

**ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет
им. Абуали ибни Сино»**

УДК: 614.2; 616.89-008.441.33-039.71

ГУЛЯМОВ ШОДИБЕК МИНХОЖЕВИЧ

**КЛИНИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ГЕРОИНОВОЙ
НАРКОМАНИИ В ГОРОДЕ ДУШАНБЕ**

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

**по специальности 14.02.03 – Общественное здоровье и
здравоохранение**

Душанбе – 2021

Работа выполнена на кафедре психиатрии и медицинской психологии им.проф. М.Г.Гулямова ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино».

Научный руководитель: **Одинаев Фарход Исматуллоевич**
Заслуженный деятель науки и техники РТ,
Академик РАН, доктор медицинских наук,
профессор кафедры внутренних болезней №1
ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»

Научный консультант: **Шарапова Нигина Минхожевна**
доктор медицинских наук, профессор,
заведующая кафедрой психиатрии и
медицинской психологии им.проф.
М.Г.Гулямова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни
Сино»

Официальные оппоненты: **Гаибов Амонулло Гаибович**
доктор медицинских наук, заведующий
отделом профилактики инвалидности
ГУ «НИИ медико-социальной экспертизы и
реабилитации инвалидов» МЗ и СЗН РТ

Рузиев Муродали Мехмондустович
доктор медицинских наук, директор
ГУ «Таджикский научно-исследовательский
институт профилактической медицины»
МЗ и СЗН РТ

Оппонирующая организация: Азербайджанский медицинский университет

Защита диссертации состоится «_____» _____ 2021 г. в ____ часов на заседании диссертационного совета 6D.КOA-010 при ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Адрес: 734003, г. Душанбе, проспект Рудаки, 139, www.tajmedun.tj, +992935120020.

С диссертацией можно ознакомиться в научной библиотеке ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино».

Автореферат разослан «_____» _____ 2021 г.

**Учёный секретарь
диссертационного совета,
кандидат медицинских наук**

Джураева Н.С.

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 опиной 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; Daugia E.F., 2018]. Масштаб проблемы таков, что в профилактическую деятельность в Республике Таджикистан, наряду с медицинскими работниками, вовлечены представители общественных неправительственных организаций, правоохранные 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 клиничко-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, клиничко-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 клиничко-динамические факторы героиновой наркомании у наркозависимых лиц, состоящих на учёте в г. Душанбе.
3. Установить значение отдельных социально-демографических и клиничко-динамических характеристик героиновой наркомании в оценке прогноза заболевания.
4. Используя полученные данные, разработать и представить рекомендации по усовершенствованию специализированной наркологической помощи в РТ.

Методы исследования. В работе применялись эпидемиологический, клиничко-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 клиничко-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 клиничко-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 клиничко-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-прогрессивный 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-прогрессивный 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.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материал и методы исследования. 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 обратившихся 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.

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 χ^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 χ^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.

Результаты исследования

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 преваляровавших 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 числа состоящих 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, правоохранные 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.

По результатам изучения статистических данных было установлено, что 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 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 2).

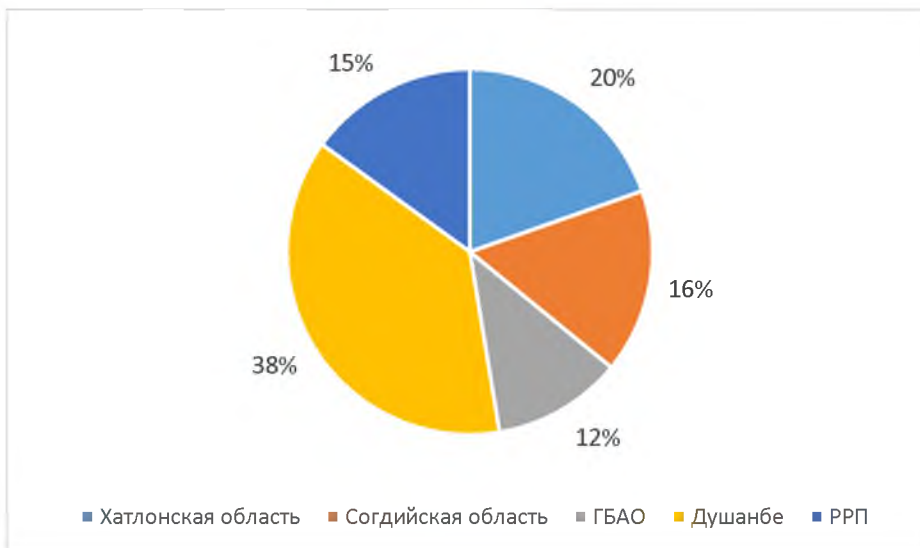


Рисунок 1. - Численность больных наркоманией по регионам РТ

Данное распределение демонстрирует значительный рост числа потребителей героина в структуре потребляемых наркотиков в стране. 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%) (рисунок 3).

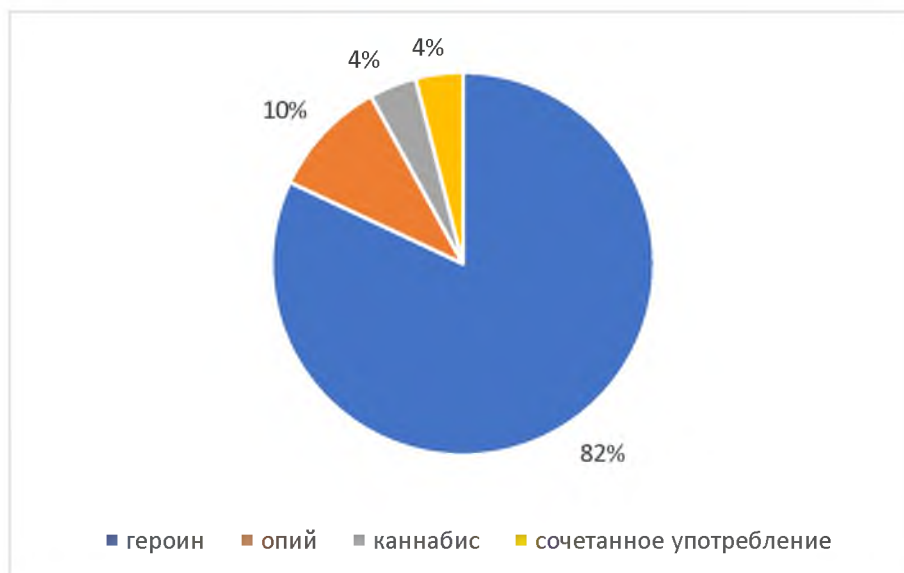


Рисунок 2. - Структура потребляемых наркотических веществ в РТ

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%.

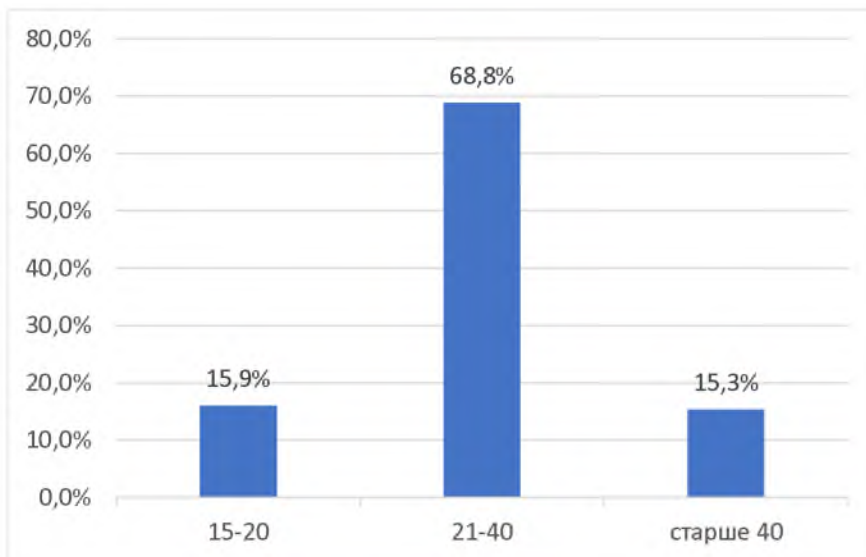


Рисунок 3. - Возраст начала употребления наркотиков

Распределение больных в зависимости от семейного статуса, позволяет сделать заключение о преобладании лиц, состоящих в браке 58,2%, над группой не состоящих в браке - 41,8% (рисунок 4).

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.

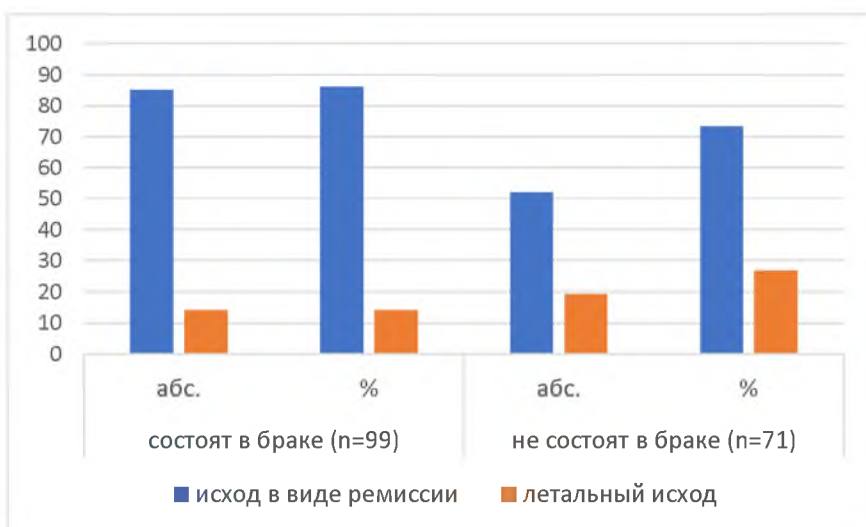


Рисунок 4. – Семейный статус.

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%) (рисунок 5).

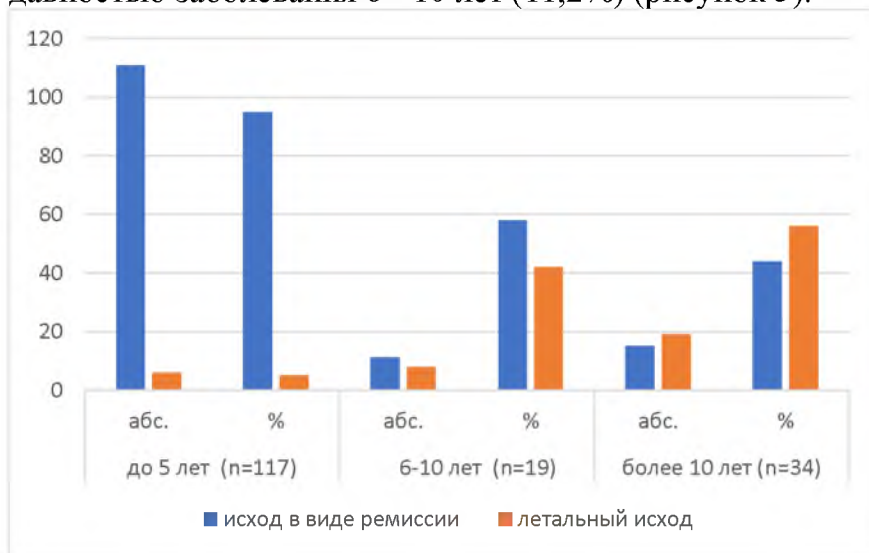


Рисунок 5. – Давность заболевания.

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 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% (рисунок 6).

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%.

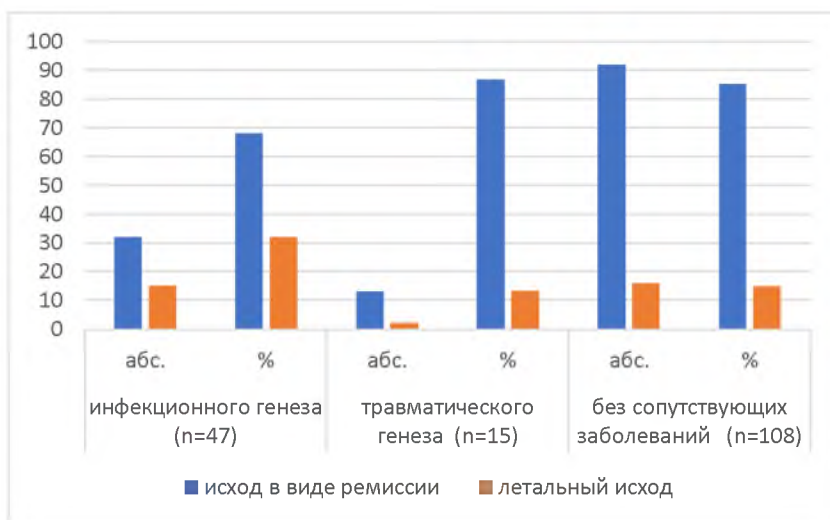


Рисунок 6. – Сопутствующие заболевания.

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 (таблица 1).

Таблица 1. - Возраст начала употребления наркотических веществ

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 χ^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 ($p < 0,02$). 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 ($p < 0,05$) (таблица 2).

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. (2011), указывающего на нарушенный трудовой статус, как на фактор неблагоприятного прогноза наркомании.

Таблица 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 χ^2 Пирсона (с поправкой Йейтса для сравниваемых количеств более 5, при сравниваемых количествах менее 5 - по точному критерию Фишера).

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% ($p < 0,05$). 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 героиновой зависимости, что соотносится с результатами исследований Сочивко Н.С. (1991), согласно которым низкий образовательный уровень является фактором неблагоприятного прогноза наркомании.

Таблица 3. - Влияние фактора давности заболевания на его 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 χ^2 Пирсона (с поправкой Йейтса для сравниваемых количеств более 5, при сравниваемых количествах менее 5 - по точному критерию Фишера).

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 (таблица 3).

При сопоставлении темпа течения героиновой наркомании с выделенными нами разновидностями исходов установлено, что среди больных с высокопрогредиентным 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. (2007), где была выявлена положительная связь малопрогредиентного темпа течения героиновой наркомании со спонтанными ремиссиями и низкой выраженностью социальных и личностных последствий.

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% ($p < 0.001$) (таблица 4).

Таблица 4. - 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 χ^2 Пирсона (с поправкой Йейтса для сравниваемых количеств более 5, при сравниваемых количествах менее 5 - по точному критерию Фишера).

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 (таблица 5).

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.

Таблица 5. - 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 χ^2 Пирсона (с поправкой Йейтса для сравниваемых количеств более 5, при сравниваемых количествах менее 5 - по точному критерию Фишера).

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.

Менее благоприятные прогностические показатели были отмечены у лиц с возбудимой и истероидной акцентуацией характера. В группе возбудимого типа ремиссии отмечены в 71,7% наблюдений, летальность - 28,3% ($p < 0,05$). У больных с истероидным типом акцентуации 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 клинко-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 клинко-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 клинко-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 утерянных 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, сохранённый 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 психоактивных 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 клиничко-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 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] Шарапова Н.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.

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

**МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни
Сино»**

УДК: 614.2; 616.89-008.441.33-039.71

ГУЛЯМОВ ШОДИБЕК МИНХОЖЕВИЧ

**ҶАНБАҲОИ КЛИНИКӢ ВА ИҶТИМОӢИ НАШЪАМАНДИИ ҲЕРОИНӢ
ДАР ШАҲРИ ДУШАНБЕ**

АВТОРЕФЕРАТИ

диссертатсия барои дарёфти дараҷаи илмии
номзади илми тиб

аз рӯйи ихтисоси **14.02.03** – Сихатии ҷомеа ва тандурустӣ

Душанбе – 2021

Тахқиқот дар кафедраи психиатрия ва психологияи тиббии ба номи проф. М. Ғ. Ғуломов МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино» иҷро карда шудааст.

Роҳбари илмӣ:

Одинаев Фарход Исматуллоевич
корманди шоистаи илм ва техникаи ҶТ,
Академики АИ Федератсияи Русия,
доктори илмҳои тиб, профессори кафедраи
беморҳои дарунии №1 МДТ «ДДТТ ба номи
Абӯалӣ ибни Сино»

Мушовири илмӣ:

Шарапова Нигина Минхожевна
доктори илмҳои тиб, профессор,
мудири кафедраи психиатрия ва психологияи
тиббии ба номи проф. М. Ғ. Ғуломов МДТ «ДДТТ
ба номи Абӯалӣ ибни Сино»

Муқарризонии расмӣ:

Ғоибов Амонулло Ғоибович
доктори илмҳои тиб, мудири шӯъбаи пешгирии
маъюбшавии МД «Пажӯҳишгоҳи экспертизаи
тиббиро иҷтимоӣ ва тавонбахшии маъюбон»-и
ВТҶИА ҶТ

Ғӯзиев Муродалӣ Меҳмондустович
доктори илмҳои тиб, директори
МД «Пажӯҳишгоҳи тибби
профилактикӣ» ВТҶИА ҶТ

Муассисаи тақриздиханда: Донишгоҳи тиббии Озарбойҷон.

Ҷимояи диссертатсия « _____ » _____ с. 2021 соати _____
дар ҷаласаи Шӯрои диссертатсионии 6D.KOA-010 назди МДТ «ДДТТ ба номи
Абӯалӣ ибни Сино» баргузор мегардад. Суроға: 734003, Ҷумҳурии Тоҷикистон,
ш. Душанбе, хиёбони Рӯдакӣ, 139, www.tajmedun.tj, тел.+992935120020.

Бо диссертатсия дар китобхонаи илмии МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии
Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино» (734003, ш. Душанбе, х. Рӯдакӣ, 139) шинос
шудан мумкин аст.

Автореферат « _____ » _____ с. 2021 ирсол гардид.

Котиби илмӣ
Шӯрои диссертатсионӣ,
номзади илмҳои тиб

Ҷӯраева Н.С.

Мукаддима

Мубрамӣ ва зарурати баргузори таҳқиқот аз рӯи мавзӯи диссертатсия.

Паҳншавии нашъамандӣ дар саросари ҷаҳон ва Ҷумҳурии Тоҷикистон солҳои охир хеле афзуда, оқибатҳои тиббӣ, иҷтимоӣ, ҳуқуқӣ ва иқтисодиро дар назар дорад [Шарапова Н.М., 2014; Ахмедов А. бо муал., 2014; Палаткин В.Я., 2018; Olfson M., 2018]. Дар саросари ҷаҳон, қариб 12 миллион нафар доруҳоро тавассути сӯзандору истифода мекунад, ки аз ҳар ҳашт якаш вирусҳои ВНО аст ва беш аз нисфаш гирифтори гепатити С мебошанд [Сафонов О.А., 2011; Гузориши ҷаҳонии маводи муҳаддир, 2019]. Опиоидҳо, аз ҷумла ҳероин, хатарноктарин намудҳои нашъа эътироф карда мешаванд, ки ҳиссаи аз ҳама зиёди ғавти бармаҳалро дар байни истеъмолкунандагон ташкил медиҳанд [Малахов М.Н., 2008; С.В. Корень, 2018]. Мавқеи ҷуғрофӣ Ҷумҳурии Тоҷикистон ва мавҷудияти марзи муштарақ бо Афғонистон, вазъияте, ки ба гуфтаи ҷомеаи ҷаҳонӣ, дар солҳои охир тавлиди ғайриқонунии миқдори зиёди маводи муҳаддири гуруҳи опиоидҳо буд, ба паҳншудани нашъамандӣ дар минтақа таъсири манфӣ расонид. Аз сабаби он, ки ҳероин қисми зиёди маводи муҳаддирро дар муомилоти ғайриқонунии ташкил медиҳад, дар сохтори истеъмоли маводи муҳаддир дар Тоҷикистон ҳиссаи ин дору маъмул аст ва 82% -ро ташкил медиҳад [Малахов М.Н., 2004; Шарапова Н.М., 2015]. Синну соли шахсони ба истеъмоли маводи муҳаддир коҳишёфта, ҷавонони доираҳои гуногуни иҷтимоӣ, аз ҷумла донишҷӯён, ба ин раванд ҷалб карда мешаванд, ки ин боиси аз даст додани дурнамои зиндагӣ ва тағир додани афзалиятҳои асосӣ мегардад [Найденова Н.Г., 2002; Баянова Т.А., 2014; Dauria E.F., 2018]. Миқёси мушқил чунин аст, ки дар баробари кормандони соҳаи тиб, намояндагони ташкилотҳои ҷамъиятӣ, мақомоти ҳифзи ҳуқуқ, вазорати ахбори омма, омӯзгорони мактабҳои миёна ва олӣ, пешвоёни дин дар Ҷумҳурии Тоҷикистон ба ҷорабиниҳои профилактикӣ ҷалб карда мешаванд, бо ин мақсад конференсҳо, мизҳои мудаввар, тренингиҳо ва семинарҳои гузаронида мешаванд, ва бо ин мақсад, дар соҳаи қонунгузорӣ, ҳуҷҷатҳои барномавӣ таҳия ва қабул карда мешаванд, ки мубориза бо паҳншавии нашъамандӣ ва бемориҳои вазнинро тақвият мебахшанд [Байбабаев А.А. ва диг., 2012; Зокиров А.Х., 2015]. Ин вазъият зарурати талошҳои минбаъдaro дар таҳия ва татбиқи усулҳои нави ҳам таъбабат ва ҳам пешгирии нашъамандӣ инъикос мекунад.

Дарачаи азхудшудаи масъалаи илмӣ. Сарфи назар аз он, ки қаблан хусусиятҳои мухталифи нашъамандии опиоидӣ омӯхта шуда буданд, ба монанди хусусиятҳои ҷараёни ифоқа [Mathei C., 2005; Hartzler B., 2010], ташаккули нашъамандии ҳероинӣ дар ҷавонон [Найденова Н.Г., 2002; Hadland S.E., 2011], ҷанбаҳои пайгирӣ [Краснятова Ю.А., 2007], хусусиятҳои нашъамандии ҳероинӣ дар занон [Садвакасова Г.А., 2009; Саидмуродов Д.У., 2014], ҷанбаҳои этникӣ-маданияти нашъамандӣ [Малахов М.Н., 2009; Маликов Н.В., 2014], бо вучуди ин, таъсири омилҳои клиникӣ-динамикӣ ва иҷтимоӣ-демографӣ ба ҷараён ва натиҷаҳои нашъамандӣ, яке аз масъалаҳои нокифояи омӯхташудаи наркология боқӣ мемонад [Гулямов М.Г. ва диг., 1994; Кошкина Е.А., 2009; Малахов М.Н., 2010; Кибитов А.О., 2016]. Дар робита ба ин, бояд қайд кард, ки аҳамияти омилҳои иҷтимоию демографӣ ва клиникӣ-динамикӣ дар баҳодихии пешгӯии ҳероин дар Ҷумҳурии Тоҷикистон ба қадри кофӣ омӯхта нашудааст ва таҳқиқоти минбаъдaro талаб мекунад, ки натиҷаҳои он имконият медиҳанд, ки омилҳои, ки ба пешгӯиҳои беморӣ таъсир мерасонанд ва бо назардошти ин тавсияҳои таҳия карда шаванд дар бораи тафриқаи равишҳои клиникӣ ва ташкилӣ ва ислоҳу пешниҳодҳои оид ба беҳтар намудани таъбабати нашъамандӣ дар кишвар. Дар Ҷумҳурии Тоҷикистон, тибқи омили

хадамоти наркологи, сатҳи баланди аҳоли, ки маводи мухаддир истеъмол мекунад (83,6 ба 100 ҳазор аҳоли, дар маҷмӯъ - 7054 нафар), нишондиҳандаи шумораи одамоне, ки машруботи спиритӣ истеъмол мекунад (73,7 ба 100 ҳазор аҳоли,) ҳамагӣ - 6231 нафар). Аз замони ба қайд гирифтани 57 нафар беморони нашъамандӣ ба ҳероин дар соли 1997, шумораи онҳо имрӯз, пас аз каме бештар аз 20 сол, беш аз 100 маротиба афзудааст. Тибқи омор, шумораи бештари нашъамандон дар шаҳри Душанбе ба қайд гирифта шудааст - 38% (2654 нафар), аз шумораи умумии ба қайд гирифташуда, аз ин рақам дар дигар минтақаҳои кишвар зиёдтар аст. Дар сохтори доруҳои истеъмолшуда ҳиссаи ҳероин 82% -ро ташкил медиҳад (5784 нафар) [Солимии аҳоли ва тандурустӣ дар ҚТ, 2018].

Барномаи Миллии пешгирии паҳншавии нашъамандӣ ва беҳтар намудани табобати нашъамандӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон барои солҳои 2013-2017, ки аз ҷониби Ҳукумати кишвар тасдиқ шудааст, қайд мекунад, ки «тадбирҳои қаблан андешидашуда оид ба назорат, таҳлил ва арзёбии вазъ, аз ҷумла пешгирии нашъамандӣ ҳамчун падидаи манфӣ, минбаъд такмил ва навсозӣ. Омили асосии тавсифкунандаи вазъи наркологию Ҷумҳурии Тоҷикистон ҳамчун омили мураккаб ва аз ҷиҳати иҷтимоӣ афзоиши шумораи нашъамандони ҳероин мебошад. Дар айни замон зарурати омӯзиши илмии асоснокшудаи вазъ, гузаронидани таҳқиқоти иҷтимоӣ дар байни аҳоли барои муайян кардани сабабҳои паҳншавии ин падида ва андешидани чораҳои мушаххас ба миён омадааст. Нашъамандӣ ва майзадагӣ омилҳои хатарноки паҳншавии бемориҳои сироятӣ, пайдоиши бемориҳои вазнини системаи асаб, дилу раг ва бемориҳои музмин мебошанд. Яке аз мушкилоти асосие, ки боиси афзоиши шумораи беморони гирифтори моддаҳои психоактивӣ гардид, ҳамоҳангӣ ва фаъолияти ҳамоҳангнашудаи аксари ташкилотҳои ҷамъиятӣ, ки дар ин самт бо мақомоти давлатӣ ва ташкилотҳо амал мекунад, инчунин сатҳи пасти маърифати оилавӣ дар пешгирии истифодаи ин моддаҳо мебошад» [Барномаи Миллӣ оид ба пешгирии паҳншавии нашъамандӣ ва беҳтар намудани табобати нашъамандӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон барои солҳои 2013 - 2017, ки бо қарори Ҳукумати ҚТ таҳти №183 аз 30 апрели соли 2012 тасдиқ шудааст]. Микёси васеи паҳншавии нашъамандии тазриқӣ, бори вазнини оқибатҳои тиббӣ ва иҷтимоӣ барои истеъмолкунандагони маводи мухаддир ва оилаҳои онҳо, паҳншавии назарраси сироятҳои тавассути хун ба миён омада, дар байни истеъмолкунандагон бо роҳи тазриқӣ, аҳамияти таҳқиқоти нашъамандиро муайян мекунад [Шевцова Ю.Б., 2010; Байбабаев А.А. ва диг., 2012; Feder К.А., 2017].

Дар асоси гуфтаҳои боло, бо назардошти таъсири истеъмоли маводи мухаддир ба паҳншавии сироятҳои тавассути хун, аз қабали ВНМО ва гепатитҳо, ва оқибатҳои иҷтимоӣ, аз ҷумла харобшавии робитаҳои иҷтимоӣ, вайроншавии оила, танг шудани доираи манфиатҳои маҳдуд бо истеъмоли маводи мухаддир, коҳиш ёфтани қобилияти гирифтани маълумот ва вайрон кардани вазъи меҳнат, ҷалб шудан ба ҷомеаи зидди иҷтимоӣ ва фаъолияти ҷиноӣ ва дар натиҷаи ин таназзули шахсият, ин асар на танҳо барои соҳаи тандурустии кишвар, балки барои тамоми ҷомеа аҳамияти хоса дорад, зеро нашъамандӣ як мушкили микёси калон аст.

Заминаҳои назариявӣ методологии таҳқиқот. Асосҳои назариявӣ ва методологии таҳқиқоти диссертатсионӣ корҳои илмӣ олимони ватанию хориҷӣ, натиҷаҳои таҳқиқоти калони клиникӣ ва монографияҳо буданд. Асоси таҳқиқоти методологӣ омӯзиши пайгирии клиникӣ ҳуҷҷатҳои тиббии беморон буд.

Тавсифи умумии таҳқиқот

Ҳадафи таҳқиқот: Омӯзиши хусусиятҳои клиникӣ ва иҷтимоии нашъамандии ҳероинӣ дар Душанбе ва таъсири онҳо ба пешгӯиҳои беморӣ, таҳияи тавсияҳо оид ба бехтар намудани табобати махсуси наркологӣ.

Объекти таҳқиқот. Ҳамчун объекти таҳқиқ, ҳуҷҷатҳои тиббӣ барои 170 нафар беморони Муассисаи давлатии «МЧКН ба номи проф. М. Ғ. Ғуломов» (Душанбе), бо ташҳиси Ф.11. – «Ихтилоли рӯҳӣ ва рафторӣ, ки бо истеъмоли опиоидҳо алоқаманд аст» дар асоси таснифи байналмилалии бемориҳо ТББ-10, ки барои табобати нашъамандӣ аз соли 2015 то 2018 мурочиат кардаанд ва ё бинобар ғавт дар ҳамаи давра аз қайди наркологӣ бароварда шудаанд. Инчунин, маълумоти муфассал дар самти мубориза бо нашъамандии ҳероин аз ҷониби хадамоти наркологии Ҷумҳурии Тоҷикистон (мақолаҳои илмӣ маҷаллаҳо, конференсияҳо, маълумоти омории Агентии омори назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон, ҳулосаҳои комиссияи эксперти наркологии судии ВТҲИА ҚТ, маводҳои фаъолияти амалии МД «МЧКН ба номи проф. М. Ғ. Ғуломов»), омӯхта шуд.

Мавзӯи таҳқиқот. Мавзӯи омӯзиш омилҳои иҷтимоӣ демографӣ, хусусиятҳои клиникӣ ва динамикии нашъамандии ҳероинӣ, барномаҳои пешгирикунанда ва барқарорсозӣ, ки дар хадамоти наркологии Ҷумҳурии Тоҷикистон татбиқ карда мешаванд.

Масъалаҳои таҳқиқот:

1. Омӯзиш ва пешниҳоди хусусиятҳои иҷтимоӣ демографӣи нашъамандон дар шаҳри Душанбе ва сохтори нашъамандони онҳо.
2. Омӯзиши омилҳои иҷтимоӣ демографӣ ва клиникӣ-динамикии нашъамандии ҳероинӣ дар байни нашъамандони дар шаҳри Душанбе ба қайд гирифташуда.
3. Муқаррар кардани аҳамияти хусусиятҳои инфиродии иҷтимоӣ демографӣ ва клиникӣ-динамикии нашъамандии ҳероин хангоми арзёбии пешгӯиҳои беморӣ.
4. Бо истифода аз маълумоти бадастомада, таҳияи пешниҳодҳо оид ба бехтар намудани табобати махсуси наркологӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон.

Усулҳои таҳқиқот. Дар қор усулҳои эпидемиологӣ, пайгирии клиникӣ ва усулҳои оморӣ ва математикӣ истифода шуданд. Усули эпидемиологӣ барои муайян кардани паҳншавии нашъамандии ҳероинӣ ва динамикаи он дар Душанбе ва дигар минтақаҳои кишвар истифода карда шуд; бо истифода аз усули пайгирии клиникӣ, хусусиятҳои иҷтимоӣ демографӣ ва клиникии беморон, инчунин омилҳои, ки ба натиҷаи беморӣ таъсир мерасонанд, таҳлил карда шуданд.

Соҳаи таҳқиқот. Кори диссертатсионӣ мутобики шиносномаи КОА-и назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон, бо ихтисоси 14.02.03. - Сихати ҷомеа ва тандурустӣ: зербанди 3.4. Вазъи саломатии аҳоли ва тамоюли тағйироти он, таҳқиқоти равандҳои демографӣ, беморшавӣ, инкишофи ҷисмонӣ, таъсири омилҳои иҷтимоӣ, демографӣ ва омилҳои муҳити беруна ба саломатии аҳоли, гурӯҳҳои алоҳидаи он; зербанди 3.5. Ташкили ёрии тиббӣ ба аҳоли, қоркарди амсилаҳои навини ташкилӣ ва технологияҳои пешгирӣ, расонидани ёрии тиббӣ ва офиятёбии аҳоли; арзёбии сифати ёрии тиббии дармонгоҳӣ ва беморхонагӣ. Асосноккунии роҳҳои пешрафт ва ислоҳоти низоми тандурустӣ, ташкили ёрии тиббии махсусгардонидашуда, иҷро карда шудааст.

Марҳилаҳои таҳқиқот. Диссертатсия тибқи нақшаи муқарраршуда дар марҳилаҳо навишта шудааст. Дар марҳилаи аввал мо адабиёти илмиро оид ба ин масъала омӯхтем, пас мавзӯ, ҳадафи диссертатсия ташаккул ёфт. Дар марҳилаи

дуввум чалби беморон, таҳлили сабтҳои амбулатории беморон, омӯзиши хусусиятҳои иҷтимоию демографӣ ва клиникаи беморони гирифтори нашъамандӣ ба ҳероин, таъсири ин параметрҳо дар натиҷаи беморӣ, таҳлили натиҷаҳои бадастомада, тартиб додани чадвалҳо, коркарди маълумоти оморӣ. Дар марҳилаи баъдӣ диссертатсия навишта шуд.

Пойгоҳи асосии иттилоотӣ ва озмоиши таҳқиқот. Дар ин кори диссертатсионӣ маълумот (рисолаҳои илмӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон, кишварҳои ИДМ ва хориҷи дур, мақолаҳои илмӣ маҷаллаҳо ва конференсҳо) оид ба паҳн, таъбаат ва пешгирии нашъамандии ҳероин, инчунин барномаҳои барқарорсозӣ дар системаи таъбаати нашъамандӣ, омӯхта шуданд. Таҳқиқотҳо дар заминаи МД «МЧКН ба номи проф. М. Ғ. Ғуломов» дар шаҳри Душанбе, баргузор гаштанд.

Эътимоднокии натиҷаҳои диссертатсионӣ. Боэътимодии натиҷаҳо, хулосаҳо ва мулоҳиза, бо самти дурусти интихобшудаи таҳқиқот, бо дарназардошти таҳқиқоти қаблан дар Ҷумҳурии Тоҷикистон ва кишварҳои хориҷӣ, ҳаҷми кофии маводи таҳқиқот, коркарди оморӣ натиҷаҳои таҳқиқот бо истифодаи технологияҳои муосир таъмин карда шуд. Хулосаҳо ва тавсияҳо дар асоси таҳлили илмӣ натиҷаҳои омӯзиши таъсири пешгӯии хусусиятҳои иҷтимоию демографӣ ва клиникӣ-динамикӣ нашъамандии ҳероин асос ёфтаанд.

Навгониҳои илмӣ таҳқиқот. Дар ин таҳқиқот бори аввал оид ба маводи қалони клиникаи беморони гирифтори нашъамандӣ ба ҳероин дар Ҷумҳурии Тоҷикистон аҳамияти омилҳои иҷтимоию демографӣ ва клиникӣ-динамикӣ дар арзёбии пешгӯиҳои ҳероин омӯхта шуд. Муайян кардани ин муносибатҳо, барои ташаккули арзёбии пешгӯиҳои натиҷаҳои нашъамандии ҳероин ва татбиқи усули дифференсиалӣ ҳангоми гузаронидани чорабиниҳои таъбаатӣ ва профилактикӣ истифода шуда метавонад. Таъсир ба натиҷаҳои нашъамандии ҳероин ба чунин омилҳои иҷтимоию демографӣ ва клиникӣ-динамикӣ, чун синну сол, сатҳи маълумот, вазъи меҳнатӣ ва оилавӣ, хидмат дар қувваҳои мусаллаҳ, давомнокии беморӣ, хусусияти моддаи муҳаддири аввалин истеъмолшуда, ҳислатҳои шахсияти пеш аз беморӣ, синну соли пайдоиши систематикӣ истеъмоли маводи муҳаддир, мавҷудияти бемориҳои ҳамроҳгардида, пешрафти беморӣ, басомади таъбаати зидди такроршавии беморӣ ва муддатнокии ифоқа, муқаррар карда шуд. Дар асоси натиҷаҳои бадастомада равишҳои методологии муайян кардани «гурӯҳи хавфнок» нисбат ба пешгӯиҳои номусоиди ҳероин, дар асоси мавҷудияти омилҳои иҷтимоию демографӣ ва клиникӣ-динамикӣ таъсири манфӣ пешниҳод карда мешаванд, ва тавсияҳо оид ба татбиқи усули дифференсиалӣ дар гузаронидани чорабиниҳои терапевтӣ ва профилактикӣ оид ба нашъамандии ҳероин таҳия карда мешаванд.

Аҳамияти назарии таҳқиқот. Муқаррароти назариявӣ, методӣ, хулосаҳо ва тавсияҳои дар таҳқиқоти диссертатсионӣ пешниҳодшударо ҳангоми таҳияи роҳнамо барои донишгоҳҳои тиббӣ ва курсҳои тақмили ихтисоси табибон истифода бурдан мумкин аст.

Аҳамияти амалии таҳқиқот. Натиҷаҳои мазкур фаҳмиши аҳамияти усулҳои фарқкунандаи ташкили таъбаати беморони гирифтори нашъамандии ҳероинро бо назардошти нишондиҳандаҳои иҷтимоию демографӣ ва клиникӣ-динамикӣ онҳо пурра мекунанд. Натиҷаҳои таҳқиқоти диссертатсионӣ дар кафедраи психиатрия ва психологияи тиббӣ ба номи проф. М. Ғ. Ғуломов МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино», дар раванди хондани лексияҳо ба донишҷӯён ва шунавандагони курсҳои тақмили ихтисоси табибон, дар кори амалии табибони МД «МЧКН ба номи проф. М. Ғ. Ғуломов», истифода бурда мешаванд.

Нуктаҳои химояшавандаи диссертатсия:

1. Ба пешгӯиҳои нашъамандии ҳероинӣ омилҳои иҷтимоию демографӣ ва клиникӣ таъсир мерасонанд.
2. Маҷмӯи чунин хусусиятҳои клиникӣ ва иҷтимоию демографӣ беморони гирифтори нашъамандии ҳероинӣ, аз қабилӣ оғози истифодаи муназзами моддаҳои муҳаддир то синни 20-солагӣ, сатҳи пасти таҳсилот, вазъи меҳнат ва оила, истифодаи ҳероин ҳамчун моддаи муҳаддири истеъмоли аввал, давомнокии беморӣ зиёда аз 10 сол, сатҳи баланди прогрессивӣ, ҳислатҳои шахсияти пеш аз бемории навъи ҳаяҷоновар ё истерикӣ, кӯшиши табобати зидди такроршавии беморӣ зиёда аз 4 маротиба, давомнокии ифоқа камтар аз як сол, мавҷудияти бемориҳои ҳамроҳгардида, ба монанди гепатити вирусӣ ё ВНМО, пешгӯиҳои номусоидро муайян мекунанд.
3. Омилҳои, ки пешгӯиҳои мусоидро муайян мекунанд, инҳоянд: оғози истеъмоли маводи муҳаддир дар синни аз 40-солагӣ, вазъи ҳифзшудаи оила, сатҳи баланди маълумот ва шуғл бо фаъолияти меҳнатӣ, истеъмоли аввалин моддаи муҳаддир аз ҳероин фарқкунанда, давомнокии истеъмоли нашъа камтар аз 5 сол, суръати пасти афзоиши беморӣ, басомади пасти табобати зидди такрори беморӣ на бештар аз як маротиба, мавҷуд набудани ҳислатҳои шахсии пеш аз беморӣ, давомнокии ифоқаҳо дар тӯли як сол, набудани бемориҳои ҳамроҳгардида дар шакли гепатити вирусӣ ё ВНМО, мебошанд.
4. Ҳангоми расонидани табобати наркологӣ ба аҳолии омилҳои пешгӯишаванда бояд ба назар гирифта шаванд.

Саҳми шахсии доктараб. Муаллиф мақсад ва вазифаҳои таҳқиқоти диссертатсияро таҳия намуда, ҳаҷм ва усулҳои таҷрибаи онро муайян намуда, баррасии таҳлилии сарчашмаҳои адабиёти ватанию хориҷиро оид ба мавзӯи таҳқиқотӣ гузаронидааст, маводи аввалияро ҷамъ оварда, натиҷаҳои бадастовардари таҳлил ва ҷамъбасти намудааст, хулосаҳои таҳия намуда, дар асоси онҳо тавсияҳо оид ба табобати профилактикӣ таҳия кардааст. Муаллиф ҳуҷҷатҳои тиббии ҳамаи таҳқиқшавандаҳоро шахсан аз назар гузаронида, мустақилона заминаи таҳқиқоти барои гурӯҳи омӯзиши беморон таҳияшударо дар ҳаҷми 170 нафар ба итмом расонидааст. Маълумоте, ки бо ин роҳ ба даст оварда шудааст, бо усули омӯри ва математикӣ таҳлил карда шуд. Ғайр аз он, унвонҷӯй маълумоти омӯри Агенсии омӯри назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон, хулосаҳои комиссияи эксперти-наркологии судии Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии Ҷумҳурии Тоҷикистонро таҳлил намуда, маълумоти ибтидоии илмиро таҳлил намуд.

Таъйиди диссертатсия ва иттилоот оид ба истифодаи натиҷаҳои он. Мухтавои асосии диссертатсия дар ҷаласаи якҷояи кафедраи психиатрия ва психологияи тиббии ба номи проф. М. Ғ. Ғуломов МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ Ибни Сино» ва Муассисаи давлатии «МҶКН ба номи проф. М. Ғ. Ғуломов» (Душанбе, 2019); Семинари байналмилалӣ МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ Ибни Сино» - «Мубодилаи байнисоҳавӣ дар психотравматология» (Душанбе, 2019); Конфронси 15-уми байналмилалӣ илмӣ-амалии олимони ҷавон ва донишҷӯёни МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ Ибни Сино» - «Проблемаҳои муосир ва самтҳои дурнамои рушди инноватсионии илм» (Душанбе, 2020); Комиссияи байникафедравии проблемавии МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ Ибни Сино» (Душанбе, 2020), гузориш шуд.

Интишори натиҷаҳои диссертатсия. Оид ба мавзӯи диссертатсия 7 нашрия, аз ҷумла 3 мақола дар маҷаллаҳои илмӣ аз назар гузаронидашуда, ки Комиссияи

оли и аттестатсионии назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон барои нашри натиҷаҳои таҳқиқоти диссертатсионӣ тавсия додааст, нашр шудааст.

Соҳтор ва ҳаҷми диссертатсия. Диссертатсия дар 127 саҳифаи матни чопшуда пешниҳод карда шуда, аз муқаддима, тавсифи умумии асар, баррасии адабиёт ва 4 боб, натиҷаҳои таҳқиқот, муҳокимаи натиҷаҳо, хулоса ва рӯйхати истинодҳои адабиёти истифодашуда, аз ҷумла 224 сарчашма (аз он ҷумла 156 сарчашма бо забони русӣ ва 68 бо дигар забонҳои хориҷӣ) иборат аст. Диссертатсия 27 ҷадвал ва 18 расмро дар бар мегирад.

Муҳтавои таҳқиқот

Усулҳои модӣ ва таҳқиқотӣ. Мувофиқи ҳадаф ва масъалаҳои муқарраргардида барои гузаронидани таҳқиқоти диссертатсионӣ манбаъҳои зерини маводи аввалия истифода шуданд:

- маълумот оид ба ҳисоботи омили давлатии тиббӣ (Ҳисоботи «Солимии аҳоли ва фаъолияти муассисаҳои тандурустӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон», боби 9 ихтилоли нашъамандӣ) барои солҳои 2015-2019 дар бораи маризӣ ва гирифтӣ ба нашъамандӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон.

- муқаррарот, барномаҳо ва стратегияҳои миллии Ҷумҳурии Тоҷикистон дар соҳаи мубориза бо паҳншавии нашъамандӣ.

- ҳисоботҳо дар бораи фаъолияти илмии кафедраи психиатрия ва психологияи тиббии ба номи проф. М. Ғ. Ғуломов МДТ «ДДТТ им. Абуалӣ ибни Сино», дар соҳаи табобат ва пешгирии ихтилоли нашъамандӣ.

- маълумот оид ба қортоҳои амбулаторӣ ва таърихи беморони гирифтӣ ба нашъамандии ҳероин, сокинони шаҳри Душанбе, ки дар ҳисоби наркологии МД «МЧКН ба номи проф. М. Ғ. Ғуломов», ки барои табобати нашъамандӣ дар солҳои 2015-2018 мурочиат кардаанд, ё бо сабаби фавт, ҳамон давра аз қайди наркологӣ хориҷ карда шуданд.

Ба гурӯҳи беморон иборат аз 170 нафар сокинони тасодуфӣ интихобшудаи шаҳри Душанбе, ки гирифтӣ ба нашъамандии ҳероин мебошанд, бо ташҳиси муқарраршудаи Ф.11. – «Ихтилоли рӯҳӣ ва рафторӣ, ки бо истифодаи опиоидҳо алоқаманд аст» дар асоси таснифи байналмилалии бемориҳо ТББ-10, дар марҳилаҳои гуногуни клиникӣ беморӣ, шомил карда шуданд. Ҳамаи ин беморон сокинони доимии шаҳри Душанбе буда, дар вақти таҳқиқот онҳо дар қайди наркологӣ дар МД «МЧКН ба номи проф. М. Ғ. Ғуломов» буданд, ва барои табобати нашъамандӣ дар давраи аз соли 2015 то 2018 мурочиат кардаанд, ё бо сабаби фавт дар ҳамон давра аз қайди наркологӣ хориҷ карда шудаанд. Барои гузаронидани таҳлил, маълумоти ибтидоии ҷамъовардашуда ба расмият дароварда, дар як пойгоҳи иттилоотии ибтидоии электронӣ, ки махсус бо мақсади ин таҳқиқот таҳия карда шудааст, ворид карда шуданд. Ин пойгоҳи электронӣ, хусусиятҳои иҷтимоию демографиро, аз он ҷумла синну сол, вазъи оилавӣ, маълумот, шуғл, хизмати ҳарбӣ, инчунин параметрҳои клиникӣ ва динамикии беморӣ - синну соли пайдоиши нашъамандӣ, давомнокӣ ва сатҳи беморӣ, ҳислатҳои шахсии пеш аз беморӣ инъикос мекунад. , басомади курсҳои анҷомёфтаи табобати зидди такроршавӣ, давомнокии ифоқаҳо, доруи намунаи аввал, мавҷуд будани бемориҳои ҳамроҳшуда, хусусиятҳои натиҷаи беморӣ. Аз сабаби шумораи ками занон дар шумораи умумии беморони таҳқиқотшуда (камтар аз 2%), тақсимот аз рӯи ҷинс гузаронида нашудааст. Дар қор усулҳои эпидемиологӣ, клиникӣ-катамнестӣ ва омӯрӣ-математикӣ истифода шуданд.

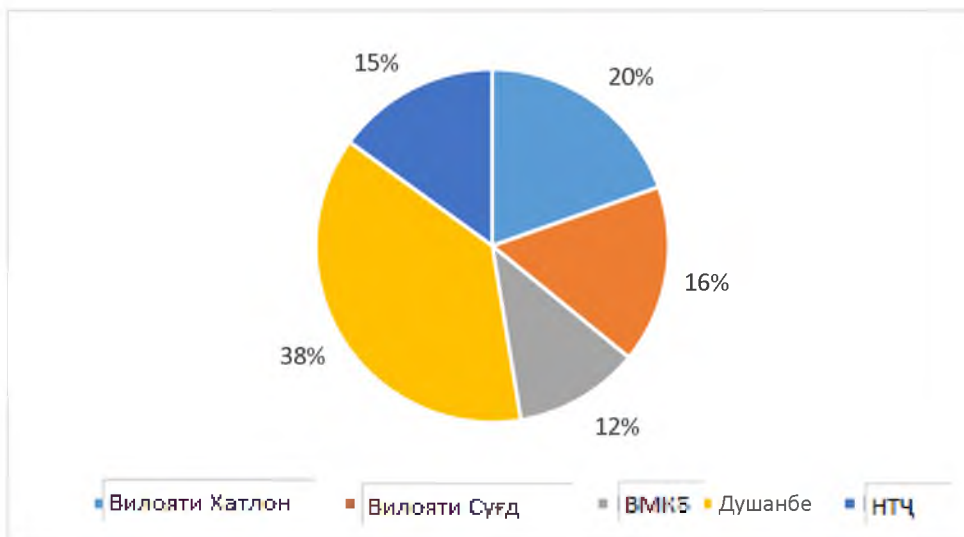
Усули эпидемиологӣ барои муайян кардани паҳншавии нашъамандии ҳероинӣ ва динамикаи он дар Душанбе ва дигар минтақаҳои кишвар истифода карда шуд; бо истифода аз усули клиникӣ-катамнестӣ, хусусиятҳои иҷтимоию демографӣ ва клиникии беморон, инчунин омилҳое, ки ба натиҷаи беморӣ таъсир мерасонанд, таҳлил карда шуданд. Азбаски маълумоти ибтидоии ин таҳқиқоти диссертатсионӣ бо нишондиҳандаҳои номинативӣ ё сифатӣ муаррифӣ шуда буд, таҳлили чадвалҳои фавкуллодаи тасодуфӣ ҳамчун усули математикӣ-оморӣ бо истифода аз усули меъёри розигии Пирсон - усули ғайримуқаррарӣ, ки имкон медиҳад арзёбии аҳамияти фарқияти байни воқеъ ва муайян карда шуда, дар натиҷаи таҳқиқот аз рӯи шумораи натиҷаҳо ё хусусиятҳои сифатии интиҳоб, ки ба ҳар як категория дохил мешаванд ва шумораи назариявие, ки дар гурӯҳҳои таҳқиқшуда дар сурати дуруст будани гипотеза интизор шудан мумкин аст. Ҳамин тариқ, ин усул имкон медиҳад, ки аҳамияти омории фарқияти байни ду ва ё зиёда нишондиҳандаҳои нисбиро арзёбӣ кунед (Гланц С., 1999). Муқоисаи арзишҳои сифатӣ байни гурӯҳҳо бо истифода аз санчиши χ^2 - Пирсон барои миқдори муқоисаи зиёда аз 10, бо ислоҳи Йейтс барои миқдори муқоисашаванда ки аз 5 зиёд, ва миқдори муқоисаи кам аз 5 мувофиқи озмоиши дақиқи Фишер гузаронида шуд. Тафовутҳо дар $p < 0.05$ назаррас буданд. Барои коркарди омории маълумот усулҳои стандартии омори вариатсия бо истифода аз барномаи Microsoft Excel, бастаҳои омории STATISTICA 10.0, инчунин манбаъи таҳлили оморӣ Medstatistica истифода шуданд.

Натиҷаҳои таҳқиқот

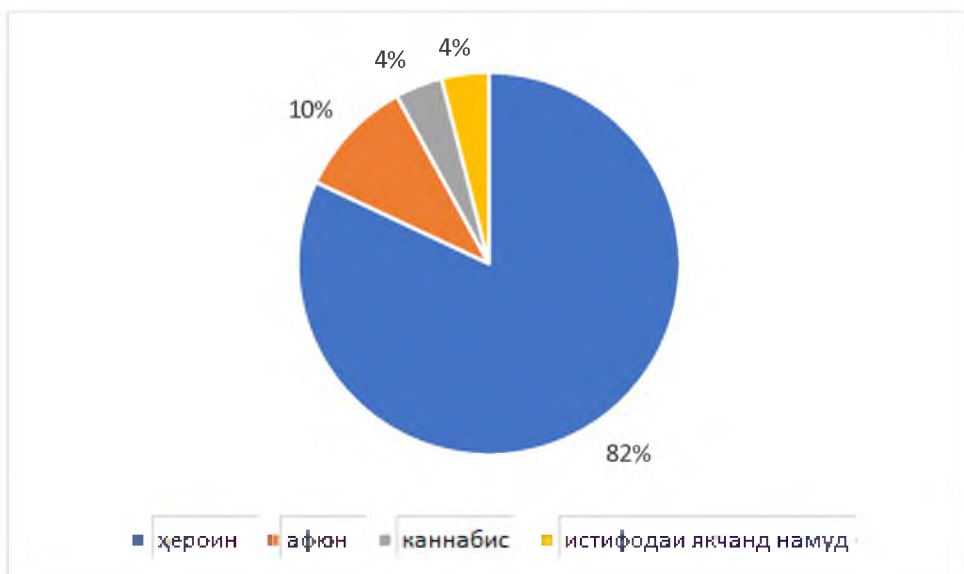
Натиҷаҳои диссертатсия нишон доданд, ки аз рӯзи пайдоиш ва дар тӯли бист соли охир шумораи беморони нашъамандии ҳероин зиёд шуда, шумораи истеъмолкунандагони дигар маводҳои муҳаддир, аз қабили афюн ва каннабис, ки қаблан дар сохтори истеъмоли маводи муҳаддир бартарӣ доштанд, зиёдтар аст. То соли 2018 дар муассисаҳои табобати наркологии Ҷумҳурии Тоҷикистон 7054 нафар истеъмолкунандагони маводи муҳаддири ҳероин расман ба қайд гирифта шудаанд. Шумораи бештари нашъамандон дар шаҳри Душанбе ба қайд гирифта шудааст - 38% аз шумораи умумии нашъамандони ба қайд гирифташуда, ки ин нишондиҳанда назар ба минтақаҳои дигари кишвар зиёд аст. Зиёда аз 80% тамоми истеъмолкунандагони маводи муҳаддир дар кишвар, ҳероинро истифода мебаранд.

Тибқи маълумоти манбаъҳои илмӣ мавҷуд буда, муқаррар карда шудааст, ки дигаргуниҳои иҷтимоию иқтисодӣ ва сиёсӣ, ки дар охири асри гузашта боиси парокандагии Иттиҳоди Шӯравӣ гардиданд, як қатор падидаҳои манфиро дар шакли муноқишаҳои шаҳрвандӣ, хуруҷи кадрҳои баландиқтисос аз кишвар, барҳам додани корхонаҳои саноатӣ ва бекорӣ оммавии аҳоли, иқтисодӣ бӯҳрон, афзоиши якбораи ҷинояткорӣ. Ҳолатҳои дар боло овардашуда боиси афзоиши дастрасии маводҳои нашъаовари гуногун ба аҳоли, афзоиши назарраси истеъмоли маводи муҳаддир ва гирифтӣ ба нашъамандӣ дар Тоҷикистон бо бартарии истеъмоли ҳероини тазриқӣ гардиданд. Миқёси мушкилоти имрӯза он аст, ки дар баробари кормандони соҳаи тиб, намояндагони ташкилотҳои ҷамъиятии ҷамъиятӣ, мақомоти ҳифзи ҳуқуқ, васоити ахбори омма, омӯзгорони мактабҳои миёна ва олӣ, кормандони динӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон ба чорабиниҳои профилактикӣ ҷалб карда мешаванд, ки бо ин максад ҳамасола конфронсҳо, мизҳои мудавар, тренингҳо ва семинарҳо гузаронида мешаванд, ба ғайр аз ин, дар сатҳи қонунгузорӣ барои пурзӯр намудани мубориза бар зидди паҳншавии нашъамандӣ ва беморӣҳои вазнин ҳуҷҷатҳои барномавӣ таҳия ва қабул карда мешаванд. Тибқи натиҷаҳои омӯзиши маълумотҳои оморӣ, муайян карда шуд, ки шумораи зиёди нашъамандон дар шаҳри Душанбе ба

кайд гирифта шудаанд - 38% (2654 нафар), ки ин нишондиҳанда нисбат ба дигар минтақаҳои кишвар зиёд аст. Теъдоди нашъамандон, ки дар дигар минтақаҳои кишвар ба кайд гирифта шудаанд, чунин тақсим карда шуданд: дар вилояти Хатлон - 20% (1386 нафар), дар вилояти Суғд - 16% (1148 нафар), дар Вилояти Мухтори Кӯҳистони Бадахшон - 12% (810 нафар), дар гурӯҳи ноҳияҳои тобеи ҷумҳурӣ - 15% (1056 нафар) (расми 1). Сохтори маводҳои истеъмолшуда иборат аз ҳероин - 82% (5784 нафар), афюн - 10% (705 нафар), каннабис - 4% (282 нафар), истифодаи якҷояи якчанд намуд маводи муҳаддир - 4% (282 нафар) (расми 2).

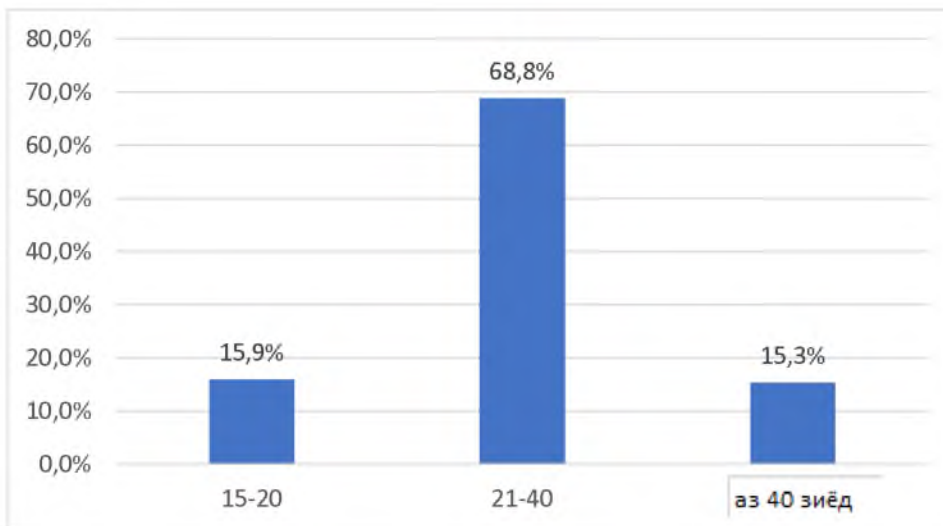


Расми 1. - Шумораи нашъамандон аз рӯи минтақаҳои ҶТ



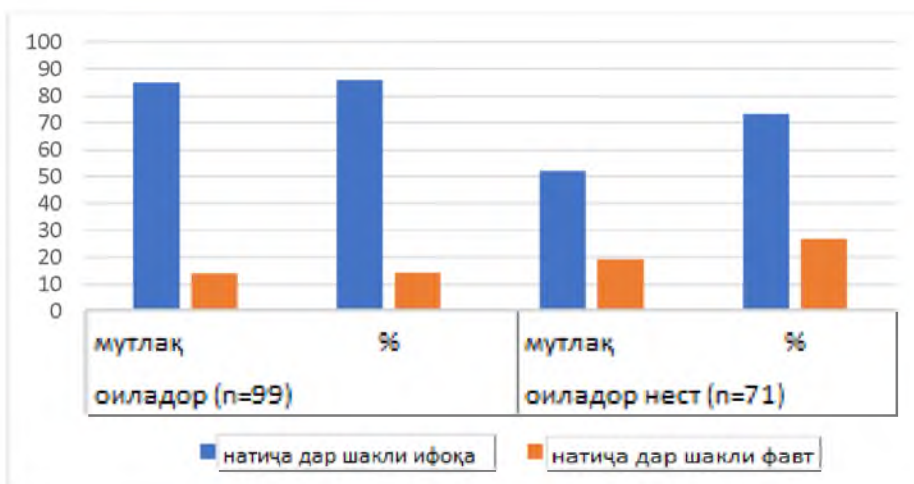
Расми 2. - Сохтори истеъмоли маводи муҳаддир дар ҶТ

Ин тақсимои афзоиши назарраси шумораи истифодабарандагони ҳероинро дар сохтори истеъмоли маводи муҳаддир дар кишвар нишон медиҳад. Натиҷаҳои бадастомада, сохтори зерини синнусолии гирифтгори ҳероинро дар гурӯҳи таҳқиқшуда нишон медиҳанд - ҷои аввалро аз рӯи вазни хос шахсон аз 40-сола боло (41,2%), дар ҷои дуюм - дар синни 31-40 сола (37,1%), сеюм - дар синни 21-30 сола (21,8%) (расми 3).



Расми 3. - Синну соли оғози истеъмоли маводи мухаддир

Омӯзиши синну соли оғози истеъмоли маводи мухаддир нишон медиҳад, ки дар аксарияти пурсидашудаҳо - 68,8%, озмоиши аввалини маводи мухаддир дар синни 21-40 сола рух додааст. Ҷои дуюмро гурӯҳи синнусолие ишғол мекунад, ки онҳо бори аввал дар синни 15-20-солагӣ маводро озмудаанд, ин гурӯҳ 15,9% -ро ташкил медиҳад. Шумораи камтарин бори аввал дар гурӯҳи синну соли аз 40 зиёд, (15,3%) моддаи нашъадорро истифода кардаанд.



Расми 4. – Вазъи оилавӣ

Тақсимои беморон вобаста ба вазъи оилавӣ, бартарии шахсони оиладор - 58,2%, нисбат ба гурӯҳи шахсони, ки оиладор нестанд 41,8%, нишон медиҳад (расми 4).

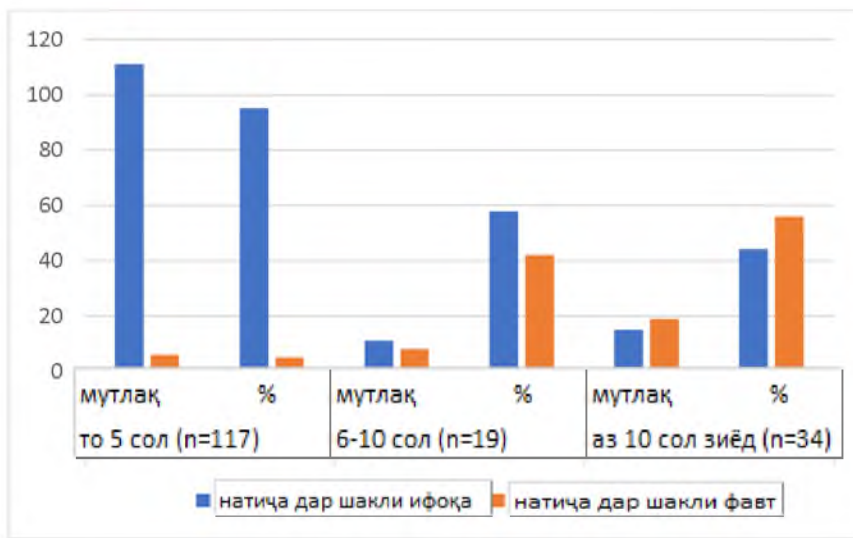
Тақсимои беморон мутобиқи фаъолияти меҳнатӣ нишон медиҳад, ки ҷои аввалро шахсоне мегиранд, ки кори доимӣ надоранд - 75,9%. Ҷои дуюмро шахсоне ишғол мекунанд, ки бо кори доимии меҳнатӣ машғуланд - 24,1%.

Таҳлили сохтори сатҳи таълимӣ нишон медиҳад, ки дар ин ҷо аз рӯи вазни ҳос макоми аввал ба беморони дорои маълумоти миёна ва миёнаи махсус - 84,7%, дуввум - бо маълумоти олӣ - 15,3% рост меояд. Дар гурӯҳи омӯзишӣ, беморони бе маълумот набуданд.

Қайд кардан муҳим аст, ки шумораи хеле ками беморон дар сафҳои қувваҳои мусаллаҳ хидмат кардаанд (26,5%), дар ҳоле ки аксарияти таҳқиқшудагон дар сафҳои қувваҳои мусаллаҳ хидмат накардаанд (73,5%).

Тахкикоти синну соли табобати якуми нашъамандӣ нишон медихад, ки аксар вақт нашъамандон дар давраи аз 21 то 40-солагӣ (78,2%) табобати нашъамандиро мечӯянд. Пас аз он гурӯҳи синну соли шахсони аз 40-сола боло - 18,2%, шумораи камтарини пурсидашудагон аввалин бор барои ёрии наркологӣ дар синни аз 15 то 20-сола (3,5%) муроҷиат кардаанд.

Ҳангоми таҳлили тақсимои таҳқиқшудагон вобаста ба омили давомнокии беморӣ, ба он диққат дода мешавад, ки аксарияти беморон муддати бемории то 5 сола доранд (68,8%). Пас аз он гурӯҳе ҷойгир мешавад, ки давомнокии бемориаш зиёда аз 10 сол аст (20,0%), дар ҷои сеюм гурӯҳе, ки давомнокии бемориаш аз 6 то 10 сол мебошад (11,2%) (расми 5).



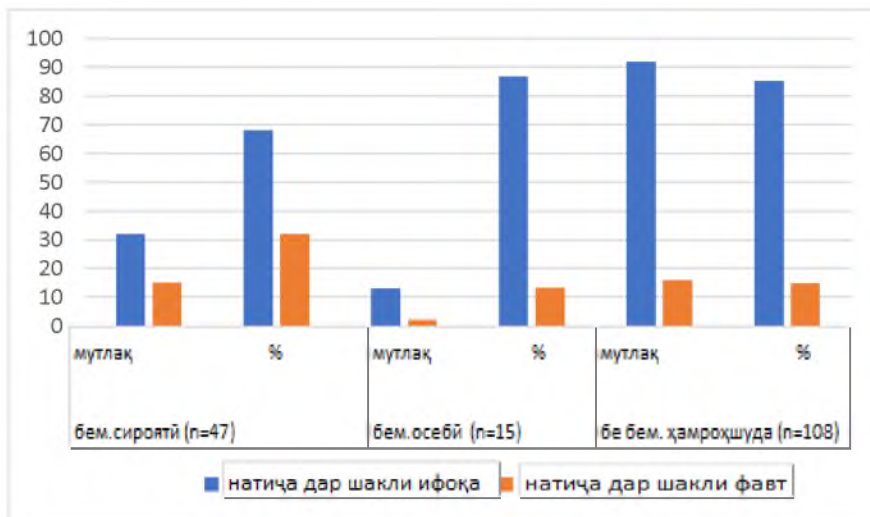
Расми 5. – Давомнокии беморӣ

Мувофиқи тақсимои бо суръати ҷараёни беморӣ, муайян карда шуд, ки дар ҷои аввал, гурӯҳе бо суръати афзоиши мӯътадили ҷараён - 38,8% ҷойгир аст. Пас аз он як гурӯҳ бо суръати баланди афзоиши ҷараён - 36,5%, дар ҷои сеюм гурӯҳе бо суръати пасти афзоиши ҷараён - 24,7% ҷойгир аст.

Омӯзиши тақсимои пурсидашуда, вобаста аз басомади табобати статсионарию зидди такроршавии беморӣ, нишон медихад, ки шумораи зиёди таҳқиқшудагон (48,2%) - як маротиба табобат гирифтаанд, сипас гурӯҳи одамоне, ки аз ду то се маротиба табобат гирифтанд (32,9%), дар ҷои сеюм гурӯҳе, ки 4 ва ё зиёда маротиба табобат гирифтанд - 18,8%.

Таҳлили таносуби беморихои хамрохшуда нишон медихад, ки сироятҳои тавассути хунгузар ва осеби мағзи сар дар байни беморони гирифтори нашъамандӣ хероинӣ маъмул аст. Дар байни онхое, ки дар ин таҳқиқот санҷида шудаанд, беморихои сироятӣ - гепатити вирусӣ ва ВНМО - 27,6% ва пайдоиши осеб - хусусан осеби краниоцеребралӣ - 8,8%, хамчун беморихои хамрохшуда ба кайд гирифта шудаанд (расми 6).

Мувофиқи тақсимои бо озмоиши якуми маводи муҳаддир муайян карда шуд, ки ҷои аввал ба гурӯҳи онхое мансуб аст, ки дар он хероин хамчун аввалин маводи муҳаддир истеъмол шудааст - 62,9%. Пас аз он гурӯҳе, ки маводи истеъмоли аввалинаш афюн буд - 18,8%, дар ҷои сеюм гурӯҳе бо маводи каннабис мебошад - 18,2%.



Расми 6. – Беморихои ҳамроҳшуда

Хусусиятҳои тақсироти вобаста ба давомнокии ифоқа чунин аст - аксар вақт ифоқаҳои давомнокиашон то 6 моҳ (35,9%), дар ҷои дуввум ифоқаҳои давомнокиашон зиёда аз 1 сол (34,1%), дар ҷои сеюм - ба муҳлати аз 6 моҳ то 1 сол (30,0%), мушоҳида карда шуданд.

Дар таҳқиқоти мо, вобаста аз хусусиятҳои шахсии пеш аз беморӣ, чунин тақсироти дида мешавад - дар ҷои аввал - навъи ҳаяҷонбахши шахсият (31,2%), дар дуюм навъи истерикӣ (30,0%), дар ҷои сеюм навъи астеникӣ – (24,7%), ҷои охириро гурӯҳи шахсоне бо хусусиятҳои шахсии пеш аз беморӣ бетағир (14,1%) ишғол мекунанд.

Маълумоти бадастомада нишон медиҳанд, ки дар байни таҳқиқшудагон, ду натиҷаи нашъамандии ҳероинӣ мавҷуданд - ифоқа ё фавт. Натиҷа дар шакли ифоқа дар 80,6% ҳолатҳо, фавт дар 19,4% ҳолатҳо қайд карда шуд.

Таҳқиқоти мо нишон дод, ки синну соли оғозёбии истеъмоли маводи муҳаддир, ба натиҷаи нашъамандии ҳероинӣ таъсир мерасонад.

Ҳангоми таҳлили вобастагии басомади натиҷаи нашъамандии ҳероинӣ бо синну соли оғозёбии истеъмоли маводи муҳаддир, муайян карда шуд, ки гурӯҳи синнусолии аз 40-сола боло, аз ҷиҳати пешгӯӣ мусоид аст, дар ин гурӯҳ 96,2% беморон ифоқаро аз сар гузаронидаанд.

Ҷадвали 1. - Синну соли оғозёбии истеъмоли маводи муҳаддир

Нишондод	то 20 сол (n=27)		21-40 сол (n=117)		зиёда аз 40 сол (n=26)	
	мутлақ	%	мутлақ	%	мутлақ	%
натиҷаи шакли ифоқа	12	44,4	100	85,5	25	96,2
натиҷаи шакли фавт	15	55,6	17	14,5	1	3,8
P	< 0,001		< 0,02		< 0,05	

Эзоҳ: муқоисаи арзишҳои сифатӣ байни гурӯҳҳо бо истифода аз санҷиши χ^2 Пирсон (бо ислоҳи Йейтс барои миқдори муқоисашаванда ки аз 5 зиёд, ва миқдори муқоисаи кам аз 5 мувофиқи озмоиши дақиқи Фишер).

Натиҷаҳои фавт дар ин гурӯҳ 3,8% ($p < 0,05$) ташкил доданд. Дар гурӯҳе, ки синну соли оғози истеъмоли аз 20 сол хурд аст, натиҷа дар шакли ифоқа дар 44,4% беморон мушоҳида шудааст, дар ҳамаи гурӯҳи фавт дар 55,6% беморон ба қайд

гирифта шудааст ($p < 0,001$). Дар гурӯҳи синну соли аз 21 то 40 сола, натиҷа дар шакли ифоқа дар 85,5%, фавт дар 14,5% беморон ба қайд гирифта шуд ($p < 0,02$). Ҳамин тариқ, синну соли барвакти истеъмоли маводи мухаддир омили пешгӯихои номусоид аст, дар ҳоле ки оғози истеъмоли нашъа аз синни 40-солагӣ омили пешгӯихои мусоиди нашъамандии ҳероин мебошад (ҷадвали 1).

Омӯзиши таъсири вазъи оилавӣ ба натиҷаҳои нашъамандии ҳероин нишон дод, ки дар байни беморони таҳқиқшуда, ки оиладор буданд, натиҷа дар шакли ифоқа дар 82,9% ҳолатҳо ва фавт дар ҳамин гурӯҳ дар 14,1% мушоҳида карда шуд. Дар гурӯҳи мучаррад натиҷаи шакли ифоқа дар 73,2% ҳолатҳо ба қайд гирифта шудааст, дар ин гурӯҳ нишондиҳандаи баландтарини натиҷаи номусоид (26,8%) қайд карда шуд ($p < 0,05$). Ҳамин тариқ, вазъи вайрони оилавӣ, ҳамчун яке аз оқибатҳои иҷтимоӣ бо сабаби нашъамандӣ, омили пешгӯихои номусоиди нашъамандии ҳероинӣ мебошад (ҷадвали 2).

Омӯзиши таъсири пешгӯии вазъи меҳнат нишон дод, ки дар байни таҳқиқшудагон, ки бо фаъолияти меҳнатӣ машғул ҳастанд, натиҷаи пешгӯии мусоид дар шакли ифоқа бартарӣ дорад (92,7%), ва фавт дар ин гурӯҳ дар сатҳи паст мебошад (7,3%). Нишондоди натиҷаи шакли ифоқа дар гурӯҳе, ки бо меҳнат машғул нест паст аст (23,3%), инчунин натиҷаи баланди шакли фавт (76,7%) сатҳи баланди пешгӯихои номусоидро дар ин гурӯҳ нишон медиҳад ($p < 0,05$).

Дар асоси гуфтаҳои боло, ба чунин хулоса омадан мумкин аст, ки шуғл бо фаъолияти меҳнатӣ омили пешгӯихои мусоид ва шуғли пасти фаъолияти меҳнатӣ омили пешгӯихои номусоиди нашъамандии ҳероинӣ мебошад.

Ин натиҷаҳо бо хулосаҳои таҳқиқоти М.Н.Малахов (2011) мутаносиб доранд, ки дар он ҳолати вайроншудаи шуғли меҳнатӣ, ҳамчун яке аз омилҳои пешгӯихои номусоиди нашъамандӣ ишора шудааст.

Ҷадвали 2. - Таъсири омили вазъи оилавӣ ба натиҷаи беморӣ

Нишондод	оиладор (n=99)		мучаррад (n=71)	
	мутлақ	%	мутлақ	%
натиҷаи шакли ифоқа	85	85,9	52	73,2
натиҷаи шакли фавт	14	14,1	19	26,8
P	<0,05		<0,05	

Эзоҳ: муқоисаи арзишҳои сифатӣ байни гурӯҳҳо бо истифода аз санҷиши χ^2 Пирсон (бо ислоҳи Йейтс барои миқдори муқоисашаванда ки аз 5 зиёд, ва миқдори муқоисаи кам аз 5 мувофиқи озмоиши дақиқи Фишер).

Таҳлили вобастагии натиҷаи беморӣ аз сатҳи таълимӣ нишон медиҳад, ки сатҳи таълимӣ ба натиҷаҳои нашъамандии ҳероинӣ таъсир мерасонад. Дар гурӯҳи дорои маълумоти олӣ, сатҳи баландтарин натиҷаҳо дар шакли ифоқа (96,2%) ва сатҳи пасттарини фавт (3,8%) ба қайд гирифта шуданд. Дар гурӯҳи дорои маълумоти миёна ва миёнаи махсус натиҷаи ифоқа 77,8% ва сатҳи баланди фавт (22,2%) дида мешавад ($p < 0,05$). Сатҳи баланди натиҷаҳои мусоид дар ҳар як гурӯҳ мушоҳида мешавад, дар ҳоле ки дар гурӯҳи дорои маълумоти олӣ нишондиҳандаи натиҷаҳои номусоид пасттар аст, ҳамин тавр ба чунин хулоса омадан мумкин аст, ки сатҳи баланди таҳсилот бо сатҳи пасти натиҷаҳои номатлуби ҳероин алоқаманд аст, ки ин хулоса бо натиҷаҳои таҳқиқоти Сочивко Н.С. (1991), ки мувофиқи он сатҳи пасти маълумот омили пешгӯихои номусоиди нашъамандӣ мебошад, мутаносиб аст.

Чадвали 3. - Таъсири омили давомнокии беморӣ ба натиҷаи он

Нишондод	то 5 сол (n=117)		6-10 сол (n=19)		аз 10 сол зиёд (n=34)	
	мутлақ	%	мутлақ	%	мутлақ	%
натиҷаи шакли ифока	111	94,9	11	57,9	15	44,1
натиҷаи шакли фавт	6	5,1	8	42,1	19	55,9
P	< 0,001		< 0,02		< 0,001	

Эзоҳ: муқоисаи арзишҳои сифатӣ байни гурӯҳҳо бо истифода аз санҷиши χ^2 Пирсон (бо ислоҳи Йейтс барои миқдори муқоисашаванда ки аз 5 зиёд, ва миқдори муқоисаи кам аз 5 мувофиқи озмоиши дақиқи Фишер).

Ҳангоми муқоисаи вобастагии натиҷаҳои нашъамандии ҳероинӣ ба давомнокии беморӣ муайян карда шуд, ки дар гурӯҳи бо давомнокии беморӣ то 5 сол, нишондихандаи баландтарини натиҷаҳо дар шакли ифока (94,9%), инчунин сатҳи пасти фавт (5,1%) дида мешавад ($p < 0,001$). Вобаста аз давомнокии минбаъдаи беморӣ, мо коҳиши ин нишондодҳоро кайд кардем, ки таъсири давомнокии нашъамандиро ба афзоиши натиҷаҳои номусоиди он инъикос мекунанд. Дар гурӯҳе, ки давомнокии беморӣ аз 6 то 10 сол дорад, натиҷа дар шакли ифока дар 57,9%, фавт дар 42,1% ($p < 0,02$), дар гурӯҳе, ки давомнокии беморӣ аз 10 сол зиёд аст, мутаносибан 44,1% ва 55,9% ($p < 0,001$) мушоҳида шудааст (ҷадвали 3). Ҳамин тариқ, давомнокии беморӣ зиёда аз даҳ сол омили пешгӯӣҳои номусоиди нашъамандии ҳероинӣ мебошад.

Ҳангоми муқоисаи сатҳи нашъамандии ҳероинӣ бо намудҳои натиҷаҳо, ки мо муайян кардем, маълум шуд, ки дар байни беморони бо суръати баланди афзоиши ҷараёни нашъамандии ҳероинӣ, ҳиссаи натиҷаҳо дар шакли ифока аз ҳама пасттарин (53,2%) ва сатҳи ба дараҷаи кофии баланди фавт (46,8%) мебошад. Дар гурӯҳи онҳое, ки бо суръати пасти афзоиши ҷараён муоина карда шудаанд, дараҷаи баландтарини натиҷаҳо дар шакли ифока (97,6%) ва сатҳи пасттарини фавт (2,4%) ба кайд гирифта шуданд ($p < 0,05$). Инчунин, сатҳи баланди натиҷаи мусоид (95,5%), дар гурӯҳ бо суръати афзоиши муътадили ҷараён мушоҳида карда шуд, натиҷа дар шакли фавт дар ин гурӯҳ 4,5% ($p < 0,05$) муайян гардид. Дар асоси маълумоти зикршуда, ба чунин ҳулоса омадан мумкин аст, ки суръати баланди афзоиши ҷараён омили номусоид аст, дар ҳоле ки суръати пасти афзоиши ҷараён ба омилҳои пешгӯӣҳои мусоиди нашъамандии ҳероинӣ ишора мекунад. Ин маълумотҳо бо натиҷаҳои таҳқиқоти Найденова И.Н. (2007), ки дар он муносибати мусбат байни суръати пасти афзоиши ҷараёни нашъамандии ҳероинӣ бо ифокаҳои тасодуфӣ ва вазнин набудани оқибатҳои иҷтимоӣ ва шахсӣ муайян шудааст.

Ба натиҷаҳои нашъамандии ҳероинӣ, басомади таъсири статсионарии зидди тақроршавии беморӣ таъсир мерасонанд. Бо тақрори таъсири, мо миқдори курсҳои таъсири ҳолати абстинентиро дар беморхона дар назар дорем. Дар гурӯҳи бемороне, ки як маротиба аз курси таъсири гузаштаанд, сатҳи баландтарини натиҷаи мусоид дар шакли ифока ва сатҳи пасттарини натиҷаи номусоид, мутаносибан 96,3% ва 3,7% муқаррар карда шуд ($p < 0,05$). Дар гурӯҳи бемороне, ки аз ду то се маротиба курси таъсириро гузарониданд, камшавии назарраси оморӣ дар ин нишондихандаҳо ба назар мерасад - 71,4% ифокаҳо ва 28,6% фавт, дар гурӯҳи беморон, ки 4 ва зиёда курси таъсириро гузарониданд, нишондихандаи пасттарини натиҷаи мусоид кайд карда шудааст - 56,3% ва сатҳи баландтарини натиҷаи номусоид - 43,8% ($p < 0,001$).

Чадвали 4. - Таъсири омили басомади табобати статсионарии зидди такроршавии беморӣ ба натиҷаи он

Нишондод	1 маротиба (n=82)		то 3 маротиба (n=56)		зиёда аз 4 маротиба (n=32)	
	мутлақ	%	мутлақ	%	мутлақ	%
натиҷаи шакли ифоқа	79	96,3	40	71,4	18	56,3
натиҷаи шакли фавт	3	3,7	16	28,6	14	43,8
P	<0,05		<0,05		<0,001	

Эзоҳ: муқоисаи арзишҳои сифатӣ байни гурӯҳҳо бо истифода аз санҷиши χ^2 Пирсон (бо ислоҳи Йейтс барои миқдори муқоисашаванда ки аз 5 зиёд, ва миқдори муқоисаи кам аз 5 мувофиқи озмоиши дақиқи Фишер).

Ҳамин тариқ, афзоиши басомади такрори табобат, ки бо давомнокии беморӣ робита дорад, омили пешгӯиҳои номусоиди нашъамандии ҳероинӣ мебошад (чадвали 4).

Ҳангоми таҳлили таъсири бемориҳои ҳамроҳшуда ба натиҷаи нашъамандии ҳероинӣ муайян карда шуд, ки дар гурӯҳи беморони гирифтори бемориҳои ҳамроҳшудаи сироятӣ, аз қабилҳои гепатитҳои вирусӣ ва ВНМО, сатҳи баландтарини натиҷаҳои номусоид қайд карда шудааст (31,9%), бо нишондиҳандаи натиҷаҳои мусбат 68,1% ($p < 0,01$). Дар гурӯҳи бо бемориҳои ҳамроҳшудаи осебӣ, гарчанде ки сатҳи баланди натиҷаҳои мусоид (86,7%) ба қайд гирифта шуд, он ба сатҳи аҳамияти оморӣ нарасид. Ҳамин тариқ, мавҷудияти чунин бемориҳои ҳамроҳшудаи пайдоиши сироятӣ, ба монанди гепатити вирусӣ ва вазъи мусбии ВНМО омилҳои мебошанд, ки пешгӯиро номусоид мекунад (чадвали 5).

Омузиши таъсири навъи моддаи муҳаддири истеъмоли аввал ба натиҷаи нашъамандии ҳероинӣ нишон дод, ки дар гурӯҳҳои, ки моддаи истеъмоли аввал каннабис ва афюн буд, ҳиссаи натиҷаҳои номусоид мутаносибан 6,5% ва 3,1% -ро ташкил доданд. Ҳамзамон, дар гурӯҳе, ки ташаббус фавран бо истифодаи ҳероин оғоз ёфт, натиҷаи номусоид дар 28,0% қайд карда шуд ($p < 0,05$). Аз ин рӯ, ҳероин ҳамчун маводи истеъмоли намунаи аввал омилест, ки пешгӯиро номусоид мекунад.

Чадвали 5. - Таъсири омили бемориҳои ҳамроҳшуда ба натиҷаи бемории асосӣ

Нишондод	Бо бемориҳои сироятӣ (n=47)		Бо бемориҳои осебӣ (n=15)		Бе бемориҳои ҳамроҳшуда (n=108)	
	мутлақ	%	мутлақ	%	мутлақ	%
натиҷаи шакли ифоқа	32	68,1	13	86,7	92	85,2
натиҷаи шакли фавт	15	31,9	2	13,3	16	14,8
P	< 0,01		> 0,05		< 0,05	

Эзоҳ: муқоисаи арзишҳои сифатӣ байни гурӯҳҳо бо истифода аз санҷиши χ^2 Пирсон (бо ислоҳи Йейтс барои миқдори муқоисашаванда ки аз 5 зиёд, ва миқдори муқоисаи кам аз 5 мувофиқи озмоиши дақиқи Фишер).

Дар гурӯҳи шахсоне, ки тағироти шахсияти пеш аз беморӣ надоранд, сатҳи баландтарини натиҷаҳо дар шакли ифоқа ба қайд гирифта шудааст - 95,8%, бо камтарин сатҳи фавт - 4,2%. Инчунин, дар гурӯҳи дорои намуди астеникӣ - мутаносибан 95,2% ва 4,8% паҳншавии натиҷаи мусоид нисбат ба номусоид қайд карда шуд. Дар гурӯҳи шахсоне, ки тағироти шахсияти пеш аз беморӣ ҳаяҷонбахш доштанд, ифоқа дар 71,7% ҳолатҳо, фавт – 28,3% қайд карда шуд ($p < 0.05$). Дар гурӯҳи шахсоне, ки тағироти шахсияти пеш аз беморӣ истерикӣ доштанд, ифоқаҳо дар 70,6% ҳолатҳо, фавт – 29,4% ба қайд гирифта шуданд ($p < 0.05$). Ҳамин тариқ, хислатҳои шахсияти пеш аз бемории навъи ҳаяҷоновар ва истерикӣ омилҳои пешгӯӣҳои номусоиди нашъамандии ҳероин мебошанд.

Таҳлили таъсири давомнокии ифоқа ба пешгӯӣҳои нашъамандии ҳероиниро нишон медиҳад, ки дар гурӯҳи беморони давомнокии ифоқа зиёда аз як сол сатҳи натиҷаҳои номусоид паст буда, 1,7% -ро ташкил додааст. Бо ифоқа мо давраи худдории беморон аз истеъмоли маводи мухаддирро дар назар дорем. Дар мавриди гурӯҳҳои, ки ифоқаи кӯтоҳмуддат доранд, натиҷаҳои номусоид дар онҳо мушоҳида карда шуданд: дар гурӯҳе, ки ифоқа аз 6 моҳ то 1 сол давом дошт, пас фоизи марг 7,8% -ро ташкил дод, дар он гурӯҳе, ки мӯҳлати ифоқа аз 6 моҳ зиёд набуд, баъдан фавт 45,9% -ро ташкил дод ($p < 0,001$). Дар натиҷа, ифоқаҳои кӯтоҳмуддати то шаш моҳ ва то як сол омилҳои пешгӯӣҳои номусоид мебошанд. Ифоқаи беш аз як сол ба омилҳои пешгӯӣҳои мусоид тааллуқ дорад.

Ҳамин тариқ, омилҳои, ки пешгӯӣҳои мусоиди нашъамандии ҳероиниро дар шакли ифоқа муайян мекунанд, инҳоянд: дер оғоз ёфтани истеъмоли маводи мухаддир - дар синни аз 40 боло, вазъи оилавии ва меҳнатии мусбат, сатҳи баланди маълумот, маводи нашъаовари истеъмоли аввал, ки аз ҳероин фарқ мекунад, давомнокии истеъмоли нашъа камтар аз 5 сол, сатҳи сусти прогрессивии чараёни беморӣ, басомади пасти табобати зиддитакроршавӣ на бештар аз як маротиба, мавҷуд набудани хислатҳои шахсии пеш аз беморӣ, давомнокии ифоқаҳо дар тӯли як сол, пайваст нашудани беморҳои ҳамроҳшуда, ки барои истеъмоли нашъамандӣ дар шакли гепатити вирусии С ё ВНМО мебошанд.

Омилҳои, ки пешгӯии номусоиди нашъамандии ҳероиниро муайян мекунанд, инҳоянд: оғози барвакти истеъмоли маводи мухаддир то синни 20-солагӣ, сатҳи пасти маълумот, вайрон гардидани вазъи меҳнатӣ ва оилавӣ, истифодаи ҳероин ҳамчун маводи истеъмоли намунаи аввалин, давомнокии беморӣ зиёда аз даҳ сол, сатҳи баланди прогрессивии беморӣ, басомади табобати зидди такроршавӣ зиёда аз чор маротиба, тағирёбии шахсияти пеш аз беморӣ дар намуди ҳаяҷоновар ё истерикӣ, ифоқаҳои кӯтоҳмуддат камтар аз як сол, мавҷудияти беморҳои ҳамроҳшуда дар шакли гепатити вирусии С ё ҳолати мусбати ВНМО. Омӯзиши хусусиятҳои номбаршудаи иҷтимоию демографӣ ва клиникӣ-динамикӣ имкон медиҳад, ки дар байни беморони гирифтори нашъамандии ҳероинӣ, «гурӯҳи хавф» нисбати пешгӯӣҳои номусоид, муайян карда шавад.

Дар маҷмӯъ, меъёрҳои пешгӯии нашъамандии ҳероинӣ, ки мо муайян кардем ва «гурӯҳи хавф» -и пешгӯии беморон, ки дар заминаи онҳо пешниҳод шудаанд, тадбирҳои клиникӣ ва ташкилиро дар татбиқи табобат, барқарорсозӣ ва пешгирии нашъамандии ҳероинӣ беҳтар менамояд.

Табобати статсионари нашъамандии ҳероинӣ, мувофиқи тақсимои беморон ба ду гурӯҳ, ба гурӯҳи аввал бояд он бемороне шомил карда шаванд, ки хусусиятҳои иҷтимоию демографӣ ва клиникӣ-динамикӣ беморӣ пешгӯӣҳои мусоидро нишон медиҳанд, дуҷум - беморони «гурӯҳи хавф». Дар ин гурӯҳи беморон бояд муносибати

фарқкунанда ба раванди табобат, вақти табобат ва тартиботи будубош гузаронида шавад. Ин беморони дорои пешгӯиҳои номусоид, бояд ба зергурӯҳи алоҳида бо басомади муоина мувофиқи давомнокии ифокаи ташкил карда шавад. Басомади муоина бо давомнокии ифоқа кам аз ду сол бояд на камтар аз як маротиба дар як моҳ бошад. Бемороне, ки ифоқаашон дар тӯли ду сол бояд на камтар аз як маротиба дар ду моҳ аз муоинаи наркологӣ гузаронида шаванд. Нисбат ба беморони «гурӯҳи хавф» гузаронидани табобати амбулатории зидди нашъамандӣ номувофиқ аст. Пас аз гузаштан аз курси табобати статсионарӣ тавсия дода мешавад, ки ин беморон ба барномаҳои тавонбахшии нашъамандон дохил карда шавад, ки дар доираи онҳо дар ҳама марҳилаҳои мутобиқшавӣ ба шароити нави зиндагӣ берун аз муҳити нашъамандӣ, кӯмак дар барқарор кардани робитаҳои оилавӣ, ки дар натиҷаи беморӣ гум шудаанд, инчунин дастгирии психологӣ, иҷтимоӣ ва кумак дар пайдо кардани ҷои қор, расонида шаванд.

Барои ҳалли ин масъала, инчунин зарур аст, ки дар кишвар барномаҳои барқарорсозӣ, ки дар таҷрибаи ҷаҳонии мубориза бо нашъамандӣ ба таври мусбат собит шудаанд, аз ҷумла хидматрасониҳои машваратии анонимӣ, ки оид ба масъалаҳои психологӣ ва иҷтимоӣ машварат медиҳанд ва роҳҳои умедбахши ҳалли онҳоро муайян мекунад, инчунин маълумот дар роҳи усулҳои муосири пешгирии паҳншавии нашъамандӣ диҳанд. Бо дарназардошти хавфи баланди ҳамроҳшавӣ ва паҳншавии сироятҳои бо роҳи хун гузаранда, ки бо нашъамандии ҳероинӣ ҳамроҳӣ мекунад, мувофиқ мебуд, ки дар қори ҳадамоти наркологӣ бо табибони ноҳиявии поликлиникаҳои минтақавӣ ва марказҳои саломатӣ, бо мақсади гузаронидани муоинаи мунтазами ҳолати соматикӣ беморони «гурӯҳи хавф», гузаронидани тадбирҳои иловагии терапевтӣ ва амалиётҳои пешгирӣ, амал кунанд.

ХУЛОСАҲО

Натиҷаҳои асосии илмӣ диссертатсия

1. Дар Ҷумҳурии Тоҷикистон, сатҳи баланди истеъмоли маводи муҳаддир (дар маҷмӯъ 7054 нафар) мавҷуд аст. Шумораи бештари нашъамандон дар Душанбе ба қайд гирифта шудааст (38% шумораи умумии онҳо), ки ин нишондиҳанда назар ба минтақаҳои дигари кишвар зиёд аст. Зиёда аз 80% тамоми истеъмолкунандагони маводи муҳаддир дар кишвар ҳероинро истифода мебаранд. [1-М, 3-М]
2. Маълумоти оморӣ оид ба баҳисобгирии бемории нашъамандӣ аз рӯи шумораи бемороне, ки ба муассисаҳои давлатии табобати наркологӣ кишвар муроҷиат мекунад иборат аст, ва аз ин рӯ ин маълумот на ҳамеша вазъияти бозғайимдро инъикос мекунад. Яке аз сабабҳои паст шудани сатҳи бемории нашъамандӣ, ки солҳои 2017-2018 мушоҳида мешавад, он аст, ки баъзе аз истеъмолкунандагони маводи муҳаддирӣ ҳероин дар барномаи табобати ивазкунанда, ки дар кишвар татбиқ карда мешавад, иштирокдоранд. [2-М, 3-М]
3. Муқаррар карда шудааст, ки омилҳои пешгӯиҳои мусоид барои нашъамандии ҳероинӣ инҳоянд: оғози истеъмоли маводи муҳаддир дар синни аз 40-солагӣ, вазъи бехатарии оила, сатҳи баланди маълумот ва шуғли аҳоли, маводи нашъаовари истеъмоли аввал, ки аз ҳероин фарқ мекунад, давомнокии истеъмоли нашъа камтар аз 5 сол, сатҳи сусти прогрессивии ҷараёни беморӣ, басомади пасти табобати зиддитакроршавӣ на бештар аз як маротиба, мавҷуд набудани ҳислатҳои шахсии пеш аз беморӣ, давомнокии ифоқаҳо дар тӯли як сол, пайвасти нашудани

беморихои ҳамроҳшуда, ки барои истеъмоли нашъамандӣ дар шакли гепатити вирусии С ё ВНМО мебошанд. [1-М, 2-М, 4-М, 5-М, 6-М, 7-М]

4. Муқаррар карда шудааст, ки омилҳои пешгӯиҳои номусоиди нашъамандии ҳероинӣ инҳоянд: оғози барвақти истеъмоли маводи муҳаддир то синни 20-солагӣ, сатҳи пасти маълумот, вайрон гардидани вазъи меҳнатӣ ва оилавӣ, истифодаи ҳероин ҳамчун маводи истеъмоли намунаи аввалин, давомнокии беморӣ зиёда аз даҳ сол, сатҳи баланди прогрессивии беморӣ, басомади табобати зидди такроршавӣ зиёда аз чор маротиба, тағирёбии шахсияти пеш аз беморӣ дар намуди ҳаяҷоновар ё истерикӣ, ифоқаҳои кӯтоҳмуддат камтар аз як сол, мавҷудияти беморихои ҳамроҳшуда дар шакли гепатити вирусии С ё ҳолати мусбати ВНМО. [1-М, 2-М, 4-М, 5-М, 6-М, 7-М]

Тавсияҳо оид ба истифодаи амалии натиҷаҳо

1. Маҷмӯи хусусиятҳои иҷтимоию демографӣ ва клиникӣ-динамикӣ, ки дар замони ҳозира дар байни беморони гирифтори нашъамандии ҳероинӣ дучор меоянд, муносибати дифференсиалӣ барои татбиқи чорабиниҳои табобатӣ ва татбиқи пешгирӣ дар байни шахсони гирифтори нашъамандии ҳероинӣ бояд ба назар гирифта шаванд.
2. Бо дарназардошти хавфи баланди ҳамроҳшавӣ ва паҳншавии сироятҳои бо роҳи хун гузаранда, ки бо нашъамандии ҳероинӣ ҳамроҳӣ мекунанд, тавсия дода мешавад, ки дар қори ҳадамоти наркологӣ бо табибони ноҳиявии поликлиникаҳои минтақавӣ ва марказҳои саломатӣ, бо мақсади гузаронидани муоинаи мунтазами ҳолати соматикӣ беморони «гурӯҳи хавф», гузаронидани тадбирҳои иловагии табобатӣ ва амалиётҳои пешгирӣ, амалӣ гардад.
3. Беморони аз «гурӯҳи хавф» бо пешгӯиҳои номусоид, бояд ба зергурӯҳи алоҳидаи муоина, мувофиқ бо басомади давомнокии ифоқа, ташкил карда шаванд. Басомади муоина бо давомнокии ифоқа кам аз ду сол, бояд на камтар аз як маротиба дар як моҳ бошад. Бемороне, ки ифоқаашон дар тӯли ду соласт, бояд на камтар аз як маротиба дар ду моҳ аз муоинаи наркологӣ гузаронида шаванд.
4. Пас аз гузаштан аз курси табобати статсионарӣ тавсия дода мешавад, ки ин беморон ба барномаҳои тавонбахшии нашъамандон дохил карда шаванд, ки дар доираи онҳо дар ҳама марҳилаҳои мутобиқшавӣ ба шароити нави зиндагӣ берун аз муҳити нашъамандӣ, кӯмак дар барқарор кардани робитаҳои оилавӣ, ки дар натиҷаи беморӣ гум шудаанд, инчунин дастгирии психологӣ, иҷтимоӣ ва кумак дар пайдо кардани ҷои қор, расонида шаванд.
5. Дар равандҳои мавҷудбудаи табобатӣ ва барқарорсозии ҳадамоти наркологӣ, бо мақсади рафъи вайронкунии мутобиқсозии иҷтимоӣ-психологӣ дар ҳолатҳои бӯхронӣ, тавсия дода мешавад, ки ёрии психологию иҷтимоӣ дар шакли телефони боварӣ пешниҳод карда шаванд, ки тавассути он, дар ҳолатҳои бӯхронӣ, дастгирии ғаврии психологию иҷтимоӣ расонида шаванд.

Фехристи интишороти илмии довталаби дарёфти дарачаи илмӣ

Мақолаҳо дар маҷаллаҳои тақризшаванда

- [1-М] Гулямов Ш.М. Социально-демографическая характеристика лиц, страдающих героиновой наркоманией / Ш.М. Гулямов // «Вестник Авиценны». - 2019. - №1. - С. 66-70.
- [2-М] 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-М] 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.

Мақолаҳо ва фишурдаҳо дар маҷмӯаҳои конфронсо

- [4-М] 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-М] 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-М] Шарапова Н.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-М] 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.

Номгуи ихтисораҳо ва аломатҳои шартӣ

БПНМ - Бемории пайдошудаи норасоии масуният
 ВНМО - Вируси норасоии масунияти одам
 ВТҲИА - Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳоли
 ВКД - Вазорати корҳои дохилӣ
 ДДТТ - Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон
 ИММТ - Истеъмомкунандагони маводи мухаддири таъриқӣ
 ИДМ - Иттиҳоди Давлатҳои Мустақил
 ИҶШС - Иттиҳоди Ҷумҳуриҳои Шӯравии Сотсиалистӣ
 МДТ - Муассисаи давлатии таълимӣ
 МД - Муассисаи давлатӣ
 МП - Моддаҳои психоактивӣ
 МҶКН - Маркази ҷумҳуриявии клиникии наркологӣ
 НТМ - Ноҳияҳои тобеи ҷумҳурӣ
 СРАҶГ - Сироятҳои бо роҳи алоқаи ҷинсӣ гузаранда
 СММ - Созмони Милали Муттаҳид
 ТББ -Таснифи байналмилалӣ бемориҳо
 ТУТ - Ташкилоти Умумичаҳонии Тандурустӣ
 ҶТ - Ҷумҳурии Тоҷикистон
 ФР - Федератсияи Русия

АННОТАЦИЯ

АВТОРЕФЕРАТА ДИССЕРТАЦИИ ГУЛЯМОВА ШОДИБЕКА МИНХОЖЕВИЧА «КЛИНИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ГЕРОИНОВОЙ НАРКОМАНИИ В Г. ДУШАНБЕ»

Ключевые слова: наркотики, наркомания, героиновая зависимость, опиоиды, профилактика, наркологическая помощь.

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 в Республике Таджикистан.

Материал и методы исследований. В работе были изучены отдельные социально-демографические и клиничко-динамические факторы, оказывающие влияние на оценку прогноза героиновой наркомании, с этой целью было проведено клиничко-катамнестическое и статистическое исследование, среди пациентов ГУ «Республиканский клиничский центр наркологии им. проф. М.Г. Гулямова», с установленным диагнозом по МКБ-10 «Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления опиоидов». При анализе также были изучены нормативно-правовые акты Республики Таджикистан; Национальные программы в сфере профилактики наркомании, решения коллегий и приказы МЗ и СЗН РТ; отчеты наркологической службы МЗ и СЗН РТ; статистические отчеты Республиканского центра медицинской статистики и информации и Национального Центра мониторинга и профилактики наркомании МЗ и СЗН РТ.

Полученные результаты и их новизна. Проведенные исследования показали, что выделенные прогностические критерии, на основе влияния социально-демографических и клиничко-динамических факторов на исход героиновой наркомании и предложенная на их основе прогностическая «группа риска» больных, позволяет оптимизировать клиничко-организационные подходы при осуществлении комплекса мероприятий, направленных на лечение и реабилитацию больных героиновой наркоманией.

Рекомендации по использованию. Представленные социально-демографические и клиничко-динамические характеристики героиновой наркомании, могут быть учтены при формировании мероприятий профилактического характера, дифференцированного подхода к диспансерному надзору лиц, страдающих героиновой наркоманией и организации профилактических мероприятий, в учреждениях наркологической службы Республики Таджикистан. 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 и групповой психотерапии. Результаты исследования могут быть использованы в учебном процессе, циклах усовершенствования квалификации врачей наркологической службы и в процессе осуществления профилактических и реабилитационных мероприятий.

Область применения. наркология, общественное здоровье и здравоохранение, семейная медицина.

АННОТАТСИЯ
АВТОРЕФЕРАТИ ДИССЕРТАТСИЯИ ГУЛЯМОВ ШОДИБЕК МИНХОЖЕВИЧ
«ҶАНБАҲОИ КЛИНИКӢ ВА ИҶТИМОИИ НАШЪАМАНДИИ ҲЕРОИНӢ ДАР
ШАҲРИ ДУШАНБЕ»

Калимаҳои калидӣ: маводи муҳаддир, нашъамандӣ, нашъамандии ҳероинӣ, опиодҳо, пешгирӣ, ёрии наркологӣ.

Ҳадафи таҳқиқот. Омӯзиши хусусиятҳои клиникӣ ва иҷтимоии нашъамандии ҳероинӣ дар Душанбе ва таъсири онҳо ба пешгӯиҳои беморӣ, таҳияи тавсияҳо оид ба беҳтар намудани табобати махсуси наркологӣ.

Усулҳои таҳқиқот ва таҷҳизотҳои истифодагардида. Дар ин кор омилҳои инфиродии иҷтимоию демографӣ ва клиникӣ-динамикӣ, ки ба арзёбии пешгӯии ҳероин таъсир мерасонанд, омӯхта шуданд. Бо ин мақсад, дар байни беморони МД «Маркази ҷумҳуриявии клиникии наркологӣ ба номи проф. М. Ғ. Ғуломов», пайгирии клиникӣ ва омӯзиши оморӣ дар байни беморҳои бо ташҳиси муқарраршуда аз рӯи «Таснифи байналмиллалии бемории №10» - «Ихтилоли рӯҳӣ ва рафторӣ бо сабаби истифодаи опиоидҳо», таҳқиқот гузаронида шуд. Дар таҳлил инчунин санадҳои меъёрии ҳуқуқии Ҷумҳурии Тоҷикистон, барномаҳои миллӣ дар соҳаи пешгирии нашъамандӣ, қарорҳои коллегияҳо ва фармоишҳои ВТҲИА ҚТ, ҳисоботи ҳадамоти наркологии ВТҲИА ҚТ, маҷмӯаҳои оморӣ Маркази ҷумҳуриявии омор ва иттилооти тиббӣ ва Маркази миллии мониторинг ва пешгирии нашъамандии ВТҲИА ҚТ, омӯхта шуданд.

Натиҷаҳои бадастомада ва нағсонии онҳо. Таҳқиқот нишон дод, ки меъёрҳои интиҳобшудаи пешгӯишаванда дар асоси таъсири омилҳои иҷтимоию демографӣ ва клиникӣ-динамикӣ ба натиҷаи нашъамандии ҳероин ва «гурӯҳи хавф»-и пешгӯии беморон, ки дар заминаи онҳо пешниҳод шудаанд, имкон медиҳад, ки равишҳои клиникӣ ва ташкилӣ дар татбиқи маҷмӯи чорабиниҳои, ки ба табобат ва барқарорсозии беморони гирифтори нашъамандии ҳероин нигаронида шудаанд, такмил карда шавад.

Тавсияҳо оид ба истифода. Хусусиятҳои пешниҳодшудаи иҷтимоию демографӣ ва клиникӣ-динамикӣ нашъамандии ҳероинӣ, ҳангоми ташаккул додани чораҳои пешгирикунанда, муносибати фарқкунандаи назорати диспансерии шахсони гирифтори нашъамандӣ ва ташкили чорабиниҳои пешгирикунанда, дар муассисаҳои ҳадамоти наркологии Ҷумҳурии Тоҷикистон бояд ба назар гирифта шаванд. Дар маҷмӯи чорабиниҳои тиббии иҷтимоӣ оид ба пешгирии нашъамандии ҳероин, дар баробари табобат бо доруворӣ, ҷалби беморон ба барномаҳои офиятбахшии психологию иҷтимоӣ ва табобати гурӯҳӣ, ки дар ҷумҳурӣ татбиқ карда мешаванд, бояд мавқеи муҳимро ишғол кунанд. Натиҷаҳои таҳқиқотро, дар раванди таълим, такмили ихтисоси духтурони ҳадамоти наркологӣ, тибби оилавӣ ва дар раванди татбиқи тадбирҳои пешгирӣ ва барқарорсозӣ, истифода бурдан мумкин аст.

Соҳаи истифода. нашъашиносӣ, сихатии ҷомеа ва тандурустӣ, тибби оилавӣ.

ANNOTATION
OF THE DISSERTATION OF GULYAMOV SHODIBEK MINKHOZHEVICH
«CLINICAL AND SOCIAL ASPECTS OF HEROIN DRUG ADDICTION IN THE CITY
OF DUSHANBE»

Keywords: drugs, drug addiction, heroin addiction, opioids, prevention, narcological treatment.

Purpose. To study the clinical and social characteristics of heroin addiction in Dushanbe and their impact on the prognosis of the disease, to develop recommendations for improving specialized drug treatment in the Republic of Tajikistan.

Material and methods of research. The work studied individual socio-demographic and clinical-dynamic factors influencing the assessment of the prognosis of heroin addiction; for this purpose, a clinical follow-up and statistical study was carried out among the patients of the SE “Republican Clinical Center for Narcology named after prof. M.G. Gulyamov”, with an established diagnosis according to ICD-10 "Mental and behavioral disorders due to the use of opioids. The analysis also studied the regulatory legal acts of the Republic of Tajikistan; National programs in the field of drug addiction prevention, decisions of the collegiums and orders of the MHSPPERT reports of the narcological service of the MHSPPERT; statistical reports of the Republican Center for Medical Statistics and Information and the National Center for Monitoring and Prevention of Drug Addiction of the MHSPPERT.

Results and their novelty. The studies have shown that the selected prognostic criteria, based on the influence of socio-demographic and clinical-dynamic factors on the outcome of heroin addiction and the prognostic "risk group" of patients proposed on their basis, allows to optimize the clinical and organizational approaches when implementing a set of measures aimed at treatment and rehabilitation of patients with heroin addiction.

Recommendations on use. The presented socio-demographic and clinical-dynamic characteristics of heroin addiction can be taken into account in the formation of preventive measures, a differentiated approach to dispensary supervision of persons suffering from heroin addiction and the organization of preventive measures in the institutions of the narcological service of the Republic of Tajikistan.

In the complex of medical and social measures for the prevention of heroin addiction, along with pharmacotherapy, an important place should be occupied by the involvement of patients in the programs of psychosocial rehabilitation and group psychotherapy implemented in the republic. The results of the study can be used in the educational process, cycles of advanced training of doctors of the narcological service and in the process of implementing preventive and rehabilitation measures.

Application area. narcology, public health and healthcare, family medicine.