

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ
БОЛЬНЫХ ОПИЙНО-ГАШИШНОЙ ПОЛИНАРКОМАНИЕЙ

OPIY-GASHISH POLINARKOMANIYASI BILAN KASALLANGAN
BEMORLARNI TIBBIY-IJTIMOYIY REABILITATSIYA QILISH SAMARADORLIGINI
BAHOLASH

EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF MEDICAL AND SOCIAL
REHABILITATION IN PATIENTS WITH OPIOID-HASHISH POLYDRUG ADDICTION

Рустамова Ж.Т. – к.м.н., доцент

<https://orcid.org/0000-0002-7794-3686>

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Рустамова Ж.Т. (2025). ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ОПИЙНО-ГАШИШНОЙ ПОЛИНАРКОМАНИЕЙ. В ActaCAMU (Т. 9, Выпуск 9, сс. 131–137). Zenodo. <https://doi.org/10.5281/zenodo.15152258>

Аннотация. В статье рассматривается актуальная проблема лечения и реабилитации пациентов с полинаркоманией, обусловленной употреблением опиатов и гашиша. Высокая распространённость данной формы зависимости, сложность её терапии и высокий риск рецидивов обуславливают необходимость разработки эффективных программ медико-социальной реабилитации. В исследовании проводится оценка эффективности различных реабилитационных подходов с учетом медицинских, психологических и социальных аспектов. Анализируются методы лечения, включая фармакотерапию, психотерапевтические интервенции и социальную адаптацию. Выявлены ключевые критерии успешности реабилитации и факторы, влияющие на её эффективность.

Ключевые слова: полинаркомания, опиум, гашиш, синдром зависимости, лечение, психотерапия, реабилитация.

Annotatsiya. Maqolada opiatlar va gashish iste'moli bilan bog'liq polinarkomaniya bilan kasallangan bemorlarni davolash va rehabilitatsiya qilishning dolzarb muammosi ko'rib chiqiladi. Ushbu qaramlik shaklining keng tarqalganligi, uning davolash murakkabligi va yuqori qaytalanish xavfi samarali tibbiy-ijtimoiy rehabilitatsiya dasturlarini ishlab chiqish zarurligini taqozo etadi. Tadqiqotda turli rehabilitatsiya yondashuvlarining samaradorligi tibbiy, psixologik va ijtimoiy jihatlarni hisobga olgan holda baholanadi. Davolash usullari, jumladan, farmakoterapiya, psixoterapevtik aralashuvlar va ijtimoiy moslashuv tahlil qilinadi. Rehabilitatsiyaning muvaffaqiyatli mezonlari va uning samaradorligiga ta'sir etuvchi omillar aniqlangan.

Kalit so'zlar: polinarkomaniya, opiy, gashish, qaramlik sindromi, davolash, psixoterapiya, rehabilitatsiya.

Abstract. The article addresses the pressing issue of treatment and rehabilitation of patients with polydrug addiction caused by the use of opiates and hashish. The high prevalence of this form of addiction, the complexity of its therapy, and the high risk of relapse necessitate the development of effective medico-social rehabilitation programs. The study evaluates the effectiveness of various rehabilitation approaches, considering medical, psychological, and social aspects. Treatment methods, including pharmacotherapy, psychotherapeutic interventions, and social adaptation, are analyzed. Key criteria for successful rehabilitation and factors influencing its effectiveness have been identified.

Keywords: polydrug addiction, opiates, hashish, addiction syndrome, treatment, psychotherapy, rehabilitation.

В последние годы четко наметилась тенденция к полизависимости от различных психоактивных веществ [1]. Как свидетельствуют эпидемиологические исследования, распространение наркоманий происходит преимущественно за счет лиц подростково-юношеского возраста [2, 3, 4]. В процесс наркотизации вовлекаются наиболее благополучные слои населения, среди наркопотребителей увеличивается количество девушек и женщин. Учащается употребление наркотических веществ (героин, кокаин, стимуляторы), обладающих самой высокой наркогенностью [5, 6, 7]. Клиническая картина наркоманий меняется в связи с распространением синтетических наркотиков, производимых в нелегальных лабораториях, суррогатов, сочетанного потребления двух и более психоактивных веществ [8, 9, 10]. Так, отмечено появление психозов у потребителей опиатов, отсутствующих при «классической» опишной мононаркомании [11, 12]. Растут показатели смертности, связанной с психоактивными веществами.

Некоторые авторы подчеркивают, что в самые последние годы четко наметилась тенденция к полизависимости от различных психоактивных веществ, которые вводятся в организм одновременно или в определенной последовательности [13]. Сочетанное применение нескольких наркотических веществ не только утяжеляет течение наркомании, но и существенно снижает эффективность лечения [14, 15, 16]. Распространенная на территории Республики Узбекистан и других стран Центральной Азии опишно-гашишная полинаркомания, привлекает внимание исследователей к ее изучению, поскольку остаются недостаточно разработанными диагностические критерии этой формы заболевания, мало освещены вопросы клиники и динамики, лечения и медико-социальной реабилитации больных [17, 18, 19, 20].

Цель. Оценка эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий, проводимых пациентам с синдромом зависимости, обусловленной сочетанным употреблением опиатов и гашиша.

Материал и методы исследования. Было обследовано 100 больных опишно-гашишной полинаркоманией (90 мужчин и 10 женщин), единственным критерием отбора больных служило сочетанное злоупотребление препаратами опиоидного (героин) и каннабиноидного (анаша) ряда с наличием синдрома зависимости от обоих наркотиков (шифр МКБ-10 F19). Обследование больных проводилось клинко-психопатологическим, клинко-катамнестическим и экспериментально-психологическими методами. Клиническое наблюдение включало в себя тщательное изучение психического, соматического и неврологического состояния на разных этапах заболевания (абстинентный синдром, постабстинентное состояние, ремиссия, рецидив). Катамнестические сведения получены на 40 больных в сроки от 3 месяцев до 2 лет с момента выписки из стационара.

Результаты и обсуждение. Возраст больных к моменту обследования составлял от 18 до 63 лет. Средний возраст больных составил – $32,3 \pm 6,8$ лет. Распределение больных в зависимости от возраста представлено на рисунке 1.

Давность употребления наркотических веществ (включая эпизодическое употребление) к моменту обследования варьировала в диапазоне от 1 до 41 года, в среднем составив $16,1 \pm 8,6$ лет. Распределение больных по этому показателю представлено на рисунке 2.

Давность злоупотребления препаратами опиоидного ряда составила от 2 месяцев до 30 лет. Средняя давность – $8,0 \pm 6,8$ лет. Стадия гашишной наркомании до приобщения к опиатам квалифицировалась в соответствии с критериями, описанными в литературе.

Для каждого больного был составлен индивидуальный план лечебно-реабилитационных мероприятий, включавший в себя целый комплекс мероприятий биологического и социально-психологического порядка, в котором цепочка терапевтических технологий выстраивалась в четко определенной последовательности. В программе лечения и реабилитации можно выделить следующие составляющие:

- 1) уровень воздействия (биологический, психологический, социальный);
- 2) основные мишени воздействия;
- 3) тип терапии;
- 4) методы и средства воздействия.

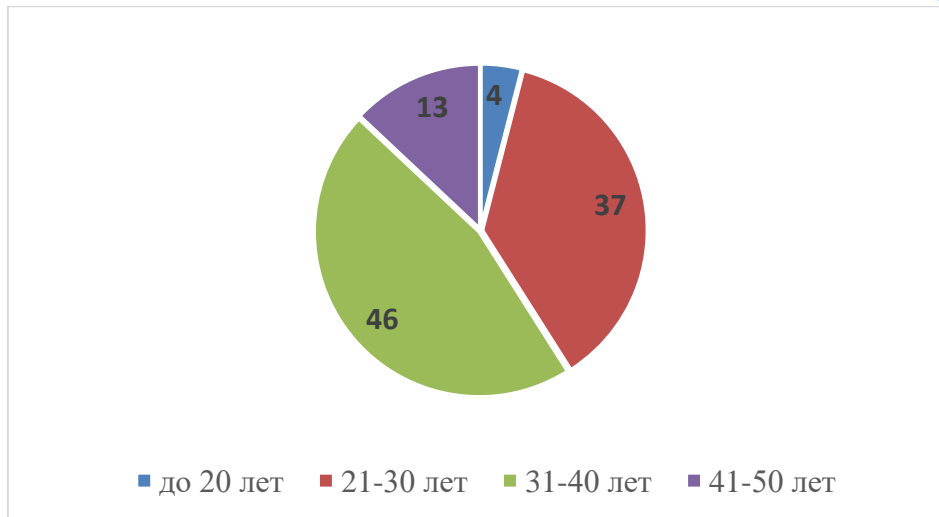


Рисунок 1. Распределение больных в зависимости от возраста (%)

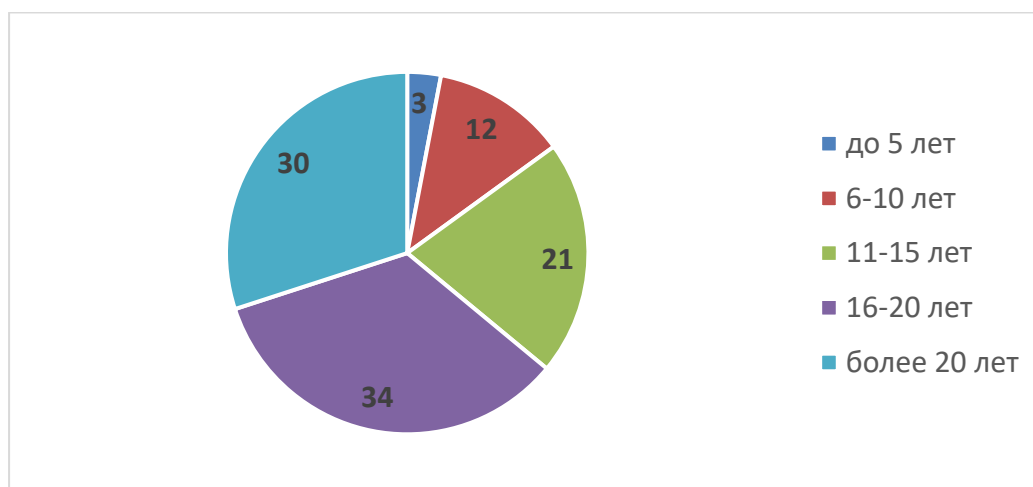


Рисунок 2. Распределение больных в зависимости от давности употребления наркотических веществ (%)

На биологическом уровне основными мишенями воздействия были абстинентный синдром, патологическое влечение к опиатам и гашишу, психопатоподобные и интеллектуально-мнестические расстройства, развившиеся в результате наркотизации, соматические осложнения полинаркомании и сопутствующие заболевания в стадии обострения. Ведущим типом терапии при этом являлось патогенетически ориентированное медикаментозное воздействие с акцентом на использование препаратов, способных влиять на нейромедиаторные механизмы зависимости.

Поскольку после прекращения приема наркотиков в картине опийно-гашишной полинаркомании преобладали признаки опийного абстинентного синдрома, лечение начиналось с купирования абстинентных расстройств. Использовались агонисты альфа-2-адренорецепторов ЦНС (клофелин), нейролептики с мощным антипсихотическим эффектом (галоперидол, аминазин или тизерцин), бензодиазепины (диазепам), противосудорожные препараты (карбамазепин), оксibuтират натрия, милдронат, серноокислая магnezия, ненаркотические анальгетики, витаминотерапия, симптоматическое лечение.

После купирования острых проявлений опийного абстинентного синдрома больные продолжали получать витаминотерапию, симптоматическое лечение, направленное на восстановление нарушенных функций внутренних органов, физиотерапевтические процедуры. В лечебную схему включались ноотропы (пирацетам) с целью уменьшения выраженности астении и улучшения когнитивных функций.

Однако основной мишенью в постабстинентном периоде становилось патологическое влечение к наркотикам и связанное с его актуализацией усиление психопатоподобных расстройств, в связи с чем спектр используемых психотропных препаратов существенно расширялся. Выбор психотропных препаратов осуществлялся по индивидуальным показаниям в зависимости от ведущих компонентов патологического влечения к наркотикам. При высокой интенсивности патологического влечения к опиатам (преобладающего над влечением к гашишу в постабстинентном периоде) с выраженной дисфорией и психопатоподобным поведением предпочтение отдавалось мощным нейролептикам (галоперидол или трифтазин в комбинации с аминазином или тизерцином, азалептол, rispoleпт). Эти нейролептики сочетались с антиконвульсантами (карбамазепин) и мощными транквилизаторами (диазепам, феназепам). При преобладании в структуре влечения депрессивных расстройств в лечебную схему вводились трициклические антидепрессанты-седатики (амитриптилин), либо ингибиторы обратного захвата серотонина (флувоксамин) в сочетании с нейролептиками, обладающими минимальным побочным действием на экстропирамидную систему (азалептол, rispoleпт).

В ряде случаев для подавления патологического влечения, улучшения функции сна, уменьшения астенических расстройств наряду с медикаментозным лечением применялись манипулятивные стратегии психотерапии (гипносуггестивная терапия). Улучшение психического и соматического состояния больного, подавление патологического влечения к наркотикам являлись необходимыми условиями для перехода на следующий, психологический, уровень воздействия, где основными мишенями становились уровень критики к злоупотреблению наркотиками, мотивация на лечение и прекращение наркопотребления, личностный статус больного, характер самооценки, компетентность в построении межличностных отношений. Такого рода задачи уже не могли решаться с помощью медикаментозных методов, поэтому акцент на этом этапе смещался в сторону психотерапевтических вмешательств.

Психотерапевтическое воздействие представляло собой сочетание манипулятивных техник, преследующих цель изменить поведение больного, и личностно-ориентированных методик, направленных на коррекцию и дальнейший рост личности. В зависимости от характера психотерапевтического воздействия отношения между психотерапевтом и пациентом строились по принципу «руководство – партнерство» (при применении манипулятивных методик) или «партнерство» (при применении личностно-ориентированных методов). Из манипулятивных методов продолжала использоваться гипнотерапия, с помощью которой не только подавлялось патологическое влечение к наркотикам, но и в определенной степени решались вопросы формирования установок, повышения самооценки, разрушения нежелательных стереотипов поведения. Применялась также поведенческая психотерапия в форме различных вариантов социально-психологического тренинга (тренинг коммуникативных навыков, сенситивности, стрессоустойчивости, ассертивного поведения). В реабилитационном отделении создавалась основанная на принципах поведенческой психотерапии эффективная терапевтическая среда. Для борьбы с обострениями патологического влечения к наркотикам больных обучали способам саморегуляции и разрядки напряжения (аутогенная тренировка, мышечная релаксация по Джекобсону). Учитывая преобладание непродуктивных копинг-стратегий на эмоциональном уровне, частый отказ от конструктивного решения проблем, перенос больными ответственности за свои трудности на окружающих, повышенный уровень агрессивности обучение приемам саморегуляции и навыкам совладания со стрессом представлялось особенно важным для последующей профилактики рецидивов заболевания.

Из методов, развивающих личность, использовались групповая психотерапия в малых группах, индивидуальная и групповая рациональная психотерапия, арт-терапия, гештальт-терапия, техники трансактного анализа.

Формирование критики к наркотической зависимости (особенно от гашиша) и установки на полное воздержание от психоактивных веществ проводилось с помощью

рациональной психотерапии и мотивационного интервьюирования. При этом более показанным, на наш взгляд, следует считать мотивационное интервью. Использование прямого убеждения, лежащего в основе индивидуальной рациональной психотерапии, в большинстве случаев наталкивалось на безотчетное сопротивление больного, склонного отрицать ущерб от употребления гашиша с целью использовать его для удовлетворения болезненной потребности в эйфории после отказа от приема опиатов. Мотивационное интервьюирование, напротив, позволяло преодолеть сопротивление и заставить больного задуматься об изменении поведения в отношении потребления гашиша.

Рациональную психотерапию проводилась в групповой форме (групповые дискуссии) с включением в группу тех больных, которые сознают ущерб от каннабиноидной зависимости. В ходе обмена мнениями такие больные давали полезную информацию о вредных последствиях приема не только опиатов, но и гашиша, и тем самым позитивно влияли на отношение других больных к употреблению этого наркотика.

На социальном уровне основными мишенями воздействия являлись семейная и трудовая адаптация больных, а типом терапии – сочетание психотерапии и социально-ориентированного воздействия. Основными методами и средствами достижения желаемого результата были семейная психотерапия (в том числе работа с созависимыми членами семьи), трудотерапия, обучение компьютерному делу, культурно-оздоровительные мероприятия.

Переход на каждый новый уровень не означал полного прекращения мероприятий предыдущего уровня. Напротив, проводимые ранее воздействия были интегрированы в комплекс мероприятий каждого последующего уровня. Так, акцент внимания на методах психотерапии не исключал продолжения медикаментозного лечения, направленного на подавление патологического влечения и коррекцию психопатоподобных и интеллектуально-мнестических расстройств. Медикаментозное воздействие у больных опионо-гашишной полинаркоманией должно быть длительным в силу устойчивости личностных изменений. Исследование показало, что для повышения эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий необходимо строгое соблюдение определенной очередности воздействий. Пока интенсивность патологического влечения к наркотикам остается высокой, невозможно добиться формирования критики и изменения установок. Пока не возникло решение об изменении поведения, не удастся ориентировать больного на здоровый образ жизни и приступить к коррекции его личности. Без коррекции личности становится невозможным обеспечение социальной реадaptации и реинтеграции больного в общество. Для достижения стабильной ремиссии необходимы закрепление результатов медико-социальной реабилитации и длительное проведение противорецидивных мероприятий в амбулаторных условиях.

Учитывая невысокий уровень реабилитационного потенциала больных опионо-гашишной полинаркоманией, лечебно-реабилитационный процесс, по нашему мнению, следует начинать в наркологических стационарах и проводить в течение длительного (не менее 3 месяцев) времени. При меньших сроках воздействия нужные изменения в личностном статусе не достигаются. В последующем стационарный режим может сменяться полустационарным или амбулаторным.

Таким образом, в рамках 3-месячной программы стационарной реабилитации больные опионо-гашишной полинаркоманией прошли следующие этапы:

- 1) Лечебно-диагностический этап, объединяющий диагностику и мероприятия биологического уровня. Этот этап осуществлялся в наркологическом отделении, его продолжительность была – не менее 2-х недель.
- 2) Собственно реабилитационный этап, включающий мероприятия биологического и психологического уровней. Продолжительность этапа составила – не менее 1,5 месяцев.
- 3) Заключительный этап, объединяющий мероприятия биологического, психологического и социального уровней с акцентом на социо-терапевтических мерах воздействия. Продолжительность этого этапа – не менее 1 месяца.

В постреабилитационном периоде в амбулаторных условиях проводились мероприятия по профилактике срывов и рецидивов опионо-гашишной полинаркомании.

Из общего числа обследованных 66 больных опионо-гашишной полинаркоманией завершили лишь первый этап программы. На прохождение собственно реабилитационного процесса были замотивированы 34 больных, 17 больных прошли все три этапа программы. Оценка ее результатов проводилась на основании данных клинико-катамнестического исследования. Катамнестические данные получены на 40 больных, из которых 26 больных прошли только первый этап (медикаментозное лечение), 14 больных – 2-ой и 3-ий этапы программы. Обследование показало, что 42,3% больных, получившие только медикаментозную терапию, сразу после выписки возобновили прием гашиша с последующим быстрым присоединением наркотиков опиоидного ряда. У 46,2% больных сроки ремиссии (полного воздержания от опиатов и гашиша) не превышали 1-3 месяцев, и лишь 11,5% больных воздерживались от наркотиков 4-6 месяцев. В то же время ни один из больных, завершивших 2-й и 3-й этапы реабилитационной программы, не вернулся к наркотикам сразу после окончания лечения ($p < 0,001$). У всех больных наблюдались ремиссии, сроки которых составили: до 3 месяцев - у 64,3% больных ($p > 0,05$), более 3 до 6 месяцев - у 14,3% ($p > 0,05$), более 6 до 12 месяцев - у 7,1% ($p > 0,05$), более 1 года – у 14,3% ($p > 0,05$) больных.

Выводы. Лечение больных опионо-гашишной полинаркоманией должно основываться на многоуровневом подходе к выбору терапевтических вмешательств с охватом процессов биологического, психологического и социального уровней функционирования личности. Это требует многообразия и индивидуализации форм лечебно-реабилитационной работы, применения разнообразных методов и техник психотерапевтического воздействия, проведения мероприятий по социальной реадaptации и реинтеграции больных в общество при условии полного отказа от употребления наркотических веществ.

Список литературы:

1. Central Asia Drug Action Programme (CADAP, Phase 6). Национальный информационно-аналитический центр по контролю за наркотиками при Кабинете Министров Республики Узбекистан. Анализ наркоситуации в Республике Узбекистан за 2015 год. <http://www.ncdc.uz>
2. Пелипас В.Е., Рыбакова Л.Н., Цетлин М.Г. Проблемные ситуации в сфере профилактики злоупотребления психоактивными веществами среди детей и подростков // Вопр. наркологии. - 2000. - №2. - С.54-60.
3. Кошкина Е.А., Шамота А.З. Студенчество и наркомания: пути решения проблемы // Материалы Всероссийской научно-практической конференции. – Екатеринбург, 2000. - С.38-45.
4. Всемирный доклад о наркотиках: 2016 / ООН. – Нью-Йорк, 2016.
5. Асанов Т.К. Оценка наркоситуации в Республике Киргизстан. Отчет УНП ООН. - Павлодар, 2004.- 32с.
6. Олкотт М.Б., Удалова-Зварт Н. Наркотрафик на Великом шелковом пути: безопасность в Центральной Азии. М.: Московский центр Карнеги, 2000. - №2. - 33с.
7. Кошкина Е.А. Эпидемиологические исследования к наркологии. Лекции по наркологии под редакцией Н.Н.Иванца.- М.: Медпрактика, 2001. С.33-47.
8. Асадуллин А.Р., Ахметова Э.А., Ненастьева А.Ю. Катиноны. Новая реальность // Наркология. – 2017. – № 1 (181). – С. 87-92.
9. Асадуллин А.Р., Галеева Е.Х., Борисова Л.С., Ахметова Э.А., И.В. Николаев. Систематизация синтетических «дизайнерских» наркотических средств и новых потенциально опасных психоактивных веществ // Наркология. – 2017. – № 3. – С. 94–100.
10. Мрыхин В.В., Анцыборов, А.В. Дизайнерские наркотики: краткая история, попытка систематизации на примере «спайсов» и «солей» (обзор) // Интерактивная наука. – 2017. – № 11. – С. 36–39
11. Менделевич В.Д. Психотические расстройства в результате употребления наркотиков: современное состояние проблемы // Наркология. – 2014. – № 7. – С. 93–100.

12. Yan W.S., Li Y.H., Xiao L., Zhu N., Bechara A., Sui N. Working memory and affective decision-making in addiction: a neurocognitive comparison between heroin addicts, pathological gamblers and healthy controls // *Drug Alcohol Depend.* – 2014.- Vol.134. – P. 194-200.
13. Рохлина М.Л. Сочетанное употребление наркотиков и других психоактивных веществ. Полизависимость // *Вопросы наркологии.* - 2014.- №2. - С.127-140.
14. Цыганков Б.Д., Шамов С.А., Земсков М.Н. Подходы к лечению абстинентного, постабстинентного состояния наркологических больных // *Российский медицинский журнал.* – 2013. - №4. – С. 32-35.
15. Baird C. Role of Medication in the Treatment of Opioid Use Disorders // *J of Addict Nurs.* – 2015. №26 (4) – P. 213-216.
16. Schuckit M.A. Treatment of Opioid-Use Disorders // *N Engl J Med.* – 2016. – Vol.375. – P. 357-368.
17. Плоткин Ф.Б., Короткевич Т.В. О некоторых проблемах диагностики в наркологии // *Наркология.* – 2014. - №11. – С.89-99.
18. Турсунходжаева Л.А. Стандарты диагностики, лечения и медико-социальной реабилитации наркологических больных (приложение к приказу МЗ РУз от 06.05.2015). – Ташкент. – 2015. – 63 с.
19. Агibalова Т.В., Тучин П.В., Тучина О.Д. Клинические рекомендации по медицинской реабилитации больных наркологического профиля: психотерапия в программах медицинской реабилитации // *Вопросы наркологии.* – 2015. - №3. – С. 87-106.
20. Kampman K., Jarvis M. American Society of Addiction Medicine (ASAM) National Practice Guideline for the Use of Medications in the Treatment of Addiction Involving Opioid Use // *J Addict Med.* – 2015. – N9. - P.358-367.