

---

---

## ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ДИНАМИКИ У ЗАВИСИМЫХ ОТ ОПИОИДОВ НА ЭТАПЕ АМБУЛАТОРНОЙ МСР

К.О. Иманбеков

### Актуальность

Наиболее проблемным аспектом ситуации в сфере распространения зависимости от ПАВ, помимо беспрецедентных масштабов и темпов распространения данной социальной эпидемии, является факт незначительного (25-30%) охвата популяции зависимых от ПАВ какими-либо формами наркологической помощи. В связи с чем угрозы, связанные с проблемным потреблением алкоголя, рискованными формами наркопотребления (инфицирование ВИЧ, криминальная активность, преждевременная инвалидизация и смертность в результате массивной коморбидной патологии, смертность в результате передозировок и отравлений и т.д.) в данной, неохваченной наркологической помощью популяции существенно возрастают [1].

В основополагающих международных документах предлагаются гибкие, многовекторные подходы в решении проблемы охвата зависимых от ПАВ адекватными формами наркологической помощи. В частности в совместном документе ВОЗ/УООННП/ЮНЭЙДС декларируется тезис того, что не существует единственного метода лечения, эффективных для всех людей с опиоидной зависимостью; для гибкого реагирования варьирующиеся потребности таких людей следует обеспечивать надлежащий доступ к широкому спектру вариантов форм лечения [2]. Межправительственная рабочая группа экспертов по сокращению спроса на наркотики по материалам совещания в 2008 г. пришла к выводу, что незамедлительного решения требуют проблемы организации адекватной реальным потребностям населения стран наркологической помощи и повышение ее доступности [3]. Между тем, по данным современных исследований, при том, что осознанно потребность в избавлении от зависимости испытывают не менее 50% наркопотребителей, у 38,6% из них первое обращение в наркологическое учреждение становится единственным, за счет понимания того, что предоставляемая наркологическая помощь является неадекватной и неэффективной и, зачастую, дорогостоящей [4].

В связи со всем сказанным, в последние годы появляется все больше публикаций в отношении обоснования клинической, социальной и экономической эффективности амбулаторного лечения и реабилитации зависимых от ПАВ. В частности, указываются, что при адекватной оценке степени тяжести наркологических расстройств, подборе конкретных услуг, пребывание пациентов в стабильной и благоприятной домашней среде большую часть суток (что предусматривается в программах

амбулаторной реабилитации зависимых от ПАВ) будет способствовать, а не препятствовать, эффективному освобождению от зависимости [5, 6, 7]. Отмечается, что успеху программ амбулаторной реабилитации наркозависимых способствуют такие общие условия, как разрыв прежних связей с наркоманическим окружением, формирование новых социальных связей с людьми, не употребляющим наркотики, появление новых интересов, принятие пациентом и его близкими ответственности за непосредственный и отсроченный результат лечения и реабилитации [8, 9, 10]. Адекватному формированию вышеназванных условий способствуют специальные подходы в оформлении программ амбулаторного лечения и реабилитации зависимых от ПАВ с акцентом на континуальное и преемственное использование комплексных реабилитационных технологий, удовлетворительную социализацию и улучшение семейных отношений [11, 12, 13]. А также - использование общих реабилитационных подходов с нейрональными, рефлекторными, когнитивными механизмами воздействия, доказавшими свою эффективность [14, 15, 16]. Подобное сочетание, как правило, обеспечивает существенное улучшение психического состояния, устойчивую положительную динамику у резидентов программ амбулаторного лечения и реабилитации [17].

Таким образом, одной из главных современных тенденций в организации наркологической помощи, являются сокращение объемов стационарной помощи и значительное увеличение объемов специализированной амбулаторной помощи, предполагающей активное использование не только медикаментозных но и развивающих социально-ориентированных технологий.

В тоже время, существует и проблема того, что сектор амбулаторного лечения и реабилитации зависимых от ПАВ включает в себя множество разнообразных организационных и содержательных форм профильной помощи, объединяемых, скорее, по формальному, а не концептуальному признаку - дома на пол пути, дневные стационары, консультативные учреждения, реабилитационные центры, телефоны доверия, группы самопомощи, организованные группы социальной помощи, и др. - эффективность которых несопоставима [17, 18, 19].

При этом явственно ощущается дефицит научно-обоснованных представлений о содержании лечебно-реабилитационных программ, эффективных организационных формах, которыми должен быть представлен этап полноценной амбулаторной нар-

---

---

кологической помощи, об адекватной дифференциации данного вида помощи от этапа противорецидивной и поддерживающей терапии зависимых от ПАВ, отличающегося по своим принципиальным целям и задачам. И лишь восполнение данного концептуального дефицита, с разработкой и экспериментальной апробацией научно-обоснованных моделей амбулаторного лечения и реабилитации зависимых от ПАВ, дает возможность адекватной оценки эффективности соответствующих технологий, необходимой с позиций доказательной медицины [20, 21].

### **Цель и задачи исследования**

*Основная цель исследования:* изучение особенностей терапевтической динамики у зависимых от опиоидов на этапе амбулаторной МСР.

#### *Задачи исследования*

1. Разработка структурных и технологических характеристик, экспериментальная апробация программы амбулаторной МСР зависимых от опиоидов;
2. Изучение терапевтической динамики основных клинко-психопатологических синдромов в экспериментальной группе и двух группах сравнения;
3. Изучение терапевтической динамики клинко-психологического статуса зависимых от опиоидов в экспериментальной группе, 1 и 2 группах сравнения;
4. Исследование социально-динамических характеристик зависимых от опиоидов в экспериментальной группе и группах сравнения;
5. Проведение комплексного анализа эффективности экспериментальной программы амбулаторной МСР;
6. Обоснование рекомендации по разработке клинических протоколов наркологической помощи на амбулаторном этапе.

### **Научная новизна**

1. Впервые изучается комплексная динамика клинко-психопатологических, психологических и социальных характеристик зависимых от опиоидов в рамках экспериментальной апробации стандартизированных программ амбулаторной МСР;
2. Впервые проводится комплексный анализ сравнительной эффективности по клиническому, психологическому, социальному и экономическим параметрам стандартизированных программ стационарной и амбулаторной реабилитации зависимых от опиоидов;
3. Впервые с позиции доказательной медицины обосновываются границы эффективности и оптимальные показания к прохождению стандартизированных программ амбулаторной МСР зависимыми от опиоидов.

### **Практическая значимость**

1. Полученные при настоящем исследовании результаты позволят внедрить клинические и организационные протоколы амбулаторной МСР зависимых от опиоидов;
2. Совершенствование амбулаторных форм наркологической помощи зависимым от опиоидов будет способствовать повышению показателей охвата, удлинению сроков и повышению качества ремиссий у данного контингента;
3. Широкомасштабное внедрение стационаро-замещающих форм наркологической помощи обеспечит существенный рост показателей экономической эффективности в деятельности наркологической службы РК.

### **Материалы и методы исследования**

#### *Общая методология исследования*

*Основным объектом исследования* являются зависимые от опиоидов, проживающие в Республике Казахстан.

*Предметом исследования* являются клинко-психопатологические, психологические и социально-динамические характеристики зависимых от опиоидов, проходящих курсы амбулаторной медико-социальной реабилитации, и в сравниваемых группах.

*Тип исследования* – настоящее исследование сочетает кроссекционный и конгитудинальный типы исследования, предполагающие как однократное, так и многократное фиксирование результатов по всем отслеживаемым параметрам. Для клинко-психопатологического параметра осуществляется 5-кратное исследование основных индикаторов (3-кратное в ходе реализации амбулаторной МСР; 2-кратное в период ремиссии). Для психологических и социальных параметров осуществляется 4-кратное исследование основных индикаторов (2-кратное в ходе реализации амбулаторной МСР; 2-кратное в период ремиссии). Для экономического параметра осуществляется 1-кратное исследование анализируемых индикаторов.

#### *Основные этапы исследования*

На первом этапе разрабатывается экспериментальная программа амбулаторной медико-социальной реабилитации зависимых от опиоидов. Данная программа рассчитана на 90-дневный курс с интенсивной реализацией *универсальных* (поддерживающая медикаментозная терапия; вовлечение в деятельность терапевтического сообщества; наркологическое консультирование; психотерапия по основным модальностям; психологическое консультирование по основным проблемам; социально-психологические тренинги; социальная помощь и поддержка по необходимости) и *специальных* (поиск конструктивных и заинтересованных партнеров в ближайшем

окружении резидентов программ амбулаторной МСР; проработка проблемы созависимости, особенностей амбулаторного режима МСР, содержания вечерних «лент» занятости пациентов; заключение и реализация соответствующего контракта на обеспечение контроля и реализацию соответствующих фрагментов программы в вечернее время) блоков, являющихся основными компонентами стандартизированной программы амбулаторной МСР зависящих от опиоидов.

На втором этапе набирается общая исследуемая группа зависимых от опиоидов – 602 пациента (экспериментальная группа – 210 пациентов, проходивших программу амбулаторной МСР; первая группа сравнения – 171 пациент, проходившие программу стационарной МСР; вторая группа сравнения – 221 пациент, получившие 20-дневный курс дезинтоксикации и медикаментозной терапии и не проходившие соответствующие этапы реабилитации); реализуется экспериментальная программа амбулаторной МСР для основной исследуемой группы, соответствующие лечебно-реабилитационные программы для двух групп сравнения; регистрируется динамика учитываемых признаков в общей исследуемой группе.

На третьем этапе анализируются и обобщаются данные, полученные по каждому исследуемому параметру в экспериментальной группе и двух группах сравнения; выявляются и интерпретируются достоверные отличия в средних значениях исследуемых индикаторов; формулируются заключение и выводы по основным результатам исследования.

#### *Методология сбора информации*

Контингент зависимых от опиоидов, входящих в общую исследуемую группу, набирался в 2-х областях Казахстана – Павлодарской и Карагандинской. При распределении пациентов в экспериментальную и контрольные группы использовалась методика случайных цифр. Основные параметры (за исключением клиничко-психопатологического) регистрировались лицами, не принимающими участие в терапевтическом процессе. Отслеживаемые значения индикаторов по каждому пациенту передавались в лабораторию статико-математического анализа РНПЦ МСПН. Количественные данные обрабатывались и анализировались с помощью программы Agstat.exe. Интерпретация полученных результатов проводилась автором. Таким образом, имела место полная (по большинству учитываемых признаков) либо частичная (по меньшей части учитываемых признаков) рандомизация материала и процедуры исследования.

#### *Материалы исследования*

Материалы настоящего исследования являются данные на общую исследуемую группу зависимых от опиоидов (n=602), распределенную на основную (экспериментальную) и сравниваемые группы 1 и 2,

в специальные исследовательские карты, протоколы, анкеты, заключения специалистов.

Экспериментальная группа (n=210) и группа сравнения (n<sub>1</sub>=171; n<sub>2</sub>=221) сопоставимы по социально-демографическим, этническим характеристикам. А также – по характеристикам предшествующего наркологического анамнеза (стаж наркопотребления, частота и длительность предшествующих ремиссий).

Основными параметрами и индикаторами, изучаемыми в отношении общей исследуемой группы, являются следующие:

#### *а) Группа социально-демографических параметров:*

- социально-демографические сведения (102 индикатора);
- оценка качества жизни и социального функционирования (132 индикатора);
- оценка социально-динамических характеристик ремиссии (16 индикаторов).

#### *б) Группа клиничко-психопатологических параметров:*

- данные наркологического анамнеза (61 индикатор);
- оценка психического статуса (34 индикатора по основным синдромам; 55 индикаторов по синдрому анозогнозии).

#### *в) Группа клиничко-психологических параметров:*

- оценка психологических характеристик ремиссии (18 индикаторов);
- оценка стадий терапевтических изменений (36 индикаторов);
- оценка уровня реабилитационного потенциала по параметрам базисных приобретений и новообразований возраста (209 индикаторов).

#### *г) Группа экономических параметров:*

- оценка экономической эффективности (3 индикатора);
- оценка абсолютной стоимости пользы (1 индикатор);
- оценка абсолютного показателя эффективности (1 индикатор);
- оценка общего экономического эффекта от используемой модели (3 индикатора).

Итого 12 параметров, 667 учитываемых количественных признаков.

По основным социально-демографическим параметрам, а также – по параметрам наркологического анамнеза – общая исследуемая группа зависимых от опиоидов (n = 602), экспериментальная группа (n = 210), первая (n = 171) и вторая (n = 221) группы сравнения – полностью сопоставимы.

#### *Методы исследования*

1. Клиничко-психопатологический метод исследования используется для дифференцированной оценки психического статуса зависимых от опиоидов в экспериментальной группе и группах сравнения; выявления психопатологических проявлений на

различных этапах становления ремиссии; отслеживания динамики редукции основных психопатологических синдромов в ходе амбулаторной реабилитации и спонтанной жизнедеятельности пациентов, завершивших курсы амбулаторного лечения. При этом оценивается динамика следующих психопатологических синдромов, наиболее часто представленных на этапах становления ремиссии у зависимых от опиоидов в ходе прохождения амбулаторной МСР: 1. Синдром патологического влечения к ПАВ; 2. Постабстинентный синдром; 3. Псевдоабстинентный синдром; 4. Астенический синдром; 5. Депрессивный синдром; 6. Дистимический (тимопатический) синдром; 7. Психопатический синдром; 8. Психопатоподобный синдром; 9. Психоорганический синдром; 10. Висцеропатический синдром; 11. Синдром анозогнозии. В отношении данных синдромов оценивались такие дополнительные индикаторы как 1) частота встречаемости; 2) степень выраженности в баллах.

2. Экспериментально-психологический методы использовались с целью исследования мотивационной сферы пациентов в экспериментальной группе и группах сравнения, как важного индикатора эффективности терапевтического процесса на этапе амбулаторной МСР и критерия прогноза длительности и качества ремиссии у исследуемого контингента зависимых от опиоидов. Данный метод использовался также для оценки уровня реабилитационного потенциала по сектору базисных приобретений и новообразований возраста, имеющих непосредственное отношение к феномену психологической устойчивости к повторному вовлечению в зависимость от ПАВ. Последние индикаторы, как и соответствующие характеристики мотивационной сферы зависимых от ПАВ, являются важными критериями эффективности терапевтического процесса на этапе амбулаторной МСР.

3. Метод определения качества жизни и социального функционирования использовался нами в версии А.А. Чуркина, Н.К. Демчевой (2004 г.), разработанной с акцентом на лиц с психическими и поведенческими расстройствами.

4. Метод экономического анализа использовался с целью оценки такого параметра наркологической помощи, оказываемой на этапе амбулаторной МСР, как экономическая эффективность.

5. Статистический метод использовался нами для проведения статико-математического анализа исследуемых параметров и показателей, получаемых в результате использования каждого из вышеприведенных методов. Таким образом, было проанализировано 12 параметров (667 учитываемых признаков).

При статистической обработке материала использовались программные продукты SPSS для Windows, обладающие необходимыми возможностями для всех этапов аналитического процесса в математической статистике, включая дифференцированный статистический анализ.

#### *Основные характеристики экспериментальной программы амбулаторной МСР зависимых от опиоидов*

Основные характеристики экспериментальной программы амбулаторной МСР зависимых от опиоидов следующие:

*Длительность:*

– 60 дней.

*Кратность посещения основных мероприятий АМСР:*

– ежедневно.

*Показания к направлению на участие в экспериментальной программе амбулаторной МСР*

- установленный диагноз психических и поведенческих расстройств в результате употребления опиоидов;
- наличие информированного согласия со стороны пациента;
- наличие согласия на конструктивное взаимодействие со стороны родных близких пациента, оформляемое контрактными обязательствами по контролю и занятости пациента в вечернее время (данное условие является не обязательным, но желательным).

*Противопоказания*

- наличие тяжелых соматических заболеваний, требующих стационарного лечения;
- наличие контагиозных инфекций в активной фазе;
- состояние рецидива с обострением импульсивного или компульсивного влечения к ПАВ с необходимостью интенсивной, круглосуточной медикаментозной терапией и наблюдением.

#### *Приверженность принципам надлежащей клинической практики (GCP) и доказательной медицины*

Такого рода приверженность в настоящем исследовании обеспечивалась строгим соблюдением тезисов Хельсинской декларации Всемирной Медицинской Ассоциации по этическим принципам проведения медицинских исследований с участием людей в качестве субъектов.

При РНПЦ МСПН – основной базы проведения настоящего исследования – функционируют: 1) Экспертный совет по доказательной медицине, в чьи обязанности входит предварительная, текущая и заключительная экспертиза по соблюдению принципов доказательной медицины в отношении каждого из выполняемых исследовательских фрагментов; 2) Этический комитет, в чьи обязанности входит предварительная, текущая и заключительная экспертиза по выполнению всего объема этических требований надлежащей клинической практики (GCP).

Положительные заключения экспертного совета и этического комитета по каждому реализуемому фрагменту настоящей работы являлись основанием

для продолжения соответствующей исследовательской программы.

### Результаты исследования

На графике 1 представлен график соотношения синдромов становления ремиссии и возврата к хронической интоксикации в экспериментальной группе (амбулаторной МСР зависимых от опиоидов) и двух группах сравнения (1-ая группа сравнения – стационарной МСР; 2-ая группа сравнения – стандартная программа 15-дневной детоксикации) на этапах исследования.

Из представленных данных видно, что основные потери в общем объеме терапевтической динамики в экспериментальной группе происходят на первом и втором месяце реализации АМСР, а также – в продолжении второго полугодия после завершения экспериментальной программы.

В первой группе сравнения стационарных пациентов максимальные потери отмечаются в первом и втором полугодии после завершения стационарной МСР.

Существенно важным является наличие сопоставимых количественных показателей ремиссии через 0,5 года и 1 год после завершения активного курса лечения и реабилитации в экспериментальной группе и 1-ой группе сравнения.

Потери в общем объеме терапевтической динамики во 2-ой группе сравнения были стабильно-высокими и на всех этапах значительно превосходили аналогичные показатели экспериментальной группы.

На графике 2 представлены данные о процентном соотношении срывов (показатель неустойчивой ремиссии) в общем объеме пациентов с сохраняющейся терапевтической динамикой в экспериментальной группе и 2-х группах сравнения на основных этапах исследования.

График 1

Сравнительная динамика показателей ремиссии в исследуемой группе и группах сравнения 1 и 2

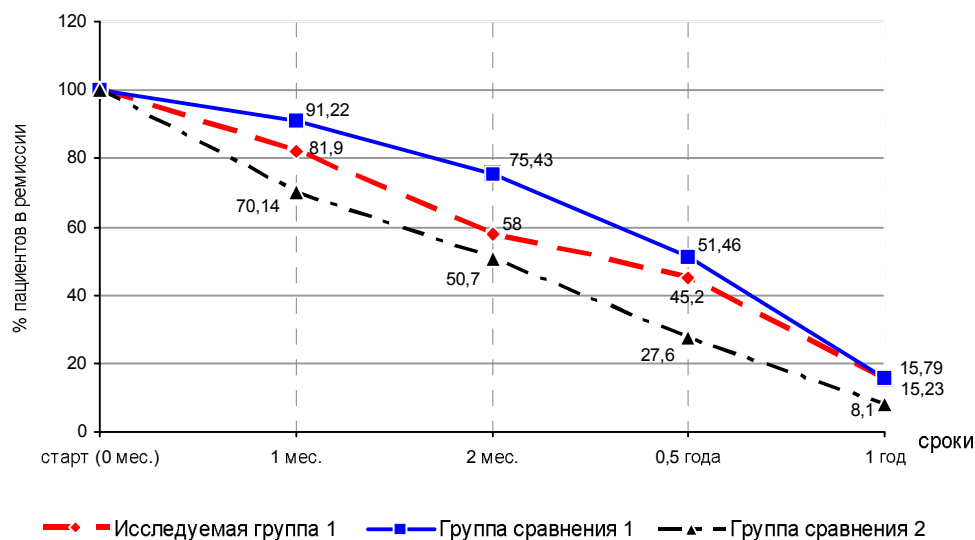
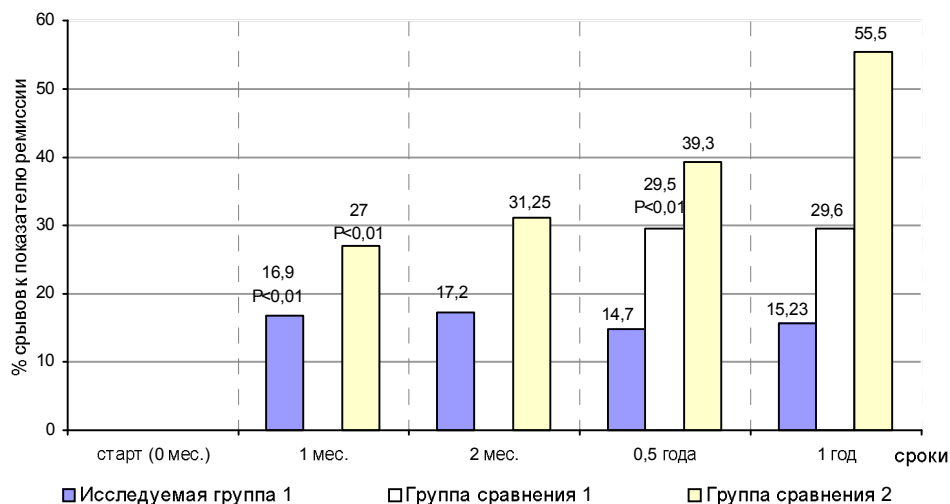


График 2

Сравнительная динамика показателей срывов в исследуемой группе и группах сравнения 1 и 2



---

---

Как видно из представленных данных, показатель объема неустойчивой ремиссии в экспериментальной группе остается достаточно стабильным на всех 4-х терапевтических этапах.

В первой группе сравнения данный показатель (что вполне естественно) появляется лишь на двух заключительных этапах – через 0,5 года и 1 год после завершения стационарной МСР, и значимо превосходит уровни неустойчивой ремиссии в экспериментальной группе.

Показатели объемов неустойчивой ремиссии во 2-ой группе сравнения существенно выше аналогичных уровней в экспериментальной группе на всех этапах, начиная со 2-го.

В таблице 1 отражена динамика представленности и выраженности в баллах основных психопатологических синдромов в экспериментальной группе.

Как видно из данных, представленных в таблице 1, наиболее объемной и представленной на всех этапах исследования является психопатология аффективного (депрессивного и дистимического) регистра. Наиболее вероятными причинами отсева пациентов из экспериментальной программы АМСР в продолжение 1-го месяца являются тяжелые проявления синдрома патологического влечения и расстройства личности возбудимого круга. Высокий уровень депрессивных и дистимических расстройств стимулирует поисковое поведение к достижению эмоционального комфорта на всех последующих этапах становления ремиссии.

Во многом, наиболее тяжелые проявления всех основных анализируемых психопатологических синдромов, связаны с динамикой синдрома патологического влечения. Однако, начиная со 2-го месяца АМСР эта взаимосвязь становится все менее очевидной.

Остаточные уровни астенических, психопатологических и интеллектуально-мнестических нарушений (в рамках психоорганического синдрома смешанной этиологии) являются «накапливаемым» негативным психопатологическим потенциалом, существенно затрудняющим адаптацию зависимых от опиоидов на этапах становления ремиссии.

В таблице 2 представлены сравнительные характеристики динамики основных психопатологических синдромов в экспериментальной группе и группах сравнения 1 и 2 на втором этапе – 1 месяц после старта АМСР.

Как видно из данных, представленных в таблице 2, в условиях стационара основные проявления синдромов патологического влечения, постабстинентного и астенического – купируются более эффективно. В то же время в условиях стационара лица с относительно более тяжелыми проявлениями указанных синдромов имеют и более высокие шансы на удержание в программе, что объясняет имеющуюся разницу в психопатологической структуре указанных синдромов между экспериментальной группой и 1-ой группой сравнения. Данный тезис подтверждается резуль-

татами, полученными во 2-ой группе сравнения, а также – данными, полученными при анализе сравнительной динамики висцеропатического синдрома в исследуемой группе и двух группах сравнения.

Из приведенных данных следует, что условия амбулаторной МСР способствуют ощутимому сглаживанию наиболее тяжелых проявлений депрессивного синдрома. Данный факт следует объяснить конструктивным влиянием значимых лиц в окружении пациентов экспериментальной группы и отсутствием разрыва с привычными условиями жизни, являющимся дополнительным стрессогенным фактором.

В таблице 3 представлены сравнительные характеристики динамики основных психопатологических синдромов в экспериментальной группе и группах сравнения на третьем этапе исследования – через 2 месяца после старта МСР.

Как видно из таблицы 3, на третьем этапе исследования достаточно отчетливо прослеживается те же тенденции к менее объемной, но более интенсивной по степени тяжести представленности синдрома патологического влечения в 1-ой группе сравнения. Однако, необходимые критерии достоверности здесь получены лишь в отношении легких проявлений анализируемого синдрома (0,68 при  $P < 0,05$ ).

Во второй группе сравнения показатели по объемам и степени тяжести проявлений синдрома патологического влечения, а также - постабстинентного синдрома - существенно менее благоприятные, чем в экспериментальной группе, с установленными критериями достоверности в отношении последнего параметра.

Существенная разница по объему (соотношение 1,27 при  $P < 0,05$ ) и тяжести проявлений астенического синдрома на третьем этапе прослеживается лишь в отношении 2-ой группы сравнения.

По прежнему сохраняется тенденция существенно более тяжелых проявлений депрессивного синдрома в двух группах сравнения с установленными критериями достоверности по 5-и из 6-и сравниваемых параметров.

В таблице 4 приведены сравнительные характеристики основных психопатологических синдромов в экспериментальной группе и двух группах сравнения на четвертом исследовательском этапе – через 0,5 года после завершения АМСР.

Как видно из данных, приведенных в таблице 4, отчетливые тенденции преобладания объема и степени тяжести депрессивного синдрома имеют место как в 1-ой, так и 2-ой группе сравнения. В то же время необходимые критерии достоверности были установлены лишь по двум позициям представленности максимальной и средней степени тяжести депрессивного синдрома во 2-ой группе сравнения.

В таблице 5 приведены сравнительные характеристики динамики основных психопатологических синдромов в экспериментальной группе и двух группах сравнения на 5-ом исследовательском этапе – через 1 год после завершения амбулаторной МСР.

Таблица 1

## Динамика представленности и выраженности в баллах основных психопатологических синдромов в экспериментальной группе (n=210)

Этапы	0 мес.			1 мес.			2 мес.			0,5 года			1 год		
	%	баллы	C	%	баллы	C <sub>1</sub> P <sub>1</sub> C <sub>2</sub> P <sub>2</sub>	%	баллы	C <sub>1</sub> P <sub>1</sub> C <sub>2</sub> P <sub>2</sub>	%	баллы	C <sub>1</sub> P <sub>1</sub> C <sub>2</sub> P <sub>2</sub>	%	баллы	C <sub>1</sub> P <sub>1</sub> C <sub>2</sub> P <sub>2</sub>
1. Синдром патологического влечения к ПАВ	3	29,0%	1,01	91,2	3	5,1%	0,18	0,64 / 0,65	0,76	0,14	0,88 / 0,57	1,34	0,19	38,7	0,1
	2	33,3%	-	-	2	50,7%	1,52	<0,01 / <0,01	0,16	0,25	<0,01 / <0,01	1,67	0,41	0,81	0,33
	1	36,3%	-	-	1	35,4%	0,97	<0,01 / <0,01	1,32	1,26	<0,01 / <0,01	0,76	0,97	0,42	0,41
2. Постабстинентный синдром	3	29,0%	0,9	-	3	4,5%	0,16	0,39 / 0,35	0	0	<0,01 / <0,01	-	-	3	-
	2	26,7%	81,8	-	2	45,0%	1,23	<0,01 / <0,01	<0,05	<0,01	<0,01 / <0,01	-	-	-	-
	1	33,3%	<0,01	-	1	32,3%	0,97	<0,01 / <0,01	0,68	0,66	<0,01 / <0,01	-	-	1	-
3. Псевдоабстинентный синдром	3	-	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	3	17,2%
	2	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	2	5,0%
	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
4. Астенический синдром	3	40,0%	0,92	79,9	3	13,6%	0,34	0,44 / 0,4	0	0	0,88 / 0,35	-	0,03	0	0
	2	26,7%	<0,01	-	2	50,7%	1,9	<0,01 / <0,01	0,26	0,49	<0,01 / <0,01	0,9	0,44	0	0
	1	20,0%	<0,05	-	1	15,5%	0,76	<0,01 / <0,01	1,43	1,1	<0,01 / <0,01	0,79	0,87	0,81	0,71
5. Депрессивный синдром	3	33,3%	0,9	-	3	13,6%	0,42	0,78 / 0,7	0,38	0,15	0,9 / 0,63	1,12	0,17	0,91	0,16
	2	23,3%	75,3%	-	2	32,0%	1,37	<0,01 / <0,01	<0,05	<0,01	<0,01 / <0,01	0,98	0,34	1	0,34
	1	26,7%	<0,01	-	1	29,6%	1,11	<0,01 / <0,01	1,54	1,71	<0,01 / <0,01	0,86	1,48	0,63	0,93

Продолжение таблицы 1

Этапы Синдромы	0 мес.			1 мес.			2 мес.			0,5 года			1 год						
	%	баллы	С	Р	С	баллы	С <sub>1,2</sub>	P <sub>1,2</sub>	C <sub>1</sub>	P <sub>1</sub>	C <sub>2</sub>	P <sub>2</sub>	%	баллы	C <sub>1</sub>	P <sub>1</sub>	C <sub>2</sub>	P <sub>2</sub>	
																			С
6. Дисимический (типопатический) синдром	3	9,1%	1,28	-	0,67	3	1,29 / 1,66	-	0,79	0,53	0,83	0,44	-	3	6,1%	1,52	1,29 / 2,26	-	0,67
	2	4,4%	-	-	2	-	-	1,17	2,34	0,79	1,84	-	2	10,3%	1,27	-	2,34	-	-
	1	2,9%	<0,01	-	2,14	1	<0,05	-	1,97	4,2	1,37	5,76	-	1	20,8%	1,25	-	7,17	-
7. Психопатический синдром	3	6,7%	0,47	-	0,31	3	0,54 / 0,26	-	0,57	0,18	0,83	0,15	-	3	1,2%	1,2	0,94 / 0,23	-	0,18
	2	3,3%	-	-	1,85	2	-	0,49	0,9	1	0,9	<0,05	2	2,1%	0,7	-	0,64	-	-
	1	20,0%	<0,01	<0,01	0,34	1	<0,01	-	0,58	0,19	0,97	0,8	-	1	4,1%	1,08	-	0,21	-
8. Психопатологический синдром	3	23,3%	0,86	-	0,22	3	0,88 / 0,75	-	0,59	0,13	1,07	0,14	-	3	2,1%	0,66	0,79 / 0,42	-	0,09
	2	6,7%	-	-	4	-	-	0,34	1,37	0,68	0,94	<0,01	2	5,9%	0,94	-	0,88	-	-
	1	13,3%	<0,01	<0,05	0,41	1	-	3,81	1,55	<0,01	0,66	1,02	-	1	10,6%	0,78	-	0,79	-
9. Психопатический синдром	3	16,6%	0,96	-	0,37	3	0,99 / 0,95	-	0,8	0,3	0,71	0,21	-	3	2,4%	0,69	0,86 / 0,75	-	0,14
	2	8,5%	-	-	1,79	2	-	0,86	1,53	0,99	1,59	<0,01	2	11,5%	0,89	-	1,35	-	-
	1	6,7%	-	-	1,24	1	-	1,48	1,84	0,89	1,6	-	1	9,9%	0,9	-	1,48	-	-
10. Висцеропатический синдром	3	23,3%	1,05	-	0,68	3	0,58 / 0,61	-	0,26	0,18	1,1	0,9	-	3	2,8%	0,62	0,49 / 0,29	-	0,12
	2	33,3%	-	-	1,31	2	-	0,43	0,57	0,24	0,14	<0,01	2	2,3%	0,51	-	0,07	-	-
	1	16,7%	-	-	1,17	1	<0,01 / <0,01	-	11,3	1,32	1,57	2,08	-	1	16,7%	0,48	<0,05 / <0,01	-	7



Сравнительные характеристики динамики основных психопатологических синдромов в экспериментальной группе (n=172) и группах сравнения 1 (n=156) и 2 (n=155) на втором этапе – 1 месяц после старта МСР

Синдромы	Исследуемая группа (n=172)			Группа сравнения 1 (n=156)						Группа сравнения 2 (n=155)						
	%	баллы		%	баллы	C <sub>1</sub>	P <sub>1</sub>	P <sub>2</sub>	%	баллы	C <sub>1</sub>	C <sub>2</sub>	P <sub>1</sub>	P <sub>2</sub>		
1. Синдром палогического влечения к ПАВ	91,2	3	5,1%	68,3	3	10,2%	0,71	<0,01	<0,05	93,4	1,02	2,52	-	<0,05		
		2	50,7%		0,71	<0,05						2		63,6%	1,25	<0,05
		1	35,4%		0,62	<0,01						1		16,9%	0,48	<0,01
2. Поставбинентный синдром	81,8	3	4,5%	72,1	3	6,9%	0,88	<0,05	<0,01	88,1	1,07	2,24	-	-		
		2	45,0%		0,66	<0,05						2		52,2%	1,16	-
		1	32,3%		1,1	-						1		25,9%	0,8	-
3. Псевдоабстинентный синдром	-	3	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
		2	-		-	-						2		-	-	-
		1	-		-	-						1		-	-	-
4. Астенический синдром	79,9	3	13,6%	66,7	3	5,9%	0,83	<0,05	<0,05	86,7	1,08	1,32	-	-		
		2	50,7%		2,74	<0,05						2		53,1%	1,05	-
		1	15,5%		1,58	-						1		15,7%	1,01	-
5. Депрессивный синдром	75,3	3	13,6%	78,4	3	22,8%	1,04	-	<0,05	79,3	1,05	1,77	-	<0,05		
		2	32,0%		1,15	-						2		33,7%	1,1	-
		1	29,6%		0,64	<0,05						1		21,5%	0,73	-
6. Дистимический (диполатический) синдром	21,2	3	6,1%	18,6	3	7,7%	0,87	-	-	12,1	0,57	1,23	-	-		
		2	8,8%		0,69	-						2		2,2%	0,25	<0,01
		1	6,2%		0,77	-						1		2,4%	0,39	-
7. Психопатический синдром	14,9	3	2,1%	18,8	3	4,1%	1,26	-	-	27,2	1,82	2,71	-	-		
		2	6,1%		1,31	-						2		12,9%	2,11	-
		1	6,7%		1	-						1		8,6%	1,28	-
8. Психопатологический синдром	37,2	3	5,1%	45,2	3	8,2%	1,21	-	-	53,4	1,43	1,82	-	-		
		2	26,8%		0,84	-						2		26,8%	1	-
		1	5,4%		2,7	<0,01						1		17,3%	0,29	<0,01
9. Психопатический синдром	30,5	3	6,1%	37,6	3	8,8%	1,23	-	-	35,0	1,14	1,38	-	-		
		2	15,2%		1,34	-						2		18,7%	1,23	-
		1	8,3%		1,02	-						1		7,9%	0,95	-
10. Висцеропатический синдром	77,2	3	15,9%	88,1	3	22,7%	1,14	-	-	94,1	1,21	2,33	-	<0,01		
		2	43,6%		1,41	<0,01						2		48,7%	1,12	-
		1	19,6%		0,21	<0,01						1		8,7%	0,44	<0,01

Сравнительные характеристики динамики основных психопатологических синдромов в экспериментальной группе (n=122) и группах сравнения 1 (n=129) и 2 (n=112) на третьем этапе – 2 месяца после старта МСР

Синдромы	Исследуемая группа (n=122)		Группа сравнения 1 (n=129)					Группа сравнения 2 (n=112)						
	%	баллы	%	баллы	C <sub>1</sub>	C <sub>2</sub>	P <sub>1</sub>	P <sub>2</sub>	%	баллы	C <sub>1</sub>	C <sub>2</sub>	P <sub>1</sub>	P <sub>2</sub>
1. Синдром патологического влечения к ПАВ	59,0	3	4,1%	3	6,1%	0,88	1,49	-	71,1	3	7,1%	1,73	-	-
		2	8,2%	2	13,9%		1,70	-		2	42,7%	5,2	-	<0,01
		1	46,7%	1	32,1%		0,68	<0,05		1	21,3%	0,46	-	-
2. Постабстинентный синдром	32,0	3	-	3	0,0%	0,95	-	-	42,5	3	8,8%	-	-	<0,01
		2	9,8%	2	7,1%		0,72	-		2	25,3%	0,04	-	<0,01
		1	22,1%	1	23,5%		1,06	-		1	8,4%	0,38	-	<0,01
3. Псевдоабстинентный синдром	-	3	-	3	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-
		2	-	2	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-
		1	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-
4. Астенический синдром	35,2	3	-	3	-	0,85	-	-	44,8	3	12,1%	-	-	<0,01
		2	13,1%	2	10,8%		0,82	-		2	19,5%	1,49	-	-
		1	22,1%	1	19,3%		0,87	-		1	13,2%	0,60	-	-
5. Депрессивный синдром	59,0	3	5,1%	3	17,7%	1,07	3,47	<0,01	71,5	3	21,8%	4,27	-	<0,01
		2	8,2%	2	20,1%		2,45	<0,05		2	30,1%	3,67	-	<0,01
		1	45,7%	1	35,9%		0,79	-		1	19,6%	0,43	-	<0,01
6. Дистимический (типолатический) синдром	27,3	3	4,8%	3	8,1%	0,87	1,69	-	18,3	3	6,6%	1,38	-	-
		2	10,3%	2	9,7%		0,94	-		2	6,3%	0,61	-	-
		1	12,2%	1	6,8%		0,56	-		1	5,4%	0,44	-	-
7. Психопатический синдром	8,1	3	1,2%	3	0,8%	2,0	0,96	-	21,7	3	5,5%	4,58	-	-
		2	3,0%	2	4,5%		1,5	-		2	10,1%	3,37	<0,01	-
		1	3,9%	1	10,9%		2,79	-		1	12,1%	3,1	<0,05	-
8. Психопатологический синдром	32,8	3	3,0%	3	6,6%	1,25	2,2	-	44,3	3	7,7%	2,57	-	-
		2	9,2%	2	18,3%		1,99	<0,05		2	14,9%	1,62	-	-
		1	20,6%	1	16,2%		0,79	-		1	21,7%	1,05	-	-
9. Психоорганический синдром	30,2	3	4,9%	3	4,4%	1,15	0,90	-	31,8	3	7,1%	1,45	-	-
		2	13,0%	2	19,1%		1,47	-		2	12,5%	0,96	-	-
		1	12,3%	1	11,3%		0,92	-		1	12,2%	0,99	-	-
10. Висцеропатический синдром	45,1	3	4,1%	3	7,3%	1,52	1,78	<0,01	83,4	3	22,6%	5,51	<0,01	<0,01
		2	18,9%	2	42,8%		2,26	<0,01		2	43,4%	2,3	<0,01	<0,01
		1	22,1%	1	18,4%		0,84	-		1	17,4%	0,79	-	-

Сравнительные характеристики динамики основных психопатологических синдромов в экспериментальной группе (n=95) и группах сравнения 1 (n=88) и 2 (n=61) на четвертом этапе – 0,5 года после завершения МСР

Синдромы	Этапы	Исследуемая группа (n=95)			Группа сравнения 1 (n=88)						Группа сравнения 2 (n=61)						
		%	баллы		%	баллы	C <sub>1</sub>	C <sub>2</sub>	P <sub>1</sub>	P <sub>2</sub>	%	баллы	C <sub>1</sub>	C <sub>2</sub>	P <sub>1</sub>	P <sub>2</sub>	
1. Синдром патологического влечения к ПАВ	3	52,0	5,5%	3	2,8%	0,93	0,51	-	-	-	58,2	3	6,4%	1,16	-	-	
	2		13,7%	2	5,3%		0,39					2	25,6%	1,87			
	1		35,5%	1	40,5%		1,14					1	26,5%	0,74			
2. Постабстинентный синдром	3	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-	-
	2		-	2	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-
	1		-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-
3. Псевдоабстинентный синдром	3	36,9	27,4%	3	26,3%	1,08	0,96	-	-	-	42,2	3	27,2%	0,99	-	-	-
	2		6,3%	2	10,1%		1,6					2	12,3%	1,95			
	1		3,2%	1	3,4%		1,06					1	2,7%	0,84			
4. Астенический синдром	3	31,0	1,1%	3	0,0%	0,88	0	-	-	-	36,7	3	6,7%	6,1	-	-	-
	2		11,8%	2	7,2%		0,61					2	8,8%	0,74			
	1		17,4%	1	20,1%		1,16					1	21,2%	1,22			
5. Депрессивный синдром	3	53,2	5,7%	3	10,2%	1,12	1,79	-	-	-	68,2	3	16,0%	2,8	-	-	<0,05
	2		8,0%	2	18,6%		2,32					2	22,3%	2,79			<0,05
	1		39,5%	1	30,6%		0,77					1	29,9%	0,76			-
6. Дистимический (типолатический) синдром	3	28,8	4,0%	3	5,5%	0,8	1,38	-	-	-	16,7	3	5,1%	1,28	-	-	-
	2		8,1%	2	10,1%		1,25					2	3,4%	0,43			
	1		16,7%	1	7,2%		0,43					1	8,2%	0,49			
7. Психопатический синдром	3	7,8	1,0%	3	0%	1,03	0	-	-	-	12,1	3	3,1%	3,1	-	-	-
	2		3,0%	2	4,4%		1,33					2	5,5%	1,83			
	1		3,8%	1	4,7%		1,24					1	3,5%	0,92			
8. Психопатологический синдром	3	23,3	3,2%	3	3,1%	0,97	0,97	-	-	-	26,2	3	6,2%	1,94	-	-	-
	2		6,3%	2	10,2%		1,62					2	10,1%	1,6			
	1		13,6%	1	9,3%		0,68					1	9,9%	0,73			
9. Психоорганический синдром	3	27,4	3,5%	3	4,0%	1,04	1,14	-	-	-	25,2	3	6,1%	1,74	-	-	-
	2		12,9%	2	10,5%		0,81					2	8,2%	0,64			
	1		11,0%	1	14,2%		1,29					1	10,9%	0,99			
10. Висцеропатический синдром	3	43,7	4,5%	3	4,1%	1,24	0,91	-	-	-	62,8	3	12,4%	2,76	-	-	-
	2		4,5%	2	38,0%		8,4					2	22,6%	5,02			<0,01
	1		34,7%	1	12,1%		0,35					1	27,8	0,8			<0,01

Сравнительные характеристики динамики основных психопатологических синдромов в экспериментальной группе (n=32) и группах сравнения 1 (n=27) и 2 (n=18) на пятом этапе – 1 год после завершения МСР

Синдромы	Этапы	Исследуемая группа (n=32)			Группа сравнения 1 (n=27)						Группа сравнения 2 (n=18)					
		%	баллы		%	баллы	C <sub>1</sub>	C <sub>2</sub>	P <sub>1</sub>	P <sub>2</sub>	%	баллы	C <sub>1</sub>	C <sub>2</sub>	P <sub>1</sub>	P <sub>2</sub>
1. Синдром патологического влечения к ПАВ	3	28,8	3,6%	3	27,3	0,0%	0,95	0	-	-	33,3	5,5%	1,16	1,96	-	-
	2		11,1%	2		8,4%		0,89				11,1%	1	1		
	1		15,6%	1		18,9%		1,21				16,6%		1,11		
2. Постабстинентный синдром	3	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	2		-	2		-		-				-	-	-		
	1		-	1		-		-				-	-	-		
3. Псевдоабстинентный синдром	3	21,2	17,2%	3	22,5	12,1%	1,06	0,7	-	-	33,3	16,6%	0,64	0,97	-	-
	2		5,0%	2		10,4%		2,08				11,1%		2,22		
	1		-	1		-		-				5,5%		-		
4. Астенический синдром	3	14,1	-	3	12,8	-	0,91	-	-	-	16,6	-	0,85	-	-	-
	2		-	2		-		-				5,5%		-		
	1		14,1%	1		12,8%		0,91				11,1%		0,79		
5. Депрессивный синдром	3	38,1	5,2%	3	45,2	4,7%	1,19	0,9	-	-	50,0	33,3%	1,31	6,4	-	<0,05
	2		8,1%	2		17,2%		2,12				11,1%		1,37		
	1		24,8%	1		23,3%		0,94				5,5%		0,22		
6. Дистимический (тимопатический) синдром	3	37,2	6,1%	3	33,3	6,6%	0,89	1,08	-	-	33,3	16,6%	0,9	2,72	-	-
	2		10,3%	2		9,5%		0,92				11,1%		1,08		
	1		20,8%	1		17,2%		0,83				5,5%		0,26		
7. Психопатический синдром	3	7,4	0%	3	10,3	0,0%	1,39	0	-	-	11,1	-	1,5	-	-	-
	2		7,4%	2		5,1%		2,43				11,1%		5,29		
	1		7,4%	1		5,2%		1,27				-		-		
8. Психопатологический синдром	3	18,6	3,1%	3	21,0	-	1,13	-	-	-	16,6	-	0,9	-	-	-
	2		6,1%	2		7,4%		1,21				16,6%		2,81		
	1		9,4%	1		13,6%		1,45				-		-		
9. Психоорганический синдром	3	23,8	3,1%	3	20,4	5,7%	0,86	1,84	-	-	16,6	-	0,7	-	-	-
	2		9,4%	2		7,4%		0,79				5,5%		3,7		
	1		11,3%	1		7,3%		0,64				11,1%		1,12		
10. Висцеропатический синдром	3	21,8	3,1%	3	46,2	7,8%	2,12	2,51	-	-	50,0	11,1%	2,3	3,96	-	-
	2		3,1%	2		7,4%		2,39				33,3%		14,5		<0,01
	1		15,6%	1		31,0%		1,86				5,5%		0,33		-

Как видно из таблицы 5, достоверная разница прослеживается лишь по параметру тяжести депрессивного и висцеропатического синдромов во 2-ой группе сравнения. Что следует объяснить недостаточным количеством пациентом в сравниваемых группах.

На графике 3 представлена сравнительная динамика синдрома анозогнозии в экспериментальной группе и двух группах сравнения на основных этапах исследования.

Как видно из графика 3 максимальная тяжесть проявлений синдрома анозогнозии, в целом, не характерна для зависимых от опиоидов (достижимый максимум проявлений тяжести по данной методике составляет 54 балла, минимум - 16). Нижний пик проявлений синдрома анозогнозии в 22,8 балла отмечается на 2-ом месяце по завершению амбулаторной МСР.

В первой группе сравнения аналогичный показатель был достигнут в конце 1-го месяца стационарной МСР, и результат оказался более стойким.

Во второй группе сравнения данный показатель стабильно ухудшался, начиная со второго исследовательского этапа.

В таблице 6 приведены данные о распределении по стадиям терапевтических изменений (по классификации Д. Прохазки, К. ДиКлемементе) пациентов в экспериментальной группе и двух группах сравнения на основных этапах исследования.

Из приведенных данных следует, что наименее активная стадия терапевтических изменений (стадия предразмышления) является доминирующей на всех этапах и во всех исследуемых группах. Что, собственно, и объясняет в целом невысокую эффективность лечения наркозависимых пациентов.

В экспериментальной группе максимально благоприятное соотношение, с активизацией двух пос-

ледних стадий терапевтических изменений (действия и сохранения результата), достигается к концу 2-го месяца АМСР.

В 1-ой группе сравнения аналогичный результат достигается к концу 1-го месяца стационарной МСР, и является более стойким.

Во второй группе сравнения наиболее благоприятное соотношение по стадиям терапевтических изменений отмечается на первом исследовательском этапе. И далее наблюдается прогрессирующее снижение терапевтической мотивации.

В таблице 7 приведены данные о сравнительной динамике усредненных показателей психологической устойчивости по основным параметрам.

Как видно из приведенных данных существенно более значимая и благоприятная динамика формирования факторов психологической устойчивости по социальному параметру (характеристики семейной системы) отмечается в ходе прохождения амбулаторной МСР. При сопоставимых значениях других параметров с первой группой сравнения.

Во второй группе сравнения констатируется отсутствие терапевтической динамики по анализируемым факторам.

В таблицах 8-9 приведены данные о значениях основных показателей качества жизни и социального функционирования (методика А.А. Чуркина, Н.К. Демчевой) в экспериментальной группе и двух группах сравнения на основных этапах исследования.

Как видно из приведенных данных для пациентов экспериментальной группы характерна существенно более благоприятная динамика формирования оптимального соотношения показателей качества жизни и социального функционирования (значений коэффициентов соотношения – КС и диссоциации - КД), чем в 1-ой и 2-ой группах сравнения.

График 3

Сравнительная характеристика динамики синдрома анозогнозии (методика В.В. Чирко, М.В. Деминой) в экспериментальной группе и группе сравнения 1 и 2

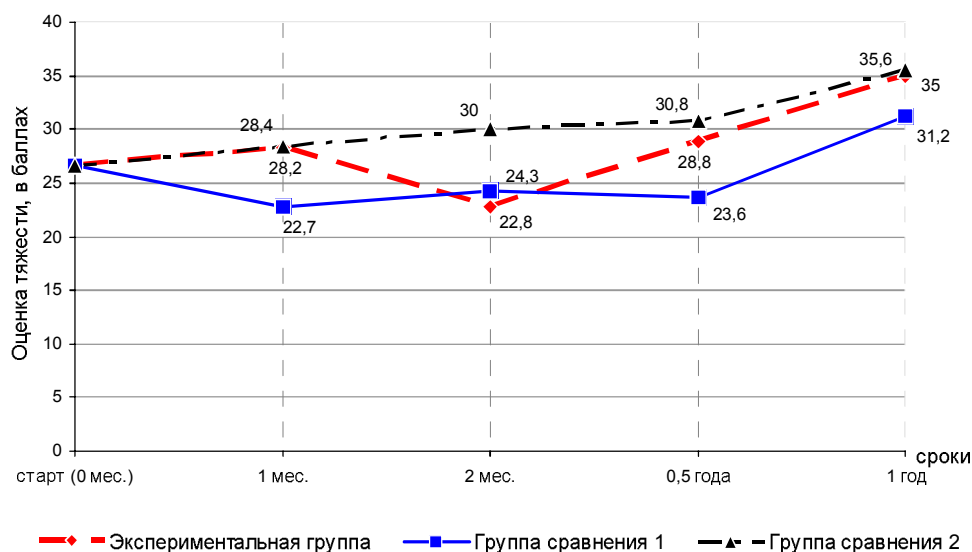


Таблица 6

Сравнительная характеристика распределения по стадиям терапевтических изменений (Д. Прохазки, К. Диклементе) пациентов в экспериментальной группе (n = 210) и группе сравнения 1 (n = 171) и 2 (n = 221)

Стадии Группы	0 мес.				1 мес.				2 мес.				0,5 года				1 год			
	Стадия пред-размышления	Стадия раз-мышления	Стадия дейст-вия	Стадия сохра-нения	Стадия пред-размышления	Стадия раз-мышления	Стадия дейст-вия	Стадия сохра-нения	Стадия пред-размышления	Стадия раз-мышления	Стадия дейст-вия	Стадия сохра-нения	Стадия пред-размышления	Стадия раз-мышления	Стадия дейст-вия	Стадия сохра-нения	Стадия пред-размышления	Стадия раз-мышления	Стадия дейст-вия	Стадия сохра-нения
Экспериментальная группа (среднее значение)	75,0	44,9	57,5	57,6	70,7	38,1	47,5	53,3	67,3	42,9	54,3	53,6	72,9	32,6	46,9	49,3	73,8	37,0	47,5	48,6
Группа сравнения 1 (среднее значение)	75,2	44,8	57,4	57,5	67,3	44	55	54,1	78,0	50,9	60,5	57,2	65,3	51,1	59,3	55,4	61,8	53,2	56,5	60,5
Соотношение	1,0	1,0	1,0	1,0	0,95	1,15	1,15	1,01	1,15	1,18	1,11	1,06	0,87	1,56	1,26	1,12	0,83	1,43	1,18	1,24
Р	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	<0,05	-	-	-	-	-	-
Группа сравнения 2 (среднее значение)	88,1	34,6	47,2	47,1	78,0	21,6	25,8	34,6	72,2	16,6	34,0	38,0	72,5	13,3	32,8	38,0	74,8	16,1	30,3	35,2
Соотношение	1,17	0,77	0,82	0,81	1,1	0,56	0,54	0,64	1,07	0,38	0,62	0,7	0,99	0,40	0,69	0,77	1,01	0,43	0,63	0,77
Р	<0,01	<0,05	<0,05	<0,05	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,05	<0,05	<0,05	<0,05	<0,05	<0,05	<0,05

Таблица 7

Сравнительная динамика усредненных показателей психологической устойчивости по параметрам:  
 1) Базисных приобретений, 2) Новообразований, 3) Социальных факторов –  
 в экспериментальной группе и группах сравнения 1 и 2

Стадии Группы	0 мес.			1 мес.			2 мес.			0,5 года			1 год		
	Базисные приобретения	Новообразования	Социальные факторы	Базисные приобретения	Новообразования	Социальные факторы	Базисные приобретения	Новообразования	Социальные факторы	Базисные приобретения	Новообразования	Социальные факторы	Базисные приобретения	Новообразования	Социальные факторы
Экспериментальная группа (среднее значение)	5,17	5,74	3,73	5,68	5,95	4,65	5,74	5,99	4,72	5,74	5,91	4,1	5,2	5,8	4,3
Группа сравнения 1 (среднее значение)	5,18	5,69	3,86	5,65	5,96	4,8	5,82	5,98	3,82	5,48	5,8	4,0	5,22	5,7	4,25
Соотношение	1,0	0,99	1,03	0,97	1,0	1,03	1,01	1,0	0,8	0,95	0,98	0,97	1,0	0,98	0,98
P	-	-	-	-	-	<0,05	-	-	<0,01	<0,05	-	-	-	-	-
Группа сравнения 2 (среднее значение)	5,16	5,72	3,84	5,28	5,78	3,88	5,42	5,8	3,55	5,22	5,23	3,6	5,2	5,27	4,0
Соотношение	1,0	1,0	1,02	0,91	0,97	0,8	0,94	0,96	0,75	0,9	0,88	0,87	1,0	0,9	0,93
P	-	-	<0,01	<0,05	-	<0,01	<0,05	<0,05	<0,05	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,05	<0,05

Характеристики показателя коэффициента соотношения (КС) в экспериментальной группе и сравниваемых группах 1 и 2

Сроки Группы	0 мес.		1 мес.		2 мес.		0,5 года		1 год		
	Абс.	Соотношение	Абс.	Соотношение	Абс.	Соотношение	Абс.	Соотношение	Абс.	Соотношение	
Экспериментальная группа	0,49	1,04	-	1,46	0,72	1,53	0,66	0,91	0,51	0,77	<0,05
Группа сравнения 1	0,47	1,27	<0,01	1,0	0,6	1,27	0,5	0,83	0,44	0,88	-
Соотношение	1,0	1,22		0,83	0,75	0,75	0,86				
Р	-	<0,01		<0,01	<0,01		<0,01		<0,01		
Группа сравнения 2	0,47	0,78	<0,01	1,08	0,4	0,85	0,3	0,75	0,3	1,0	-
Соотношение	1,0	0,75		0,55	0,45	0,45	0,58				
Р	-	<0,01		<0,01	<0,01		<0,01		<0,01		

Характеристики показателя коэффициента диссоциации (КД) в экспериментальной группе и сравниваемых группах 1 и 2

Сроки Группы	0 мес.		1 мес.		2 мес.		0,5 года		1 год		
	Абс.	Соотношение	Абс.	Соотношение	Абс.	Соотношение	Абс.	Соотношение	Абс.	Соотношение	
Экспериментальная группа	1,9	0,78	<0,01	0,86	1,3	0,68	1,16	0,89	1,22	1,05	-
Группа сравнения 1	1,8	0,72	<0,01	1,07	1,4	0,77	1,3	0,92	1,6	1,23	<0,01
Соотношение	0,94	0,86		1,07	1,12	1,12	1,31				
Р	-	<0,01		<0,01	<0,05		<0,05		<0,05		
Группа сравнения 2	1,88	0,63	<0,01	0,95	1,15	0,61	1,25	1,3	1,27	1,01	-
Соотношение	0,98	0,88		0,88	1,07	1,07	1,04				
Р	-	<0,01		<0,05	<0,01		-				



Идеальным значением КС в данной случае является 1; наиболее оптимальным значением КД – 1,1.

На рисунке 1 приведены итоговые расчеты основных показателей экономической эффективности экспериментальной программы амбулаторной МСР.

Приведенные на рисунке 1 расчеты показывают, что с экономической точки зрения (при условии сопоставимых результатов в сфере достижения ремиссии) программа амбулаторной реабилитации зависимых от опиоидов является менее затратной, и, соответственно, более эффективной, чем программа стационарной МСР.

Однако при этом следует учитывать ограниченный спектр показаний к прохождению АМСР у зависимых от опиоидов.

Таким образом, экспериментальная программа АМСР, основанная на максимально-конструктивном использовании ресурсов ближайшего окружения зависимых от опиоидов (а не только ресурсов пациента и реабилитационной бригады), при сопоставимых показателях клинической эффективности, демонстрирует преимущества в отношении социальной динамики и экономической эффективности по сравнению со стандартными программами стационарной МСР.

$$\begin{aligned} \text{ЭПэф.стац.} &= \frac{2004 * (15\%) * 999925}{102671,2 * 2004} = 1,46 \\ \text{ЭПэф.амб.} &= \frac{2004 * (15\%) * 999925}{63656,3 * 2004} = 2,35 \\ \text{ЭПэф.} &= \text{ЭПэф.амб.} - \text{ЭПэф.стац.} = 0,89 \\ \text{АСП} &= \text{АСПамб.} - \text{АСПстац.} = 78185859,6 \text{тенге} \end{aligned}$$

ЭПэф. - экономический показатель эффективности  
АСП - абсолютная стоимость пользы от внедрения новой модели АМСР.

Рисунок 1. Расчеты экономической эффективности экспериментальной программы амбулаторной МСР зависимых от опиоидов

Однако, это же обстоятельство накладывает достаточно жесткие органические по отбору пациентов для участия в программе АМСР.

#### Краткие выводы по результатам исследования

1. Структура и динамика основных психопатологических синдромов у зависимых от опиоидов в ходе прохождения экспериментальной программы амбулаторной МСР имеет значимую специфику по следующим параметрам:

- общего соотношения динамики синдромов становления ремиссии и возврата к хронической интоксикации (максимум потерь на первом и втором месяцах реализации АМСР, при сопоставимых показателях ремиссии через 0,5 года и 1 год с первой группой сравнения);
- существенно более благоприятной динамики редукции депрессивного синдрома;
- достижения значимых результатов по уменьшению тяжести проявлений синдрома анозогнозии к завершению 2-го месяца программы АМСР.

2. Для пациентов экспериментальной группы АМСР характерна существенно более интенсивная и благоприятная динамика формирования социальных факторов психологической устойчивости к повторному вовлечению в зависимость от ПАВ по параметрам взаимодействия в семейной системе.

3. В экспериментальной группе зависимых от опиоидов отмечается существенно более интенсивная динамика достижения оптимальных значений соотношения показателей качества жизни и социального функционирования, чем в 1-ой и 2-ой группах сравнения.

4. Экспериментальная программа амбулаторной МСР зависимых от опиоидов является менее затратной и, соответственно, экономически более эффективной, чем программа стационарной МСР.

5. Основными факторами, ограничивающими участие зависимых от опиоидов в АМСР и обеспечивающими конечный успех, являются исходно высокий уровень мотивации пациентов на достижение приемлемых результатов и конструктивный настрой на долгосрочное сотрудничество с реабилитационной бригадой в ближайшем окружении пациентов.

#### Практические рекомендации

1. В соответствии с результатами настоящего комплексного исследования, широкомасштабное внедрение стандартизированных программ амбулаторной МСР зависимых от опиоидов способно повысить охват и общую эффективность наркологической помощи данному, наиболее проблемному контингенту. Наиболее существенным обстоятельством является факт того, что осуществление такого масштабного внедрения не потребует дополнительных

объемов финансирования и изменения штатного расписания наркологических МО.

2. Целесообразно соблюдение следующих критериев отбора зависимых от опиоидов для прохождения амбулаторной МСР:

- предварительное прохождение 10-15 дневных стационарных курсов детоксикации;
- наличие средних или высоких уровней мотивации на освобождение от зависимости;
- наличие готовности к конструктивному сотрудничеству с реабилитационной бригадой со стороны ближайшего окружения резидентов АМСР, оформляемое специальным контрактом;

3. Целесообразно выдерживание следующих общих форматов программ АМСР:

- продолжительность не менее 2-х месяцев;
- кратность посещения основных мероприятий – ежедневно в течение двух месяцев и по индивидуальному графику - в последующем;
- интенсивность терапевтических мероприятий

– 2 ленты развивающих практик (психотерапия, тренинги, консультирование и др.), продолжительностью по 2,5-3,0 часа каждая, ежедневно; специальные ленты семейного консультирования и тренингов для ЗДЛ – по 1 ленте, продолжительностью 1,5-2,0 часа, с частотой 2-3 раза в неделю в течение 1-го месяца, и по индивидуальному графику в последующем;

4. Достижение наибольшей эффективности в реализации АМСР связано с:

- предварительной мотивационной работой с контингентом зависимых от опиоидов на этапе оказания первичной наркологической помощи;
- подготовительной работе с ЗДЛ (консультирование, тренинги) на этапе первичной наркологической помощи;
- реализацией полноценной противорецидивной и поддерживающей терапии после завершения активной фазы АМСР, в продолжение 2-х - 6 месяцев, в зависимости от остаточного уровня расстройств.

#### Литература:

1. Алтынбеков С.А., Катков А.Л. *Медицинские аспекты противодействия наркозависимости в Республике Казахстан.* – Павлодар, 2006. – 302 с.
2. *Заместительная поддерживающая терапия в ведении пациентов с опиоидной зависимостью и в профилактике ВИЧ-инфекции и СПИДа. Совместная позиция ВОЗ / УООННП / ЮНЕЙДС.*
3. Пилипенко В.Г., Басманова Т.Б. *Международный опыт сокращения спроса на наркотики (по материалам работы Межправительственной рабочей группы экспертов открытого состава по сокращению спроса на наркотики)* // *Ж. Психическое здоровье.* – М., 2008. – № 12. – С. 3-5.
4. Олейник С.В. *Наркологическая служба глазами потребителей наркотиков* // *На пути к профессиональной наркологии (аналитические очерки и статьи).* – Москва, 2008. – С. 154-163.
5. Волкова Е.В. *Разработка схем дифференцированного лечения патологического влечения к алкоголю у больных с возбужденными чертами личности в преморбиде* // *Материалы I Российского национального конгресса по наркологии с международным участием.* – М., 2009. – С. 62-63.
6. Lerner A.G. and others. *Home-based inpatient treatment vs. outpatient day clinic treatment: a preliminary report in opiate-dependent patients, Journal of Nervous and Mental Disease, vol. 183, No. 11 (1995), p. 715.*
7. McLellan A.T. and others. *Problem-service "matching" in addiction treatment: a prospective study in four programs* // *Archives of General Psychiatry, № 54, 1997, pp. 730-735.*
8. Waldorf D. *Natural recovery from opiate addiction: Some social-psychological processes of untreated recovery* // *J. Drug Issues.* – 1983. – Vol. 13. – P. 237-280.
9. Bradley B.P., Gossop M., Brewin C.R., Phillips G., Green L. *Attribution and relapse in opiate addicts* // *J. Consult. Clin. Psychol.* – 1992. – Vol. 60, № 3. – P. 470-472.
10. Cloud W., Granfield R. *Natural recovery from substance dependency: Lssions for treatment providers* // *Journal of Social Work Practice in the Addictions.* – 2001. – Vol. 1, № 1. – P. 83-104.
11. Пак Т.В. *Основные подходы к реабилитации зависимых от психоактивных веществ* // *Ж. Вопросы наркологии Казахстана.* – Павлодар, 2005. – Т. V, № 2. – С. 52-58.
12. McKay J.R. and others. *Treatment goals, continuity of care, and outcome in a day hospital substance abuse rehabilitation program* // *American Journal of Psychiatry, No. 151, 1994, pp. 254-259.*
13. Broome K.M., Simpson D.D., Joe G.W. *The role of social support following short-term inpatient treatment* // *Am. J. Addict.* – 2002. – Vol. 11. – P. 57-65.
14. See R.E. *Neural substrates of conditioned-cued relapse to drug-seeking behavior* // *Pharmacol. Biochem. Behav.* — 2002. – Mar. – Vol. 71, № 3. – P. 517-529.
15. Ooteman W., Koeter M.W., Vserheul R., Schippers G.M. van den Brick W. *Measuring craving: an attempt to connect subjective craving with cue reactivity* // *Alcohol Clin. Exp. Res.* – 2006. – Jan. – Vol. 30, № 1. – P. 57-69.
16. O'Brien C.P. *Anticraving medications for relapse prevention: a possible new class of psychoactive medications* // *Am J Psychiatry* – 2005. – Aug. – Vol. 162. – № 8. – P. 1423-1431.
17. Broome K.M., Flynn P.M., Simpson D.D. *Psychiatric comorbidity measures as predictors of retention in drug abuse treatment programs, Health Services Research, vol. 34, No. 3 (1999), pp. 791-806.*
18. Зигадло М. *Интегрированные системы оказания помощи лицам, страдающим наркоманией: опыт ассоциации «Монар»* // *Материалы I Российского национального конгресса по наркологии с международным участием.* – М., 2009. – С. 159.
19. Александров А.А. *Стигматизация в наркологии* // *На пути к профессиональной наркологии (аналитические очерки и статьи).* – Москва, 2008. – С. 163-175.
20. Айзберг О.Р. *Этическая обоснованность научных исследований в области наркологии – идеал, процедуры и реальность* // *На пути к профессиональной наркологии (аналитические очерки и статьи).* – Москва, 2008. – С. 100-109.
21. Крупицкий Е.М., Борцов А.В. *Принципы доказательной медицины в наркологии* // *На пути к профессиональной наркологии (аналитические очерки и статьи).* – Москва, 2008. – С. 84-95.