



Ашуров Зарифжон Шарифович, Хайрединова Инара Ильгизовна, Ядгарова Наргиза Фахритдиновна, Лян Екатерина Михайловна

Ташкентская медицинская академия, Республика Узбекистан, г. Ташкент

### **ПОЛИҚАРАМЛИК ШАКЛЛАНИШ ХАВФ ОМИЛЛАРИНИ ИНТЕГРАЛ БАҲОЛАШ**

Ашуров Зарифжон Шарифович, Хайрединова Инара Ильгизовна, Ядгарова Наргиза Фахритдиновна, Лян Екатерина Михайловна

Тошкент тиббиёт академияси, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш.

### **INTEGRATED ASSESSMENT OF RISK FACTORS FOR THE FORMATION OF POLLY DEPENDENCE**

Ashurov Zarifjon Sharifovich, Hayredinova Inara Ilgizovna, Yadgarova Nargiza Fakhritdinovna, Lyan Ekaterina Mihaylovna

Tashkent Medical Academy, Republic of Uzbekistan, Tashkent

e-mail: [info@tma.uz](mailto:info@tma.uz)

**Резюме.** Мақолада полиқарамлик шаклланишининг аниқланган клиник ва динамик хусусиятлари ва полиқарамликнинг шаклланишига мойил бўлган хавф омиллари мажмуи кўрсатилган бўлиб, бу касалликнинг ривожланиши учун хавф омилларини интеграл баҳолаш матричасини ишлаб чиқишга имкон беради. Прогностик матрицага башорат қилиш учун танланган барча омиллар, уларнинг даражалари ва индивидуал омил таъсирининг кучидан келиб чиққан ҳолда интеграцияланган хавф кўрсаткичи қийматлари, ҳар бир омил учун нисбий хавф кўрсаткичи ва омиллар мажмуаси учун уларнинг йиғиндиси киради. Шунингдек, нормализация қиймати - бутун тадқиқот бўйича ўртача частота кўрсаткичи ва қабул қилинган омиллар мажмуаси учун хавф қийматларининг мумкин бўлган диапазони олинади.

**Калит сўзлар:** полиқарамлик, преморбид омиллар, интеграл баҳолаш, учинчи даражали профилактика.

**Abstract.** The article presents the identified clinical and dynamic features of the formation of polydependence and a complex of risk factors predisposing in the formation of polyaddiction, which made it possible to develop a matrix for the integral assessment of risk factors for the development of polydrug addiction. The prognostic matrix includes all the factors selected for forecasting with their gradation and the values of the integrated risk indicator from the strength of the influence of an individual factor, the relative risk indicator for each factor and their sum for a complex of factors, as well as the normalizing value - the average frequency indicator according to the entire study. the possible range of risk values for the complex of taken factors is derived.

**Key words:** Polydrug abuse, premorbid factors, integral assessment, third prevention.

**Актуальность.** Мировое сообщество вызывает тревогу рост лиц с полизависимостью, особенно сочетанное употребление лекарственных средств рецептурного отпуска в сочетании с запрещенными веществами [5, 7, 9, 10]. Вместе с тем, как в мире так и в нашей республике происходит расширение динамичного рынка синтетических наркотиков и немедицинского использования фармацевтических опиоидов и их потенциальные комбинации, которые представляют больший риск в формировании полинаркомании [3].

Риск формирования аддиктивного поведения - это результат мультифакторного взаимодей-

ствия, где каждый из факторов или сочетание формирует зависимость. К прерогативным факторам риска формирования зависимости относят: перинатальную патологию, наследственную отягощенность злоупотреблением ПАВ и психические заболевания, наличие черепномозговых травм в анамнезе, преморбидные личностные девиации, неполный состав семьи, типы воспитания в дисфункциональных семьях, жестокое обращение в детстве, асоциальную микросреду, раннее употребление ПАВ [1, 2, 4, 8].

Несмотря на то, что сегодня широка распространена полизависимость, теоретические и эмпирические знания о различных моделях упот-

ребления, независимо от того, принимают ли они более традиционные или модные формы, все еще скудны и недостаточно развиты. Большинство эффективных подходов к профилактике не связаны с конкретными веществами и вполне могут способствовать сокращению полинаркомании. Существует ограниченная информация о текущих методах лечения полинаркомании, а как правило, в литературе по лечению основное внимание уделяется лечению проблем, связанных с опиоидами или стимуляторами, хотя крупные национальные исследования результатов лечения в Австралии, Италии и Соединенном Королевстве показывают, что полинаркомания является обычным явлением для многих из тех, кто проходит лечение от наркозависимости [6].

**Целью исследования** явилось изучение комплекса факторов риска предрасполагающих формированию полизависимости и разработка интегральной матрицы.

**Материалы и методы исследования.** Было проведено клиническое исследование 129 больных, лечущихся в стационаре от наркозависимости в Республиканском наркологическом центре с 2015 по 2019 годы. Все больные - мужского пола, были разделены на три группы.

Критерием включения в I группу (основная группа) был клинически верифицированный по МКБ-10 диагноз F19.2: Психические и поведенческие расстройства, вызванные одновременным употреблением опиоидов и каннабиноидов. Синдром зависимости от гашиша и трамадола – 41,1 % больных (n = 53). Для сравнения были отобраны больные с опийной и гашишной мононаркоманией, не осложненные зависимостью от других видов психоактивных веществ. Критерием включения в группу сравнения – II группу, был клинически верифицированный по МКБ-10 диагноз F11.2: Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением опиоидов. Синдром зависимости от трамадола – 34,1 % больных (n = 44); в III группу (группа сравнения) - клинически верифицированный по МКБ-10 диагноз F12.2.: Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением каннабиноидов. Синдром зависимости от гашиша – 24,8 % больных (n = 32). Критериями исключения из исследования явились коморбидная психическая патология, требующая динамического наблюдения в психиатрическом учреждении и зависимость от синтетических каннабиноидов.

Обследование проводилось клиническими, экспериментально-психологическими и статистическими методами. Для интегральной оценки факторов прогноза формирования полизависимости использовался метод Т. Байеса в модификации Е. Н. Шигана.

**Полученные результаты.** Средний возраст больных в I группе составил  $31,1 \pm 7$  лет, во II группе –  $30,06 \pm 6,7$  года, в III группе –  $31,6 \pm 7,1$  года ( $P_{1-2}; P_{1-3} > 0,05$ ). Длительность заболевания у обследованных колебалась от года до восьми лет и статистически значимо не отличалась. Уровень образования среди обследованных превалировал в сторону среднего (53 больных; 41,1 %) и среднего специального (53 больных; 41,1 %), лишь 23 человека (17,8 %) имели незаконченное высшее и высшее образование, статистически значимых межгрупповых различий не выявлено ( $P_{1-2}; P_{1-3} > 0,05$ ). Распределение больных в зависимости от семейного статуса к моменту обследования выглядело следующим образом: холостые (13 больных; 10,1 %), женатые (81 больной; 62,8 %) и разведенные (35 больных; 27,1 %), статистически значимых межгрупповых различий не выявлено ( $P_{1-2}; P_{1-3} > 0,05$ ). Исследуемые группы были сопоставимы по основным социо-демографическим характеристикам и пригодны для сравнения.

Изучение преморбидных социальных, биологических и личностно-психологических факторов, предрасполагающих формированию сочетанной зависимости от гашиша и трамадола, выявило ряд сходств и различий. Наследственная отягощенность наркологическими и психическими заболеваниями ( $C=0,09$ ), наличие или отсутствие анте-, интра-, перинатальной патологии ( $C=0,09$ ), черепно-мозговой травмы ( $C=0,22$ ), наличие и формы девиантного поведения ( $C=0,26$ ), учет возраста начала табакокурения ( $C=0,26$ ) и ранний возраст употребления алкоголя ( $C=0,17$ ) не влияли на формирование полизависимости. Вероятность формирования полизависимости возрастала при раннем знакомстве с каннабиноидами до 16 лет. В 14 лет (20,8 % больных I группы; 15,9 % больных II группы ( $P_{1-2} > 0,05$ ) и 12,5 % больных III группы), в 15 лет (26,4 % больных I группы; 11,4 % больных II группы ( $P_{1-2} > 0,05$ ) и 18,7 % больных III группы ( $P_{1-3} > 0,05$ )) и в 16 лет (32,1 % больных I группы; 15,9 % больных II группы ( $P_{1-2} > 0,05$ ) и 31,3 % больных III группы ( $P_{1-3} > 0,05$ )). В возрасте 18 лет встречалось больных с монозависимостью от каннабиноидов – 12,5 % ( $P_{1-3} < 0,01$ ). Связь частоты формирования поли- или монозависимости с возрастом первого употребления каннабиса оказалась статистически значимой и средней по силе ( $C=0,53; P < 0,001$ ). Употребление каннабиноидов в качестве первого эйфоризирующего вещества было выше среди больных с полизависимостью (66 % больных I группы; 13,6 % больных II группы ( $P_{1-2} < 0,001$ ) и 34,3 % больных III группы ( $P_{1-3} < 0,01$ )), у больных с гашишной наркоманией в качестве первого эйфоризирующего вещества выступал алкоголь (34,0 % больных I группы; 45,4 % больных II группы ( $P_{1-2} > 0,05$ ) и 65,6 % больных III группы ( $P_{1-3} < 0,01$ )). У 40,9 %

больных с трамадоловой зависимостью первым эйфоризирующим веществом был трамадол ( $P_{1-2} < 0,001$ ). Статистическая корреляция частоты формирования поли- или монозависимости с видом первого эйфоризирующего вещества была значимой и оценивалась средней по силе ( $C=0,41$ ;  $P < 0,001$ ).

Сочетанная зависимость чаще формировалась у лиц с неустойчивыми чертами характера – для которого «слабым звеном» являются выраженная тяга к развлечениям, желание остаться без мамино контроля, стремление к безделью, поддающегося молниеносному влиянию другого человека, чье поведение направлено на немедленное получение желаемого (60,4 % больных I группы; 29,5 % больных II группы ( $P_{1-2} < 0,01$ ) и 18,7 % больных III группы ( $P_{1-3} < 0,001$ ); ( $C=0,33$ ;  $P < 0,001$ )), с дефектами воспитания по типу гипопротекции – проявляющаяся безнадзорность, недостаток контроля за поведением ребенка, недостаток внимания и интереса родителей к ребенку (69,8 % больных I группы; 31,8 % больных II группы ( $P_{1-2} < 0,001$ ) и 46,8 % больных III группы ( $P_{1-3} < 0,05$ ); ( $C=0,34$ ;  $P < 0,001$ )), воспитание в неполноценной семье (73,6 % больных I группы; 38,6 % больных II группы ( $P_{1-2} < 0,001$ ) и 34,3 % больных III группы ( $P_{1-3} < 0,001$ ); ( $C=0,34$ ;  $P < 0,001$ )).

Выявленный комплекс факторов риска предрасполагающего в формировании сочетанной зависимости и изучение клинко-динамических особенностей формирования полизависимости от гашиша и трамадола позволили разработать матрицу интегральной оценки факторов риска развития сочетанной зависимости от гашиша и трамадола. Прогностическая матрица включает все отобранные для прогнозирования факторы с их градацией и значениями интегрированного показателя риска от силы влияния отдельного фактора, показателя относительного риска по каждому фактору и их сумму по комплексу факторов, а также нормирующую величину – средний показатель частоты по данным всего исследования.

Для составления прогностической таблицы были получены сопоставимые показатели прогнозируемого явления по градациям наиболее важных факторов. Значимость факторов и их градаций определяли с помощью показателя относительного риска (R). Этот показатель представляет собой отношение максимального по уровню интенсивности показателя (с) к минимальному (d) в пределах каждого отдельного фактора ( $R = c/d$ ).

Если фактор не оказывает на влияние, то он равен единице. Чем выше R, тем больше значимость фактора для возникновения данного вида патологии.

Суть метода заключается в том, что вместо обычных интенсивных показателей используют

нормированный интенсивный показатель (НИП), который можно рассчитать по формуле:  $N = r/M$ , где: N – нормированный интенсивный показатель (НИП), r – интенсивный показатель сочетанной зависимости от гашиша и трамадола на 85 обследованных, M – «нормирующий показатель».

Как видно из таблицы, факторами риска развития сочетанной зависимости от гашиша и трамадола являются неустойчивый тип личности ( $X=14,73$ ), неполноценная семья, воспитание по типу гипопротекции ( $X=6,98$ ), каннабиноиды как первое эйфоризирующее вещество ( $X=10,17$ ), возраст первого употребления каннабиноидов до 16 лет ( $X=6,10$ ), реакция на первый прием каннабиса в виде субъективно приятных переживаний ( $X=18,23$ ), длительность эпизодического этапа до 1 года ( $X=18,05$ ), длительность регулярного употребления каннабиса до 6 месяцев ( $X=10,62$ ), становление абстинентного синдрома от каннабиноидов в течение 1,5-2-х лет ( $X=27,14$ ).

Таким образом, лица, монозависимые от гашиша, с максимально набранными баллами по прогностической матрице оценки риска возникновения сочетанной зависимости от гашиша и трамадола относятся к группе риска ( $\Sigma 124$ ).

При определении возможного диапазона значений риска по комплексу взятых факторов определен диапазон от минимальных значений до максимальных –  $37,3 \div 124$ . Отсюда следует: чем выше величина нормативного интегрированного показателя риска возникновения сочетанной зависимости от гашиша и трамадола в результате воздействия комплекса исследуемых факторов, тем выше вероятность риска развития сочетанной зависимости у данного человека и больше оснований для выделения его в группу неблагоприятного прогноза.

Кроме прогностической таблицы выведен возможный диапазон значений риска по комплексу взятых факторов. Чем выше величина нормативного интегрированного показателя риска возникновения сочетанной зависимости в результате воздействия комплекса исследуемых факторов, тем выше вероятность риска развития полизависимости у данного человека и больше оснований для выделения его в группу неблагоприятного прогноза.

**Выводы.** Интегральная оценка факторов вероятного формирования сочетанной зависимости от гашиша и трамадола показала, что критериями высокой вероятности могут послужить неустойчивый тип личности, воспитание в неполноценной семье в условиях гипопротекции, раннее знакомство с каннабиноидами до 16 лет и употреблении их в качестве первого эйфоризирующего вещества, реакция на первый прием каннабиса в виде субъективно приятных переживаний, краткость эпизодического этапа до года, краткость

этапа регулярного употребления каннабиса до шести месяцев, становление абстинентного синдрома от каннабиноидов в течение 1,5-2-х лет.

**Таблица 1.** Прогностическая матрица для комплексной оценки риска формирования сочетанной зависимости от гашиша и трамадола

Факторы риска	Градация факторов	(r) интенсивный показатель	M, нормирующий показатель на 85 лиц	НИП	RR	X, интегрированный показатель	Min	Max
Преморбидный тип личности	Астенический	3,7	3,5	1,049	1,14	3,49	3,49	14,73
	Психастенический	14,8	14,1	1,049	1,14	3,49		
	Циклоидный	1,9	4,7	0,394	3,05	9,30		
	Эпилептоидный	11,1	9,4	1,181	1,02	3,10		
	Истерический	5,6	8,2	0,675	1,78	5,43		
	Неустойчивый	11,1	44,7	0,249	4,83	14,73		
	Конформный	11,1	15,3	0,726	1,65	5,04		
Вид семьи	Полноценная	31,5	34,1	0,923	1,30	4,51	3,02	12,02
	Неполноценная	20,4	58,8	0,346	3,47	12,02		
	Опекунство	7,4	7,1	1,049	1,14	3,02		
Вид воспитания	Гипопротекция	27,8	61,2	0,454	2,64	6,98	3,02	6,98
	Доминирующая гиперпротекция	5,6	8,2	0,675	1,78	4,70		
	Потворствующая гиперпротекция	11,1	15,3	0,726	1,65	4,36		
	Эмоциональная отверженность	7,4	7,1	1,049	1,14	3,02		
	Жесткие взаимоотношения	3,7	4,7	0,787	1,52	4,03		
Первое эйфоризирующее вещество-каннабиноиды	Да	20,4	54,1	0,376	3,19	10,17	4,52	10,17
	Нет	38,9	45,9	0,848	1,42	4,52		
Возраст первого употребления каннабиноидов	До 16 лет	38,9	80,0	0,486	2,47	6,10	2,91	6,10
	Старше 16 лет	20,4	20,0	1,019	1,18	2,91		
Эффект первого приема	Приятные переживания	18,5	65,9	0,281	4,27	18,23	4,03	18,23
	Неприятные ощущения	38,9	30,6	1,271	0,94	4,03		
	Не помнят	1,9	3,5	0,525	2,29	9,77		
Длительность эпизодического употребления каннабиса	До года	13,0	45,9	0,283	4,25	18,05	5,86	18,05
	До трех лет	38,9	44,7	0,870	1,38	5,86		
	Свыше трех лет	7,4	9,4	0,787	1,52	6,48		
Длительность регулярного употребления каннабиса	До 6 мес.	20,4	55,3	0,368	3,26	10,62	4,50	10,62
	Дольше 6 мес.	38,9	44,7	0,870	1,38	4,50		
Становление абстинентного синдрома от каннабиноидов	1,5-2 года	11,1	48,2	0,230	5,21	27,14	5,96	27,14
	3-5 лет	40,7	44,7	0,911	1,32	6,86		
	Более 5 лет	7,4	7,1	1,049	1,14	5,96		
							Σ37,3	Σ124,0



**Таблица 2.** Значения поддиапазонов и группы индивидуального прогноза риска возникновения сочетанной зависимости от гашиша и трамадола.

Поддиапазон	Размер поддиапазона	Группа риска
Слабая вероятность	37,3 ÷ 53,7	Благоприятный прогноз
Средняя вероятность	53,8 ÷ 80,5	Внимание
Высокая вероятность	80,6 ÷ 124,0	Неблагоприятный прогноз

Прогностическая матрица комплексной оценки риска формирования полизависимости является одной из значимых составляющих эффективной стратегии третичной профилактики.

#### Литература:

1. Абдуллаева В. К. Клинико-патогенетические аспекты и оптимизация терапевтической тактики при героиновой наркомании (клинико-экспериментальное исследование): Автореф. ... дис. докт. мед. наук. –Ташкент, 2017. – 41 с.
2. Ашуров З. Ш. Клинико-биологические особенности опийной наркомании у больных с девиантным поведением // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2016. – № 2. – С.60.
3. Ризаев Ж. А., Гадаев А. Г., Абдуллаев Д. Ш. Параллели патогенеза заболеваний пародонта и хронической сердечной недостаточности //Dental Forum. – Общество с ограниченной ответственностью " Форум стоматологии", 2017. – №. 4. – С. 70-71.
4. Ризаев Ж. А., Адилова Ш. Т., Пулатов О. А. Обоснование комплексной программы лечебно-профилактической стоматологической помощи населению республики Узбекистан //Аспирант и соискатель. – 2009. – №. 4. – С. 73-74.
5. Bailey A. J., Farmer E. J., Finn P. R. Patterns of polysubstance use and simultaneous co-use in high risk young adults // Drug and Alcohol Dependence. – 2019. – Vol. 205. – P. 4
6. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2021), Polydrug use: health and social responses, <https://www.emcdda.europa.eu/publications/mini-guides/polydrug-use-health...>
7. Hassan A. N., Le Foll B. Polydrug use disorders in individuals with opioid use disorder // Drug Alcohol Depend. – 2019. – Vol. 198. – P. 28

8. Forster M., Gower A. L., Borowsky I. W. et al. Associations between adverse childhood experiences, student-teacher relationships, and non-medical use of prescription medications among adolescents // Addict Behav. – 2017. – Vol. 68. – P. 32
9. Karjalainen K., Lintonen T., Hakkarainen P. Illicit drug use is increasing among non-medical users of prescription drugs-Results from population-based surveys 2002-2014 // Drug Alcohol Depend. – 2017. – Vol. 178. – P. 433
10. UNODC/WHO International Standards for the Treatment of Drug Use disorders. E/CN.7/2020/CRP.6.

#### **ИНТЕГРАЛЬНАЯ ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ ПОЛИЗАВИСИМОСТИ**

*Ашуров З.Ш., Хайрединова И.И.,  
Ядгарова Н.Ф., Лян Е.М.*

**Резюме.** В статье приведены выявленные клинико-динамические особенности формирования полизависимости и комплекс факторов риска предрасполагающих в формировании полизависимости, что позволило разработать матрицу интегральной оценки факторов риска развития полинаркомании. Прогностическая матрица включает все отобранные для прогнозирования факторы с их градацией и значениями интегрированного показателя риска от силы влияния отдельного фактора, показателя относительного риска по каждому фактору и их сумму по комплексу факторов, а также нормирующую величину – средний показатель частоты по данным всего исследования. Выведен возможный диапазон значений риска по комплексу взятых факторов.

**Ключевые слова:** Полизависимость, преморбидные факторы, интегральная оценка, третичная профилактика.