

беременным определяли степень и скорость агрегации тромбоцитов, уровень фибриногена, протромбиновый индекс, показатели антитромбина III и Д-димеры. Концентрация фибриногена у беременных с ГСД (I группа) —  $4,25 \pm 0,25$  г/л была достоверно выше, чем в контрольной (III) группе —  $3,65 \pm 0,6$  ( $p < 0,05$ ), но ниже чем во всех остальных группах — ГСД (II группа) —  $4,76 \pm 0,17$  г/л, IV группа —  $5,35 \pm 0,3$  г/л ( $p < 0,05$ ). Данные показатели свидетельствуют о том, что у всех беременных с гестационным сахарным диабетом имел место синдром гиперкоагуляции.

Протромбиновый индекс (ПТИ) имел наименьшее значение в контрольной группе —  $100 \pm 3,4$  %, прогрессивно увеличивался в остальных группах: I —  $105,1 \pm 3,4$  %, II —  $111 \pm 3,3$  % и имел наибольшее значение в IV группе —  $114,2 \pm 2,7$  % ( $p < 0,05$ ). Содержание Антитромбина III (АТ) в исследуемых группах у беременных с ГСД составило от  $83,3 \pm 2,4$  % (IV группа) до  $86,3 \pm 3,17$  % — II группа, и  $89,3 \pm 3,5$  % в I группе, что достоверно ниже чем в контрольной группе —  $105,2 \pm 3,5$  % ( $p < 0,05$ ). Основную оценку степени риска повышенного тромбообразования характеризует Д-димер, который является конечным продуктом деградации фибрина под действием пламина. Во всех группах исследования уровень Д-димера был выше нормы и составил в I группе —  $465,6 \pm 3,3$  нг/мл, во II и III —  $549,2 \pm 8,7$  нг/мл, и самый высокий уровень определялся в IV группе —  $603,2 \pm 9,4$  нг/мл. В контрольной группе уровень данного метаболита был достоверно ниже и соответствовал физиологическим значениям —  $225,1 \pm 3,5$  нг/мл ( $p < 0,01$ ).

Среди беременных I группы были родоразрешены досрочно 7 беременных, у 53 беременных роды были срочными. Показанием к досрочному родоразрешению явилось нарастание тяжести гестоза - у 5 беременных, выраженные признаки внутриутробного страдания плода (нарушения по доплерографии: отрицательный диастолический кровоток в сосудах фетоплацентарного комплекса) в одном случае, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты в сроке 35 недель также в одном случае. Из 53 беременных этой группы, родоразрешенных в срок, у 20 беременных роды проведены через естественные родовые пути, в 2 случаях применена вакуум-экстракция плода (в связи со слабостью потуг). 33 беременных родоразрешались путем операции кесарева сечения. Показаниями явились: фетоплацентарная недостаточность и ухудшение состояние плода у 10, наличие рубца на матке у 3 беременных, отсутствие биологической готовности организма к родам у 3-и, макросомия и выраженные признаки диабетической фетопатии — у 5, тяжелый гестоз в одном случае, пролиферативная диабетическая ретинопатия - у 4-х, сочетанные показания в - 7-и случаях. Экстренное кесарево сечение произведено в 4 случаях, у 3 беременных — в связи с острой гипоксией плода, у 1 — в связи с упорной слабостью родовой деятельности.

Во II группе все беременные были родоразрешены в срок. Путем операции кесарева сечения родоразрешены 18 беременных. Показаниями послужили: в 10-и случаях — рубец на матке, в одном — нарастание тяжести гестоза, в 7-ми — крупные размеры плода и выраженные признаки диабетической фетопатии.

Среди беременных III группы срочные роды имели место у 35 беременных, путем кесарева сечения родоразрешены 5 пациенток. Показаниями к операции послужило наличие рубца на матке

Анализируя полученные результаты, можно сделать вывод, что ГСД является фактором риска возникновения синдрома гиперкоагуляции во время беременности. Наибольшие нарушения показателей гемостазиограммы выявлены у пациенток с ГСД в сочетании с поздним гестозом, что, по-видимому, обусловлено развитием гипоксии, локального повреждения эндотелия сосудов (в плаценте, почках, печени), ведущее к нарушению гемостаза с развитием хронического ДВС-синдрома, генерализованным сосудистым спазмом что явилось, как следствие, показанием к досрочному родоразрешению по жизненным показаниям со стороны матери и плода. В остальных группах показатели гемостазиограммы были изменены в меньшей степени, а в контрольной группе не выходили за пределы пороговых значений. Это свидетельствует о необходимости своевременного проведения антикоагулянтной и антиагрегантной терапии, лечении осложнений гестации, адекватного контроля уровня гликемии у пациенток с ГСД для снижения риска акушерских и перинатальных осложнений.

#### Литература

1. Демидова И. Ю., Арбатская Н. Ю., Мельникова Е. П. Актуальные проблемы компенсации сахарного диабета при беременности // Сахарный диабет. 2009. №4. URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/aktualnye-problemy-kompensatsii-saharnogo-diabeta-pri-beremennosti> (дата обращения: 21.10.2013).

2. Gabbe S.G., Graves C. Management of diabetes mellitus complicating pregnancy // Obstet. Gynecol. – 2003. – 102. – P. 857–868.

#### Шавоян М.А.

Студент, Кировская государственная медицинская академия

### СРАВНЕНИЕ ПОДХОДОВ К ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ НАРКОМАНИИ У ПОДРОСТКОВ

#### Аннотация

*В статье рассматривается одна из главных проблем всего мирового сообщества – наркомания у подростков. Анализируется оказание помощи наркологической службы в России и за рубежом. Рассмотрена наркоситуация в Кировской области по данным Кировского областного наркологического диспансера по итогам 2012года. Выделены особенности профилактики и лечения наркомании.*

**Ключевые слова:** вредные привычки, наркомания, профилактика, лечение.

#### Shavoyan M.A.

Student, Kirov State Medical Academy

### COMPARISON OF APPROACHES TO PREVENTION AND TREATMENT OF DRUG ADDICTION IN TEENAGERS

#### Abstract

*The article considers one of the main problems of the world community - drug abuse in adolescents. Analyzes the assistance of the narcological service in Russia and abroad. Discussed the situation in the Kirov region according to the Kirov oblast narcological dispensary on the results of 2012. Highlighted features for the prevention and treatment of drug addiction.*

**Keywords:** bad habits, drug addiction, prevention, treatment.

В последние годы настоящим бедствием для нашей страны стало употребление наркотических и токсических веществ детьми и подростками. Число наркозависимых постоянно растет, а средний возраст их уменьшается: по официальным данным в наркоманию вовлекаются молодые люди в возрасте от 12 лет и старше. Проблема усугубляется криминальной ситуацией, риском заражения в наркоманской среде различными инфекциями, включая ВИЧ. В частности, проблема наркомании является одной из актуальных и в Кировской области: в 2012 году обратились за медицинской помощью и были поставлены на учет 21 житель области, которым впервые в жизни был поставлен диагноз «синдром зависимости от наркотических веществ (наркомания)», по состоянию на 1 января 2013 года в КОГБУЗ «Кировский областной наркологический диспансер» с этим диагнозом состояли под наблюдением нарколога 586 больных (женщины – 60, подросток – 1), что больше по сравнению с предыдущим годом на 39 человек или на 7,5%[1]. Однако реальное количество наркоманов превышает эту цифру в несколько раз. Наибольшее количество потребителей наркотиков в Кировской области составляют граждане в возрасте от 26 до 40 лет.

Материалами послужили данные Кировского областного наркологического диспансера, доклад о наркоситуации в Кировской области по итогам 2012г.

Актуальность проблемы наркотизации населения РФ и Кировской области в частности требует проведения активных мер профилактики наркомании и лечения наркозависимых. Вследствие относительно низкой эффективности наркологической службы РФ сейчас активно разрабатываются теории ее модернизации. Формирование системы профилактики хронических заболеваний требует иной модели, которая бы основывалась на диагностике не возбудителя, а поведенческих нарушений и социальных характеристик, являющихся факторами риска. Такая модель, разработанная для профилактики психических заболеваний, была предложена R. Gordon в 1987 году, и с тех пор широко используется всеми ведущими международными организациями, определяющими глобальную политику в отношении наркотиков [2].

Данная модель позволяет относить людей к различным целевым группам профилактики наркомании в зависимости от степени нарушения поведения. Вся подростковая и молодежная субпопуляция, как группа риска в широком смысле слова, является объектом общей профилактики, направленной на противодействие макросоциальным факторам наркомании. Лица, с незначительно выраженными формами какого-либо отклоняющегося поведения, либо эпизодически употребляющие психоактивные вещества, при этом не имеющие болезненной симптоматики, попадают в целевую группу выборочной профилактики, которая направлена на коррекцию поведения. Лица, злоупотребляющие наркотическими веществами, но не имеющие клинического статуса больных наркоманией, рассматриваются как объекты симптоматической профилактики, состоящей в долгосрочной социально-психологической работе [3].

Однако в русскоязычной специальной литературе указанная международная терминология распространения не получила. В результате наркомания была выделена из общего предмета девиантологии, что противоречит исходному постулату о том, что наркомания не имеет специфических причин, а возникает на фоне поведенческих нарушений. При этом проблема наркомании отделяется от социальных проблем, которые имеют значительное влияние на ее развитие. Так, например, в некоторых регионах страны, особенно малобюджетных, проблема наркомании может вовсе не быть существенной на фоне, например, употребления подростками дешевого некачественного алкоголя, токсических веществ или широкой распространенности среди них инфекционных заболеваний. Но эти проявления социальной нестабильности могут послужить причиной распространения употребления наркотических веществ в будущем. Ощутимого эффекта можно ожидать только от профилактических программ, направленных на комплекс наиболее выраженных форм поведения риска на конкретной территории в определенный период времени [4].

К настоящему времени в отношении модернизации наркологической службы сформировалось два альтернативных подхода: первый ориентирован на использование различных форм принуждения к лечению и реабилитации, второй — на создание принципиально иных условий оказания наркологической помощи, повышающих ее востребованность. При этом сторонники обоих подходов декларируют одинаковые цели: привлечение максимального количества лиц, злоупотребляющих психоактивными веществами (ПАВ), в систему медико-социальной помощи и повышение эффективности профилактических и лечебно-реабилитационных мероприятий.

Первый подход ориентирован на меры «социального прессинга» и характеризуется отрицательным отношением к употреблению любых ПАВ, кроме курения и употребления алкоголя. В рамках этого подхода предлагается: обязательное тестирование учащихся на предмет употребления ПАВ [5]; возврат к уголовной ответственности за употребление нелегальных ПАВ; принуждение к лечению и реабилитации всех лиц, обнаруживающих признаки зависимости от ПАВ [6]; обязательный диспансерный учёт «лиц, допускающих немедицинское употребление» ПАВ [7].

Второй подход ориентирован на изменения условий предлагаемого лечения и следует стратегии «снижения вреда». Риски, связанные с употреблением ПАВ, оцениваются не столько в связи с их фармакологическими характеристиками, сколько на обосновании научных данных относительно их реальной опасности. В рамках этого подхода: обязательное тестирование признаётся нецелесообразным из-за подтвержденной на практике непригодности этого инструмента для оценки распространённости наркопотребления и недоказанной эффективности в качестве меры первичной профилактики [8]; декриминализация употребления ПАВ считается необходимым условием расширения возможностей лечения и отказа от стигматизации больных [9]; диспансерный наркологический учёт в его нынешнем виде рассматривается как препятствие для доступа к терапии [10]; принудительное лечение признаётся менее эффективным, чем добровольное, и его применение должно ограничиваться особыми условиями [11].

В научной наркологии отсутствуют сведения о том, что мерами принуждения кому-то удалось достичь сопоставимых рейтингов удержания в долгосрочной терапии, если только речь не идёт о тюремном заключении. В странах Евросоюза, в США и Канаде не существует судебного преследования и принуждения к лечению в связи с фактом аддиктивной болезни. По решению суда, в систему реабилитации направляют пациентов, совершивших нетяжкие правонарушения и изъявивших готовность пройти курс многомесячной терапии вместо содержания в тюрьме. В некоторых европейских странах (Франция, Швеция, Финляндия) употребление наркотиков формально продолжает оставаться уголовно наказуемым деянием. Однако правоприменительная практика в этих странах не имеет прецедентов наказания только за факт употребления, без дополнительных отягчающих обстоятельств. Это полностью соответствует научным данным о том, что уголовное преследование не является эффективной мерой воздействия на наркозависимых. **Зависимость — это медицинская, а не уголовно-правовая проблема.** Специальные международные исследования показали, что криминализация наркопотребителей способна лишь увеличивать число лиц, содержащихся в тюрьмах, никак не влияя на распространённость употребления. Эта мера ведёт к стремительному росту ВИЧ/СПИДа, маргинализации потребителей, их уходу от медицинских и социальных служб, увеличению количества смертей от передозировок и значительным дополнительным бюджетным расходам.

Единственным общим пунктом для обоих подходов является признание целесообразности лечения в качестве альтернативы наказания за нетяжкие правонарушения, связанные с употреблением нелегальных наркотиков. Но и здесь остаются разногласия относительно организации и содержания самого лечения.

Основная проблема лечения и реабилитации заключается в трудностях рекрутирования, а ещё больше — удержания пациентов в режиме требований реабилитационной программы. И эта проблема существует не только в российской наркологии. По данным американских авторов, около 75% пациентов покидают реабилитационные центры в течение первого месяца пребывания. Даже возможность альтернативного лечения и реабилитации не меняет кардинальным образом ситуацию, поскольку терапию всё равно выбирает меньшинство. Множественные попытки выяснить, какие реабилитационные технологии наиболее эффективны, не дали определённого результата. Зато однозначно можно сказать, что если после завершения реабилитационного периода пациент остаётся без должной поддержки, то рецидив является скорее правилом, чем исключением. Среди 500 пациентов с опиоидной зависимостью из разных регионов России около 20% имели опыт участия в реабилитационных программах. Почти треть ушла из них в первые дни пребывания. Всего в течение первых трех месяцев программу покинули более половины рекрутированных пациентов, и лишь каждый десятый добровольно согласившийся на реабилитацию пробыл в программе год. Воздержание от употребления ПАВ в большинстве случаев ограничивалось временем пребывания в самой программе, а средние

показатели длительности ремиссии после её завершения не намного превышали трёхмесячный срок и были на треть короче средней продолжительности предшествующих спонтанных ремиссий.

В настоящее время в рамках низкопороговых программ лечения небезуспешно используется метадоновая заместительная терапия — паллиативная терапия наркомании, вызванной употреблением опиоидов (например, героина) путём регулярного назначения метадона взамен употребляемого наркоманом наркотика. Заместительная терапия метадоном официально поддерживается Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), Управлением ООН по наркотикам и преступности (УООННП), Объединенной программой ООН по ВИЧ/СПИД (ЮНЭЙДС) и рассматривается этими международными организациями как один из наиболее эффективных методов лечения опиоидной зависимости. Например, количество клиентов в Стокгольмской программе на протяжении последних 5 лет составляет от 300 до 350 человек. При этом примерно 50% клиентов программы в конечном итоге отказываются от употребления наркотиков, равно как и от метадона. По данным Кокрейновского обзора результаты поддерживающей терапии метадоном героиновых аддиктов заметно превосходят результаты терапии, ориентированной на полный отказ от употребления героина. В этих программах удаётся удерживать не менее 50% рекрутированных пациентов и принудительное лечение способно лишь ухудшать этот показатель.

Согласно антинаркотической концепции Российской Федерации применение заместительных методов лечения наркомании с применением наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в списки I и II перечня наркотических средств (в которые входит метадон) запрещено.

Таким образом, в настоящее время существуют значительные различия в методике профилактики и лечения наркомании в РФ и за рубежом. Для повышения эффективности работы антинаркотических организаций РФ предлагаются два различных подхода к ее модернизации, один из которых приближается к международным стандартам, что позволяет предсказать его возможную эффективность по существующим результатам проведения подобной антинаркотической политики за рубежом.

#### Литература

1. Антинаркотическая комиссия в Кировской области: доклад о наркоситуации в Кировской области по итогам 2012 года
2. Gordon, R. An operational classification of disease prevention // Preventing mental disorders: A research perspective / J. A. Steinberg, M. M. Silverman (Eds.), Rockville, MD: Department of Health and Human Services, 1987. — pp. 20–26.
3. Дубровский Р.Г., Теплицкий В.Г. Проект концепции координации системы профилактики наркомании в Российской Федерации // Наркология №12, 2009. — с. 26-37
4. Гилинский Я., Гурвич И., Русакова М., Симпура Ю., Хлопушин Р. Девиантность подростков: теория, методология, эмпирическая реальность. — СПб, 2001 — 200 с.
5. Клименко Т.В., Козлов А.А. Правовые и процедурные аспекты организации государственной системы тестирования учащихся образовательных учреждений на потребление наркотиков // Наркология. — 2011. — №5. — С. 77—84.
6. Здоровый поневоле (Наркополиция предлагает привлекать наркоманов к уголовной ответственности) // Российская газета №5740 от 28 марта 2012 г.
7. Совместный приказ МВД и МЗ СССР №402/109 от 20 мая 1988 года «Об утверждении инструкции о порядке выявления и учёта лиц, допускающих немедицинское потребление наркотических или других средств, влекущих одурманивание, оформления и направления на принудительное лечение больных наркоманией».
8. Менделевич В.Д. Целесообразность тестирования учащихся на наркотики: научные аргументы против антинаркологических утопий, благих намерений и псевдогражданственности // Наркология. — 2011. — №9. — С. 78—82.
9. European Legal Database on Drugs <http://www.emcdda.europa.eu/eldd>
10. Левинсон Д., Торбан М. Наркоучёт: по закону или по инструкции? — М.: Анахарсис, 2009. — 98 с.
11. Менделевич В.Д. Недобровольное (принудительное) и альтернативное лечение наркомании: дискуссионные вопросы теории и практики // Наркология. — 2007. — №7. — С. 66—75.

#### ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЕ НАУКИ / PHARMACEUTICS

Маль Г.С.<sup>1</sup>, Кувшинова Ю.А.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой; <sup>2</sup>студентка, курский государственный медицинский университет

#### **НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ МОНОТЕРАПИИ ГИПЕРЛИПИДЕМИИ ОМАКОРОМ И СИМВАСТАТИНОМ У БОЛЬНЫХ ИБС**

*Аннотация*

*Представляет интерес исследование препаратов, которые обладают как антиаритмическим действием, так и нормализуют липидный обмен, осуществляя профилактику развития атеросклероза как причины ишемической болезни сердца. Одними из таких препаратов являются ω3 полиненасыщенные жирные кислоты (омакор). Фармакотерапия ω-3 полиненасыщенными жирными кислотами в течение 24 недель больных ишемической болезнью сердца с различными типами экстрасистолии, способствовала снижению количества желудочковых и наджелудочковых экстрасистол. Наличие у омакора значимого гипотриглицеридемического эффекта при коррекции IIБ и IV типа гиперлипидемии в сочетании с антиаритмическим воздействием на выраженность желудочковой и наджелудочковой экстрасистолии делают его использование целесообразным и фармакоэкономически обоснованным.*

**Ключевые слова:** омакор; антиаритмический эффект; омега-3 полиненасыщенные жирные кислоты

Mal G.S.<sup>1</sup>, Kuvshinova J.A.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Doctor of medical sciences, professor, head of the department; <sup>2</sup>student, kursk state medical university

#### **SOME FEATURES OF CLINICAL EFFECTIVENESS OF THE CORRECTION OF HYPERLIPIDEMIA BY OMACOR AND SIMVASTATIN IN ISHEMIC HEART DISEASE PATIENTS WITH**

*Abstract*

*It is interesting to study drugs, which have as antiarrhythmic effect, and normalize lipid exchange, through the prevention of atherosclerosis as the cause of coronary heart disease. Some of these drugs are ω3 polyunsaturated fatty acids (omacor). Pharmacotherapy by 24 weeks of ω-3 polyunsaturated fatty acids of patients with coronary heart disease and different types of arrhythmia, have helped reduce the number of ventricular and supraventricular extrasystols. And so the existence of omacor significant hypotriglyceridemic effect of the correction of IIБ and type IV hyperlipidemia in combination with antiarrhythmic effect on the severity of ventricular and supraventricular premature beats make it the sensible and pharmacoeconomic justified.*

**Keywords:** omacor; antiarrhythmic effect; ω-3 polyunsaturated fatty acids

Сердечно - сосудистое заболевание (ССЗ) - лидирующая причина смертности во всем мире. По прогнозам экспертов, количество смертей от ССЗ в мире возрастет за счет увеличения смертности среди мужского населения планеты до 24,2 млн к 2030 году.