущность её заключается в переносе механизма «импринтинга» без должных оснований и на поведение ребёнка. Согласно данной гипотезе, у детей раннего возраста происходит запечатление особенностей, свойственных взрослому, ухаживающему за ними, причём не только его внешности, голоса, одежды, но также и запаха, и повадок (в частности, манипулирование сигаретой и всех дру-

Таблица 1

Фрактальная динамика никотиновой зависимости

Векторы онтогенеза	Фракталы					
	Преддиспозиции	Латентный	Инициальный	Развернутой клинической картины	Хронизации	Исхода
Соматогенез	Наследственная отягощённость, в том числе формирование "табачного синдрома плода" (при курении матери)	Нарушение иммунной системы, заболевания верхних дыхательных путей, нарушения нейропроцессов в результате пассивного курения, органические неврозы	Соматоморфные расстройства в результате активного курения	Преходящие психосоматические расстройства	Высокая толерантность к никотину, психосоматические нарушения	Низкая толерантность к никотину. Соматические осложнения
Психогенез	Воздействие табака на нервно-психическое развитие плода и ребёнка	Развитие созависимой личности	Когнитивный диссонанс между собственным курением и тем, что сообщается родственникам	Обсессивное влечение к никотину, зависимость личности от курения	Зависимые личностные расстройства	Деформация личности
Социогенез	Дизгармоничная семья, ранний дизонтогенез	Наличие курящей социализирующей среды: родители, опекуны. Курение как инструмент псевдосоциализации личности	Амбивалентность действующей микросоциальной среды	Утрата значения противодействующей микросоциальной среды	Преходящая социальная декомпенсация	Социальная дезадаптация личности

гих атрибутов табакокурения). В результате, они составляют образ, вызывающий у ребёнка привязанность по аналогии с образом матери или другого взрослого, заменяющего её.

Инициальный фрактал (подростковый возраст) — период начала табакокурения, характеризующийся не только позитивным восприятием, но и негативным опытом: появлением диспепсических расстройств (головокружение, тошнота, рвота). У подростков возникает когнитивный диссонанс между их собственным курением и тем, что говорит мать (или другой близкий человек), тем более, если она является активным курильщиком. Это, в свою очередь, порождает психологический дискомфорт, мотивирующий подростка на попытку уменьшить степень диссонанса и, по возможности, достичь консонанса [19]. На данном фрактале социализации личности подростка предлагаются различные траектории развития, которые задаются в точках бифуркации:

- подросток может изменить свое поведение, бросив курить, и тогда его когниция о вреде курения достигнет консонанса со знанием того, что курение вредно для здоровья;
- подросток может изменить свою когницию в отношении эффекта курения, т.е. перестать признавать тот факт, что курение наносит ему вред, найдя этому опровержение (или особенно тогда, когда его мать или близкий родственник является курильщиком с большим стажем и это никак не отражается на её (его) здоровье).

В этой инициальной фазе важно установить способ и вид активности, что облегчит своевременное включение превентивных мер в попытке «соскочить с крючка», обрести нужную духовность и чувство безопасности [14].

Фрактал развёрнутой клинической картины (юность) соответствует начальной стадии никотиновой зависимости [8, 10], которая характеризуется лишь психологической потребностью и отсутствием признаков физической зависимости. На данной стадии могут наблюдаться незначительные вегетативные нарушения при систематическом употреблении табака. Данный фрактал может развиваться по разным траекториям. По мнению основателя интерперсональной теории Гарри Салливана, приобщение к употреблению табака в этом возрасте связано с наличием в его окружении курящего подростка [17]. Продолжение табакокурения целиком и полностью зависит от поведения и реакции такого института социализации, как семья. Дисгармоничные внутрисемейные отношения ведут к прогрессивности процесса и формированию физической зависимости от никотина. Поэтому изменить сценарий развития могут родители или родственники, которым следует действовать через «ре-

ферентные группы» подростка, а именно друзей, тренеров и т.д.

Фрактал хронизации (зрелый возраст). Характеризуется появлением признаков физической зависимости: формированием абстинентного синдрома, повышением толерантности. Влечение к курению табака навязчивое, сочетается с раздражительностью, снижением физической и умственной деятельности, головнокружением, головной болью, нарушением сна. Психосоматическое неблагополучие проявляется в виде утреннего кашля, начальных симптомов заболевания желудка (изжога, неприятные ощущения в эпигастрии, изредка боли), преходящих, неприятных ощущений в области сердца, колебаний уровня артериального давления.

Фрактал исхода (пожилой или старческий возраст) конгруэнтен проявлению никотинового синдрома, характеризуется высокой толерантностью к табаку (до 30—50 шт. в сутки) [8] или, наоборот, уменьшением количества потребляемых сигарет [10], тяжёлым абстинентным синдромом, астено-невротической симптоматикой, ведущей к нарастанию социальной дезадаптации. Курение становится автоматическим. Фрактал исхода характеризуется осложнением никотиновой зависимости: отмечаются признаки нарушения деятельности различных органов и систем, в первую очередь дыхательной и сердечно-сосудистой.

Организм человека является реальной информационно-энергетической системой, целостной и саморазвивающейся. В свете представлений об информационно-энергетическом обмене как первичной интегрирующей системе организма всякое лечебное воздействие можно рассматривать как направленную коррекцию повреждённых структур. Любое лечение ставит своей целью нормализацию соотношений между различными подсистемами организма.

На борьбу с психическими, неврологическими и соматовегетативными расстройствами при никотиновой зависимости направлен сложный комплекс саногенетической терапии, включающий компоненты, активизирующие физиологические реакции адаптации, стресс-лимитирующую систему и систему антиоксидантной защиты организма.

С учётом информационно-энергетической специфики лечебных воздействий и особенностей ресурсов собственных сил организма к спонтанной самоорганизации саногенетическая терапия является залогом успешности проводимых лечебных и реабилитационных мероприятий.

Саногенетическая терапия — это способ адаптивного био-психо-социального управления сознанием человека, в результате которого происходит дестабилизация устойчивого патологического состояния, ак-

тивация резервов организма и личности, в целом, а также восстановление структурно-функциональных систем обеспечения жизнедеятельности, при этом главным реабилитационным приоритетом становятся самосохраняющий стиль жизни и её достойное качество.

Наибольшее практическое значение для построения программы саногенетической терапии при никотиновой зависимости имеют следующие принципы:

- а) раннее начало терапевтической интервенции;
- б) этапное лечение от predisposition до исхода;
- в) преемственность и непрерывность лечения на всех фракталах;
- г) комплексный характер терапии;
- д) индивидуализация лечебных мероприятий с учётом адаптивного потенциала и личностных особенностей больного.

Саногенетическая терапия никотиновой зависимости должна быть направлена на все фракталы развития зависимого поведения и коррекцию его в точках бифуркации с целью компенсации патологического состояния и аддиктивного поведения (табл. 2). Приведённая матрица позволяла для каждого клиента или пациента построить индивидуальный превентивно-коррекционный или лечебно-реабилитационный маршрут.

Саногенетическая коррекция в точке бифуркации фракталов семейного дизонтогенеза и диатеза заключается в психотерапевтическом воздействии на субстрат, т.е. на моделирование психогенеза. Психогенез зависимого поведения характеризуется в конечном

итоге формированием зависимой личности, для которой характерны инфантильность, внушаемость, высокая поисковая активность, эгоцентризм. Единственным действенным видом коррекции психических изменений в этом случае является психотерапия, обладающая большим арсеналом методов (аналитических, обучающих, развивающих, трансформирующих, моделирующих, побуждающих и др.).

Коррекция в точке бифуркации фракталов диатеза и функциональных расстройств помимо психотерапевтического воздействия включает в себя полимодальное влияние на социогенез. Социогенез никотиновой зависимости приводит к нарушению социализации личности. В силу этого его коррекция закономерно опирается на медико-социальную работу, которая основывается на принципах:

- 1) экосистемности — учёта всей системы взаимоотношений человека и окружающей его среды в данной проблемной парадигме;
- 2) полимодальности — сочетания в системе медико-социальной работы различных подходов, способов действия, функционально-ориентированных на конкретную цель;
- 3) континуальности — непрерывности, цельности, функциональной динамичности и плановости медико-социальной работы.

Саногенетическая терапия применительно к точке бифуркации фракталов функциональных расстройств и развёрнутой клинической картины заключается в психотерапии, медико-социальной работе и коррек-

Таблица 2

Программа медико-психо-социальной помощи при никотиновой зависимости

Фракталы	Блоки		
	Медицинский	Психологический	Социальный
Предиспозиции	Включение детей от матерей с никотиновой зависимостью в группу риска	Выявление лиц со специфическими психологическими чертами личности и включение их в группу риска	Выявление и коррекция дисгармонии семейных отношений
Латентный	Выявление лиц, склонных к злоупотреблению ПАВ	Коррекция преморбидных личностных особенностей	Коррекция семейных отношений и гармонизация социализации личности
Инициальный	Выявление табакокурения при скрининговом обследовании	Коррекция психологических реакций	Гармонизация значимых социальных отношений
Развёрнутой клинической картины	Постановка клинического диагноза наличия синдрома зависимости от никотина, назначение медикаментозной терапии, профилактика осложнений	Коррекция соматоформных нарушений, психотерапия	Адаптация к заболеванию, коррекция межличностных проблем
Хронизации	Контроль за соматическим состоянием, адекватная медикаментозная терапия никотиновой зависимости, профилактика осложнений	Коррекция психосоматических нарушений, психотерапия	Профессиональная и семейная адаптация личности
Исхода	Лечение соматических и неврологических осложнений никотиновой зависимости	Психологическая реабилитация	Социальная реабилитация

ции систем и функций организма различными методами, влияющими на механизмы биогенеза. В рамках саногенетической терапии можно выделить формы медико-социальной работы [15]:

1) превентивную — нацеленную на предупреждение возникновения зависимого паттерна;

2) медико-социальную с проблемными лицами, у которых формируется зависимый паттерн, и их микросоциальным окружением;

3) лечебно-реабилитационную с пациентами со сформированной никотиновой зависимостью.

Саногенетическая терапия в точках бифуркации фракталов развёрнутой клинической картины и хронизации, а также хронизации и исхода должна быть максимально интенсифицирована, в включает в себя комплексное воздействие на психогенез, социогенез и биогенез. Для ускорения процессов реституции соматогенеза с успехом используются следующие методы физиотерапии: электросон, гальванизация, электрофорез биостимуляторов, вазоактивных препаратов, антиоксидантов, диадинамотерапия, амплипульстерапия, дарсонвализация. Большое влияние на реституцию оказывают светолечение, воздействие сантиметровыми, дециметровыми волнами, ультразвуком. Для стимуляции регенерационных процессов эффективно

применение ряда природных факторов: пелоидов, бальнеолечения, лазеротерапии, ультразвука, электрофореза антиоксидантов и биостимуляторов, электрофореза протеолитических ферментов, витаминов, магнитотерапии. Активизировать компенсаторные реакции возможно в результате проведения лекарственного электрофореза транквилизаторов и воздействия на центральную нервную систему прямоточными токами по методике электросна. Нормализующее влияние на корково-висцеральные связи оказывают бальнеопроцедуры (кислородные, азотные, углекислые, сероводородные ванны), различные методы оксигенотерапии.

В настоящее время накоплен клинический и экспериментальный материал, подтверждающий успешное использование в терапевтических программах различных аддикций метода саногенетической терапии [20]. Оказалось, что после сеанса саногенетической терапии в экспериментальной группе были обнаружены статистически значимые изменения временного анализа вариабельности ритма сердца по сравнению с исходными данными (табл. 3).

В ходе лечения данным методом произошло снижение ЧСС ($p < 0,001$), уменьшение АМо ($p = 0,006$), ИН ($p = 0,001$), ИВР ($p = 0,001$), ПАПР

Таблица 3

Показатели временного анализа вариабельности ритма сердца в ходе применения саногенетической терапии, Ме (Q1—Q3)

Показатель ВРС	До	После	p-уровень
ЧСС, уд./мин	78,0 (71,0—86,0)	72,0 (65,0—78,0)	<0,001
RRNN, мс	774 (710—875)	849 (780—939)	<0,001
SDNN, мс	53,5 (37,3—83,5)	67,0 (47,7—80,7)	0,002
CV, %	7,03 (4,82—9,53)	7,66 (5,46—10,23)	0,058
Мо, с	0,77 (0,72—0,92)	0,83 (0,77—1,03)	0,001
АМо, %	35,2 (25,1—52,6)	28,6 (21,8—41,8)	0,006
ИВР, у.е.	118 (57,0—244)	68,9 (34,8—158)	0,001
ПАПР, у.е.	46,2 (26,3—69,9)	33,2 (25,8—48,3)	0,001
ИН, у.е.	78,8 (29,0—159)	39,6 (21,3—91,2)	0,001

Таблица 4

Показатели спектрального анализа вариабельности ритма сердца в ходе применения саногенетической терапии, Ме (Q1—Q3)

Показатель ВРС	До	После	p-уровень
TP, мс ²	3601 (1718—9133)	4970 (2698—7952)	0,003
VLF, мс ²	1317 (741—2477)	1843 (1187—3325)	0,248
LF, мс ²	1373 (720—2979)	1867 (882—3535)	0,199
HF, мс ²	581 (249—1971)	1004 (498—2121)	0,011
LF/HF	2,42 (1,61—3,68)	1,71 (1,28—2,60)	0,001
%VLF	44,9 (23,1—54,6)	33,5 (27,1—56,9)	0,619
%LF	38,8 (28,6—48,8)	39,9 (24,6—46,4)	0,048
%HF	15,7 (11,4—21,7)	20,5 (13,0—26,5)	0,044

($p=0,001$) и увеличение M_0 ($p=0,001$), RRNN ($p<0,001$), SDNN ($p=0,002$), что, в целом, характеризует снижение тонуса симпатического отдела вегетативной нервной системы и активизацию парасимпатической регуляции сердечного ритма.

Перераспределение тонуса между отделами вегетативной нервной системы сопровождалось статистически значимыми изменениями спектральной функции кардиоинтервалов (табл. 4).

При анализе волновой структуры выявлено увеличение TP ($p=0,003$). Наблюдались изменения в диапазоне высоких частот (HF), где величина мощности спектра повышалась ($p=0,011$). Произошла существенная перестройка и в структуре волнового спектра, что выражается увеличением уровня %LF ($p=0,048$) и %HF ($p=0,044$). Соотношение симпатических и парасимпатических влияний (LF/HF) снижается ($p=0,001$).

В целом, произошло увеличение объема и перераспределение нейрогуморальных влияний в регуляции сердечного ритма с увеличением влияния парасимпатической системы на фоне преобладающего регуляторного влияния гипотам-гипофизарной системы и снижения активности корково-лимбического комплекса. Оценка результатов ВРС с позиции двухконтурной модели регуляции сердечного ритма [2] показала, что в регуляции работы сердца увеличилось влияние автономного контура над центральным. Рост активности внутрисистемных механизмов саморегуляции сердечно-сосудистой системы характеризует адаптивные изменения без вмешательства межсистемного уровня управления. Происходят восстановление баланса в регуляторных системах и снижение психоэмоционального напряжения [13].

Таким образом, в результате проведенных исследований было выявлено, что саногенетическая терапия оказывает значимое воздействие на организм человека в целом и на показатели вариабельности ритма сердца как индикатора адаптационно-приспособительных изменений в организме в частности.

Заключение

Синергетическая концепция зависимого поведения делает реальным прогнозирование сценариев формирования табачной зависимости уже в антенатальном и постнатальном периодах жизни, которые в принципе возможно изменить. Данная концепция свидетельствует о необходимости разработки мультидисциплинарных антитабачных программ с консолидацией всех основных институтов социализации личности (семья, школа, специалисты различных профессий). Применение саногенетической терапии именно на преморбидной стадии зависимости от никотина является тем патогенетическим методом лечения, который способен предотвратить формирование зависимости.

Список литературы

1. Бабанов С.А. Клинические аспекты табакокурения // Проблемы туберкулеза. — 2002. — №7. — С. 23—24.
2. Баевский Р.М. Проблема оценки и прогнозирования функционального состояния организма и её развитие в космической медицине // Успехи физиологических наук. — 2006. — Т. 37, №3. — С. 42—57.
3. Баранцев Р.Г. Синергетика в современном естествознании. — М.: Едиториал УРСС, 2003.
4. Бранский В.П. Теоретические основания социальной синергетики // Вопросы философии. — 2000. — Т. 4. — С. 112—129.
5. Войцехович В.Э. Куда эволюционирует наука? // Синергетическая парадигма. М., 2004. — С. 181.
6. Князева Е.Н., Курдюмов С.П. Основания синергетики. Человечество, конструирующее себя и свое будущее. — М.: КомКнига, 2006.
7. Кулаков С.А. Био-психо-социо-духовная и синергетическая модель развития онкологического заболевания: системный подход. — СПб.: Известия РГПУ им. А.И. Герцена. — 2009. — №100. — С. 125—131.
8. Менделевич В.Д. Наркозависимость и коморбидные расстройства поведения. — М.: МЕДпресс-информ, 2003. — 328 с.
9. Михайлов В.М. Вариабельность ритма сердца: опыт практического применения метода. — Иваново: ИГМА, 2002. — 290 с.
10. Морозов Г.В., Стрельчук И.В. Курение как «фактор риска». — М.: Знание, 1983. — 78 с.
11. Назаретян А.П. Цивилизационные кризисы в контексте Универсальной истории. (Синергетика — психология — прогнозирование): 2-е изд.-е. — М.: Мир, 2004. — 367 с.
12. Небрат В.В. Диссипативные состояния человека при болезнях зависимости // Актуальные вопросы наркологии, психиатрии и психологии в республике Саха (Якутия): материалы республиканской науч.-практ. конф. 8—9 дек. 2004. Якутск, 2004. Вестник ТГУ. — Т. 12. — Вып. 6, 2007. — С. 698.
13. Панкова Н.Б., Надоров С.А., Карганов М.Ю. Анализ вариабельности сердечного ритма и артериального давления при разных функциональных пробах у женщин и мужчин // Физиология человека. — 2008. — Т. 34, №4. — С. 64—72.
14. Семке В.Я. Аддиктивная личность в зеркале персонологии // Клиническая наркология. — 2001. — №1. — С. 27—34.
15. Сидоров П.И., Цыганок Т.В., Шельгин К.В., Синицкий В.В. Саногенетическая терапия зависимого поведения // Наркология. — 2008. — №1. — С. 13—21.
16. Сидоров П.И. Синергетическая концепция зависимого поведения // Экология человека. — 2005. — №10. — С. 27—32.
17. Сидоров П.И., Парняков А.В. Введение в клиническую психологию: Т. 2: Учебник для студентов медицинских вузов. — М.: Академический проект, Екатеринбург: Деловая книга, 2000. — 416 с.
18. Трубецков Д.И. Введение в синергетику. Хаос и структуры. — М.: Едиториал УРСС, 2004. — 240 с.
19. Фестингер Л. Теория когнитивного диссонанса. — СПб.: Ювента, 1999. — С. 15—52.
20. Цыганок Т.В. Оценка эффективности саногенетической терапии зависимого поведения // International Journal on Immunorehabilitation (Международный журнал по иммунореабилитации). — 2009. — Т. 11, №1. — С. 134.
21. Чернобровкина Т.В., Кершенгольц Б.М. Философские проблемы биологии и медицины: синергетика в аддиктологии // Экспериментальные, теоретические и философские вопросы аддиктологии. — 2005. — №1. — С. 14—20.
22. Чернявский Д.С. Синергетика и информация. Динамическая теория информации. — М.: Наука, 2001. — С. 245.
23. American journal of Public Health. — 1994. — Vol. 84, №9. — P. 67—78.
24. Ezzati M., Lopez A.D. Regional disease specific patterns of smoking-attributable mortality in 2000 // Tob. Control. — 2004. — Vol. 13, №4. — P. 388—395.
25. Task Force of the European of Cardiology and the North American Society of Pacing and Electrophysiology. Heart Rate Variability. Standards of Measurements, Physiological Interpretation, and Clinical Use // Circulation. — 1996. — №93. — P. 1043—1065.

SANOGENETIC THERAPY OF NICOTINE DEPENDENCE

SIDOROV P.I. professor, Academician RAMS, Director, Institute of Mental medicine,
Northern State Medical University (NSMU), Arkhangelsk

SINITSKY V.V. cand.med.sci., Associate professor, Department of Adaptive Physical Training and Sports physiology,
Northern Arctic Federal University named after M.V. Lomonosov, Arkhangelsk

KHARKOVA O.A. cand.psych.sci., Senior lecturer, Department of Psychiatry and Clinical psychology, NSMU, Arkhangelsk

TSYGANOK T.V. cand.med.sci., Associate professor, Department of Normal physiology and rehabilitation medicine,
NSMU, Arkhangelsk

In the article novelty and efficiency of the addictive behavior synergetic approach have been grounded. Synergy is an interdisciplinary approach of the modern natural science studying phenomenon of development and self-organization of dissipative structures. Development of nicotine dependence (ND) within the bounds of non-linear and multiple-choice synergetic model has been retraced. New preventive and correction methods of ND by the sanogenetic therapy have been formed. The experience of use of sanogenetic therapy for ND treatment has been presented.

Key words: nicotine dependence, synergy, bio-psycho-social model, fractals, sanogenetic therapy

Социально-демографические, клинические характеристики женщин, страдающих алкогольной зависимостью, находящихся на динамическом наблюдении в наркологическом диспансере

СОФРОНОВ А.Г. д.м.н., проф., зав. кафедрой психиатрии Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования
НИКОЛКИНА Ю.А. врач психиатр-нарколог Межрайонного наркологического диспансера №1

В настоящее время число женщин с алкогольной зависимостью продолжает возрастать. Существующие государственные формы учёта наркологических пациентов содержат ограниченное количество показателей для детального анализа данного контингента. Социально-демографические и клинические характеристики болезненного процесса у женщин, состоящих на наркологическом учёте, изучены недостаточно. Изучены социальные и клинические характеристики 240 женщин в возрасте от 19 лет до 71 года, состоящих на диспансерном наркологическом наблюдении. Оценивались основные показатели социального функционирования у 55 женщин. Наиболее драматичные результаты получены у женщин молодого возраста. В этой группе подавляющее большинство неработающих женщин, низкие показатели занимающихся квалифицированным трудом, отсутствие стабильных семейных отношений. В клинической картине заболевания преобладают постоянная форма пьянства, высокая частота возникновения рецидивов. В группе женщин пенсионного возраста выявлены наиболее высокий образовательный уровень и наличие трудового стажа. В этой группе установлены более продолжительные и стойкие ремиссии и меньшая частота возникновения рецидивов. Полученные данные позволяют совершенствовать существующие формы учётной документации, определять терапевтические перспективы в проведении лечебно-профилактической терапии.

Ключевые слова: клиника алкоголизма у женщин, наркологический диспансер, социально-демографические характеристики женского алкоголизма

Введение

Женский алкоголизм, особенно молодого возраста, является угрожающей проблемой современности [3, 6]. Число женщин, страдающих алкогольной зависимостью, продолжает возрастать. Наблюдается отягощение репродуктивной функции, снижение деторождаемости, злокачественные темпы социальной деградации [2—5]. Как отмечают многие исследователи, важным моментом в развитии заболевания являются социально-психологические механизмы, изменение роли женщины в обществе, искажение традиционно-семейных ценностей [2, 3, 7, 8]. Актуальным признаётся супружеский алкоголизм, где оба супруга страдают алкогольной зависимостью [1, 9, 12—14]. По данным учётной статистики, около 50% женщин проживают с супругом, злоупотребляющим алкоголем. Реальное состояние и динамику алкогольной болезни у женщин выявить достаточно сложно в силу социальной стигматизации, позднего обращения за медицинской помощью [1, 3, 7, 14]. На диспансерный учёт большинство женщин попадает в связи с вынужденной госпитализацией по поводу лечения алкогольных психозов. Наименее изученным остаётся контингент женщин, состоящих на диспансерном наблюдении. Существующие формы государственной отчётности содержат ограниченное количество пока-

зателей для детального анализа данного контингента [1—4, 7, 9, 12], поэтому сложно составить полную социальную и клиническую характеристику учётных пациентов. Рутинная практика врача в наркологических диспансерах не учитывает особенности данного контингента. Объём социальной помощи, в которой нуждается подавляющее большинство учётных пациентов, недостаточен для формирования устойчивой ремиссии.

Цель исследования: изучение социально-демографических, отдельных клинических характеристик женщин, состоящих на диспансерном учёте.

Пациенты и методы исследования

За период с 1990 по 2010 гг. обследовано 240 женщин в возрасте от 19 лет до 71 года со сформированным алкогольным абстинентным синдромом, состоящих на диспансерном наркологическом учёте по настоящее время в Межрайонном наркологическом диспансере №1 г. Санкт-Петербурга. Проводился статистический анализ сплошным методом для получения репрезентативной выборки, социально-демографические и клинические данные вносились в специально-разработанные индивидуальные карты пациенток. Изучались следующие социальные характеристики: семейное положение, состав семьи, наличие детей, ана-

мнестические сведения о наличии алкоголизации супруга, профессиональная, трудовая деятельность. Из клинических характеристик изучались наследственность, продолжительность ремиссий, частота рецидивов в течение года, частота психозов в анамнезе. Для определения уровня напряжения в наиболее значимых сферах системы социальных отношений использовалась методика Л.И. Вассермана в модификации В.В. Бойко «Уровень социальной фрустрированности». Методика состоит из 20 шкал, отражающих основные аспекты социально-значимых отношений. Оценивалась степень «удовлетворённости/неудовлетворённости» по основным 20 сферам социального функционирования. Определялся индекс общего уровня социальной фрустрированности у каждой пациентки, страдающей алкогольной зависимостью. При этом мера удовлетворённости субъективно оценивалась по 5-балльной системе: 1 — полностью удовлетворён; 2 — скорее, удовлетворён; 3 — затруднение в ответе; 4 — скорее, не удовлетворён; 5 — полностью не удовлетворён.

Результаты исследования и их обсуждение

Обследованные женщины (240 чел.) с синдромом алкогольной зависимости распределены на 3 возрастные группы. Учётная группа представлена женщинами трудоспособного возраста. Первая группа женщин в возрасте до 39 лет (68 чел.) составила 28,3%, вторая группа (95 чел.) — 39,6%, третья группа женщин от 55 лет и старше (77 чел.) составила 32,1%.

В результате проведённого анализа выявили 49% (118 чел.) состоящих на диспансерном учёте женщин, которые проживают с мужьями, страдающими алкогольной зависимостью. Распределение показателей «семейное положение» и «возраст» оказалось неоднородным по возрастным группам (рис. 1). Количество незамужних женщин преобладает в первой группе 32,4% (23 чел.). С увеличением возраста число незамужних женщин уменьшается. В группе старше 55 лет данный показатель составляет 1,3% (1 чел.). Замужние женщины преобладают во второй возрастной группе до 40% (38 чел.). В этой же группе увеличивается число разведённых женщин до 26,3% (25 чел.). В группе женщин пенсионного возраста число замужних пациенток составляет 35% (27 чел.). Число женщин, живущих в гражданском браке, имеет тенденцию к уменьшению с увеличением возрастных границ. В группе до 39 лет этот показатель наиболее высокий и составляет 26,5% (18 чел.), в группе среднего возраста — 10,5% (10 чел.), старше 54 лет — 6,5% (5 чел.). Среди женщин пенсионного возраста значительно увеличивается количество вдов, которое составляет 31% (24 чел.).

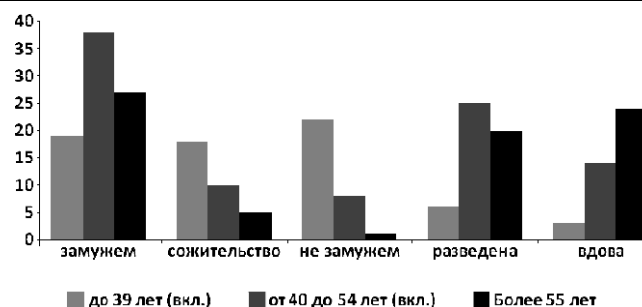


Рис. 1. Распределение показателей «Семейное положение» — «Возраст»

Показатель наличия детей (рис. 2) имеет особенности распределения в возрастных группах: женщины до 39 лет не имеют детей — 42,6% (29 чел.), 10,3% (7 чел.) из этой группы лишены родительских прав. Наибольшее число женщин, не имеющих детей, наблюдается в группе молодого возраста. В этой группе имеются также женщины, лишённые родительских прав (рис. 2).

Образование женщин, состоящих на диспансерном наблюдении, преимущественно среднее специальное — 53,8% (129 чел.) и среднее — 28,8% (69 чел.). По данным литературы [1, 2], часто проводится взаимосвязь низкого образовательного уровня и формирования женского алкоголизма, однако, по нашим данным, постепенно увеличивается доля женщин с высшим образованием, состоящих на диспансерном учёте, составляя от всего числа обследованных 14,2% (34 чел.). В первой группе женщин этот показатель составляет 11,8% (8 чел.), во второй группе он наиболее низкий, 8,4% (8 чел.). Наибольшее количество женщин с высшим образованием наблюдается в группе пенсионного возраста — до 23,4% (18 чел.).

Женщины с неоконченным высшим образованием составляют в общей группе обследованных до 4,2%. Максимум приходится на возрастную группу от 40 до 54 лет. В учётной группе женщин преобладает среднее специальное образование во всех возрастных группах.

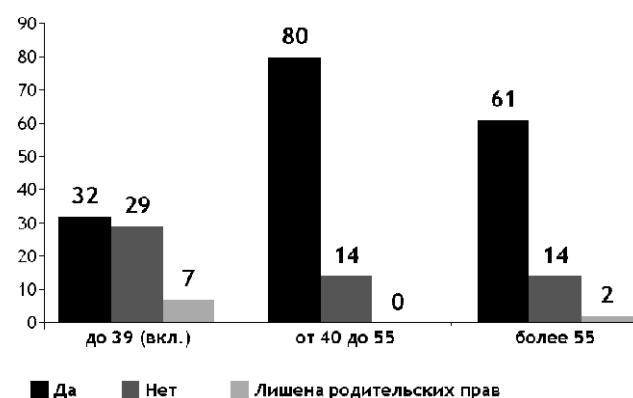


Рис. 2. Распределение показателей «Возраст» — «Дети»

В распределении групп по критерию «Возраст и трудовая деятельность» преобладают неработающие женщины — 50% (120 чел.). В первой группе неработающие женщины составляют 47,1% (32 чел.), здесь имеются женщины, без трудового стажа. Всего 4% женщин из данной группы занимаются квалифицированным трудом. Также крайне низок процент по этому показателю и во второй группе — 3,3%, и в третьей — 3,9%. Показатель женщин, работающих по специальности — 23,8% (57 чел.). В первой группе он составляет 26,4% (18 чел.), во второй — 27,4% (26 чел.), в третьей — 16,9% (13 чел.). Неквалифицированным трудом из числа работающих женщин занимаются 38 чел., что составляет 15,8%. Этот показатель достаточно высок во всех возрастных группах (рис. 3).

Таким образом, выявлены высокие показатели неработающих женщин в достаточно молодых возрастных группах и крайне низкий процент женщин, занимающихся квалифицированным трудом. Показатели по последнему признаку в возрастных группах не превышают 4%.

Исследуя причины употребления алкоголя, наблюдаем особенности по всем возрастным группам. У женщин второй группы чаще отмечается формирование алкогольной болезни под влиянием мужа-алкоголика или сожителя, увеличивается роль влияния социально-бытовых факторов, они употребляют алкоголь для «снятия стресса», снижения психоэмоциональной нагрузки. Для женщин первой возрастной группы характерны гедонистические установки, алкоголизации в компаниях, большая роль питейных традиций в родительских семьях, низкий уровень культуры. В третьей группе женщин с увеличением показателя вдовства наиболее часто отмечают черты «вдовьего» алкоголизма, усиливается роль фактора одиночества, большое значение для алкоголизации имели заболевания мужа или близких родственников. Это подтверждает исследования авторов, выделяющих феномен вдовьего алкоголизма [4].

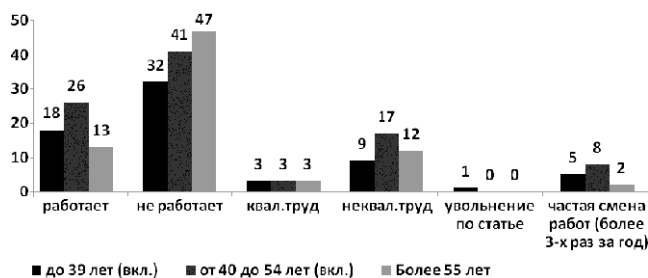


Рис. 3. Распределение показателей «Трудовая деятельность» — «Возраст»

Для определения уровня напряжения в социально значимых сферах жизнедеятельности было обследовано 55 женщин с алкогольной зависимостью, находящихся в ремиссии более одного месяца.

Выявлены существенно значимые различия в возрастных группах по шкалам удовлетворённости обстановкой в государстве, возможности выбора места работы, образа жизни. Наибольшее количество женщин молодого возраста — до 52% (13 чел.) — затрудняются оценить обстановку в обществе. Наименьший показатель неопределённой оценки характерен для женщин пенсионного возраста — до 20% (5 чел.). Скорее не удовлетворены по этому критерию 47% женщин среднего возраста (9 чел.) и до 46% — пенсионного возраста (7 чел.). Полностью не удовлетворены обстановкой в обществе женщины второй и третьей групп — до 26% (5 чел.).

По шкале возможности выбора места работы до 48% молодых женщин (10 чел.) не удовлетворены предложениями и до 48% женщин из этой группы (10 чел.) устраивает возможность выбора работы. В группе среднего возраста 63% женщин (13 чел.) не удовлетворены данным положением. Самый высокий показатель неудовлетворённости по этому критерию — у женщин пенсионного возраста: до 71% (14 чел.).

Наибольшие показатели удовлетворённости своим образом жизни — у женщин пенсионной группы: до 53% (10 чел.) скорее удовлетворены своим образом жизни. В группе среднего возраста всего 26% женщин (6 чел.) удовлетворены по данному критерию, наименее низкий показатель выявлен у женщин молодого возраста — 9% (2 чел.). Высокие показатели женщин, полностью неудовлетворённых своим образом жизни, у лиц молодого возраста — до 42% (9 чел.) и среднего возраста — 31% (7 чел.). У женщин пенсионного возраста он наименее низкий — до 20% (3 чел.).

Получены относительно невысокие результаты по величине индекса социальной фрустрированности у каждой пациентки. Количество женщин, находящихся в зоне неопределённой оценки — 15 чел., умеренного уровня социальной фрустрированности — 19 чел. и повышенного уровня по данному показателю — 15 чел. Полученные результаты взаимосвязаны с нежеланием пациенток менять свой образ жизни, повышать образовательный уровень, заниматься квалифицированным трудом. Эти показатели соответствуют низкой мотивации на лечение, посещение врача, что снижает комплаенс проводимой лечебно-профилактической терапии.

Таким образом, наблюдаются особенности в каждой возрастной группе. Наименее благополучные характеристики по социальному положению у женщин молодого возраста. В этой группе семейные отноше-

ния наиболее нестабильны, высокие показатели женщин, не имеющих детей, трудового стажа, со сменой работы более трёх раз за год. Показатели неудовлетворённости своим образом жизни наиболее значительны в этой группе.

Женщины среднего возраста составляют большую часть трудоспособных пациенток. В этой группе увеличивается число разводов, отсутствуют женщины с высшим образованием. Высокие показатели неработающих женщин и занятых низкоквалифицированным трудом. Также значимые показатели неудовлетворённости своим образом жизни, возможностью выбора места работы, обстановкой в государстве у женщин этой группы.

Семейные взаимоотношения не являются опорой в условиях современности во всех возрастных группах, особенно у женщин молодого и среднего возраста.

У женщин пенсионного возраста наиболее сохранены характеристики по социальному статусу, степени удовлетворённости основными аспектами социального положения, своим образом жизни.

Клинические характеристики женщин, состоящих на диспансерном наблюдении

Полученные данные анализировались в разных возрастных группах с учётом полученных социально-демографических характеристик. Данные статистического анализа показывают высокий процент учётных женщин, перенесших алкогольные психозы. Из всех обследованных женщин (240 наблюдений) 75% имеют в анамнезе алкогольные психозы (данные получены по медицинским сведениям психиатрической больницы). Женщины, перенесшие 1 алкогольный психоз, составляют 52% (125 чел.); 9% (21 чел.) имеют 2 алкогольных психоза в анамнезе; 5% (14 чел.) перенесли 3 алкогольных психоза; 7% женщин (23 чел.) имели в анамнезе более четырёх психозов. Значительное количество женщин, имеющих психозы в анамнезе, среди лиц молодого возраста, в первой группе этот показатель составляет 60% (40 чел.). Показатели во второй и третьей группах существенно не различаются. Женщин, не переносивших психозы, менее всего в первой группе — до 20% (13 чел.). Во второй и третьей группах до 51% женщин (75 чел.) не имеют психозов в анамнезе.

Отягощённую наследственность (по одному из родителей или обоим родителям) имеют 50% женщин (120 чел.). Обращают на себя внимание особенно высокие показатели по данному признаку у женщин молодого возраста — до 73,4% (50 чел.). В группе среднего возраста наблюдается снижение показателя до 47,7% (44 чел.). У женщин пенсионного возраста наименьший процент наследственной отягощённости — до 32,9% (24 чел.).

Используя однофакторный дисперсионный анализ полученных данных в группах по таким признакам, как возраст начала злоупотребления алкоголем, формирование алкогольного абстинентного синдрома, давность заболевания, получены существенные различия внутри групп. Так, возраст начала злоупотребления алкоголем в первой группе по средним показателям $21,46 \pm 0,542$ ($p < 0,001$) имеет существенно значимые различия со второй группой — $28,35 \pm 0,79$ ($p < 0,01$) и третьей группой — $33,43 \pm 1,201$ ($p < 0,001$). Исходя из данных показателей, во всех группах обнаружены статистически значимые различия: более молодые группы по возрасту имеют более ранний возраст начала злоупотребления алкоголем; женщины пенсионного возраста по средним показателям имеют более позднее начало развития заболевания. По признаку формирования алкогольного абстинентного синдрома получены следующие результаты: первая группа женщин по средним значениям данного признака $24,41 \pm 0,533$ ($p < 0,001$), существенно отличается от второй группы $31,63 \pm 0,752$ ($p < 0,001$) и от третьей группы — $37,21 \pm 1,164$ ($p < 0,001$). Полученные результаты имеют статистически значимые отклонения и внутри всех возрастных групп. У женщин первой группы возраст начала формирования абстинентного синдрома имеет значительно более ранние сроки. Группа женщин пенсионного возраста имеет более позднее начало формирования алкогольного абстинентного синдрома по среднему показателю.

Давность заболевания в изученных группах также имеет статистически значимые различия. По средним показателям первая группа составляет $11,22 \pm 0,540$ ($p < 0,0001$), что имеет значимые различия со второй — $15,91 \pm 0,780$ ($p < 0,001$) и третьей группами — $23,19 \pm 1,305$ ($p < 0,001$). В группе молодого возраста наблюдается меньшая продолжительность заболевания, но, учитывая более ранние сроки формирования алкогольного абстинентного синдрома, средние показатели давности заболевания являются достаточно продолжительными по среднему показателю, более 10 лет. Женщины пенсионного возраста имеют более продолжительные сроки заболевания.

Проанализированы клинические характеристики: продолжительность ремиссий и частота рецидива на основании клинических наблюдений, анамнестических данных и сведений историй болезни. С помощью критерия Краскела—Уоллеса обнаружили статистически значимые различия по продолжительности ремиссий в группах по возрасту (табл. 1).

С помощью критерия Манна—Уитни установлено, что ремиссии в первой группе по среднему показателю $7,7 \pm 1,71$ ($p < 0,001$) значимо короче по длительности, чем во второй $15,35 \pm 1,8$ ($p < 0,001$) и третьей группах, со средним значением $21,34 \pm 2,6$ ($p < 0,001$). Стати-

Продолжительность ремиссий в группах по возрасту

Группа	Средний возраст, лет	Ремиссия
I	34,37	7,7
II	47,06	15,3
III	60,21	21,3
I—II, I—III $p < 0,001$ (II—III $P > 0,05$)		

Частота возникновения рецидивов в течение года

Группа по возрасту	Количество рецидивов в течение года					Итого
	1—5	6—10	11—15	>15	Постоянно	
I	12 (23,5%)	4 (7,8%)	3 (5,9%)	6 (11,8%)	26 (51%)	51
II	17 (30,9%)	13 (23,6%)	3 (5,5%)	4 (7,3%)	18 (32,7%)	55
III	17 (47,2%)	3 (8,3%)	3 (8,3%)	2 (5,6%)	11 (30,6%)	36
Итого	46 (32,4%)	20 (14,1%)	9 (6,3%)	12 (8,5%)	55 (38,7%)	100%

стически значимых различий по длительности ремиссий во второй и третьей группах женщин не выявлено. С помощью критерия Манна—Уитни выявлены значимые различия по возникновению рецидивов в первой группе, а во второй и третьей группах показатели по этому признаку существенно не различаются. Количество рецидивов в первой группе существенно больше, чем во второй и третьей.

В процентном соотношении частота рецидивов распределилась, как показано в табл. 2. Наиболее высокая доля женщин, страдающих постоянной формой пьянства с незначительными перерывами в один-два дня, наблюдается в первой возрастной группе — до 51% (26 чел.). В этой группе увеличивается число рецидивов — более 15 за год у 11,8% женщин (6 чел.). Показатель постоянной формы пьянства высокий во второй группе — 32,7% (18 чел.), а также в третьей — 30,6% (11 чел.). Рецидивы с частотой от одного до пяти в течение года составляют во всех трёх группах относительно высокие показатели. Наиболее высокие показатели у женщин пенсионной группы — у 47% (17 чел.), относительно редкая частота возникновения рецидивов, наименее стабильные показатели у женщин молодого возраста, 23,5% (12 чел.) с частотой возникновения рецидива от одного до пяти в течение года. Во второй группе увеличивается частота рецидивов от 6—10 за год и составляет 23,6% (13 чел.).

Таким образом, учётная группа женщин характеризуется тенденцией к постоянной форме пьянства. Контингент учётной группы формируется в подавляющем большинстве из женщин, прошедших стационарное лечение по поводу алкогольных психозов в психиатрической больнице. Как правило, наблюдение в наркологическом стационаре является вынужден-

ным, по медицинским сведениям, поступившим из психиатрической больницы. Раннее начало заболевания, высокий процент перенесших алкогольные психозы, ранние сроки формирования алкогольного абстинентного синдрома преобладают в группе молодых женщин. Высокие показатели наследственной отягощённости, нестойкие ремиссии, склонность к постоянной форме употребления алкоголя наблюдаются в этой группе. В группе среднего возраста наблюдается увеличение продолжительности ремиссий, увеличением частоты рецидивов, более поздними сроками формирования абстинентного синдрома. В группе женщин пенсионного возраста отмечаются снижение показателей наследственной отягощённости, поздние сроки формирования заболевания. В этой возрастной группе наиболее высокие показатели продолжительности ремиссий, наибольшее количество женщин с относительно редкими рецидивами в течение года.

Выводы

1. Наиболее драматичные показатели установлены в группе женщин молодого возраста. У данного контингента отмечаются нестойкие ремиссии, с увеличением частоты рецидивов, тенденцией к постоянной форме пьянства. В социальном отношении группа характеризуется отсутствием стабильных семейных отношений, низкой рождаемостью детей, преобладанием неработающих женщин.

2. В группе женщин пенсионного возраста наблюдаются более поздние сроки формирования алкогольной зависимости, увеличение продолжительности ремиссий, меньшее количество случаев постоянной формы пьянства, отмечаются черты «вдовьего алкоголизма».

3. Для женщин средней возрастной группы, представляющих большую часть учётного контингента

женщин, характерно формирование заболевания под влиянием супруга, злоупотребляющего алкоголем. В этой группе наблюдаются семейное пьянство, низкий образовательный уровень, увеличение частоты рецидива, снижение продолжительности ремиссий.

Список литературы

1. Альтшулер В.Б. Клиника алкоголизма // Руководство по наркологии / Под ред. Н.Н. Иванца. Т. 1. — М.: Медпрактика, 2002. — С. 203—232.
2. Вассерман Л.И. Психодиагностическая шкала для оценки уровня социальной фрустрированности // Журн. обозрение психиатрии и мед. психологии им. В.М. Бехтерева. — 1995. — №2. — С. 73—79.
3. Егоров А.Ю. Рано начинающийся алкоголизм: современное состояние проблемы // Вопр. наркологии. — 2002. — №2. — С. 50—54.
4. Егоров А.Ю., Шайдукова Л.А. Современные особенности алкоголизма у женщин: возрастной аспект // Наркология. — 2005. — №9. — С. 49—55.
5. Егоров А.Ю. Особенности алкоголизма в пубертатном и постпубертатном возрасте // Материалы Конгресса по детской психиатрии. — М.: Росинекс, 2001. — С. 57.
6. Егоров А.Ю. Ранний алкоголизм у девушек. Современные особенности // Вопросы психического здоровья детей и подростков. — 2002. — №2. — С. 78—80.

7. Кесельман Л.Е., Мацкевич М.Г. Социальное пространство наркотизма. — СПб.: Медпресса, 2001. — С. 1—164.
8. Кирпиченко А.А. Некоторые социально-психологические проблемы у женщин с алкогольной зависимостью // Российский психиатрический журнал. — 2003. — №1. — С. 63—65.
9. Клименко Т.В., Кирпиченко А.А. Клинико-психологическая характеристика свойств личности мужчин и женщин с алкогольной зависимостью // Наркология. — 2007. — №6. — С. 65—67.
10. Меринов А.В. Супружеские аспекты аутоагрессивного поведения в семьях больных хроническим алкоголизмом // Российский психиатрический журнал. — 2002. — №3. — С. 58—61.
11. Москаленко В.Д., Шибакова Т.Л. Аддитивное поведение в семьях больных алкоголизмом // Наркология. — 2003. — №9. — С. 14—17.
12. Овчинников С.В., Цыганков Д.Б., Шамов С.А. и др. Алкоголизм молодых женщин с девиантным поведением (клинико-психологический, социальный и терапевтический аспекты) // Наркология. — 2008. — №3. — С. 67—72.
13. Рожнова Т.М. Типы супружеских взаимоотношений и личностные характеристики супругов в семьях больных алкоголизмом мужчин // Воен.-мед. журн. — 2007. — №2. — С. 28—31.
14. Шайдукова Л.К. Алкоголизм у супругов и стабильность семьи // Казанский медицинский журнал. — 1993. — №5. — С. 360—362.
15. Шайдукова Л.К. Феномен стигматизации в наркологической в наркологической практике // Казанский медицинский журнал. — 2005. — №1. — С. 55—59.

SOCIAL, DEMOGRAPHIC, CLINICAL CHARACTERISTICS OF WOMEN WHO SUFFER FROM THE ALCOHOLIC DEPENDENCE AND ARE ON THE DYNAMICAL OBSERVATION IN THE NARCOLOGICAL CLINIC

SOFRONOV A.G., NIKOLKINA Yu.A.

Nowadays the number of women with the alcoholic dependence continue to augment. The existent governmental forms of statements of the narcological patients have the limited quantity of the characteristics for the detailed analysis of this contingent. Social, demographic and clinical characteristics of the sick process of women, who are on narcological observation, are not studied enough. 240 women at the age from 19 to 71, who are on narcological dispensary observation, were examined. We examined the social and clinical characteristics. We estimated the principal performances of social functioning at 55 women. We obtained the most dramatic results of young women. There are most the unemployed women, the low results who works by profession, the lack of stable family relationships in this group. The constant form of hard drinking, a high frequency of rise of relapses prevail in the clinical picture of illness. There is the highest educational level, the labour length of service in the group of females retirement age. We established the longer and more durable remissions, lesser frequency of rise of relapses in this group. The derived facts make it possible to improve the legacy forms of the registration documentations, fix the therapeutic perspectives at the implementation of antirelapse therapy.

Key words: clinical characteristics of women alcoholism, narcological dispensary, social-demographic characteristics of women alcoholism

Аффективная составляющая патологического влечения в контексте патокинеза синдрома

МИХАЙЛОВ М.А.

к.м.н., заместитель директора по науке Московского научно-практического центра наркологии
Департамента здравоохранения г.Москвы; e-mail: mick956@gmail.com

Патологическое влечение к наркотику рассмотрено с позиции структурно-динамического подхода в терминах традиционной психопатологии. Внимание сконцентрировано на изменениях в аффективной сфере и взаимовлияниях телесной, аффективной и идеаторной составляющих патологического влечения на патокинетические закономерности его развития. Показано, что первоначальные клинические проявления патологического влечения выражаются расстройствами общего чувства, обусловленными нарастающим нейротрансмиссивным дисбалансом. В результате этого запускается мощная цепная реакция аффективной патологии. В аффективной сфере в предельном случае патологическое влечение проходит через четыре последовательных этапа, в результате чего инициируется запуск идеаторных расстройств.

Ключевые слова: патологическое влечение, идеаторные расстройства, аффективные расстройства, патокинез влечения

Введение

Синдром патологического влечения к психоактивным веществам является осевым синдромом всех заболеваний зависимости. Взгляды исследователей на природу этого явления сильно разнятся и, порой, оно трактуется с диаметрально противоположных позиций [2, 5, 8, 11, 14, 15, 21]. Мы рассматриваем данный синдром с точки зрения теории единого психоза [18, 19, 20]. Такой подход позволяет обнаружить общность многих базисных патологических механизмов в случае даже таких далеко отстоящих одна от другой нозологий, как заболевания зависимости и периодические психические расстройства [10, 24].

А.К. Ануфриев [3] рассматривал первичное психическое расстройство в виде комплекса, включающего в себя 2 компонента: телесный и аффективный. При этом он указывал на задействованность в этом процессе и элементов идеаторной сферы. Поскольку патологическое влечение представляет собой интегративный психопатологический феномен, целесообразно ставить вопрос о триаде его обязательных составляющих: телесной, аффективной, идеаторной. Ранее в рамках исследовательской программы по изучению психопатологических аспектов патологического влечения нами были описаны структура и динамика изменений в телесной и идеаторной сферах при этом явлении [11].

В телесной сфере в предельном случае патологическое влечение в своем развитии проходит через пять последовательных этапов: от инициальных проявлений в виде изменения «здорового тона во всем теле» (*vigor vitalis*), через парестезии, гомо- и гетерономные сенестопатии до эндосоматических галлюцинаций [9].

В идеаторной сфере в предельном случае патологическое влечение проходит через три последовательных этапа: от качественного сдвига в мировосприятии

на фоне эмоциональной депривации через «метафизический сдвиг» сознания до бредоподобных фантазий, или «брёда воображения» Дюпре [11].

В настоящей работе мы сконцентрируемся на изменениях в аффективной сфере и взаимовлияниях всех трёх составляющих патологического влечения на патокинетические закономерности его развития.

Объект и методы исследования

В исследование были включены 215 женщин, проходивших стационарное лечение в МНПЦ наркологии ДЗ г.Москвы в 2008—2010 гг. Средний возраст исследуемых — 26,6 года. Из всех больных 169 чел. — пациентки, страдающие опийной наркоманией (они использовали героин, метадон, буторфанол, золдиар, терпинкод); 13 чел. злоупотребляли психостимуляторами — кокаином, «первитином», метамфетамином; 11 больным ставился диагноз *токскомания*, эти пациентки использовали коаксил. 22 больные страдали полинаркоманией в основном из-за использования ими каннабиноидов в сочетании с вышеперечисленными наркотиками. Все они употребляли анашу как «базовый» наркотик или викарно при невозможности достать препараты других групп. Основным методом, используемым в работе, стал клинико-психопатологический с уделением особого внимания структурно-динамическому анализу.

Результаты исследования и их обсуждение

Теснейшая связь аффекта с влечениями известна давно. Некоторые авторы придают аффективной составляющей приоритетное значение [1, 16, 17], другие отводят ей подсобную, «обслуживающую» роль [7]. В любом случае в клинической практике аффек-

тивная составляющая патологического влечения нередко выходит на первый план и детерминирует грубые поведенческие расстройства, что приводит к срыву социальной адаптации или возобновлению наркотизации.

Рассматривая процесс обострения патологического влечения в аффективной сфере, можно выделить несколько этапов, закономерная смена которых приводит, в конечном счёте, к актуализации патологического влечения.

На *первом этапе* меняется аффективный фон — из нормотимического он становится субдепрессивным или гипоманиакальным. В условиях клиники это чаще всего происходит у опийных наркоманов на 8—10-й день пребывания в стационаре; у злоупотребляющих психостимуляторами — с 3—5-го дня пребывания; у злоупотребляющих каннабиноидами определить время начала актуализации влечения достаточно трудно, однако у большей части наших пациентов это происходило с 13—15-го дня пребывания.

Изменению аффективного фона обычно предшествуют инициальные изменения в сфере общего чувства, некий кратковременный соматопсихический дискомфорт. Иногда отделить первичные изменения в телесной и аффективной сфере друг от друга вообще не удаётся, они переплетаются, образуя единое целое [4].

При гипоманиакальном изменении фона больные становятся энергичными, оживляется их моторика, голос становится громче, они активно жестикулируют, часто улыбаются. Возникает повышенная потребность в общении, желание чем-то заняться, ощущение прилива сил. Они «вдруг» понимают, что совершенно выздоровели. Их суждения в этот момент отличаются легковесностью, отчётливой переоценкой своих возможностей. Критика значительно снижена.

При субдепрессивном изменении фона пациенты становятся гипомимичными, подавленными и пассивными. Большую часть времени они проводят в постели, снижается аппетит. В эмоциях преобладают тоскливые или тоскливо-апатические переживания. Они обращаются с жалобами на «тоску», «скуку», «душевную пустоту», безразличие к окружающему. Возможна инверсия аффекта, больные с гипоманиакальным фоном резко, в течение нескольких часов или даже минут, становятся субдепрессивными, и наоборот.

На *втором этапе* чистый аффект становится смешанным, к симптоматике присоединяются эмоциональная лабильность, раздражительность, тревога, явления дереализации-деперсонализации. Базовый фон настроения при этом может оставаться прежним. Никаких принципиальных различий между проявлениями второго этапа при разных формах нарко- или токсикомании не обнаруживается. Переживания больных здесь как бы унифицируются, определённая

индивидуальность этих переживаний сохраняется лишь из-за преморбидных особенностей личности. Длительность второго этапа — от нескольких минут (чаще часов) до 1 суток.

Эмоциональная лабильность чаще всего выражается в плаксивости. Больные легко начинают плакать по любому поводу, после разговора с родственниками, во время беседы с врачом или соседкой по палате: «не знаю, что со мной происходит, плачу и всё». Кроме того, проявлением эмоциональной лабильности может быть повышенная ранимость и обидчивость: «становлюсь как комок нервов», «будто без кожи». Эта симптоматика наиболее ярко выражена у истероидных и эмоционально неустойчивых личностей.

Довольно скоро присоединяется раздражительность. Больные становятся сварливыми, конфликтными, придирчивыми, вступают в ссоры с соседями по палате и персоналом: «Раздражает всё, телевизор, собственный макияж, одни и те же разговоры в курилке, передуршила бы всех!». Раздражительность в сочетании с гипоманиакальным фоном настроения вызывает своеобразное чувство «злорадного удовольствия», «как бы подначивает», «даже заводит». Наиболее ярко этот симптом проявляется у эпилептоидных личностей. Появление раздражительности может как бы провоцировать появление тревоги или сосуществовать с ней одновременно.

Тревога на втором этапе наблюдается как при гипоманиакальном, так и при субдепрессивном фоне настроения.

При базовом гипоманиакальном фоне настроения у пациентов при сохраняющемся преобладании положительных эмоций появляется беспокойство. Они становятся суетливыми, не могут найти себе места, начинают бесцельно ходить из угла в угол по коридору или палате. Свои ощущения больные здесь описывают в таких выражениях: «в груди волнение, ноги как на пружинках», «как будто чего-то не хватает», «в душе что-то прямо зудит». Нередко появление тревоги может быть спровоцировано разговором на темы об употреблении наркотиков. В такие моменты пациенты становятся навязчивыми, изводят персонал многообразными мелкими просьбами, выклянчивают у врача любые дополнительные назначения. Вне клиники тревога на этом этапе часто приобретает форму безудержного стремления к перемещению по городу, беспрестанным телефонным звонкам и т.п.

При базовом субдепрессивном фоне настроения больные, до этого залёживающиеся в постели, начинают испытывать необъяснимое беспокойство, появляется неусидчивость, немотивированная «внутренняя тревога», необъяснимые предчувствия. Они не находят себе места, назойливо требуют разрешения срочно позвонить по телефону родным или знакомым,

«неожиданно вспоминают», что в предыдущем разговоре забыли передать им нечто очень важное, что на деле оказывается банальной просьбой прислать побольше сигарет или подтверждением давно известного факта. Другие больные требуют пересмотра терапии, увеличения дозы седативных препаратов — «сделайте так, чтобы я уснула на 3 суток», обращаются за помощью к психологу. Нередко наши пациенты начинают здесь сомневаться в правильности своего решения лечь в больницу: «Всё равно вы мне не помогаете, зря я сюда пришла, надо было лечиться в частной клинике».

Интенсивность тревоги на втором этапе патологического влечения постоянно меняется, она то усиливается, то ослабевает, однако полностью не исчезает никогда. Тревожные проявления являются здесь облигатным признаком, они наблюдались у всех 215 обследованных (100%).

Деперсонализация-дереализация завершает второй этап актуализации патологического влечения. Соматопсихическая деперсонализация проявляется в изменённости своих телесных ощущений — «не только с настроением что-то происходит, но и тело чувствуешь как-то по-другому», «всё какое-то ватное внутри, словно в одеяле», «тело как будто отдельно от головы», собственный голос воспринимается «тусклым», «глуховатым». Аутопсихическая деперсонализация проявляется в ощущении ухудшения контакта с окружающим — «и настроение неустойчивое, и тревога, но всё это как будто тебя по-настоящему не касается», «как видеоклип про себя». Дереализация проявляется в изменении восприятия цвета и контрастности окружающего — «все как через стекло», «цвета предметов тусклые». При гипоманиакальном фоне настроения может повышаться контрастность видимых предметов — «все чётче, контрастнее, но какое-то ненатуральное», «чего-то в этом не хватает». Отмечаются также феномены искажения восприятия времени: замедление, ускорение, периодические остановки его течения.

На *третьем этапе* происходит полная утрата контроля над аффектом. Тревога нарастает. В некоторых случаях она достигает уровня панического расстройства. Больные крайне угнетены, неусидчивы, эмоционально лабильны. Состояние больных волнообразно меняется, периодически появляется растерянность, мышление аффективно дезорганизуется. Они с трудом понимают, что с ними творится. Чувство напряжённости, тревожного ожидания, беспричинного беспокойства присутствует на протяжении всего этапа. Однако осознания влечения к наркотику здесь не происходит. Многие больные в таком состоянии начинают заводить разговоры о досрочной выписке. При этом они обычно даже неспособны как-то аргу-

ментировать свои требования. В отличие от других этапов процесса, пациенты здесь не склонны к изощрённой лжи или хитроумным объяснениям. Чаще всего требования о прекращении лечения выражаются в примитивных стереотипных фразах: «мне просто надо», «не могу здесь больше», «отпустите на один день, клянусь, что завтра вернусь» и т.п. В поведении больных в такие моменты также отмечаются некоторые элементы стереотипий. При отрицательном ответе врача пациенты чаще выглядят растерянными, чем раздражёнными, многие начинают плакать. Аффект всегда смешанный: преобладают тревожно-тоскливые проявления, бывает тревожно-апатический и тревожно-дисфорический. В некоторых случаях аффект на этом этапе оставался настолько лабильным, что определить его характерные черты не представлялось возможным, однако тревога и у этой части обследованных присутствовала в структуре аффекта обязательно. Длительность третьего этапа никогда не превышает 24 ч, обычно он продолжается не более 4 ч.

Четвёртый этап представляет собой кульминационную точку в развитии патологического процесса. Как и на предыдущем этапе, аффект остаётся смешанным, его базовым фоном всегда является разлитая тревога, которую дополняют тоскливые, апатические и дисфорические включения. Выраженность тревоги максимальна. Феноменологически это проявляется аффективной лабильностью, крайней неусидчивостью, моторными стереотипиями, невозможностью сосредоточения; поведение часто становится неадекватным ситуации и определяется только аффективными переживаниями. Больные мечутся, порой плохо понимают окружающую ситуацию, дают вспышки немотивированной агрессии или слезливости, некоторые становятся угрюмо замкнутыми, аутичными. Отмечаются проявления микрокататонии в виде изменения тембра голоса, застывшего взгляда, несовпадения мимики верхней и нижней части лица, гримас и шмыгания носом, тугоподвижности шейных мышц и мышц плечевого пояса, аспонтанности. Неусидчивость больных здесь очень часто сопряжена с ощущениями особого мышечного напряжения и покалывания в нижних конечностях, которое уменьшается или исчезает при движении. Этот феномен известен под названием «синдром беспокойных ног», и его, несмотря на преимущественно телесные проявления, принято относить к аффективной патологии [9, 13, 21].

На пике аффективных переживаний происходит осознание влечения к наркотику. Чаще всего отчётливое понимание непреодолимой потребности в наркотике приходит внезапно по типу «мгновенного понимания» или «озарения» и представляет собой совершенно не разрушимую психопатологическую конст-

рукцию. Ни о какой критике в этот момент не может идти и речи — влечение к наркотику поглощает все смыслообразующие, телесные и аффективные возможности психики. Здесь мы имеем дело с моментом патологического смыслообразования, т.е. происходящим в альтернативном состоянии сознания мгновенным программированием нового, глубоко патологического по своей сути, смысла, при слиянии аффективного, телесного и идеаторного компонентов влечения [12]. После этого у больных обычно появляется чувство некоторого облегчения, кратковременное разрешение внутреннего напряжения. В такие моменты они на короткое время совершенно замыкаются в себе, на любые вопросы дают односложные ответы или под благовидными предлогами вообще отказываются отвечать. Исчезает тревожность, моторика остаётся ускоренной, но приобретает особую чёткость и даже определённую плавность, больные сосредоточены и погружены в себя. Таким образом, мы видим, что на четвёртом этапе нарастание аффективной патологии инициирует катастрофические изменения в идеаторной сфере, которые можно квалифицировать как кристаллизацию бреда, по М.И. Балинскому [6] или бредовое озарение, по К. Шнайдеру [23].

Момент осознания влечения является как бы точкой бифуркации процесса: сразу же вслед за подобным осознанием часть больных обращается к врачу за помощью, другие же, напротив, как бы получают сигнал к дальнейшему нарастанию симптоматики, которая ведёт их к неминуемой наркотизации.

В этом случае всё поведение больных отчётливо направлено на употребление наркотика: для этой цели они начинают изобретательно и очень правдоподобно врать, находят «железные» аргументы для немедленной досрочной выписки или совершают сложные поведенческие комбинации для совершения побега. Попытки какой-либо внешней коррекции в такие моменты совершенно лишены смысла. По образному выражению одной из больных, «в такие моменты меня не остановишь, я — просто биоробот». В речи, мимике и пантомимике присутствуют стереотипии. Напряжённость аффекта максимальна. Больные не слушают доводов за продолжение лечения, требуют немедленной выписки, при отказе дают выраженные дисфорические или истерические реакции. Критика к состоянию резко снижена. В таком состоянии они чаще всего досрочно выписываются из отделения по «отказу от лечения».

Примерно у 20% больных с преобладанием в личности истероидного радикала процесс актуализации патологического влечения в аффективной сфере достигает уровня аффективно суженного сознания. В случае досрочной выписки на четвёртом этапе практически все пациенты в течение первых суток

возобновляют употребление наркотика. Об этом сообщали 98% обследованных. Неупотребление наркотика в этом случае всегда было связано лишь с «неблагоприятными» внешними обстоятельствами: арестом, невозможностью достать наркотик и т.п. Длительность четвёртого этапа — не более 24 ч.

Заключение

Поскольку интоксикация клинически идентична эндоформному психозу [10], а патологическое влечение фактически является его пусковым механизмом, можно рассматривать это явление как продром психотического эпизода. Если добавить к этому естественно следующую за интоксикацией абстиненцию с её астено-депрессивной симптоматикой, образуется замкнутый «наркоманический цикл» [22], в котором отчётливо прослеживаются все патокинетические закономерности эндогенных заболеваний. С позиции теории единого психоза, это позволяет чётко определить место и роль патологического влечения в формировании и течении болезней зависимости — патологическое влечение в большей степени принадлежит психозу, чем постпсихотической депрессии (хотя развивается оно именно на фоне этой депрессии), т.е. это не составная часть депрессии, это уже составная часть психоза.

В развитии патологического влечения прослеживаются 2 триггера:

- 1-й триггер — это расстройства в сфере общего чувства, которые, по-видимому, служат пусковым механизмом собственно аффективной составляющей влечения. Эти инициальные расстройства общего чувства в виде труднопередаваемых ощущений представляют собой глубинные, протопатические переживания, в которых чувствительность и аффективность тесно спаяны. Эти феномены можно квалифицировать как «сенсации», по А.К. Ануфриеву [3] или «кайнестопатии», по М.И. Аствацатурову [4];

- 2-й триггер — кульминация аффективной патологии на 4-м этапе, которая запускает механизм идеаторной составляющей патологического влечения. Здесь на фоне разлитой тревоги происходит осознание влечения к наркотику в виде бредового озарения, по К. Шнайдеру [23] или кристаллизации бреда, по М.И. Балинскому [6]. В результате подобной дезорганизации мышления патологическое влечение становится абсолютно неуправляемым, что неминуемо приводит больных к употреблению наркотика.

Эти факты указывают на то, что собственно аффект, скорее всего, не является ведущей силой патологического влечения. Во взаимоотношении аффекта и идеаторных расстройств приоритет безусловно следует отдавать расстройствам в идеаторной сфере. Если к этому добавить ещё предшествующие аффек-

тивной патологии изменения в сфере общего чувства, то выстраивается некая «скелетная» схема развития патологического влечения.

Первоначальные клинические проявления патологического влечения выражаются расстройствами общего чувства, обусловленными нарастающим нейротрансмиттерным дисбалансом. В результате этого запускается мощная цепная реакция аффективной патологии, которая, в свою очередь, инициирует запуск идеаторных расстройств. Идеаторные расстройства являются, в свою очередь, базой для запуска поведенческих паттернов, в конечном счёте, обеспечивающих неминуемую наркотизацию. Таким образом, происходит восстановление нарушенного абстиненцией патологического гомеостаза.

Список литературы

1. Агибалова Т.В. Аффективные расстройства при алкогольной, опиатной и игровой зависимости (клиника, терапия): Автореф. дисс. на соискание учёной степени д.м.н. — М., 2007. — 47 с.
2. Альтшулер В.Б. Патологическое влечение к алкоголю: вопросы клиники и терапии. — М., 1994. — 216 с.
3. Ануфриев А.К. Патология общего чувства и аффективные расстройства с эквивалентами // Психосоматические расстройства при циклотимии и циклотимоподобных состояниях. — Труды Московского НИИ психиатрии МЗ РСФСР. — М., 1979. — С. 8—22.
4. Аствацатуров М.И. Избранные работы. — Л., 1939.
5. Бабаян Э.А., Гонопольский М.Х. Наркология. — М., 1987. — 336 с.
6. Балинский И.М. Этиология и патогения душевных болезней // Клинические лекции по психиатрии. — СПб., 1859.
7. Благов Л.Н. Актуальные аспекты психопатологии аддиктивного заболевания. — М.: НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, 2008. — 344 с.
8. Брагин Р.Б., Чайка Ю.В. Выделение сверхценной формы патологического влечения в клинике токсикоманий и наркоманий // Сб.: Психиатрические аспекты наркологии, 1985. — С. 74—77.
9. Брюн Е.А., Михайлов М.А. Психопатология патологического влечения с преобладающим телесным компонентом // Вопросы наркологии. — 2011. — № 2. — С. 37—49.
10. Михайлов М.А. Психопатологическая структура и динамика острой «эфедрон-»первининовой» и опийной интоксикации: Автореф. дисс. на соискание учёной степени к.м.н. — М., 1992. — 194 с.
11. Михайлов М.А. Влечение как бред // Вопросы наркологии. — 2010. — №4. — С. 15—25.
12. Михайлов М.А. Патологическое влечение к психоактивным веществам и смыслообразование // Вестник славянских культур. — 2011. — №1 (XIX). — С. 95—104.
13. Надеждин А.В. Феноменология и психопатология расстройства общего чувства при опийной наркомании: Автореф. дисс. на соискание учёной степени к.м.н. — М., 1995. — 150 с.
14. Найденова Н.Г. Компulsive влечение в клинике наркоманий: Автореф. дисс. на соискание учёной степени д.м.н. — М., 1975. — 142 с.
15. Пятницкая И.Н. Клиническая наркология. — Л.: Медицина, 1975. — 333 с.
16. Рохлина М.Л. Аффективные расстройства при героиневой наркомании на разных этапах заболевания // Наркология. — 2005. — №12. — С. 36—39.
17. Сиволап Ю.П., Савченков В.А. Злоупотребление опиоидами и опиоидная зависимость. — М.: Медицина, 2005. — 301 с.
18. Снежневский А.В. О клинических закономерностях течения психических заболеваний // Вестник АМН СССР. — 1971. — №5. — С. 79—83.
19. Снежневский А.В. Нозология психозов // Актуальные проблемы невропатологии и психиатрии / Под ред. Н.К. Боголепова, И. Темкова. — М.: Медицина, 1974. — С. 156—169.
20. Штернберг Э.Я. Учение о едином психозе в прошлом и настоящем // Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 1973. — №9. — С. 1403—1413.
21. Lopez-Ibor J.J. Depressive Illnes. — Baltimore, 1972. — P. 34—38.
22. Mikhaylov M.A. Toluene addiction: the psychopathological aspect // Papers of 22-nd International Institute on the Prevention and Treatment of Drug Dependence. — Trieste, Italy, 1995. — P. 147.
23. Schneider K. Klinische psychopathologie. — Stuttgart, 1962. — P. 115.
24. Tabakov S.N. Book of Abstracts of the 38-th International Institute on Prevention and Treatment of Drug Dependence. — Prague, Czech Republic, 1994.

AFFECTIVE COMPONENT OF PATHOLOGICAL CRAVING IN CONTEXT OF THE SYNDROM PATHOKINESIS

MIKHAYLOV M.A.

Deputy Director on Research of Moscow Research and Practical Center on Addiction, Moscow;
e-mail: mick956@gmail.com

Pathological craving for drug is considered in terms of structural-dynamic approach and traditional psychopathology. Changes in affective sphere and interferences of common sensibility, affective and ideatoric components of a pathological craving and pathokinetic laws of its development are in attention focus. It is shown that initial clinical displays of a pathological craving are expressed by the frustration of the common sense caused by a disbalance of neurotransmitters. It results in a powerful chain reaction of an affective pathology. In a limiting case the pathological craving in affective sphere passes through four consecutive stages initiating start of ideatoric disturbances.

Key words: pathological craving, pathokinesis of craving, ideatoric disturbances, affective disorders

Особенности алкогольной зависимости и аутоагрессивного поведения у пациентов с личностными расстройствами. Обзор литературы и собственные данные

- НОВИКОВ С.А.** аспирант кафедры психиатрии,
ГОУ ВПО Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова
Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию,
390026, г.Рязань, ул. Высоковольная, д. 9; e-mail: novikovsa@inbox.ru
- ШУСТОВ Д.И.** д.м.н., профессор, зав. кафедрой психиатрии
ГОУ ВПО Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова
Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию,
390026, г.Рязань, ул. Высоковольная, д. 9
- КИСЕЛЕВ Д.Н.** врач-нарколог, Тамбовский психоневрологический диспансер и Тамбовская психиатрическая больница,
392000, г.Тамбов, ул. Московская, 27

Обследован 131 пациент в возрасте от 20 до 64 лет, страдающий от алкогольной зависимости (АЗ). Как минимум одно личностное расстройство было обнаружено у 90 пациентов (68,7%). Наиболее часто встречались: эмоционально-неустойчивое (36,7%), параноидное (35,6%), диссоциальное (31,1%), а также тревожное (21,%) расстройства личности. Пациенты с коморбидными расстройствами личности раньше начинали систематически употреблять алкоголь, абстинентный синдром у них формировался до 25 лет, для них характерна более высокая толерантность к алкоголю. Значительно чаще у них встречалась зависимость от нескольких психоактивных веществ. Сочетание АЗ и личностных расстройств повышает вероятность суицидальной попытки.

Ключевые слова: алкогольная зависимость, личностные расстройства, аутоагрессивное поведение

Введение

Алкогольная зависимость является ведущей формой наркологической патологии в нашей стране. Учётная распространённость алкогольных расстройств в Российской Федерации составляла в 2008 г. 1920 случаев на 100 тыс. населения, т.е. около 2% общей популяции [6]. В 2009 г. данный показатель сохранился приблизительно на прежнем уровне [5]. По данным зарубежных авторов, 60% популяции употребляет алкоголь, а 7—10% страдают АЗ [17].

Согласно многочисленным исследованиям, АЗ зачастую коморбидна с другой психической патологией (личностными расстройствами, эндогенными депрессиями, шизофренией и др.). Анализ данных литературы свидетельствует, что вопросы клиники, диагностики, особенностей течения коморбидных патологических процессов остаются актуальными и не до конца изученными [2]. Так, многие исследователи отмечают частое сочетание АЗ с личностными расстройствами [2, 4, 8, 10, 11, 15, 18, 27].

Целью настоящего исследования стало изучение особенностей АЗ и аутоагрессивного поведения у пациентов с различными личностными расстройствами.

Пациенты и методы

Для достижения поставленной цели нами в период 2009 — 2011 гг. было проведено клиническое обследование 131 пациента, из которых 116 мужчин (88,5%) и 15 женщин (11,5%). Возраст больных колебался от 20 до 64 лет (средний возраст $36,6 \pm 7,8$ года). У 45 пациентов (34,4%) была диагностирована начальная стадия АЗ, у 86 чел. (65,6%) — средняя стадия АЗ. Все пациенты самостоятельно обращались за амбулаторной психотерапевтической помощью. Обследование происходило во время первого визита пациента к врачу. Все пациенты были ознакомлены с бланком информированного согласия на обследование.

С диагностической целью нами использовались, в основном, клинко-психопатологические методы. Для диагностики АЗ мы использовали критерии МКБ-Х, а также классификацию АЗ по стадиям А.А. Портнова и И.Н. Пятницкой [9]. Для выявления наличия личностных расстройств использовался клинко-диагностический опросник PDQ-IV (Personality Diagnostic Questionnaire for DSM-IV) в модификации В.П. Дворщенко [3], а также критерии МКБ-Х для диагностики расстройств личности. Аутоагрессивность основной и контрольной групп

исследовалась методом полуструктурированного интервью [12]. При проведении статистической обработки материала использовались количественные и качественные показатели, рассчитывалась достоверность результатов исследования. Критерием достоверности считалось достижение уровня значимости $p < 0,05$. Статистический анализ проводился с применением программы Microsoft Excel 2007 и SPSS 17.0.

Результаты и обсуждение

Распространённость личностных расстройств у пациентов с АЗ, по данным разных авторов, колеблется от 22 до 78% [15, 18, 27], что значительно превышает данный показатель в общей популяции, где расстройства личности встречаются в 9—13,4% случаев [24, 26]. По результатам проведённого нами исследования, у 90 пациентов (68,7%), страдающих АЗ, были обнаружены признаки как минимум одного личностного расстройства. У 41 пациента (31,3%) личностной патологии обнаружено не было. Среди пациентов с коморбидными личностными расстройствами было 78 мужчин (87%) и 12 женщин (13%). Средний возраст пациентов с личностными расстройствами составил $35,7 \pm 7,9$ года, что на 2,9 года моложе, чем в группе пациентов, страдающих АЗ, но у которых не было выявлено личностной патологии.

Приведённые выше статистические данные свидетельствуют о том, что зачастую расстройства личности могут быть рассмотрены как факторы риска развития АЗ. Однако не существует единого мнения на предмет наибольшей встречаемости того или иного расстройства личности в популяции лиц, страдающих АЗ. Одни исследователи утверждают, что наиболее распространёнными личностными расстройствами у пациентов с АЗ являются диссоциальное, пограничное и избегающее [27], другие отмечают наибольшую встречаемость обсессивно-компульсивного, диссоциального, параноидного и зависимого расстройств [15, 18]. С другой стороны, практически все исследователи отмечают, что реже всего АЗ встречается у пациентов с шизоидным, шизотипическим и истерическими расстройствами личности. Столь разные результаты исследований могут быть связаны с различиями в изучаемых выборках, а также с применением разного диагностического инструментария [13].

Полученные нами результаты свидетельствуют о наибольшей распространённости эмоционально-неустойчивого (36,7%), параноидного (35,6%), диссоциального (31,1%), а также тревожного (21,%) личностных расстройств. Причём параноидное и тревожное личностное расстройство достоверно чаще ($p < 0,5$) встречалось в подгруппе пациентов с признаками двух и более расстройств личности. Результаты нашего исследования совпали с данными литера-

туры о низкой встречаемости шизоидного, шизотипического и истерического расстройств личности в популяции пациентов, страдающих АЗ.

Таким образом, АЗ, личностные расстройства, а также их сочетание широко распространены в общей популяции.

Актуальным остаётся изучение особенностей клинической картины АЗ у пациентов с различными расстройствами личности. Считается, что развитие АЗ на фоне расстройств личности неблагоприятно влияет на течение зависимости от алкоголя и её прогноз [7]. В то же время, АЗ осложняет течение расстройств личности, увеличивая вероятность совершения общественно-опасных действий [19, 20] и суицидальных попыток [21].

Пациенты, страдающие АЗ, развившейся на фоне расстройств личности, демонстрируют более высокую толерантность к алкоголю, раннее развитие АЗ, низкий уровень социальной адаптации и общего функционирования, более частую зависимость от нескольких психоактивных веществ [14], частые рецидивы зависимости и резистентность к лечению, отсутствие критики к болезни [10]. Результаты нашего исследования совпадают с данными литературы. В изучаемой нами выборке достоверно чаще ($p < 0,05$) пациенты с личностной патологией, по сравнению с пациентами без расстройств личности, начинали систематически употреблять алкоголь до 20 лет, у них отмечалось формирование абстинентного синдрома в возрасте до 25 лет. Также достоверно чаще (37,8%) эти пациенты демонстрировали толерантность к алкоголю более 1 л водки в сутки. 22,2% пациентов с сочетанием личностной патологии и АЗ указывали на эпизодическое или постоянное употребление других психоактивных веществ, что с вероятностью 99% ($p < 0,01$) свидетельствует о наиболее частой встречаемости зависимости от нескольких психоактивных веществ среди пациентов с личностными расстройствами. Статистически достоверных данных о наиболее частых рецидивах АЗ у пациентов с расстройствами личности нами получено не было.

Заметим, что наиболее изученными являются особенности клинической картины АЗ у пациентов с антисоциальным (диссоциальным) и пограничным расстройствами личности. Клиническая картина АЗ при других личностных расстройствах изучена недостаточно. Связано это, по-видимому, с тем, что приведённые выше расстройства личности более часто коморбидны с АЗ, чем другие личностные расстройства [22].

Считается, что личностное расстройство является фактором риска суицидального и парасуицидального поведения [1]. Как минимум треть людей, совершающих законченный суицид, и более 77% людей, совер-

шающих суицидальные попытки, страдают личностными расстройствами. Суицидальные попытки у пациентов с расстройствами личности имеют высокую вероятность повторения [25]. Наиболее часто суицидальные попытки совершают люди, страдающие диссоциальным, пограничным или нарциссическим расстройством личности. По данным D. Runeson [23], от 9 до 33% всех самоубийств совершают люди, страдающие пограничным расстройством личности. Согласно исследованию, проведённому A. Apter с соавторами [16], 23,2% суицидентов имели нарциссическое расстройство личности. Пациенты с антисоциальным личностным расстройством более часто, по сравнению с пациентами без данного расстройства, совершают суицидальные попытки, однако завершённые суициды у них встречаются реже, что наводит на мысль о демонстративном и манипулятивном характере данных попыток [4, 25]. В то же время, показатель завершённых суицидов среди лиц с антисоциальным расстройством личности значительно выше, чем в общей популяции [21].

Коморбидность личностных расстройств с другими психическими расстройствами, а в особенности с АЗ, аффективными расстройствами и пограничным расстройством личности, многократно повышает риск суицидального поведения [21, 25]. В результате нашего исследования было установлено, что 19,6% пациентов с коморбидными расстройствами личности в анамнезе совершали суицидальные попытки. Среди пациентов, страдающих АЗ, без коморбидной личностной патологии 7,3% сообщали о суицидальных попытках в анамнезе. Данный факт статистически достоверно ($p < 0,05$) указывает на более частое совершение суицидальных попыток пациентами с сопутствующими АЗ расстройствами личности.

Помимо суицидального поведения, для лиц с АЗ, развившейся на фоне личностных расстройств, характерны и другие проявления аутоагрессивного поведения. Так, у лиц с сочетанием антисоциального расстройства личности и АЗ встречается рискованное поведение, которое может проявляться в вождении автомобиля в состоянии алкогольного опьянения (встречается у 72% пациентов с антисоциальным расстройством личности), в большом количестве и частой смене сексуальных партнёров [14].

Несмотря на большое количество исследований, особенности аутоагрессивного поведения у пациентов с АЗ, сформировавшейся на фоне различных личностных расстройств, остаются недостаточно изученными.

Выводы

1. Алкогольная зависимость, личностные расстройства, а также сочетание этих нозологических единиц имеют широкое распространение в популяции.

2. Алкогольная зависимость у пациентов с расстройствами личности часто имеет раннее начало, быстро прогрессирует, имеет более серьёзный прогноз и устойчивость к терапии.

3. Наличие расстройства личности является фактором риска как суицидальной, так и несуйцидальной аутоагрессии.

4. Алкогольная зависимость у пациентов с расстройствами личности значительно повышает риск аутоагрессивных действий.

Список литературы

1. Войцех В.Ф. Суицидология. — М.: Миклош, 2007. — 280 с.
2. Гуревич Г.Л. Коморбидные расстройства в наркологической практике. — М.: ИД «Медпрактика-М», 2007. — 120 с.
3. Дворщенко В.П. Диагностический тест личностных расстройств. — М.: Речь, 2008. — 112 с.
4. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Личностные расстройства. — СПб.: Питер, 2010. — 400 с.
5. Кошкина Е.А. и др. Особенности употребления психоактивных веществ среди населения отдельных регионов России // Наркология. — 2010. — №4. — С. 16—24.
6. Кошкина Е.А., Киржанова В.В. Деятельность наркологической службы и основные показатели заболеваемости в Российской Федерации в 2003—2008 гг. (анализ данных федерального статистического наблюдения) // Вопросы наркологии. — 2009. — №5. — С. 62—72.
7. Менделевич В.Д. Наркозависимость и коморбидные расстройства поведения (психологические и психопатологические аспекты). — М.: МЕДпресс-информ, 2003. — 328 с.
8. Мищенко Л.В. Алкогольная зависимость, сформировавшаяся на фоне расстройств личности (клинико-терапевтические аспекты): Дисс. на соискание учёной степени к.м.н.: 14.00.45. — М., 2005. — 165 с.
9. Портнов А.А., Пятницкая И.Н. Клиника алкоголизма. — Л.: Медицина, 1973. — 367 с.
10. Тальникова Е.С., Сидорова П.В. Коморбидность алкогольной аддикции и личностных расстройств // Вестник НГУ. Серия: Биология, клиническая медицина. — 2006. — Т. 4. — Вып. 3. — С. 40—44.
11. Филоненко Е.В. Алкогольная аддиктивная коморбидность у пациентов с личностными расстройствами: Дисс. на соискание учёной степени к.м.н.: 14.00.18. — Новосибирск, 2006. — 192 с.
12. Шустов Д.И., Меринов А.В. Диагностика аутоагрессивного поведения при алкоголизме методом терапевтического интервью (Пособие для врачей психиатров-наркологов и психотерапевтов). — М., 2000. — 20 с.
13. A systematic review of personality disorder, race and ethnicity: prevalence, aetiology and treatment / A. McGiloway et al. // BMC Psychiatry. — 2010. — P. 10—33.
14. Conduct Disorder and Antisocial Personality Disorder in Persons With Severe Psychiatric and Substance Use Disorders / K.T. Mueser et al. // Schizophrenia Bulletin. — 2006. — Vol. 32, №4. — P. 626—636.
15. Co-Occurrence of 12-Month Alcohol and Drug Use Disorders and Personality Disorders in the United States / B.F. Grant et al. // Alcohol Research & Health. — 2006. — Vol. 29, №2. — P. 121—130.
16. Death without warning? A clinical postmortem study of suicide in 43 Israeli adolescent males / A. Apter et al. // Arch. Gen. Psychiatry. — 1993. — №50. — P. 38—42.
17. Echeburua E., Bravo de Medina R., Aizpiri J. Alcoholism and personality disorders: An exploratory study // Alcohol and Alcoholism. — 2005. — №40. — P. 323—326.

18. Echeburua E., Bravo de Medina R., Aizpuri J. Comorbidity of Alcohol Dependence and Personality Disorders: A Comparative Study // *Alcohol & Alcoholism*. — 2007. — Vol. 42, №6. — P. 618—622.
19. Himmerich H. et al. Antisocial Personality Disorder and its Correlate in the Michigan Alcoholism Screening Test // *The German Journal of Psychiatry*. — 2004. — Vol. 7. — P. 14—19.
20. Influence of Antisocial and Psychopathic Traits on Decision-Making Biases in Alcoholics / R. Miranda et al. // *Alcohol Clin. Exp. Res.* — 2009. — 33(5). — P. 817—825.
21. Links P.S., Gould B., Ratnayake R. Assessing Suicidal Youth With Antisocial, Borderline, or Narcissistic Personality Disorder // *Can. J. Psychiatry*. — 2003. — Vol. 48, №5. — P. 301—310.
22. Managing the Dually Diagnosed Patient, Current Issue and Clinical Approaches / Ed. D. O'Connell. — New York: The Haworth Press, 2002. — 271 p.
23. Runeson B., Beskow J. Borderline personality disorder in young Swedish suicides // *J. Nerv. Ment. Dis.* — 1991. — №179. — P. 153—156.
24. Samuels J. et al. Prevalence and correlates of personality disorders in a community sample // *British Journal of Psychiatry*. — 2000. — №180. — P. 536—542.
25. Suicidality in DSM-IV cluster B personality disorders. An overview / M. Pompili et al. // *Ann. Ist. Super Sanita*. — 2004. — 40(4). — P. 475—483.
26. Torgersen S., Kringlen E., Cramer V. The prevalence of personality disorders in a community sample // *Archives of General Psychiatry*. — 2001. — №58. — P. 590—596.
27. Zimmerman M., Rothschild L., Chelminski I. The Prevalence of DSM-IV Personality Disorders in Psychiatric Outpatients // *Am. J. Psychiatry*. — 2005. — 162(10). — P. 1911—1918.

PECULIARITIES OF ALCOHOL DEPENDENCE AND AUTOAGGRESSIVE BEHAVIOUR IN PATIENTS WITH PERSONALITY DISORDERS. LITERATURE REVIEW AND PERSONAL DATA

- NOVIKOV S.A.** postgraduate, Ryazan State Medical University, psychiatry department, 390026, Russia, Ryazan, Vysokovoltnaya str., 9. E-mail: novikovsa@inbox.ru
- SHUSTOV D.I.** professor, head of psychiatry department of Ryazan State Medical University, 390026, Russia, Ryazan, Vysokovoltnaya str., 9
- KISELEV D.N.** narcologist, Tambov psychiatric hospital, 392000, Russia, Tambov, Moskovskaya str., 27

We examined 131 patients at the age of 20 to 64 suffering from alcohol dependence. In 90 patients (68,7%) we discovered at least one personality disorder. The most frequent were emotionally unstable (36,7%), paranoid (35,6%), antisocial (31,1%), and anxious (21,%) personality disorders. The patients with comorbid personality disorders started earlier to take alcohol systematically, their withdrawal syndrome developed till the age of 25, they are characterized by a higher alcohol tolerance. More frequently among them, we observed dependence from several psychoactive substances. Combined alcohol dependence and personality disorders increases the possibility of suicidal attempt.

Key words: alcohol dependence, personality disorders, autoaggressive behavior

Опыт использования транскраниальной микрополяризации головного мозга как метода абилитации детей раннего возраста с фетальным алкогольным синдромом

МАЛАХОВА Ж.Л. доцент кафедры детских болезней лечебно-профилактического факультета
ГОУ ВПО «УГМА» Минздравсоцразвития РФ

БУБНОВ А.А. ассистент кафедры детских болезней лечебно-профилактического факультета
ГОУ ВПО «УГМА» Минздравсоцразвития РФ

Описывается использование метода транскраниальной микрополяризации головного мозга для абилитации детей с фетальным алкогольным синдромом, воспитывающихся в условиях Дома ребёнка.

Ключевые слова: дети, алкогольные эффекты плода, транскраниальная микрополяризация

Введение

Фетальный алкогольный синдром (ФАС) — устойчивый комплекс врождённых дефектов, пороков и нарушений развития, возникающих во внутриутробный период под воздействием этилового спирта [1]. Большинство детей с ФАС имеет задержку физического, нервно-психического развития, гиперактивны, гиперактивны. По данным литературы, именно ФАС занимает лидирующую позицию в списке известных причин задержки умственного развития. Это связано с тератогенным действием алкоголя на центральную нервную систему (ЦНС) антенатально и, как результат, развитие «статической энцефалопатии» (СЭ). Нарушения при СЭ носят постоянный характер и сохраняются в течение всей жизни [2]. Поэтому не представляется возможным говорить о реабилитации, скорее, речь должна идти об абилитации таких пациентов.

Из целого ряда возможных терапевтических воздействий наше внимание привлёк метод транскраниальной микрополяризации головного мозга (ТКМП) как неинвазивный, простой, малозатратный и фактически не имеющий противопоказаний метод. Термин *микрополяризация*, впервые предложенный в лаборатории Н.П. Бехтеровой [3], объединяет в себе параметры постоянного тока, используемых для проведения процедур ТКМП и ТВМП (микротоки), и механизм действия микротока, приложенного к нервной ткани (поляризация клеточной и синаптической мембраны). Микрополяризация может использоваться как самостоятельный лечебный метод и как оптимизирующий приём в комплексном лечении различных заболеваний ЦНС у детей и взрослых любого возраста.

Цель данного исследования — оценить возможность применения ТКМП у детей с ФАС.

Материалы и методы исследования

Проведено сплошное биометрическое обследование 49 детей обоего пола (воспитанников Дома ребёнка) в возрасте от 18 до 34 мес. (средний возраст — 26 мес.). По результатам данных антропометрии (рост, вес, окружность головы) и морфометрии лица (продольный размер глазной щели, степени выраженности желобка и красной каймы верхней губы), по данным анамнеза (употреблении матерями алкоголя во время беременности), используя классификацию Institute of Medicine (IOM, 1996, 2005), у 22 детей был поставлен клинический диагноз ФАС (Q-86.0 по МКБ-10). Они составили основную группу обследуемых. У 26 детей этот синдром был исключен. Путём рандомизации получены 3 группы по отношению к проведению процедуры ТКМП: 1-я гр. ФАС+ТКМП — 13 детей (опыт); 2-я гр. ФАС без ТКМП — 9 детей (контроль); 3-я гр. неФАС + ТКМП (группа сравнения) — 10 детей. У детей 1-й и 3-й групп проведена процедура ТКМП по стандартной методике [4], курс составил 5 процедур по 20 мин через день. Для контроля эффективности проведённого курса ТКМП осуществлялась оценка динамики психомоторного развития детей с использованием Денвер II скрининг-теста (Frankenburg WK. 1992), до начала и спустя месяц после окончания терапевтического воздействия. Для контроля состояния сна заполнялся «Журнал состояния сна», данные из которого обработаны с помощью «Краткой анкеты — опросника для скрининга проблем сна у детей раннего возраста» [5], где учтены время бодрствования и время ночного бодрствования. Статистическая обработка результатов исследования производилась с использованием прикладных программ Microsoft Excel, Statistica v.5.5a, Statistica for Windows. Значимость различий долей проводилась с использованием критерия сравнения долей, основанного на нормальной аппроксимации биномиального распределения.

Результаты исследования и их обсуждение

Как было показано ранее в наших исследованиях [4], задержку психомоторного развития среди детей-сирот, находящихся в Домах ребёнка, в выраженной форме имели 46% из обследованных, умеренное отставание — 43,5% и только у 10,5% психомоторное развитие соответствовало возрасту (табл. 1).

Как видно из табл. 1, мы не получили эффекта от метода ТКМП в 1-й группе, что сравнимо с данными 2-й группы, где ТКМП не проводилась. Нами не зафиксированы сколько-нибудь существенные сдвиги в их общем состоянии. Это, по-видимому, связано с развитием СЭ в результате тератогенного действия алкоголя на ЦНС и, как результат, её низкой нейропластичностью. В свою очередь, в 3-й группе (неФАС + ТКМП) отмечается положительная динамика, как в улучшении психофизического развития, так и в навыках ухода за собой. Особенно это заметно в развитии речевых навыков, когда ребёнок в течение месяца наблюдения осваивал и расширял словарный запас. Это согласуется с литературными данными где, по экспертной оценке, получены аналогичные результаты ТКМП у детей с гипоксико-ишемической энцефалопатией [3]. Данная патология ЦНС, чаще всего, не носит системного характера и сохраняет нейропротективность, нейропластичность и нейротрофичность, что способствует в дальнейшем функциональному восстановлению ЦНС. При СЭ такие механизмы отсутствуют.

В нашей работе, посвящённой особенностям циркадного ритма температуры тела у детей с ФАС [7], показаны амплитудные различия между опытной (ФАС) и контрольной (неФАС) группами, которые также свидетельствуют о тератогенном действии алкоголя на ЦНС. Изучив данные литературы [6] о нарушении цикла «сон — бодрствование» и о влиянии ТКМП на состояние регуляторных систем головного мозга [4], мы решили провести оценку продолжительности и качества сна у детей с ФАС (табл. 2).

При проведении исследования дети находились в рамках распорядка дня Дома ребёнка, где предусмотрен один дневной (с 14.00 до 16.00) и ночной сон (с 22.00 до 8.00). По данным «Журнала состояния сна» дневной сон в 3 группе (неФАС + ТКМП) до проведения процедуры ТКМП составил в среднем 1 ч 21 мин, при максимальной возможности согласно режиму — 2 ч. В 1-й группе (ФАС+ТКМП) и 2-й (ФАС без ТКМП) дневной сон составил в среднем значении 21 мин и 22,8 мин соответственно. После проведения процедуры ТКМП можно отметить достоверное увеличение времени дневного сна в опытной группе до 64 мин. Этот эффект сохранился в течение месяца последующего наблюдения. Время ночного бодрствования в 1-й гр. статистически достоверно уменьшилось, как и в других группах, но с меньшей достоверностью. Как видно на диаграмме (рис. 1), сформированной на

Таблица 1

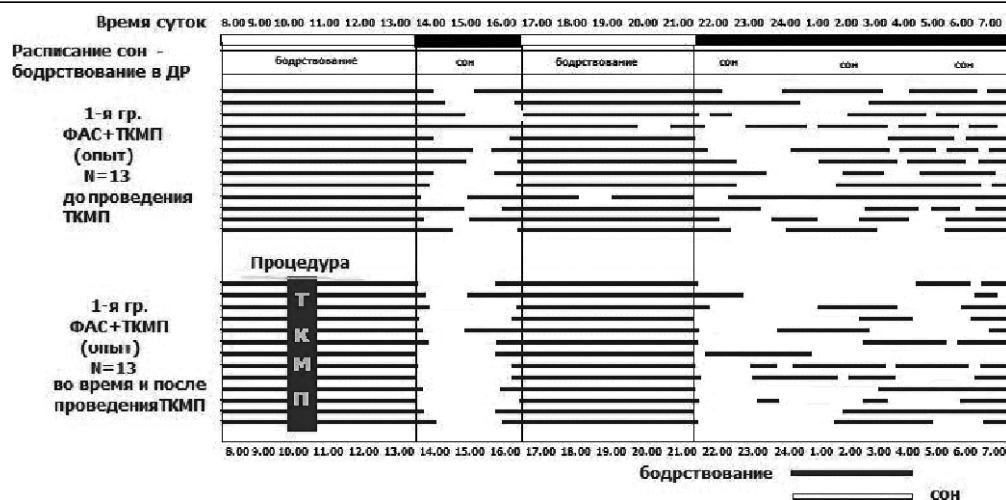
Распределение степени выраженности задержки психомоторного развития среди обследуемых детей до и после проведения ТКМП (n=32)

Степень выраженности задержки	До проведения ТКМП			После проведения ТКМП		
	1-я гр. ФАС + ТКМП (опыт), N=13	2-я гр. ФАС без ТКМП (контроль), N=9	3-я гр. неФАС + ТКМП (сравнение), N=10	1-я гр. ФАС + ТКМП (опыт), N=13	2-я гр. ФАС без ТКМП (контроль), N=9	3-я гр. неФАС + ТКМП (сравнение), N=10
Выраженная задержка	13	9	2	13	9	1
Умеренная задержка	0	0	7	0	0	4
Развитие в пределах нормы	0	0	1	0	0	5

Таблица 2

Влияние ТКМП на показатели суточного цикла «сон — бодрствование» (n=32)

Показатели цикла "сон — бодрствование"	До проведения ТКМП			После проведения ТКМП		
	1-я гр. ФАС + ТКМП (опыт), N=13	2-я гр. ФАС без ТКМП (контроль), N=9	3-я гр. неФАС + ТКМП (сравнение), N=10	1-я гр. ФАС + ТКМП (опыт), N=13	2-я гр. ФАС без ТКМП (контроль), N=9	3-я гр. неФАС + ТКМП (сравнение), N=10
Среднее время общего дневного сна (часы, max=2,0)	0,35±0,23 *	0,38±0,29***	1,35±0,6***	1,05±0,19*	0,33±0,36***	1,39±0,42**
Время ночного бодрствования (часы, min=0,0)	1,18±0,69*	1,78±0,84***	0,52±0,47**	0,35±0,33*	2,07±0,41***	0,64±0,64**
Примечание. * P<0,005; ** P<0,01; *** P>0,01						



Суточная периодограмма цикла «сон — бодрствование» у детей с ФАС до и после процедуры ТКМП

основании данных «Краткой анкеты-опросника для скрининга проблем сна у детей раннего возраста», произошли значимые изменения прерывистости сна детей.

Таким образом, проведение процедура ТКМП по стандартной методике у детей-сирот в Доме ребёнка, как при наличии у них ФАС, так и в группе контроля, имеет положительные результаты и может быть применена в общем комплексе терапевтических воздействий. Негативных эффектов и осложнений в исследовании не отмечено.

Заключение

На основании проведённых нами исследований можно констатировать, что применение метода ТКМП у детей без признаков внутриутробного воздействия алкоголя позволяет улучшить показатели динамики их психофизического развития в отличие от детей со СЭ, которая является результатом нарушения процессов нейропластичности головного мозга под воздействием алкоголя. Метод ТКМП у детей с ФАС имеет синхронизирующий эффект на механизмы нейроэндокринной регуляции циркадной активности мозга, что приводит к нормализации изменённого цикла «сон—бодрствование».

Список литературы

- Bertrand J., Floyd R.L., Weber M.K., O'Connor M.L., Riley E.P., Johnson K.A. et al. Fetal Alcohol Syndrome: guidelines for referral and diagnosis // Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention. — 2004. — P. 62—86.
- Hoyme H.E., May P.A., Kalberg W.O., Koditwakku P., Gossage J.P., Trujillo P.M. et al. A practical clinical approach to diagnosis of fetal alcohol spectrum disorders: clarification of the 1996 institute of medicine criteria // Pediatrics. — 2005. — P. 39—47.
- Илюхина В.А., Шайтор В.М., Кожушко Н.Ю., Матвеев Ю.К., Пономарева Е.А. Транскраниальные микрополяризации в комплексном лечении темповой задержки нервно-психического развития у детей младшего и дошкольного возраста // Лечебные эффекты центральных и периферических электровоздействий: Сб. науч. тр. — СПб.: СПбГМУ, 2001. — С. 27—28.
- Бубнов А.А. Морфо-функциональная диагностика последствий внутриутробного алкогольного воздействия у детей раннего возраста: Дисс. на соискание учёной степени к.м.н. — Екатеринбург, 2010. — С. 1—123.
- Streissguth A.P., Bookstein F.L., Barr H.M., Sampson P.D., O'Malley K., Young J.K. Risk factors for adverse life outcomes in fetal alcohol syndrome and fetal alcohol effects // J. Dev. Behav. Pediatr. — 2004. — P. 228—238.
- Cudd T.A. Animal Model Systems for the Study of Alcohol Teratology // Experimental Biology and Medicine. — 2005. — P. 389—393.
- Бубнов А.А. Циркадный ритм температуры тела у детей с фетальным алкогольным синдромом // Сборник материалов Межрегиональной научно-практической конференции «Актуальные проблемы педиатрии». — Уфа, 2009. — С. 168—171.

EXPERIENCE OF USING TRANSCRANIAL MICROPOLARIZATION BRAIN AS A METHOD HABILITATION IN YOUNG CYILDREN WITH FETAL ALCOHOL SYNDROME

MALAKHOVA Zh.L., BUBNOV A.A.

This article describes how to use the method of transcranial micropolarization method brain for the habilitation of children with fetal alcohol syndrome, brought up in a children's Home.

Key words: children, alcohol effects fetus, transcranial micropolarization

Аналитические видеоцифровые комплексы экспрессных и скрининговых лабораторных исследований в наркоконтроле

- ПАНЧЕНКО Л.Ф.** д.м.н., профессор, академик РАМН, руководитель лабораторий биохимии
ФГУ ННЦ наркологии Минздравсоцразвития РФ
и УРАМН НИИ общей патологии и патофизиологии РАМН,
119002, Москва, М. Могильцевский пер., 3; тел. (499) 241-70-68;
125315, Москва, ул. Балтийская, д. 8; тел. (495) 601-21-80
- СТАРОВОЙТОВА Т.А.** д.м.н., зав. клинико-диагностической лабораторией ЦКБ №1 РЖД,
125367, Москва, Волоколамское ш., д.84, тел. (495) 952-02-02; e-mail: ckb1rzd@yandex.ru
- ВЕНГЕРОВ Ю.Ю.** д.х.н., профессор, главный научный консультант ООО «СИНТЕКО-КОМПЛЕКС»,
115230, Москва, Каширское ш., д.13, к.3; тел. (495) 233-65-63, e-mail: vyuri@dol.ru
- ДЗАНТИЕВ Б.Б.** д.х.н., профессор, заместитель директора Института биохимии им. А.Н. Баха РАН,
119071, Москва, Ленинский пр-т, д.33, стр.2; тел. (495) 954-52-83, e-mail: inbi@inbi.ras.ru
- ДАВЫДОВ Б.В.** д.м.н., в.н.с. лаборатории биохимии ФГУ ННЦ наркологии Минздравсоцразвития РФ;
тел. (499) 241-94-46; e-mail: davydov_b@mail.ru

Распространение наркомании в России в последнее время происходит угрожающими темпами. Прежде всего это относится к молодёжной среде. Для эффективной борьбы с незаконным оборотом наркотических и психотропных препаратов необходимо применение технических средств, опирающихся на систему простых, достоверных, экспрессных, количественных аналитических методов. В работе проведён анализ современных методов регистрации результатов иммунохроматографических тестов на полосках при исследовании биожидкостей на наличие наркотиков. Описаны разработанные в институте биохимии им. А.Н. Баха РАН и апробированные аналитические приборы основанные на видеоцифровой регистрации результатов тестов. Показана перспективность широкого внедрения аналитических видеоцифровых экспрессных и скрининговых лабораторных исследований в наркоконтроле.

Ключевые слова: наркомания, иммунохроматографические тест полоски на наркотики, видеоцифровая регистрация

Введение

Проблема распространения наркомании, злоупотребления наркотическими средствами и психотропными веществами является актуальной практически во всех странах мира. По данным Управления ООН по наркотикам и преступности, в мире насчитывается более 200 млн чел., имеющих опыт употребления наркотиков, 110 млн злоупотребляют наркотиками и 25 млн страдают зависимостью. Подавляющее большинство из них — молодёжь.

Российская Федерация, как неотъемлемая часть мирового сообщества, в полной мере испытывает на себе растущую наркоугрозу. Проблема немедицинского потребления наркотиков, прежде всего в молодёжной среде, стала явлением глобального характера, подрывающим национальную безопасность страны.

По оценкам экспертов, наркоман ежегодно вовлекает в наркопотребление до 3 чел. из своего окружения. Только с 1993 по 2009 гг. количество лиц, употребляющих наркотики, увеличилось в 9 раз.

Распространение наркомании в России в последнее десятилетие происходит угрожающими темпами. Согласно статистическим данным, за последние 10 лет количество наркозависимых граждан в России выросло на 60%. Сегодня в России регулярно употребляют наркотики около 2,5 млн чел. Официальная статистика по наркомании приводит цифру 500 тыс. наркоманов, однако это те, кто добровольно встали на медицинский учёт. От общего числа наркоманов в России по статистике: 20% — это школьники, 60% — молодёжь в возрасте 15—30 лет и 20% — люди более старшего возраста.

18 апреля 2011 г. в Иркутске прошло заседание президиума Госсовета, посвящённое проблеме наркомании среди российской молодёжи, на котором выступил Президент Дмитрий Медведев. Он привёл данные, что в России насчитывается около 2,5 млн наркоманов. «Страшная цифра, конечно. Причём 70% — это молодёжь до 30 лет, ещё более тяжёлая цифра, — сказал он. — Что особенно тяжело, в последние буквально 5 лет нижняя планка возраста, с которого наркотики начинают пробовать,

опустилась до просто катастрофического уровня — 11—12 лет, это учащиеся 5—6 классов».

По словам Президента, наркотики влияют на демографическую ситуацию в стране, разрушая генофонд нации. Ежегодно, по подсчётам правоохранительных органов, более 200 тыс. преступлений связано с незаконным оборотом наркотических средств. «При этом те, кто употребляют наркотики, не участвуют ни в какой трудовой деятельности, ни в каком созидательном труде, — подчеркнул он. — Результат заключается в том, что экономические потери, по оценкам аналитиков, составляют 2—3% ВВП».

Эффективная борьба с незаконным оборотом наркотических и психотропных препаратов на современном этапе немыслима без применения технических средств. При этом наркоконтроль должен опираться на систему достоверных аналитических методов. Определение наркотических и психотропных препаратов основано на химико-токсикологическом анализе и подразумевает два вида исследований: предварительный качественный скрининг для выявления искоемых веществ и подтверждающие контрольные количественные анализы [2, 3]. В настоящее время в скрининговых исследованиях широко используется метод тонкослойной хроматографии, а также автоматические приборы и наборы реагентов, основанные на иммуноферментном, иммунофлуоресцентном, радиоиммунном методах. В качестве подтверждающих методов в лабораторных условиях наиболее часто используются: газожидкостная хроматография, высокоэффективная жидкостная хроматография и хромато-масс-спектрометрия [8].

В последние годы широкое распространение в медицинской практике для предварительной идентификации наркотических средств нашли наборы индикаторных тест-полосок, основанные на иммунохроматографическом анализе [9], который обозначается как метод сухой иммунохимии. Устройство иммунохроматографической тест-полоски (ИХ-тест) характеризуется тем, что в тест-зоне иммобилизованы искусственные антигены, способные специфически связываться со свободными антителами. Если исследуемый антиген (наркотик) не присутствует в биологической жидкости, участки связывания антител остаются свободными, и они способны связываться с искусственными антигенами в тест-зоне, образуя темную полосу за счёт конъюгированного красителя. Соответственно, если исследуемый антиген присутствует в жидкости, то антитела, связавшись с ним, уже не могут взаимодействовать с антигенами в тест-зоне, и образование темной полосы там не происходит. Но в обоих случаях происходит связывание антител с вторичными антителами в контрольной зоне и образование там темной полосы. Таким образом, при проведе-

нии анализа: одна полоса — положительный результат, две полосы — отрицательный.

При проведении иммунохроматографических (ИХ) анализов, выявляющих наркотик или метаболит в биопrobe, должны быть обеспечены не только адекватный задаче уровень чувствительности определения, но и защита от возможных аналитических ошибок и злоупотреблений при проведении исследований. Повышение экспертного статуса лабораторных тестов на наркотики особенно актуально для зоны первичных исследований, проводимых во внелабораторных условиях. Именно здесь, например, при контроле водителей на дорогах, возможны как ошибки, так и злоупотребления. При проведении исследований вне лаборатории особенно актуальна минимизация влияния человеческого фактора, так как такие исследования часто проводятся медицинскими работниками или операторами, не имеющими квалификации специалиста по клинической лабораторной диагностики [4]. Вместе с тем, требования соответствия критерию достоверности должны распространяться не только на лабораторные, но и на скрининговые, первичные массовые обследования. Однако, недостатком большинства ИХ-тестов является то, что они рассчитаны на визуальную регистрацию.

В последнее время в практику все больше входят системы регистрации тестов. Такие системы применяются для тестов на онкомаркеры, кардиомаркеры и другие аналиты, например иммунохроматографический экспресс-анализатор Eeasy Reader фирмы VEDALAB (Франция). Появились системы для регистрации результатов ИХ-тестов на наркотики [9].

Однако все эти системы обладают рядом недостатков, которые можно рассмотреть на примере системы для регистрации результатов определения наркотиков «T&D Innovationen» (Германия). Система является закрытой, так как она предназначена для работы только с одним конкретным видом тестов и ориентирует конечного потребителя только на этот вид тест-полосок. Полоски предназначены для определения наркотиков в комбинациях по три наименования, что делает систему менее гибкой. Кроме того, формой регистрации анализа является распечатка, содержащая только числовые значения концентраций наркотиков, которые невозможно перепроверить в случае возможных сбоев в проведении анализа. В последнее время отечественные разработчики достигли значительных успехов в развитии технологий видеодигитальной регистрации (ВДР) данных лабораторных исследований, основанных на современных информационных подходах. Принципиально новой функциональной особенностью подхода ВДР является возможность документирования и сохранения в цифровом виде первичных данных лабораторного теста, т.е. изображения тест-полоски, что повышает аналитическую надёжность исследова-

ний во внелабораторных условиях, позволяет проверить и оценить правильность полученных результатов специалистами по клинической лабораторной диагностике [1, 5, 6]. Возможности ВЦР с использованием программного обеспечения продемонстрированы в лабораторных исследованиях сыворотки крови и мочи, проводимых с помощью ИХ-тестов [7].

В настоящей публикации описываются видеоцифровые приборы для регистрации результатов ИХ-тестов для определения наркотиков и их метаболитов и обсуждаются возможности и перспективы их использования.

Результаты и обсуждение

На основе технологии ВЦР лабораторных исследований, основанной на современных информационных подходах, в институте биохимии им. А.Н. Баха РАН разработаны и подготовлены к серийному выпуску видеоцифровые программно-аппаратные комплексы «Рефлеком» на основе цифровых видеокамер и «Эксперт-Лаб» на основе сканера (рис. 1).

Методы ВЦР в приложении к ИХ-тестам являются альтернативой обычной отражательной фотометрии. Основное преимущество ВЦР состоит в получении значительно большего объема информации об объекте. Это особенно важно для тестов, в которых выявляются окрашенные полоски или пятна. Обычная фотометрия даёт единичное значение интенсивности отражённого света от объекта, в то время как при ВЦР получается изображение объекта с высоким разрешением и регистрируются и математически обрабатываются тысячи цифровых характеристик объекта. Для ИХ-полосок за счёт математической обработки изображений определяется и выражается в цифровой форме интегральная

интенсивность тестовых и контрольных полос. Возможны любые операции с полученными числовыми характеристиками: выявление положительных и отрицательных образов, определение концентраций по калибровочным кривым.

Методы ВЦР также позволяют проводить не только качественные, но и количественные определения на основе ИХ-тестов. На рис. 2 приведён пример серии ИХ-тестов для определения кокаина с образцами, содержащими известные концентрации аналита (А), и данные измерений средней интенсивности тестовой и контрольной полос для 5 серий таких измерений в зависимости от концентраций кокаина в пробе.

Эти данные показывают возможность количественных определений наркотиков на основе ИХ-тест-полосок. Аналогичные данные получены и для тест-полосок для определения амфетамина, опиатов и др.

Данные качественных (пороговых) или количественных определений, включая изображение аналитической зоны тест-полоски, сохраняются в памяти компьютера. Следует подчеркнуть, что сохранение изображения высокого разрешения, которое мы называем первичным документом теста (ПДТ), имеет большую самостоятельную ценность. Важность сохранения ПДТ не до конца понималось на начальном этапе разработки ИХ-тестов и основным методом являлась визуальная оценка. Но для тестов на наркотические вещества, результаты которых могут иметь существенные юридические и другие последствия, очевидна необходимость в регистрирующих устройствах, среди них устройства ВЦР имеют значительные преимущества.

ВЦР с сохранением ПДТ даёт не только возможность объективной оценки данных (в отличие от

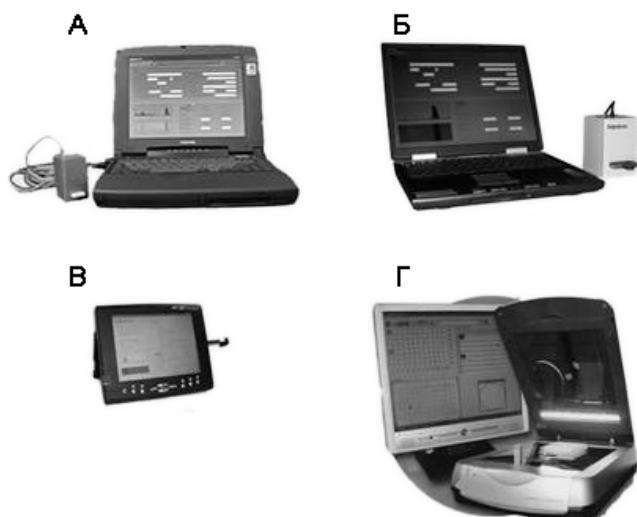


Рис. 1. Варианты регистрирующих устройств на основе видеоцифровой камеры:

А — «Рефлеком-Мини»; Б — анализатор «Рефлеком»; В — «Рефлеком-компакт»; Г — на основе сканера: система «Эксперт-лаб»

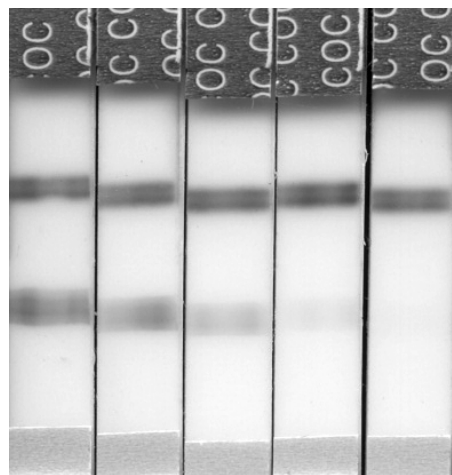


Рис. 2. (А) — пример серии ИХ-тестов для определения кокаина. На тест-полоски нанесены образцы с содержанием кокаина, соответствующему различным концентрациям аналита: 1 — 3 нг/мл; 2 — 10 нг/мл; 3 — 30 — нг/мл; 4 — 100 нг/мл; 5 — 300 нг/мл; 6 — 900 нг/мл; (Б) — средняя интенсивность тестовой и контрольной полос для тестов 5 серий измерений

субъективной — «на глаз»), но и позволяет документировать изображение тест-объекта для последующей проверки правильности постановки анализа. Ещё одной новой функциональной особенностью подхода ВЦР, отличающей его от вариантов обычной фотометрии, является возможность передачи в цифровом виде изображения тест-объекта по интернету или с мобильного телефона, что обеспечивает полный контроль проведения анализа. Это придаёт экспрессным, внелабораторным исследованиям более высокий юридический, правовой статус и ставит барьер на пути фальсификации данных.

Следует отметить, что самые очевидные сферы применения экспресс-исследований наркотиков в биожидкостях достаточно многочисленны и во всех случаях неоспорима ценность документирования результатов анализа. Это: проверка водителей на дорогах; предрейсовый контроль поездных бригад, водителей общественного транспорта, лётного состава; предсменный контроль авиадиспетчеров, персонала электростанций, лиц, связанных с ношением оружия; обследование учащейся молодёжи (школьники, студенты).

Экспресс-исследования на наркотики у учащейся молодёжи приобретает все большую актуальность в связи с ростом числа молодых людей, употребляющих наркотики. В сложившейся ситуации раннее выявление потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача посредством тестирования является важнейшим условием кардинального снижения спроса на наркотики среди молодёжи.

Министерство здравоохранения и социального развития в 2011 г. разработало Порядок проведения тестирования граждан, предусматривающий двухэтапное проведение мероприятий:

1. Социально-психологическое анкетирование с целью определения фокусной группы риска;
2. Тестирование биологических сред на содержание наркотических средств и психотропных веществ.

Возможность тестировать учащихся на употребление наркотических веществ предлагается закрепить в федеральном законе «Об образовании». Такие тестирования уже проведены в ряде регионов России (Красноярский край, Татарстан, Москва).

Президент РФ Дмитрий Медведев в Иркутске на заседании Президиума Госсовета предложил принять федеральный закон о тестировании школьников на наркотики. Тестирование для раннего выявления потребителей наркотиков должно проводиться на основе федерального законодательства, которое регламентировало бы все аспекты, считает глава государства.

Очевидны также требования к системам, решающим аналитические задачи в перечисленных областях

их применения: соответствующие аналитические характеристики, минимальные затраты времени на анализ, простота проведения анализа, отсутствие специальных навыков оператора, получение легко интерпретируемых данных, возможность их документирования и контроля проведения анализа.

В настоящее время имеются тест-полоски для определения большинства наркотиков и их метаболитов. Опыт разработки и производства таких тест-полосок также имеется в Институте биохимии им. А.Н. Баха РАН. Зарегистрированы и выпускаются тесты для определения марихуаны, опиатов, амфетамина, метамфетамина, бензодиазепа, кокаина. Тесты обладают всеми характеристиками для определения наркотиков в моче и в сочетании с системами ВЦР пригодны и для количественных измерений. Ведутся успешные разработки тестов для определения наркотиков в слюне. Все требования, связанные с необходимостью документирования и контроля анализа, решают программно аппаратные комплексы «Рефлексом». Анализаторы могут работать с любым типом тестов («открытая система»), сохраняют неограниченное число анализов в компьютере, а также могут осуществлять передачу данных анализа по телекоммуникационным каналам.

Анализаторы «Рефлексом» компактны, не нуждаются в автономном питании (запитываются от батарей компьютера), реализуемы даже в карманном формате или в виде отдельного моноблока и соответствуют всем требованиям, сформулированным выше.

Развитие этой разработки в сочетании с современными наладочными компьютерами позволяет создать и полностью карманную компактную систему, сохранив все её эксплуатационные характеристики.

Система «Эксперт-Лаб» является компактным прибором, но не для полевых условий, а для быстро развертываемой лаборатории (автомобиль, любая полевая лаборатория), Сканер компактен, надёжен, может работать с любым компьютером (обычный ПК, ноутбук или даже нетбук). С помощью этого комплекса можно регистрировать результаты иммуноферментных тестов в микропланшетах, что рационально для скрининга при одновременном анализе большого количества образцов с использованием как ИХ тестов, так и иммуноферментных наборов для определения наркотиков. Как уже говорилось, возможность контроля всех стадий анализа придаёт всем проводимым исследованиям более высокий юридический, правовой статус и существенно повышает ответственность персонала за качество и достоверность исследований, ставит труднопреодолимый барьер на пути фальсификации результатов.

И, наконец, хотелось бы отметить, что все упомянутые компоненты аналитических систем низового

уровня имеются в отечественном исполнении. Инновационные видеоцифровые системы отличаются универсальностью и невысокой стоимостью и являются примером отечественной разработки соответствующей и в ряде характеристик опережающей мировой уровень.

Заключение

Таким образом, учитывая сегодняшнюю ситуацию с незаконным оборотом наркотических и психотропных препаратов, широкое внедрение аналитических видеоцифровых комплексов экспрессных и скрининговых лабораторных исследований в наркоконтроле является своевременным и актуальным.

Список литературы

1. Волощук С.Г., Старовойтова Т.А., Кутвицкий В.А. и др. Системы видеоцифрового анализа для лабораторной диагностики. Аппаратура и программное обеспечение // Лабораторная медицина. — 2002. — №5. — С. 82—87.

2. Еремин С.К., Изотов Б.Н., Веселовская Н.В. Анализ наркотических средств: руководство по химико-токсикологиче-

скому анализу наркотических и других одурманивающих средств. — М.: Мысль, 1993. — 266 с.

3. Зеренин А.Г. Медицинское освидетельствование лиц с неалкогольным опьянением // Вопросы наркологии. — 1990. — №2. — С. 30—40.

4. Меньшиков В.В. Исследования вне лаборатории. Средства, технологии, условия применения. — М., 2008. — 268 с.

5. Старовойтова Т.А., Зайко В.В., Волощук С.Г. и др. Иммунохроматографический анализ простатического специфического антигена с видеоцифровой регистрацией // Клиническая лабораторная диагностика — 2005. — №9. — С. 24—25.

6. Старовойтова Т.А., Стериполо Н.А., Зайко В.В. и др. Видеоцифровая регистрация: новые перспективы лабораторной диагностики // Клинико-лабораторный консилиум. — 2009. — №5. — С. 44—55.

7. Старовойтова Т.А. Преимущество видеоцифровой регистрации для клинко-диагностических исследований в месте оказания медицинской помощи // Клиническая лабораторная диагностика — 2010. — №4. — С. 50—55.

8. Химико-токсикологическая диагностика острых химических отравлений // Сборник материалов. — М.: ООО «Графикон Принт», 2007. — 120 с.

9. Wennig R., Moeller M.R., Haguenoer J.M. et al. Development and evaluation of immunochromatographic rapid test for screening of cannabinoids, cocaine, and opiates in urine // Journal Analytical Toxicology. — 1998. — Vol. 22. — P. 148—155.

ANALYTICAL DIGITAL SYSTEMS

FOR EXPRESS-SCREENING LABORATORY STUDIES IN DRUG CONTROL

PANCHENKO L.F., STAROVOITOVA T.F., VENGEROV Ju.Ju., DZANTIEV B.B., DAVYDOV B.V.

Взаимоотношения с родителями и алкоголизация подростков

БЕЛОВ В.Г.

д.м.н., профессор кафедры психологии здоровья
Санкт-Петербургского государственного института психологии и социальной работы;
199178, Санкт-Петербург, 12-я линия, д. 13, тел. (8 (921) 400-16-47)

ТУМАНОВА Н.Н.

старший преподаватель кафедры психологии здоровья
Санкт-Петербургского государственного института психологии и социальной работы;
199178, Санкт-Петербург, 12-я линия, д. 13, тел. (8 (911) 741-72-78)

Рассмотрены актуальная в современной психологии и педагогике проблема алкогольной зависимости у подростков, диагностика их взаимоотношений с родителями, а также обоснованы основные направления профилактики алкоголизма в молодёжной среде. Показано, что неблагоприятные взаимоотношения с родителями могут служить факторами риска формирования алкоголизации у подростков. Ключевые слова: подростки, девиантное поведение, социально-психологическая адаптация, алкоголизм, дисфункциональные семьи

Введение

Проблема алкогольной зависимости остаётся одной из наиболее актуальных и активно разрабатываемых проблем медицины, психологии и социальных наук в связи с высокой распространённостью заболевания среди населения и медико-социальными последствиями. Масштабы и темпы распространения алкоголизма в стране таковы, что ставят под вопрос физическое и моральное здоровье подростков [2].

Известно, что до 80% взрослых, больных алкоголизмом, начали злоупотреблять алкоголем именно в подростковом возрасте. Алкоголизм у подростков развивается намного быстрее, чем у взрослых, и по своим последствиям он гораздо тяжелее. Важность психолого-социальной работы с таким контингентом определяется значительным воздействием на формирование наркологической патологии наряду с биологическими социально-психологическими факторами.

У подростков с аддиктивным поведением недостаточно развиты звенья социально-поддерживающего процесса. У них наблюдается особенно низкий уровень восприятия поддержки со стороны семьи, сверстников, не связанных с алкоголем и наркотиками, значимых других.

Невозможность получить необходимую поддержку в семье и у близких значимых людей приводит подростка с аддиктивным поведением в наркотизирующиеся группы.

Взаимоотношения подростков с родителями оказывают свое влияние на все стороны личности и поведения подростков. Духовность человека, ценностная мотивационная структура его личности, формируются в семье, и во многом обусловлены отношениями с родителями. Также именно семья, в первую очередь, обеспечивает систему социальной поддержки и социально-поддержи-

вающий процесс — в семье человек учится находить, принимать и оказывать социальную поддержку. Дисфункциональные семьи разрушают не только отношения, но и личностные свойства. Паттерны поведения, усвоенные в таких семьях, не могут способствовать укреплению целостности личности подростка и адекватному восприятию себя и других людей [3].

Таким образом, логично предположить, что взаимоотношения с родителями как прямо, путём социального научения, так и косвенно, через влияние на развитие копинг-ресурсов и предоставление социальной поддержки, влияют на поведение подростков. Семья и взаимоотношения в ней, при их безусловной значимости на протяжении всей жизни человека, играют важную роль в предоставлении ему социальной поддержки и развитии у него личностных ресурсов.

Актуальность проблемы, её теоретическая и практическая значимость, а также недостаточная разработанность в психологической практике вопросов соотношения взаимоотношений в семье и алкоголизации подростков обусловили выбор цели исследования.

Цель исследования — изучение взаимосвязи между детско-родительскими отношениями у подростков с различным уровнем алкоголизации

Объект и методы исследования

Для решения задач настоящего исследования была проанализирована специальная литература по проблематике исследования и проведено обследование 55 подростков с различным отношением к алкоголю в возрасте от 14 до 17 лет, из них 22 юноши и 33 девушки (1-я группа — 20 чел. — с признаками алкогольной аддикции, что выявлялось по методике RAFFT и на основании беседы, 2-я группа — 35 чел. — без признаков алкогольной аддикции).

Для решения поставленных задач использовались следующие методики: опросник «Подростки о родителях», проективная методика «Рисунок семьи», тест на определение копинг-стратегий Р. Лазаруса, тест на определение наличия зависимости от психоактивных веществ RAFFT, социологическая шкала для исследования частоты и количества употребления различных алкогольных напитков. Обработка результатов проводилась при помощи статистических программ Statistica 6.0.

Результаты и их обсуждение

Особенности взаимоотношений с родителями у подростков из групп с различным отношением к алкоголю исследовались при помощи опросника «Подростки о родителях» и методики «Рисунок семьи».

Все подростки, не склонные к употреблению алкоголя, характеризуют свои отношения с родителями как гармоничные. Они изображают себя на рисунках семьи, атрибуты агрессии в их рисунках практически не встречаются, все члены семьи в большинстве рисунков объединены общей композицией, на многих рисунках члены семьи держатся за руки или обнимают друг друга. В рисунках подростков, имеющих признаки алкоголизации, отмечались признаки дисгармонии в отношениях хотя бы с одним из родителей, встречаются атрибуты агрессии (зубы, палки, выражение негативных эмоций на лицах членов семьи), некоторые подростки не изображают на рисунках семьи себя либо изображают только себя, остальных же членов семьи изображают схематично. Это свидетельствует о том, что они не чувствуют себя частью семейного целого, испытывают потребность обособить-

ся от остальных членов семьи, а иногда и защитить себя от негативного влияния.

Результаты опросника «Подростки о родителях» распределились следующим образом (табл. 1).

Как видно из табл. 1, в отношениях с родителями группы значительно различаются:

- по выраженности позитивного интереса отца — в группе подростков, не употребляющих алкоголь, он заметно выше;
- по враждебности каждого из родителей — более враждебны родители подростков группы 1, где есть признаки алкоголизации;
- по непоследовательности обоих родителей — она также выше у родителей подростков группы 1;
- по директивности, проявляемой матерями, — она также выше в группе 1.

Л.И. Вассерман с соавторами именно враждебность родителей, а также их непоследовательность считают важными факторами дисгармоничного воспитания и предпосылок формирования аддиктивного поведения, в том числе алкоголизации у подростков.

Из табл. 2 видно, что исследуемые группы существенно различаются только по возрасту, когда подростки впервые попробовали алкоголь. В группе подростков с дисгармоничными отношениями с родителями этот возраст значительно ниже.

Из табл. 3 видно, что гармоничные отношения в семье у 25 чел., дисгармония хотя бы с одним из родителей — у 30 чел.; в исследовании приняли участие 25 юношей и 30 девушек, из них 17 юношей и 13 девушек отмечают дисгармонию в отношениях хотя бы с одним из родителей, 8 юношей и 17 девушек имеют гармоничные отношения в семье.

Таблица 1

Распределение результатов методики «Подростки о родителях»

	Подростки с алкоголизацией (1-я группа)	Подростки без признаков алкоголизации (2-я группа)	Достоверность различий *
Позитивный интерес отца	11,9±3,6	15±2,7	p<0,01
Позитивный интерес матери	14,4±2,87	15,64±2,72	—
Враждебность отца	6±3,04	1,54±1,14	p<0,005
Враждебность матери	5,93±2,01	2,16±1,08	p<0,001
Директивность отца	8,76±4,2	6,54±2,9	—
Директивность матери	10,3±3	7,84±2,6	p<0,01
Автономия отца	10,5±3,7	11,27±2,5	—
Автономия матери	9,9±3,7	11,32±2,9	—
Непоследовательность отца	9,48±1,98	6,2±2,4	p<0,01
Непоследовательность матери	9,63±1,46	5,96±1,49	p<0,01

Примечание. * — достоверность различия — здесь и далее указана только для значимых различий

Таблица 2

**Распределение результатов исследования склонности подростков к алкоголизации
в зависимости от взаимоотношений с родителями**

Параметр	Среднее по группе 1	Среднее по группе 2	Значимость различий *
RAFFT	1,1±0,92	0,88±0,82	—
Частота употребления алкоголя	1,96±0,97	1,68±0,86	—
Количество алкоголя, употребляемого за 1 раз	1,7±0,86	1,3±0,7	—
Возраст, в котором подросток впервые попробовал алкоголь	10,8±2,01	12,4±1,38	p<0,01

Таблица 3

Распределение испытуемых по полу и возрасту

	Подростки с гармоничными отношениями в семье	Подростки с дисгармоничными отношениями в семье
Девушки	17	13
Юноши	8	17
14 лет	10	15
15 лет	12	10
16 лет	2	5
17 лет	1	—
Итого	25	30

В группе подростков с дисгармоничными отношениями в семье 15 испытуемых в возрасте 14 лет, 10 испытуемых в возрасте 15 лет и 5 испытуемых в возрасте 16 лет. В группе подростков с гармоничными отношениями в семье 10 испытуемых в возрасте 14 лет, 12 испытуемых в возрасте 15 лет, 2 испытуемых в возрасте 16 лет и один испытуемый в возрасте 17 лет.

В полных семьях с родными матерью и отцом проживают 40 испытуемых, матерью и отчимом воспитывается 5 подростков, только матерью — 9 подростков, и один подросток после смерти матери воспитывается отчимом и старшей сестрой.

В ходе нашего исследования были также выявлены взаимосвязи между некоторыми аспектами взаимоотношений подростков с родителями и склонностью подростков к алкоголизации (рис. 1).

Результаты теста RAFFT, отражающие склонность подростка к формированию зависимости от алкоголя, положительно коррелируют с непоследовательностью отца и отрицательно — с его позитивным интересом ($\alpha = 0,1$).

На рис. 2 отражена взаимосвязь количества употребляемого подростком алкоголя и некоторых аспектов его взаимоотношений с родителями.

Итак, мы видим, что количество употребляемого подростком алкоголя положительно взаимосвязано с враждебностью матери и отрицательно — с позитивным интересом отца ($\alpha = 0,01$), а также положительно взаимосвязано с непоследовательностью матери ($\alpha = 0,1$).

На рис. 3 показана взаимосвязь частоты употребления подростком алкоголя с некоторыми аспектами его взаимоотношений с родителями.

Как мы видим из рис. 3, частота употребления подростком алкоголя положительно взаимосвязана с враждебностью матери ($\alpha = 0,1$), её автономией ($\alpha = 0,05$) и непоследовательностью ($\alpha = 0,1$).

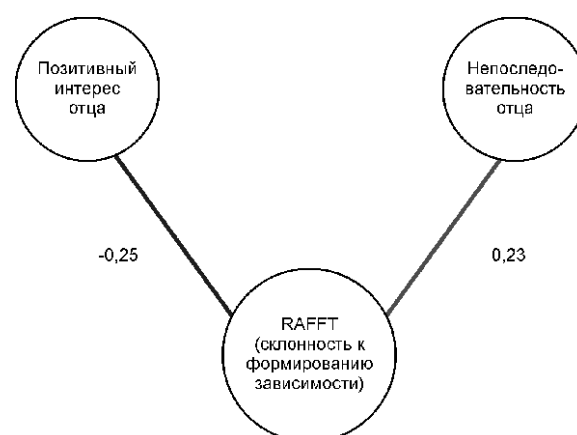


Рис. 1. Взаимосвязь между склонностью подростка к формированию зависимости от алкоголя (результаты теста RAFFT) и некоторыми аспектами его взаимоотношений с родителями

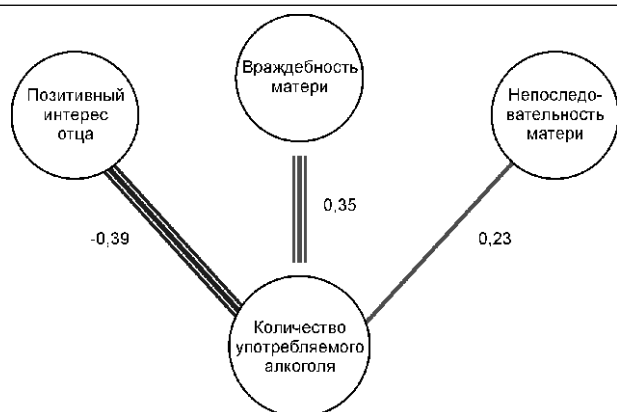


Рис. 2. Взаимосвязь количества употребляемого подростком алкоголя и некоторых аспектов его взаимоотношений с родителями



Рис. 3. Взаимосвязь частоты употребления подростком алкоголя с некоторыми аспектами его взаимоотношений с родителями

Таким образом, неблагоприятные отношения с родителями могут быть факторами риска формирования алкоголизации у подростков.

Доказана взаимосвязь между характером алкоголизации подростков и некоторыми аспектами их взаимоотношений с родителями. Так, подростки, чьи родители, особенно матери, чаще проявляют по отношению к ним непоследовательность и враждебность, употребляют алкоголь чаще и в больших количествах, чем остальные их сверстники, а также раньше начинают употреблять его.

Полученные данные позволяют предположить, что коррекционные мероприятия, направленные на нормализацию отношений подростков с родителями, будут способствовать формированию у подростков конструктивных стратегий coping-поведения и снижению риска алкоголизации подростков.

Выявленные взаимоотношения между детско-родительскими отношениям у подростков с различным уровнем алкоголизации важно учитывать при организации и проведении профилактической и коррекционной работы в подростковой среде.

Список литературы

1. Белогуров С.Б., Зефирова С.Ю., Софронов А.Г. и др. Предложения по совершенствованию системы медицинской помощи алкоголикам. Северо-Западный медицинский центр. — СПб., 1996.
2. Березин С.В. Лисицкий К.С. Психология ранней алкоголизации. — Самара, 2007.
3. Валентик Ю.В., Зыков О.В., Цетлин М.Г. Теория и практика медико-социальной работы в наркологии. Фонд НАН. — М., 1997.
4. Сидоренко Е.В. Методы математической обработки в психологии: Учебное пособие. — СПб.: Речь, 2007. — 350 с.

RELATIONSHIPS WITH PARENTS AND TEENS ALCOHOLISM

BELOV V.G.

Dr. of Med. Sci., professor of the department of psychology of health of the Saint-Petersburg State Institute of Psychology and Social Work. 13, 12th line, Saint-Petersburg, 199178. tel. 8 921 400 16 47

TUMANOVA N.N.

senior lecturer of the department of psychological counselling of the Saint-Petersburg State Institute of Psychology and Social Work. 13, 12th line, Saint-Petersburg, 199178. tel. 8(911) 741-7278

The article deals with the actual in modern psychology and pedagogy of the problem of alcohol dependence among adolescents, the diagnosis of their relationship with their parents, as well as the justification of the basic directions in the prevention of alcoholism among young people. It is shown that negative relationships with parents may be risk factors for the formation of alcohol abuse among adolescents.

Key words: adolescents, deviant behavior, social and psychological adjustment, alcoholism, dysfunctional family

Стоматологический статус наркологических пациентов

ГОРЯЧЕВ Д.Н.

соискатель кафедры терапевтической стоматологии

ГОУ ВПО «Казанский ГМУ» Минздравсоцразвития России.

420012, Россия, Татарстан, г.Казань, ул. Бутлерова, 49, Россия. E-mail: goreachev@rambler.ru

МУХАМЕДЖАНОВА Л.Р.

зав. кафедрой терапевтической стоматологии

ГОУ ВПО «Казанский ГМУ» Минздравсоцразвития России.

420012, Россия, Татарстан, г.Казань, ул. Бутлерова, 49

Рассмотрено влияние алкоголя и наркотиков на состояние полости рта и слюнных желёз, а также представлены особенности стоматологических заболеваний у наркологических больных данной категории, что приходится учитывать при организации стоматологической помощи.

Ключевые слова: слизистая оболочка полости рта, ткани пародонта, слюнные железы, алкоголизм, наркомания

Введение

Анализ отечественной и зарубежной литературы, статистика ВОЗ свидетельствуют о росте за последние десятилетия потребления среди населения спиртных напитков и наркотических препаратов [12, 30, 36]. Такова общая тенденция в стране и за рубежом, порождающая серьёзные экономические, социальные и медицинские проблемы.

Изучение влияния алкоголя и наркотиков на органы, ткани и среды организма — важная проблема медицины [3, 20, 33, 35]. Одним из актуальных и до конца не исследованных направлений является изучение влияния этанола на органы и ткани полости рта, на ткани пародонта и слюнные железы при систематическом использовании. Актуальность проблемы возрастает ввиду роста числа злоупотребляющих алкоголем и наркотическими веществами. [28].

Проблема диагностики и лечения заболеваний полости рта у наркологических больных нашла достойное отражение в исследованиях отечественных и зарубежных авторов [17, 21, 36, 51]. В своих работах авторы рассматривали особенности клинических симптомов поражения слизистой оболочки полости рта, тканей пародонта и слюнных желёз у лиц, злоупотребляющих алкоголем и наркотическими веществами.

Многие авторы [2, 23, 38, 61] обращают внимание на высокую частоту встречаемости и быстрое прогрессирование стоматологической патологии у наркологических больных [12], что обуславливает необходимость внимательного, целенаправленного изучения особенностей течения стоматологических заболеваний у таких больных.

Молекулы этилового спирта благодаря физико-химическим особенностям способны легко проникать через мембраны клеток, оказывая как прямое, так и опосредованное токсическое действие. Трансмембранная активность этанола приводит не только к нарушению структуры мембраны (на ранних этапах

обратимой), но и к снижению активности встроенных в мембраны ферментов. Прямое токсическое действие этанола основано на его способности оказывать мембранотропное и конформационное действие, а также непосредственно взаимодействовать с неэтерифицированными жирными кислотами. Действие этанола на белки клеточных мембран объясняется его прямым влиянием на липидный бислой. Известно, что для оптимального функционирования белков и ферментов мембран необходимы определённая конструкция и жёсткость межмолекулярных связей липидного бислоя. Молекулы этанола могут ослаблять силы притяжения между молекулами липидов в клеточной мембране таким образом, что последние более свободно перемещаются в пределах бислоя. Мембрана при этом теряет свою структурную жёсткость и становится более «текучей». Ганглиозиды (богатые углеводами молекулы на поверхности клеточной мембраны) значительно повышают чувствительность мембраны к дезорганизующему действию этанола. Методом флуоресцентной поляризационной спектроскопии было показано, что средние и высокие дозы алкоголя значительно повышают текучесть липидов клеточных мембран. Этиловый спирт также способен связываться с фосфатными группами фосфолипидов и карбоксильными группами жирных кислот. Кроме того, молекулы этанола вытесняют молекулы «связанной» воды из фосфолипидов биологических мембран и тем самым нарушают естественную структуру последних. В конечном счёте, нарушаются матричная и транспортная функции мембран клеток, особенно страдает трансмембранный перенос веществ, при этом кальциевые каналы служат мишенью действия этанола в диапазоне фармакологически значимых концентраций [32]. Немаловажным является факт формирования адаптивных изменений в мембранах клеток в условиях хронического воздействия алкоголя: увеличивается содержание холестерина, изменяется структура фос-

фолипидного слоя, повышается жёсткость мембран. Всё это сопровождается изменением режима функционирования фиксированных на мембранах ферментных, рецепторных и иммунных комплексов. Более того, выявлено, что этанол может химически взаимодействовать с жирными кислотами, имеющими длинные цепочки, с образованием этиловых эфиров, способствует накоплению пероксидных соединений.

Этанол обладает способностью метаболизироваться в тканях с образованием эфиров жирных кислот. Кроме того, накопление избытка неэтерифицированных жирных кислот разобщает процессы дыхания и окислительного фосфорилирования [41]. Последствия цитотоксического эффекта — значительное увеличение размера базального клеточного слоя, ядер его клеток в эпителии ротовой полости, а также увеличение количества клеток в S-фазе клеточного цикла.

Последствия адаптивного повышения ригидности мембран до конца не ясны, однако можно предположить, что при этом значительно нарушается целостность десмосомальных межклеточных контактов. Последнее способствует расширению межклеточных промежутков, ослаблению механических защитных свойств эпителиального пласта. Особенно значимыми эти изменения представляются в таких топографо-анатомических зонах, как подъязычная, буккальная и вентро-лингвальная, отличающиеся тонким слоем неороговевающего эпителия.

Механизмы взаимодействия этанола с компонентами внеклеточного матрикса мало изучены, однако ясно, что этиловый алкоголь может растворяться во внеклеточной воде, нарушать её коллоидные свойства и электропроводность. Это приводит к конформационным изменениям водорастворимых молекул, нарушению биохимических и электрохимических процессов в тканевых средах.

Потребление алкоголя и наркотиков в той или иной мере влияет на гигиеническое состояние полости рта. С эпидемиологической точки зрения хроническая алкогольная и наркотическая интоксикация является фактором риска заболеваний ротовой полости и слюнных желёз [44, 54].

К местным эффектам алкоголя относятся увеличение проницаемости слизистой оболочки полости рта и атрофия эпителия, что означает повышение восприимчивости этих тканей к другим канцерогенным веществам, уничтожение липидного компонента эпителиального барьера, присутствующего в слизистой оболочке [42].

В многочисленных публикациях приводятся сведения о высоком уровне патологии органов и тканей полости рта у наркологических больных [34]. Патологические изменения слизистой оболочки полости рта диагностируются у 54% пациентов, страдающих ал-

коголизмом, стоматит встречается у 67,5% наркологических больных [2]. Аналогичные данные приводят и зарубежные исследователи: С.К. Harris с соавторами [42] отмечают, что у большинства наркологических больных (85,3%) состояние полости рта и зубов оценивается как удовлетворительное или плохое, почти в трети случаев диагностируются язвы, кератозы, хейлит и другие воспалительные заболевания слизистой оболочки рта, что значительно превышает частоту подобных патологий у лиц без алкогольного анамнеза; это совпадает с данными С.К. Visser (1989), D. Ziedonis, K. Brady (1997).

В научной литературе имеются сведения о том, что хронический алкоголизм и опийная наркомания провоцируют развитие гингивита [55], причём в 30% случаев — генерализованный, средней и тяжёлой формы, в 16% случаев — гипертрофический гингивит. Ранние формы протекают незаметно, но больные предъявляют жалобы на кровоточивость дёсен [50].

Зависимость частоты различных форм гингивита от употребления наркотических веществ была изучена в исследованиях А.Ж. Петрикаса (1981) и др. [19]. Установлено, что вследствие гематогенного проникновения определённых антигенов (вводимых с наркотическим веществом) развивается системная реакция слизистой оболочки полости рта, которая клинически проявляется гингивитом.

Уровень распространённости заболеваний пародонта у больных, страдающих хроническим алкоголизмом, достигает 90—100% [17]. По данным А.М. Гаджиевой (1999), более чем у половины (54,5%) пациентов, злоупотребляющих алкоголем, диагностировался хронический пародонтит тяжёлой формы.

Установить связь между состоянием организма при абстинентном синдроме с местными изменениями в полости рта исключительно важно для правильной трактовки влияния алкоголя на органы и ткани полости рта. Цитопатологические исследования [55] по изучению изменений в клетках нормальной слизистой оболочки полости рта в результате употребления алкоголя показали увеличение клеточной пролиферативной активности. Состояние реакции соединительной ткани находится в прямой зависимости от длительности течения хронических наркологических заболеваний. Соединительная ткань при хроническом алкоголизме претерпевает изменения, которые отражают реактивное состояние организма [55].

Доказана прямо пропорциональная зависимость между степенью выраженности количественных и качественных цитоморфологических изменений эпителия слизистой оболочки полости рта и дозой принятого алкоголя [4].

Имеются сведения о том, что тяжесть изменений слизистой оболочки полости рта, обусловленная хронической алкогольной интоксикацией, зависит от клинико-динамических параметров основного заболевания. У больных хроническим алкоголизмом I стадии нарушения морфофункционального состояния слизистой полости рта характеризуются субатрофическими процессами со стороны эпителиальной выстилки, проявляющимися в снижении количества поверхностных клеток, усилении дегенеративных изменений со стороны ядра и цитоплазмы и увеличении безъядерных пластинок. У больных алкоголизмом II и III стадий нарушения морфофункционального состояния слизистой оболочки полости рта указывают на атрофические процессы, отличающиеся субкомпенсированным характером. У больных алкоголизмом III стадии, в отличие от больных во II стадии, как правило, отмечаются многоядерные клетки, дегенеративные изменения отличаются большей выраженностью и устойчивостью [28].

Для наркоманов характерны более тяжёлые формы воспалительных заболеваний пародонта с преимущественно генерализованной локализацией. Пародонтит встречался у 30% больных, что значительно чаще, чем у практически здоровых лиц того же возраста [23].

У опийных наркоманов выявлен широкий спектр морфологических изменений маргинального пародонта, являющихся следствием процессов воспалительного и альтеративного характера на первых сроках наркотизации, склеротических и атрофических изменений в последующем, на фоне ответной реакции организма, проявляющейся регенераторными и компенсаторно-приспособительными процессами. Изменение структуры слизистой оболочки десны сопровождается нарушением всех видов чувствительности в результате вовлечения в воспалительно-деструктивный процесс нервных терминалей [26].

Другие авторы [60] отмечают, что в европейских странах у лиц, злоупотребляющих алкоголем, наиболее распространена эрозия эмали зубов, что увеличивает частоту возникновения пульпита, гингивита со склонностью к кровотечениям при минимально травмирующих факторах.

Кроме прямых токсических и метаболических эффектов алкоголя в органах и тканях, употребление алкоголя влияет на бактериальный состав микрофлоры полости рта [52]. Установлено, что патогенные бактерии вырабатывают целый ряд веществ, обладающих чрезвычайно выраженным повреждающим действием на тканевые субстраты [48]. Имеются данные об участии фактора бактериальной инвазии в механизмах запуска и обострения хронического воспалительного процесса в пародонте [58].

В литературе имеются данные о влиянии алкоголя на развитие злокачественных заболеваний полости рта и о его этиологической роли в возникновении оральной лейкоплакии. Хотя сам по себе этанол не является канцерогеном, в ряде алкогольных напитков содержатся канцерогенные вещества. Этанол также — эффективный модулятор биотрансформации содержащихся в некоторых алкогольных напитках и в сопутствующих продуктах питания нитрозаминов, способствует образованию эзофагального канцерогена — нитрозометилбензиламина. Доказано, что алкоголь служит посредником или средством, облегчающим транспортировку канцерогенов сквозь эпителиальный слой.

Предполагается, что хроническое злоупотребление алкоголем является причиной атрофии слизистой оболочки полости рта, что впоследствии может привести к повышению чувствительности эпителия к химическим канцерогенам [44].

Имеются сообщения [40], ставящие под сомнение прямое канцерогенное действие этанола, равно как и увеличение риска малигнизации очагов дисплазии эпителия ротовой полости. В работах [44] указывается на высокую канцерогенную активность ацетальдегида, который является не только метаболитом этанола, но и продуктом метаболизма эндогенной микрофлоры. При этом авторами предложен новый микробиологический подход к изучению взаимосвязи этанола и канцерогенеза. Подтверждения канцерогенного эффекта ацетальдегида представлены Р. Рогги с соавторами [57], которые доказали факт разрушения цитоскелета фибробластов при длительном воздействии этанола на слизистую оболочку полости рта.

Известно, что алкоголизм — существенный фактор риска потери минеральной плотности костей периферического скелета [1, 15, 49]. Рядом исследователей доказано, что хроническое употребление алкоголя и наркотических веществ ведёт к возникновению вторично-обусловленного остеопороза [15, 46]. Развитие остеопороза обусловлено токсическим действием этанола и его продуктов на костные клетки, а также форм витамина D [56].

В отличие от экстракраниальных частей скелета, где клиническим значением остеопороза является высокий риск развития переломов, уменьшение минеральной плотности костей челюстно-лицевого скелета проявляется заболеваниями пародонта либо потерей костной ткани в области альвеолы [43]. Развиваются дистрофические явления в костной части пародонта, что вызывает нарушение прикрепления зубов и нередко приводит к развитию вторичной адентии на фоне пародонтоза [8, 12, 33].

Как известно, этиловый спирт рефлекторно стимулирует выделение слюны. Однако хроническое его употребление ведёт к обратному эффекту — слюно-

отделение уменьшается, что, безусловно, способствует активации микроорганизмов и приводит к нарушениям барьерной функции полости рта [22, 37, 59].

Нарушение секреции слюны может быть обусловлено поражением центральных и периферических нервных структур, обеспечивающих функционирование слюнных желёз или их паренхимы [6].

В результате вовлечения в воспалительно-деструктивный процесс нервных терминалей происходит нарушение всех видов чувствительности слизистой оболочки полости рта, что оказывает влияние на процессы слюноотделения посредством угнетения или элиминации первичного рефлекторного звена — сенсорного поля [47].

При употреблении психоактивных веществ происходят изменения секреторного гомеостаза полости рта в виде нарушений функциональной активности секрета слюнных желёз и рН ротовой жидкости, которые зависят от длительности приёма наркотиков.

Результаты исследований свидетельствуют, что у больных хроническим алкоголизмом и наркоманией наблюдается широкий спектр патологических морфологических изменений в слюнных железах, характерных для картины сиалоденита: признаки воспаления, альтерации, склероза и атрофии отдельных элементов [31].

Выявлены изменения в качественных и количественных показателях ротовой жидкости, которые оказывают серьёзное негативное влияние на состояние органов и тканей полости рта [25].

В публикациях приводятся сведения о снижении скорости секреции и повышении вязкости смешанной слюны и изменении её ионного состава, а это, как известно, приводит к снижению её протективных свойств, что влияет на развитие патологических изменений слизистой оболочки полости рта. Увеличивается доля осадка и происходит подкисление ротовой жидкости. Кислая среда смешанной слюны способствует деминерализации эмали зубов, а изменение реологических свойств ротовой жидкости указывает на недостаточность процессов самоочищения органов и тканей полости рта [14, 26].

Как правило, плохая гигиена и позднее обращение к врачу формируют запущенные стадии всех стоматологических заболеваний и требуют длительного лечения [50]. Практически все авторы, как зарубежные, так и отечественные, отмечают, что лечение любой стоматологической патологии у данной категории больных должно обязательно проводиться с учётом основного наркологического заболевания [5, 18, 23]. Кроме того, важно учитывать информацию об общем состоянии больного. Так называемая фоновая патология может играть важную, а нередко и решающую

роль в патогенезе заболеваний тканей пародонта и слюнных желёз [3].

Особенностью лечения пациентов, страдающих наркотической и алкогольной зависимостью, являются короткое время пребывания в стационаре и необходимость быстрого проведения профилактических мероприятий, санации полости рта, лечение кариеса зубов и его осложнений, противовоспалительное лечение заболеваний пародонта и слизистой оболочки полости рта [30].

На качество лечения зубов могут повлиять различные нарушения в организме пациентов, регулярно потребляющих алкоголь. Поэтому важное значение придаётся комплексному лечению, которое должно включать в себя специализированное стоматологическое и наркологическое лечение, и иммунокорригирующую терапию [23]. Лечение должно быть направлено на нормализацию метаболических процессов, без чего невозможно достижение желаемого эффекта — прерывания цепи патологических реакций [11, 51].

J.V. Vagan с соавторами (1998) указывают, что при стоматологическом лечении пациентов, злоупотребляющих алкоголем, обязательно должна быть учтена пониженная сопротивляемость организма к инфекциям, в том числе и к пародонтальным инфекциям [31].

Достаточно актуальным представляется использование в комплексном лечении больных хроническим алкоголизмом иммуномодулирующих средств — нуклеината натрия, левамизола, тимусных препаратов, гемодеза, обладающего не только дезинтоксикационным, но и иммуностропным действием, полисахаридов и их производных, метаболического, антиоксидантного лечения, методов эфферентной терапии, включая сорбционные средства. Весьма желательным является назначение средств, позитивно влияющих на обменные процессы, защищающие организм от вирусов, бактерий и прочих агентов, вызывающих сопутствующие инфекционные заболевания и утяжеляющих состояние больных.

Одновременно следует отметить другую сторону лечебного процесса, заключающуюся в более осторожной оценке применяемых медикаментозных методов, так как лекарственные препараты для лечения наркомании и алкоголизма оказывают побочное действие на тканевые структуры организма в целом и на органы полости рта в частности.

При назначении лекарственных препаратов авторы [16, 29] обращают внимание на возможные фармакологические несовместимости с этанолом и рекомендуют не выписывать больному хроническим алкоголизмом более 4—6 доз одного лекарства. Специальные меры предосторожности должны быть приняты при назначении анальгетиков, антибиотиков или

седативных средств. Назначать седативные средства в состоянии абстиненции необходимо только по абсолютным показаниям, так как они могут спровоцировать у больного запой [19].

При лечении пациентов с нарушением минеральной плотности кости периферического скелета необходимо включать проведение костной денситометрии, психиатрические и терапевтические пособия для обеспечения компенсации функций внутренних органов, поражения которых связаны с токсическим действием алкоголя [15].

Патогенетически обоснованным средством при лечении воспалительных заболеваний пародонта у наркоманов в условиях активации перекисного окисления липидов и значительного нарушения антиоксидантной защиты является водорастворимый антиоксидант мексидол, который оказывает более выраженный клинический эффект по сравнению с традиционным лечением и усиливает эффект традиционного лечения воспалительных заболеваний пародонта при комплексном лечении [10, 13]. Применение мексидола и других антиоксидантов научно обосновано, клинически оправданно, так как приводит к повышению качества и сокращению сроков лечения.

Установлено, что у наркологических больных в ротовой полости развиваются самые различные патологические изменения, которые по характеру и степени тяжести находятся в прямой зависимости от длительности приёма алкоголя и наркотиков. Высокий процент стоматологических заболеваний у наркологических больных даёт право считать, что алкоголизм и наркомания, если не являются причиной стоматологической патологии, то значительно отягощают её течение, что требует неотложных мер по её лечению. Прогноз лечения определяется не только тяжестью заболеваний полости рта, но и общим состоянием больного.

Понимание механизмов воздействия этанола на ткани пародонта может способствовать разработке новых, патогенетически обоснованных эффективных методов диагностики и лечения заболеваний у пациентов с алкогольной и наркотической зависимостью.

Список литературы

1. Арутюнов С.А. с соавт. Особенности пародонтального статуса пациентов с потерей минеральной плотности костной ткани периферического скелета // *Стоматология*. — 2008. — №2. — С. 61—65.
2. Афанасьев В.В., Муромцев А.В., Деркач Н.В. Состояние слюнных желёз и слизистой оболочки рта у больных хроническим активным гепатитом // *Стоматология*. — 2008. — №2. — С. 31—33.
3. Барер Г.М., Верткин А.Л., Зайратьянц О.В. Стоматологический статус пациентов с алкогольной болезнью печени // *Cafhedra*. — 2005. — №15. — С. 30—34.
4. Бимбас Е.С., Надымова И.А. Ранние проявления приёма опиатов в полости рта у подростков // *Институт стоматологии*. — 2004. — №1. — С. 62.
5. Бисеишвили Н.И., Мамардашвили А.Ф. Влияние пародонтиа на лечение алкоголизма // *Некоторые аспекты защитных проявлений клетки*: Сб. трудов. — Тбилиси, 1986. — С. 115—118.
6. Боровский Е.В., Леонтьев В.К. Биология полости рта. — М.: Медицина, 2001. — 304 с.
7. Гаджиева А.М. Особенности влияния минеральной плотности кости периферического скелета на состояние пародонтального комплекса у пациентов, злоупотребляющих алкоголем: Автореф. дисс. на соискание учёной степени к.м.н. — М., 2007. — 21 с.
8. Деревянченко Н.И. Влияние частичной потери зубов на белковый обмен костной ткани челюстей // *Стоматология*. — 1975. — №6. — С. 37—40.
9. Дмитриева Л.А. Современные аспекты клинической пародонтологии. — М.: МЕДпресс, 2001. — 125 с.
10. Дудко Н.Н., Пузенко В.А., Меликова Е.Э., Алексеева Ю.А. Применение мексидола в комплексном лечении и реабилитации больных опиоидной (героиновой) наркоманией. — М.: НИИ наркологии, 2001. — 15 с.
11. Кожина Т.А., Гофман Ю.С., Варфоломеева Ю.Е., Ивлева О.С. Купирование алкогольного абстинентного синдрома (исследование эффективности и переносимости афобазола) // *Наркология*. — 2007. — №7. — С. 34—39.
12. Колчев А.А., Струев И.В. Гистоморфологическая оценка наркотиков и состояния челюстных костей у потребителей опиатов // XXXIV областная научно-практическая конференция, посвящённая 60-летию образования Курган. обл. м-ва здравоохранения. — Курган, 2002. — С. 125—127.
13. Лемещкая Т.И., Сухова Т.В., Петрович Ю.А. Влияние мексидола на мягкие ткани полости рта в условиях стоматологической патологии // *Стоматология*. — 2008. — №6. — С. 31—34.
14. Леонтьев В.К. Здоровые зубы и качество жизни // *Стоматология для всех*. — 2002. — №5. — С. 6—11.
15. Лепилин А.В., Широков В.Ю., Ерокина Н.А., Воложин А.И. Оптимизация репаративных процессов в костной ране нижней челюсти у больных хроническим алкоголизмом // *Стоматология*. — 1998. — №6. — С. 23—28.
16. Мельниченко Э.Н. Профилактика стоматологических заболеваний. — Минск, 1999. — 155 с.
17. Нестерова Т.А. Распространённость кариеса зубов и заболеваний пародонта у больных страдающих хроническим алкоголизмом // *Стоматология*. — 1991. — №2. — С. 85—86.
18. Пашкова Г.С., Гринин В.М., Вавилова Т.П. Исследование степени интоксикации организма в процессе пародонтологического лечения в условиях мегаполиса // *Стоматология для всех*. — 2010. — №1. — С. 40—43.
19. Петрикас А.Ж. Стоматологические аспекты проблемы алкоголизма // *Стоматология*. — 1981. — №4. — С. 77—80.
20. Пономарева Н.А. Сравнительная эффективность различных методов купирования героинового абстинентного синдрома // *Социальная и клиническая психиатрия*. — 2003. — Вып. 2. — С. 83—88.
21. Рум Р. Влияние потребления алкоголя на заболеваемость // *Наркология*. — 2006. — №4. — С. 54—61.
22. Рыбалов О.В. Цитологическая характеристика секрета и пунктатов околоушных слюнных желёз в норме и при патологии // *Современные методы диагностики и лечения в медицине: Тез. докл. обл. конф.* — Полтава, 1986. — С. 48—49.
23. Семенюк В.М., Струев И.В., Четвериков Д.В., Высокогорский В.Е. Врачебная тактика при оказании стоматологической помощи больным опиоидной наркоманией на амбулаторном приёме // *Стоматология для всех*. — 2005. — №3. — С. 26—27.
24. Струев И.В. Изменение деятельности вкусового анализатора у лиц, страдающих опиоидно-димедоловой наркоманией // *Опиоидная наркомания в молодом возрасте*. — Омск, 1998. — С. 50—51.
25. Струев И.В., Четвериков Д.В. Изменение тактильной чувствительности десневых сосочков в отдалённом периоде токсического шока при опиоидно-димедоловой наркомании // *Неотложные состояния и восстановительная терапия*. — Омск, 1997. — С. 89—91.
26. Струев И.В., Семенюк В.М., Торопов А.П. Клинико-лабораторно-морфологические параллели характера смешанной слюны и состояния слюнных желёз у опиоидных наркоманов // *Российский стоматологический журнал*. — 2005. — №5. — С. 21—22.
27. Струев И.В. Показатели тактильной и болевой чувствительности десны как ранний и патогномичный признак опиоидной зависимости // *Стоматология для всех*. — 2005. — №3. — С. 30—31.

28. Ткаченко Т.Б., Гайкова О.Н., Бердникова Е.И., Копыль О.А. Влияние алкоголя на слизистую оболочку полости рта // Институт стоматологии. — 2009. — №2. — С. 80—81.
29. Хельвиг Э. с соавт. Терапевтическая стоматология. — Мюнхен: Wien: Baltimore, 1999.
30. Шабанов П.Д. Наркология: Практ. руководство для врачей. — М.: ГЭОТАР-МЕД, 2003. — 560 с.
31. Bagan J.V., Alapont L., Sanz C. et al. Dental and salivary alterations in patients with liver cirrhosis: a study of 100 cases // Med. Clin. (Barc.). — 1998. — Vol. 111, №4. — P. 125—128.
32. Bondy S.C. Effect of ethanol treatment on indices of cumulative oxidative // Eur. J. Pharm. — 1994. — Vol. 270, №4. — P. 349—355.
33. Bravitz J.B. Dental management of patients with hypertension // Dent. Clin. North. Am. — 2006. — Vol. 50, №4. — P. 547—562.
34. Carda C., Gomez de Ferraris M.E., Arriaga A. et al. Alcoholic parotid sialosis: a structural and ultrastructural study // Med. Oral. — 2004. — Vol. 9, №1. — P. 24—32.
35. Carda C., Carranza M., Arriaga A. et al. Structural differences between alcoholic and diabetic parotid sialosis // Med. Oral. Patol. Oral. Cir. Bucal. — 2005. — Vol. 10, №4. — P. 309—314.
36. Carretero Pelaez M.A., Esparza Gomez G.C., Figuero Ruiz E., Cerero Lapiedra R. Alcohol-containing mouthwashes and oral cancer. Critical analysis of literature // Med. Oral. — 2004. — Vol. 9, №2. — P. 120—123.
37. Degutis L.C., Rabinovici R., Sabbaj A. et al. The saliva strip test is an accurate method to determine blood alcohol concentration in trauma patients // Acad. Emerg. — 2004. — Vol. 11, №8. — P. 885—887.
38. Enberg N., Wolf J., Ainamo A. et al. Dental diseases and loss of teeth in a group of Finnish alcoholics: a radiological study // Acta Odontol. Scand. — 2001. — Vol. 59, №6. — P. 341—347.
39. Ferraris M.E., Arriaga A., Busso C., Carranza M. Histological study of parotid, submaxillary and von Ebner salivary glands in chronic alcoholics // Acta Odontol. Latinoam. — 1999. — Vol. 12, №2. — P. 97—102.
40. Figuero Ruiz E., Carretero Pelaez M.A., Cerero Lapiedra R. et al. Effects of the consumption of alcohol in the oral cavity: relationship with oral cancer // Med. Oral. — 2004. — Vol. 9, №1. — P. 14—23.
41. Gubitosi-Klug R.A. Fatty acid ethyl esters, nonoxidative metabolites of ethanol, accelerate the kinetics of activation of the human brain delayed rectifier K⁺ channel. Kv1.1 // J. Biol. Chem. — 1996. — Vol. 271. — P. 32519—32522.
42. Harris C.K., Warnakulasuriya K.A., Jonson N.W. et al. Oral health in alcohol misusers // Commun. Dent. Health. — 1996. — Vol. 13, №4. — P. 199—203.
43. Horner K., Deulin H., Alsop C.W. et al. Mandibular bone mineral density as a predictor of skeletal osteoporosis // Br. J. Radiol. — 1996. — №69. — P. 1019—1025.
44. Homann N., Tillonen J., Meurman J.H. Increased salivary acetaldehyde levels in heavy drinkers and smokers: a microbiological approach to oral cavity cancer // Carcinogenesis. — 2000. — Vol. 21, №4. — P. 663—668.
45. Jamieson L.M., Gunthorpe W., Cairney S.J. et al. Use of substance and periodontitis among the Australian Primordial young adults // Propensity. — 2010. — Vol. 105, №4. — P. 719—726.
46. Javorsky L., Macurova Z. Проявление остеопороза в костях лицевого скелета // Новое в стоматологии. — 2006. — №1. — С. 77—81.
47. Kagami H., Hiramatsu Y., Hishida S. et al. Salivary growth factors in health and disease // Adv. Dent. Res. — 2000. — №14. — P. 99—102.
48. Kahnberg K.E., Lidhe J., Helden I. Initial gingivitis induced by topical application of plaque extracts. A histometric study in dogs with normal gingivae // J. Periodont. Res. — 1976. — Vol. 11. — P. 218—225.
49. Kanis J.A., Melton L.J. The diagnosis of osteoporosis // J. Bon. Min. Res. — 1994. — №9. — P. 1137—1141.
50. Khocht A., Schleifer S.J., Janal M.C., Keller S. Tooth care and oral illness in people dependent on alcohol // J. Subst. Pleasure of Abusing. — 2009. — Vol. 37, №2. — P. 214—218.
51. Meurman J.H., Vesterinen M. О вине, спирте и здоровье полости рта. Влияние алкоголя на возникновение эрозии эмали зубов // Квинтэссенция. — 2001. — №2. — С. 55—59.
52. Muto M., Hitomi Y., Ohtsu A. et al. Acetaldehyde production by non-pathogenic Neisseria in human oral microflora: implications for carcinogenesis in upper aerodigestive tract // Int. J. Cancer. — 2000. — Vol. 88, №3. — P. 342—350.
53. Novacer G., Plachetzky U., Polzi R. et al. Dental and periodontal disease in patients with cirrhosis-role of etiology of liver disease // J. Hepatol. — 1995. — Vol. 22. — P. 576—582.
54. Ogden G.R. Alcohol and oral cancer // Alcohol. — 2005. — Vol. 35, №3. — P. 169—173.
55. Paiva R.L., Sant'Ana Filho M., Bohrer P.L. et al. AgNOR quantification in cells of normal oral mucosa exposed to smoking and alcohol. A cytopathologic study // Anal. Quant. Cytol. Histol. — 2004. — Vol. 26, №3. — P. 175—180.
56. Passos J.S., Gomes-Filho I.S., Vianna M.I. et al. Outcome measurements in studies on the association between osteoporosis and periodontal disease // J. Periodontol. — 2010. — Vol. 81, №12. — P. 1773—1780.
57. Poggi P., Rodriguez y Baena R., Rizzo S., Rota M.T. Mouthrinses with alcohol: cytotoxic effects on human gingival fibroblasts in vitro // J. Periodontol. — 2003. — Vol. 74, №5. — P. 623—629.
58. Saglie F.R., Rezende J.H., Perruisset J. Bacterial invasion during disease activity as determined by significant attachment loss // J. Periodontol. — 1987. — Vol. 58. — P. 837—846.
59. Torsten W. Понижение слюноотделения. Причины и последствия // Квинтэссенция. — 2002. — №2. — С. 33—43.
60. Visser C.K. Alcoholism and dental management // Ned. Tijdschr. Tandheelcd. — 1989. — Vol. 96, №8. — P. 352—355.
61. Ziedonis D., Brady K. Dual diagnosis in primary care. Detecting and treating both the addiction and mental illness // Med. Clin. North. Am. — 1997. — Vol. 81, №4. — P. 1017—1036.

DENTAL STATUS OF NARCOLOGICAL PATIENTS

GOREACHEV D.N.

candidate of Preventive Stomatology Sub-faculty of KSMU, Kazan State Medical University.
420012, Russia, Rp. Tatarstan, Kazan, 49 Butlerov st.

MUKHAMEDZHANOVA L.R.

Head of Chair of Preventive Stomatology Sub-faculty of KSMU, Kazan State Medical University.
420012, Russia, Rp. Tatarstan, Kazan, 49 Butlerov st.

The influence of drugs and alcohol on oral health and salivary glands, but also presents particular treatment of dental diseases in these patients that we have to consider the organization of dental care addicted patients.

Key words: oral mucosa, periodontal tissue, salivary glands, alcoholism, drug addiction

К вопросу о рациональном лечении в наркологии

СИВОЛАП Ю.П.

д.м.н., профессор кафедры психиатрии и медицинской психологии

Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова.

Тел.: +7 (985) 2258146, e-mail: yura-sivolap@yandex.ru

Современные подходы к лечению зависимости от психоактивных веществ (ПАВ) основаны на данных рандомизированных контролируемых исследований и включают стандарты лечения алкоголизма, опиоидной зависимости и табакокурения. Стандартов лечения кокаиновой зависимости и зависимости от каннабиноидов, а также других аддиктивных болезней, несмотря на многообещающие данные отдельных исследований, в настоящее время не существует. Российская практика лечения аддиктивных расстройств существенно отличается от мировых лечебных подходов многообразием используемых лекарственных препаратов, необоснованным применением психотропных средств и отсутствием достаточной научной обоснованности принятых методов лечения.

Ключевые слова: алкоголизм, опиоидная зависимость, табакокурение, злоупотребление кокаином, злоупотребление каннабиноидами, рандомизированные контролируемые исследования, детоксикация, предупреждение рецидивов, поддерживающая терапия

Злоупотребление алкоголем и другими ПАВ и его неблагоприятные медицинские и социальные последствия представляют одну из наиболее серьезных проблем современного общества.

Лечение алкоголизма и других болезней аддиктивного круга служит главной задачей наркологии, и эффективность терапии во многом определяется характером применяемых подходов и степенью их научной обоснованности.

В Международной классификации болезней десятого пересмотра (МКБ-10) нарушения психики и поведения, вызванные употреблением ПАВ, в зависимости от употребляемого вещества или группы веществ представлены 10 рубриками начиная с F10 (расстройства, связанные с употреблением алкоголя) и заканчивая F19 (расстройства, связанные с употреблением разных ПАВ).

В соответствии с международными подходами к лечению аддиктивных болезней, отраженными в стандартах Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), лишь три из них, представленные отдельными рубриками МКБ-10 — алкоголизм (F10), опиоидная зависимость (F11) и табакокурение (F17), — предполагают наличие средств специфической терапии и, следовательно, медикаментозное лечение.

Разработаны также протоколы лечения зависимости от бензодиазепинов (F13), но по сравнению с алкоголизмом и злоупотреблением опиоидами данное расстройство представляет второстепенную проблему клинической наркологии (в связи с малой численностью пациентов и преобладанием неаддиктивных мотивов немедицинского употребления транквилизаторов и снотворных средств) и в контексте настоящей статьи не рассматривается.

Другой важной особенностью международных стандартов лечения зависимости от ПАВ является ограниченный перечень используемых подходов.

Основной причиной ограниченного выбора лечебных средств, применяемых в мировой наркологии, является приверженность надлежащей клинической практики (good clinical practice) принципам доказательной медицины, в соответствии с которыми в лечебные стандарты включаются лишь те методы терапии, которые имеют достоверно подтвержденную клиническую эффективность.

Лекарственные препараты применяются в клинической (в том числе наркологической) практике лишь при одобрении специальными контролирующими органами — Управлением по контролю качества продуктов и лекарств (Food and Drug Administration, FDA) в США и Европейским агентством по контролю лекарств (European Medicines Agency, EMA) в странах Европы — в тех случаях, когда эффективность и безопасность этих препаратов доказаны результатами нескольких двойных слепых рандомизированных исследований с плацебо-контролем.

В настоящее время экспертами FDA и EMA для применения в лечении алкогольной, опиоидной и никотиновой зависимостей одобрены (на основании данных корректных научных исследований) лишь немногие лекарственные средства.

Протоколы лечения синдрома отмены алкоголя включают бензодиазепины и симптоматические (главным образом адренергические) средства [1].

В качестве определенной альтернативы бензодиазепинам в лечении острых алкогольных расстройств рассматриваются противосудорожные препараты, как традиционные (карбамазепин и вальпроаты), так и относительно новые (ламотриджин и топирамат) [8, 12]. По мнению автора данной статьи, недостатком противосудорожных средств в лечении алкоголизма является отсутствие седативного и снотворного эффектов и, следовательно, практическое отсутствие — в отличие от бензодиазепинов — необходимого влияния на бессонницу, часто сопровождающую отмену алкоголя у зависимых лиц.

Предупреждение рецидивов и поддерживающая терапия алкогольной зависимости осуществляются с применением трёх лекарственных средств — налтрексона, акампросата и дисульфирама [1, 2].

Рассматривается роль селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) в лечении алкоголизма и других аддиктивных болезней, в том числе опиоидной зависимости [1, 13, 21].

СИОЗС не демонстрируют убедительной эффективности при широком применении, однако могут быть полезными в лечении отдельных категорий больных алкоголизмом — в основном тех из них, кто обнаруживает коморбидность с пограничными психическими расстройствами [16, 17].

Обсуждается также эффективность g-гидроксibuтирата и баклофена в поддерживающей терапии алкогольной зависимости [6, 11, 15].

Опиоидная детоксикация и предупреждение рецидивов (поддерживающая терапия) опиоидной зависимости, в соответствии с международными стандартами, проводится с использованием различных лигандов — агонистов, частичных (парциальных) агонистов и антагонистов — опиоидных рецепторов [3, 9].

Наряду с лигандами опиоидных рецепторов в лечении синдрома отмены опиоидов находят применение вспомогательные лекарственные средства, в первую очередь, α -2-адреномиметики — клонидин и локсидин [4, 21].

Доказанной эффективностью в отношении табачной зависимости обладают никотинзамещающая терапия, бупропион и варениклин [7, 10, 18].

Эффективные подходы к лечению других видов аддиктивных расстройств, например кокаиновой зависимости (F14), до сих пор являются предметом обсуждений, и соответствующие лечебные стандарты, удовлетворяющие потребностям клинической практики, до сих пор не разработаны и не одобрены, несмотря на некоторые перспективы применения глутаматергических лекарственных препаратов [14, 19].

Отсутствует признанная экспертами FDA и ЕМА специфическая терапия зависимости от каннабиноидов (F12), хотя имеются сообщения об определённой эффективности бупропиона, дронабинола, лития, флуоксетина и локсидина [5, 20].

К сожалению, практика лечения алкоголизма и других аддиктивных болезней в нашей стране резко, и притом не в лучшую сторону, отличается от международных терапевтических подходов.

Применяемые в российской наркологии методы лечения зачастую не только не соответствуют стандартам ВОЗ, но и находятся в грубом противоречии с этими стандартами.

Система лечения алкоголизма и других видов химической зависимости¹ в Российской Федерации характеризуется следующими особенностями:

- необоснованное многообразие используемых лекарственных препаратов без указаний на эффективность и безопасность их применения, доказанные корректными научными исследованиями;

- приоритетное использование методов клиренсовой детоксикации в лечении синдромов отмены ПАВ без достаточного научного обоснования;

- необоснованное применение психотропных средств (в первую очередь, нейролептиков) с целью воздействия на так называемый синдром патологического влечения (данный психопатологический феномен имеет исключительно российское употребление и не рассматривается ни в одном из глоссариев и других официальных документов ВОЗ, а также авторитетных зарубежных руководств);

- применение методов биологической терапии и других архаичных и небезопасных вмешательств в лечении зависимости от ПАВ;

- толерантное и даже благосклонное отношение к «непрозрачным» методам лечения, имеющим сугубо коммерческое предназначение и основанным на введении пациентов в заблуждение.

Перечисленные особенности лечения аддиктивных расстройств в Российской Федерации объясняются следующими причинами:

- изоляция отечественной наркологии от мирового профессионального сообщества;

- крайне низкий уровень большинства российских наркологических научных исследований и научных публикаций, отсутствие современной национальной научной наркологической доктрины;

- неудовлетворительное качество образовательных программ в наркологии и недостаточные требования к квалификации специалистов;

- нередкая подмена научных фактов моралистическими и идеологическими установками;

- игнорирование принципов доказательной медицины и данных современных фундаментальных и клинических научных исследований.

Отсутствие рациональных подходов к лечению алкогольной зависимости и других аддиктивных расстройств представляет одно из существенных препятствий к решению многих социально-экономических проблем Российской Федерации, в первую очередь, неудовлетворительного состояния здоровья российских граждан, низкой продолжительности жизни и недостаточных для успешного развития страны трудовых ресурсов.

¹ К сожалению, указанные особенности нередко отмечаются и в лечении нехимических зависимостей.

Необходимость приведения лечебных подходов в отечественной наркологии в соответствие с международными стандартами во многом определяется тем, что показатели болезненности и летальности населения нашей страны, связанные с употреблением алкоголя и других ПАВ и представленные Федеральной службой по контролю за оборотом наркотиков, многократно превосходят аналогичные показатели в странах Европейского союза.

Список литературы

1. Amato L., Minozzi S., Davoli M. Efficacy and safety of pharmacological interventions for the treatment of the alcohol withdrawal syndrome // *Cochrane Database Syst. Rev.* — 2011. — (6). — CD008537.
2. Anton R.F., Swift R.M. Current pharmacotherapies of alcoholism: a U.S. perspective // *Am. J. Addict.* — 2003. — 12 (Suppl. 1). — S53—S68.
3. Benich J.J. 3rd. Opioid dependence // *Prim. Care.* — 2011. — Vol. 38 (1). — P. 59—70.
4. Bouchard G.J., Faistl K.W., Monaco J.L. Current options in the management of opioid dependence: a review // *JAAPA.* — 2011. — Vol. 24 (5). — P. 41—50.
5. Budney A.J., Hughes J.R. The cannabis withdrawal syndrome // *Curr. Opin. Psychiatry.* — 2006. — Vol. 19 (3). — P. 233—238.
6. Caputo F., Vignoli T., Maremmi I. et al. Gamma hydroxybutyric acid (GHB) for the treatment of alcohol dependence: a review // *Int. J. Environ. Res. Public Health.* — 2009. — Vol. 6 (6). — P. 1917—1929.
7. Daggrell S.A. Which is the best primary medication for long-term smoking cessation — nicotine replacement therapy, bupropion or varenicline? // *Expert Opin. Pharmacother.* — 2007. — Vol. 8 (17). — P. 2903—2915.
8. Eyer F., Schreckenbach M., Hecht D. et al. Carbamazepine and valproate as adjuncts in the treatment of alcohol withdrawal syndrome: a retrospective cohort study // *Alcohol Alcohol.* — 2011. — Vol. 46 (2). — P. 177—184.
9. Fareed A., Vayalappalli S., Casarella J. et al. Heroin craving medications: a systematic review // *Am. J. Drug Alcohol Abuse.* — 2010. — Vol. 36(6). — P. 332—341.
10. Fiore M.C., Baker T.B. Clinical practice. Treating smokers in the health care setting // *N. Engl. J. Med.* — 2011. — Vol. 365 (13). — P. 1222—1231.
11. Gache P. [Baclofen: the new miracle cure for alcoholism?] // *Rev. Med. Suisse.* — 2011. — Vol. 7 (302). — P. 1458—1461.
12. Gardner E.L. Addiction and brain reward and antireward pathways // *Adv. Psychosom. Med.* — 2011. — Vol. 30. — P. 22—60.
13. Johnson B.A. Medical treatment of different types of alcoholism // *Am. J. Psychiatry.* — 2010. — Vol. 167 (6). — P. 630—639.
14. Kalivas P.W. Neurobiology of cocaine addiction: implications for new pharmacotherapy // *Am. J. Addict.* — 2007. — Vol. 16 (2). — P. 71—78.
15. Leone M.A., Vigna-Taglianti F., Avanzi G. et al. Gamma-hydroxybutyrate (GHB) for treatment of alcohol withdrawal and prevention of relapses // *Cochrane Database Syst. Rev.* — 2010. — (2). — CD006266.
16. Naranjo C.A., Knoke D.M. The role of selective serotonin reuptake inhibitors in reducing alcohol consumption // *J. Clin. Psychiatry.* — 2001. — Vol. 62 (Suppl. 20). — P. 18—25.
17. Pettinati H.M. The use of selective serotonin reuptake inhibitors in treating alcoholic subtypes // *J. Clin. Psychiatry.* — 2001. — Vol. 62 (Suppl. 20). — P. 26—31.
18. Raupach T., van Schayck C.P. Pharmacotherapy for smoking cessation: current advances and research topics // *CNS Drugs.* — 2011. — Vol. 25 (5). — P. 371—382.
19. Schmidt H.D., Pierce R.C. Cocaine-induced neuroadaptations in glutamate transmission: potential therapeutic targets for craving and addiction // *Ann. N.Y. Acad. Sci.* — 2010. — Vol. 1187. — P. 35—75.
20. Vandrey R., Haney M. Pharmacotherapy for cannabis dependence: how close are we? // *CNS Drugs.* — 2009. — Vol. 23 (7). — P. 543—553.
21. Wu L.T., Blazer D.G., Li T.K., Woody G.E. Treatment use and barriers among adolescents with prescription opioid use disorders // *Addict. Behav.* — 2011. — Vol. 36 (12). — P. 1233—1239.

RATIONAL TREATMENT OF SUBSTANCE ABUSE DISORDERS

SIVOLAP Y.P. E-mail: yura-sivolap@yandex.ru

The current approaches to the treatment of substance dependence are based on randomized controlled trials, and include standards for the treatment of alcoholism, opioid addiction and tobacco abuse. Standards of treatment cocaine addiction and dependence on cannabis, and other addictive diseases, despite promising data from individual studies, still do not exist. The Russian practice of treatment of addictive disorders is significantly different from the world approaches in a variety of medicines, unwarranted use of psychotropic drugs and the lack of sufficient scientific validity of accepted methods of therapy.

Key words: alcoholism, opioid dependence, smoking, cocaine abuse, cannabis abuse, randomized controlled trials, detoxification, relapse prevention, maintenance therapy

Проблемы профилактики наркомании и сопутствующих заболеваний: вопросы медицины, права и уголовно-исполнительной деятельности

АНТОНОВ И.А.

д.юр.н., доцент

КАШИРИН Р.М.

подполковник внутренней службы, старший преподаватель кафедры оперативно-розыскной деятельности
Псковский юридический институт ФСИН России, e-mail: kupecdmb@yandex.ru, docantonov@mail.ru

Статья посвящена теоретико-правовым и прикладным вопросам профилактики наркомании, проблемам предупреждения распространения наркомании и сопутствующих заболеваний, медико-социальной реабилитации наркоманов, в том числе осуждённых к лишению свободы.

Ключевые слова: наркоугроза, наркомания, наркозависимость, профилактика наркомании

На современном этапе развития российского государства в результате ряда причин объективного и субъективного характера сложилась крайне напряжённая ситуация с наркоманией, которую Президент Российской Федерации совершенно обоснованно оценил «как угрозу национальной безопасности». Наркоситуация в Российской Федерации характеризуется расширением масштабов незаконного распространения немедицинского потребления наркотиков, что представляет серьёзную угрозу здоровью нации, экономике страны, правопорядку и безопасности государства. В Стратегии государственной антинаркотической политики Российской Федерации до 2020 г., утверждённой Указом Президента Российской Федерации от 9 июня 2010 г. №690, постулируется, что «генеральной целью современного развития государства является существенное сокращение незаконного распространения и немедицинского потребления наркотиков, масштабов последствий их незаконного оборота для безопасности и здоровья личности, общества и государства» [9]. Действительно, несмотря на то, что этой теме сегодня в нашей стране уделяется повышенное внимание со стороны как органов государственной власти, так и общества, справиться с проблемой не удаётся.

Как указывает руководитель ФСКН России В.П. Иванов, реальное число наркопотребителей в России оценивается международными экспертами в пределах 2,5 млн чел. Фактически нам действительно объявлена война — наркотическая. Транснациональные картели, подпитывающие международный терроризм, пробирают дорожку наркотрафику на нашу территорию и мы несём потери. Смертность среди молодого поколения наркопотребителей в возрасте от 15 до 34 лет потрясюще высокая. У нас 90% наркоманов — это люди в возрасте до 35 лет. Основная масса — от 20 до 30 лет [8].

Так, только в Северо-Западном федеральном округе, согласно статистической отчётности органов здравоохранения (форма №11 Минздравсоцразвития Российской Федерации [4]), в 2009 г. зарегистрировано 32 788 лиц, потребляющих наркотики, из них 25 096 лиц с диагнозом наркомания. В 2010 г. выявлен рост числа лиц, потребляющих наркотики, на 5,18%, что составило 34 485 чел., из них 25 707 чел. (+2,43% к АППГ) с диагнозом наркомания. При этом наибольшее количество больных наркоманией выявлено в г.Санкт-Петербурге (11 066 чел., +2,79%).

Важно акцентировать внимание на том, что в последние годы в нашей стране среди лиц, употребляющих без назначения врача наркотические средства, психотропные вещества и их аналоги, сложилась крайне неблагоприятная эпидемическая ситуация, прежде всего, связанная с распространением таких заболеваний, как вирус иммунодефицита человека (ВИЧ) и инфекционные гепатиты В и С. В целом, в Российской Федерации до 90% наркопотребителей являются носителями таких заболеваний (более 70% всех случаев заражения связаны с внутривенным введением наркотиков). И это с учётом того, что из общего числа зарегистрированных в медицинских учреждениях лиц, употребляющих наркотики, ежегодно обследуется на ВИЧ и гепатиты В и С в среднем не более 70% зарегистрированных наркопотребителей. В Архангельской и Псковской областях обследование вообще прошли менее 35% лиц данной категории.

В 2009 г. наибольшее количество зарегистрированных наркопотребителей, прошедших обследование, зафиксировано в Мурманской области (порядка 100%), Республике Коми (99%), Вологодской области (83,8%). В 2010 г. обследовано: в Вологодской области — 90,3%, Республике Коми — 88,9%, Новгородской области — 75,7%.

Анализ статистических данных Минздравсоцразвития Российской Федерации показал, что из 21 807 наркопотребителей, обследованных в 2009 г. в Северо-Западном федеральном округе на наличие сопутствующих наркомании инфекционных заболеваний (иммунодефицит и гепатиты В и С), позитивный статус на ВИЧ и антитела к вирусам гепатитов В и С имели 13 973 чел. (64,1%). Наибольшее количество наркоманов с иммунодефицитом и гепатитами В и С выявлено в Санкт-Петербурге (6060 чел.), Ленинградской области (2624 чел.) и Республике Коми (988 чел.). Наименьшее количество таких лиц зарегистрировано в Архангельской и Псковской областях (114 и 112 чел.).

В 2010 г. произошло хоть и незначительное, но увеличение общего удельного числа больных наркоманией — до 25 707 чел. и из 22 908 обследованных наркоманов выявлено 15 680 больных сопутствующими заболеваниями. Наибольшее количество наркоманов, ВИЧ-инфицированных и больных гепатитами В и С, выявлено в Санкт-Петербурге (7511 чел., +23,94% к АППГ), в Новгородской области (1479 чел., +160,39%), Вологодской области (1048 чел., +21,58%) и Ленинградской области (3121 чел., +18,94%). Таким образом, в сравнении с 2009 г. число носителей ВИЧ, гепатитов В и С из числа наркопотребителей в 2010 г. выросло на 12,2%.

При этом в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 1 декабря 2004 г. №715 «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих» [6], болезнь, вызванная ВИЧ, и гепатиты В и С включены в перечень социально значимых заболеваний и в перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих, что указывает на особую встревоженность проблемой на государственном уровне. Вместе с тем, недостатков в работе субъектов профилактики наркомании (выступающей предпосылкой распространения названных заболеваний) и предупреждения незаконного оборота наркотиков ещё недостаточно, что во многом зависит и от нерешённости теоретико-правовых проблем, отсутствия чёткого категориального аппарата, единого правопонимания и правоприменения.

Так, в действующем законодательстве Российской Федерации наркомания характеризуется как заболевание, обусловленное зависимостью от наркотического средства или психотропного вещества [10]. Отечественное законодательство не содержит определения понятия *наркомания* как противоправного деяния и не включает это заболевание в перечень социально значимых заболеваний и в перечень заболе-

ваний, представляющих опасность для окружающих. Это является пробелом, подлежащим устранению. Определение *наркомании* является ключевым и имеет не только терминологическое значение; от него зависит понимание наркомании как заболевания и как общественно опасного явления, что, в свою очередь, влияет на правовую регламентацию действий и негативных последствий, связанных с наркопотреблением и наркоманией, а также на механизм профилактики распространения наркомании и противодействия незаконному обороту наркотиков.

Конечно, говоря о правовой регламентации предупреждения распространения наркомании, можно отметить, что отдельные нормы права, относящиеся к различным отраслям законодательства, учитывают при регулировании общественных отношений негативные правовые последствия злоупотребления наркотиками и зависимости от них.

Так, нормы Гражданского кодекса Российской Федерации (далее — ГК РФ), направленные на ограничение распространения наркомании и наркобизнеса, содержатся в институтах дееспособности, попечительства, сделки и правоспособности. В частности, в ст. 30 ГК РФ предусмотрено ограничение дееспособности гражданина вследствие злоупотребления наркотиками. Над гражданином, ограниченным по решению суда в дееспособности, устанавливается попечительство (ст. 33 ГК РФ). В случае совершения ограниченно дееспособным гражданином сделки по распоряжению имуществом без согласия попечителя, согласно ст. 176 ГК РФ, такая сделка судом может быть признана недействительной.

Семейный кодекс Российской Федерации защищает права детей от матерей и отцов, не соблюдающих родительские обязанности по причине злоупотребления наркотиками. В его статьях 69 и 70 речь идёт о лишении в судебном порядке родителей (или одного из них) родительских прав, если они больны наркоманией.

Трудовой кодекс Российской Федерации (далее — ТК РФ) включает в себя нормы, позволяющие также предупреждать распространение наркомании в учреждениях, организациях и на предприятиях. В соответствии со ст. 76 ТК РФ работодатель не должен допускать к выполнению трудовых обязанностей работника, появившегося на работе в состоянии наркотического опьянения. Появление работника в таком виде на работе должно подтверждаться медицинским заключением, объяснениями очевидцев и другими документами. Согласно ст. 81 ТК РФ, появление на работе в состоянии наркотического опьянения влечёт расторжение трудового договора по инициативе работодателя.

Предупредительное значение в отношении распространения наркомании имеют нормы Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях (далее — КоАП). Согласно ст. 6.8 КоАП, незаконное приобретение либо хранение наркотических средств или психотропных веществ, а также оборот их аналогов влечёт наложение штрафа. Потребление наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача, а также появление в состоянии опьянения, в том числе наркотического, в общественных местах влечёт административную ответственность, вплоть до ареста (ст. 6.9, 20.20, 20.22 КоАП). Управление транспортным средством водителем, находящимся в состоянии опьянения, а также передача управления транспортным средством лицу, находящемуся в состоянии опьянения, влечёт лишение права управления транспортными средствами (ст. 12.8 КоАП).

Вместе с тем, изучение действующего законодательства и правоприменительной практики предупреждения распространения наркомании и противодействия незаконному обороту наркотиков позволило выявить потребность научной выработки нового определения «наркомании». В связи с этим, опираясь на анализ нормативной базы и теоретико-методологические разработки, предлагаем внести изменения в абзац 14 ст. 1 Федерального закона от 08 января 1998 г. №3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах» и под термином *наркомания* понимать заболевание, обусловленное зависимостью от наркотического средства или психотропного вещества и влекущее за собой негативные правовые последствия, предусмотренные действующим законодательством. Это определение более полно раскрывает наркоманию как правовую категорию, исходя не только из медицинского критерия, т.е. болезни, но и отражает её правовую сущность, которая заключается в правовых последствиях и ограничениях, направленных на профилактику и предупреждение распространения данного заболевания.

Кроме того, проведённый анализ сложившейся в нашей стране наркоситуации выявил необходимость более согласованных действий всех субъектов профилактики наркомании и противодействия незаконному обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, направленных на выявление носителей инфекционных заболеваний среди наркозависимых лиц, что позволит оказывать существенное влияние на охрану здоровья населения, на предупреждение распространения этих заболеваний среди как наркоманов, так и иных лиц. Целесообразность ежегодного медицинского обследования всех лиц, состоящих на учёте в органах здравоохранения с диагнозом *наркомания* и лиц, употребляющих наркоти-

ки, на предмет заражения ВИЧ и гепатитами В и С становится очевидным. Это позволит своевременно ставить на учёт наркоманов, больных ВИЧ и гепатитами В и С, оказывать им необходимую медицинскую и социальную помощь. Более того, учитывая имеющиеся статистические данные о категории лиц, наиболее подверженных опасности быть вовлечёнными в потребление и незаконный оборот наркотиков, требуется введение (в том числе закрепление на законодательном уровне) обязательного ежегодного медицинского освидетельствования учащихся общеобразовательных учреждений и студентов вузов перед началом учебного года в рамках медицинского осмотра для предупреждения распространения наркомании и сопутствующих заболеваний.

Таким образом, высокая опасность для окружающих и социальная значимость такого заболевания, как наркомания, не вызывают сомнений. Данному заболеванию, как показало исследование, практически всегда сопутствуют инфекционные заболевания, вызванные ВИЧ, гепатиты В и С. Последствиями злоупотребления наркотических средств и психотропных веществ в ряде случаев являются такие заболевания, как туберкулез, сахарный диабет, психические расстройства и расстройства поведения, различного рода инфекции. В связи с этим вполне обоснованным будет внесение дополнений в Постановление Правительства Российской Федерации от 01 декабря 2004 г. №715 «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих» в части включения в перечень социально значимых заболеваний и в перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих, такого заболевания, как наркомания. Это позволит не ограничивать наркоманов, больных вышеуказанными опасными заболеваниями, от наркоманов, не страдающих такими заболеваниями, и обеспечивать всем медико-социальную реабилитацию и диспансерное наблюдение в соответствующих лечебно-профилактических учреждениях государственной системы здравоохранения в соответствии с требованиями основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан и Федерального закона от 8 января 1998 г. №3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах».

При этом следует поддержать мнение руководителя ФСКН России В.П. Иванова, предлагающего базовые основы лечения наркомании строить на непрерывности прохождения ряда циклов. Первый цикл — это детоксикация. Если человек в ломке, его лечить бесполезно. Значит, надо вывести его из этого состояния. На это уходит две недели. Второй этап должен перманентно наступать сразу — лечение психопатологических нарушений. Должны работать спе-

циально обученные психиатры. Для этого требуется в среднем 2 мес. А затем необходим год реабилитации. Не медицинской, а социальной. Потому что, пройдя первые 2 стадии, человек все равно ещё находится в пограничном состоянии. И если он опять вернётся в тот круг, откуда прибыл, он вернётся и к наркотикам. Поэтому его на год нужно оторвать от этой среды, чтобы он пожил, поработал, поучился в реабилитационном центре, удалённом от прежнего места жительства [3].

Здесь возникает вопрос: а как же быть с лицами, больными наркоманией, совершившими уголовно-наказуемые деяния и приговорёнными судом к наказанию в виде лишения свободы?

Что касается медико-социальной профилактики наркомании и сопутствующих заболеваний в уголовно-исполнительной системе, необходимо отметить, что осуждённым наркоманам в силу целого ряда обстоятельств (глубокая криминальная и наркотическая пораждённость, потребность в специфических условиях оказания наркологической помощи, значительная отягощённость соматическими заболеваниями, крайне отрицательное отношение к лечению и др.) [2], требуется иная организация, иные методики лечения и реабилитации, которые до настоящего времени для этого контингента, по существу, не разработаны.

В связи с этим, на основе ранее действовавших в различные периоды отечественной истории внутриведомственных приказов МВД, Министерства юстиции и Министерства здравоохранения и в целях упорядочения вопросов организации лечения, в том числе и обязательного лечения¹, от наркомании осуждённых и подследственных, находящихся в учреждениях, исполняющих наказание в виде лишения свободы и СИЗО, предлагается теоретико-правовое решение проблемы осуществления и реализации данного вида медико-социальной деятельности.

Итак, обязательное лечение наркомана — это сложный и в зависимости от характера заболевания длительный процесс, который предполагает комплексный подход в избавление его от заболевания наркоманией, т.е. преодоление физической и психической зависимости организма от наркотиков. Задача ставится так, чтобы не только излечить осуждённого-наркомана, но и предупредить рецидив заболевания (как результат — рецидив преступлений), что требует совместных усилий не только медицинских служб, но и других подразделений учреждений и органов ФСИН России. Медицинским службам необходимо активное взаимодействие с воспитательными,

оперативными отделами, а также психологической и режимной службами, используя материалы личных дел осуждённых, для выявления больных с наркологическими заболеваниями. Особое внимание на выявление больных необходимо обращать в СИЗО, именно там складываются наиболее благоприятные условия для диагностики наркомании [1], так как у подследственных имеют место клинические проявления абстинентных состояний («ломки»).

Диагноз наркомании ставится на основании критериев диагностики, указанных в Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) [4] путём комиссионного обследования и медицинского заключения. При обосновании диагноза необходимо ссылаться на указанные критерии, чтобы при обжаловании в суд действий врача или медицинской комиссии не возникало вопросов о достоверности диагноза.

В состав комиссии, определяющей необходимость назначения осуждённому (подследственному) обязательного лечения от наркомании, должны входить не менее трёх врачей с обязательным участием врача психиатра-нарколога с соответствующим дипломом специалиста.

Медицинское заключение о признании лица наркоманом и необходимости применения обязательного лечения должно основываться на данных клинического обследования. Данное заключение должно быть подписано всеми членами комиссии и заверено печатью учреждения. Согласно Постановлению Пленума Верховного Суда РСФСР №10 от 20 декабря 1973 г. «О судебной практике по применению к осуждённым алкоголикам и наркоманам принудительных мер медицинского характера» (с изм. и доп., внесёнными Постановлениями Пленума Верховного Суда РСФСР №1 от 30 марта 1977 г., №10 от 24 декабря 1985 г. и Пленума Верховного Суда Российской Федерации №11 от 21 декабря 1993 г.) [7], в ходе обследования медицинская комиссия в своём заключении должна ответить на ряд вопросов: Является ли лицо наркоманом? Нуждается ли оно в обязательном лечении? Нет ли медицинских противопоказаний к такому лечению?

В соответствии с указанным Постановлением Пленума Верховного Суда в качестве медицинского заключения может также рассматриваться заключение судебно-психиатрической экспертизы при условии, что оно отвечает всем указанным выше требованиям.

¹ В соответствии со ст. 18 УИК России, к осуждённым к аресту, лишению свободы, больным алкоголизмом, наркоманией, токсикоманией, ВИЧ-инфицированным осуждённым, а также осуждённым, больным открытой формой туберкулёза или не прошедшим полного курса лечения венерического заболевания, учреждением, исполняющим указанные виды наказаний, по решению медицинской комиссии применяется обязательное лечение.

Решение медицинской комиссии о назначении, продолжении или отмене обязательного лечения принимается в соответствии с медицинскими показаниями, Уголовно-исполнительным кодексом Российской Федерации, законодательством Российской Федерации о здравоохранении и другими нормативными правовыми актами. Если у осуждённого выявлены противопоказания к проведению обязательного лечения, то медицинская комиссия должна вынести решение о необходимости его прекращения. Все решения должны быть оформлены врачебным заключением в истории болезни, журнале проведения заседаний комиссии и подписаны всеми членами комиссии.

Это заключение должно основываться на данных клинического обследования лица, анализе медицинских документов, в частности истории болезни, сведений, полученных из психоневрологического и наркологического диспансеров, а также материалов, предоставленных из органов внутренних дел. В медицинском заключении следует дать развёрнутый диагноз заболевания и обосновать необходимость лечения от наркомании. Минздрав также требует описания в заключении: анамнеза заболевания, начала употребления наркотиков, возникновения влечения к ним, поведения лица в состоянии опьянения, длительности ремиссии, отношения к работе [5].

Лицо, которому назначено обязательное лечение, подлежит комиссионному освидетельствованию не реже одного раза в 6 мес. для решения вопроса о наличии оснований для продолжения или прекращения применения данной медицинской меры. Первое продление обязательного лечения может быть произведено по истечении шести месяцев с момента начала лечения, в последующем продление данного лечения может осуществляться каждые полгода. Длительность обязательного лечения, соединённого с исполнением наказания, ограничена сроком назначенного судом наказания, но лечение может завершиться и до истечения этого срока, если в установленном порядке будет констатировано, что осуждённый не нуждается в таком лечении. Решение об этом принимает медицинская комиссия. В медицинском заключении о завершении обязательного лечения от наркомании отмечается его результат: достигнутый эффект, изменения, наступившие в психическом и соматическом состоянии, характер установки на воздержание от наркотического вещества. Эти данные должны быть внесены в медицинскую карту [1].

По истечении срока наказания в тех случаях, когда начатое лечение не закончено и освобождаемый нуждается в его продолжении, подробная выписка из

медицинской карты наркологического больного направляется в органы здравоохранения, обслуживающие территорию предполагаемого его места жительства. Во всех случаях освобождения от отбывания наказания осуждённых, которые проходили обязательное лечение наркомании, медицинская часть учреждения за один месяц до освобождения должна направить в орган здравоохранения, обслуживающий территорию предполагаемого места жительства освобождаемого, выписку из амбулаторной карты наркологического больного о проведённом лечении и достигнутых результатах. Вот на данном этапе вполне приемлемо (и даже обязательно) проведение описанной ранее реабилитации, применяемой к наркоманам, находящимся на свободе.

Находящиеся на обязательном лечении больные наркоманией, содержащиеся в местах лишения свободы, включаются в первую группу динамического наблюдения с ежемесячными осмотрами. После прекращения в установленном порядке обязательного лечения, осуждённые больные комиссионно переводятся во вторую группу учёта — контрольную. В этой группе они наблюдаются до окончания срока наказания и осматриваются наркологом ежеквартально.

Осуждённым, находящимся на обязательном лечении, допустившим употребление алкоголя, его суррогатов, наркотических и других веществ, вызывающих одурманивание, проводится противорецидивная терапия. Ремиссионный период считается прерванным, и отсчёт продолжительности лечения и динамического наблюдения начинается заново.

Представляется, что эффективность реализации медико-социальной реабилитации осуждённых наркоманов в условиях изоляции от общества будет способствовать не только профилактике наркомании², в целом, но и определению степени исправления осуждённого при применении к нему условно-досрочного освобождения от отбывания уголовного наказания, что также носит ярко выраженный социально-гуманитарный характер.

Список литературы

1. Гришко А.Я., Датий А.В., Кононец А.С. Уголовно-исполнительное право: Учебник: В 2-х т. Т. 2: Особенная часть / Под общ. ред. Ю.И. Калинина. — М.; Рязань, 2006.
2. Гришко А.Я., Гришко Л.С. Принудительные меры медицинского характера, применяемые к осуждённым наркоманам: Монография. — М., 2003.
3. Иванов В.П. От чего зависит наркоман и от чего зависит его лечение // Российская газета — Федеральный выпуск. — 2011. — 15 апреля. — №5457 (81).
4. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клиническое описание и указания по диагностике. ВОЗ. Россия. — СПб.: Адис, 1994.

² Профилактика наркомании — совокупность мероприятий политического, экономического, правового, социального, медицинского, педагогического, культурного, физкультурно-спортивного и иного характера, направленных на предупреждение возникновения и распространения наркомании [10].

5. Пономарев С.Н., Галиуллин Ш.Н. Организация исполнения наказания и лечебного процесса в исправительно-трудовых колониях для наркоманов: Учебное пособие. — Рязань, 1995.
6. Постановление Правительства Российской Федерации от 01 декабря 2004 г. №715 «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих» // Собрание законодательства Российской Федерации. — 2004. — №49. — Ст. 4916.
7. Сборник постановлений Пленумов Верховных Судов СССР и РСФСР (Российской Федерации) по уголовным делам. — М., 1996.
8. Сведения о заболеваниях наркологическими расстройствами. Форма №11 (годовая). Приказ Росстата от 13 августа 2009 г. №171 (ред. от 31.12.2010 №483).
9. Указ Президента Российской Федерации от 09 июня 2010 г. №690 «Об утверждении Стратегии государственной антинаркотической политики Российской Федерации до 2020 г.» // Собрание законодательства Российской Федерации. — 2010. — №24. — Ст. 3015.
10. Федеральный закон от 8 января 1998 г. №3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах» // Российская газета. — 1998. — 15 января.

THE PROBLEMS OF DRUG ABUSE PREVENTION AND RELATED DISEASES: ISSUES OF MEDICINE, LAW AND PENAL ACTIVITIES

ANTONOV I.A., KASHIRIN R.M.

Article is devoted theoretico-legal and applied questions of preventive maintenance of a narcotism, problems of the prevention of distribution of a narcotism and accompanying diseases, medico-social rehabilitation of addicts, including condemned to imprisonment.

Key words: narcothreat, a narcotism, a drug addiction, narcotism preventive maintenance

Компьютерное биоуправление — эффективная методика стабилизации ремиссий при алкогольной зависимости

ПЛОТКИН Ф.Б. Минский городской наркологический диспансер, Беларусь

Подчёркивается ценность немедикаментозных методов терапии аддиктивных пациентов, базирующихся на способности организма к сознательному регулированию вегетативных функций. Указывается на наличие разработанной автором новой технологии в терапии зависимостей, основанной на применении принципов биологической обратной связи. Дается описание клинического случая применения компьютерного биоуправления у зависимого от алкоголя пациента.

Ключевые слова: компьютерное биоуправление, биологическая обратная связь, алкогольная зависимость, ремиссии

В связи с низкой эффективностью лечения зависимых пациентов продолжается разработка новых методов терапии. В настоящее время общепризнанно, что методы биологического воздействия не могут обеспечить в наркологии необходимый результат. Прямая связь между той или иной формой поведения и конкретным биологическим субстратом отсутствует. Любое биологическое вмешательство в организм человека не позволяет нужным образом изменить поведение наркологического больного, которое представляет собой не просто комплекс определённых действий, а специфический образ жизни, основанный на сформировавшемся мировоззрении человека. Исходя из этого, поиск резервов повышения эффективности психотерапии зависимостей связан с развитием в направлении процессуальной, динамической и системной организации психотерапевтического воздействия, учитывающего динамику патологических и компенсаторных процессов у зависимых пациентов [1—3, 6, 8, 11].

Немедикаментозные методы лечения, которые позволяют активно мобилизовать резервные возможности человеческого организма и направлять их на восстановление имеющихся нарушений, представляют в этом плане особую ценность. Наиболее перспективное направление разработки таких методов исходит из системного анализа механизмов психической адаптации (дезадаптации) и представлений о способности организма и личности человека к саморегуляции. Психическая адаптация человека может быть представлена как результат деятельности целостной самоуправляемой системы, складывающейся из совокупности и взаимодействия иерархически организованных подсистем. Принципиальным отличием психической адаптации человека от всех других самоуправляемых систем является наличие механизма сознательного саморегулирования, в основе которого лежит субъективная оценка средовых воздействий [15]. Высокий уровень организации мозга человека как само-

регулирующей системы обеспечивает уникальную человеческую способность — отражать, помимо реальности внешнего объективно существующего мира, также и реальность субъективно переживаемых психофизиологических состояний. На этой основе возможно формирование особого рода функциональных систем, которые реализуют своё поведение волевым усилием, опосредованным конструктивной активностью сознания.

Благодаря успехам современной компьютерной нейробиологии, удалось разработать такой метод, который позволяет достичь профилактических, лечебных и реабилитационных целей значительно быстрее и надёжнее, чем при применении других методик. Речь идёт о методе саморегуляции, основанном на принципе БОС. Метод БОС-терапии (БОС-тренинга) открыл возможность направленной произвольной коррекции функциональных состояний организма и мобилизации личностных ресурсов. В ходе процедур биоуправления объекту с помощью внешней обратной связи, организованной на основе ЭВМ, подаётся информация о состоянии тех или иных физиологических процессов, что позволяет испытуемому научиться контролировать физиологические параметры и закреплять эти навыки с тем, чтобы в дальнейшем использовать их в повседневной жизни [17]. Детально теоретические основы БОС и обоснование возможности её применения при терапии аддикций изложены нами ранее [10].

В последние годы нами разработана и внедряется в клиническую практику оригинальная методика лечения пациентов с аддиктивными расстройствами с использованием БОС-тренинга по кожно-гальванической реакции, которая, отражая активность потовых желёз, опосредованно свидетельствует об активности симпатической нервной системы, что, в свою очередь, позволяет оценивать уровень эмоционального возбуждения пациента.

Поделится с читателями первым опытом работы в этой области. Мы придаём большое значение предварительной беседе с пациентом и его родственниками с целью выявления особенностей формирования зависимости, уровня осознания истинных причин употребления алкоголя, степени критичности больного, наличия мотивации на лечение. При этом стремимся к ясному формулированию ожиданий пациента от терапии. Беседы с пациентами показывают их поразительную безграмотность в вопросах собственной болезни в противоположность больным с другой, к примеру соматической, патологией, когда больные имеют значительные теоретические знания о болезни и методах её лечения. Многие наши пациенты являются *tabula rasa* в смысле понимания механизмов возникновения, развития, а также и возможностей лечения своей болезни, при том что многие из них ранее проходили неоднократно курсы амбулаторного и стационарного лечения в наркологических учреждениях¹. Описание причин употребления спиртного, а также внешних обстоятельств и внутренних ощущений, предшествовавших и/или способствовавших срыву ремиссии, вызывало у многих пациентов значительные трудности². И дело здесь не только в наличии в некоторых случаях явлений алекситимии [9]. Выяснилось, что многие пациенты попросту не имеют такого опыта, ибо во время многочисленных предыдущих обращений за помощью их об этом попросту никто и не спрашивал. Не желая участвовать в «алкогольных играх» пациентов и их родственников и заботясь о сохранении своей репутации, в целом ряде случаев при отсутствии у пациентов установки на лечение мы отказывали им в прохождении данного вида лечения, что нередко вызывало у этих пациентов и их родственников недоумение, так как во всех многочисленных предыдущих структурах, куда они обращались за лечением, их без всяких колебаний брали на терапию (естественно, после оплаты стоимости услуг).

До начала тренинга пациенту разъясняется сущность данного метода лечения, формируются чёткие терапевтические ожидания. Успех лечения связывается с собственной активностью пациента. В конце беседы предлагается составить список наиболее угрожаемых, с его точки зрения, ситуаций по мере снижения их значимости, которые могут привести к срыву ремиссии.

С помощью прибора-преобразователя измеряют кожно-гальваническую реакцию и постоянно наблюдают за её уровнем на экране монитора. Известными способами добиваются состояния психологического и физического комфорта и измеряют при этом уровень кожно-гальванической реакции, который отражается графически на мониторе и считается базовым³.

Из представленного пациентом списка выбирается наиболее угрожаемая в плане срыва ремиссии ситуация, которую пациент должен себе мысленно в мельчайших деталях представить. Проводится постоянный мониторинг изменяющегося при этом уровня кожно-гальванической реакции, фиксируется его максимальное значение. Пациент инструктируется о необходимости волевым усилием привести этот показатель к базовому уровню. При снижении уровня кожно-гальванической реакции под влиянием волевых усилий пациента обращается его внимание на возможность произвольной регуляции уровня кожно-гальванической реакции. В дальнейших сеансах проводятся идентичные манипуляции с другими провоцирующими ситуациями из представленного списка. Фиксируется внимание пациента на том, что приобретённые им в процессе тренинга знания и опыт могут и должны применяться в обыденной жизни для идентификации и дезактуализации провоцирующих ситуаций, что позволяет отказываться от приёма спиртного.

Приведём описание клинического случая применения компьютерного биоуправления при терапии зависимости от алкоголя пациента.

Пациент К., 33 лет, разведён, имеет сына 9 лет. Воспитывался без отца в семье, состоящей из матери, бабушки и тётки. Рос в условиях гиперопеки скромным, застенчивым, мечтательным. В юности испытывал трудности интерперсонального взаимодействия, особенно в отношении лиц противоположного пола. В армии не служил по причине ПМК (пролапс митрального клапана). Работал в архиве переплётчиком, заочно окончил исторический факультет университета. С 17-летнего возраста начал употреблять спиртные напитки в компании товарищей. Отмечает, что в состоянии опьянения становился весёлым, раскованным, общительным. Легко знакомился с девушками, удачно шутил, рассказывал анекдоты, мог развлекать большую компанию⁴. В течение

¹ По наблюдениям проф. В.Д. Менделевича, «подавляющее большинство отечественных специалистов-наркологов не изучает профиль личности пациента, не анализируются механизмы формирования наркозависимости» [7].

² Формулирование мотивов алкоголизации и вербализация пациентом своих ощущений сами по себе способствуют их прояснению в сознании и облегчают поиск путей воздержания от приёма спиртного.

³ Непосредственно техническая процедура тренинга детально описана нами ранее [12–14].

⁴ Аналогичное наблюдение встретилось нам у Пьера Жане. В своей лекции, прочитанной 4 февраля 1929 г. в Коллеж де Франс, он рассказывает: «Прислушайтесь к признаниям людей, ставших морфинистами или алкоголиками. Прислушайтесь к словам человека, произносящего с отчаянием: «Я не был мужчиной, был слаб, волновался по любому поводу. Я не решался даже познакомиться с женщиной. Я был никчемным. Однажды я выпил немного больше вина и почувствовал себя человеком» [4, с.235].

3—4 лет сформировались и упрочились признаки психической и физической зависимости от алкоголя. С началом сексуальной жизни большинство интрагенитальных контактов происходило в состоянии опьянения (в связи с мнительными чертами характера пациента, неуверенностью в себе, боязнью неудачи употреблял спиртное «для храбрости»). В 23-летнем возрасте женился на однокурснице, появился ребёнок. Постепенно частота выпивок увеличилась, пьянство носило псевдозапойный характер. По причине злоупотребления алкоголем лишился семьи и работы. Неоднократно лечился стационарно и амбулаторно в наркодиспансере, а также в различных медицинских центрах. Отмечались лишь кратковременные ремиссии (срывы происходили чаще всего во время встреч с потенциальными сексуальными партнёрами; в связи с утратой количественного и ситуационного контроля иногда, со слов пациента, «забывал, зачем пришёл»). Обратился за лечением по настоянию гражданской жены. В предварительной беседе был достаточно критичен, осознавая негативную роль спиртного в своей жизни, высказывал установку на лечение. В процессе тренинга пациенту сравнительно легко удавалось мысленно представлять себе провоцирующие ситуации, чётко связывал с ними изменение своего эмоционального состояния. От сеанса к сеансу воочию убеждался в эффективности собственных волевых усилий по изменению физиологических показателей, в течение семи сеансов сформировались навыки их произвольного регулирования. Осознал свой волевой потенциал. Повысилась самооценка. Находясь несколько раз в угрожаемой срывом ситуации, смог применить полученные навыки и опыт, нормализовать свое эмоциональное состояние и воздержаться от употребления спиртного. Ремиссия 3 года 2 мес. Устроился на работу по специальности. Возобновил контакты с сыном.

Важно отметить, что использование сеансов с БОС позволяет продемонстрировать, какие образы и ассоциации в зависимости от репрезентативной системы пациента в действительности являются для него негативными. Это приводит к стимуляции процессов самоанализа и даёт возможность идентифицировать провоцирующие приём алкоголя ситуации. Следует также подчеркнуть важность доверия к сложной аппаратуре иностранного производства, которое исходит из особенностей ментальности наших пациентов. Таким образом, данная методика способствует стабилизации ремиссий при алкогольной зависимости в связи с тем, что в процессе тренинга у пациента формируются навыки собственными волевыми усилиями (а при необходимости также с применением других

методик) регулировать уровень своих физиологических реакций, который повышается в провоцирующих приём алкоголя ситуациях, и благодаря этому отказываться от приёма спиртного. Данный метод способствует появлению у пациента веры в собственные силы, даёт возможность дезактуализировать провоцирующие ситуации, позволяет использовать активные стратегии преодоления болезни, опирается не на внесённые извне ощущения страха и запрета, а на спокойное, уверенное самоощущение себя трезвенником. Все это улучшает качество жизни пациента, позволяет достичь длительной и стойкой ремиссии и формирования положительно эмоционально окрашенных, прочных трезвеннических установок.

Представляется, что данная методика в силу своей эффективности должна получить широкое распространение в практике наркологических учреждений. В настоящее время приобретение соответствующей аппаратуры и программного обеспечения, предлагаемых несколькими российскими фирмами, вполне доступно по своей стоимости. Естественно, что БОС-тренинг в условиях наркологического стационара, когда средняя длительность лечения на наркологической койке в РФ в настоящее время составляет 14,4 дня [5], нецелесообразен, но в амбулаторной практике и, особенно, в реабилитационных центрах он может и должен применяться.

Приведём в заключение высказывание Артура Шопенгауэра, которое мы неоднократно использовали в своей работе, показывая его пациентам и предлагая им сделать к нему свои комментарии: «Мы знаем свою волю, в целом, и поэтому не допустим, чтобы какое-нибудь настроение или внешнее воздействие склоняло нас в отдельных случаях к таким решениям, которые противоречат ей вообще. Мы знаем точно так же характер и степень наших сил и наших слабостей, и это предохранит нас от многих страданий. Ибо нет, в сущности, другого наслаждения, как употреблять и чувствовать собственные силы, и величайшее страдание — это сознавать недостаток сил там, где в них есть нужда [16, с.292].

Список литературы

1. Валентик Ю.В. Континуальная психотерапия больных алкоголизмом: Автореф. дисс. на соискание учёной степени д.м.н.: 14.00.45 / Гос. науч. центр наркологии. — М., 1993. — 70 с.
2. Валентик Ю.В. Принципы и мишени психотерапии больных алкоголизмом // Вопр. наркологии. — 1995. — №2. — С. 65—68.
3. Дмитриева Т.Б., Игонин А.А. Современные возможности медицины в лечении лиц, страдающих наркологическими заболеваниями // Наркология. — 2006. — №1. — С. 56—59.
4. Жане П. Психологическая эволюция личности / Пер. с фр. — М.: Академический Проект, 2010. — 399 с. — (Психологические технологии).

5. Киржанова В.В. К вопросу о разработке и внедрении новых показателей в наркологии // Материалы науч.-практ. конф. «Наркология-2010», посвящ. 25-летию ФГУ НИЦ наркологии. — М., 2010. — С. 71—73.
6. Макаров В.В. Психотерапия нового века // Психотерапия. — 2004. — №5. — С. 2—7.
7. Менделевич В.Д. Современная российская наркология: парадоксальность принципов и небезупречность процедур // Наркология. — 2005. — №1. — С. 56—64.
8. Павлов И.С. Психотерапия XXI века: от человека с алкогольной зависимостью к трезвеннику // Наркология. — 2005. — №8. — С. 64—68.
9. Плоткин Ф.Б. Алекситимия как фактор формирования и поддержания аддикции // Наркология. — 2009. — №10. — С. 85—92.
10. Плоткин Ф. Б. Биологическая обратная связь и её применение в аддиктологии // Наркология. — 2010. — №4. — С. 102—113.
11. Казаковцев Б.А., Карвасарский Б.Д., Назыров Р.К., Чехлатый Е.И. Психотерапия зависимости: состояние и направления развития // Наркология. — 2003. — №11. — С. 22—26.
12. Способ лечения алкогольной зависимости: пат. №9366: МПК (2006) А 61М 21/00 / Ф.Б. Плоткин. — № а 20040732; заяв. 28.02.2006; опубл. 30.06.2007 // Афицыйны бюл. — 2007. — №3. — С. 60—61.
13. Способ лечения пациентов с алкогольной зависимостью: пат. №10793: МПК (2006) А 61М 21/00 / Ф.Б. Плоткин. — №а 20050867; заяв. 02.09.2005; опубл. 30.06.2008 // Афицыйны бюл. — 2008. — №3. — С. 69.
14. Способ стабилизации ремиссии у пациентов с алкогольной зависимостью: пат. №10806: МПК (2006) А 61М 21/00 / Ф.Б. Плоткин. — №а 20050879; заяв. 08.09.2005; опубл. 30.06.2008 // Афицыйны бюл. — 2008. — №3. — С. 69—70.
15. Фундаментальная и клиническая физиология: Учебник / Под ред. А.Г. Камкина, А.А. Каменского. — М.: Академия, 2004. — 1072 с.
16. Шопенгауэр А. Мир как воля и представление // Собрание сочинений: в 5 т. — М.: Московский клуб, 1992. — Т. 1. — 395 с.
17. Штарк М.Б., Павленко С.С., Скок А.Б., Шубина О.С. Биоправление в клинической практике // Неврол. журн. — 2000. — №5. — С. 52—56.

COMPUTER BIO-OPERATING — EFFECTIVE METHOD FOR REMISSION STABILIZATION IN ALCOHOL ADDICTION

PLOTKIN F.B. Minsk City Addiction Centre, Belarus

Advantages of non-medicamental treatment methods and peculiarities of human psychic providing for body vegetative functions conscious regulation have been discussed. Author developed new technology in addictions therapy, based upon biofeedback principles has been shown. Clinical case of computer bio-operation applied to a patient has been presented.

Key words: computer bio-operating, bio-feedback, alcohol addiction, remissions

Список статей, опубликованных в 2011 г.

№1 (109)

Материалы заседания Государственного антинаркотического комитета	13
Иванов В.П. Задача номер один — защитить российскую молодежь от наркотиков	17
Слово Святейшего Патриарха Кирилла на церемонии подписания соглашения между Государственным антинаркотическим комитетом и Русской Православной Церковью	19
Зиновьев В.В. Совершенствование законодательства в сфере оборота наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров и противодействие их незаконному обороту	22
В России запустили систему добровольной сертификации деятельности центров социальной реабилитации наркоманов	29
Постановление Правительства Российской Федерации от 27 ноября 2010 г. №934	32
Шабанов П.Д., Лебедев А.А., Яклашкин А.В. Значение системы ГАМК и дофамина в ядре ложа конечной полоски для подкрепляющих эффектов наркогенов опиоидной и неопиоидной структуры на самостимуляцию латерального гипоталамуса у крыс	36
Андреева Т.И., Красовский К.С., Ананьева Г.А., Андреичева Е.Н. Потребление бездымного табака — дополнительная проблема контроля над табаком в России.	44
Чоговадзе А.Г., Генерозов Э.В., Николаева В.В., Поплевченков К.Н., Веретинская А.Г., Анохина И.П., Дудина К.Р., Знойко О.О., Маевская М.В., Ведерникова А.В., Ивашкин В.Т. Ассоциация полиморфизмов генов <i>ADH1B</i> , <i>ALDH2</i> и <i>CYP2E1</i> с развитием алкогольной зависимости и алкогольного цирроза печени.	50
Редько А.Н., Любченко Д.А., Борисенко Л.Н., Ермакова Г.А. Мефедроновая наркомания: клинико-эпидемиологические аспекты и организация межведомственных профилактических мероприятий	57
Луговая Е.А., Бартош Т.П. Параметры микроэлементной системы и психофизиологического профиля подростков Магадана, склонных и не склонных к употреблению алкоголя	62
Черепкова Е.В. Основные симптомокомплексы личностных расстройств у лиц, употребляющих наркотические вещества	70
Меликсетян А.С. Роль факторов, способствующих развитию рецидивов хронического алкоголизма у больных с короткими и длительными ремиссиями	75
Автономов Д.А. Некоторые клинические взгляды на психосексуальность патологических азартных игроков с позиции психоанализа	82

Песков Б.В., Кузьмина А.Г., Махмутова Н.Н., Мыльникова О.М. Изучение особенностей личности пациентов с зависимостью от психоактивных веществ и их степени активности в длительной амбулаторной программе медико-психо-социальной реабилитации	88
Егоренков А.И., Коробейников Г.В. Над пропастью... «Нарконона», или «дары данайцев» для Украины	93

№2 (110)

Указ Президента Российской Федерации №97 от 27 января 2011 г.	18
Федеральный закон Российской Федерации от 28 декабря 2010 г. N 417-ФЗ	20
Иванов В.П. В ближайшие годы критически необходимо совершить прорыв в духовно-социальном направлении	22
Церковь и Государство: соработничество в решении общих задач	24
Давыдов В. Необходимо индивидуально работать с каждым несовершеннолетним	26
Кокин В.И. Антинаркотическая Стратегия направлена на дальнейшую консолидацию усилий государства и общества	29
Игонин А.Л., Клименко Т.В., Баранова О.В. Практика применения в России законодательства о недобровольном лечении наркологических больных (1960—2010 гг.)	34
Сафонов О.А., Дмитриева Т.Б., Клименко Т.В., Козлов А.А. Распространенность злоупотребления наркотиками по регионам мира.	47
Цыганков Б.Д., Яковлева П.А., Конищев А.С., Волгина Т.А. Течение хронического алкоголизма в сочетании с посттравматическим стрессовым расстройством в зависимости от характера психогении	56
Семенихин Д.Г., Башмакова О.В. Психосоциальные предпосылки алкоголизации у больных параноидной шизофренией	60
Меликсетян А.С. Взаимосвязь основных проявлений заболевания у больных с короткими и длительными ремиссиями алкоголизма	64
Изотов Б.Н., Савчук С.А., Григорьев А.М., Мельник А.А., Носырев А.Е., Джурко Ю.А., Забирова И.Г., Суркова Л.А., Листвина В.П., Самойлик Л.В., Рожанец В.В. Синтетические каннабиноиды в растительных смесях «Spice». Идентификация метаболитов JWH-018 как маркеров его употребления в биологических жидкостях крыс и человека	73

Тяжелников С.Ф.

Модернизация процедуры пробоподготовки и скрининга биологического материала, содержащего алкалоиды грибов рода *Psilocybe* 85

Дудко Т.Н., Зенцова Н.И., Ракитянская Е.А., Адамова Т.В., Бондаренко С.Н.

Клинико-психологические особенности и коррекция поведения при игровой зависимости 88

Бельков С.Н.

Фенотипические особенности духовно-ориентированной реабилитации наркозависимых женщин 94

№3 (111)

Кошкина Е.А., Игонин А.Л.

Штатные нормативы нагрузки на работников государственных амбулаторных наркологических учреждений (подразделений) и реабилитационных центров в России: динамика показателей по годам 13

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

Каннабиноиды: история потребления, контроль за оборотом, динамика злоупотребления за последние 20 лет 22

Голенков А.В., Сафронов С.А., Доморощинова М.Г., Маринёнова Е.Н.

Наркологическая грамотность населения Чувашии (на примере злоупотребления алкоголем и начальной стадии алкогольной зависимости) 28

Разводовский Ю.Е.

Влияние аминокислотных композиций на фонд центральных нейроактивных соединений при хронической алкогольной интоксикации 35

Дробленков А.В., Шабанов П.Д.

Нейроноглияльное взаимодействие в дофаминергических структурах мозга лиц, умерших от алкогольной интоксикации 43

Огудов А.С.

Биологическое и клиническое значение неспецифических ответных реакций клеточного и тканевого уровней системной регуляции у больных в состоянии отмены опиоидов 51

Надеждин А.В., Колгашкин А.Ю., Тетенова Е.Ю., Федоров М.В., Ленков П.Г.

Интерактивный тест для экспресс-диагностики наркотической зависимости 58

Черепкова Е.В., Бохан Н.А., Митрофанов И.М.

Патогенетическая значимость полиморфизма ряда генов нейромедиаторной системы, ассоциированных с личностными расстройствами, при наркотизации 64

Меринов А.В., Шустов Д.И.

Влияние развода на суицидологические, наркологические и личностно-психологические показатели мужчин, страдающих алкогольной зависимостью 69

Новиков Е.М., Левочкина О.В.

Алкогольные психозы у лиц молодого возраста и подростков 74

Бисалиев Р.В.

Клинические особенности алкогольной зависимости у больных алкоголизмом с суицидальным поведением 81

Плоткин Ф.Б.

Аффективные расстройства и прием психоактивных веществ: механизмы патологической компенсации и формирования аддикции 89

№4 (112)

Материалы заседания Коллегии Федеральной службы по контролю за оборотом наркотиков 9

Постановление Правительства Российской Федерации от 25 февраля 2011 г. №112 г. 11

Доклад Международного комитета по контролю над наркотиками за 2010 г. Наркотики и коррупция 12

Кошкина Е.А., Игонин А.Л.

Штатные нормативы нагрузки на работников государственных стационарных наркологических учреждений (подразделений) в России: динамика показателей по годам 26

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

История потребления, распространенность и контроль за незаконным оборотом опиатов по регионам мира 36

Андреева Т.И., Красовский К.С.

Прекращение курения в России и Украине: сравнение результатов Глобального опроса взрослого населения о потреблении табака 44

Шайдукова Л.К.

Психотерапия алкогольной и наркотической зависимости: путь к «гедонистическому альтруизму» 49

Ульянова Л.И., Гамалея Н.Б., Ульянова М.А.

Особенности клеточного иммунитета у здоровых добровольцев после нагрузки алкоголем (в фазе постинтоксикации) 54

Меринов А.В., Шустов Д.И.

Влияние развода на суицидологические, наркологические и личностно-психологические показатели бывших жен мужчин, страдающих алкогольной зависимостью 64

Менделевич В.Д.

Социологический анализ «анозогнозической установки» наркологов по отношению к наркомании: отечественные и зарубежные реалии 69

Круглый стол "Противодействие наркомании — важнейший элемент безопасности России" 75

№5 (113)

Медведев Д.А.

Вступительное слово Президента Российской Федерации на заседании Президиума Госсовета, посвященном борьбе с распространением наркотиков среди молодежи 9

Иванов В.П.

Выступление на заседании Президиума Государственного Совета, посвященного борьбе с распространением наркотиков среди молодежи 12

Медведев Д.А.

Заключительное слово Президента Российской Федерации на заседании президиума Госсовета 16

Перечень поручений

по итогам заседания президиума Госсовета 19

Совещание в Управлении ФСКН России по Москве 20 апреля 2011 г. 21

План мероприятий по реализации Стратегии государственной антинаркотической политики Российской Федерации до 2020 г. 27

Доклад Международного комитета по контролю над наркотиками за 2010 г. Функционирование системы международного контроля над наркотиками	53
--	----

Макушкин Е.В., Игонин А.Л., Шевцова Ю.Б., Баранова О.В.

Тестирование учащихся на наркотики как один из аспектов объективной оценки и мониторинга наркоситуации	68
--	----

Клименко Т.В., Козлов А.А.

Правовые и процедурные аспекты организации государственной системы тестирования учащихся образовательных учреждений на потребление наркотиков	77
---	----

Канунникова Л.В., Теркулов Р.И., Кормилина О.М.

Основные направления совершенствования организации наркологической помощи на примере Новосибирской области	85
--	----

Саверский А.В., Данишевский К.Д., Власов В.В., Шабашова А.Е., Демин А.К.

Решающая атака — правовые аспекты оборота табачной продукции	90
--	----

Кромова А.Я.

О некоторых аспектах незаконного оборота 3-метилфентанила на территории Российской Федерации	95
--	----

Дядичко А.Н.

О возможности создания наркологических реабилитационных центров в местах лишения свободы	97
--	----

Каклюгин Н.В.

Стратегия снижения спроса на наркотики как базовый элемент снижения уровня наркотизации в России — проблемы и перспективы	100
---	-----

№6 (114)

Клименко Т.В., Игонин А.Л., Баранова О.В.

Организационные и правовые аспекты альтернативного уголовному наказанию лечения правонарушителей от алкоголизма и наркоманий	10
--	----

Бохан Н.А., Титов С.С., Усов Г.М., Чащина О.А.

Организационная модель профилактики аддиктивных состояний у несовершеннолетних в условиях территориально-образовательного кластера	16
--	----

Доклад Международного комитета по контролю над наркотиками за 2010 г. Функционирование системы международного контроля над наркотиками. Окончание	23
---	----

Разводовский Ю.Е.

Распространенность связанных с алкоголем проблем среди городского населения	43
КЛИНИЧЕСКАЯ НАРКОЛОГИЯ	

Панченко Л.Ф., Огурцов П.П., Пирожков С.В., Теребилина Н.Н., Наумова Т.А., Баронец В.Ю., Журавлева А.С., Гончаров А.С.

Печеночная недостаточность и медиаторы воспалительного ответа при алкогольной болезни печени и кардиомиопатии. Эффект пентоксифиллина	47
---	----

Корольков А.И., Альтшулер В.Б., Кравченко С.Л.

Различия больных алкоголизмом в объемах потребления алкоголя: причины и смысл	56
---	----

Гареева А.Э., Казанцева А.В., Куличкин С.С., Федорова С.А., Хуснутдинова Э.К.

Анализ ассоциаций полиморфных маркеров генов фермента моноаминоксидазы с риском развития хронического алкоголизма в Республике Саха (Якутия)	66
--	----

Огулов А.С.

Критерии оценки биологического значения метаболического ответа при лечении синдрома отмены опиоидов	76
---	----

Калинина А.Г., Коваленко Н.А., Абакумова О.Ю., Жданов Д.Д.

Исследование цитотоксичности различных фракций одного из видов пива	84
---	----

Плоткин Ф.Б.

Синдром эмоционального выгорания у врачей-наркологов: фантом или клиническая реальность?	89
--	----

№7 (115)

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
---	----

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
---	----

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

Опыт проектирования и создания электронной истории болезни наркологического пациента	40
--	----

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
--	----

Симонова А.В., Карабиненко А.А., Ганин Д.И., Полетаев А.Б., Полетаева А.А., Панченко Л.Ф., Теребилина 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
---	----

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

Предикторы суицидального поведения у больных с зависимостью от азартных игр	74
---	----

Сакеллион Д.Н., Алимов У.Х.

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

Благов Л.Н.

Методологические аспекты клинической диагностики в психиатрии-наркологии 90

Калачев Б.Ф.

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

№8 (116)

Постановление Правительства Российской Федерации от 20 июля 2011 г. №599 12

Доклад Международного комитета по контролю над наркотиками за 2010 г.
Анализ положения в мире. Регион Америка. 13

Управление по наркотикам и преступности ООН.
Всемирный доклад о наркотиках: на фоне устойчивых наркорынков растет потребление синтетических наркотиков и наркотических средств рецептурного отпуска 38

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

Регулирование оборота и распространенность злоупотребления наркотическими средствами амфетаминового типа 40

Каратаева Т.А., Иванова Г.А.

Особенности наркоситуации в Республике Саха (Якутия) и меры противодействия злоупотреблению наркотическими веществами среди молодежи 47

Шабанов П.Д., Лебедев А.А., Бычков Е.Р., Айрапетов М.И.

Потребление алкоголя во время беременности изменяет активность рецепторов дофамина и обмен моноаминов в мозге плодов и новорожденных крысят 51

Ульянова Л.И., Гамалея Н.Б., Алексеев Л.П.

Влияние этанола *in vitro* на функциональный потенциал клеток крови человека 57

Носачев Г.Н., Киселева Ж.В.

Поведенческие расстройства при типичном и атипичных вариантах алкогольного опьянения у лиц, проходящих медицинское освидетельствование. 66

Меринов А.В.

Аутоагрессивные и клинико-психологические характеристики парасуицидальных мужчин с алкогольной зависимостью 72

Дворниченко Л.А.

Медико-социальные особенности несовершеннолетних, употребляющих психоактивные вещества с вредными последствиями. 78

Автономов Д.А.

Проблема тревоги, аддикции и «новых» симптомов у современных пациентов с позиции психоанализа. 82

Сперанская О.И.

Нейробиологические аспекты формирования табачной зависимости 88

Благов Л.Н., Власова И.Б., Шуплякова А.В., Буторин А.С.

Особенности коммуникативной функции в состоянии психической нормы и при патологии 92

№9 (117)

Доклад Международного комитета по контролю над наркотиками за 2010 г.
Анализ положения в мире. Регион Азия 12

Кибитов А.О.

Генетика наркологических заболеваний: молекулярно-генетический профиль дофаминовой нейромедиаторной системы при алкоголизме и опийной наркомании 25

Бохан Н.А., Мандель А.И., Кузнецов В.Н.

Алкогольная смертность в отдалённых сельских районах Западной Сибири 43

Дворниченко Л.А.

Особенности распространения потребления психоактивных веществ и установок на здоровый образ жизни среди несовершеннолетних в г.Белгороде 48

Цыганков Б.Д., Кручинская Ю.Н.

Эффективность орнитин-аспартата (гепа-мерц) в терапии алкогольной зависимости у больных со стеатозом печени и алкогольным гепатитом 52

Кубряк О.В., Гроховский С.С.

Постуральный тест с биологической обратной связью в оценке влияния привычного сеанса курения на показатели баланса тела у здоровых добровольцев 59

Ляшенко А.А., Шадрин О.В., Харьков О.А., Соловьев А.Г.

Динамика психосоматической симптоматики при лечении никотиновой зависимости у лиц с хронической обструктивной болезнью лёгких в условиях экологически неблагоприятных факторов 64

Меринов А.В.

Суицидологические и личностно-психологические особенности женщин, состоящих в браке с парасуицидальными мужчинами, страдающими алкогольной зависимостью 67

Рожанец В.В., Корчагина Г.А., Холдин В.Н.

Оценка потенциальной токсичности нелегальных алкогольных напитков, реализуемых в Московской области (результаты пилотного исследования) 71

Менделевич В.Д.

Нецелесообразность тестирования учащихся на наркотики: научные аргументы против антинаркологических утопий, благих намерений и псевдогражданственности. 78

Митягин С.А.

Оценка влияния наркомании на энергетическую безопасность региона 83

Понкина А.А.

О проблеме врачебной ошибки 88

Худяков А.В.

Казнить нельзя помиловать: Егор Бычков — кривое зеркало российской наркологии 92

№10 (118)

Проект Федерального закона "О защите здоровья населения от последствий потребления табака" 3

Доклад Международного комитета по контролю над наркотиками за 2010 г.
Анализ положения в мире. Регион Азия. Окончание 14

Зеренин А.Г.

К вопросу о медицинском освидетельствовании
для установления состояния опьянения водителей транспортных
средств 24

Голенков А.В.

Эпидемиологические и судебно-психиатрические
аспекты убийств, совершённых больными алкоголизмом,
отягощённым коморбидными состояниями 30

Бохан Н.А., Мандель А.И., Анкудинова И.Э., Трескова И.А., Кисель Н.И.

Клиническая коморбидность
психоневрологических проявлений алкоголизма у женщин . . . 36

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

Психологические особенности личности женщин
с химической зависимостью, лишённых
или направленных на лишение родительских прав 41

Карпец А.В., Должанская Н.А., Пхиденко С.В.

Оценка и рекомендации по коррекции риска ВИЧ-инфицирования
среди потребителей инъекционных наркотиков
на разных этапах оказания наркологической помощи. 47

Улезко Т.А.

Дезоморфиновая наркомания. 54

Царев С.А.

Реализация на базе наркологического диспансера
профилактических программ различной направленности
для потребителей наркотиков как механизм их дополнительной
мотивации на лечение и реабилитацию.
Экономическая эффективность подобного механизма 58

Тумилович Е.Ю., Карпенко Ю.Н., Дворская О.Н., Порсева Н.Ю.

Химико-токсикологическое исследование мочи
на наличие тропикамида 64

Гамалея Н.Б., Берзина А.Г.

Вакцины от наркотиков — новое перспективное направление
профилактики злоупотребления
психоактивными веществами 70

Надеждин А.В., Тетенкова Е.Ю., Зекрина Н.А., Колгашкин А.Ю.

Лечение и диагностика никотиновой зависимости 84

Касторная А.А., Ягубов М.И.

Сексуальные расстройства, возникающие у лиц,
страдающих алкоголизмом 95

№11 (119)

Иванов В.П.

К гуманизации антинаркотического законодательства 12

Доклад Международного комитета по контролю
над наркотиками за 2010 г.
Анализ положения в мире. Регионы Европа, Океания. 15

Разводовский Ю.Е., Дукорский В.В.

Социально-эпидемиологические и психопатологические
корреляты парасуицида мужчин с синдромом зависимости
от алкоголя 34

Теркулов Р.И., Кормилина О.М.

К вопросу о латентности лиц,
употребляющих наркотические вещества,
в Новосибирской области. 41

Шаховский К.П.

Эпидемия курения в России и борьба с ней 44

Соловьева Н.В., Лейхтер С.Н., Шидакова Н.А., Сидоров П.И., Бажукова Т.А., Соловьев А.Г.

Состояние микробиоценоза толстой кишки
и его роль в поддержании гомеостаза
у больных с острыми алкогольными психозами. 50

Искандаров Р.Р., Масагутов Р.М., Мухитова И.Э., Храмова Д.Г.

Роль алкоголизма и героиновой наркомании
в генезе агрессивного поведения осуждённых мужчин
с посттравматическим стрессовым расстройством. 57

Ланцева М.А., Каширская Е.И., Джумагазиев А.А.

Отдалённый катамнез детей,
перенесших внутриутробную опиоидную интоксикацию. 63

Кривцова Л.А., Хорошкина Л.А.

Здоровье детей от матерей
с признаками никотиновой и алкогольной зависимости 67

Немкова Т.И.

Клиника острых алкогольных галлюцинозов 72

Щербакова О.Ф.

Этнофункциональная коррекция образной сферы личности
у лиц с алкогольной зависимостью 78

Бисалиев Р.В.

Предикторы суицидального поведения
у жен аддиктивных больных. 88

Демидова О.В., Мохначев С.О.

Предварительное сообщение о 68 случаях
злоупотребления дезоморфином 96

№12 (120)

Иванов В.П.

Создание системы социальной реабилитации
и ресоциализации наркозависимых
как фактор развития регионов
Северо-Западного Федерального округа 8

Зиновьев В.В., Шевцова Ю.Б.

Об отдельных вопросах
совершенствования антинаркотического законодательства
Российской Федерации. 11

Волков А.В., Зиновьева М.А.

Система межведомственного взаимодействия
как эффективный инструмент профилактики употребления ПАВ
среди несовершеннолетних. 13

Доклад Международного комитета по контролю
над наркотиками за 2010 г.
Анализ положения в мире. Рекомендации 20

Кошкина Е.А., Бабичева Л.П.

Нормативно-правовое сопровождение
проблемы употребления наркотиков
в Российской Федерации. 29

Маматова Н.М., Менликулов М.П., Жуманов А.А., Каримова З.Х.

Характеристика болезней,
отягощённых курением взрослого населения в Узбекистане . . 35

Сидоров П.И., Синицкий В.В., Харькова О.А., Цыганок Т.В.

Саногенетическая терапия никотиновой зависимости 38

Софронов А.Г., Николкина Ю.А.

Социально-демографические, клинические характеристики
женщин, страдающих алкогольной зависимостью,
находящихся на динамическом наблюдении
в наркологическом диспансере 46

Михайлов М.А.

Аффективная составляющая патологического влечения
в контексте патокинеза синдрома 52

Новиков С.А., Шустов Д.И., Киселев Д.Н.

Особенности алкогольной зависимости
и аутоагрессивного поведения у пациентов
с личностными расстройствами.
Обзор литературы и собственные данные 57

Малахова Ж.Л., Бубнов А.А.

Опыт использования транскраниальной микрополяризации
головного мозга как метода абилитации детей раннего возраста
с фетальным алкогольным синдромом 61

ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА**Панченко Л.Ф., Старовойтова Т.Ф., Венгеров Ю.Ю.,
Дзантиев Б.Б., Давыдов Б.В.**

Аналитические видеоцифровые комплексы
экспрессных и скрининговых лабораторных исследований
в наркоконтроле 64

Белов В.Г., Туманова Н.Н.

Взаимоотношения с родителями
и алкоголизация подростков 69

Горячев Д.Н., Мухамеджанова Л.Р.

Стоматологический статус наркологических пациентов. 73

Сиволап Ю.П.

К вопросу о рациональном лечении в наркологии 79

Антонов И.А., Каширин Р.М.

Проблемы профилактики наркомании
и сопутствующих заболеваний:
вопросы медицины, права
и уголовно-исполнительной деятельности 82

Плоткин Ф.Б.

Компьютерное биоуправление — эффективная методика
стабилизации ремиссий при алкогольной зависимости 88

Авторский указатель за 2011 г.

А

Абакумова О.Ю.
Автономов Д.А.

Адамова Т.В.
Айрапетов М.И.
Алексеев Л.П.
Алимов У.Х.
Альтшулер В.Б.
Ананьева Г.А.
Андреева Т.И.

Андреичева Е.Н.
Анкудинова И.Э.
Анохина И.П.
Антонов И.А.

№6. — С. 84—88
№1. — С. 82—87
№8. — С. 82—87
№2. — С. 88—93
№8. — С. 51—56
№8. — С. 57—65
№7. — С. 84—89
№6. — С. 56—65
№1. — С. 44—49
№1. — С. 44—49
№4. — С. 44—48
№1. — С. 44—49
№10. — С. 36—40
№1. — С. 50—56
№12. — С. 82—87

Б

Бабичева Л.П.
Бажукова Т.А.
Баранова О.В.

Баронец В.Ю.
Бартош Т.П.
Башмакова О.В.
Белов В.Г.
Бельков С.Н.
Берзина А.Г.
Бисалиев Р.В.

Благов Л.Н.

Бондаренко С.Н.
Борисенко Л.Н.
Бохан Н.А.

Бубнов А.А.
Букин В.Н.
Бутырин А.С.
Бычков Е.Р.

№12. — С. 29—34
№11. — С. 50—56
№2. — С. 34—46
№5. — С. 68—76
№6. — С. 10—15
№6. — С. 47—55
№1. — С. 62—69
№2. — С. 60—63
№12. — С. 69—72
№2. — С. 94—99
№10. — С. 70—83
№3. — С. 81—88
№7. — С. 74—83
№11. — С. 88—95
№7. — С. 90—100
№8. — С. 92—98
№2. — С. 88—93
№1. — С. 57—61
№3. — С. 64—68
№6. — С. 16—22
№9. — С. 43—47
№10. — С. 36—40
№12. — С. 61—63
№7. — С. 57—60
№8. — С. 92—98
№8. — С. 51—56

В

Ведерникова А.В.
Венгеров Ю.Ю.
Веретинская А.Г.
Власов В.В.
Власова И.Б.
Волгина Т.А.
Волков А.В.

№1. — С. 50—56
№12. — С. 64—68
№1. — С. 50—56
№5. — С. 90—94
№8. — С. 92—98
№2. — С. 56—59
№12. — С. 13—19

Г

Гаврилов К.А.
Гамалея Н.Б.

Ганин Д.И.
Гареева А.Э.

№7. — С. 40—49
№4. — С. 54—63
№8. — С. 57—65
№10. — С. 70—83
№7. — С. 61—67
№6. — С. 66—75

Генерозов Э.В.
Голенков А.В.

Гончаров А.С.
Горячев Д.Н.
Григорьев А.М.
Гроховский С.С.

№1. — С. 50—56
№3. — С. 28—34
№10. — С. 30—35
№6. — С. 47—55
№12. — С. 73—78
№2. — С. 73—84
№9. — С. 59—63

Д

Давыдов Б.В.
Давыдов В.
Данишевский К.Д.
Дворниченко Л.А.

Дворская О.Н.
Демидова О.В.
Демин А.К.
Джумагазиев А.А.
Джурко Ю.А.
Дзантиев Б.Б.
Должанская Н.А.
Доморощинова М.Г.
Дробленков А.В.
Дудина К.Р.
Дудко Т.Н.
Дукорский В.В.
Дядичко А.Н.

№12. — С. 64—68
№2. — С. 26—28
№5. — С. 90—94
№8. — С. 78—81
№9. — С. 48—51
№10. — С. 64—69
№11. — С. 96—97
№5. — С. 90—94
№11. — С. 63—66
№2. — С. 73—84
№12. — С. 64—68
№10. — С. 47—53
№3. — С. 28—34
№3. — С. 43—50
№1. — С. 50—56
№2. — С. 88—93
№11. — С. 34—40
№5. — С. 97—99

Е

Егоренков А.И.
Ермакова Г.А.

№1. — С. 93—102
№1. — С. 57—61

Ж

Жданов Д.Д.
Жуманов А.А.
Журавлева А.С.

№6. — С. 84—88
№12. — С. 35—37
№6. — С. 47—55

З

Забирова И.Г.
Зекрина Н.А.
Зенцова Н.И.
Зеренин А.Г.
Зиновьев В.В.

№2. — С. 73—84
№10. — С. 84—94
№2. — С. 88—93
№10. — С. 24—29
№1. — С. 22—28
№12. — С. 11—12
№12. — С. 13—19
№1. — С. 50—56

Зиновьева М.А.
Знойко О.О.

И

Иванов В.П.

№1. — С. 17—18
№2. — С. 22—23
№5. — С. 12—15
№7. — С. 12—14
№7. — С. 15—17
№11. — С. 12—14
№12. — С. 8—10
№7. — С. 68—73
№8. — С. 47—50
№1. — С. 50—56
№2. — С. 34—46
№3. — С. 13—21
№4. — С. 26—35

Иванов В.П.
Иванова Г.А.
Ивашкин В.Т.
Игонин А.Л.

П		Тяжелников С.Ф.	№2. — С. 85—87
Панченко Л.Ф.	№6. — С. 47—55 №7. — С. 61—67 №12. — С. 64—68	У	№10. — С. 54—57 №4. — С. 54—63 №8. — С. 57—65 №4. — С. 54—63 №6. — С. 16—22
Песков Б.В.	№1. — С. 88—92 №10. — С. 41—46		
Пирожков С.В. Плоткин Ф.Б.	№6. — С. 47—55 №3. — С. 89—100 №6. — С. 89—103 №12. — С. 88—91		
Полетаев А.Б. Полетаева А.А. Понкина А.А. Поплевченков К.Н. Порсева Н.Ю. Пхиденко С.В.	№7. — С. 61—67 №7. — С. 61—67 №9. — С. 88—91 №1. — С. 50—56 №10. — С. 64—69 №10. — С. 47—53		
Р		Х	№9. — С. 64—66 №12. — С. 38—45 №9. — С. 71—77 №11. — С. 67—71 №11. — С. 57—62 №9. — С. 92—93 №6. — С. 66—75
Разводовский Ю.Е.	№3. — С. 35—42 №6. — С. 43—46 №11. — С. 34—40		
Ракитянская Е.А. Редько А.Н. Рожанец В.В.	№2. — С. 88—93 №1. — С. 57—61 №2. — С. 73—84 №9. — С. 71—77		
С			
Саверский А.В. Савчук С.А. Сакеллион Д.Н. Самойлик Л.В. Сафонов О.А.	№5. — С. 90—94 №2. — С. 73—84 №7. — С. 84—89 №2. — С. 73—84 №2. — С. 47—55 №3. — С. 22—27 №4. — С. 36—43 №7. — С. 50—56 №8. — С. 40—46 №3. — С. 28—34 №2. — С. 60—63 №12. — С. 79—81 №11. — С. 50—56 №12. — С. 38—45 №7. — С. 61—67 №7. — С. 61—67 №12. — С. 38—45 №9. — С. 64—66 №11. — С. 50—56 №11. — С. 50—56 №7. — С. 57—60 №12. — С. 46—51 №12. — С. 64—68 №8. — С. 88—91 №2. — С. 73—84	Ц	№10. — С. 58—63 №2. — С. 56—59 №9. — С. 52—58 №12. — С. 38—45
Сафронов С.А. Семенihin Д.Г. Сиволап Ю.П. Сидоров П.И.	№3. — С. 22—27 №4. — С. 36—43 №7. — С. 50—56 №8. — С. 40—46 №3. — С. 28—34 №2. — С. 60—63 №12. — С. 79—81 №11. — С. 50—56 №12. — С. 38—45 №7. — С. 61—67 №7. — С. 61—67 №12. — С. 38—45 №9. — С. 64—66 №11. — С. 50—56 №11. — С. 50—56 №7. — С. 57—60 №12. — С. 46—51 №12. — С. 64—68 №8. — С. 88—91 №2. — С. 73—84		
Симонов Д.В. Симонова А.В. Синицкий В.В. Соловьев А.Г.	№3. — С. 22—27 №4. — С. 36—43 №7. — С. 50—56 №8. — С. 40—46 №3. — С. 28—34 №2. — С. 60—63 №12. — С. 79—81 №11. — С. 50—56 №12. — С. 38—45 №7. — С. 61—67 №7. — С. 61—67 №12. — С. 38—45 №9. — С. 64—66 №11. — С. 50—56 №11. — С. 50—56 №7. — С. 57—60 №12. — С. 46—51 №12. — С. 64—68 №8. — С. 88—91 №2. — С. 73—84		
Соловьева Н.В. Соснина В.С. Софронов А.Г. Старовойтова Т.Ф. Сперанская О.И. Суркова Л.А.	№3. — С. 22—27 №4. — С. 36—43 №7. — С. 50—56 №8. — С. 40—46 №3. — С. 28—34 №2. — С. 60—63 №12. — С. 79—81 №11. — С. 50—56 №12. — С. 38—45 №7. — С. 61—67 №7. — С. 61—67 №12. — С. 38—45 №9. — С. 64—66 №11. — С. 50—56 №11. — С. 50—56 №7. — С. 57—60 №12. — С. 46—51 №12. — С. 64—68 №8. — С. 88—91 №2. — С. 73—84		
Т		Ш	№1. — С. 36—43 №3. — С. 43—50 №8. — С. 51—56 №5. — С. 90—94 №9. — С. 64—66 №4. — С. 49—53 №7. — С. 57—60 №11. — С. 44—49 №5. — С. 68—76 №12. — С. 11—12 №11. — С. 50—56 №8. — С. 92—98 №3. — С. 69—73 №4. — С. 64—68 №12. — С. 57—60
Теребилина Н.Н.	№6. — С. 47—55 №7. — С. 61—67		
Теркулов Р.И.	№5. — С. 85—89 №7. — С. 57—60 №11. — С. 41—43		
Тетендова Е.Ю.	№3. — С. 58—63 №7. — С. 40—49 №10. — С. 84—94 №6. — С. 16—22 №10. — С. 36—40 №12. — С. 69—72 №10. — С. 64—69		
Титов С.С. Трескова И.А. Туманова Н.Н. Тумилович Е.Ю.	№6. — С. 16—22 №10. — С. 36—40 №12. — С. 69—72 №10. — С. 64—69	Щ	№11. — С. 78—87
У			
Улезко Т.А. Ульянова Л.И.	№10. — С. 54—57 №4. — С. 54—63		
Ульянова М.А. Усов Г.М.	№4. — С. 54—63 №6. — С. 16—22		
Ф		Х	№9. — С. 64—66 №12. — С. 38—45 №9. — С. 71—77 №11. — С. 67—71 №11. — С. 57—62 №9. — С. 92—93 №6. — С. 66—75
Федоров М.В.	№3. — С. 58—63 №7. — С. 40—49 №6. — С. 66—75		
Федорова С.А.	№3. — С. 58—63 №7. — С. 40—49 №6. — С. 66—75		
Х			
Харькова О.А.	№9. — С. 64—66 №12. — С. 38—45 №9. — С. 71—77 №11. — С. 67—71 №11. — С. 57—62 №9. — С. 92—93 №6. — С. 66—75	Ц	№10. — С. 58—63 №2. — С. 56—59 №9. — С. 52—58 №12. — С. 38—45
Холдин В.Н. Хорошкина Л.А. Храмова Д.Г. Худяков А.В. Хуснутдинова Э.К.	№2. — С. 88—93 №1. — С. 57—61 №2. — С. 73—84 №9. — С. 71—77		
С			
Царев С.А. Цыганков Б.Д.	№5. — С. 90—94 №2. — С. 73—84 №7. — С. 84—89 №2. — С. 73—84 №2. — С. 47—55 №3. — С. 22—27 №4. — С. 36—43 №7. — С. 50—56 №8. — С. 40—46 №3. — С. 28—34 №2. — С. 60—63 №12. — С. 79—81 №11. — С. 50—56 №12. — С. 38—45 №7. — С. 61—67 №7. — С. 61—67 №12. — С. 38—45 №9. — С. 64—66 №11. — С. 50—56 №11. — С. 50—56 №7. — С. 57—60 №12. — С. 46—51 №12. — С. 64—68 №8. — С. 88—91 №2. — С. 73—84		
Цыганок Т.В.	№3. — С. 22—27 №4. — С. 36—43 №7. — С. 50—56 №8. — С. 40—46 №3. — С. 28—34 №2. — С. 60—63 №12. — С. 79—81 №11. — С. 50—56 №12. — С. 38—45 №7. — С. 61—67 №7. — С. 61—67 №12. — С. 38—45 №9. — С. 64—66 №11. — С. 50—56 №11. — С. 50—56 №7. — С. 57—60 №12. — С. 46—51 №12. — С. 64—68 №8. — С. 88—91 №2. — С. 73—84		
Ч		Ш	№1. — С. 36—43 №3. — С. 43—50 №8. — С. 51—56 №5. — С. 90—94 №9. — С. 64—66 №4. — С. 49—53 №7. — С. 57—60 №11. — С. 44—49 №5. — С. 68—76 №12. — С. 11—12 №11. — С. 50—56 №8. — С. 92—98 №3. — С. 69—73 №4. — С. 64—68 №12. — С. 57—60
Чащина О.А. Черепкова Е.В.	№6. — С. 16—22 №1. — С. 70—74 №3. — С. 64—68 №1. — С. 50—56		
Чоговадзе А.Г.	№6. — С. 16—22 №1. — С. 70—74 №3. — С. 64—68 №1. — С. 50—56		
Ш			
Шабанов П.Д.	№1. — С. 36—43 №3. — С. 43—50 №8. — С. 51—56 №5. — С. 90—94 №9. — С. 64—66 №4. — С. 49—53 №7. — С. 57—60 №11. — С. 44—49 №5. — С. 68—76 №12. — С. 11—12 №11. — С. 50—56 №8. — С. 92—98 №3. — С. 69—73 №4. — С. 64—68 №12. — С. 57—60	Щ	№11. — С. 78—87
Шабашова А.Е. Шадрина О.В. Шайдукова Л.К. Шамсутдинов Я.В. Шаховский К.П. Шевцова Ю.Б.	№1. — С. 36—43 №3. — С. 43—50 №8. — С. 51—56 №5. — С. 90—94 №9. — С. 64—66 №4. — С. 49—53 №7. — С. 57—60 №11. — С. 44—49 №5. — С. 68—76 №12. — С. 11—12 №11. — С. 50—56 №8. — С. 92—98 №3. — С. 69—73 №4. — С. 64—68 №12. — С. 57—60		
Шидакова Н.А. Шуплякова А.В. Шустов Д.И.	№1. — С. 36—43 №3. — С. 43—50 №8. — С. 51—56 №5. — С. 90—94 №9. — С. 64—66 №4. — С. 49—53 №7. — С. 57—60 №11. — С. 44—49 №5. — С. 68—76 №12. — С. 11—12 №11. — С. 50—56 №8. — С. 92—98 №3. — С. 69—73 №4. — С. 64—68 №12. — С. 57—60		
Щ			
Щербакова О.Ф.	№11. — С. 78—87	Я	№10. — С. 95—101 №1. — С. 36—43 №2. — С. 56—59
Я			
Ягубов М.И. Яклашкин А.В. Яковлева П.А.	№10. — С. 95—101 №1. — С. 36—43 №2. — С. 56—59		
Я			