

ГОО «Таджикский государственный медицинский университет  
им. Абуали ибни Сино»

УДК: 614.2; 616.89-008.441.33-039.71

*На правах рукописи*

**Гулямов Шодибек Минхожевич**

**Клинические и социальные аспекты героиновой  
наркомании в городе Душанбе**

**Диссертация на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук  
по специальности 14.02.03 – Общественное здоровье и здравоохранение**

Научный руководитель:  
Заслуженный деятель науки и техники  
Республики Таджикистан,  
Академик РАН,  
д.м.н., профессор  
Ф.И. Одинаев

Научный консультант:  
доктор медицинских наук, профессор  
Н.М. Шарпова

Душанбе- 2021

## Оглавление

<b>Список сокращений и условных обозначений .....</b>	<b>4</b>
<b>Введение .....</b>	<b>5</b>
<b>Общая характеристика работы .....</b>	<b>9</b>
<b>Глава 1. Обзор литературы .....</b>	<b>15</b>
1.1. Клинико-социальная характеристика наркомании .....	15
1.2. Правовые основы оказания наркологической помощи в РТ .....	27
1.3. Современные данные о распространённости наркомании .....	29
1.4. Программы профилактики и психосоциальной реабилитации наркомании, реализуемые в Республике Таджикистан .....	31
<b>Глава 2. Материал и методы исследования .....</b>	<b>35</b>
2.1. Характеристика исследуемого материала .....	35
2.2. Статистическая обработка данных .....	44
<b>Глава 3. Социально-демографическая и клинико-динамическая характеристика героиновой наркомании .....</b>	<b>46</b>
3.1. Социально-демографические факторы героиновой наркомании ...	46
3.2. Клинико-динамические факторы героиновой наркомании .....	53
<b>Глава 4. Значение отдельных социально-демографических и клинико-динамических характеристик героиновой наркомании в оценке прогноза заболевания .....</b>	<b>61</b>
4.1. Влияние социально-демографических факторов героиновой наркомании на исход заболевания .....	61
4.2. Влияние клинико-динамических факторов героиновой наркомании на исход заболевания .....	64
<b>Глава 5. Пути совершенствования лечебно-профилактической помощи больным героиновой наркоманией .....</b>	<b>79</b>

5.1. Некоторые вопросы реорганизации службы наркологической помощи населению .....	79
5.2. Внедрение современных профилактических программ для больных героиновой наркоманией .....	81
<b>Обсуждение результатов .....</b>	<b>85</b>
<b>Заключение .....</b>	<b>98</b>
<b>Список литературы .....</b>	<b>101</b>

## Список сокращений и условных обозначений

ВОЗ - Всемирная организация здравоохранения

ВИЧ - вирус иммунодефицита человека

ГОУ - Государственное образовательное учреждение

ГУ - Государственное учреждение

ИППП - инфекции передающиеся половым путем

МЗ и СЗН - Министерство здравоохранения и социальной защиты населения

МВД - Министерство внутренних дел

ООН - Организация Объединенных Наций

ПАВ - психоактивные вещества

ПИН - потребители инъекционных наркотиков

РКЦН - Республиканский клинический центр наркологии

РРП – Районы республиканского подчинения

РТ - Республика Таджикистан

РФ - Российская Федерация

СМИ - Средства массовой информации

СНГ - Содружество Независимых Государств

СПИД - Синдром приобретённого иммунодефицита

СССР - Союз Советских Социалистических Республик

США - Соединённые Штаты Америки

ТГМУ - Таджикский государственный медицинский университет

## Введение

**Актуальность и необходимость проведения исследований по теме диссертации.** Распространение наркомании во всём мире и в Республике Таджикистан в последние годы существенно возросло и влечёт за собой медико-социальные, правовые и экономические последствия [Шарапова Н.М., 2014; Ахмедов А. и др., 2014; Палаткин В.Я., 2018; Olfson M., 2018]. Во всём мире наркотики употребляют путём инъекций почти 12 млн. человек, среди которых один из восьми является носителем ВИЧ, а более половины инфицированы гепатитом С [Сафонов О.А., 2011; World Drug Report, 2019]. Опиоиды, включая героин, признаны наиболее опасными видами наркотиков, на долю которых приходится наибольшая часть преждевременной смерти среди потребителей наркотиков [Малахов М.Н., 2008; Корень С.В., 2018].

Географическое расположение Республики Таджикистан и наличие общей границы с Афганистаном, ситуация в котором, по признанию международного сообщества в последние годы характеризовалась незаконным производством значительных объёмов наркотических средств опийной группы, оказало определённое негативное влияние на распространение наркомании в регионе. В связи с тем, что основной объём наркотических веществ, находящихся в незаконном обороте, приходится на героин, в структуре потребления наркотических веществ в Таджикистане, доля этого наркотического вещества является преобладающей и составляет 82 % [Малахов М.Н., 2004; Шарапова Н.М., 2015].

Возраст лиц, вовлекаемых в употребление наркотиков снижается, в данный процесс вовлекаются молодые люди из разных социальных кругов, в том числе учащиеся, ввиду чего происходит утрата жизненных перспектив и смена основных приоритетов [Найденова Н.Г., 2002; Баянова Т.А., 2014; Dauria E.F., 2018]. Масштаб проблемы таков, что в профилактическую деятельность в Республике Таджикистан, наряду с медицинскими работниками, вовлечены представители общественных неправительственных

организаций, правоохранительные структуры, средства массовой информации, педагоги сферы среднего и высшего образования, религиозные деятели, с этой целью проводятся конференции, круглые столы, тренинги и семинары, на законодательном уровне разрабатываются и принимаются программные документы призванные усилить борьбу с распространением наркоманий и сопутствующих им тяжёлых заболеваний [Байбабаев А.А. и др., 2012; Зокиров А.Х., 2015]. Данная ситуация отражает необходимость дальнейших усилий в области разработки и внедрения новых подходов как терапии, так и профилактики наркотизма.

**Степень изученности научной проблемы.** Несмотря на то, что ранее уже изучались различные характеристики опиоидной наркомании, такие как особенности течения ремиссий [Mathei C., 2005; Hartzler B., 2010], формирования героиновой наркомании у лиц молодого возраста [Найденова Н.Г., 2002; Hadland S.E., 2011], катamnестические аспекты [Краснятова Ю.А., 2007], особенности героиновой наркомании у женщин [Садвакасова Г.А., 2009; Саидмурадов Д.У., 2014], этно-культуральные аспекты наркомании [Малахов М.Н., 2009; Маликов Н.В., 2014], тем не менее влияние клинико-динамических и социально-демографических факторов на течение и исходы наркомании остаются одними из недостаточно изученных проблем в наркологии [Гулямов М.Г. и др., 1994; Кошкина Е.А., 2009; Малахов М.Н., 2010; Кибитов А.О., 2016].

В связи с этим необходимо отметить, что значение социально-демографических и клинико-динамических факторов в оценке прогноза героиновой наркомании в Республике Таджикистан недостаточно изучены и требуют дальнейших исследований, результаты которых предоставляют возможность установить факторы, имеющие влияние на прогноз заболевания и с учётом этого разработать рекомендации по дифференциации клинико-организационных подходов и внести коррективы и предложения в совершенствование наркологической помощи в стране.

В Республике Таджикистан, по данным статистики наркологической службы, отмечается высокий уровень численности населения, употребляющих наркотические вещества (83,6 на 100 тысяч населения, всего – 7054 человек), превышая показатель численности лиц, злоупотребляющих алкоголем (73,7 на 100 тысяч населения, всего - 6231 человек). С момента впервые зарегистрированных 57-ми больных героиновой наркоманией в 1997 году, их число сегодня, спустя немногим более 20 лет, выросло более чем в 100 раз. По статистическим данным, в городе Душанбе зарегистрировано наибольшее число наркозависимых – 38% (2654 чел.), от общего числа состоящих на учете, превышая данный показатель в других регионах страны. В структуре потребляемых наркотических веществ, доля героина составляет 82 % (5784 чел.) [Здоровье населения и здравоохранение РТ, 2018].

В утверждённой Правительством страны Национальной программе по профилактике распространения наркозависимости и совершенствованию наркологической помощи в Республике Таджикистан на 2013 - 2017 годы, отмечается, что «ранее предпринятые меры по мониторингу, анализу и оценке ситуации, в том числе предотвращению наркомании как негативного явления, нуждаются в дальнейшем совершенствовании и обновлении. Основным фактором, характеризующим наркологическую ситуацию в Республике Таджикистан как сложную и социально - опасную, является рост числа героиновых наркоманов. В настоящее время возникла необходимость в научно обоснованном изучении ситуации, проведении социальных исследований среди населения для определения причин распространения этого явления и принятия конкретных мер. Наркомания и алкоголизм являются опасными факторами распространения инфекционных заболеваний, развития серьёзных болезней органов нервной, сердечно-сосудистой системы и хронических заболеваний. Одной из основных трудностей, которая стала причиной увеличения количества больных, принимающих психоактивные вещества, является отсутствие координации и несогласованная деятельность большинства общественных организаций, действующих в этом направлении с

государственными органами и организациями, а также низкий уровень семейного просвещения в деле профилактики применения этих веществ» [Национальная программа по профилактике распространения наркозависимости и совершенствованию наркологической помощи в Республике Таджикистан на 2013 - 2017 годы, утверждена Постановлением Правительства РТ №183 от 30 апреля 2012 г.].

Большие масштабы распространения инъекционного употребления наркотиков, тяжёлое бремя медицинских, социальных последствий для потребителей наркотиков и членов их семей, значительное распространение гемоконтактных инфекций среди потребителей инъекционных наркотиков, обуславливает актуальность исследований злоупотребления наркотическими веществами [Шевцова Ю.Б., 2010; Байбабаев А.А. и др., 2012; Feder К.А., 2017].

Исходя из вышеизложенного, учитывая влияние наркопотребления на распространение гемоконтактных инфекций таких как ВИЧ и гепатиты и социальные последствия включающие в себя разрушение социальных связей, распад семьи, сужение круга интересов ограничивающимся употреблением наркотиков, снижение способности к получению образования и нарушение трудового статуса, вовлечение в асоциальную и криминальную деятельность, и как следствие этого деградация личности, данная работа имеет особую актуальность не только для здравоохранения страны, но и общества в целом, т.к. наркомания является масштабной социальной проблемой.

#### **Теоретическая и методологическая основы исследований.**

Теоретическими и методологическими основами диссертационного исследования, явились научные труды отечественных и зарубежных ученых, результаты больших клинических исследований, монографии. Основу методологических исследований составило клинико-катамнестическое исследование медицинской документации больных.



## **Общая характеристика работы**

**Цель исследования:** Изучить клинические и социальные характеристики героиновой наркомании в г. Душанбе и их влияние на прогноз заболевания, разработать рекомендации по усовершенствованию специализированной наркологической помощи.

**Объект исследования.** В качестве объекта исследования была исследована медицинская документация на 170 пациентов ГУ «РКЦН им. проф. М.Г. Гулямова» (г. Душанбе), с установленным диагнозом F11. - «Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением опиоидов» на основе МКБ-10, обращавшихся за наркологической помощью в период с 2015 по 2018 годы, либо снятых с учёта в связи со смертью в тот же период. Также, была подробно изучена информация (научные статьи журналов, конференций, статистические данные Агентства по статистике при Президенте РТ, заключения судебно-наркологической экспертной комиссии МЗ и СЗН РТ, материалы практической деятельности ГУ «РКЦН им. проф. М.Г. Гулямова») о мерах противодействия героиновой наркомании со стороны наркологической службы РТ.

**Предмет исследования.** Предметом исследования были социально-демографические факторы, клинико-динамические характеристики героиновой наркомании, профилактические и реабилитационные программы, реализуемые в наркологической службе РТ.

### **Задачи исследования:**

1. Изучить и представить социально-демографические особенности больных наркоманиями в г. Душанбе и структуру потребляемых ими наркотических веществ.
2. Изучить социально-демографические и клинико-динамические факторы героиновой наркомании у наркозависимых лиц, состоящих на учёте в г. Душанбе.

3. Установить значение отдельных социально-демографических и клинико-динамических характеристик героиновой наркомании в оценке прогноза заболевания.
4. Используя полученные данные, разработать и представить рекомендации по совершенствованию специализированной наркологической помощи в РТ.

**Методы исследования.** В работе применялись эпидемиологический, клинико-катамнестический и статистико-математический методы. С помощью эпидемиологического метода определялись распространённость героиновой наркомании и её динамика в г. Душанбе и других регионах страны, с помощью клинико-катамнестического метода анализировались социально-демографические и клинические характеристики больных, а также факторы, оказывающие влияние на исход заболевания.

**Отрасль исследования.** Диссертационная работа соответствует паспорту ВАК при Президенте Республики Таджикистан по специальности 14.02.03. – Общественное здоровье и здравоохранение: подпункт 3.4. Состояние здоровья населения и тенденции его изменения, исследование демографических процессов, заболеваемости, физического развития, воздействия социальных, демографических факторов и факторов внешней среды на здоровье населения, его отдельных групп; подпункт 3.5. Организация медицинской помощи населению, разработка новых организационных моделей и технологий профилактики, оказания медицинской помощи и реабилитации населения; оценка качества внебольничной и стационарной медицинской помощи. Обоснование путей развития и реформирования системы здравоохранения, организация специализированной медицинской помощи.

**Этапы исследования.** Написание диссертации проводилось поэтапно согласно установленному плану. На первом этапе нами была изучена научная литература по данной проблеме, затем была сформирована тема, цель диссертации. На втором этапе происходил набор пациентов, анализ амбулаторных карт больных, изучение социально-демографических и

клинических характеристик больных героиновой наркоманией, значение указанных параметров в исходе заболевания, анализ полученных результатов, составление таблиц, статистическая обработка данных. На следующем этапе была написана диссертация.

**Основная информационная и экспериментальная база.** В данной работе была изучена информация (диссертации, защищенные в Республике Таджикистан, странах СНГ и дальнего зарубежья, научные статьи журналов, материалы конференций) по вопросам распространения, лечения и профилактики героиновой наркомании, а также реабилитационных программ в системе наркологической помощи. Исследования проводились на базе ГУ «РКЦН им. проф. М.Г.Гулямова» в г. Душанбе.

**Достоверность диссертационных результатов.** Достоверность результатов, выводов и заключения обеспечивалась правильно выбранным направлением исследования, с учётом ранее проведенных исследований в Республике Таджикистан и зарубежных странах, достаточным объемом материалов исследования, статистической обработкой результатов исследований с помощью современных технологий. Выводы и рекомендации основаны на научном анализе результатов исследования прогностического значения социально-демографических и клинико-динамических характеристик героиновой наркомании.

**Научная новизна исследования.** В настоящем исследовании впервые на большом клиническом материале больных героиновой наркоманией в Республике Таджикистан, было изучено значение социально-демографических и клинико-динамических факторов в оценке прогноза героиновой наркомании. Выявление данных взаимосвязей могут быть использованы для формирования оценки прогноза исходов героиновой наркомании и осуществления дифференцированного подхода при проведении лечебно-профилактических мероприятий. Установлено влияние на исходы героиновой наркомании таких социально-демографических и клинико-

динамических факторов как возраст, образовательный уровень, трудовой и семейный статус, прохождение службы в вооружённых силах, давность заболевания, особенность наркотического вещества первой пробы, преморбидные особенности личности, возраст начала систематического употребления наркотических веществ, наличие сопутствующих заболеваний, прогрессивность заболевания, кратность проведённого противорецидивного лечения и продолжительность ремиссий. На основе полученных результатов предложены методические подходы к определению «группы риска» по отношению к неблагоприятному прогнозу героиновой наркомании, основанному на наличии социально-демографических и клинико-динамических факторов отрицательного влияния, разработаны рекомендации по осуществлению дифференцированного подхода при проведении лечебно-профилактических мероприятий героиновой наркомании.

**Теоретическая ценность исследования.** Теоретические, методологические положения, выводы и рекомендации, представленные в диссертационном исследовании, могут быть использованы при разработке методических рекомендаций для медицинских ВУЗов и курсов повышения квалификации врачей.

**Практическая ценность исследования.** Данные результаты дополняют представления о значимости дифференцированных подходов к организации лечения больных героиновой наркоманией с учётом их социально-демографических и клинико-динамических показателей. Результаты диссертационного исследования используются на кафедре психиатрии и медицинской психологии им. профессора М.Г. Гулямова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», в процессе чтения лекций студентам и слушателям циклов усовершенствования врачей, применяются в практической работе врачей ГУ «РКЦН им. проф. М.Г. Гулямова».

**Положения, выносимые на защиту:**

1. На прогноз героиновой наркомании оказывают влияние социально-демографические и клинические факторы.

2. Совокупность таких клинических и социально-демографических характеристик больных героиновой наркоманией как начало систематического употребления наркотических веществ в возрасте до 20 лет, низкий образовательный уровень, нарушенный трудовой и семейный статус, употребление героина в качестве наркотического вещества первой пробы, давность заболевания более 10 лет, высоко-прогредиентный темп течения, преморбидные особенности личности по возбудимому или истерическому типу, попытки противорецидивного лечения более 4 раз, длительность ремиссий менее одного года, наличие сопутствующих заболеваний в виде гепатита С или ВИЧ определяют неблагоприятный прогноз заболевания.
3. Факторами, обуславливающими благоприятный прогноз, являются: начало употребления наркотических веществ в возрасте старше 40 лет, сохраненный семейный статус, наличие высокого уровня образования и занятость трудовой деятельностью, наркотическое вещество первой пробы отличное от героина, длительность употребления наркотиков менее 5 лет, мало-прогредиентный темп течения заболевания, низкая частота противорецидивного лечения не более одного раза, отсутствие преморбидных особенностей личности, длительность перенесённых ремиссий свыше одного года, отсутствие характерных для инъекционного наркопотребления сопутствующих заболеваний в виде вирусных гепатитов или ВИЧ.
4. Установленные факторы прогноза должны учитываться при оказании наркологической помощи населению.

**Личный вклад соискателя.** Автором сформулированы цель и задачи диссертационного исследования, определён объём и методы его выполнения, выполнен аналитический обзор источников отечественной и зарубежной литературы по теме исследования, осуществлён сбор первичных материалов, анализ и обобщение полученных результатов, сформулированы выводы и на их основе разработаны рекомендации лечебно-профилактического характера.

Автором лично была исследована медицинская документация на всех исследуемых лиц и самостоятельно заполнена разработанная им исследовательская база на исследуемую группу больных в количестве 170 человек. Полученные таким образом сведения были проанализированы статистико-математическим методом. Кроме того, диссертантом были проанализированы статистические данные Агентства по статистике при Президенте РТ, заключения судебно-наркологической экспертной комиссии МЗ и СЗН РТ, проведён анализ первичной научной информации.

**Апробация диссертации и информация об использовании её результатов.** Основные положения диссертации доложены на объединённом заседании кафедры психиатрии и медицинской психологии им. проф. М.Г. Гулямова ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино» и ГУ «Республиканский клинический центр наркологии им. проф. М.Г. Гулямова» (Душанбе, 2019 г.); Международном семинаре ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино «Междисциплинарный обмен по психотравматологии» (Душанбе, 2019 г.); XV Международной научно-практической конференции молодых учёных и студентов ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» - «Современные проблемы и перспективные направления инновационного развития науки» (Душанбе, 2020 г.); Межкафедральной проблемной комиссии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино» (Душанбе, 2020 г.).

**Опубликование результатов диссертации.** По теме диссертации опубликовано 7 печатных работ, в том числе 3 статьи в рецензируемых научных журналах, рекомендуемых ВАК при Президенте РТ для публикации результатов диссертационных исследований.

**Структура и объём диссертации.** Диссертация изложена на 127 страницах машинописного текста, состоит из введения, общей характеристики работы, обзора литературы и 4 глав, результатов исследования, обсуждения результатов, заключения и списка литературы, включающего 224 источника (из них 156 русскоязычных и 68 на других иностранных языках). Работа содержит 27 таблиц и 18 рисунков.

## Глава 1. Обзор литературы

### 1.1. Клинико-социальная характеристика наркомании

Наркомания — тяжёлое заболевание, которое характеризуется употреблением веществ, признанных наркотическими для достижения немедицинских целей. Термин «наркомания» подразумевает как клинические, так и медико-юридические и социальные аспекты, он может быть применён к злоупотреблению теми веществами, которые на законодательном уровне признаются наркотическими, кроме того, в ряде стран злоупотребление наркотиками квалифицируется как противоправное действие [41,95,96,131,132,216,219].

Одно из наиболее полных определений термина наркомании описано И.Н. Пятницкой. Она подразумевает под наркоманией - «состояние, определяемое синдромом изменённой реактивности, синдромом психической зависимости и синдромом физической зависимости. Эти три синдрома, составляющие большой наркоманический синдром, отличают наркомана от здорового человека» [109-111]. Н.Н. Иванец, говоря о границах заболевания обозначает, что - «если есть абстинентный синдром - есть заболевание, если нет абстинентного синдрома - нет заболевания» [52-54].

Большое число авторов сходятся во мнении, что поиск эйфории является ведущим мотивом приобщения к наркотикам [12,56,38,155,156, 206-212].

Клиническая и социально-демографическая характеристика больных наркоманией в регионе, уже являлась предметом ряда исследований в различные периоды, однако результаты полученных исследований по многим аспектам продолжают оставаться противоречивыми. По данным одних авторов [41], среди больных наркоманией преобладают лица с низким образовательным уровнем, по мнению других [134], в отдельных хронологических периодах чаще наблюдался высокий образовательный уровень наркозависимых, кроме того, в некоторых исследованиях

[24,78,95,105,139] отмечается высокая частота формирования наркотической зависимости у акцентуированных и психопатических личностей.

В современной литературе, при описании наркомании, наряду с понятием «зависимость» и «аддикция» используют также в качестве синонима слово «пристрастие» - описывая болезненное состояние, которое характеризуется явлениями психической и физической зависимости, устойчивой потребностью в регулярном употреблении психоактивных веществ [21,89,127,130,162,180].

При описании наркозависимости от наркотиков опийной группы - таких как морфин и героин, в литературе часто используются такие термины как «опийная» наркомания и «героиновая» наркомания [35,179,189,192,200,222].

Результаты анализа отечественных и зарубежных литературных источников, посвящённых проблеме наркомании, свидетельствуют о том, что, в настоящее время, некоторые клиничко-социальные аспекты этой актуальной проблемы продолжают оставаться недостаточно изученными и местами противоречивыми [60-74,108,123,166-169].

Каннабиоиды – психоактивные вещества, получаемые из различных сортов конопли. К ним относятся марихуана – высушенная и измельченная смесь различных частей растения, гашиш- загустевшая смола растения. Основной способ употребления каннабиоидов - их курение. При термическом разрушении конопли высвобождается более ста фармакологически активных веществ, вдыхаемых с дымом, из которых наиболее наркогенным является тетрагидроканнабиол. Опий – психоактивное вещество, добываемое из опийного мака. Опий является фармацевтическим сырьём, содержащим 26 различных алкалоидов, из которых самые важные - морфин, кодеин, наркотин. Опий употребляется наркопотребителями как путём курения, так и внутрь [108,166,167,183,193].

Героин или диацетилморфин – относится к полусинтетическим опиоидам, который изначально был синтезирован в начале двадцатого века



фармацевтической промышленностью как лекарственное средство, но позже, после выявления формирования психической и физической зависимости к нему, был выведен из законного оборота. Основным способом употребления – внутривенная инъекция, вследствие чего при групповом употреблении с использованием общего шприца и иглы происходит распространение гемоконтактных инфекций. Ввиду того, что при героиновой наркомании в короткие сроки формируется и крайне тяжело протекает абстинентный синдром, героин в мировой практике признан одним из наиболее опасных наркотиков, несущих в себе тяжёлые медицинские и социальные последствия по сравнению с другими наркотическими веществами. В настоящее время производство героина в мире осуществляется подпольным образом, в процессе которого методом ацетилирования морфина или вещества, содержащего морфин, образуется диацетилморфин [52-56,89-99,177,182].

Героин и другие виды опиоидов представляют собой различные формы доставки морфина к головному мозгу. Героин или диацетилморфин, обладая меньшей полярностью и более высокой мембранной и липидной растворимостью в сравнении с другими препаратами опиоидов, имеет способность быстрее преодолевать гематоэнцефалический барьер и превращаться затем в морфин [40,113,114,165,172,191,195].

По мнению ряда авторов, патологическое влечение к героину формируется при его внутривенном употреблении уже после 2-3 проб [40,52,80,89], по другим данным - после 5-7 инъекций [50,51,52]. Формируется осознанное влечение к употреблению, без периода эпизодического приёма, причём у лиц женского пола формирование может происходить быстрее из-за меньшего контроля за частотой употребления [120-123,187].

Описывается начало употребления героина в возрасте 15-16 лет, при первых пробах каннабиоидов в возрасте 13-15 лет [144,146], на момент первичного обращения за наркологической помощью средний возраст больных героиновой наркоманией составлял  $21,62 \pm 2,2$  года [146].

В другом исследовании установлено, что знакомство больных героиновой наркоманией с психоактивными веществами, начиналось с проб никотина и летучих растворителей в возрасте 12-14 лет, далее происходило приобщению к употреблению алкоголя и каннабиоидов в возрасте 14-15 лет, в завершении происходили первые пробы опиоидов, в частности героина, в возрасте 17 лет [110].

Такие наркотики как героин, кокаин и амфетамин в европейских странах являются наиболее распространёнными наркотиками, наблюдается тенденция к росту их потребления [178,201-215].

По мнению ряда авторов, условный психологический портрет наркозависимых лиц характеризуется признаками эмоциональной холодности, жёсткости, чёрствости, необщительности и безразличия по отношению к окружающим лицам, которые не вовлечены в сферу интересов наркозависимых [24,30,33,35,40-44,49]. В исследовании об особенностях наркомании у подростков, говорится о том, что «для этих больных характерно раннее развитие симптомов заболевания, интенсивный поисковый полинаркотизм, короткий период эпизодического употребления наркотиков, быстрое формирование абстинентного синдрома, высокая прогрессивность заболевания, риск формирования грубых изменений личности с высоким удельным весом асоциального и криминогенного поведения» [76-79,110,144, 179].

Высказывается мнение о синергетической концепции наркотической зависимости, предполагающей формирование зависимости на базе взаимной связи соматогенеза, психогенеза и социогенеза [131].

В период Советского Союза проблема наркомании не была объектом столь пристального внимания как в настоящее время, ввиду её незначительной распространённости и отсутствия контрабандного ввоза наркотических веществ из зарубежных стран [57,99,101,106,175]. Наркозависимые употребляли препараты морфина, коноплю, психотропные препараты

кустарно изготавливались из антигистаминных препаратов, эфедрина и транквилизаторов [84]. Пользовались популярностью средства бытовой химии, которые подростки использовали в качестве ингаляций для целей одурманивания. До конца 90-х годов прошлого столетия в Республике Таджикистан не существовала проблема героиновой наркомании ввиду того, что в тот период основными объектами наркопотребления были гашиш и опий [85-86]. С момента впервые поставленных на наркологический учёт 57-ми больных героиновой наркоманией в 1997 году, их число сегодня, спустя немногим более 20 лет, выросло более чем в 100 раз [48,99].

Описано влияние наряду с биологическими, также и социологических факторов, таких как степень экономического развития социума, современные тенденции в моде, развитие инфраструктуры, наркотизация общества и способы времяпрепровождения лиц молодого возраста на формирование наркоманий вообще и опийной наркомании в частности [100].

М.Г. Гулямов отмечает, что наркомания чаще развивается у неуравновешенных психопатических личностей. Наряду с личностными отклонениями наркоманам и токсикоманам присущи дефекты в воспитании, такие как родительская гиперопека или пренебрежительное отношение к воспитанию. В первом случае подавление самостоятельности ребёнка способствует появлению неуверенности в себе, что приводит к затруднениям в процессе социальной адаптации, а предоставление ему полной бесконтрольной свободы способствует раннему вовлечению в различные антисоциальные компании [40,41,42].

В исследованиях П.Б. Ганнушкина, наркомания оценивается как психопатическое развитие, формирующееся при условии той или иной степени конституциональной предрасположенности. Кроме того, им уделялось особое значение взаимосвязи между конституциональной психопатией и действием употребляемого наркотического вещества, в то же время допуская возможность отсутствия какой-либо предрасположенности

при некоторых формах наркомании. Циклотимии, эпилептоидная и неустойчивая психопатии были им отмечены как наиболее предрасполагающие к формированию наркоманий [38]. Большое значение психопатий при формировании наркоманий, равно как и возможность их становления на неизменённой почве отмечается и другими авторами [11,19,24,78,].

Ряд авторов при описании клинической картины героиновой наркомании отмечает преобладание среди них лиц с эксплозивными, астеническими, шизоидными и стеническими чертами характера [95,105,163,185]. В исследовании, проведённом среди военнослужащих в госпиталях Российской Федерации, было установлено, что все исследованные больные наркоманиями страдали различными личностными расстройствами [88].

Лица, у которых наблюдаются преморбидные личностные расстройства в анамнезе, быстрее чем лица без сопутствующей психической патологии переходят от употребления психоактивных веществ к потреблению запрещённых наркотиков. Кроме того, у таких лиц наблюдается пониженная способность к социальной адаптации [51,72,139,147,173].

Индивидуальная склонность, определяющая реакцию на наркотик, социальная незрелость личности, инфантилизм, раннее начало употребления наркотиков и депрессия могут предопределять неблагоприятный прогноз [148-151,154,155,176].

Низкая адаптация и как следствие неполное вовлечение механизмов психологической защиты, создают для такого индивидуума повышенную уязвимость к воздействию психоактивных веществ, являющихся в их понимании универсальным и быстрым заменителем различных потребностей человека [59,68,83,85,102,171-174].

Ряд авторов описывают взаимосвязь преморбидных личностных особенностей истеро-возбудимого типа с формированием героиновой

наркомании [10,27,28]. Психопатическая мотивация, характеризующаяся элементами переоценки значимости собственной личности, приукрашиванием прошлого и настоящего, стремлением к самолюбованию, попытками манипулирования окружением, также может сочетаться со стремлением к реабилитации и скрытым чувством вины с попытками её переноса на других, а также создания собственной искусственной среды обитания с вовлечением в наркозависимость иных лиц [89,128,129].

Другие исследования показали, что длительное употребление героина нивелирует доблезненные личностные черты характера, одновременно формируя своеобразный наркоманический дефект личности, выражающийся в психопатоподобном поведении, снижении интеллекта и морально-этического уровня [11,38,105].

Отмечено наличие взаимосвязи патологического влечения к психоактивным веществам с выраженными аффективными нарушениями [20,96,115]. Зависимость от наркотиков ряд авторов связывают с формированием компульсивного и обсессивного влечения, которые преопределяют поведение и эмоциональный фон зависимого лица [22,45,159,186,215].

Изучение основ формирования биологических механизмов наркозависимости занимает значительное место в исследованиях последних лет [2,62,94,217,218]. В некоторых исследованиях, среди биологических факторов, играющих роль при формировании наркомании, указываются психопатологическая отягощённость семьи и некоторая степень биологической предрасположенности [61,63,154].

Несмотря на это, в настоящее время не существует единой общепризнанной теории патогенеза наркотической зависимости. В различных исследованиях были изучены механизмы действия наркотических веществ на организм животных, нейробиологических факторов, влияющих на установление наркотической зависимости у человека и

психофизиологических исследованиях последствий злоупотребления наркотиками [21,135-137,181,188].

Было установлено, что в стволовых и лимбических структурах головного мозга человека располагаются физиологические механизмы формирования зависимости от наркотиков. В данных структурах осуществляется регуляция поведенческих реакций, эмоционального состояния, настроения и сферы мотивации. Действие наркотических веществ на нейромедиаторные процессы в данных зонах головного мозга, формирует развитие синдрома зависимости. В лимбических структурах мозга, наркотическое вещество оказывает воздействие на катехоламиную нейромедиацию. Вследствие продолжающейся интоксикации, начинается форсированный синтез катехоламинов, с одновременным подавлением действия ферментов их метаболизма. В свою очередь, прекращение приёма наркотиков инициирует накопление дофамина. Наблюдаемые в структуре синдрома отмены такие симптомы как возбуждение, тревожность, напряжённость и вегетативные расстройства связаны с данным процессом [40,52].

В результате длительной опиоидной интоксикации происходит нарушение деятельности опиоидной системы, что выражается в нарушенных механизмах боли, мотивационных и эмоциональных процессов [79,102,107,165,167,219]

Абстинентный период опиоидной наркомании характеризуется комплексом алгических и вегетативных нарушений в сочетании с аффективными расстройствами и астеническим синдромом, нарушениями мышления и экзогенно-органическими расстройствами, проявлениями тревоги и высоким уровнем депрессивных расстройств, а также неврологическими нарушениями [15,56,76,112,176,181].

В структуре абстинентного синдрома при употреблении опиоидов, ряд авторов выделяет симптомы депрессии, тревоги, раздражительности, эмоциональной лабильности, повышенной ранимости [9,19,50,91,125,138]. Следствием этого является риск развития суицидального поведения. Также

описывается появление риска суицида в поздние сроки, при формировании ремиссии, кроме того, аддиктивное состояние может само выступать в качестве одного из проявлений аутоагрессии [138,185,199,216,224].

Рядом авторов описывается также своеобразный «псевдоабстинентный синдром», который возникал в период от нескольких месяцев и до года после прекращения употребления и выражался во внезапном обострении патологического влечения к наркотику [200,205,221].

При употреблении героина происходят определённые изменения в клинической картине течения опиоидной наркомании. Наблюдается ускорение темпа прогрессивности, утяжеление симптоматики с превалированием аффективных, поведенческих и диссомнических нарушений в структуре абстинентного синдрома. Период постабстинентных расстройств более длителен, носит циклический характер с очерченными фазами и психомоторными взрывами, алгические и соматовегетативные расстройства немного менее выражены [141-143,160,161,170,173].

Влияние гендерных аспектов на течение героиновой наркомании отмечены в ряде исследований [3,12,16,116,117]. Несколько позже, чем у мужчин, происходит знакомство лиц женского пола с различными психоактивными веществами. По сравнению с лицами мужского пола, чаще наблюдается отягощённость депрессиями и низкий уровень образования [120-123,176,187].

По результатам ряда исследований, среди больных героиновой наркоманией, отмечается наличие фактора наследственной отягощённости такими заболеваниями как алкоголизм, наркомания и пограничные психические заболевания. Повзрослевшие дети больных, страдающих наркологическими заболеваниями, могут входить в группу риска формирования зависимостей от различных психоактивных веществ [61,63].

Злоупотребление опиатами сопровождается поражением всех внутренних органов, в особенности печени, её функциональные нарушения обусловлены как токсическим воздействием наркотического вещества, так и

частым инфицированием вирусными гепатитами. Оценочная вероятность инфицирования вирусными гепатитами составляет 40 % через два года внутривенной наркотизации, со временем достигая уровня 100 % [119,202,208].

По мнению других авторов, принимая во внимание иммуносупрессивное состояние организма вследствие наркотизации, риск присоединения вирусных гепатитов через год инъекционного наркопотребления, составляет не менее 90%. Средний интервал от первой инъекции наркотика до выявления инфекционного гепатита в среднем составляет четыре месяца [153].

Наркопотребители часто практикуют незащищённый секс, создавая дополнительные предпосылки для распространения ВИЧ [17,69,73,118]. В результате совместного использования шприцев при употреблении наркотиков, происходит распространение гемоконтактных инфекций, впоследствии распространяясь половым путём на тех, кто не употребляет наркотики путём инъекций или же вовсе их не употребляет [157,197,198,220].

Больные героиновой наркоманией с положительным ВИЧ-статусом имеют относительно высокие риски развития психопатологических расстройств и риски совершения суицидов [73,105].

На фоне сопутствующих заболеваний, таких как вирусные гепатиты, а также патологии головного мозга травматического происхождения, течение абстинентного синдрома опиоидов протекает тяжелее, удлиняется этап постабстинентных расстройств, общеинтоксикационное состояние усиливается органическими изменениями в личностном дефекте, который характерен для опиной наркомании [168,177]. В постабстинентном синдроме отмечается неврологическая симптоматика в виде вегетативной дисфункции [103], кроме того, наблюдаются расстройства интеллектуально-мнестической и эмоциональной сферы, снижающие возможности социальной адаптации в формирующемся ремиссионном периоде [185].

Анализируя варианты темпа течения героиновой наркомании,



некоторые авторы предлагают распределение темпов течения на варианты непрерывного, периодического и транзиторного типов [95-97,116,148].

Одним из недостаточно освещённых аспектов наркомании является смертность. Среди причин смерти наркозависимых отмечаются передозировки наркотиками, острые отравления суррогатами опиоидов, сопутствующие заболевания, травмы, а также суициды [19,124,164,168,177,194].

Анализ причин отравления опиоидами отражает следующие причины – сочетанное употребление наркотических веществ с алкоголем, превышение дозы потребления в результате рецидива на фоне снизившейся толерантности после лечения, суициды [177,178,196].

По мнению ряда авторов, суициды могут составлять до 15 % всех случаев смерти наркозависимых [50], частота попыток самоубийств среди них в 5,5 раз превышает такие попытки среди здоровых лиц [124].

В других исследованиях отмечается что, суицидальные установки героиновых наркоманов были тесно взаимосвязаны с невротическими расстройствами астено-депрессивного и тревожно-депрессивного характера, следовательно, суицидальное поведение, вызванное конфликтами в семье, положительным ВИЧ-статусом и эмоциональной отверженностью, формировалось до начала систематического употребления наркотиков [90-93].

Синдром изменённой реактивности, проявляющийся в зрелых стадиях героиновой наркозависимости, представляет собой изменённую симптоматику наркотического опьянения, приобретая стёртый характер, при котором субъективные ощущения во время употребления наркотиков утрачивают былую интенсивность и яркость [23,25,26,34,107,108]. Происходит смена мотивационных установок в процессе лечения – если на начальном этапе многие лица с опиоидной зависимостью, мотивируют употребление исключительно с целью избавления от проявлений абстинентного дискомфорта и стремящиеся к полному отказу от употребления каких-либо психоактивных веществ, то по мере снижения тяжести

абстинентной симптоматики и улучшения психического и физического состояния, они начинают вновь испытывать стремление к поиску наркотической эйфории, возвращается первичное влечение к наркотическому веществу [31,32,36,40].

Несмотря на в целом неблагоприятный прогноз при опиоидной наркомании, некоторые авторы указывают на общее снижение потребления наркотиков по мере увеличения стажа наркотизации [192], также в литературе описано наступление спонтанных ремиссий без какого-либо медицинского воздействия у наркозависимых в зрелом возрасте [221]. На клинико-динамические характеристики наркомании среди прочего, оказывают воздействия этно-культуральные факторы [6-9,23,29,85,178].

В исследованиях оценки прогноза заболевания, длительность ремиссий при опиоидной наркомании рассматривалась в качестве ведущего критерия оценки. Непродолжительные ремиссии сроком не более трёх месяцев, случаи летального исхода, замещение наркотика употреблением алкоголя, отмечены автором как неблагоприятные исходы [133]. Опиоидная наркомания чаще всего имеет непрерывное течение, ремиссии обычно отмечаются нестойкостью. Состоянием ремиссии принято считать осознанный отказ от любого вида опьянения [11,66,141,142,143]. Одни авторы проводят границу начала ремиссии с момента приостановки потребления наркотиков, включая этап абстинентного состояния в период ремиссии [66], по мнению других авторов, отсчёт ремиссии начинается после редуцирования явлений абстинентного синдрома [13,14,18,32]. В исследованиях, изучающих характеристики ремиссий героиновой наркомании, отмечается их нестойкость и частое прерывание, максимальная длительность ремиссии не превышала одного года [9,31,37,145].

Исследование образовательного уровня больных героиновой наркоманией, показало значительное преобладание доли лиц со средним и средне-специальным образованием – 42%, доля лиц, имеющих высшее образование, составила – 14,7%, ещё 21% имели неоконченное высшее

образование. Среди указанного контингента часто наблюдалось девиантное поведение, которое выражалось в нарушении учебной и трудовой дисциплины, совершении правонарушений [59], чаще всего их правонарушения были связаны с незаконным оборотом наркотических веществ.

## **1.2. Правовые основы оказания наркологической помощи в РТ**

Мировая практика международного антинаркотического сотрудничества берёт своё начало в первое десятилетие двадцатого века, когда были отмечены первые совместные усилия в данном направлении - в 1909 году была основана Шанхайская комиссия по опиуму, в 1912 году была принята Первая конвенция по опиуму, где указывалось на необходимость законодательных мер против незаконного оборота опиума в связи с обнаруженными крайне негативными социальными последствиями. После создания в 1946 года Организации Объединённых Наций, вся дальнейшая активность по координации международных усилий в сфере антинаркотической деятельности перешла в её компетенцию. Одновременно, в структуре ООН были созданы подразделения, занимающиеся разработкой единых стандартов и подходов к определению наркотических веществ - Комиссия по наркотическим веществам и Отделение по наркотическим средствам [7,223].

Законодательная база Республики Таджикистан, направленная на противодействие незаконному обороту наркотиков, а также на профилактику, лечение и реабилитацию наркозависимости, в рамках принятых международных обязательств, приведена в соответствие с международными стандартами, в частности, были ратифицированы такие документы как - Единая Конвенция 1961 года по наркотическим средствам с дополнениями в соответствии с Протоколом 1972 года, Конвенция 1971 года о психотропных веществах, Конвенция 1988 года по борьбе с незаконным оборотом наркотических средств и психотропных веществ. Кроме того, были подписаны семнадцать межгосударственных соглашений и на разных этапах реализации

находятся тридцать международных антинаркотических проектов [101,106].

В Республике Таджикистан применяются различные механизмы с целью профилактики распространения наркозависимости и совершенствованию наркологической помощи. В частности, была реализована Национальная программа по профилактике распространения наркозависимости и совершенствованию наркологической помощи в Республике Таджикистан на 2013 - 2017 годы, в настоящее время реализуются Национальная стратегия по борьбе с незаконным оборотом наркотиков в Республике Таджикистан на 2013-2020 годы, а также Национальная программа формирования здорового образа жизни в Республики Таджикистан на период 2011-2020 годы. Данные программы включают в себя компоненты по противодействию распространения наркотизма и его медико-социальных последствий.

Правовой основой для оказания наркологической помощи населению является Кодекс здравоохранения Республики Таджикистан, принятый в 2017 году. Данным документом предусмотрен порядок оказания наркологической помощи с учётом интересов и гарантий прав граждан, в соответствии с Конституцией РТ и международными законодательными актами. После введения в действие данного кодекса, утратил свою силу ранее действовавший Закон РТ «О наркологической помощи» от 2003 года [46,47].

Законодательством Республики Таджикистан предусмотрена ответственность за незаконный оборот наркотиков, в частности за такие действия как - незаконный оборот наркотических средств или психотропных веществ с целью сбыта, незаконное обращение с наркотическими средствами или психотропными веществами, хищение наркотических средств или психотропных веществ, вовлечение в потребление наркотических средств или психотропных веществ, незаконное культивирование запрещённых к возделыванию растений, содержащих наркотические вещества, организация или содержание притонов для потребления наркотических средств или психотропных веществ. Возраст наступления уголовной ответственности за действия, связанные с незаконным наркооборотом ниже, чем по некоторым

другим правонарушениям и начинается с четырнадцати лет, лицо совершившее противоправное действие в состоянии наркотического опьянения не освобождается от уголовной ответственности, данное обстоятельство является отягчающим вину обстоятельством. Также, согласно действующему законодательству, в случае совершения преступления наркозависимым лицом, суд, наряду с применением наказания, может назначить принудительные меры медицинского характера [140].

### **1.3. Современные данные о распространённости наркомании**

Несмотря на то, что опиоиды являются наркотическими веществами, обладающими наиболее негативным воздействием на здоровье человека, в некоторых регионах мира, наиболее потребляемыми наркотиками продолжают оставаться каннабиоиды. В странах Северной и Южной Америки, а также Европе, ежегодное оценочное число потребителей каннабиса достигает почти 128 млн. человек. Также наблюдается рост числа потребителей амфетаминов, чаще всего метамфетамина, по данным ООН их число сегодня приближается к 40 млн. человек во всём мире, наибольшее количество потребителей данных наркотиков проживают в странах Азии, Океании и Северной Америки [223]. Согласно совместной оценке УНП ООН, Всемирной организацией здравоохранения и Объединенной программой Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИД, число потребителей опиатов в мире составляет примерно 35 млн. человек. В Соединённых Штатах Америки наблюдается рост заболеваемости и смертности в связи со злоупотреблением опиатами, в особенности героином. Кроме того, в последнее время прослеживается тенденция к росту потребления героина в странах Восточной Европы, Центральной Азии, Закавказья, Юго-Западной Азии и Океании. Более половины (53%) всех лиц, употребляющих инъекционные наркотики, являются жителями четырёх стран мира – Китая, Пакистана, Российской Федерации и США [158].

Глобальная распространённость ВИЧ среди инъекционных

наркопотребителей составляет 13,1%, что соответствует 1,55 млн. человек. Наибольшие значения отмечены в Китае, США, России, Пакистане и Украине. В данных странах в совокупности проживает 68 % всех инъекционных наркопотребителей, инфицированных ВИЧ. В Российской Федерации наблюдается рост распространённости ВИЧ среди лиц, употребляющих наркотики инъекционным путём, достигая показателя 19,9% [223].

В Республике Таджикистан в 2015 г., из общего числа зарегистрированных случаев ВИЧ, в 44,2% случаях был зарегистрирован инъекционный путь передачи, находясь почти на одном уровне (45,6%) с заражением посредством незащищённых половых контактов [48].

Изменение социально-экономической ситуации в связи с распадом СССР и последовавшими вслед за этим гражданскими конфликтами, оттоком из страны квалифицированных кадров, ликвидацией производственных предприятий и массовой безработицы населения, экономическим кризисом и резким ростом преступности, привело к трансформации традиционного социального устройства, что наряду с внезапно возникшей доступностью наркотиков стало способствовать высокому росту их потребления и росту заболеваемости наркоманиями в Таджикистане [65,175].

В Республике Таджикистан, статистические данные наркологического учёта составляют число обратившихся в добровольном порядке за наркологической помощью и не всегда могут отражать истинную картину, региональные исследования показали, что действительная распространённость наркотической зависимости может превышать учтённую более чем в восемь раз [81,82,63,95]. Приведённые данные официальной медицинской статистики демонстрируют значительное превышение распространённости героиновой наркомании среди населения проживающего на территории столицы республики - г. Душанбе, где зарегистрировано наибольшее число наркозависимых – 38% (2654 чел.), от общего числа состоящих на учете, превышая данный показатель в других регионах страны -

в Хатлонской области – 20% (1386 чел.), в Согдийской области – 16% (1148 чел.), в Горно-Бадахшанской автономной области – 12% (810 чел.), в группе районов республиканского подчинения – 15% (1056 чел.).

Исследования, проведённые в Российской Федерации, показали, что в наркологические учреждения обращается один больной из семи [20,58,67,121,137], в Республике Казахстан отмечается превышение данных показателей не менее чем в пять раз по сравнению с официальной статистикой [4,5,6,59].

На обращаемость за медицинской помощью, которая чаще имеет место на этапе формирования социальной дезадаптации или формировании абстинентного синдрома, также оказывает влияние возможность наркозависимыми самостоятельного приобретения различных лекарственных средств, способных облегчить абстинентное состояние [20,22,80,81].

Согласно статистике, структура потребляемых наркотических веществ в Республике Таджикистан состоит из: героина – 82 %, опия – 10 %, каннабиса – 4%, сочетанного употребления нескольких наркотиков – 4% [95].

#### **1.4. Программы профилактики и психосоциальной реабилитации наркомании, реализуемые в Республике Таджикистан**

На сегодняшний день, в разных странах мира осуществляют свою деятельность различные программы реабилитации наркозависимости. Наиболее распространёнными являются терапевтические сообщества, появившиеся в США в середине двадцатого века и функционирующие сегодня во многих странах мира. Данные организации (Save Our Selves, Monar, Smart Recovery) осуществляют практику обучения здоровому образу жизни наркозависимых лиц, посредством создания условий для совместного проживания групп реабилитантов, в определённой социальной или профессиональной среде, где полностью исключён доступ к наркотикам [6,7,184]. Сроки проживания в таких группах могут быть длительными и достигать нескольких месяцев. Также распространены реабилитационные

программы на основе когнитивно-поведенческой терапии (регулярное индивидуальное или групповое консультирование), семейной поведенческой терапии (предполагает участие в процессе реабилитации одного члена семьи наркозависимого), заместительной терапии (замена употребления нелегальных опиатов средствами вспомогательной замены с целью снижения вреда от употребления наркотиков) [8,214]. В Республике Таджикистан действуют программы психосоциальной поддержки и реабилитации на базе государственных наркологических учреждений, также реализуются ряд программ при поддержке неправительственных общественных организаций. Большое значение уделяется профилактической работе среди населения. Основной целевой аудиторией данной деятельности является молодёжь. Профилактика направлена на снижение уровня вовлечения в наркопотребление, снижение спроса на наркотики и уменьшение числа лиц, входящих в группы повышенного риска [83,87].

Реализацией профилактических программ занимаются государственные структуры и общественные организации.

В 2008 году, в рамках реализации национальной программы «Здоровый образ жизни» были разработаны различные тематические пособия для разных возрастных групп участников общеобразовательных школ, кроме того, в 7-9 классах проводятся воспитательные часы, где предоставляется информация об опасностях наркомании, ИППП, ВИЧ/СПИД.

В 2010 году, при сотрудничестве Министерства образования и науки РТ и УНП ООН, в рамках проекта «Профилактика наркомании, ВИЧ/СПИД и преступности среди молодёжи в Республике Таджикистан, посредством внедрения программ по улучшению навыков в семье», было реализовано пилотное внедрение программы «Семья и школа вместе», кроме того, в 2016 году в рамках проекта для школьников в возрасте 10-14 лет проводилась программа «Крепкая семья» в пилотных школах г. Душанбе.

С 2012 года, Министерством здравоохранения и социальной защиты населения РТ при поддержке организации GIZ, реализуется программа



«Маршрут безопасности», нацеленная на повышение знаний подростков по вопросам ВИЧ, наркопотребления, контрацепции и рискованного поведения.

С 2015 года, в стране реализуется программа по предотвращению распространения наркотиков в Центральной Азии (CADAP), финансируемая Европейским Союзом, мероприятиями которой охвачены города Душанбе, Куляб, Турсунзаде, Хорог, Худжанд и район Яван.

Также проводятся семинары и встречи с подростками, родительскими комитетами, населением всех возрастов, с целью пропаганды здорового образа жизни, профилактики ИППП и употребления наркотиков, действует интернет-сайт Национального центра мониторинга и профилактики наркомании МЗ и СЗН РТ, где ежедневно каждый желающий может получить консультацию.

Пациенты наркологических учреждений, после получения курса лечения имеют право на психологическую реабилитацию в специализированном Республиканском центре медико-социальной реабилитации «Тангаи», расположенном в городе Вахдат. Данное государственное учреждение оказывает комплексную медицинскую и психологическую помощь наркозависимым, а также предоставляет другие услуги, направленные на предотвращения рецидивов наркомании - психотерапию, физиотерапию, трудотерапию, фитотерапию, группы взаимопомощи [99].

Кроме того, в последние годы в структурах Министерства здравоохранения реализуются программы по сокращению вреда от потребления наркотических средств, в частности в наркологических структурах с целью профилактики распространения заражения ВИЧ и другими гемоконтактными инфекциями, внедряется испытательная программа заместительной терапии [99,152].

Заместительная метадоновая терапия – паллиативная терапия наркомании, вызванной употреблением опиоидов, в том числе героина, путём регулярного приёма наркозависимым лицом метадона взамен употребляемого наркоманом наркотика, таким образом в процессе терапии

больных, применяются полные или частичные агонисты опиоидов, в данном случае метадон [187,191].

В настоящее время данная программа официально поддерживается в Таджикистане международными институтами здравоохранения и структурами ООН в сфере противодействия распространению наркомании, такими как ВОЗ, УНП ООН, Объединённой программой ООН по ВИЧ/СПИД и рассматривается данными международными организациями в качестве одного из наиболее эффективных методов лечения опиоидной зависимости и как метод снижения риска распространения ВИЧ. В соответствии с требованиями вышеуказанных программ и Соглашений между Министерством здравоохранения Республики Таджикистан и Программой Развития ООН, с целью предотвращения распространения ВИЧ/СПИДа, гепатита и других болезней, передающихся через кровь, была внедрена пилотная программа заместительной терапии в РТ. Пункты заместительной метадоновой терапии представлены во всех регионах страны, порядок терапии определён в специально разработанном для данной цели «Оперативном руководстве по заместительной терапии метадоном для больных наркоманией в РТ» [99].

Приведённые данные литературы свидетельствуют о большом вкладе отечественных и зарубежных исследователей в развитие мировой научной наркологии. Несмотря на это, исследования, посвящённые проблеме героиновой наркомании в нашем регионе и других странах, не всегда и однозначно отражают точки зрения по актуальным вопросам данной проблемы. На основании приведённых данных официальной медицинской статистики можно констатировать, что среди населения, проживающего на территории столицы республики - г. Душанбе, распространённость наркомании значительно превышает аналогичные показатели по другим регионам страны. В то же время, отсутствуют данные о факторах, оказывающих влияние на исходы и оценку прогноза героиновой наркомании. Это подтверждает актуальность дальнейших исследований героиновой наркомании у жителей региона.

## **Глава 2. Материал и методы исследования**

### **2.1. Характеристика исследуемого материала**

В соответствии с поставленными целью и задачами, для проведения диссертационного исследования были использованы следующие источники первичного материала:

- данные государственной медицинской статистической отчётности (Отчёт «Здоровье населения и здравоохранение в Республике Таджикистан», глава 9 наркологические расстройства) за 2015-2019 годы о болезненности и заболеваемости наркоманиями в РТ.

- нормативные акты, национальные программы и стратегии Республики Таджикистан в сфере противодействия распространению наркомании.

- отчёты о проведённой научно-исследовательской деятельности кафедры психиатрии и медицинской психологии им. проф. М.Г. Гулямова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» в области терапии и профилактики наркологических расстройств.

- данные амбулаторных карт и истории болезни больных героиновой наркоманией жителей г. Душанбе, состоящих на наркологическом учёте в ГУ «Республиканский клинический центр наркологии им. проф. М.Г. Гулямова» и обращавшихся за наркологической помощью в 2015-2018 годы, либо снятых с учёта в связи со смертью в тот же период.

В состав группы наблюдения численностью 170 человек вошли случайно отобранные больные героиновой наркоманией жители города Душанбе, с установленным диагнозом F11. - «Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением опиоидов» на основе Международной классификации болезней десятого пересмотра (МКБ-10), находящиеся на различных клинических этапах заболевания. Все указанные больные являлись постоянными жителями города Душанбе, на момент исследования находились на наркологическом учёте в ГУ «Республиканский

клинический центр наркологии им. проф. М.Г. Гулямова» и обращались за наркологической помощью в период с 2015 по 2018 годы, либо были сняты с учёта в связи со смертью в тот же период.

Для проведения анализа собранные первичные сведения были формализованы и сведены в специально разработанную для цели данного исследования электронную базу первичных данных. В данной базе отражены социально-демографические характеристики, такие как возраст, семейный статус, полученное образование, трудовая занятость, прохождение службы в армии, а также клинико-динамические параметры болезни - возраст начала употребления наркотических веществ, давность и темп течения заболевания, преморбидные особенности личности, частоту пройденных курсов противорецидивного лечения, длительность ремиссий, наркотическое вещество первой пробы, наличие характерных сопутствующих заболеваний, особенности исхода заболевания. В связи с незначительным числом женщин в общем числе обследованных (менее 2%), разделение по половому признаку не проводилось.

В работе использовались эпидемиологический, клинико-катамнестический и статистико-математический методы.

С помощью эпидемиологического метода определялись распространённость героиновой наркомании и её динамика в г. Душанбе и других регионах страны, с помощью клинико-катамнестического метода анализировались социально-демографические и клинические характеристики больных, а также факторы, оказывающие влияние на исход заболевания.

Распределение больных в соответствии с изучаемыми социально-демографическими показателями представлено в таблицах №№ 2.1.-2.5.

Все больные на момент обследования были распределены на три возрастные группы – 21-30 лет (21,8%), 31-40 лет (37,1%) и группу старше 40 лет (41,2%) (таблица 2.1.).

**Таблица 2.1. - Распределение больных в зависимости от возраста на момент обследования**

<b>Возраст (в годах)</b>	<b>Абсолютное число</b>	<b>%</b>
21-30	37	21,8
31-40	63	37,1
старше 40	70	41,2
Всего	170	100,0

Согласно распределению по семейному статусу - 58,2% состояло в браке, остальные 41,8% в браке не состояли (таблица 2.2.).

**Таблица 2.2.- Распределение больных в зависимости от семейного статуса**

<b>Семейный статус</b>	<b>Абсолютное число</b>	<b>%</b>
Состоит в браке	99	58,2
Не состоят в браке	71	41,8
Всего	170	100,0

Из данного распределения видно, что 24,1% обследованных имели постоянную работу, остальные 75,9% не были трудоустроены (таблица 2.3.).

Большинство обследованных - 84,7%, имели среднее и среднее-специальное образование, только 15,3% имели высшее образование (таблица 2.4.).

Гораздо меньшее число всех обследованных - 26,5%, проходили службу в вооружённых силах, остальные 73,5% в армии не служили (таблица 2.5.).

**Таблица 2.3. - Распределение больных в зависимости от трудовой деятельности**

<b>Трудовая деятельность</b>	<b>Абсолютное число</b>	<b>%</b>
Имеют постоянную работу	41	24,1
Не имеют постоянной работы	129	75,9
Всего	170	100,0

**Таблица 2.4. - Распределение больных в зависимости от образовательного уровня**

<b>Образование</b>	<b>Абсолютное число</b>	<b>%</b>
Высшее образование	26	15,3
Среднее и среднее-специальное	144	84,7
Всего	170	100

**Таблица 2.5. - Прохождение службы в вооружённых силах по призыву**

<b>Прохождение службы в вооружённых силах</b>	<b>Абсолютное число</b>	<b>%</b>
Проходили службу в ВС	45	26,5
Не проходили службу в ВС	125	73,5
Всего	170	100,0

Выявление особенностей клинических и динамических параметров заболевания осуществлялось посредством изучения катamnестических данных, историй болезни, амбулаторных карт.

Клинико-динамические параметры заболевания приведены в таблицах №№ 2.6. – 2.15.

**Таблица 2.6. - Распределение больных в зависимости от возраста начала употребления наркотических веществ**

<b>Возраст (в годах)</b>	<b>Абсолютное число</b>	<b>%</b>
до 20 лет	27	15,9
21-40 лет	117	68,8
старше 40 лет	26	15,3
Всего	170	100,0

В соответствии с возрастным распределением, 15,9% состояли в группе до 20 лет, 68,8% состояли в группе 21- 40 лет, оставшиеся 15,3% составили возрастную группу лиц старше 40 лет (таблица 2.6.).

**Таблица 2.7. - Распределение больных в зависимости от возраста первого обращения за наркологической помощью**

<b>Возраст в годах</b>	<b>Абсолютное число</b>	<b>%</b>
15-20	6	3,5
21-40	133	78,2
старше 40 лет	31	18,2
Всего	170	100

Распределение по возрасту первого обращения за наркологической помощью показывает, что 78,2% больных впервые обратились в возрасте от 21 до 40 лет, 18,2% в возрасте старше 40 лет и 3,5% из числа обследованных лиц, впервые обратились за наркологической помощью в возрасте до 20 лет (таблица 2.7.).

**Таблица 2.8. - Распределение больных в зависимости от давности заболевания**

<b>Давность заболевания</b>	<b>Абсолютное число</b>	<b>%</b>
до 5 лет	117	68,8
6-10 лет	19	11,2
более 10 лет	34	20,0
Всего	170	100,0

Распределение больных в зависимости от давности заболевания осуществлено следующим образом: 68,8 % всех больных составили группу с давностью заболевания до пяти лет, 20,0% - группу с давностью более десяти лет, 11,2% - составили группу с давность заболевания от шести до десяти лет (таблица 2.8.).

**Таблица 2.9. - Распределение больных в зависимости от темпа течения заболевания**

<b>Прогрессиентность</b>	<b>Абсолютное число</b>	<b>%</b>
Высоко-прогрессиентный	62	36,5
Умеренно-прогрессиентный	66	38,8
Мало-прогрессиентный	42	24,7
Всего	170	100,0

Диагностика клинических проявлений наркомании проводилась на основании критериев, разработанных И.Н. Пятницкой (1975). При оценке темпа течения героиновой наркомании использовалось понятие прогрессиентности, под которым принято понимать быстроту формирования и дальнейшего прогрессирования наркологического заболевания. На основе



критериев, предложенных Н.Н. Иванцом (2007), И.Н. Найденовой (2007), высоко-прогредиентный темп течения устанавливался при формировании второй стадии героиновой наркомании в течение двух месяцев от начала систематического употребления наркотического вещества, средне-прогредиентный - от двух до трёх месяцев, мало-прогредиентный – свыше четырёх месяцев от начала систематического употребления наркотического вещества (таблица 2.9.).

В результате анализа преморбидных особенностей - акцентуации личности у обследованных больных, а также с учётом литературы, на основе классификации А.Е. Личко (1999), нами были выделены среди изученных пациентов следующие разновидности акцентуации характера: истерическая, возбудимая, астеническая, у части пациентов отсутствовала акцентуация личности (таблица 2.10.).

**Таблица 2.10. - Распределение больных в зависимости от преморбидных особенностей личности**

<b>Особенности акцентуации характера</b>	<b>Абсолютное число</b>	<b>%</b>
Астеническая	42	24,7
Истерическая	51	30,0
Возбудимая	53	31,2
Отсутствие изменений в преморбиде	24	14,1
Всего	170	100,0

Распределение больных в зависимости от частоты проведённого противорецидивного лечения, осуществлено следующим образом: 48,2 % всех больных составили группу прошедшую 1 курс лечения, 32,9 % - группу прошедшую 2-3 курса, 18,8% - составили группу прошедшую 4 и более курсов лечения (таблица 2.11.).

**Таблица 2.11. - Распределение больных в зависимости от частоты проведённого стационарного лечения**

<b>Частота лечения</b>	<b>Абсолютное число</b>	<b>%</b>
Полный курс лечения 1 раз	82	48,2
Полный курс лечения 2 – 3 раза	56	32,9
Полный курс лечения 4 и более раз	32	18,8
Всего	170	100,0

**Таблица 2.12. - Распределение больных в зависимости от сопутствующих и перенесённых заболеваний**

<b>Сопутствующие и перенесённые заболевания</b>		<b>Абсолютное число</b>		<b>%</b>
Инфекционного генеза	Гепатит С	30	47	27,6
	ВИЧ	17		
Травматического генеза	ЧМТ	15	15	8,8
Без сопутствующих заболеваний		108	108	63,5
Всего		170		100,0

У обследованных в качестве сопутствующих заболеваний наблюдались характерные для инъекционного наркопотребления заболевания инфекционного генеза – вирусные гепатиты и ВИЧ – в 27,6 % случаев и травматического генеза – 8,8%. У 63,5% обследованных сопутствующие заболевания отсутствовали (таблица 2.12.).

**Таблица 2.13. - Распределение больных в зависимости от наркотического вещества первой пробы**

<b>Наркотическое вещество первой пробы</b>	<b>Абсолютное число</b>	<b>%</b>
Героин	107	62,9
Опий	32	18,8
Каннабис	31	18,2
Всего	170	100,0

**Таблица 2.14. - Распределение больных в зависимости от продолжительности ремиссии**

<b>Длительность ремиссии</b>	<b>Абсолютное число</b>	<b>%</b>
до 6-ти месяцев	61	35,9
от 6-ти месяцев до 1 года	51	30,0
свыше 1 года	58	34,1
Всего	170	100,0

Героин был наркотическим веществом первой пробы в 62,9% наблюдений, опий – в 18,8%, каннабис – в 18,2% (таблица 2.13.). Все обследованные (таблица 2.14.), в течение заболевания переживали ремиссии различной продолжительности – до 6 месяцев (35,9%), от 6 месяцев до 1 года (30,0%), свыше 1 года (34,1%). В зависимости от особенности исхода героиновой наркомании все больные были распределены на две группы (таблица 2.15.). К первой группе были отнесены больные с исходом в ремиссию (80,6%). Данную группу составили пациенты, находящиеся в ремиссии на момент исследования. Во вторую группу отнесены больные с

летальным исходом (19,4%).

**Таблица 2.15. - Распределение обследованных больных по характеру и удельному весу исходов героиновой наркомании**

	Характер исходов	Частота и удельный вес исходов	
		Абсолютное число	%
1	Ремиссия	137	80,6
2	Летальный	33	19,4
	Итого:	170	100,0

## 2.2. Статистическая обработка данных

В связи с тем, что первичные данные настоящего диссертационного исследования, были представлены номинативными или качественными признаками, в качестве математико-статистического метода был использован анализ произвольных таблиц сопряжённости с использованием критерия согласия  $\chi^2$  Пирсона - непараметрического метода, который позволяет оценить значимость различий между фактическим - выявленным в результате исследования количеством исходов или качественных характеристик выборки, попадающих в каждую категорию, и теоретическим количеством, которое можно ожидать в изучаемых группах при справедливости нулевой гипотезы. Таким образом метод позволяет оценить статистическую значимость различий двух или нескольких относительных показателей (Гланц С.,1999). Сравнение качественных величин между группами производилось с использованием критерия  $\chi^2$  Пирсона для сравниваемых количеств более 10, с поправкой Йейтса для сравниваемых количеств более 5, при сравниваемых количествах менее 5 - по точному критерию Фишера. Различия считались достоверными при  $p < 0.05$ .

Для статистической обработки данных использовались стандартные методы вариационной статистики, с помощью программного обеспечения Microsoft Excel, статистических пакетов программ STATISTICA 10.0, а также онлайн ресурс статистического анализа Medstatistica.

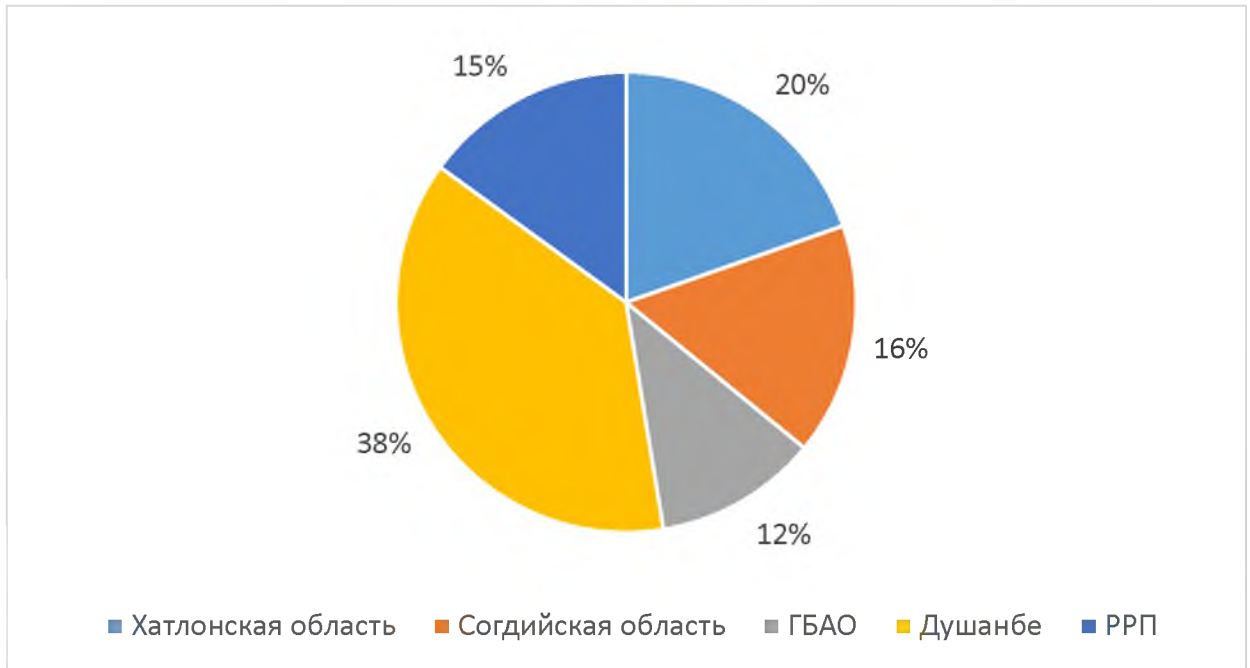
## **Глава 3. Социально-демографическая и клинико-динамическая характеристика героиновой наркомании**

### **3.1. Социально-демографические факторы героиновой наркомании**

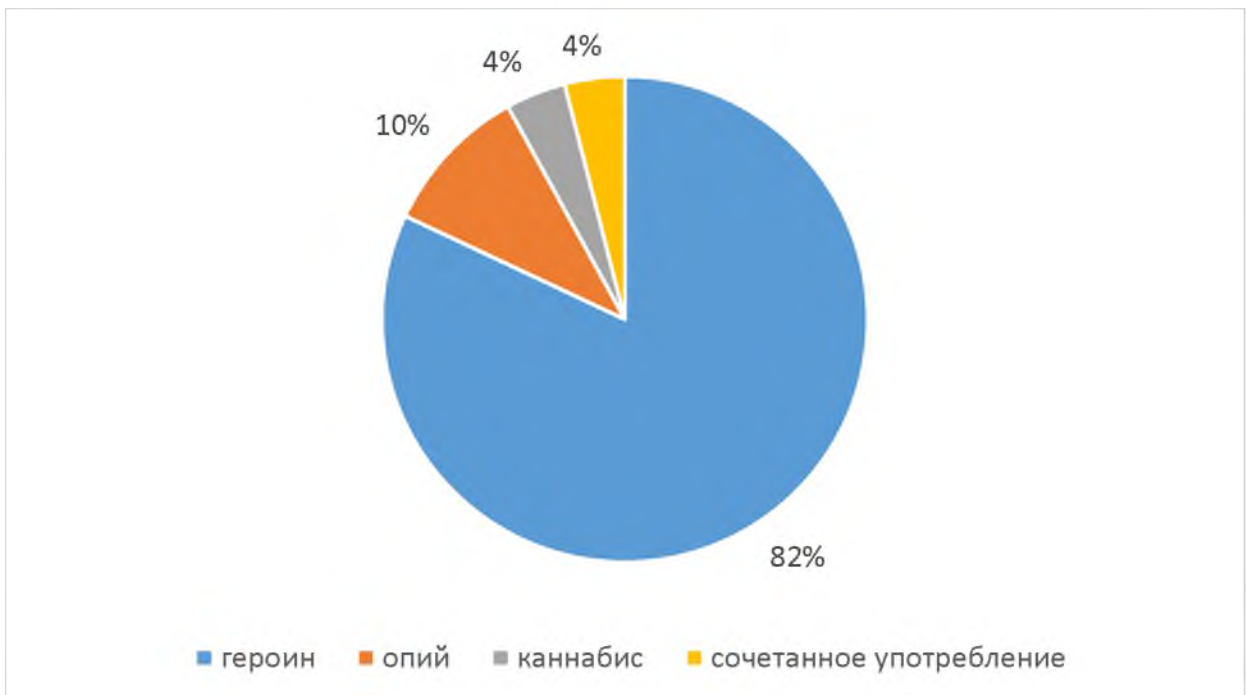
В данной главе на основании обобщения результатов клинико-статистического и катамнестического исследования 170 больных героиновой наркоманией рассматриваются такие социально-демографические показатели как возраст на момент обследования, семейное положение, образовательный уровень, занятость трудовой деятельностью, возраст первого употребления наркотического вещества, служба в рядах вооружённых сил. В связи с незначительным числом женщин в общем числе обследованных (менее 2%), разделение по половому признаку не проводилось.

Клинико-динамическая характеристика выражена в таких показателях как давность заболевания, возраст первого обращения к наркологу, темп течения болезни, частота проведённого стационарного лечения, наличие сопутствующих заболеваний, наркотическое вещество первой пробы, продолжительность ремиссии, характер исхода.

По результатам изучения статистических данных, в городе Душанбе зарегистрировано наибольшее число наркозависимых – 38% (2654 чел.), от общего числа состоящих на учете, превышая данный показатель в других регионах страны. Численность больных наркоманией, состоящих на учёте в других регионах страны распределена следующим образом: в Хатлонской области – 20% (1386 чел.), в Согдийской области – 16% (1148 чел.), в Горно-Бадахшанской автономной области – 12% (810 чел.), в группе районов республиканского подчинения – 15% (1056 чел.) (рисунок 3.1.). Структура потребляемых наркотических веществ состоит из героина – 82 % (5784 чел.), опия – 10 % (705 чел.), каннабиса – 4% (282 чел.), сочетанного употребление нескольких наркотиков – 4% (282 чел.) (рисунок 3.2.). Данное распределение демонстрирует значительный рост числа потребителей героина в структуре потребляемых наркотиков в стране.

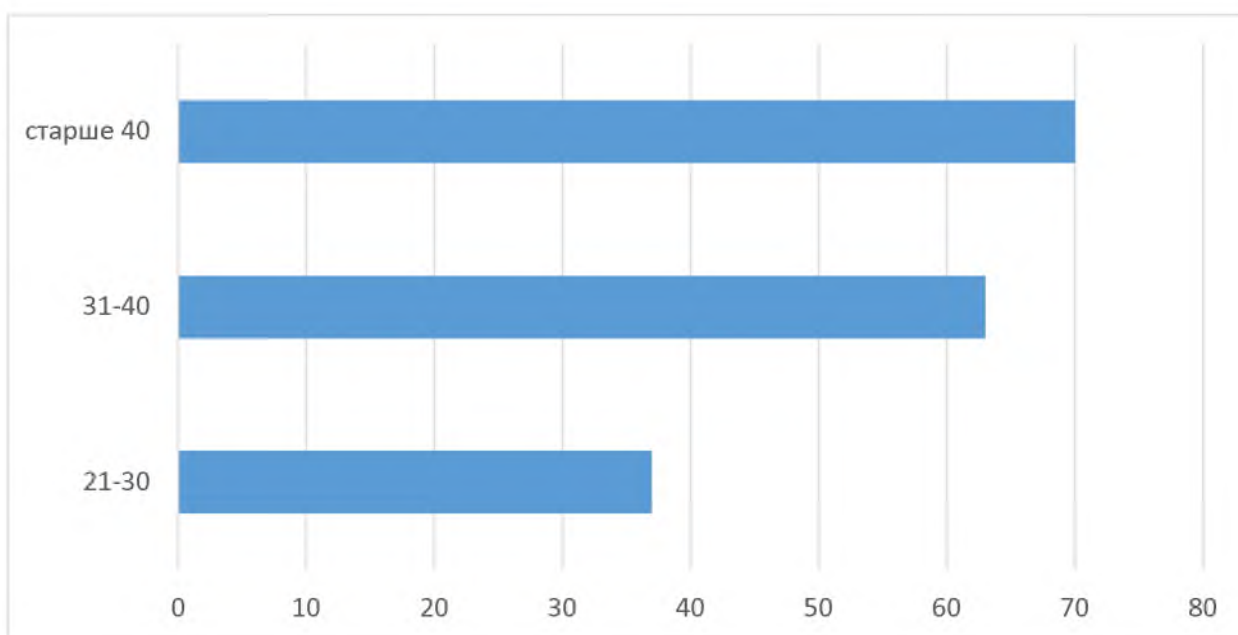


**Рисунок 3.1. - Численность больных наркоманией по регионам РТ**



**Рисунок 3.2. - Структура потребляемых наркотических веществ в РТ**

Полученные результаты, указывают на следующую возрастную структуру (рисунок 3.3.) больных героиновой наркоманией: в изученной группе первое место по удельному весу занимают лица старше 40 лет - 41,2%, на втором месте – в возрасте 31-40 лет - 37,1%, на третьем – в возрасте 21-30 лет - 21,8%.

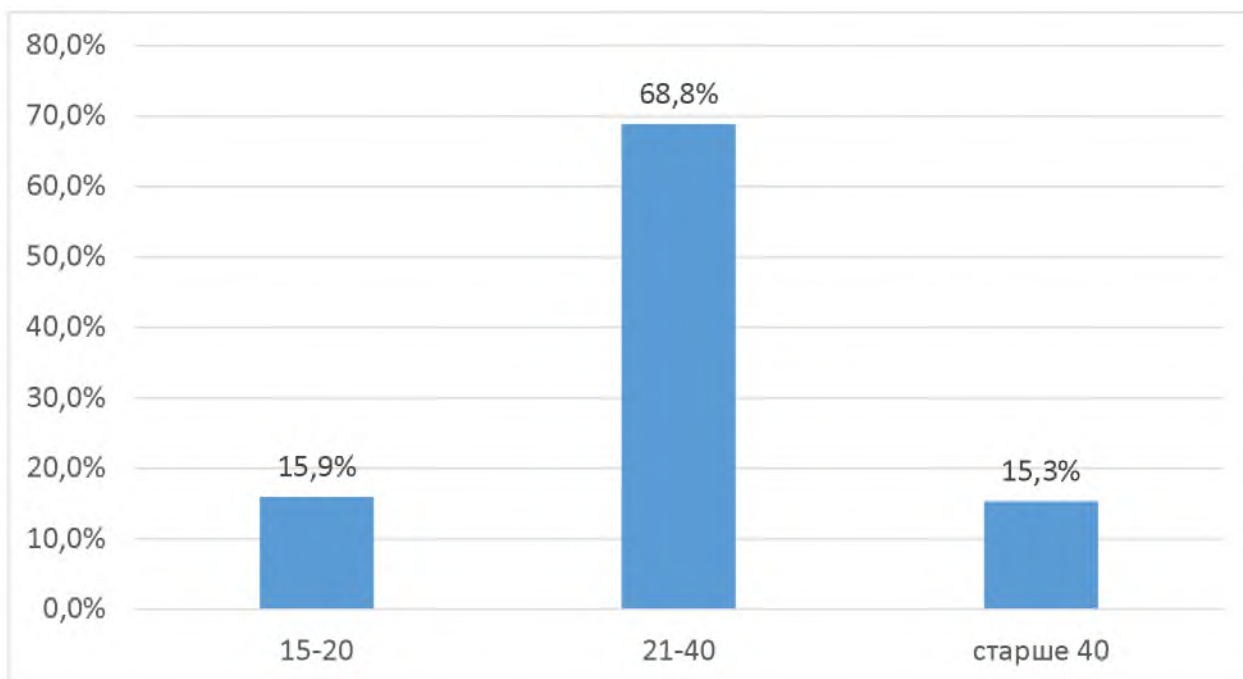


**Рисунок 3.3. - Возраст на момент обследования**

Изучение возраста начала употребления наркотических веществ (рисунок 3.4), указывает на то, что у большинства обследованных - 68,8%, первая проба наркотика произошла в возрасте 21-40 лет. Второе место занимает возрастная группа, в которой впервые попробовали наркотик в возрасте 15-20 лет, данная группа составила 15,9%. Наименьшее количество обследованных впервые употребило наркотическое вещество в возрастной группе старше 40 лет - 15,3%. Эти данные свидетельствуют о том, что значительно реже приобщение к употреблению наркотических веществ происходило в достаточно взрослом возрасте, когда индивидуум в силу жизненного опыта и полученного образования уже имеет определённую осведомлённость и вероятно в какой-то степени оценивает возможные последствия употребления наркотиков.

Среди причин (рисунок 3.5.), побудивших произвести первую пробу наркотика обследованные чаще указывали на любопытство (интерес наблюдать эффект от употребления наркотика) – 35,9%, желание соответствовать своему окружению (подражание, проба в среде сверстников - наркопотребителей) – 37,6 %, под влиянием авторитетных лиц в своей среде – 21,8 %, желание поднять настроение, устранить депрессию и тревожность - 4,7%.



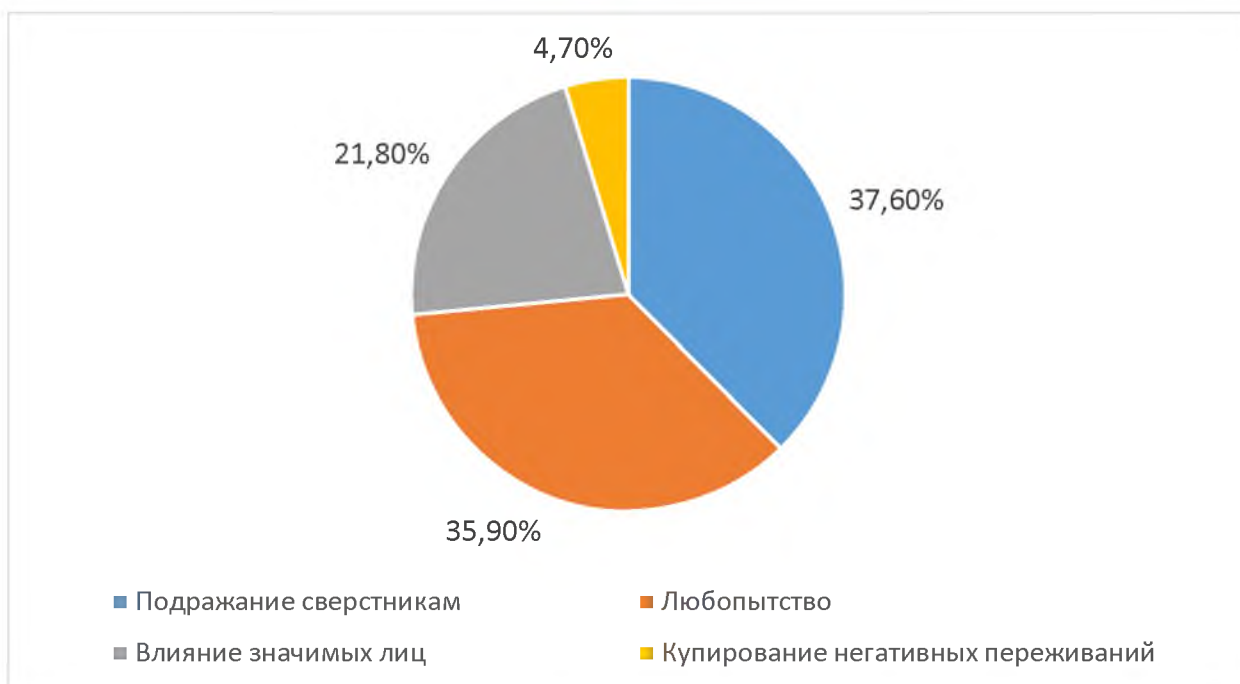


**Рисунок 3.4. - Возраст начала употребления наркотиков**

При этом большинство обследованных считало, что эпизодическое употребление наркотиков не приводит к формированию наркозависимости. Это может быть свидетельством того, что несмотря на взрослый возраст и набор отрывочных знаний в этой области, уровень информированности о реальных последствиях формирования наркотической зависимости среди контингента на момент приобщения был низким, из чего можно сделать вывод, что профилактическая работа в сфере предупреждения распространения наркомании либо не всегда достигает своей целевой аудитории, либо не воспринимается ею серьезным образом.

Распределение больных в зависимости от семейного статуса (рисунок 3.6.), позволяет сделать заключение о преобладании лиц, состоящих в браке 58,2%, над группой не состоящих в браке - 41,8%. Преобладание лиц, состоящих в браке среди обследованных, можно объяснить традиционными особенностями региона, для которого характерно создание семьи в молодом возрасте.

По данным официальной статистики, в Таджикистане средний возраст вступления в брак составляет 25,9 лет для мужчин и 22 года для женщин.

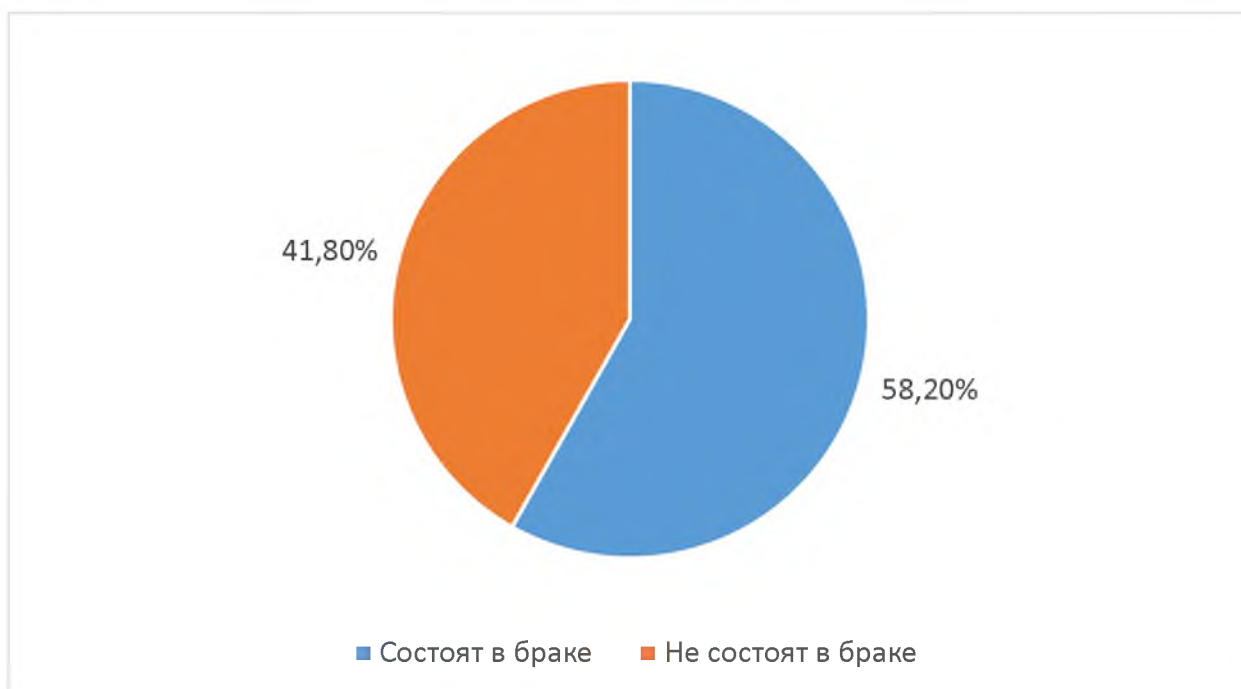


**Рисунок 3.5. - Причины первой пробы наркотического вещества**

Распределение больных в соответствии с трудовой деятельностью (рисунок 3.7.) показывает, что первое место занимают лица, не имеющие постоянной работы - 75,9%. На втором месте находятся лица, занимающиеся постоянной трудовой деятельностью – 24,1%.

Данный фактор может рассматриваться одновременно как причина и как следствие. Отсутствие постоянного места работы у значительного числа обследованных отражает низкую способность к целенаправленной трудовой деятельности и пониженную социальную адаптацию вследствие наркозависимости. Вместе с тем, трудоустройство лиц с наркотической зависимостью представляет сложность, как по причине накладываемых ограничений в связи с постановкой лиц на наркологический учёт и по ограничению на занятие определённых должностей по состоянию здоровья, так и связанных со стигматизацией наркомании в обществе.

Анализ структуры образовательного уровня показывает, что здесь первое место по удельному весу принадлежит больным со средним и средне-специальным образованием - 84,7%, второе – с высшим образованием - 15,3%. Больные без образования в исследуемой группе не встречались (рисунок 3.8.).



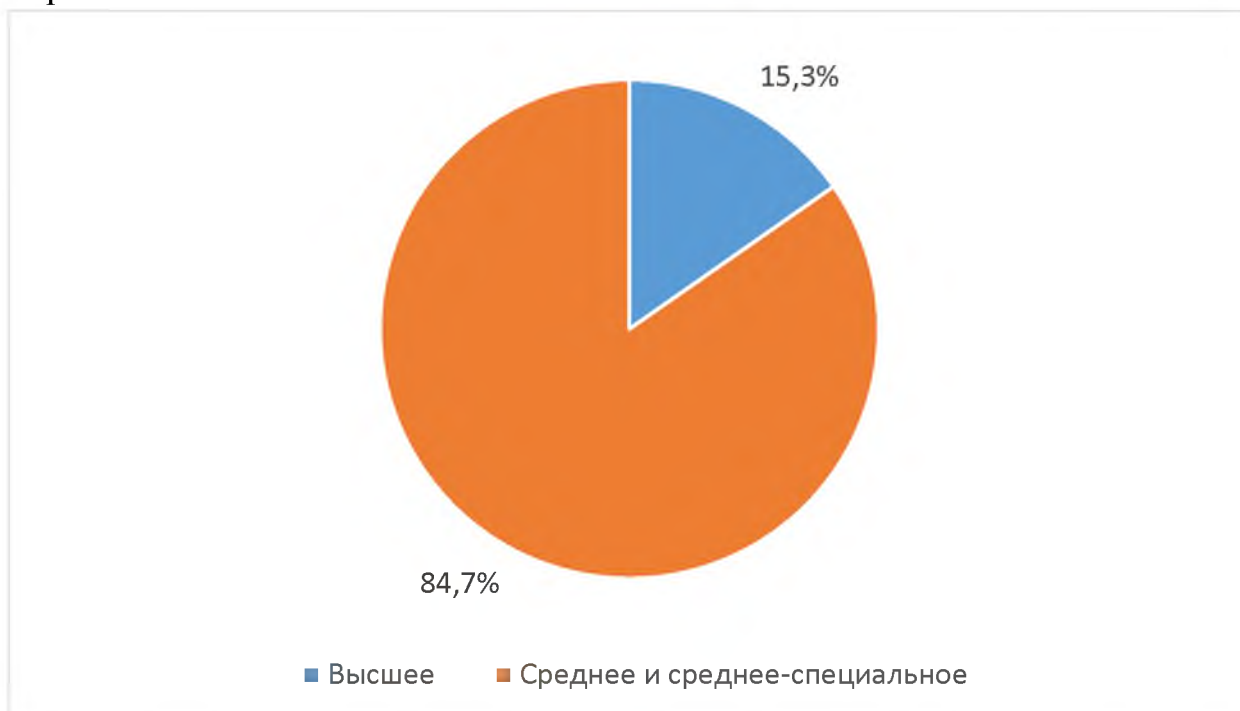
**Рисунок 3.6. - Семейный статус**



**Рисунок 3.7. - Вовлеченность в трудовую деятельность**

Такое распределение можно объяснить тем, что высокий уровень образованности, влияние педагогов, чтение литературы, поиск информации образовательного характера повышает информированность индивидуума о медицинских и социальных последствиях употребления наркотических веществ, формированию тяжелой зависимости, высоковероятному присоединению сопутствующих гемоконтактных инфекций, распаду семьи,

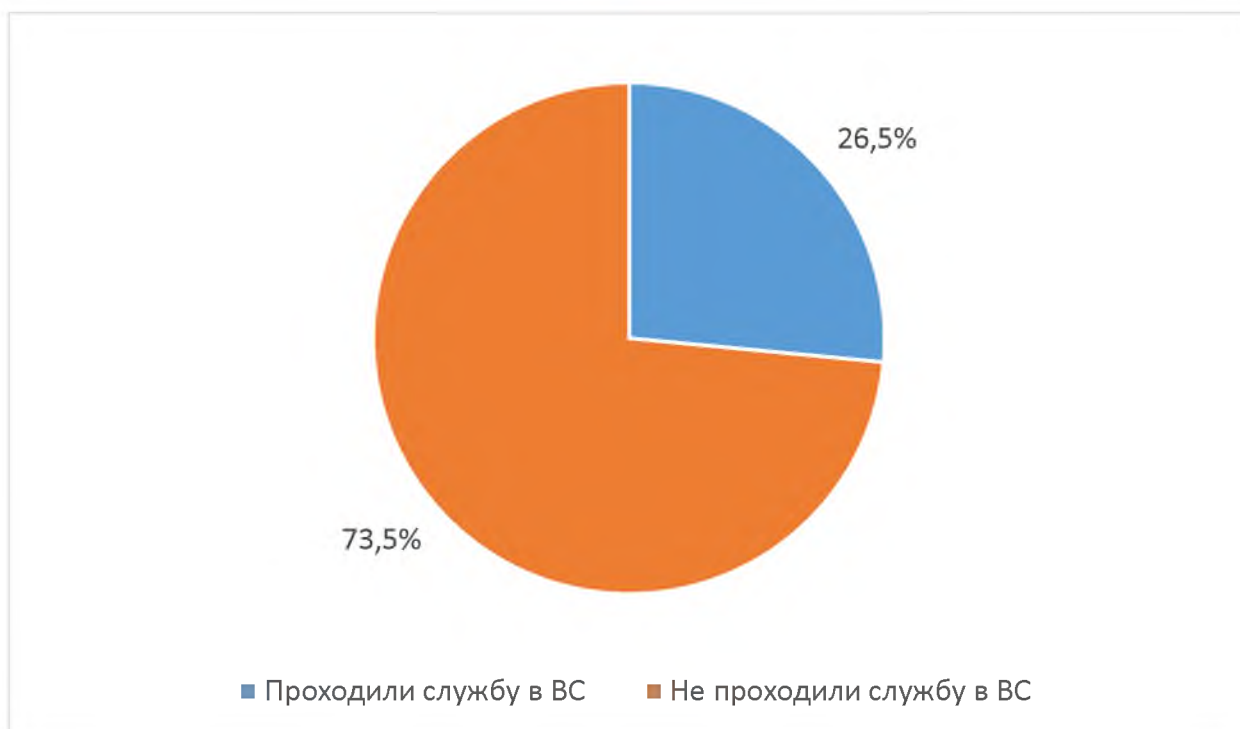
потери работы, дальнейшего изменения толерантности к потребляемому веществу с высоким риском передозировки с летальным исходом, и таким образом создаёт определённые позитивные предпосылки для формирования критического отношения и устойчивости к вовлечению в круг потребителей наркотиков.



**Рисунок 3.8. - Образовательный уровень**

Кроме того, учащиеся высших учебных заведений, вследствие значительных образовательных нагрузок при подготовке к занятиям, не имеют большого количества свободного времени для постоянного бездеятельного времяпровождения, которое является одним из факторов приобщения к наркопотреблению.

Характерным является то, что значительно меньшее число больных проходили службу в рядах вооружённых сил - 26,5%, в то время как большинство исследуемых не проходили службу - 73,5% (рисунок 3.9.). Из этого можно сделать заключение, что среди исследуемых, лица, прошедшие воинскую службу значительно реже, приобщались к употреблению наркотиков, таким образом воинская служба является фактором благоприятного прогноза заболевания.

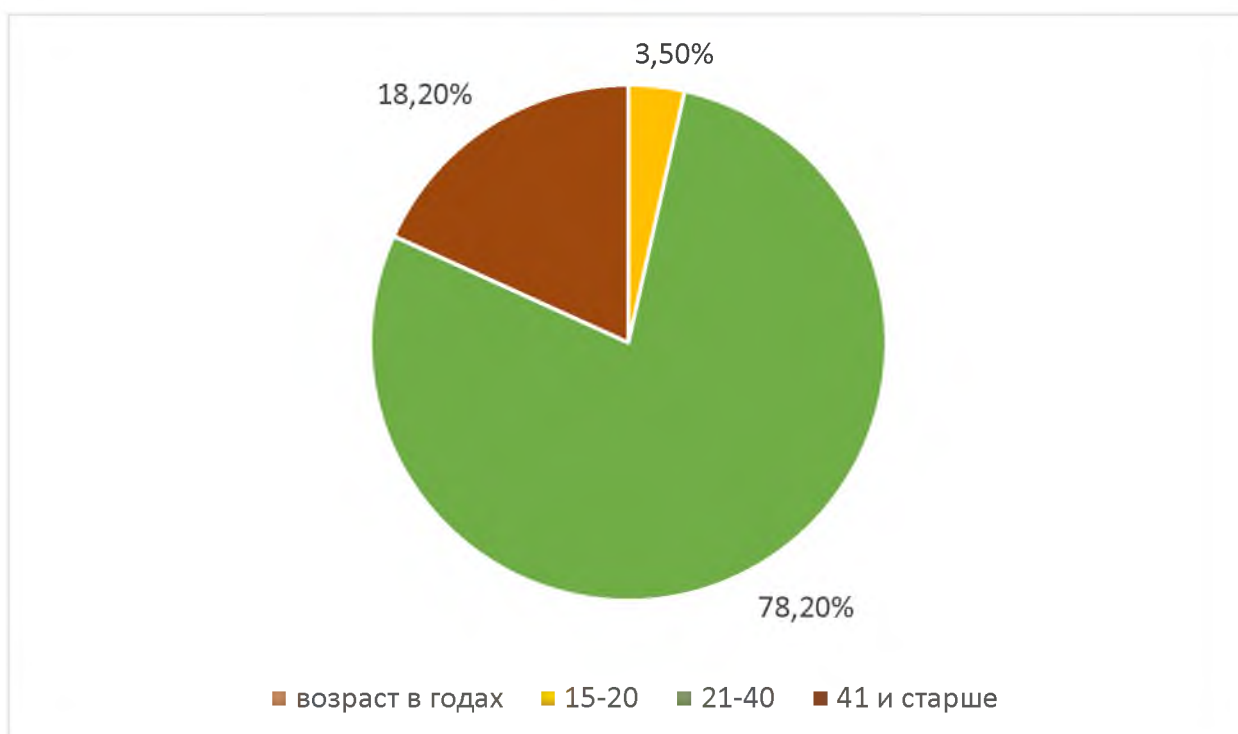


**Рисунок 3.9. - Прохождение службы в вооружённых силах по призыву**

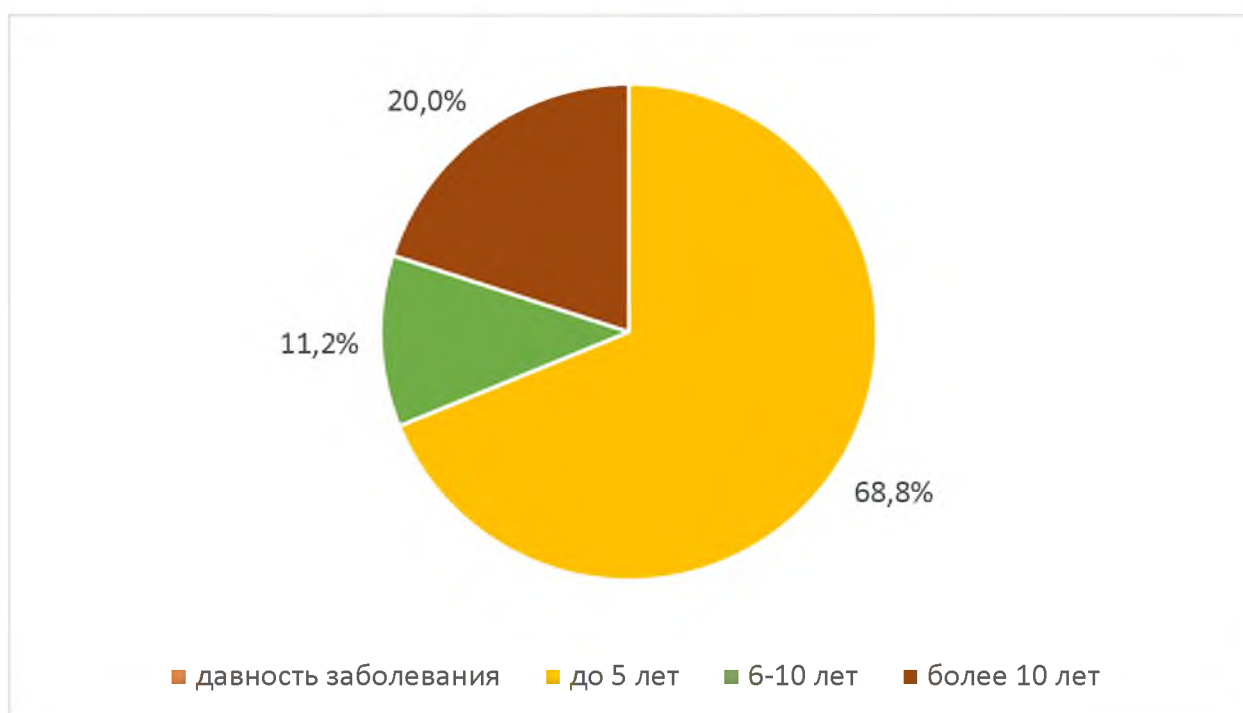
### **3.2. Клинико-динамические факторы героиновой наркомании**

Ниже приведены клинико-динамические параметры заболевания. Изучение возраста первого обращения за наркологической помощью (рисунок 3.10.), указывает на то, что чаще всего больные наркоманией обращаются за наркологической помощью в возрастном периоде от 21 до 40 лет - 78,2%. Далее следует группа возрастная группа лиц старше 40 лет - 18,2%, наименьшее количество обследованных впервые обратились к наркологу в возрасте от 15 до 20 лет - 3,5%.

Анализируя распределение обследованных в зависимости от давности заболевания (рисунок 3.11.), обращает на себя внимание то, что большинство обследованных имеют давность заболевания до 5 лет - 68,8%. Второе место занимает группа с давностью заболевания более 10 лет - 20,0%, на третьем месте находится группа с давностью заболевания 6 - 10 лет - 11,2%. Данное распределение демонстрирует то, что наиболее частые попытки прервать наркотическую зависимость происходят в начальные периоды заболевания, при сохранной способности к волевым усилиям и не утраченному социальному статусу.



**Рисунок 3.10. - Возраст первого обращения за наркологической помощью**



**Рисунок 3.11. - Давность заболевания**

В дальнейшем, формирующаяся стойкая зависимость и поведение, нацеленное на ежесуточный поиск наркотического вещества, и следующие за этим разрыв социальных связей, разлады в семье, низкая адаптация и снижение трудоспособности, сужение жизненных интересов и влияние микро-социальной среды наркопотребителей, приводит к снижению мотивации на

прекращение употребления наркотиков.

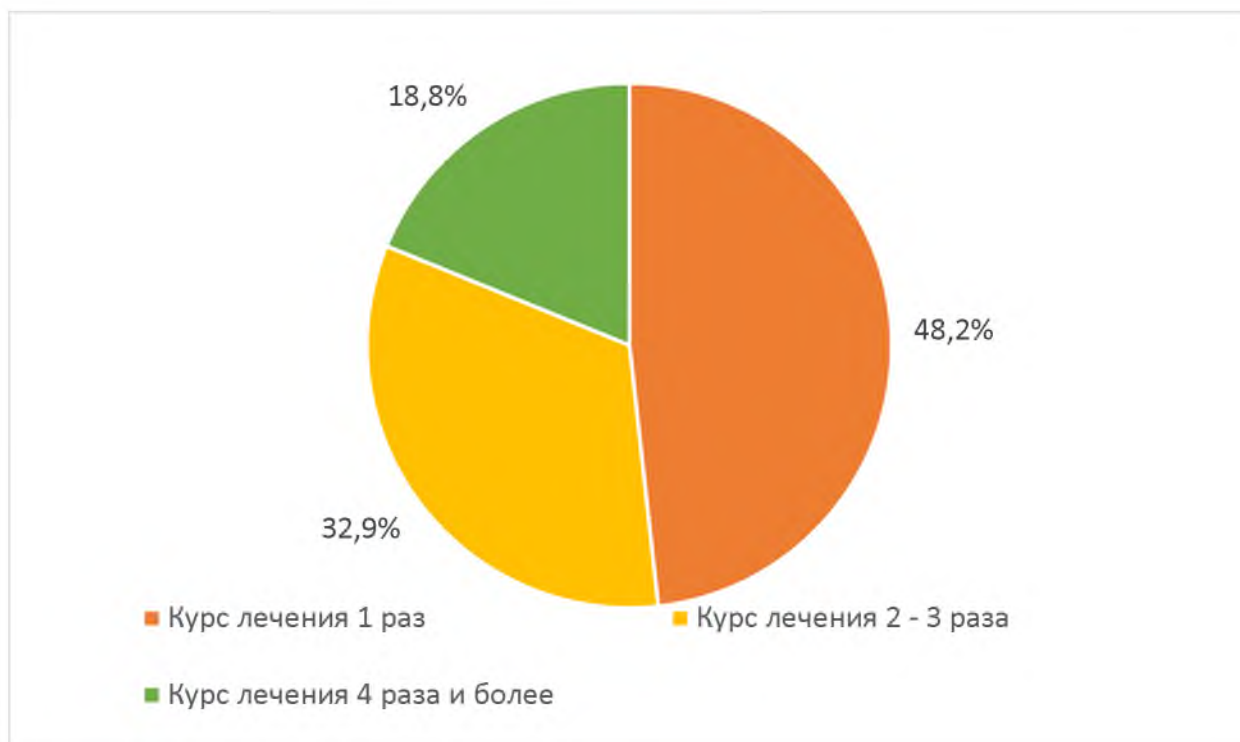
Для определения темпы течения героиновой наркомании были учтены критерии, характеризующие этапы формирования заболевания, такие как: сроки становления психической и физической зависимости, синдром изменённой реактивности, повышение толерантности, выраженность социальной дезадаптации. Синдром изменённой реактивности – изменённая форма потребления психоактивного вещества, высокая толерантность, снижение защитных реакций после интоксикации, изменённая форма опьянения – устанавливались в разные сроки и обладали различной степенью выраженности.



**Рисунок 3.12. - Темп течения заболевания**

Согласно распределению, обследованных по темпу течения заболевания (рисунок 3.12.), на первом месте находится группа с умеренно-прогрессирующим темпом течения - 38,8%. Далее следует группа с высоко-прогрессирующим темпом - 36,5%, на третьем месте находится группа с мало-прогрессирующим темпом течения - 24,7%.

Переходя к частоте проведённого стационарного лечения необходимо отметить, что наибольшее число обследованных - 48,2% проходили лечение однократно, далее следует группа лиц, проходивших курс лечения от двух до трёх раз – 32,9%, на третьем месте находится группа лиц, проходивших курс лечения 4 и более раз - 18,8% (рисунок 3.13.). Высокая кратность противорецидивного лечения, может свидетельствовать о часто повторяющихся прерываниях терапевтических ремиссий вследствие низкой установки на прекращение употребление наркотиков, сложностей с социальной адаптацией, возврат в прежнее окружение потребителей наркотиков, отсутствие реабилитационных мероприятий, редкое посещение нарколога в период диспансерного наблюдения.



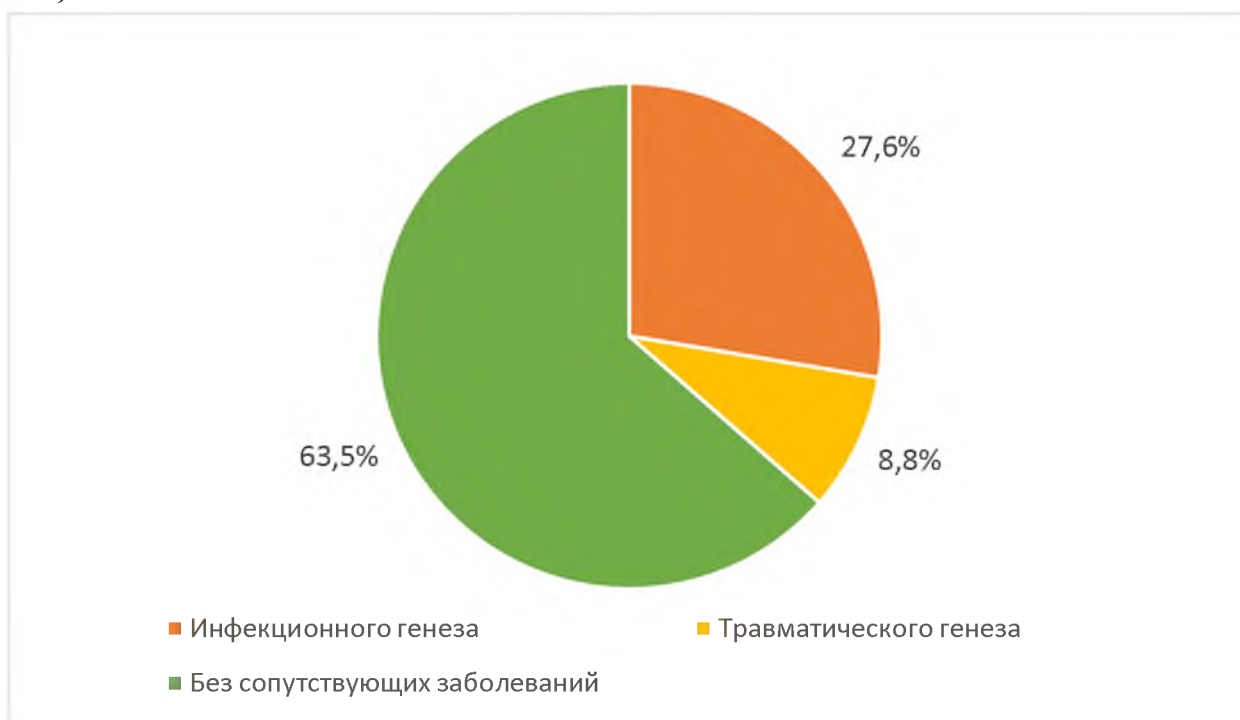
**Рисунок 3.13. - Частота курсов проведённого стационарного лечения**

Злоупотребление наркотическими веществами влечёт за собой появление большого количества тяжёлых медико-социальных последствий как среди потребителей, так и среди их окружения. Медицинские последствия употребления героина включают в себя – высокий риск заражения ВИЧ и вирусными гепатитами вследствие использования общих шприцев и игл для введения героина, поражение печени ввиду низкого качества наркотика и



наличие примесей в нём, использующихся при его приготовлении, таких как уксусный ангидрид. Кроме того, сильное снижение иммунитета приводит к подверженности инфекционным заболеваниям, вследствие регулярных многократных инъекций происходят заболевания вен, впоследствии отмечается снижение интеллекта и изменение метаболизма тканей и органов.

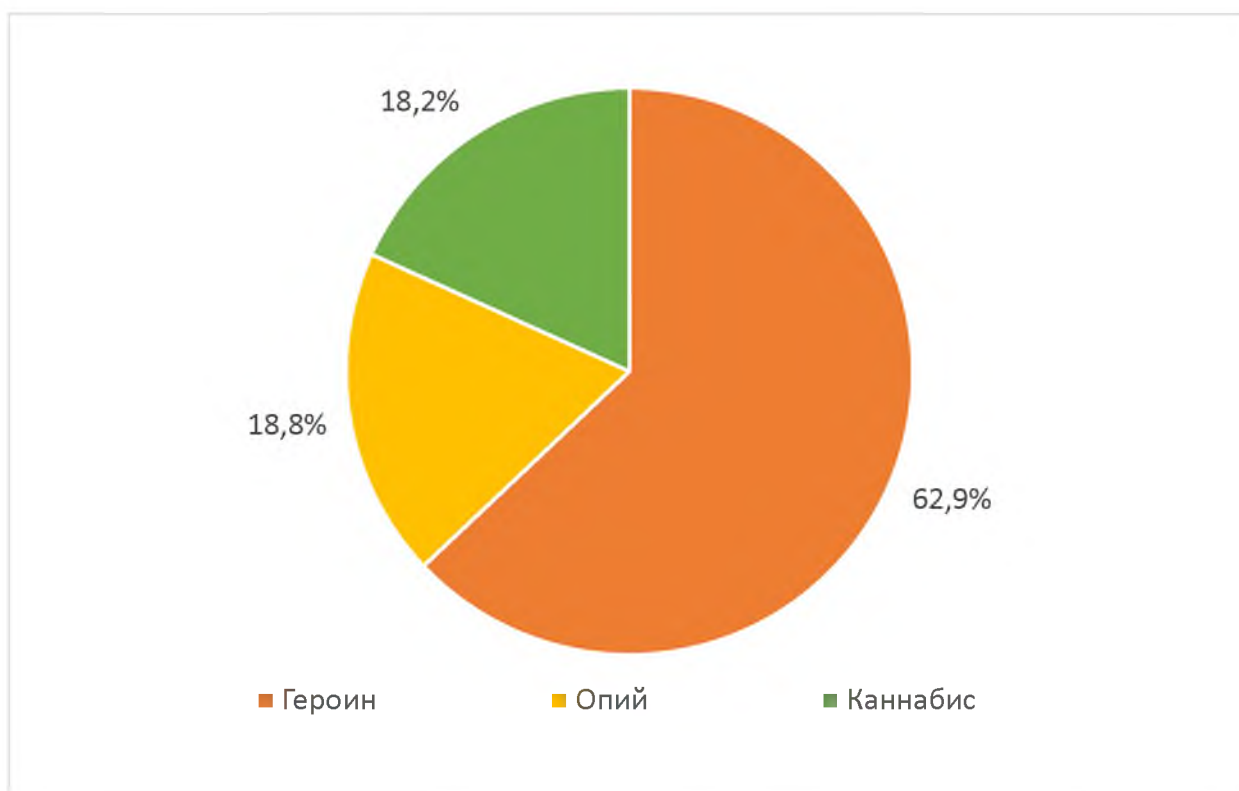
Анализ удельного веса (рисунок 3.14.) сопутствующих и перенесённых заболеваний, говорит о том, что среди больных героиновой наркоманией распространены гемоконтактные инфекции и черепно-мозговые травмы. Среди обследованных в настоящем исследовании в качестве сопутствующих заболеваний наблюдались болезни инфекционного генеза – вирусные гепатиты и ВИЧ – 27,6% и травматического генеза – черепно-мозговые травмы – 8,8%.



**Рисунок 3.14. - Сопутствующие и перенесённые заболевания**

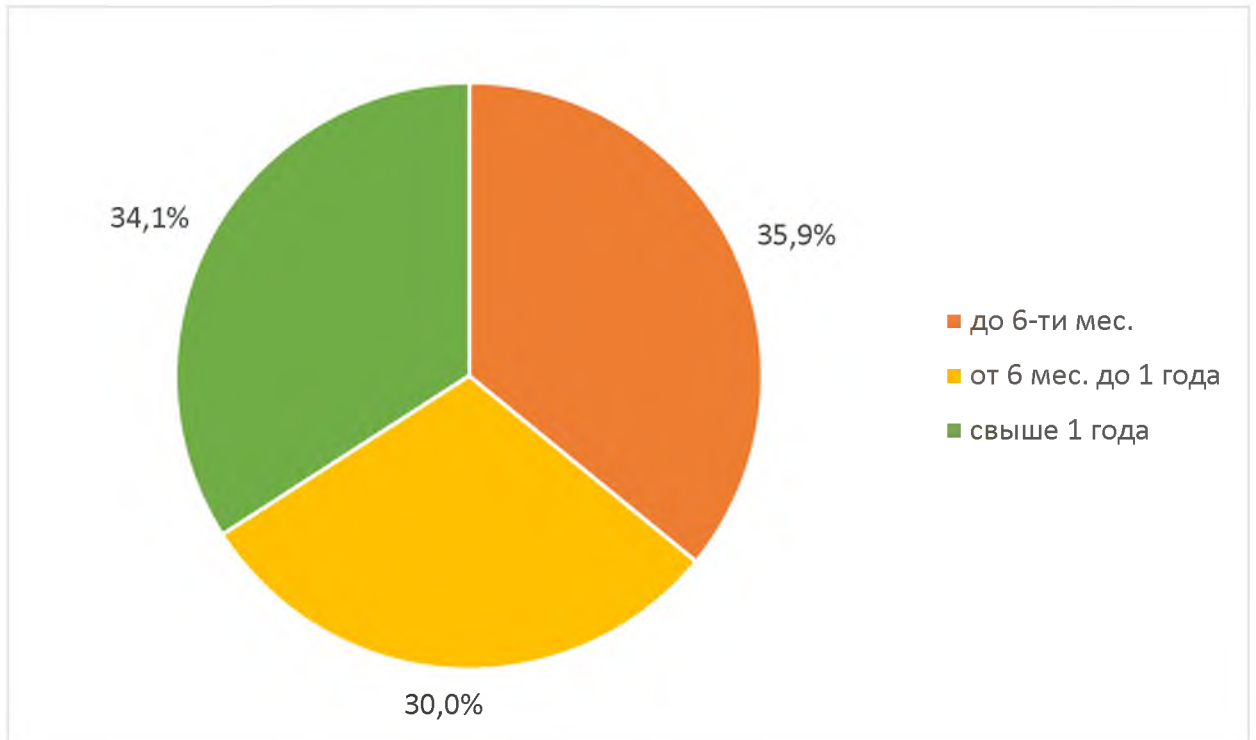
Согласно распределению обследованных в соответствии с наркотическим веществом первой пробы (рисунок 3.15.), на первом месте находится группа обследованных, в которой впервые употреблённым наркотическим веществом был героин - 62,9%. Далее следует группа, где наркотическим веществом первой пробы был опий - 18,8%, на третьем месте находится группа с наркотиком первой пробы каннабисом - 18,2%. В связи с

тем, что чаще первый опыт приобщения к наркотикам происходил в компаниях наркопотребителей, то такое распределение весьма характерно отражает описанное выше распределение структуры потребляемых наркотиков в стране, где данные наркотические вещества были расположены в аналогичном долевым порядке.

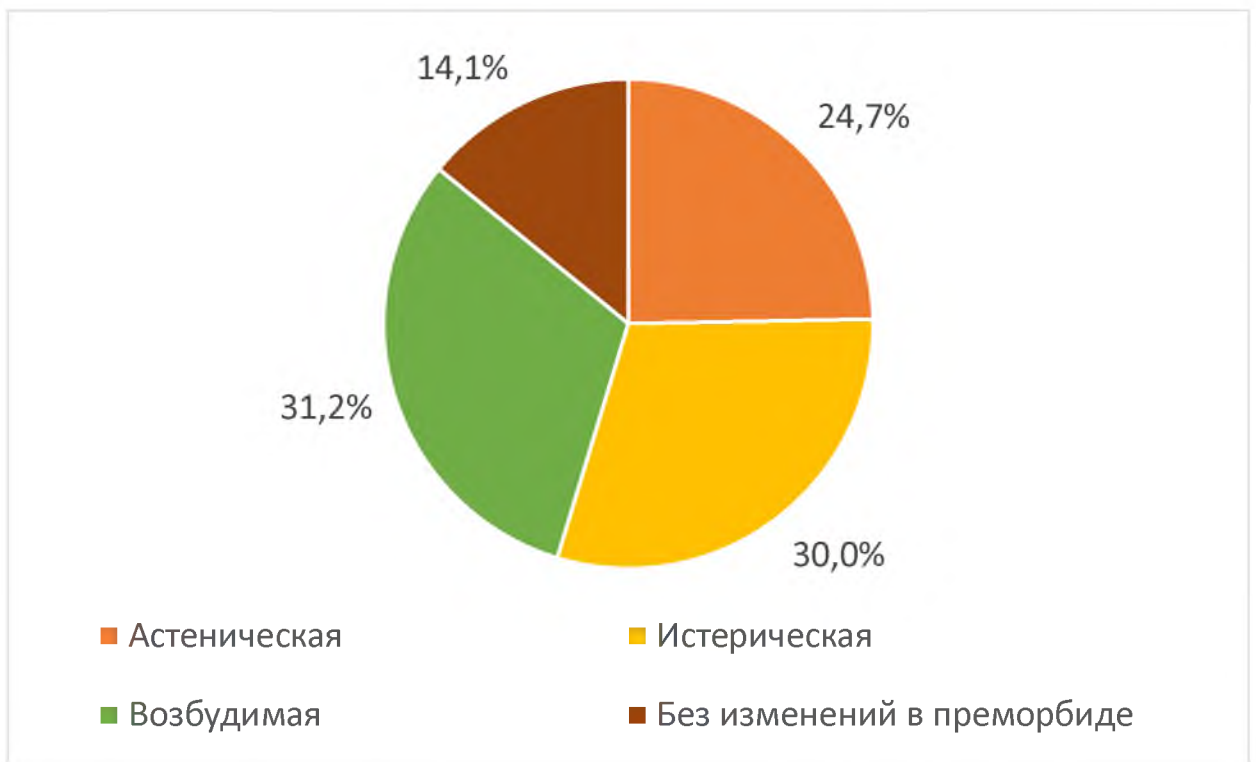


**Рисунок 3.15. - Наркотическое вещество первой пробы**

Характеристика распределения обследованных в зависимости от продолжительности ремиссии которая наступала после проведённого стационарного лечения, выглядит следующим образом (рисунок 3.16.) – чаще всего наблюдались ремиссии сроком до 6 месяцев - 35,9%, на втором месте ремиссии продолжительностью свыше 1 года - 34,1%, на третьем – сроком от 6-ти месяцев до 1 года - 30,0%. В нашем исследовании, в зависимости от преморбидных особенностей личности (рисунок 3.17.), все обследованные распределились следующим образом – на первом месте возбудимый тип личности - 31,2%, на втором – истерический тип - 30,0%, на третьем месте находится группа с астеническим типом – 24,7%, заключительное место занимает группа лиц с отсутствием изменений в преморбиде - 14,1%.

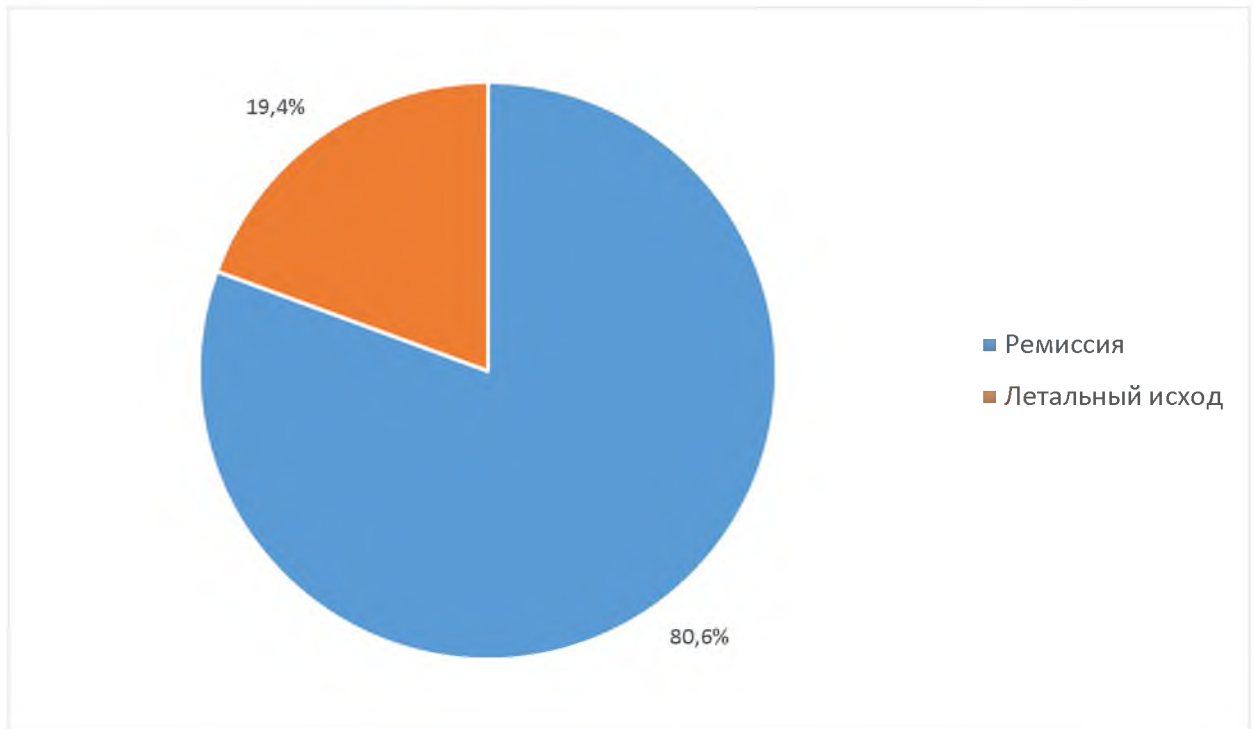


**Рисунок 3.16. - Продолжительность ремиссии**



**Рисунок 3.17. - Преморбидные особенности личности**

Таким образом лица с преморбидными особенностями личности по возбудимому или истерическому типу наиболее часто встречались в исследуемой группе.



**Рисунок 3.18. - Характер и удельный вес исходов героиневой наркомании**

В соответствии с полученными данными наше исследование показало (рисунок 3.18.), что среди обследованных наблюдались два исхода героиневой наркомании - ремиссия или летальный исход. Исход в виде ремиссии отмечен в 80,6% случаев, летальный исход отмечен в 19,4% случаев.

## **Глава 4. Значение отдельных социально-демографических и клинико-динамических характеристик героиневой наркомании в оценке прогноза заболевания**

### **4.1. Влияние социально-демографических факторов героиневой наркомании на исход заболевания**

В данной главе на основании обобщения результатов клинико-катамнестического и статистического исследования 170 больных героиневой наркоманией рассматриваются влияние таких социально-демографических факторов как возраст начала употребления наркотических веществ, семейное положение, прохождения службы в армии, занятость трудовой деятельностью, образовательный уровень, а также влияние клинико-динамических факторов таких как - давность заболевания, темп течения, частота проведённых курсов стационарного лечения, сопутствующие заболевания, наркотическое вещество первой пробы, преморбидные особенности личности и продолжительность ремиссий, на особенности исхода заболевания (ремиссия, летальный исход) и на основании наличия или отсутствия взаимосвязи между факторами влияния и исходом заболевания, определение его значимости в прогнозе.

Результаты проведённого исследования дают возможность обосновать положение, согласно которому, исходы героиневой наркомании зависят от возраста начала употребления наркотического вещества (таблица 4.1).

**Таблица 4.1. - Влияние возраста начала употребления наркотических веществ на исход заболевания**

Показатель	до 20 лет (n=27)		21-40 лет (n=117)		старше 40 лет (n=26)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
исход в виде ремиссии	12	44,4	100	85,5	25	96,2
летальный исход	15	55,6	17	14,5	1	3,8
P	< 0,001		< 0,02		< 0,05	

Примечание: сравнение качественных величин между группами с использованием критерия  $\chi^2$  Пирсона (с поправкой Йейтса для сравниваемых количеств более 5, при сравниваемых количествах менее 5 - по точному критерию Фишера).

При анализе зависимости частоты исходов героиновой наркомании от возраста начала употребления наркотических веществ, было установлено, что прогностически благоприятной является возрастная группа, в которой приобщение к употреблению наркотических веществ происходило в возрасте старше 40 лет, в данной группе у 96,2 % больных наблюдалась ремиссия, случаи летального исхода в данной группе составили 3,8% ( $p < 0,05$ ).

В группе с возрастом начала употребления до 20 лет исход в виде ремиссии наблюдался у 44,4 % больных, в этой же группе летальный исход отмечен у 55,6% больных ( $p < 0,001$ ). В возрастной группе от 21 до 40 лет исход в виде ремиссии наблюдался у 85,5 %, летальный исход у 14,5% больных ( $p < 0,02$ ).

**Таблица 4.2. - Влияние фактора семейного статуса на исход заболевания**

Показатель	состоят в браке (n=99)		не состоят в браке (n=71)	
	абс.	%	абс.	%
исход в виде ремиссии	85	85,9	52	73,2
летальный исход	14	14,1	19	26,8
P	<0,05		<0,05	

Примечание: сравнение качественных величин между группами с использованием критерия  $\chi^2$  Пирсона (с поправкой Йейтса для сравниваемых количеств более 5, при сравниваемых количествах менее 5 - по точному критерию Фишера).

Изучение влияния семейного статуса на исходы героиновой наркомании показало (таблица 4.2), что среди исследованных больных, состоящих в браке, исход в виде ремиссии наблюдался в 82,9 % случаев, летальный исход в этой же группе отмечен у 14,1%. В группе исследованных не состоящих в браке исход в виде ремиссии наблюдался в 73,2 % случаев, в данной группе отмечен наибольший показатель неблагоприятного исхода - 26,8% больных ( $p < 0,05$ ).

Таким образом, нарушенный семейный статус, как одно из многочисленных последствий социальной дезадаптации ввиду наркотической зависимости, является фактором неблагоприятного прогноза героиновой наркомании.

**Таблица 4.3. - Влияние фактора трудового статуса на исход заболевания**

Показатель	имеют постоянную работу (n=41)		не имеют постоянной работы (n=129)	
	абс.	%	абс.	%
исход в виде ремиссии	38	92,7	99	76,7
летальный исход	3	7,3	30	23,3
P	<0,05		<0,05	

Примечание: сравнение качественных величин между группами с использованием критерия  $\chi^2$  Пирсона (с поправкой Йейтса для сравниваемых количеств более 5, при сравниваемых количествах менее 5 - по точному критерию Фишера).

Среди обследованных занятых трудовой деятельностью статистически значимо превалирует прогностически благоприятный исход в виде ремиссии – 92,7%, при низком показателе летальности в данной группе – 7,3% (таблица 4.3). Показатель исхода в виде ремиссии в группе не занятых трудовой деятельностью ниже и составляет 76,7% при высоком показателе неблагоприятного исхода среди обследованных – 23,3% (<0,05). На основании вышеизложенного можно заключить, что занятость трудовой деятельностью является фактором благоприятного прогноза, а отсутствие занятости трудовой деятельностью является фактором неблагоприятного прогноза героиновой наркомании.

**Таблица 4.4. - Влияние фактора уровня образования на исход заболевания**

Показатель	Высшее (n=26)		Среднее и среднее-специальное (n=144)	
	абс.	%	абс.	%
исход в виде ремиссии	25	96,2	112	77,8
летальный исход	1	3,8	32	22,2
P	<0,05		<0,05	

Примечание: сравнение качественных величин между группами с использованием критерия  $\chi^2$  Пирсона (с поправкой Йейтса для сравниваемых количеств более 5, при сравниваемых количествах менее 5 - по точному критерию Фишера).

Наше исследование показало, что образовательный уровень влияет на исходы героиновой наркомании (таблица 4.4). В группе обследованных с высшим образованием наблюдался наиболее высокий показатель исходов в виде ремиссий – 96,2% и наиболее низкий показатель летального исхода – 3,8%. В группе со средним и средним-специальным образованием отмечено

77,8% исходов в виде ремиссий при высоком показателе летального исхода – 22,2% ( $p < 0,05$ ). Высокий уровень благоприятных исходов наблюдается в каждой группе, при этом в группе с полученным высшем образованием показатель неблагоприятного исхода ниже, исходя из чего можно сделать заключение о взаимосвязи высокого уровня образования с низким уровнем неблагоприятных исходов героиневой наркотической зависимости.

**Таблица 4.5. - Влияние фактора прохождения службы в ВС на исход заболевания**

Показатель	проходили службу в ВС (n=45)		не проходили службу в ВС (n=125)	
	абс.	%	абс.	%
исход в виде ремиссии	34	75,6	103	82,4
летальный исход	11	24,4	22	17,6
P	>0,05		>0,05	

Примечание: сравнение качественных величин между группами с использованием критерия  $\chi^2$  Пирсона (с поправкой Йейтса для сравниваемых количеств более 5, при сравниваемых количествах менее 5 - по точному критерию Фишера).

Данные, представленные в таблице 4.5, свидетельствуют о том, что среди обследованной группы лиц, проходивших службу в рядах Вооружённых сил исход в виде ремиссии, наблюдался у 75,56 %, летальный исход у 24,44 %. Среди лиц, не проходивших службу исход в виде ремиссии, наблюдался у 82,40 %, летальный исход у 17,60 %, но в отсутствие статистически значимых различий ( $p > 0,05$ ).

#### **4.2. Влияние клинико-динамических факторов героиневой наркомании на исход заболевания**

При сопоставлении зависимости исходов героиневой наркомании от давности заболевания установлено, что прогностически более благоприятной является группа с давностью заболевания до 5 лет, в которой статистически значимо отмечено самое высокое значение удельного веса ремиссий - 94,9%, как и самый низкий показатель летального исхода среди всех обследованных - 5,1% ( $p < 0,001$ ).



**Таблица 4.6. - Влияние фактора давности заболевания на исход**

Показатель	до 5 лет (n=117)		6-10 лет (n=19)		более 10 лет (n=34)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
исход в виде ремиссии	111	94,9	11	57,9	15	44,1
летальный исход	6	5,1	8	42,1	19	55,9
P	< 0,001		< 0,02		< 0,001	

Примечание: сравнение качественных величин между группами с использованием критерия  $\chi^2$  Пирсона (с поправкой Йейтса для сравниваемых количеств более 5, при сравниваемых количествах менее 5 - по точному критерию Фишера).

В зависимости от дальнейшей длительности заболевания нами отмечено снижение данных показателей, отражая влияние длительности наркотизации на возрастание неблагоприятности её исхода (таблица 4.6). В группе с давностью заболевания от 6 до 10 лет исход в виде ремиссии наблюдался у 57,9% обследуемых, летальный исход у 42,1% ( $p < 0,02$ ), в группе с давностью заболевания более 10 лет, соответственно 44,1% и 55,9% ( $p < 0,001$ ). Таким образом, давность заболевания более десяти лет является фактором неблагоприятного прогноза героиновой наркотической зависимости.

**Таблица 4.7. - Влияние темпа течения на исход заболевания**

Показатель	высоко-прогредиентный (n=62)		умеренно-прогредиентный (n=66)		мало-прогредиентный (n=42)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
исход в виде ремиссии	33	53,2	63	95,5	41	97,6
летальный исход	29	46,8	3	4,5	1	2,4
P	< 0,05		< 0,05		< 0,05	

Примечание: сравнение качественных величин между группами с использованием критерия  $\chi^2$  Пирсона (с поправкой Йейтса для сравниваемых количеств более 5, при сравниваемых количествах менее 5 - по точному критерию Фишера).

При сопоставлении темпа течения героиновой наркомании с выделенными нами разновидностями исходов установлено, что среди больных с высоко-прогредиентным типом течения героиновой наркомании удельный вес исходов в виде ремиссии наиболее низкий - 53,2%, при достаточно высоком показателе летальных исходов - 46,8% (таблица 4.7.). В группе обследованных с мало-прогредиентным темпом течения наблюдался наиболее высокий показатель исходов в виде ремиссий и низкий показатель летальных

исходов - 97,6 % и 2,4% соответственно ( $p < 0,05$ ). Также высокий показатель благоприятного исхода наблюдался в группе с умеренно-прогредиентным темпом течения - 95,5%, при показателе летального исхода в 4,5% ( $p < 0,05$ ).

Исходя из вышеизложенного можно заключить, что высоко-прогредиентный темп течения является фактором неблагоприятного, в то время как мало-прогредиентный темп относится к факторам благоприятного прогноза героиновой наркомании.

**Таблица 4.8. - Влияние частоты проведенных курсов стационарного лечения на исход заболевания**

Показатель	1 раз (n=82)		до 3 раз (n=56)		свыше 4 раз (n=32)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
исход в виде ремиссии	79	96,3	40	71,4	18	56,3
летальный исход	3	3,7	16	28,6	14	43,8
P	<0,05		<0,05		<0,001	

Примечание: сравнение качественных величин между группами с использованием критерия  $\chi^2$  Пирсона (с поправкой Йейтса для сравниваемых количеств более 5, при сравниваемых количествах менее 5 - по точному критерию Фишера).

На исходы героиновой наркомании оказывает влияние частота проведённого противорецидивного лечения (таблица 4.8.). Под повторностью лечения нами подразумевается число пройденных курсов стационарного лечения абстинентного синдрома. В группе больных, прошедших курс лечения однократно, отмечается наиболее высокий показатель благоприятного исхода в виде ремиссии и наименьший показатель неблагоприятного исхода – 96,3% и 3,7% соответственно ( $p < 0,05$ ). В группе больных, прошедших курс лечения от двух до трёх раз, наблюдается статистически значимое снижение данных показателей – 71,4% ремиссий и 28,6% летальных исходов, в группе прошедших 4 и более курсов лечения отмечен самый низкий показатель благоприятного исхода - 56,3% и наиболее высокий показатель неблагоприятного исхода – 43,8% ( $p < 0,001$ ). Таким образом, само по себе увеличение частоты повторности лечения имея

взаимосвязь с длительностью наркотизации является фактором неблагоприятного прогноза наркотической зависимости.

**Таблица 4.9. - Влияние фактора наличия сопутствующих заболеваний на исход основного заболевания**

Показатель	инфекционного генеза (n=47)		травматического генеза (n=15)		без сопутствующих заболеваний (n=108)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
исход в виде ремиссии	32	68,1	13	86,7	92	85,2
летальный исход	15	31,9	2	13,3	16	14,8
P	< 0,01		> 0,05		< 0,05	

Примечание: сравнение качественных величин между группами с использованием критерия  $\chi^2$  Пирсона (с поправкой Йейтса для сравниваемых количеств более 5, при сравниваемых количествах менее 5 - по точному критерию Фишера).

При анализе влияния сопутствующих и перенесённых заболеваний на исходы героиновой наркомании установлено, что в группе обследованных с сопутствующими заболеваниями инфекционного генеза, такими как вирусные гепатиты и ВИЧ, отмечен наиболее высокий показатель неблагоприятных исходов - 31,9% обследованных, при показателе благоприятных исходов в 68,1% ( $p < 0,01$ ). В группе наблюдения с сопутствующими заболеваниями травматического генеза хотя и был отмечен высокий показатель благоприятных исходов – 86,7%, но не достигал уровня статистической значимости (таблица 4.9.).

Таким образом, наличие таких сопутствующих заболеваний инфекционного генеза как вирусные гепатиты и положительный ВИЧ-статус являются факторами, делающими прогноз неблагоприятным.

Изучение влияния наркотического вещества первой пробы на исход героиновой наркоманией показало, что в группах, где у наркозависимых наркотиком первой пробы были каннабис и опий, доля неблагоприятных исходов была незначительной - 6,5% и 3,1% соответственно (таблица 4.10.). В то же время в группе, где приобщение начиналось сразу с употребления героина, у 28,0 % был отмечен неблагоприятный исход ( $p < 0,05$ ).

**Таблица 4.10. - Влияние фактора наркотического вещества первой пробы на исход заболевания**

Показатель	героин (n=107)		каннабис (n=31)		опий (n=32)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
исход в виде ремиссии	77	72,0	29	93,5	31	96,9
летальный исход	30	28,0	2	6,5	1	3,1
P	< 0,05		< 0,05		< 0,05	

Примечание: сравнение качественных величин между группами с использованием критерия  $\chi^2$  Пирсона (с поправкой Йейтса для сравниваемых количеств более 5, при сравниваемых количествах менее 5 - по точному критерию Фишера).

Следовательно, героин в качестве наркотического вещества первой пробы является фактором, делающим прогноз неблагоприятным.

**Таблица 4.11. - Влияние преморбидных особенностей личности на исход заболевания**

Показатель	Истероидный тип (n=51)		Возбудимый тип (n=53)		Без изменений (n=24)		Астенический тип (n=42)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
исход в виде ремиссии	36	70,6	38	71,7	23	95,8	40	95,2
летальный исход	15	29,4	15	28,3	1	4,2	2	4,8
P	<0,05		<0,05		<0,05		<0,05	

Примечание: сравнение качественных величин между группами с использованием критерия  $\chi^2$  Пирсона (с поправкой Йейтса для сравниваемых количеств более 5, при сравниваемых количествах менее 5 - по точному критерию Фишера).

В таблице 4.11., приведены данные о влиянии преморбидных особенностей личности на исходы заболевания. В группе лиц с отсутствием преморбидных изменений наблюдается наибольший показатель исходов в виде ремиссии - 95,8%, с наименьшим показателем летальных исходов – 4,2%. Также высокое превалирование благоприятного исхода над неблагоприятным было отмечено в группе с астеническим типом – 95,2% и 4,8% соответственно.

Для больных с астеническим типом акцентуации были свойственны ранимость, раздражительная слабость, истощаемость. Раздражительность легко сменялась успокоением с чувством признания своей вины, раскаяния, сожаления о случившемся.

Менее благоприятные прогностические показатели были отмечены у лиц с возбудимой и истероидной акцентуацией характера. Для возбудимого типа были характерны лёгкость возникновения аффектов раздражения, неприязни, недовольства, которые при дальнейшем их усилении переходили в гнев, злобу, что обуславливало совершение ими агрессивных поступков. В данной группе ремиссии отмечены в 71,7% наблюдений, летальность – 28,3% ( $p < 0,05$ ).

У больных с истероидным типом акцентуации преобладала театральность, позёрство, повышенная внушаемость и самооценка, самовосхваление, поверхностность и нестойкость интересов и увлечений. В указанной группе ремиссии наблюдались в 70,6% наблюдений, летальность - 29,4% ( $p < 0,05$ ).

Таким образом, преморбидные особенности личности по возбудимому и истероидному типу являются факторами неблагоприятного прогноза героиновой наркотической зависимости.

**Таблица 4.12. - Влияние продолжительности ремиссий на исход заболевания**

Показатель	до 6 месяцев (n=61)		до 1 года (n=51)		свыше 1 года (n=58)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
исход в виде ремиссии	33	54,1	47	92,2	57	98,3
летальный исход	28	45,9	4	7,8	1	1,7
P	<0,001		<0,02		<0,05	

Примечание: сравнение качественных величин между группами с использованием критерия  $\chi^2$  Пирсона (с поправкой Йейтса для сравниваемых количеств более 5, при сравниваемых количествах менее 5 - по точному критерию Фишера).

Анализ влияния продолжительности ремиссий на прогноз героиновой наркомании свидетельствует о том, что в группе обследованных с длительностью нахождения в ремиссии свыше одного года, показатель неблагоприятного исхода был низким и составил 1,7% (таблица 4.12.). Под ремиссией мы понимаем период воздержания больных от употребления

наркотических веществ. Что касается групп с непродолжительными ремиссиями, то в них наблюдались неблагоприятные исходы: в группе, где у обследованных имели место ремиссии от 6 месяцев до 1 года, впоследствии летальность составляла 7,8%, в группе, где длительность ремиссий не превышала 6 мес., впоследствии летальность составляла 45,9% ( $p < 0,001$ ).

Таким образом, непродолжительные ремиссии сроком до полугода и до одного года являются фактором неблагоприятного прогноза, пребывание в ремиссии свыше одного года нами отнесено к факторам благоприятного прогноза героиновой наркомании.

Для иллюстрации зависимости исхода героиновой наркомании от социально-демографических и клинико-динамических показателей приводим следующее наблюдение, в котором речь пойдет о благоприятном исходе в виде ремиссии.

Больной А., 1978 г.р., поступил в стационарное отделение Республиканского клинического центра наркологии им. проф. М. Гулямова 01.03.2019 г., выписан 29.03.2019 г.

Диагноз: Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением опиоидов (героин).

Анамнез. Обращается впервые, в связи с употреблением ПАВ. Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Родился в семье рабочих, рос и развивался в удовлетворительных материально-бытовых условиях. В умственном и физическом развитии от сверстников не отставал. Перенесённых заболеваний детского возраста не отмечает. В школу пошёл с 7 лет, учился хорошо по всем предметам. По характеру спокойный, общительный, уравновешенный, увлекался спортом, чтением литературы, свободное время проводил со сверстниками. Не работает. Имеет неоконченное высшее образование. В браке не состоит, судимость отрицает. Сопутствующих заболеваний нет.

Алкоголь употреблял с восемнадцатилетнего возраста эпизодически,

находясь в компании друзей. С 2015 года, из любопытства начал употреблять наркотическое вещество героин, сначала в течение нескольких недель интраназально, впоследствии путём внутривенных инъекций. Самостоятельно готовил раствор и вводил 0,5 гр. героина внутривенно два раза в неделю. На начальном этапе от указанной дозы испытывал приятные ощущения в виде тепла во всем теле, волнами поднимающееся с нижней половины туловища вверх. Голова становилась лёгкой, появлялось «чувство сильной радости», немного позже появлялось состояние умиротворения, покоя, вялость, чувство тяжести и тепла в конечностях. Окружающая обстановка воспринималась яркой и красивой, мысли текли легко и быстро, испытывал отрешённость от всех забот. Такое состояние продолжалось в течение двух часов, затем наступал сон. После пробуждения испытывал головокружение, тошноту, слабость. Воспоминания о пережитом состоянии были яркими, в связи с чем испытывал постоянное желание повторить его. В промежутке между приёмом наркотического вещества отмечал дискомфорт, состояние неудовлетворённости жизнью, пониженное настроение. Через шесть-восемь месяцев перешёл на ежедневное введение наркотика. Ощущение эйфории стало менее интенсивным и продолжительным, для продления приятного самочувствия повысил дозу внутривенно вводимого наркотика до 1 грамма. В этом периоде не представлял себе жизни без наркотика, испытывал непреодолимое влечение к нему. В связи с трудностями приобретения наркотика возникало вынужденное воздержание, во время которого появлялось слезотечение, зевота, бессонница, исчезал аппетит, присоединялись боли в мышцах шеи, спины, конечностей. Настроение было снижено, отмечалось двигательное беспокойство. Периодически беспокоили тошнота с рвотой, понос. Если не удавалось найти наркотик, длительность данного состояния продолжалась 10-20 дней. С годами интенсивность приятных ощущений при приёме наркотика изменилась, вместо сонливости и покоя наступало чувство бодрости и повышенной работоспособности. Не принимая наркотик не мог работать, не ощущал себя полноценным. Несколько

раз пытался прервать приём героина из-за отсутствия денег на его приобретение, однако даже при небольшой задержке очередного введения наркотика наступало состояние «ломки».

В течение двух последних лет пытается самостоятельно воздерживаться от употребления наркотика, периодически заменяет его лекарственными препаратами снотворного действия, сочетая с употреблением алкоголя. Снизилась работоспособность, стал быстро уставать, с трудом справлялся с домашней работой. Ухудшились отношения с родными, пытался самостоятельно воздерживаться от приёма психоактивных веществ, но положительного результата не достиг, в связи с чем решил обратиться за медицинской помощью.

Соматическое состояние. Правильного телосложения, пониженного питания, кожные покровы сухие, гиперемированы, склеры покрасневшие. Язык сухой, покрыт белым налётом. Вены рук склерозированы, плотные. По ходу вен предплечий имеются множественные следы от инъекций. Язык обложен грязным налётом. В лёгких выслушивается везикулярное дыхание, артериальное давление 90/60 мм.рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень у края рёберной дуги.

Неврологический статус. Зрачки округлой формы, одинаковой величины, реакция их на свет слабая. Аккомодация и конвергенция не нарушены. Отмечается горизонтальный нистагм. В позе Ромберга устойчив, координационные пробы выполняет правильно. Сухожильные рефлексы равномерные, живые. Патологических рефлексов нет.

Психический статус. Сознание ясное. Правильно ориентирован в месте, во времени, окружающем и собственной личности. В беседу вступает неохотно. Уклончиво рассказывает о событиях своей жизни, в том числе об употреблении наркотических веществ. Критика к собственному состоянию слабая. Соглашается с тем, что ему необходимо прекратить употребление наркотиков, однако больным себя не считает. Приуменьшает степень



наркотизации, старается показать себя с положительной стороны.

В отделении поведение больного возбуждённое, отмечается нетерпеливость, перепады в настроении. Состояние отмены выражается в слабости, боли в суставах, слезотечении, понос, головные боли, отсутствие аппетита, тяги к употреблению наркотика. Находится в кругу больных с хорошей установкой на воздержание от употребления наркотиков. Активно вовлекается в трудовые процессы. В свободное время играет в настольные игры, читает литературу. Охотно принимал назначенное лечение, включающее дезинтоксикационную и общеукрепляющую терапию, препараты нейрометаболического ряда, а также психотерапевтические беседы. В процессе проведения рациональной психотерапии, в сочетании с назначением нейролептических препаратов для подавления влечения к наркотикам, появилась критика к собственному заболеванию. Тепло встречал родственников, выражал осознание вреда наркотиков и намерение в будущем не употреблять психоактивные вещества. В связи с улучшением состояния больного и отсутствием симптомов абстинентного состояния, больной в удовлетворительном состоянии выписан в сопровождении родных. При выписке из стационара был вежлив, корректен, тягу к наркотикам отрицал.

Рекомендовано ежемесячное посещение врача психиатра-нарколога по месту жительства, трудоустройство, контроль со стороны семейного окружения. Исключить контакт с окружением, употребляющим наркотики.

Катамнез (спустя 8 месяцев). После выписки из стационара регулярно посещал наркологический кабинет по месту жительства, программы реабилитации, проходил индивидуальную рациональную психотерапию. Свободное время проводит в кругу семьи. С окружением, употребляющим наркотики не контактирует. Много времени уделяет домашнему труду. Жалоб не предъявляет. Планирует создать семью. Тягу к употреблению психоактивных веществ отрицает, высказывает установку на здоровый образ жизни.

При анализе приведённого наблюдения следует обратить внимание на

то, что у личности, с 18 лет эпизодически употребляющей алкоголь под влиянием микросоциальной среды, первая проба наркотиков происходит в 33-летнем возрасте, употребление наркотиков носит на начальном этапе эпизодический характер, постепенно по мере возрастания толерантности к героину, формированию психической зависимости со снижением количественного контроля употребляемого вещества. Давность заболевания к моменту госпитализации составила 4 года.

Особенностью данного наблюдения является исход заболевания в ремиссию, чему наряду с клинико-динамическими параметрами героиновой наркомании (поздний возраст начала употребления наркотика, небольшая давность заболевания), в значительной степени также способствовали зрелый возраст - 40 лет, образовательный уровень больного, проживание в здоровой семейной среде, отсутствие в близком окружении потребителей наркотиков. В ведении здорового образа жизни в последующем после выписки из стационара имели важное значение здоровая микросоциальная среда и посещение реабилитационной психотерапевтической программы.

Возраст больного к моменту приобщения к наркотикам, его образовательный и профессиональный уровень, семейный статус и клинико-динамические показатели болезни играют важную роль и в неблагоприятном исходе героиновой наркомании. Приведённое ниже наблюдение является подтверждением вышесказанного.

Больной Н., 1991 г.р., поступил в стационарное отделение Республиканского клинического центра наркологии им. проф. М. Гулямова 01.03.2018 г., выписан 29.03.2018 г.

Диагноз: Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением опиоидов (героин).

Анамнез. Наследственность психическими и наркологическими заболеваниями не отягощена. Родился в семье рабочих, рос и развивался соответственно возрасту. В школу пошёл в срок, окончил 10 классов. В детстве

был капризным, непослушным, упрямым. В школьные годы имел низкую успеваемость, время проводил в компании друзей. Работал разнорабочим. На службу в армию не призывался. Имеет судимость. Не женат.

В период после освобождения работал в различных организациях разнорабочим. По характеру не сдержан, конфликтен, вспыльчив.

Наркотические вещества впервые употребил в 18 лет. С этого же возраста начал употреблять героин путём внутривенной инъекции. Первое время употреблял дважды в неделю в дозе 0,5 мл внутривенно. Вначале от указанной дозы испытывал блаженное тепло по всему телу, волнами поднимающееся с нижней половины туловища вверх. Голова становилась лёгкой, испытывал сильную радость. Затем появлялось состояния блаженного покоя, вялость, чувство тяжести и тепла в конечностях. Окружающее воспринималось приятным, испытывал отрешённость от забот и неприятностей, мысли текли быстро и легко. Данное состояние продолжалось в течение полутора часов, после чего наступал сон. После пробуждения ощущал тошноту, лёгкое головокружение, слабость. Воспоминания о пережитом состоянии были яркими, так что постоянно возникало желание снова испытать данное состояние. В промежутках между приёмами наркотика отмечался дискомфорт, состояние неудовлетворённости жизнью. Примерно через полтора года начал употреблять героин ежедневно. Ощущение т.н. наркотического «прихода» стало менее интенсивным и продолжительным, впоследствии полностью исчезли. Для продления приятного физического самочувствия повысил дозу внутривенно вводимого наркотика до 1 грамма, старался принимать наркотик в теплом помещении. Без наркотика не мыслил своей жизни, испытывал непреодолимое влечение к нему. Иногда мог употреблять различные наркотические вещества, но предпочитал героин. Во время вынужденного воздержания от приёма героина, в связи с трудностью его приобретения, испытывал состояние «ломки», выражающейся в слезотечении, насморка с чиханием, потере аппетита, бессоннице. К

описанному состоянию присоединялись боли в межчелюстных суставах, мышцах, спины, конечностей и крупных суставах. Отмечалось двигательное беспокойство, снижение настроение, беспричинная тревога, тошнота с рвотой, понос. Длительность этого состояния, если приём наркотика не возобновлялся, могла продолжаться до пятнадцати дней. В дальнейшие годы интенсивность приятных ощущений изменилась, вместо сонливости и приятного покоя, наступало чувство бодрости, прилива сил, повышенной работоспособности. Без употребления героина не чувствовал себя человеком, не мог ничем заниматься. При задержке очередной «дозы» наркотика наступала т.н. «ломка», поэтому старался не затягивать этот процесс. При вынужденном прерывании употребления появлялось чувство беспокойства, напряжённости, озноб переходящий в жар, бессонница, насморк, слезотечение, боли в суставах и мышцах. Под влиянием родных обратился за медицинской помощью.

Соматическое состояние. Правильного телосложения, пониженного питания. Лицо одутловатое, склеры инъецированы. По ходу вен предплечий имеются множественные следы от инъекций. Язык обложен грязным налётом. В лёгких выслушивается везикулярное дыхание, тоны сердца приглушены, пульс ритмичный, 94 ударов в минуту. Артериальное давление 140/90 мм.рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень увеличена.

Неврологическое состояние. Зрачки округлой формы, равномерные, реакция на свет живая, горизонтальный нистагм при отведении глаз в сторону. Сухожильные рефлексы симметричные, снижены. В позе Ромберга неустойчив, выраженный тремор рук, век.

Психическое состояние. При поступлении подавлен, угрюм, злобен. Сидит опустив голову. На вопросы отвечает однозначно, раздражается. В речи присутствуют жаргонные слова. О себе сообщает неполные сведения. При упоминании о наркотиках заметно оживляется, просит сделать инъекцию, получив отказ, становится вялым, теряет интерес. Предъявляет жалобы на

быструю смену ощущений жара и холода по всему телу, потливость, насморк, чихание, зевоту, ломоту в костях и суставах, боли в мышцах челюсти, спины, верхних и нижних конечностях. Периодически отмечаются тошнота с рвотой, понос с частыми позывами. В общении с медперсоналом конфликтен, часто просит сделать инъекцию наркотика.

В процессе проведённого лечения (гемодез, тиосульфат натрия, глюкоза, пирарцетам, неуплепсил, анальгин, витамины группы В и витамин С), через десять дней состояние больного постепенно улучшилось, исчезли боли в мышцах, костях, нормализовался сон, улучшился аппетит. Окреп физически. Несмотря на это в течение следующих недель оставался вялым, подавленным, временами был груб и раздражителен. Периодически беспокоили озноб, боли в межчелюстных суставах, чихание. Жаловался на тягу к приёму наркотиков. В отделении общался с больными наркоманами, часто говорил о наркотиках, вспоминал ощущения, испытанные во время употребления. Спустя один месяц, наряду с улучшением психического состояния, окреп физически, стал принимать активное участие в трудовых процессах. Перед выпиской охотно вступает в беседу, критично относится к своему состоянию, опасается ситуаций, при которых может вернуться к употреблению наркотиков. После завершения дезинтоксикационной и общеукрепляющей терапии был выписан из стационара.

Было рекомендовано ежемесячное посещение врача психиатра-нарколога по месту жительства, посещение программ психологической реабилитации наркозависимых, трудоустройство, восстановление семейного статуса, контроль со стороны семейного окружения, исключение контактов с прежним окружением, употребляющим наркотики.

Катамнез (спустя 5 лет). После выписки из отделения, примерно через два месяца снова попал в компанию наркопотребителей и под их влиянием начал употреблять героин. На постоянную работу не устроился. Время проводил в компании друзей или дома. Был повторно госпитализирован по

настоянию родных спустя восемь месяцев. После повторно проведённого лечения, последующие четыре месяца воздерживался от употребления наркотика, пытался устроиться на работу, однако долго нигде не задерживался из-за конфликтов, отмечал пониженное настроение, нарушения сна, испытывал тягу к употреблению наркотиков. Принимал приобретённые в аптеке снотворные препараты. В программах реабилитации участвовать не хотел. Наркологическое учреждение по месту жительства не посещал. Спустя ещё месяц возобновил употребление героина. Последняя, третья по счёту госпитализация в 2018 году, по настоянию родственников, в момент госпитализации ведёт себя развязно, грубо, к собственному состоянию не критичен. Память заметно снижена.

У личности, начавшей эпизодическое употребление наркотического вещества в 18 лет, в короткие сроки сформировалась психическая и физическая зависимость от наркотического вещества. Высоко-прогредиентный темп течения заболевания, отсутствие собственной семьи, нарушенный трудовой статус и постоянное нахождение в среде потребителей наркотиков в описанном случае оказывали отрицательное влияние и способствовали прерыванию ремиссий, которые были непродолжительными и не превышали нескольких месяцев.

Таким образом данное наблюдение иллюстрирует значение социально-демографического статуса и клинико-динамических характеристик героиновой наркомании в исходе заболевания.

## **Глава 5. Пути совершенствования лечебно-профилактической помощи больным героиновой наркоманией**

### **5.1. Некоторые вопросы реорганизации службы наркологической помощи населению**

Организация и совершенствование существующих форм наркологической помощи, поиск путей повышения эффективности антинаркотической терапии продолжает оставаться актуальной задачей современной наркологии.

Результаты проведенного клинико-катамнестического и статистического методов исследования, с учетом прогностического значения социально-демографических и клинико-динамических характеристик больных героиновой наркоманией могут служить основой в деле разработки практических рекомендаций по дальнейшему совершенствованию лечебно-профилактической помощи больным героиновой наркоманией.

Целесообразно реорганизовать стационарное лечение героиновой наркомании, положив в основу разграничение контингента на две группы, к первой группе необходимо отнести тех больных, социально-демографические и клинико-динамические характеристики заболевания которых свидетельствуют о благоприятном прогнозе, ко второй – больных «группы риска». В указанной группе больных следует осуществлять дифференцированный подход к лечебному процессу, срокам лечения и режиму пребывания.

Кроме того, установленные нами социально-демографические и клинико-динамические критерии прогноза героиновой наркомании позволяют создавать однородные группы больных в пределах существующих групп динамического учета для осуществления различных терапевтических программ.

Различного подхода требуют выделенные нами группы по прогнозу заболевания и после завершения пребывания в стационаре. Было бы

целесообразным установление контакта с участковыми врачами территориальных поликлиник и центров здоровья с целью проведения периодического обследования соматического состояния больных из группы риска в связи с высокой вероятностью развития сопутствующей соматической патологии, разъяснительной работы в сфере профилактики распространения гемоконтактных инфекций и осуществления им дополнительных терапевтических мероприятий.

В связи со значительным преобладанием героина в структуре потребляемых психоактивных веществ и инъекционном способе его применения, возрастает роль разъяснительной профилактической работы по предупреждению распространения гемоконтактных инфекций. В комплексе медико-социальных мероприятий по профилактике героиновой наркомании наряду с фармакотерапией, существенное место должно занимать вовлечение больных в реализуемые в республике программы психосоциальной реабилитации наркозависимых. Для больных с сохранным социальным и семейным статусом, высоким образовательным уровнем, небольшой давностью заболевания, целесообразно рекомендовать стационарное лечение, длительность которого должна определяться состоянием больного. После выписки из стационара, со стороны семейного окружения больного необходим строгий контроль с целью предотвращения вовлечения его в прежнюю микросоциальную среду потребителей наркотиков. Больным с низким образовательным уровнем, не занятым трудовой деятельностью, с нарушенным семейным статусом, ранним началом наркотизации, целесообразно рекомендовать стационарное лечение с последующим вовлечением в программы психосоциальной реабилитации, групповой психотерапии и психологической поддержки с целью дальнейшей интеграции в социум, нормализации семейного и трудового статуса.

Кроме того, показатели различных исходов героиновой наркомании позволяют установить общие тенденции заболевания в регионе и могут быть



учтены при планировании специализированной наркологической помощи в стране.

## **5.2. Внедрение современных профилактических программ для больных героиновой наркоманией**

Первичная профилактика наркотизма состоит в предупреждении отрицательного влияния обычаев социальной среды, формировании таких нравственных и гигиенических убеждений, которые исключали бы и вытесняли возможность аддиктивного поведения. Основой первичной профилактики наркотизма является формирование системы здорового образа жизни.

Вторичная профилактика состоит в выявлении групп населения, наиболее уязвимых в отношении наркотизма, максимально раннем, полном и комплексном осуществлении лечебных мероприятий, оздоровлении социальной среды, применение системы мер воспитательного воздействия в коллективе и семье.

Третичная профилактика направлена на предупреждение прогрессирования заболевания и его осложнений, реализуется в противорецидивной и поддерживающей терапии и мероприятиях, направленных на социальную реабилитацию.

В связи с тем, что одной из основных задач третичной профилактики является осуществление мероприятий, направленных на сдерживание прогрессирования заболевания, что невозможно без прогностической его оценки, повышается значимость данных, касающихся выделенной в предыдущих главах «группы риска» по отношению к неблагоприятному прогнозу. Данная группа, включающая в себя больных с началом систематического употребления психоактивных веществ в возрасте до 20 лет, низким образовательным уровнем, нарушенным трудовым и семейным статусом, употреблением героина в качестве наркотического вещества первой пробы, с давностью заболевания более 10 лет, высоко-прогредиентным темпом течения, имеющем в преморбиде особенности личности по возбудимому или

истерическому типу, с кратностью проведенного противорецидивного лечения более 4 раз, длительностью ремиссий менее одного года, с наличием сопутствующих заболеваний в виде гепатита С или ВИЧ, требует особого подхода в осуществлении диспансерного учета и динамического наблюдения в наркологических учреждениях. Данный контингент больных необходимо сформировать в отдельную подгруппу с периодичностью осмотров в соответствии с длительностью протекающей ремиссии. Частота осмотров при длительности ремиссии до двух лет должна быть не реже одного раза в месяц. Больных с ремиссией свыше двух лет необходимо наблюдать не реже одного раза в два месяца. В отношении больных из «группы риска» нецелесообразно проведение антинаркотического лечения в амбулаторных условиях.

Необходимо улучшение социальной реабилитации больных, отнесенных к «группе риска» после прохождения курса стационарного лечения - рекомендуется включение данного контингента в программы реабилитации наркозависимых лиц, в рамках которых им бы оказывалась психологическая и социальная поддержка на начальных этапах приспособления к новым условиям жизни вне среды наркотиков, содействие в восстановлении утраченных в результате болезни семейных связей, а также содействию в трудоустройстве.

Для решения данного вопроса также необходимо дальнейшее внедрение в стране реабилитационных программ, положительно зарекомендовавших себя в мировой практике борьбы с наркозависимостью. В частности, мировая практика показывает эффективность существующих телефонных служб доверия, посредством которых имеется возможность значительно повысить качество и результативность мер профилактики по противодействию распространения наркомании и предупреждению её рецидивов. Деятельность подобных служб вносит ясность во многие психосоциальные проблемы и позволяет определять наиболее перспективные пути их решения.

Использование телефона доверия – одна из форм психосоциальной

помощи с целью преодоления нарушения социально–психологической адаптации в кризисных ситуациях, посредством которой появляется возможность получения психо-социальной поддержки на начальном этапе. Данная служба, в ходе своей работы имеет возможность выполнять широкий круг задач путём телефонного консультирования: профилактические мероприятия в подростковой среде и их информирование наряду со взрослым контингентом об опасности употребления психоактивных веществ; оперативная помощь по преодолению жизненно важных для абонента ситуаций; попытки выявления и корректировка обнаруженных установок на употребление наркотических веществ; совместное с абонентом рассмотрение существующих жизненных кризисов и предоставление информации по неопробованным ранее способам разрешения данных конфликтов; консультации по повышению уровня социально-психологической адаптации; предоставление информационно-консультативной поддержки родителям наркозависимых. Также целесообразно внедрение методов терапевтического сообщества в существующие процессы терапии и реабилитации наркологической службы.

Первые групповые сообщества, работающие по принципу терапевтической общины для наркозависимых, возникли в середине 20-го века. В настоящее время в развитых странах подобные сообщества для наркозависимых лиц образуют многочисленные программы. Основной принцип терапевтического сообщества выражается во групповом взаимодействии пациентов и персонала лечебного или реабилитационного учреждения направленных на взаимопомощь членов группы. Итоговая цель нахождения в таком сообществе должна выражаться в полном изменении стиля жизни и воздержании от потребления наркотиков, а также изменение антисоциального поведения, выработка у себя полезных навыков и новых ценностных ориентаций. Подобные программы являются долгосрочными в условиях реабилитационного центра, эффективность которых отмечена в разных странах мира.

Таким образом социально-демографические показатели изученных больных, свидетельствуют о распространении героиновой наркомании среди социально значимых групп населения, о чем говорит увеличение удельного веса лиц молодого возраста, имеющих образование, с сохранным социальным и трудовым статусом. Совокупность социально-демографических показателей, наиболее характерных и часто встречающихся в настоящее время у больных героиновой наркоманией, позволяет определить группу риска. С учетом этого необходимо формирование дифференцированного подхода к проведению терапевтических мероприятий на всех этапах противонаркотического лечения, осуществления профилактики, а также своевременному выявлению лиц, страдающих героиновой наркоманией.

Внедрение в практику наркологических учреждений, перечисленных организационных и терапевтических мероприятий, позволит повлиять на изменения прогноза заболевания в пользу увеличения удельного веса более благоприятных исходов героиновой наркомании.

## Обсуждение результатов

Результаты диссертационной работы показали, что с момента возникновения и на протяжении последних двадцати лет, наблюдается рост числа больных героиновой наркоманией, превышая численность потребителей других наркотических веществ, таких как опий и каннабис, ранее превалировавших в структуре наркопотребления. По состоянию на 2018 год, в наркологических учреждениях Республики Таджикистан официально состояло на учёте 7054 героиновых наркопотребителей. В г. Душанбе зарегистрировано наибольшее число наркозависимых - 38% от общего числасостоящих на учете, превышая данный показатель в других регионах страны. Более 80 % всех потребителей наркотиков в стране употребляют героин.

По имеющимся научным источникам установлено, что социально-экономические и политические преобразования, к которым привёл распад СССР в конце прошлого века, повлекли за собой ряд негативных явлений в виде гражданских конфликтов, оттоком из страны квалифицированных кадров, ликвидацией производственных предприятий и массовой безработицы населения, экономическим кризисом, резким ростом преступности. Вышеназванные обстоятельства повлекли за собой рост доступности населению различных наркотиков, значительный рост наркопотребления и заболеваемости наркоманией в Таджикистане, с преобладанием инъекционного потребления героина. Масштаб проблемы сегодня таков, что в профилактическую деятельность в Республике Таджикистан, наряду с медицинскими работниками, вовлечены представители общественных неправительственных организаций, правоохрнительные структуры, средства массовой информации, педагоги сферы среднего и высшего образования, религиозные деятели, с этой целью ежегодно проводятся конференции, круглые столы, тренинги и семинары, на законодательном уровне разрабатываются и принимаются программные документы призванные

усилить борьбу с распространением наркоманий и сопутствующих им тяжёлых заболеваний.

Согласно Национальной программе по профилактике распространения наркозависимости и совершенствованию наркологической помощи в РТ на 2013 - 2017 годы, Республика Таджикистан сегодня испытывает определённое негативное влияние в связи с наличием общей границы с Афганистаном, который в свою очередь признан в мире как одно из основных государств незаконно экспортирующих наркотические вещества опийной группы. Исследования показывают, что любое государство в аналогичной ситуации, испытывает трудности, связанные с увеличением роста наркомании. По причине того, что основной объём наркотических средств, находящихся в незаконном обороте, приходится на героин, в структуре потребления наркотических веществ доля этого наркотического вещества является значительной [99,101,102].

Наблюдается расширение структуры потребляемых наркотических веществ, в которой явно преобладает доля героина. Согласно статистике, спектр потребляемых наркотических веществ в Республике Таджикистан состоит из: героина – 82 %, опия – 10 %, каннабиса – 4%, сочетанного употребления нескольких наркотиков – 4% [99].

Лица молодого возраста стали чаще вовлекаться в употребление наркотиков, предпочтение отдаётся героину, который потребляется инъекционным путём и в результате повышается риск и наблюдается рост распространения среди наркозависимых гемоконтактных инфекций (ВИЧ/СПИД и гепатиты). Вышеизложенное позволяет обозначить растущую потребность в разработке новых подходов как к терапии, так и к предпринимаемым профилактическим мерам. Большинство авторов, занимающихся данной проблемой, сходятся во мнении, что клинические и социальные аспекты героиновой наркомании, равно как и масштаб данной проблемы, остаются недостаточно изученными [7,57,86].

Разработка лечебно-профилактических мероприятий по отношению к лицам, страдающим героиновой наркоманией затруднено недостаточностью изученности факторов влияния на течение героиновой наркомании и критериев прогноза её возможных исходов. В данной связи существует потребность в изучении динамики распространённости наркоманий и их различных форм, клинико-катамнестический анализ и установление социально-демографических и клинико-динамических факторов, влияющих на формирование и течение героиновой наркомании, а также имеющих значительное влияние на исход заболевания. Представляется целесообразным установление критериев, имеющих прогностическое значение в оценке возможных исходов героиновой наркомании и формирование на их основе дифференцированных подходов к клинико-организационным и профилактическим мероприятиям для больных с различным прогнозом заболевания.

Полученные результаты, указывают на следующую возрастную структуру больных героиновой наркоманией в изученной группе- первое место по удельному весу занимают лица старше 40 лет (41,2%), на втором месте – в возрасте 31-40 лет (37,1%), на третьем – в возрасте 21-30 лет (21,8%).

Изучение возраста начала употребления наркотических веществ, указывает на то, что у большинства обследованных - 68,8%, первая проба наркотика произошла в возрасте 21-40 лет. Второе место занимает возрастная группа, в которой впервые попробовали наркотик в возрасте 15-20 лет, данная группа составила 15,9%. Наименьшее количество обследованных впервые употребило наркотическое вещество в возрастной группе старше 40 лет - 15,3%.

Распределение больных в зависимости от семейного статуса, позволяет прийти к заключению о преобладании лиц, состоящих в браке 58,2%, над группой не состоящих в браке - 41,8%.

Распределение больных в соответствии с трудовой деятельностью

показывает, что первое место занимают лица, не имеющие постоянной работы - 75,9%. На втором месте находятся лица, занимающиеся постоянной трудовой деятельностью – 24,1%.

Анализ структуры образовательного уровня показывает, что здесь первое место по удельному весу принадлежит больным со средним и средне-специальным образованием - 84,7%, второе – с высшим образованием - 15,3%. Больные без образования в исследуемой группе не встречались.

Характерным является то, что значительно меньшее число больных проходили службу в рядах вооружённых сил (26,5%), в то время как большинство исследуемых в вооружённых силах не служили (73,5%).

Изучение возраста первого обращения за наркологической помощью, указывает на то, что чаще всего больные наркоманией обращаются за наркологической помощью в возрастном периоде от 21 до 40 лет - 78,2%. Далее следует группа возрастная группа лиц старше 40 лет - 18,2%, наименьшее количество обследованных впервые обратились к наркологу в возрасте от 15 до 20 лет - 3,5%.

При анализе распределения обследованных в зависимости от фактора давности заболевания, обращает на себя внимание то что большинство обследованных имеют давность заболевания до 5 лет (68,8%). Далее следует группа с давностью заболевания более 10 лет (20,0%), на третьем месте находится группа с давностью заболевания 6 - 10 лет (11,2%).

Согласно распределению, обследованных по темпу течения заболевания, на первом месте находится группа с умеренно-прогредиентным темпом течения - 38,8%. Далее следует группа с высоко-прогредиентным темпом - 36,5%, на третьем месте находится группа с мало-прогредиентным темпом течения - 24,7%.

Изучение распределение обследованных в зависимости от частоты проведенного стационарного противорецидивного лечения, показывает, что



что наибольшее число обследованных - 48,2% проходили лечение однократно, далее следует группа лиц, проходивших курс лечения от двух до трёх раз – 32,9%, на третьем месте находится группа лиц, проходивших курс лечения 4 и более раз - 18,8%.

Анализ удельного веса сопутствующих и перенесённых заболеваний, говорит о том, что среди больных героиновой наркоманией распространены гемоконтактные инфекции и черепно-мозговые травмы. Среди обследованных в настоящем исследовании в качестве сопутствующих заболеваний наблюдались болезни инфекционного генеза – вирусные гепатиты и ВИЧ – 27,6% и травматического генеза – черепно-мозговые травмы – 8,8%.

Согласно распределению обследованных по наркотическому веществу первой пробы, на первом месте находится группа обследованных в которой впервые употреблённым наркотическим веществом был героин - 62,9%. Далее следует группа, где наркотическим веществом первой пробы был опий - 18,8%, на третьем месте находится группа с наркотическим веществом первой пробы каннабис - 18,2%.

Характеристика распределения обследованных в зависимости от продолжительности ремиссии выглядит следующим образом – чаще всего наблюдались ремиссии продолжительностью до 6 месяцев - 35,9%, на втором месте ремиссии продолжительностью свыше 1 года - 34,1%, на третьем – сроком от 6-ти месяцев до 1 года - 30,0%.

В нашем исследовании, в зависимости от преморбидных особенностей личности, все обследованные распределились следующим образом – на первом месте - возбудимый тип личности - 31,2%, на втором – истерический тип - 30,0%, на третьем месте находится группа с астеническим типом – 24,7%, заключительное место занимает группа лиц с отсутствием изменений в преморбиде - 14,1%.

Полученные данные свидетельствуют о том, что среди обследованных наблюдались два исхода героиновой наркомании - ремиссия или летальный

исход. Исход в виде ремиссии отмечен в 80,6% случаев, летальный исход отмечен в 19,4% случаев.

Наше исследование показало, что на исходы героиновой наркомании влияет возраст начала употребления наркотического вещества.

При анализе зависимости частоты исходов героиновой наркомании от возраста начала употребления наркотических веществ, было установлено, что прогностически благоприятной является возрастная группа, в которой приобщение к употреблению наркотических веществ происходило в возрасте старше 40 лет, в данной группе у 96,2 % больных наблюдалась ремиссия, случаи летального исхода в данной группе составили 3,8% ( $p < 0,05$ ).

В группе с возрастом начала употребления до 20 лет исход в виде ремиссии наблюдался у 44,4 % больных, в этой же группе летальный исход отмечен у 55,6% больных ( $p < 0,001$ ). В возрастной группе от 21 до 40 лет исход в виде ремиссии наблюдался у 85,5 %, летальный исход у 14,5% больных ( $p < 0,02$ ). Таким образом, ранний возраст начала употребления наркотических веществ является фактором неблагоприятного прогноза, тогда как приобщение к употреблению наркотических веществ в возрасте старше 40 лет представляет собой фактор благоприятного прогноза героиновой наркомании.

Изучение влияния семейного статуса на исходы героиновой наркомании показало, что среди исследованных больных, состоящих в браке, исход в виде ремиссии наблюдался в 82,9 % случаев, летальный исход в этой же группе был отмечен у 14,1%. В группе исследованных не состоящих в браке исход в виде ремиссии наблюдался в 73,2 % случаев, в данной группе отмечен наибольший показатель неблагоприятного исхода - 26,8% больных ( $p < 0,05$ ).

Таким образом, нарушенный семейный статус, как одно из многочисленных последствий социальной дезадаптации ввиду наркотической зависимости, является фактором неблагоприятного прогноза героиновой наркомании.

Изучение прогностического значения трудового статуса показало, что

среди обследованных занятых трудовой деятельностью статистически значимо превалирует прогностически благоприятный исход в виде ремиссии – 92,7%, при низком показателе летальности в данной группе – 7,3%. Показатель исхода в виде ремиссии в группе не занятых трудовой деятельностью ниже и составляет 76,7% при высоком показателе неблагоприятного исхода среди обследованных – 23,3% ( $<0,05$ ). На основании вышеизложенного можно заключить, что занятость трудовой деятельностью является фактором благоприятного прогноза, а отсутствие занятости трудовой деятельностью является фактором неблагоприятного прогноза героиновой наркомании. Эти результаты соотносятся с данными Малахова М.Н. [84], указывающего на нарушенный трудовой статус, как на один из факторов неблагоприятного прогноза наркомании.

Анализ зависимости исхода от образовательного уровня свидетельствует о том, что образовательный уровень влияет на исходы героиновой наркомании. В группе обследованных с высшим образованием наблюдался наиболее высокий показатель исходов в виде ремиссий – 96,2% и наиболее низкий показатель летального исхода – 3,8%. В группе со средним и средним-специальным образованием отмечено 77,8% исходов в виде ремиссий при высоком показателе летального исхода – 22,2% ( $<0,05$ ). Высокий уровень благоприятных исходов наблюдается в каждой группе, при этом в группе с полученным высшем образованием показатель неблагоприятного исхода ниже, исходя из чего можно сделать заключение о взаимосвязи высокого уровня образования с низким уровнем неблагоприятных исходов героиновой зависимости, что соотносится с результатами исследований Сочивко Н.С. [134], согласно которым низкий образовательный уровень является фактором неблагоприятного прогноза наркомании.

При сопоставлении зависимости исходов героиновой наркомании от давности заболевания установлено, что прогностически более благоприятной

является группа с давностью заболевания до 5 лет, в которой статистически значимо отмечено самое высокое значение удельного веса ремиссий - 94,9%, как и самый низкий показатель летального исхода среди всех обследованных - 5,1% ( $p < 0,001$ ). В зависимости от дальнейшей длительности заболевания нами отмечено снижение данных показателей, отражая влияние длительности наркотизации на возрастание неблагоприятности её исхода. В группе с давностью заболевания от 6 до 10 лет исход в виде ремиссии наблюдался у 57,9% обследуемых, летальный исход у 42,1% ( $p < 0,02$ ), в группе с давностью заболевания более 10 лет, соответственно 44,1% и 55,9% ( $p < 0,001$ ). Таким образом, давность заболевания более десяти лет является фактором неблагоприятного прогноза героиновой наркотической зависимости.

При сопоставлении темпа течения героиновой наркомании с выделенными нами разновидностями исходов установлено, что среди больных с высоко-прогредиентным типом течения героиновой наркомании удельный вес исходов в виде ремиссии наиболее низкий - 53,2%, при достаточно высоком показателе летальных исходов - 46,8%. В группе обследованных с мало-прогредиентным темпом течения наблюдался наиболее высокий показатель исходов в виде ремиссий и низкий показатель летальных исходов - 97,6 % и 2,4% соответственно ( $p < 0,05$ ). Также высокий показатель благоприятного исхода наблюдался в группе с умеренно-прогредиентным темпом течения - 95,5%, при показателе летального исхода в 4,5% ( $p < 0,05$ ).

Исходя из вышеизложенного можно заключить, что высоко-прогредиентный темп течения является фактором неблагоприятного, в то время как мало-прогредиентный темп относится к факторам благоприятного прогноза героиновой наркомании. Эти данные соотносятся с результатами исследований Найденовой И.Н. [97], где была выявлена положительная связь мало-прогредиентного темпа течения героиновой наркомании с низкой выраженностью социальных и личностных последствий, а также спонтанными ремиссиями.

На исходы героиновой наркомании оказывает влияние частота проведенного противорецидивного лечения. Под повторностью лечения нами подразумевается число пройденных курсов стационарного лечения синдрома отмены. В группе больных, прошедших курс лечения однократно, отмечается наиболее высокий показатель благоприятного исхода в виде ремиссии и наименьший показатель неблагоприятного исхода – 96,3% и 3,7% соответственно ( $p < 0,05$ ). В группе больных, прошедших курс лечения от двух до трёх раз, наблюдается статистически значимое снижение данных показателей – 71,4% ремиссий и 28,6% летальных исходов, в группе прошедших 4 и более курсов лечения отмечен самый низкий показатель благоприятного исхода - 56,3% и наиболее высокий показатель неблагоприятного исхода – 43,8% ( $p < 0,001$ ).

Таким образом, само по себе увеличение частоты повторности лечения имея взаимосвязь с длительностью наркотизации является фактором неблагоприятного прогноза наркотической зависимости.

При анализе влияния сопутствующих и перенесенных заболеваний на исходы героиновой наркомании установлено, что в группе обследованных с сопутствующими заболеваниями инфекционного генеза, такими как вирусные гепатиты и ВИЧ, отмечен наиболее высокий показатель неблагоприятных исходов - 31,9% обследованных, при показателе благоприятных исходов в 68,1% ( $p < 0,01$ ). В группе наблюдения с сопутствующими заболеваниями травматического генеза хотя и был отмечен высокий показатель благоприятных исходов – 86,7%, но не достигал уровня статистической значимости. Таким образом, наличие таких сопутствующих заболеваний инфекционного генеза как вирусные гепатиты и положительный ВИЧ-статус являются факторами, делающими прогноз неблагоприятным.

Изучение влияния наркотического вещества первой пробы на исход заболевания героиновой наркоманией показало, что в группах, где у наркозависимых наркотиком первой пробы были каннабис и опий, доля

неблагоприятных исходов была незначительной - 6,5% и 3,1% соответственно. В то же время в группе, где приобщение начиналось сразу с употребления героина, у 28,0 % был отмечен неблагоприятный исход ( $p < 0,05$ ). Следовательно, героин в качестве наркотического вещества первой пробы является фактором, делающим прогноз неблагоприятным.

В группе лиц с отсутствием преморбидных изменений наблюдается наибольший показатель исходов в виде ремиссии - 95,8%, с наименьшим показателем летальных исходов – 4,2%. Также высокое превалирование благоприятного исхода над неблагоприятным было отмечено в группе с астеническим типом – 95,2% и 4,8% соответственно. Для больных с астеническим типом акцентуации были свойственны ранимость, раздражительная слабость, истощаемость. Раздражительность легко сменялась успокоением с чувством признания своей вины, раскаяния, сожаления о случившемся.

Менее благоприятные прогностические показатели были отмечены у лиц с возбудимой и истероидной акцентуацией характера. Для возбудимого типа были характерны лёгкость возникновения аффектов раздражения, неприязни, недовольства, которые при дальнейшем их усилении переходили в гнев, злобу, что обуславливало совершение ими агрессивных поступков. В данной группе ремиссии отмечены в 71,7% наблюдений, летальность – 28,3% ( $p < 0,05$ ). У больных с истероидным типом акцентуации преобладала театральность, позёрство, повышенная внушаемость и самооценка, самовосхваление, поверхностность и нестойкость интересов и увлечений. В указанной группе ремиссии наблюдались в 70,6% наблюдений, летальность - 29,4% ( $p < 0,05$ ).

Таким образом, преморбидные особенности личности по возбудимому и истероидному типу являются факторами неблагоприятного прогноза героиновой наркотической зависимости.

Анализ влияния продолжительности ремиссий на прогноз героиновой

наркомании свидетельствует о том, что в группе обследованных с длительностью нахождения в ремиссии свыше одного года, показатель неблагоприятного исхода был низким и составил 1,7%. Под ремиссией мы понимаем период воздержания больных от употребления наркотических веществ. Что касается групп с непродолжительными ремиссиями, то в них наблюдались неблагоприятные исходы: в группе, где у обследованных имели место ремиссии от 6 месяцев до 1 года, впоследствии летальность составляла 7,8%, в группе, где длительность ремиссий не превышала 6 мес., впоследствии летальность составляла 45,9% ( $p < 0,001$ ).

Следовательно, непродолжительные ремиссии сроком до полугода и до одного года являются фактором неблагоприятного прогноза, пребывание в ремиссии свыше одного года нами отнесено к факторам благоприятного прогноза героиновой наркомании.

Таким образом, к факторам, обуславливающим благоприятный прогноз героиновой наркомании в виде ремиссии, относятся: позднее начало употребления наркотических веществ – в возрасте старше 40 лет, сохраненный семейный статус, наличие высокого уровня образования и занятость трудовой деятельностью, наркотическое вещество первой пробы отличное от героина, длительность употребления наркотиков менее 5 лет, мало-прогредиентный темп течения заболевания, низкая частота противорецидивного лечения не более одного раза, отсутствие преморбидных изменений личности, длительность перенесённых ремиссий свыше одного года, отсутствие характерных для инъекционного наркопотребления сопутствующих заболеваний в виде вирусных гепатитов и ВИЧ.

К факторам, обуславливающим неблагоприятный прогноз героиновой наркомании, нами отнесены - раннее начало приобщения к употреблению наркотических веществ в возрасте до 20 лет, низкий образовательный уровень, нарушенный трудовой и семейный статус, употребление героина в качестве наркотического вещества первой пробы, продолжительность заболевания

более десяти лет, высоко-прогредиентный темп течения, частота противорецидивного лечения более четырёх раз, преморбидные изменения личности по возбудимому или истерическому типу, непродолжительные ремиссии менее одного года, наличие сопутствующих заболеваний вирусными гепатитами или положительный ВИЧ-статус. Совокупность перечисленных социально-демографических и клинико-динамических параметров позволяет обозначить среди больных героиновой наркоманией «группу риска» по отношению к неблагоприятному прогнозу.

В целом, выделенные нами прогностические критерии героиновой наркомании и предложенная на их основе прогностическая «группа риска» больных, позволят усовершенствовать клинико-организационные мероприятия при осуществлении терапии, реабилитации и профилактики героиновой наркомании.

Целесообразно реорганизовать стационарное лечение героиновой наркомании, положив в основу разграничение контингента на две группы, к первой группе необходимо отнести тех больных, социально-демографические и клинико-динамические характеристики заболевания которых свидетельствуют о благоприятном прогнозе, ко второй – больных «группы риска». В указанной группе больных следует осуществлять дифференцированный подход к лечебному процессу, срокам лечения и режиму пребывания.

Данный контингент лиц с неблагоприятным прогнозом, необходимо сформировать в отдельную подгруппу с периодичностью осмотров в соответствии с длительностью протекающей ремиссии. Частота осмотров при длительности ремиссии до двух лет должна быть не реже одного раза в месяц. Больных с ремиссией свыше двух лет необходимо наблюдать не реже одного раза в два месяца. В отношении больных из «группы риска» нецелесообразно проведение антинаркотического лечения в амбулаторных условиях. После прохождения курса стационарного лечения, рекомендуется включение



данного контингента в программы реабилитации наркозависимых лиц, в рамках которых им будет оказываться психологическая и социальная поддержка на всех этапах приспособления к новым условиям жизни вне среды наркотиков, содействие в восстановлении утраченных в результате болезни семейных связей, а также содействию в трудоустройстве.

Для решения данного вопроса также необходимо дальнейшее внедрение в стране реабилитационных программ, положительно зарекомендовавших себя в мировой практике борьбы с наркозависимостью, в том числе телефонных анонимных консультативных служб, предоставляющих консультации по психологическим и социальным вопросам и намечающих наиболее перспективные пути их решения, а также информирующих о современных способах профилактики распространения наркомании.

Учитывая высокий риск присоединения и распространения сопутствующих героиновой наркомании гемоконтактных инфекций, было бы целесообразным установление преемственности в работе наркологической службы с участковыми врачами территориальных поликлиник и центров здоровья, с целью проведения периодического обследования соматического состояния больных из «группы риска», осуществления ими дополнительных терапевтических мероприятий и разъяснительной работы в сфере профилактики.

## Заключение

### Основные научные результаты диссертации

1. В Республике Таджикистан отмечается высокий уровень численности населения, употребляющих наркотические вещества (всего – 7054 человек). В г. Душанбе зарегистрировано наибольшее число наркозависимых (38% от общего числа) превышая данный показатель в других регионах страны. Более 80 % всех потребителей наркотиков в стране употребляют героин. [1-А, 3-А]
2. Статистические данные по учёту заболеваемости наркоманиями основаны на обращаемости больных в государственные наркологические учреждения страны, в связи с чем эти данные не всегда отражают достоверную ситуацию. Одной из причин наблюдаемого в 2017-2018 годах отсутствия роста показателей болезненности наркоманиями является то, что часть героиновых наркопотребителей участвует в реализуемой в стране программе заместительной терапии. [2-А, 3-А]
3. Установлено, что факторами благоприятного прогноза героиновой наркомании являются: начало употребления наркотических веществ в возрасте старше 40 лет, сохраненный семейный статус, наличие высокого уровня образования и занятость трудовой деятельностью, наркотическое вещество первой пробы отличное от героина, длительность употребления наркотиков менее 5 лет, мало-прогредиентный темп течения заболевания, низкая частота противорецидивного лечения не более одного раза, отсутствие преморбидных особенностей личности, длительность перенесённых ремиссий свыше одного года, отсутствие характерных для инъекционного наркопотребления сопутствующих заболеваний в виде вирусных гепатитов или ВИЧ. [1-А, 2-А, 4-А, 5-А, 6-А, 7-А]
4. Установлено, что факторами неблагоприятного прогноза героиновой наркомании являются: начало систематического употребления наркотических веществ в возрасте до 20 лет, низкий образовательный

уровень, нарушенный трудовой и семейный статус, употребление героина в качестве наркотического вещества первой пробы, давность заболевания более 10 лет, высоко-прогредиентный темп течения, преморбидные особенности личности по возбудимому или истерическому типу, попытки противорецидивного лечения более 4 раз, длительность ремиссий менее одного года, наличие сопутствующих заболеваний в виде вирусных гепатитов или ВИЧ. [1-А, 2-А, 4-А, 5-А, 6-А, 7-А]

### **Рекомендации по практическому использованию результатов**

1. Необходимо формирование дифференцированного подхода к проведению терапевтических мероприятий и осуществления профилактики среди лиц страдающих героиновой наркоманией, с учётом совокупности социально-демографических и клинико-динамических характеристик, наиболее характерных и часто встречающихся в настоящее время у больных героиновой наркоманией.
2. Учитывая высокий риск присоединения и распространения сопутствующих героиновой наркомании гемоконтактных инфекций, целесообразно установление преемственности в работе наркологической службы с участковыми врачами территориальных поликлиник и центров здоровья, с целью проведения периодического обследования соматического состояния больных из «группы риска», осуществления ими дополнительных терапевтических мероприятий и разъяснительной работы в сфере профилактики.
3. Контингент больных входящих в «группу риска» по отношению к неблагоприятному исходу, необходимо сформировать в отдельную подгруппу с периодичностью осмотров в соответствии с длительностью протекающей ремиссии. Частота осмотров при длительности ремиссии до двух лет должна быть не реже одного раза в месяц. Больных с ремиссией свыше двух лет необходимо наблюдать не реже одного раза в два месяца.

4. После прохождения курса стационарного лечения, рекомендуется включение контингента из «группы риска» в программы реабилитации наркозависимых лиц, в том числе программы терапевтического сообщества, в рамках которых им бы оказывалась психологическая и социальная поддержка на начальных этапах приспособления к новым условиям жизни вне среды наркотиков, содействие в восстановлении утраченных в результате болезни семейных связей, а также содействию в трудоустройстве.
5. В существующие процессы терапии и реабилитации наркологической службы, с целью преодоления нарушения социально–психологической адаптации в кризисных ситуациях, целесообразно внедрение психосоциальной помощи в виде телефона доверия, посредством которого будет оказываться психосоциальная поддержка в кризисных ситуациях.

## Список литературы

### Список использованных источников

- [1] Абрамов, А.Ю. Совершенствование механизма регулирования оборота наркотических средств и психотропных веществ в Российской Федерации: дис. ... докт. мед. наук. / А.Ю. Абрамов. - Москва, 2015. - 316 с.
- [2] Анохина, И.П. Основные биологические механизмы болезней зависимости от психоактивных веществ / И.П. Анохина // Вопросы наркологии. – 2017. – № 2–3. – С. 15–41.
- [3] Анализ некоторых социально-демографических показателей женщин, больных героиновой зависимостью / Н.М. Шарапова [и др.] // Авчи Зухал. - 2014. - № 2. - С.114-115.
- [4] Алигулиев, А.Р. Клинические и социальные аспекты опийной наркомании в Азербайджанской республике: автореф. дис. ... канд. мед. наук / А.Р. Алигулиев. - Москва, 1991. - 24 с.
- [5] Алкогольная и наркотическая зависимость: практич. рук-во для врачей / Г.М. Энтин, А.Г. [и др.]. - М.: Медпрактика-М, 2002. - 328с.
- [6] Алтынбеков, С.А. Исследование распространённости наркоманий и типичные характеристики наркозависимости в Республике Казахстан / С.А. Алтынбеков, Е.В. Денисова // Вопросы наркологии Казахстана. – 2001. - №7. - С. 17-21.
- [7] Алтынбеков, С.А. Организация наркологической помощи в Республике Казахстан и за рубежом / С.А. Алтынбеков, А.Л. Катков, С.Р. Мусинов // Ранее выявление и профилактика распространения зависимостей. - 2004. - № 4. - С. 5-63.
- [8] Алтынбеков, С.А. Медицинские аспекты противодействия наркозависимости в Республике Казахстан / С.А. Алтынбеков, А.Л. Катков. - Павлодар, 2006. - 302 с.
- [9] Алтынбекова, Г.И. Расстройства личности у больных опийной

- наркоманией и возможности реабилитации в условиях терапевтического сообщества: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Г.И. Алтынбекова. - Томск., 2005. - 23 с.
- [10] Альтшулер, В.Б. Патологическое влечение к алкоголю / В.Б. Альтшулер. - М.: Медицина, 1994. - 216 с.
- [11] Альтшулер, В.Б. Психопатологические расстройства у больных наркоманиями и токсикоманиями в период становления ремиссии и их лечение в стационаре: метод. рекомендации / В.Б. Альтшулер, В.А., Пузиенко, Е.П., Соколова. - М., 1989. - 26 с.
- [12] Ахмедов, А. Эпидемиология женской героиновой наркомании (обзор литературы) / А. Ахмедов, А.А. Байбабаев, Д.У. Саидмурадов // Здоровоохранение Таджикистана. - 2014. - №1. - С. 102-108.
- [13] Бабаян, Э.А. Наркология / Э.А. Бабаян, М.Х. Гонопольский. - М.: Медицина, 1987. - 336 с.
- [14] Баландин, А. Д. Самые опасные наркотики. /А. Д. Баландин, Л. И. Баландина, В. С. Джанибеков. - М.: Авторское издание. - 2008. - 105 с.
- [15] Байбабаев, А.А. Некоторые особенности терапии абстинентного синдрома при героиновой наркомании / А.А. Байбабаев, Д.У. Саидмурадов // Ежегодная XII научно-практическая конференция ТИППМК «Медицина 21 века - актуальные вопросы и пути их решения». - Душанбе, 2006. - С.116-117.
- [16] Байбабаев, А.А. О клинико-демографических особенностях формирования героиновой наркомании у женщин в Республике Таджикистан / А.А. Байбабаев, Д.У. Саидмурадов // Научно-практический журнал ТИППМК. - 2012. - №3. - С.72-73.
- [17] Баянова, Т.А. Эпидемиологический анализ последствий распространения ВИЧ-инфекции в регионе с высокой пораженностью населения: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Т.А. Баянова. - Иркутск, 2014. - 22 с.

- [18] Белокрылов, И.В. О некоторых аспектах личностного предрасположения к зависимости от психоактивных веществ / И.В. Белокрылов// XIV Съезд психиатров России: материалы съезда. – М.: Медпрактика-М, 2005. - С. 329.
- [19] Бисалиев, Р.В. Несуицидальное аутоагрессивное поведение у больных опийной наркоманией (клинико-психопатологический аспект) / Р.В. Бисалиев, Л.П. Великанова // Наркология. - 2005. - № 12. - С. 44-48.
- [20] Благов, Л.Н. Аффективные расстройства при опийной наркомании: автореф. дис. ... канд. мед наук / Л.Н. Благов. - Томск, 1994. -22 с.
- [21] Благов, Л.Н. Клинико-патогенетический аспект опиоидной зависимости / Л.Н. Благов // Наркология. - 2005. - № 4. - С. 43-56.
- [22] Благов, Л.Н. Эмоциональные расстройства в клинике опийной наркомании / Л.Н. Благов // Материалы международной научной конференции. - Гродно, 1993. - С. 301-302.
- [23] Богданов, С.И. Злоупотребление наркотическими веществами в крупном промышленном городе Среднего Урала (клинико-эпидемиологическое исследование): дис. ... канд. мед. наук. / С.И. Богданов. - 2001- 194 с.
- [24] Батулин, Е.В. Гендер-зависимые особенности психопатологии и клинической динамики героиновой наркомании у подростков: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Е.В. Батулин. - Томск., 2004. - 26 с.
- [25] Богданов, С.И. Ключевые характеристики активных потребителей наркотических средств в отношении потребления основного наркотического средства / С.И. Богданов [и др.] // Наркология. - 2012. - № 5. - С. 46-52.
- [26] Бойко, Е. О. Качество жизни и социальное функционирование как критерий эффективности терапии / Е.О. Бойко // Вопросы наркологии. - 2008. - № 5. - С.58-65.

- [27] Бойко, Е. О. Шкала оценки социального функционирования у больных с синдромом зависимости / Е.О. Бойко // Наркология. - 2008. - № 9. - С.61-69.
- [28] Бориневич, В.В. Наркомании / В.В. Бориневич. - М.: Медицина, 1963.-78 с.
- [29] Бохан, Н.А. Наркологическая ситуация и психическое здоровье населения: региональные тренды десятилетия / Н.А. Бохан, В.Я. Семке, А.И. Мандель // Психическое здоровье. - 2006. - №1. - С. 32 - 38.
- [30] Бохан, Н.А. Гендерно-зависимые особенности героиновой наркомании у подростков / Н.А. Бохан, Е.В. Батулин, М.Г. Усов. - Томск: изд-во Том. ун-та, 2004. - 153 с.
- [31] Бохан, Н.А. Клонидин-налоксоновая терапия опиоидной зависимости / Н.А. Бохан, С.В. Пронин, Н.А. Пронина. - Томск: изд-во Том. ун-та, 2004. - 146 с.
- [32] Бохан, Н.А. Молекулярные механизмы влияния этанола и его метаболитов на эритроциты *in vitro* и *in vivo* / Н.А. Бохан, В.Д. Прокопьева. - Томск: изд-во Том. ун-та, 2004. - 166 с.
- [33] Бохан, Н.А. Наркотическая зависимость у подростков в условиях Крайнего Севера / Н.А. Бохан, А.И. Мандель, Р.Р. Гусамов. - Томск: изд-во ГУ НИИ ПЗ ТНЦ СО РАМН, 2005. - 148 с.
- [34] Веселовская, И.В. Наркотики / И.В. Веселовская, А.Е. Коваленко. - М.: Триада-Х, 2000. - 206 с.
- [35] Воеводин, И.В. Социально-психологические особенности и клиническая динамика этапов формирования опийной наркомании у подростков: автореф. дис. ... канд. мед. наук / И.В. Воеводин. - Томск, 2000. - 26 с.
- [36] Волков, А.В. Интегративный подход как основа стационарной реабилитации в наркологии: опыт Ярославской области / А.В. Волков,



А.Г. Шмелев, А.А. Комаров, М.М. Темиргалиева, Е.И. Зеркалина // Вопросы наркологии. - 2017. - № 10. - С.35–52.

- [37] Врублевский, А.Г. Медико-социальные аспекты наркоманий и токсикоманий / А.Г. Врублевский, А.А. Глазов // Военно-медицинский журнал. - 1988. - №5. - С. 66-68.
- [38] Ганнушкин, П.Б. Клиника психопатий, их статика, динамика, систематика / П.Б. Ганнушкин. - Н. Новгород: изд-во НГМА, 1998. - 128 с.
- [39] Гланц, С. Медико-биологическая статистика. / С. Гланц. - М.: Практика, 1999. - 459 с.
- [40] Гулямов, М.Г. Наркомания: учеб. для мед. вузов / М.Г. Гулямов, А.В. Погосов. - Душанбе: Ирфон, 1987. - 112 с.
- [41] Гулямов, М.Г. Психиатрия: учеб. для мед. вузов / М.Г. Гулямов. - Душанбе: Ирфон, 1993. - 460 с.
- [42] Гулямов, М.Г. Пути совершенствования лечебно-профилактической помощи больным алкоголизмом с учётом клинических и социально-демографических характеристик заболевания. Метод. рекомендации / Гулямов М.Г., Сулейманов А.М. - Душанбе: Минздрав Тадж. ССР, 1991. - 6 с.
- [43] Денисова, Е.В. Традиции потребления наркотических веществ в различных регионах мира / Е.В. Денисова // Российский психиатрический журнал. - 2004. - №1. - С. 18-24.
- [44] Денисова, Е.В. Этнокультуральные аспекты диагностики и медико-социальной реабилитации наркозависимых / Е.В. Денисова // Российский психиатрический журнал. - 2004. - №1. - С. 25 - 28.

- [45] Ескалиева, А.Т. Эмоциональные нарушения и качество жизни у больных опиоидной наркоманией, инфицированных ВИЧ: автореф. дис. ... канд, мед; наук / А.Т. Ескалиева. - Томск, 2006. -25 с.
- [46] Закон Республики Таджикистан «О наркологической помощи». - Душанбе, 2003. - 14 с.
- [47] Кодекс Здравоохранения Республики Таджикистан. - Душанбе, 2017. - 118 с.
- [48] Здравоохранение Республики Таджикистан в 2018 году. - Душанбе, 2019. - 85 с.
- [49] Зобин, М.Л. Опиоидная зависимость и управление автотранспортом / М.Л. Зобин, В.С. Яровой // Наркология. – 2010. - № 8. – С. 90-97.
- [50] Зотов, П.Б. Некоторые аспекты смертности и суицидального поведения больных наркоманией / П.Б. Зотов, С.М. Уманский, Н.В. Михайловская // Наркология. - 2003. - №12. - С. 32-34.
- [51] Зокиров, А.Х. Социо-демографические особенности зависимых потребителей наркотиков / А.Х. Зокиров // Авчи Зухал. - 2015. - № 3. - С.41-42.
- [52] Иванец, Н.Н. Героиновая зависимость, клиника и лечение постабстинентного состояния / Н.Н. Иванец, М.А. Винникова. - М.: Медпрактика-М, 2001. - 128 с.
- [53] Иванец, Н.Н. Границы и классификации наркологических заболеваний / Н.Н. Иванец // Лекции по наркологии / под ред. Н.Н. Иванца. - М.: Медпрактика, 2001. - С. 47-75.
- [54] Иванец, Н.Н. Руководство по наркологии. / Н.Н. Иванец. - М.: Медицинское информационное агентство, 2008. - 944 с.

- [55] Иванец, Н.Н. Современные проблемы наркологии / Н.Н. Иванец // Наркология. - 2002. - № 6. - С. 2-7.
- [56] Иванец, Н.Н. Героиновая наркомания (постабстинентное состояние: клиника и лечение) / Н.Н. Иванец, М.А. Винникова. - М.: Медпрактика, 2000. - 121 с.
- [57] Исторический очерк и основные этапы борьбы с наркоманией в Таджикистане / М.Н. Малахов [и др.] // Здоровоохранение Таджикистана. - 2004. - №3. - С. 51 – 52.
- [58] Каплан, Г.И. Клиническая психиатрия в 2-х т. / Г.И. Каплан, Б.Д. Сэдок. - М.: Медицина, 1994. - 528 с.
- [59] Карпец, А.В. Злоупотребление психоактивными веществами в крупном промышленном городе Южного Урала (клинико-эпидемиологическое исследование): дис. ... канд. мед. наук. - М., 1999. - 195 с.
- [60] Катков, А.Л., Комарова О.Н. Наркологическая помощь ВИЧ-инфицированным наркозависимым в Республике Казахстан / А.Л. Катков, О.Н. Комарова. - Павлодар, 2007. - 408 с.
- [61] Кибитов, А.О. Траектория развития зависимости от героина: роль семейной отягощённости. / А.О. Кибитов, Н.А. Чупрова // Наркология. – 2013. – №3. – С. 38–48.
- [62] Кибитов, А.О. Генетические основы этиологии и патогенеза болезней зависимости от психоактивных веществ / А.О. Кибитов, И.П. Анохина // Наркология. – 2016. – №6. – С. 84–104.
- [63] Кибитов А.О. Генетика наркологических заболеваний: клинико–биологический феномен семейной отягощённости / А.О. Кибитов // Наркология. – 2015. – №2. – С. 53–68.
- [64] Кирдяпкина, А.В. Десятилетняя динамика смертности лиц, злоупотребляющих внутривенным приёмом психоактивных веществ, на

территории Приморского Края: автореф. дис. ... канд. мед. наук/ А.В. Кирдяпкина. - Владивосток, 2001. - 28 с.

- [65] Корчагина, Г.А. Оценка эффективности программ профилактики потребления психоактивных веществ / Г.А. Корчагина, Е.В. Фадеева // Здоровоохранение. – 2015. – №7. – С. 96–103.
- [66] Киткина, Т.А. Типология ремиссий у больных опийной наркоманией / Т.А. Киткина // Материалы междунар. науч. конф. - Гродно, 1993. – Ч. 2. - С. 328-329.
- [67] Клименко, Т.В. Социально-психологические аспекты роста наркотизма в России на современном этапе / Т.В. Клименко, А.С. Субханбердина// Психиатрия и общество: сб. науч. раб., посвящ. 80-летию ГНЦ социал. и судеб; психиатрии им. В.П. Сербского / Под ред. Т.Б. Дмитриевой и др. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001. - С. 110 - 116.
- [68] Клименко, Т.В. Альтернативное лечение правонарушителей от наркомании, как эффективная форма профилактики рецидивной преступности / Т.В. Клименко, А.А. Козлов, Е.С. Диденко // Наркология. - 2012. - № 4. - С. 19-24.
- [69] Корень, С.В. Злоупотребление психоактивными веществами как фактор распространения инфекций, передающихся половым путём / С.В. Корень, Н.А. Должанская // Вопросы наркологии. – 2018. - № 9. – С.80–92.
- [70] Котов, А.А. Социально-профессиональная характеристика наркозависимых и перспективы их возвращения к трудовой деятельности / А.А. Котов, В.А. Макачук // Мед. аспекты оптимизации труд. деятельности: тез. науч.-техн. семинара / Уральский науч.-консультац. центр. - Челябинск, 1990. - С. 22 - 23.

- [71] Кошкина, Е.А. Современное состояние наркоситуации в России по данным государственной статистики / Е.А. Кошкина, В.В. Киржанова // Психическое здоровье. - 2009. - № 8. - С.22-27.
- [72] Кошкина, Е.А. /Особенности распространённости наркологических расстройств в Российской Федерации в 2005 г./ Е.А. Кошкина, В.В. Киржанова //Вопросы наркологии. - 2006. - № 2. - С. 50-58.
- [73] Кошкина, Е.А. Наркомания и ВИЧ-инфекция в России: анализ данных и поиск зависимостей. /Е.А. Кошкина, В.В. Киржанова //Вторая конференция по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии. Сборник тезисов. - Москва, 2008 г. – С.38.
- [74] Кошкина, Е.А. Основные показатели деятельности наркологической службы в Российской Федерации в 2006 -2007 годах. / Е.А. Кошкина, В.В. Киржанова // Статистический сборник. М., ФГУ ННЦ наркологии, 2008. - 125 с.
- [75] Краснятова, Ю.А. Катамнез больных опийной наркоманией: клинико-динамические, социально-психологические и реабилитационный аспекты: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Ю.А. Краснятова. - Томск, 2007. - 25 с.
- [76] Лабунька, Н.В. Психоневрологические расстройства в абстинентный период опийной наркомании: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Н.В. Лабунька. - Томск, 2003. - 23 с.
- [77] Личко, А.Е. Подростковая наркология. Руководство / Личко А.Е., Битенский В.С. - Л.: Медицина, 1991. - 304 с.
- [78] Личко, А.Е. Типы акцентуаций характера и психопатии у подростков / Личко А.Е. - М.: Изд-во ЭСКМО-Пресс, 1999. - 416 с.
- [79] Лозовик, Л. А. Клинико-динамическое исследование гашишно-опиатных полинаркоманий подросткового возраста, осложнённых

политоксикоманиями: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Л.А. Лозовик. - Томск, 1998. —18 с.

- [80] Лозовой, В.В. Профилактика наркомании: школа, семья: учебное пособие / В.В. Лозовой. - Екатеринбург.: издат. Уральского университета, 2009. - 168 с.
- [81] Мазус, А.И. Угроза распространения ВИЧ/СПИД: характеристика рискованного поведения / А.И. Мазус, В.В. Зеленев, И.И. Левен // Бюлл. Национ. НИИ общественного здоровья РАМН. - 2008. - № 5 - С. 29-31.
- [82] Мазус, А.И. Социально-экономическая характеристика лиц с рискованным поведением в контексте угрозы распространения ВИЧ/СПИД / А.И. Мазус, В.В. Зеленев, И.И. Левен // Пробл. управлен. здравоохран. 2008. - № 5. - С. 79-81.
- [83] Малахов, М.Н. Инъекционное потребление наркотиков и меры противодействия со стороны наркологической службы / М.Н. Малахов // Вестник Авиценны. - 2008. - № 2. – С. 89-92.
- [84] Малахов, М.Н. Этнокультуральные особенности психического здоровья в Республике Таджикистан / М.Н. Малахов // Здравоохранение Таджикистана. - 2004. - №3. - С. 23 – 26.
- [85] Малахов, М.Н. Некоторые аспекты наркопотребления и адаптированность услуг наркозависимым / М.Н. Малахов, Н.М. Шаропова // Оценка качества жизни пациентов и пути её улучшения: матер. ежегодной науч.-практ. конф. ТГМУ им. Абуали ибни Сино. - Душанбе, 2009. - С. 141 – 143.
- [86] Малахов, М.Н. Совершенствование наркологической помощи населению с учётом этнокультуральных особенностей региона / М.Н. Малахов // Здравоохранение Таджикистана. - 2004. - № 3. - С.20-23.

- [87] Маликов, Н.В. Особенности поведенческих расстройств наркозависимых в условиях наркологического стационара / Н.В. Маликов // Сб. мат. 9-й научно-практ. конф. молодых учёных и студентов-медиков ТГМУ им. Абуали ибни Сино. - Душанбе, 2014. – С. 27.
- [88] Медус, А.И: Наркомания среди военнослужащих в Сибирском регионе: автореф. дис. ... канд. мед. наук / А.И. Медус. - Томск, 2003. - 24 с.
- [89] Менделевич, В.Д. Руководство по аддиктологии. / В.Д. Менделевич. - СПб.: Издательство «Речь», 2007. -768 с.
- [90] Михайлов, С.В. Клинико-психологические характеристики и психотерапия больных героиновой наркоманией в программе долгосрочной реабилитации: автореф. дис. ... канд. мед. наук / С.В. Михайлов. - Томск, 2006. - 21 с.
- [91] Михайловская, Н.В. Суицидальное поведение больных опийной наркоманией: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Н.В. Михайловская. - Томск, 2005. - 26 с.
- [92] Молькина, Л.Г. Клиническая динамика и терапия опийной наркомании, осложненной парентеральными вирусными гепатитами: автореф; дис. ... канд. мед. наук / Л.Г. Молькина. - Томск, 2002. - 22 с.
- [93] Морозов, Г.В. Морфинизм / Г.В. Морозов, Н.Н. Боголепов. - М.: Медицина, 1984. - 173 с.
- [94] Москаленко, В. Д. Медико-генетическое консультирование в наркологии / В.Д. Москаленко // Руководство по наркологии / под ред. Н.Н. Иванца. - М.: Медпрактика-М, 2002. - Т. 2. - С. 34-36.
- [95] Найденова, И.Н. Течение и психопатология героиновой наркомании у лиц молодого возраста: автореф. дис. ... канд. мед. наук / И.Н. Найденова. - Москва, 2007. - 25 с.

- [96] Найденова, Н.Г. Аффективные нарушения при политоксикоманиях / Н.Г. Найденова // Неотложная наркология: тез. докл. обл. науч.-практ. конф. - Харьков, 1987. - С. 252-255.
- [97] Найденова, Н.Г. Героиновая наркомания с малопрогрессирующим течением у лиц молодого возраста / Н.Г. Найденова // Неотложные состояния в наркологии / под ред. Б.Д. Цыганкова. - М.: Медпрактика, 2002. - С. 28-31.
- [98] Наркология: пер. с англ. / Л.С. Фридман, Н.Ф. Флеминг, Д.Х. Робертс, С.Е. Хайман. - М.: БИНОМ СПб: Невский Диалект, 2000. - 320 с.
- [99] Национальная программа по профилактике распространения наркозависимости и совершенствованию наркологической помощи в Республике Таджикистан на 2013 - 2017 годы / утв. Постановлением Правительства РТ от 30 апреля 2012 г. за № 183.
- [100] Национальная программа формирования здорового образа жизни в Республике Таджикистан на период 2011-2020 годы / утв. Постановлением Правительства РТ от 30 октября 2010 г. за № 560.
- [101] Национальная стратегия по борьбе с незаконным оборотом наркотиков в Республике Таджикистан на 2013-2020 годы / утв. Указом Президента РТ от 13 февраля 2013 г. за № 1409.
- [102] Нисанбаева, З.Х. Сочетанное употребление героина с другими психоактивными веществами / З.Х. Нисанбаева, А.Р. Джобиров // Мат. «65-й ежегодной научно-практ. конф. учёных медиков ТГМУ им. Абуали ибни Сино». - Душанбе, 2018. – С.32-33.
- [103] Оленко, Е.С. Особенности висцеропатий у больных опийной наркоманией / Е.С. Оленко, К. И. Скворцов, Л.Ф. Панченко // Вопр. наркол. - 2001. - № 2. - С. 65-75.



- [104] Острые отравления суррогатами опия и героином: опыт Екатеринбурга / В.Г. Сенцов [и др.]. // Вопросы наркологии. - 2001. - № 6. - С. 38-47.
- [105] Палаткин, В.Я. Выраженность психопатологических симптомов, качество жизни и распространенность ВИЧ-инфекции среди больных с синдромом зависимости от опиоидов / В.Я. Палаткин [и др.]. // Вопросы наркологии. - 2018. - № 5. - С.89–92.
- [106] Программа по профилактике распространения наркозависимости и совершенствованию наркологической помощи в Республике Таджикистан на период 2005-2010 годы / утв. Постановлением Правительства РТ от 2 апреля 2005 г. за № 113.
- [107] Пронина, Н.А. Клиническая динамика абстинентного синдрома и показателей центральной гемодинамики у больных при клонидин-налоксоновой терапии опиоидной зависимости: автореф. дис. ... канд. мед. наук/ Н.А. Пронина. - Томск, 2005. - 21 с.
- [108] Психотические состояния, вызываемые злоупотреблением опиоидами, каннабиоидами, седативными и снотворными препаратами / Т.Б. Дмитриева [и др.]. // Наркология. - 2003. - № 1. - С. 22-25.
- [109] Пятницкая, И.Н. Клиническая наркология / И.Н. Пятницкая. - Л.: Медицина, 1975. - 332 с.
- [110] Пятницкая, И.Н. Подростковая наркология / И.Н. Пятницкая, Н.Г. Найденова - М.: Медицина, 2002. - 256 с.
- [111] Пятницкая, И.Н. Наркомания (руководство для врачей) / И.Н. Пятницкая. - М.: Медицина, 1994. - 526 с.
- [112] Редченкова, Е.М. Динамика формирования сочетанного употребления психоактивных веществ / Е.М. Редченкова, И.Р. Семин // Вопросы наркологии. - 2002. - № 5. - С. 36-42.

- [113] Рохлина, М.Л. Наркомания и токсикомания. Руководство по психиатрии / М.Л. Рохлина. - М.: Медицина, 1999. - Т. 2. - С. 339 - 428.
- [114] Рохлина, М.Л. Наркомании. Медицинские и социальные последствия. Лечение / М.П. Рохлина, А.А. Козлова. - М.: Анахарсис, 2001. - 208 с.
- [115] Рохлина, М.Л. Аффективные расстройства при героиновой наркомании на разных этапах заболевания / М.Л. Рохлина // Наркология. - 2005. - № 12. - С. 36-39.
- [116] Рохлина, М.Л. Клиника и течение героиновой наркомании у женщин / М.Л. Рохлина, С.О. Мохначев // Вопросы наркологии. - 2001. - № 3. - С. 16-25.
- [117] Рохлина, М.Л. Факторы, способствующие приобщению женщин к наркотикам / М.Л. Рохлина, С.О. Мохначев // Наркология. - 2002. - № 8. - С. 33-41.
- [118] Рыбакова, К.В. Изучение взаимосвязи социально-демографических, клинических характеристик и показателей анозогнозии при опиоидной зависимости / К.В. Рыбакова [и др.]. // Вопросы наркологии. - 2018. - № 5. - С. 63-66.
- [119] Савонова, И.В. Опиная наркомания, ассоциированная вирусным гепатитом «В» и «С» (клинико-динамический аспект) / И.В. Савонова // Наркология. - 2005. - № 12. - С. 58-61.
- [120] Садвакасова, Г.А. К вопросу о женской психотерапии. Тезисы. // Вопросы ментальной медицины и экологии. - Павлодар, 2009. - № 4. - С. 94-95.
- [121] Садвакасова, Г.А. Клинико-психопатологические и клинико-психологические особенности опиоидной наркомании у женщин. Тезисы. // Вопросы ментальной медицины и экологии. - Павлодар, 2009. - № 4. - С. 95-96.

- [122] Садвакасова, Г.А. Современные тенденции в изучении проблем ВИЧ-инфицированных беременных женщин, являющихся потребителями инъекционных наркотиков / Г.А. Садвакасова, Б.К. Бектемирова, К.Е. Султанова // Вопросы наркологии Казахстана. - 2009. - № 1. - С. 31-32.
- [123] Саидмурадов, Д.У. Анализ клинических особенностей героиновой зависимости у женщин - жительниц г. Душанбе/ Д.У. Саидмурадов //Здравоохранение Таджикистана». - 2014 г. - № 1. - С.70-75.
- [124] Самоубийства больных психическими и наркологическими заболеваниями / И.Е. Булыгина [и др.]. // XIV Съезд психиатров России: материалы съезда (приложение к журналу «Социальная и клиническая психиатрия»). - М.: Медпрактика-М, 2005. - С. 333.
- [125] Саута, Л.А. Комплексная программа лечения и реабилитации наркоманов в Днепропетровском наркологическом диспансере / Л.А. Саута, С.В. Рокутов, В.А. Лавренко // Ликарска справа. - 1995. - № 1/2. - С. 159-162.
- [126] Сафонов, О.А. История потребления, распространённость и контроль за незаконным оборотом опиатов по регионам мира / О.А. Сафонов [и др.]. // Наркология. - 2011. - № 4. - С. 36-43.
- [127] Сахаров, А.В. Аддиктивные расстройства у студентов учебных заведений разных типов Забайкальского края / А.В. Сахаров, О.А. Тимкина, Н.В. Говорин // Вопросы наркологии. - 2018. - № 9. - С. 7–16.
- [128] Сахарова, П.Б. Распространённость и медикосоциальные последствия злоупотребления психоактивными веществами: дис. ... канд. мед. наук / П.Б. Сахарова. - СПб., 2009. - 145 с.
- [129] Семикин, Г.И. Профилактика девиантного поведения молодёжи: Учеб. пособие / Г.И. Семикин, Г.А. [и др.]. - Тула: Изд-во ТГПУ им. Л.Н. Толстого. - 2013. - 248 с.

- [130] Семке, В.Я. Исследовательские подходы к классификации пограничных и аддиктивных расстройств / В.Я. Семке, А.В. Семке // Наркология. - 2005. - № 11. - С. 48-55.
- [131] Сидоров, П.И. Синергетическая концепция зависимого поведения / П.И. Сидоров // Наркология. - 2006. - № 10. - С. 30-35.
- [132] Социальная стоимость наркомании в России и её регионах / Н.Н. Иванец [и др.] // Вопросы наркологии. - 2006. - № 6. - С. 52-63.
- [133] Сочивко, Н.С. Прогностическое значение клинических и социально-демографических характеристик больных наркоманией: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Н.С. Сочивко. - Душанбе, 1992. - 240 с.
- [134] Сочивко, Н.С. Сравнительная оценка социально-демографических показателей больных наркоманией в различные хронологические периоды / Н.С. Сочивко // Актуальные вопросы психиатрии и наркологии. - Душанбе, 1991. – Т.1. - С. 151-154.
- [135] Стрельчук, И.В. Клиника и лечение наркоманий / И.В. Стрельчук. - М.: Медицина, 1956. - 356 с.
- [136] Судебно-психиатрическая экспертиза лиц, совершивших правонарушения в психотических состояниях, вызываемых злоупотреблением психоактивными веществами / Т.Б. Дмитриева [и др.]. // Наркология. - 2003. - № 6. - С. 7-10.
- [137] Теркулов, Р.И. К вопросу о латентности лиц, употребляющих наркотические вещества в Новосибирской области / Р.И. Теркулов, О.М. Кормилина // Наркология. - 2011. - № 11. - С. 41-43.
- [138] Трайнина, Е.Г. Суицидоопасные состояния в структуре наркологических заболеваний / Е.Г. Трайнина, С.А. Куликов, А.А. Мельников // Тезисы докл. 8-го Всесоюз. съезда невропатол., психиатр., наркол. - М.: 1988. - С. 442-444.

- [139] Тузикова, Ю.Б. Особенности формирования и течения героиновой наркомании у больных с преморбидной личностной патологией / Ю.Б. Тузикова // Вопросы наркологии. - 2001. - № 5. - С. 26-34.
- [140] Уголовный кодекс Республики Таджикистан. - Душанбе, 1998. - 138 с.
- [141] Хотовицкий, А.В. Клинико-иммунный статус больных героиновой наркоманией и пути его терапевтической коррекции: автореф. дис. ... канд. мед. наук / А.В. Хотовицкий. - М., 2002. - 18 с.
- [142] Царев, С.А. Наркомании в малом городе средней полосы России: эпидемиологический и профилактический аспекты: автореф. дис. ... канд. мед. наук / С.А. Царев. - М., 2005. - 27 с.
- [143] Цветкова, Л.А. Теоретические модели формирования, контроля и коррекции наркопотребления / Л.А. Цветкова [и др.]. - Спб.: Изд-во С.-Петербург. ун-та. - 2006. - 248 с.
- [144] Целинский, Б.П. Актуальные проблемы профилактики наркомании среди детей и подростков / Б.П. Целинский // Наркология. - 2012. - №10. - С. 80-81.
- [145] Цетлин, М. Г. Реабилитация наркологических больных: концепция и практическая программа / М.Г. Цетлин, В.Е. Пелипас. - М.: Медицина, 2000. - 98 с.
- [146] Чеверикина, Е.А. Сравнительный анализ отношения к наркотизации учащейся молодёжи и работников промышленного предприятия / Е.А. Чеверикина, В.В. Герасимова, А.М. Карпов // Наркология. - 2012. - №5. - С. 41-45.
- [147] Черепкова, Е.В. Основные симптомокомплексы личностных расстройств у лиц, употребляющих наркотические вещества / Е.В. Черепкова // Наркология. - 2011. - № 1. - С.70-74.

- [148] Чирко, В.В. Очерки клинической наркологии (наркомании и токсикомании: клиника, течение, терапия) / В.В. Чирко, М.В. Демина. - М.: Медпрактика-М, 2002. - 208 с.
- [149] Шабанов, П.Д. Наркомании: патопсихология, клиника, реабилитация / П.Д. Шабанов, О.Ю. Штакельберг. - СПб.: Лань, 2001. - 464 с.
- [150] Шабанов, П.Д. Основы наркологии / П.Д. Шабанов. - СПб.: Лань, 2002. - 560 с.
- [151] Шабанов, П.Д. Руководство по наркологии / П.Д. Шабанов. - СПб.: Лань, 1998. - 352 с.
- [152] Шарапова, Н.М. Некоторые аспекты реализации программы заместительной терапии в РТ / Н.М. Шарапова, М.Н. Малахов // Мат. «63-й ежегодной научно-практ. конф. учёных медиков ТГМУ им. Абуали ибни Сино». - Душанбе, 2015. – С.323-324.
- [153] Шахмарданов, М.З. Парентеральные вирусные гепатиты в наркологической практике / М.З. Шахмарданов, А.В. Надеждин // Руководство по наркологии / под ред. Н.Н. Иванца. – М.: Медпрактика-М, 2002. - Т. 2. - С. 54-57.
- [154] Шевцов, А.В. Сходство и различие клинических проявлений зависимости от психоактивных веществ в парах родственников брат-брат, сын-отец / А.В. Шевцов // Вопросы наркологии. - 2001. - № 2. - С. 33-41.
- [155] Шевцова, Ю.Б. О подходах к профилактике распространения наркомании / Ю.Б. Шевцова // Наркология. - 2010. - №5. - С. 50-58.
- [156] Энтин, Г.М. Лечение алкоголизма и организация наркологической помощи / Г.М. Энтин. - М.: Медицина, 1979. - 288 с.
- [157] Acceptability of a mobile health intervention to enhance HIV care coordination for patients with substance use disorders / R. P. Westergaard [et al.] // Addict. Sci. Clin. Pract. – 2017. - № 12. – P.11.

- [158] Afghan Narcotrafficking: Post-2014 Scenarios. / A. Long // New York: The East West Institute, 2015. - 40 p.
- [159] A comparison of drug use and risk behavior profiles among younger and older street youth / S.E. Hadland [et al.] // *Subst. Use Misuse.* – 2011.- № 46. - P. 1486–1494.
- [160] Alcohol-related brief intervention in patients treated for opiate or cocaine dependence: a randomized controlled study / N. Feldman [et al.] // *Subst. Abuse Treat. Prev. Policy.* - 2011. - № 6. - P.22.
- [161] Arankowsky-Sandoval, G. Morphine-induced deficits in sleep patterns: attenuation by glucose / G. Arankowsky-Sandoval, P.E. Gold // *Neurobiol. Learn. Mem.* - 1995. - Vol. 64, № 2. - P. 133-138.
- [162] Bello, P. A capture-recapture study to estimate the size of addict population in Toulouse, France. / P. Bello, G. Chene // *Estimating the Prevalence of Problem Drug Use in Europe: EMCDDA Scientific Monograph Series.* - 1997. - №1.- P. 93-102.
- [163] Blatt, S.J. Psychological assessment of psychopathology in opiate addicts / S.J. Blatt, W. Berman // *J. Nerv. Ment. Dis.* - 1984. - Vol. 172, N 3. - P. 156-165.
- [164] Bradley, M. Mortality among people who inject drugs: a systematic review and metaanalysis / M. Bradley [et al.] // *Bulletin of the World Health Organization.* – 2013. - V.91, №5.- P.102-123.
- [165] Brunswick, A.F. Pathways to heroin abstinence: a longitudinal study of urban black youth / A.F. Brunswick, P.A. Messeri // *Adv. Alcohol Subst. Abuse.* - 1986. - V.5, №3. - P. 111-135.
- [166] Cannaboid withdrawal syndrome is reduced in pre-proenkephalin knock-out mice / O. Valverde [et al.] // *J. Neuroscience.* - 2000. - Vol. 20. - P. 9284-9289.

- [167] Cannabinoid-opioid interaction in chronic pain. / D.I. Abrams [et al.] // Clin. Pharmacol. Ther. - 2011.- 90 (6). - P. 844-851.
- [168] Causes of death after nonfatal opioid overdos / M. Olfson [et al.] // JAMA Psychiatry. – 2018. - № 75. – P. 820–827.
- [169] Clayton, R.R. The epidemiology of alcohol and drug abuse among adolescents / R.R. Clayton, C. Ritter // Adv. Alcohol Subst. Abuse. - 1985. - Vol. 4, № 3-4. - P. 69-97.
- [170] Comparison of fatal poisonings by prescription opioids / M. Hakkinen // Forensic Sci. Int. – 2012. - № 222.- P.327–331.
- [171] Cushman, P. Alcohol and opioids: possible interactions of clinical importance / P. Cushman // Adv. Alcohol and Subst. Abuse. - 1987. - Vol. 6, №3. - P. 33 - 46.
- [172] Darke, S. Levels and correlates of poly drug use among heroin users and regular amphetamine users / S. Darke // Drug Alcohol Depend. - 1995. - Vol. 39, № 3. - P. 231-235.
- [173] Darke, S. The measurement of outcome in opiate treatment evaluation studies / S. Darke //Drug Alcohol Rev. - 1992. - Vol. 2, № 2. - P. 169-174.
- [174] Dauria, E.F. Substance use prevention and treatment interventions for court-involved, non-incarcerated youth / E.F. Dauria, M.A. McWilliams, M. Tolou-Shams // Brief Intervent. Adolesc. Alcohol Substance Abuse. - 2018.-№ 16. - P. 213.
- [175] Davis, R.D. Drug and Alcohol use in former Soviet Union. Selected factors and future consideration / R.D. Davis // J. of Addict. - 1994. - Vol. 89, №11. - P. 30 - 37.
- [176] Dech, H. Social change, globalization and transcultural psychiatry - some considerations from a study on women and depression / H. Dech, D.M. Ndetei, W. Machleidt // Seishin Shinkeigaku Zasshi. 2003. - Vol. 105, №1. - P. 17 - 27.



- [177] Differences in mortality rates and causes of death between HIV positive and HTV negative intravenous drug users / A. Eskild [et al.] // International Journal of Epidemiology. -1993, №22.-P. 315-320.
- [178] Drug related mortality and its impact on adult mortality in eight European countries / A.M. Bargagli [et al.] // European Journal of Public Health. - 2005. - №16. - P. 198-202.
- [179] Feder, K.A. Medication-assisted treatment for adolescents in specialty treatment for opioid use disorder / K.A. Feder, N. Krawczyk, B. Saloner // J. Adolesc. Health. - 2017. - № 60.- P. 747–750.
- [180] Frykholm, B. Termination of the drug career. An interview study of 58 ex-addicts / B. Frykholm //Acta. Psychiatr. Scand. - 1979. - Vol. 59, № 4. - P. 370-380.
- [181] Giannini, A.J. Drug abuse and depression: possible models for geriatric anorexia / A.J. Giannini // Neurobiol. Aging. - 1988. - Vol. 9, №1. - P. 26-27.
- [182] Hartzler, B. Comparison of opiate-primary treatment seekers with and without alcohol use disorder / B. Hartzler, D.M. Donovan, Z. Huang // J. Subst. Abuse Treat. - 2010. - № 39. – P.114–123.
- [183] Hasin, D.S. US epidemiology of cannabis use and associated problems / D.S. Hasin // Neuropsychopharmacology. – 2017. - № 43. – P.195.
- [184] Holmberg, M.B. Longitudinal studies of drug abuse in fifteen-year-old population / M.B. Holmberg //Acta. Psychiatr. Scandi. - 1985. - Vol. 71, N 3. - P. 207-210.
- [185] Ingeborg, R. Balancing on the edge of death: suicide attempts and life-threatening overdoses among drug addicts / R. Ingeborg, L. Grethe // Addiction. - 1999. - Vol. 94, № 2. – P. 209-219.

- [186] Killworth, P.D. Informant accuracy in social network data: A comparison of triadic structure in behavioral and cognitive data / P.D. Killworth, H.R. Bernhard // *Soc. Networks*. -1979. -Vol. 2. - P. 19-46.
- [187] King, J.C. Substance Abuse in Pregnancy. A Bigger Problem than You Think. / J.C. King // *Postgrad. Med.* - 1997. - № 102. - P. 140-145.
- [188] Klimas J., Cullen W., Field C. A. Problem alcohol use among problem drug users: development and content of clinical guidelines for general practice. / J. Klimas, W. Cullen, C.A. Field // *Ir. J. Med. Sci.* – 2014. – № 183. – P. 89–101.
- [189] Medication for opioid use disorder after nonfatal opioid overdose and association with mortality / M.R. Larochelle [et al.] // *Ann. Intern. Med.*- 2018. -№ 169. – P.137–145.
- [190] Monitoring the Future national survey results on adolescent drug use: Overview of key findings, 2011 / D. Lloyd [et al.]. - Michigan: The University of Michigan Ann Arbor, 2012. - 85 p.
- [191] Mackintosh, D. R. A mathematical model of a heroin epidemic: implications for control policies / D. R. Mackintosh, G. T. Stewart // *Journal of Epidemiology and Community Health*. - 1979. - №33. - P. 299-304
- [192] Maddux, J.F. New light on the maturing out hypothesis in opioid dependence / J.F. Maddux, D.P. Desmond // *Bulletin on Narcotics*. - 1980. - Vol. 32, №1. – P. 15-25.
- [193] Martin, B.R. The health effects of cannabis: key issues of policy relevance / B. R. Martin, W. Hall // *Bulletin on Narcotics*. - 1997. - № 1-2. - P.85- 116.
- [194] Masson, D. Jeunes suicidants et leur famille / D. Masson, M. Collard // *Soc. Psychiatr.* - 1987. - Vol. 22, №2. - P. 85-92.
- [195] Matthew, H. Estimating the relative incidence of heroin use: application of a method for adjusting observed reports of first visits to specialized drug

treatment agencies / H. Matthew, S. Shaun, D. A. Daniela // American journal of epidemiology. -2001. - № 7. - P. 632-641.

- [196] Maxwell, I. C. Methods for estimating the number of hard core drug users / I. C. Maxwell // Substance Use and Misuse. - 2000. - №35. - P. 399-420.
- [197] Morison, L. The epidemiology of HIV/AIDS/ L. Morison. // Br. Med. Bull. - 2001. - №56. - P.7-18.
- [198] Mortality of intravenous drug users in Rome: a cohort study / C.A. Perucci [et al.] // American Journal of Public Health. - 1991.- № 81. - P. 1307-1310.
- [199] Mortality among injecting drug users: a critical reappraisal / M. Frischer [et al.] // Journal of Epidemiology and Community Health. - 1993. - №47. - P. 59-63.
- [200] National and state treatment need and capacity for opioid agonist medication-assisted treatment /C.M. Jones [et al.] // Am. J. Public Health. - 2015. - №105. - P.55-63.
- [201] Oliver, J.E. Successive generations of child maltreatment: Social and Medical disorders in the parents / J.E. Oliver // Br. J. Psychiatr. - 1985. - Vol. 147, № 11. - P. 484-490.
- [202] Prevalence of hepatitis C in drug users in flanders: determinants and geographic differences / C. Mathei [et al.] // Epidemiology and infection. - 2005. - № 1. - P. 127-136.
- [203] Renner, J. A. Methadone maintenance: past, present and future / J. A. Renner // Adv. Alcohol Subst. Abuse. - 1984. - № 3. - P. 75 - 90.
- [204] Research methods for illegal drug use in hidden population: Summary report of a European invited expert meeting / Avan de Goor [et al.] // J. of Psychoactive Drugs. - 1994. - V. 26, №1. - P. 33 - 38.

- [205] Rozpowszechnienie i obraz depresji u dzieci i młodzieży w świetle bezpośrednich badań populacji nieleczonej / J. Bomba [et al.] / *Psychiatr. Pol.* -1986. – V.20, № 3. - P. 184-189.
- [206] Role of substance use in HIV care cascade outcomes among people who inject drugs in Russia / B. Idrisov [et al.]// *Addict. Sci. Clin. Pract.* – 2017. - № 12.- P.30.
- [207] Segest, E. The influence of prolonged stable methadone maintenance treatment on mortality and employment: an eight-year follow-up / E. Segest, O. Mygind, H. Bay // *International Journal of the Addictions.* - 1990. - № 25. - P. 53-63.
- [208] Sexual transmission risk among non-injecting heroin users infected with human immunodeficiency virus or hepatitis C virus / A. Neaigus [et al.] // *J. Infect. Dis.* - 2001. - № 184. - P. 359-363.
- [209] Skirrow, J. Influencing adolescent life style: the role of mass media / J. Skirrow // *Drug Alcohol Depend.* - 1987. - №1. - P.21-26.
- [210] Social change and HIV in the former USSR: the making of a new epidemic / L. Atlani [et al.] // *Soc. Sci. Med.* – 2000. -Vol. 50 (11). - P. 1547-1556.
- [211] Sorensen, J.L. Drug abuse treatment as an HIV prevention strategy: a review / J.L. Sorensen, A.L. Copeland // *Drug Alcohol Depend.* - 2000. - № 59. - P.17-31.
- [212] Sorensen, J.L. Methadone maintenance program for AIDS-affected opiate addicts / J.L. Sorensen, S.L. Batki, P. Good // *Subst. Abuse Treat.* - 1989. -№ 2. - P.87-94.
- [213] Swadi, H. Experimenting with Drugs: a Critical Evaluation / H. Swadi // *Drug Alcohol Depend.* - 1990. - № 26. - P. 189-194.

- [214] Sources of injecting equipment for drug users in Moscow, Russia / M.N. Trubnikov [et al.] // *The International Journal of Drug Policy*. - 2003. - № 14. - P. 453-455.
- [215] Surveillance of HIV infection and related risk behaviour in European prisons. A multicentre pilot study / M. Rotily [et al.] // *Eur. J. Public Health*. - 2001. - №11. - P. 243-250.
- [216] The relationship between lifetime abuse and suicidal ideation in a sample of injection drug users. / J.J. Lloyd [et al.] // *J. Psychoactive Drugs*. – 2007. - № 39. – P.159–66.
- [217] The biological, social and clinical basis of drug addiction: commentary and debate / J. Altmann [et al.]. // *Psychopharmacol.* - 1996. - № 125. - P. 285-345.
- [218] Transition to injection drug use: the role of initiators / N.K. Rotondi [et al.] // *AIDS Behav.* – 2014. - № 8. – P. 486–494.
- [219] Use of capture-recapture to estimate the prevalence of opiate addiction in Barcelona, Spain / A. Domingo-Salvany [et al.] // *American Journal of Epidemiology*. - 1995. - №141(6). - P.567-574.
- [220] Wiessing, L. The epidemiology of drug use at the macro level: indicators, models and policy-making / L. Wiessing, R. Hartnoll, C. Rossi // *Bulletin on Narcotics*. - 2001. - №1-2. - P. 119-135.
- [221] Winnick, C. Maturing out of narcotic addiction / C. Winnick // *Bulletin on Narcotics*. - 1962. - №141. - P.1-6.
- [222] Woolverton, W.L. Behavioral and pharmacological aspects of opioid dependence: mixed agonist-antagonists / W.L. Woolverton, C.R. Schuster // *Pharmacol. Rev.* - 1983. - № 35. - P. 33.
- [223] *World Drug Report 2019* / United Nations publication. - 2019. - 77 p.

- [224] Zarek D. Risk factors for adolescent substance abuse. Implications for pediatric practice / D. Zarek, J.D. Hawkins, P.D. Rogers // *Pediatr. Clin. North. Am.* - 1987. - Vol.34, №2. - P. 481-493.

### **Список публикаций соискателя ученой степени**

#### **Статьи в рецензируемых журналах**

- [1-А] Гулямов Ш.М. Социально-демографическая характеристика лиц, страдающих героиновой наркоманией / Ш.М. Гулямов // «Вестник Авиценны». - 2019. - №1. - С. 66-70.
- [2-А] Гулямов Ш.М. Значение отдельных клинико-динамических характеристик героиновой наркомании в оценке прогноза заболевания / Ш.М. Гулямов // «Вестник Авиценны». - 2020. - №1. - С. 61-66.
- [3-А] Гулямов Ш.М. Клинические и социальные аспекты героиновой наркомании: современное состояние вопроса / Ш.М. Гулямов, Н.М. Шарапова, Ю.Д. Криворучко // «Вестник Авиценны». Душанбе. - 2020. - №1. - С. 112-119.

#### **Статьи и тезисы в сборниках конференции**

- [4-А] Гулямов Ш.М. Распространение заболеваний, сопутствующих наркомании, среди лиц употребляющих наркотики инъекционным путём / Ш.М. Гулямов, А.А. Назаров // *Материалы XV международной научно-практической конференция молодых ученых и студентов, посвящённой «Годам развития села, туризма и народных ремесел».* - Душанбе. - 2019.- С. 29.
- [5-А] Гулямов Ш.М. Влияние фактора частоты противорецидивного лечения на прогноз героиновой наркомании / Ш.М. Гулямов, А.Р. Джобиров, А.Т. Ахунов // *Материалы XV международной научно-практической конференция молодых ученых и студентов, посвящённой «Годам развития села, туризма и народных ремесел».* - Душанбе. - 2019.- С. 67.
- [6-А] Гулямов Ш.М. Влияние некоторых клинических параметров героиновой наркомании на прогноз заболевания / Н.М. Шарапова, Ш.М.

Гулямов, Ш.С. Махмадназаров // Научно-медицинский журнал «Симург». – 2020. - № 6.- С.72-75.

[7-А] Гулямов Ш.М. Прогностическое значение отдельных клинических факторов героиновой наркомании в оценке исхода заболевания / Ш.М. Гулямов, Ф.И. Одинаев // Материалы 68-й международной научно-практической конференции «Достижения и проблемы фундаментальной науки и клинической медицины» посвященной «Годам развития села, туризма и народных ремесел». - Душанбе. - 2020. – С.70-71.