
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ И СОЦИАЛЬНОЙ ДИНАМИКИ У ЗАВИСИМЫХ ОТ ОPIOИДОВ, ОХВАЧЕННЫХ ЭТАПОМ ПЕРВИЧНОЙ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

А.Л. Катков, Е.В. Ережепов

Введение

Актуальность

Одной из основных проблем современной наркологии является наличие скрытой, неучтенной заболеваемости. В результате чего от 75 до 80% зависимых от ПАВ не получают какой-либо наркологической помощи [1, 2]. По имеющимся данным диагнозов наркологического заболевания в течение первого года употребления наркотиков устанавливается лишь в 8,2% случаев [3]. Потребители инъекционных наркотиков (ПИН) – наиболее уязвимая категория зависимых лиц – в подавляющем большинстве какой-либо специализированной помощи не получают [4]. Между тем, у ПИН, не охваченных наркологической помощью, наблюдается наихудшая динамика и прогнозы в отношении ВИЧ-инфицирования [5]. Показатели преждевременной смертности результате передозировок наркотиков на территории постсоветского пространства постоянно растут [6, 7, 8]. Основной причиной отказа от АРВТ-терапии у ВИЧ-инфицированных и появления резистентных форм является продолжающееся употребление наркотиков [9, 10, 11, 12].

Источник вышеперечисленных и многих других социальных проблем, связанных с немедицинским потреблением наркотиков, видится, в том числе и в том, что до настоящего времени зависимые от ПАВ являются наиболее стигматизированным контингентом, а наркология – стигматизированной медицинской специальностью [13]. Система постановки на учет зависимых от ПАВ является дискриминационной мерой [14]. Ассортимент услуг, предоставляемых в системе наркологической помощи, катастрофически скуден [15]. Одним из основных ошибочных постулатов советской и постсоветской наркологии следует признать ориентацию исключительно на «излечение любой ценой». При этом упускается из вида значительно более широкий спектр целей лечения – повышение качества жизни у пациентов, полное излечение которых затруднено или невозможно [16]. Данный тезис, подтверждают сведениями о том, что в течение первых месяцев реабилитационные программы покидают от 70 до 85% пациентов – зависимых от ПАВ [17, 18].

В большинстве развитых стран наркологические проблемы в последние десятилетия рассматриваются с позиций движения Нового Общественного Здоровья (НОЗ), направленного на снижение неравенства, сдвига в сторону экологического подхода и учета эпидемиологических показателей [19]. В частности, в отношении наркозависимых лиц делаются попыт-

ки найти способы лечения, снижающие уровень отрицательных социальных последствий. Т.е. свести к минимуму имеющиеся расстройства и попытаться ограничить появление новых проблем. При этом преимущество отдается тем мерам, которые обеспечивают значимый общественный эффект [20, 21]. В данной связи можно говорить о кризисе глобального нарко-прогибисционизма (политики тотальных репрессивных мер, в том числе – по отношению к наркопотребителям) [22]. Авторитетными международными организациями признается необходимость использования широкого диапазона обоснованных вариантов лечения химически зависимых лиц [23]. При этом, приоритетными, безусловно, являются те виды наркологической помощи, которые надежно профилактуют распространение ВИЧ [24].

Учеными и практиками многих стран все чаще высказывается мнение о необходимости признания за наркологическими больными подлинного статуса медицинского больного, без всяких изъятий [25], необходимости соответствия условий оказания специализированной помощи потребностям и ожиданиям наркозависимых, и возможностям их более полного охвата услугами этапа первичной наркологической помощи [26]. Подчеркивается важность первичной дифференциации контингента зависимых от ПАВ по уровням мотивации на излечение и степени готовности к изменению поведения. А также – соответствующей вторичной дифференциации видов и типов оказываемой наркологической помощи [27, 28, 29]. Акцентируется внимание на необходимость существенного расширения ассортимента и объема услуг в секторе третичной профилактики [30]. Что закономерно должно приводить к эффективному блокированию распространения наркозависимости и сопутствующего ВИЧ среди населения [31, 32].

Таким образом, исследование клинических, социальных и организационных аспектов оказания первичной наркологической помощи зависимым от ПАВ являются весьма актуальным.

Цель и задачи следования

Основная цель исследования – изучение особенностей динамики клинического, психологического и социального статусов у зависимых от опиоидов, охваченных этапом первичной наркологической помощи.

Задачи исследования

1. Изучение клинко-психопатологической, клинко-психологической, социальной динамики зависимых от опиоидов на этапе первичной наркологической помощи (ПНП);

2. Проведение сравнительного анализа динамики клинико-психопатологического, клинико-психологического и социального статусов зависимых от опиоидов в исследуемой группе (пациенты стационарной МСР после прохождения ПНП) и группе сравнения (пациенты стационарной МСР без предварительного прохождения ПНП) на этапе стационарного лечения и постреабилитационном периоде;
3. Проведение сравнительного анализа длительности и качества ремиссий в исследуемой группе и группе сравнения;
4. Проведение анализа экономической эффективности экспериментальной программы ПНП зависимых от опиоидов;
5. Обоснование рекомендаций по работе с зависимыми от опиоидов на этапе первичной наркологической помощи.

Научная новизна

1. Впервые изучается комплексная динамика клинико-психопатологических, психологических и социальных характеристик зависимых от опиоидов в рамках экспериментальной апробации стандартизированной программы первичной наркологической помощи.
2. Впервые проводится анализ сравнительной эффективности по клиническим, психологическим, социальным и экономическим параметрам периода прохождения стационарной МСР и последующего становления ремиссии у зависимых от опиоидов, получавших (исследуемая группа) и не получавших (группа сравнения) первичную наркологическую помощь.

Практическая значимость

1. Полученные при настоящем исследовании результаты позволят обосновать и внедрить клинические протоколы первичной наркологической помощи зависимым от опиоидов.
2. Результаты настоящего исследования позволят обосновать и внедрить стандарты организации первичной наркологической помощи.
3. Широкомасштабное внедрение этапа первичной наркологической помощи будет способствовать полноценному охвату реальной популяции зависимых от опиоидов технологиями ПНП, препятствующими распространению ВИЧ/СПИДа среди данного контингента, а также – способствующих мотивации на прохождение полных курсов стационарной МСР.
4. Внедрение этапа и технологий ПНП будет способствовать повышению эффективности последующей стационарной МСР, а также – системы наркологической помощи РК в целом.

Материалы и методы исследования

Общая методология исследования

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

Предмет исследования – социально-демографические, клинико-психопатологические и клинико-психологические характеристики зависимых от опиоидов, получающих наркологическую помощь на первичном и последующих этапах.

Тип исследования и основные этапы

Настоящее исследование – сочетанное (кросс-секционное и лонгитудинальное) с регулярным мониторингом отслеживаемых параметров: для клинико-психопатологического параметра – 3-кратное на каждом исследуемом этапе (первичной наркологической помощи, стационарной МСР), и на этапе формирования ремиссии (0,5 и 1 год после выписки) – итого 7-кратное; для психологических и социальных параметров – такое же 7-кратное исследование; для экономических индикаторов – 1-кратное.

На предварительном этапе исследования разрабатываются технологические характеристики этапа первичной наркологической помощи для зависимых от опиоидов.

На втором этапе набиралась общая исследуемая группа – 715 зависимых от опиоидов, охваченных программами первичной наркологической помощи, выполнялась программа первичной наркологической помощи с отслеживанием динамики основных индикаторов. Учитывалась динамика индикаторов при прохождении пациентами исследуемых групп зависимых от опиоидов, направленных с этапа ПНП (исследуемая группа – n=102), стандартных программ стационарной МСР, а также – в периоде формирования ремиссии после выписки из наркологических учреждений. Проводился анализ достоверных различий с аналогичными показателями групп сравнения (группа сравнения – n=136).

На третьем этапе систематизировались полученные данные, устанавливались основные закономерности в динамике отслеживаемых индикаторов в исследуемых группах; обобщались основные результаты исследования, формировались выводы.

Методология сбора информации

Контингент зависимых от опиоидов, входящих в общую исследуемую группу (n=715), набирался в 6 областях Казахстана – Павлодарской, Костанайской, Карагандинской, Ақмолинской, Восточно-Казахстанской, Южно-Казахстанской – с использованием методологии случайных цифр. При распределении пациентов учитывалось два фактора: 1) наличие диагноза психических и поведенческих расстройств в резуль-

тате употребления опиоидов; 2) фактор участия в экспериментальных программах первичной наркологической помощи. Основные параметры исследования (за исключением клинико-психологического) регистрировались лицами, не принимающими участие в терапевтическом процессе. Регистрируемые данные по каждому пациенту передавались в лабораторию статико-математического анализа РНПЦ МСПН, где оформлялись сводные таблицы. Данные анализировались с помощью статистической программы Agstat.exe. Интерпретация полученных результатов проводилась автором. Таким образом, имела место полная (по большинству учитываемых признаков) и частичная (по меньшей части исследуемых признаков) рандомизация материала.

Материалы исследования

В настоящем исследовании анализируются данные (специальные исследовательские карты, анкеты, заключения специалистов) относительно зависимых от опиоидов общей экспериментальной группы (n=715), исследуемой группы стационарных пациентов (n=102) и группы сравнения (n=136).

Основные параметры и индикаторы, изучаемые в отношении вышеприведенных групп, 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 клинико-психопатологических параметров:

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

в) Группа клинико-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.

Методы исследования

1. Клинико-психопатологический метод исследования используется для дифференцированной оценки психического статуса зависимых от опиоидов в экспериментальных и контрольных группах; выявления психопатологических проявлений на различных этапах становления ремиссии; отслеживания динамики редукции основных психопатологических синдромов в ходе противорецидивной и поддерживающей терапии и спонтанной жизнедеятельности пациентов, завершивших курсы амбулаторного и стационарного лечения. При этом оценивается динамика следующих психопатологических синдромов, наиболее часто представленными на этапах становления ремиссии у зависимых от опиоидов: 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 метод используется в целях исследования характеристик мотивационной сферы пациентов экспериментальных и контрольных групп, как важного индикатора эффективности терапевтического процесса на этапе ППТ и критерия прогноза длительности и качества ремиссии у исследуемого контингента зависимых от опиоидов. Данный метод используется также для оценки уровня реабилитационного потенциала по сектору базисных приобретений, новообразований возраста и социальных факторов, 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 ППТ, прогноза длительности и качества ремиссии в исследуемой выборке.

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 противорецидивной и поддерживающей терапии, как экономическая эффективность.

5. Статистический метод использовался нами для проведения статико-математического анализа иссле-

дуемых параметров и показателей, получаемых в результате использования каждого из вышеприведенных методов. Таким образом, было проанализировано 12 параметров (667 учитываемых признаков).

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

Основные характеристики экспериментальной программы первичной наркологической помощи (ПНП) зависимым от опиоидов

Основные характеристики экспериментальной программы ПНП были следующие:

Рекомендуемая длительность пребывания резидента в программе ПНП – от 4 месяцев до 2-х лет (в нашем случае – от 6 до 10 месяцев).

Кратность посещения пунктов ПНП

По данной позиции каких-либо жестких требований не устанавливалось. Резидентам была рекомендована кратность получения ПНП (ориентированной, прежде всего на удовлетворение актуальных потребностей в наркологической помощи) не менее, чем 1-3 раза в 10 дней. При этом, поощрялись более частые визиты резидентов и обсуждение индивидуального графика получения ПНП.

Основные технологии ПНП

В экспериментальной программе использовались следующие технологии.

Диагностические технологии:

- клинико-психопатологическая диагностика психических и поведенческих расстройств, развивающихся в связи с употреблением опиоидов (проводится с использованием критериев МКБ-10);
- оценка степени тяжести основных проявлений зависимости от опиоидов с использованием инструмента Индекса Тяжести Аддикции (ИТА);
- оценка степени выраженности анозогнозии с использованием методики В.В. Чирко, М.В. Деминой;
- клинико-психологическая диагностика стадии изменений по классификации Д. Прохазки, К. ДиКлементе с использованием шкалы URICA;
- клиническая диагностика коморбидной, по отношению к химической зависимости, патологии.

Информационные технологии:

- мотивационное информирование на этапе ПНП.

Консультативные технологии:

- наркологическое консультирование охваченного контингента зависимых лиц;
- наркологическое консультирование созависимых лиц;
- социальное консультирование зависимых и созависимых.

Технологии медикаментозной терапии:

- симптоматическая терапия;
- медикаментозная терапия коморбидной патологии.

Психотерапевтические технологии:

- краткосрочная мотивационная терапия (индивидуальная и групповая).

Прочие технологии:

- дотестовое и послетестовое консультирование резидентов программ ПНП при тестировании на ВИЧ;
- социальная помощь и поддержка;
- специальное обучение (собеседования, тренинги) по безопасному поведению – профилактика передозировок, ВИЧ, ИПП;
- предоставление материалов (обмен шприцев, раздача дезинфекционных материалов, информационных буклетов, презервативов потребителям инъекционных наркотиков).

Специалисты и персонал, задействованные в экспериментальных программах ПНП

- врачи-наркологи, освоившие технологию наркологического консультирования;
- психологи, владеющие навыками проведения мотивационной терапии, дотестового и послетестового консультирования, необходимыми диагностическими навыками;
- социальные работники с навыками проведения социального консультирования и мотивационной терапии;
- инструкторы по реабилитации (консультанты по зависимости) с навыками в области экспресс-технологий наркологического консультирования и мотивационной терапии;
- аутрич-работники с навыками первичного мотивационного информирования;
- средние медицинские работники с навыками оказания медицинской помощи по профилю химической зависимости и наиболее распространенной коморбидной патологии.

Организация

Из состава специалистов и сотрудников диспансерных отделений наркологических МО, а также – НПО наркологического профиля, действующих в экспериментальных регионах РК, формировались бригады с функциями оказания ПНП зависимым от опиоидов по экспериментальной программе.

Специалисты и сотрудники сформированных бригад проходили соответствующую подготовку по специальным модулям образовательной программы Treetnet в РНПЦ МСПН.

Методическое обеспечение и общий контроль за деятельностью бригад ПНП осуществляется автором.

Отличия экспериментальной программы ПНП от стандартных технологий снижения вреда в результате злоупотребления наркотиками

Основными технологиями, существенно отличающимися этап первичной наркологической помощи

от стандартных программ снижения вреда (СВ), являются наркологическое консультирование и мотивационная терапия, с возможностями объективизации данных о продвижении резидентов ПНП в плане преодоления анозогнозии и мотивации на прохождение полноценной амбулаторной и стационарной реабилитации.

Наркологическое консультирование (НК) определяется как специальная, комплексная технология мотивационного информирования зависимых от ПАВ и созависимых лиц, направленная на формирование адекватных представлений о: 1) наркологическом заболевании; 2) характеристиках психологического здоровья – устойчивости к повторному вовлечению в химическую зависимость; 3) терапевтических маршрутах освобождения от химической зависимости и достижения высоких уровней психологического здоровья – устойчивости (Катков А.Л., 2008). Технология наркологического консультирования включает отдельные компоненты комплаентной (направленной на установление адекватного терапевтического взаимодействия специалиста и пациента), когнитивно-поведенческой (в части выявления и коррекции искаженно-иррациональных представлений и убеждений в отношении вышеназванных 3-х позиций по основному предмету НК) и мотивационной (в плане формирования установок на участие в программах ПНП, прохождение полноценных программ амбулаторной или стационарной реабилитации) терапии.

Мотивационная терапия использовалась нами в экспресс варианте, разработанном W. Miller, S. Roll-nick в начале 90-х годов прошлого столетия, и обозначаемого как МЕТ. Мотивационная терапия предполагает овладение навыками активного слушания, косвенной аргументации и «мягкого подталкивания» резидента к принятию самостоятельного решения о продвижении по терапевтическому маршруту от состояния зависимости к установлению контроля и освобождению от зависимости. Методологической и диагностической основой дифференциации уровней терапевтических изменений, достигнутых в ходе МЕТ, является классификация стадий терапевтических изменений Д. Прохазка, К.ДиКлементе.

Основной функциональной направленностью ПНП является формирование адекватного сценария установления контроля и освобождения от зависимости, высоких уровней мотивации на реализацию данного сценария у резидентов ПНП. В то время как основной функциональной направленностью программ снижения вреда является формирование навыков безопасного поведения у охваченного контингента химически зависимых лиц.

Приверженность принципам надлежащей клинической практики (GCP) и доказательной медицины

Такого рода приверженность в настоящем исследовании обеспечивалась строгим соблюдением те-

зисов 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

Общая динамика движения зависимых от опиоидов в экспериментальной программе ПНП представлена в таблице 1.

Из данных, приведенных в таблице 1, следует, что объем и структура отсева резидентов программы первичной наркологической помощи (ПНП) на каждом этапе были различными. Количество пациентов, отказавшихся от участия в программе последовательно уменьшалось, в то время, как количество пациентов, направленных на прохождение медико-социальной реабилитации, достоверно и значительно увеличивалось.

В таблице 2 представлена динамика основных психопатологических синдромов на этапе ПНП.

Из данных, приведенных в таблице 2 видно, что объемные показатели по всем анализируемым синдромам оставались стабильными с тенденцией к незначительному увеличению по профилю психопатоподобного, висцеропатического, психоорганического синдромов, без должных критериев достоверности.

В тоже время по первым двум синдромам – патологического влечения и абстинентному, прослеживается достоверное уменьшение наиболее тяжелых проявлений данных состояний на втором и третьем отслеживаемых этапах (соотношения по профилю синдрома патологического влечения составили, соответственно 0,94 и 0,93 при $p < 0,05$; по профилю абстинентного синдрома – 0,75 и 0,8 при $p < 0,01$). Такая динамика объясняется изменением стереотипа наркопотребления у существенной части резидентов – отходом от наиболее «тяжелых», «уличных» наркотиков и смесей, коррекцией дозировок.

Таблица 1

Общая динамика движения зависимых от опиоидов в экспериментальной программе ПНП

Обозначение индикатора	Старт (0 мес.)	3 месяца			6 месяцев			10 месяцев			Р	
		% общего отсева на этапе	% отсева по конкретной причине	Соотношение	Р	% общего отсева на этапе	% отсева по конкретной причине	Соотношение	Р	% общего отсева на этапе		% отсева по конкретной причине
Количество пациентов в общей исследуемой группе	715	611			552			316				
% пациентов, остающихся в программе ПНП	100,0%	85,45%			77,2%			60,2%				
% отсева на каждом этапе с указанием причин: * отказ ** детокс *** реабилитация	-	14,55	11,47	-	8,25%	4,33	0,38	<0,01	17,0	*	-	<0,01
			** 2,23	-	C=0,57	** 2,52	1,13	<0,05	C ₁ =2,06 C ₂ =1,17	**	0,61	-
			*** 0,85	-	P<0,01	*** 1,4	1,65	<0,05	P ₁ <0,01 P ₂ <0,05	***	11,04	<0,01
											15,46	18,2

Таблица 2

Динамика представленности и выраженности в баллах основных психопатологических синдромов в экспериментальной группе (n = 712)

Этапы Синдромы	0 мес. (n=712)		3 мес. (n=611)					6 мес. (n=552)					
	%	баллы	%	C P	баллы	C P	%	C ₁₋₂ P ₁₋₂	баллы	C ₁ P ₁	C ₂ P ₂		
1. Синдром патологического влечения к ПАВ	100,0	3	22,2%	1,00	3	20,86%	0,94 ≤0,05	100,0	1,0 / 1,0	3	20,6%	0,99 - 0,93 ≤0,05	
		2	40,8%		2	42,86%	1,04 -			2	41,7%	0,97 -	1,02 -
		1	37,0%		1	36,34%	0,98 -			1	37,7%	1,03 -	1,02 -
2. Абстинентный синдром	100,0	3	19,2%	1,00	3	14,4%	0,75 ≤0,01	100,0	1,00/ 1,00	3	15,2%	1,05 - 0,8 ≤0,01	
		2	33,8%		2	36,3%	1,07 ≤0,05			2	34,4%	0,95 -	1,02 -
		1	47,0%		1	49,3%	1,05 -			1	50,4%	1,02 - 1,07 ≤0,05	
3. Синдром хронической интоксикации	100,0	3	27,3%	1,00	3	27,1%	0,99 -	100,0	1,00/ 1,00	3	26,5%	0,98 - 0,97 -	
		2	30,4%		2	29,8%	0,98 -			2	30,8%	1,03 -	1,01 -
		1	42,3%		1	43,1%	1,02 -			1	42,7%	0,99 -	1,01 -
4. Синдром повышения толерантности	100,0	3	20,2%	1,00	3	20,1%	0,99 -	100,0	1,00/ 1,00	3	19,8%	0,98 - 0,98 -	
		2	39,1%		2	39,3%	1,01 -			2	39,1%	0,99 -	1,0 -
		1	40,7%		1	40,6%	0,99 -			1	41,1%	1,01 -	1,01 -
5. Психонаркоподобный синдром	53,0	3	22,9%	1,00	3	23,1%	1,01 -	53,4	1,01/ 1,01	3	22,5%	0,97 - 0,98 -	
		2	18,2%		2	18,0%	0,99 -			2	18,5%	1,02 -	1,01 -
		1	11,9%		1	11,9%	1,0 -			1	12,4%	1,04 -	1,04 -
6. Висцеропатический синдром	58,8	3	19,6%	1,01	3	20%	1,02 -	59,3	1,0/ 1,01	3	19,6%	0,98 - 1,00 -	
		2	25,9%		2	25,4%	0,98 -			2	25,8%	1,02 -	1,00 -
		1	13,3%		1	13,7%	1,03 -			1	13,8%	1,01 -	1,04 -
7. Психоорганический синдром	50,4	3	16,8%	1,00	3	17,3%	1,03 -	51,2	1,02/ 1,02	3	17%	0,98 - 1,01 -	
		2	27,3%		2	26,5%	0,97 -			2	27,8%	1,04 -	1,02 -
		1	6,3%		1	6,5%	1,03 -			1	6,4%	0,98 -	1,02 -
8. Синдром изменения личности	30,8	3	14,7%	1,00	3	14,9%	1,01 -	31,4	1,02/ 1,02	3	14,7%	0,99 - 1,00 -	
		2	8,4%		2	8%	0,95 -			2	8,8%	1,02 -	1,04 -
		1	7,7%		1	7,9%	1,03 -			1	7,9%	1,0 -	1,03 -

В таблице 3 представлена динамика синдрома анозогнозии на основных этапах ПНП.

Из таблицы 3 видно, что существенные и значимые различия по уменьшению тяжести основных проявлений синдрома анозогнозии отмечались на 3-ем отслеживаемом этапе.

В таблице 4 представлена динамика стадий терапевтических изменений (по классификации Д. Прохазки, К. ДиКлементе) на этапах ПНП.

Из таблицы 4 видно, что существенные и достоверные различия со стартовыми показателями, свидетельствующие о повышении уровня терапевтического мотивации, имеют место на 2-ом и 3-ем отслеживаемых этапах.

В таблице 5 приводятся данные о динамике усредненных показателей по основным параметрам

психологической устойчивости – 1) базисным приобретениям; 2) новообразованиям возраста; 3) социальным факторам.

Из данных, приведенных в таблице 5, следует, что достоверные различия, свидетельствующие о позитивной динамике анализируемых факторов, имели место на 3-ем этапе ППТ.

В тоже время особенности отслеживаемой динамики (в целом, невысокие итоговые показатели, минимальные критерии достоверности) говорят о том, что в данном случае речь идет не столько о развитии факторов устойчивости, сколько об актуализации еще не утерянных ресурсов, в условиях относительно благоприятной терапевтической среды.

В таблице 6 приведены данные о динамике интегративных показателей качества жизни – коэффи-

Таблица 3

Характеристика динамики синдрома анозогнозии в экспериментальной группе (n=715)

Сроки	0 мес. (n=712)				3 мес. (n=611)			6 мес. (n=552)		
	Среднее значение	Среднее значение	Соотношение	Р	Среднее значение	Соотношение	Р	Среднее значение	Соотношение	Р
1. Общая оценка тяжести в баллах	28,8	27,7	0,96	-	25,12	0,9 / 0,87	<0,05 / <0,01			
2. Адекватность переживания болезни (признание наркотического заболевания)	64,1	66,8	1,04	-	74,6	1,12 / 1,16	<0,05 / <0,01			
3. Переживание вреда болезни (угроза + противостояние)	50,3	54,2	1,08	<0,05	64,0	1,18 / 1,27	<0,01 / <0,01			
4. Субъективная позиция по отношению к лечению (доверие)	61,5	63,4	1,03	-	68,46	1,08 / 1,11	<0,05 / <0,05			

Таблица 4

Характеристика динамики распределения по стадиям терапевтических изменений (Д. Прохазка, К. ДиКлементе) в экспериментальной группе (n=715)

Сроки	0 мес. (n=715)				3 мес. (n=611)			6 мес. (n=552)		
	Среднее значение	Среднее значение	Соотношение	Р	Среднее значение	Соотношение	Р	Среднее значение	Соотношение	Р
Стадия предразмышления	87,3	80,2	0,92	<0,05	67,4	0,84 / 0,77	<0,01 / <0,01			
Стадия размышления	22,6	28,6	1,26	<0,01	32,5	1,14 / 1,44	<0,01 / <0,01			
Стадия действия	27,3	31,4	1,15	<0,01	37,1	1,18 / 1,36	<0,01 / <0,01			
Стадия сохранения	30,4	32,6	1,07	-	40,3	1,24 / 1,32	<0,01 / <0,01			

Характеристика динамики факторов психологической устойчивости
в экспериментальной группе (n = 715)

Средний показатель по параметру	Сроки	3 мес. (n=611)			6 мес. (n=552)		
	0 мес. (n=715)	Среднее значение	Соотношение	Р	Среднее значение	Соотношение	Р
Базисные приобретения	5,12	5,24	1,02	-	5,51	1,05 / 1,07	- / <0,05
Новообразования возраста	5,12	5,24	1,02	-	5,51	1,05 / 1,07	- / <0,05
Социальные факторы	3,7	3,85	1,04	-	4,05	1,05 / 1,09	- / <0,05

Таблица 6

Динамика интегративных показателей качества жизни - коэффициенты соотношения (КС)
и диссоциации (КД) на этапах ПНП

Группы	Сроки	3 мес. n=611			6 мес. n=552		
	0 мес. n=715	Абс.	Соотношение	Р	Абс.	Соотношение	Р
Экспериментальная группа	<i>Коэффициент соотношения (КС)</i>						
	0,3	0,3	1,0	-	0,4	1,33 / 1,33	<0,01 / <0,01
	<i>Коэффициент диссоциации (КД)</i>						
	1,47	1,46	0,99	-	1,4	0,96 / 0,95	- / -

циентах соотношения (КС) и диссоциации (КД) на этапах ПНП.

Как видно из таблицы 6, позитивная и достоверная, но, в целом, незначительная динамика изменений прослеживается по параметрам коэффициента соотношения (КС). По параметру коэффициента диссоциации (КД), оптимальной диапазон значений которого составляет от 0,9 до 1,1, должных критериев достоверности получено не было.

Результаты, полученные по настоящему исследовательскому фрагменту, свидетельствуют о возможности относительного повышения качества жизни у зависимых от опиоидов на этапе ПНП. Однако, следует отметить невысокий уровень итоговых показателей, свидетельствующий о стойкости деструктивных тенденций наркозависимости по отношению к качеству жизни.

В целом, результаты, полученные по настоящему разделу, свидетельствуют о достаточно высоком уровне терапевтической активности экспериментальной программы ПНП в отношении редукции синдрома анозогнозии и достижения мотивации на освобождение от зависимости у существенной части резидентов.

Менее значительной и убедительной была терапевтическая динамика по факторам психологической устойчивости.

В отношении основных психопатологических синдромов, можно говорить лишь о возможностях сдерживания прогрессивной динамики развития заболевания.

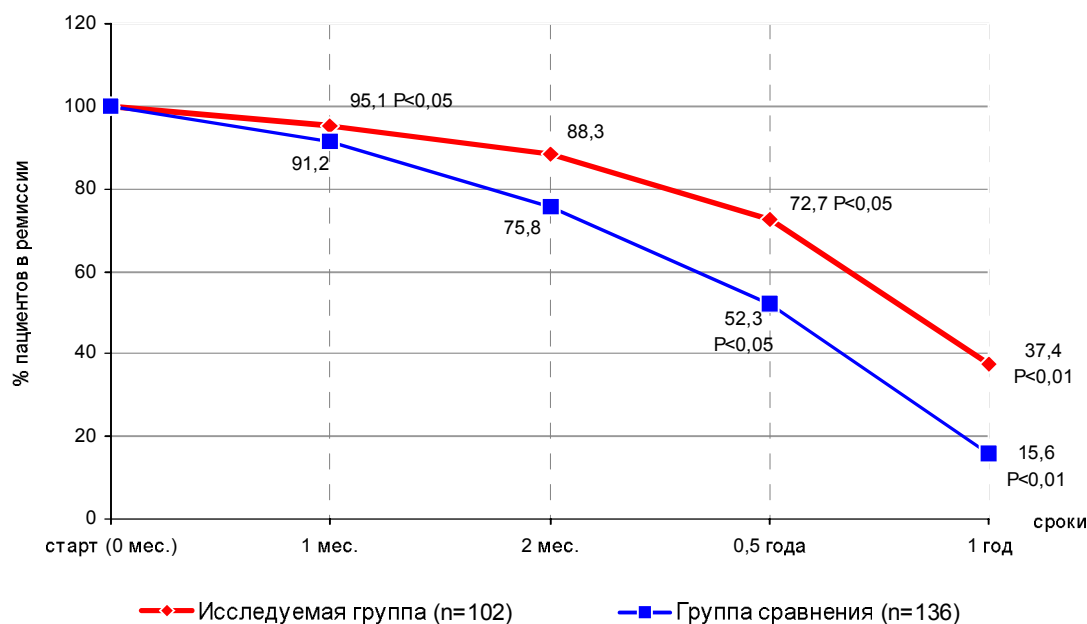
Основная цель экспериментальной программы ПНП - мотивация существенной части зависимых от опиоидов на освобождение от зависимости и участие в полноценных программах амбулаторной и стационарной МСР, в нашем случае, достигается на этапе от 6 до 10 месяцев участия в программе ПНП.

Далее приводятся результаты сравнительного исследования в группах зависимых от опиоидов, получавших и не получавших ПНП, на этапах стационарной МСР и в пострехабилитационном периоде, длительно до 1 года.

На графике 1 приведены данные о динамике показателей ремиссии в последующей группе и группе сравнения.

Как видно из графика 1, достоверные и существенные отличия в динамике показателей ремиссии имеют место на 3-м – 5-м этапах, достигая максимума на заключительном этапе – через 1 год после завершения стационарной МСР. При этом, итоговый показатель ремиссии в исследуемой группе зависимых от опиоидов после предварительного прохождения ПНП более чем в 2 раза превышал аналогичный показатель в группе сравнения.

Сравнительная динамика показателей ремиссии в исследуемой группе и группе сравнения



При этом следует иметь в виду, что показатель частоты срывов был существенно ниже в группе сравнения (соотношения на 4-ом и 5-ом этапах – 0,65 и 0,74 при $p<0,05$, соответственно). Т.е. пациенты исследуемой группы на адаптационные сложности пострехабилитационного периода достоверно чаще реагировали состояниями срыва, которые купировались за счет использования опыта экстренной помощи, ресурсов ближайшего окружения и навыков взаимодействия с амбулаторной наркологической службой, приобретаемых на этапе ПНП. В то время, как пациенты группы сравнения, в аналогичной ситуации, чаще возвращались к систематическому употреблению наркотиков (рецидив).

В таблице 7 приводятся сведения о динамике представленности и выраженности в баллах наиболее типичных для периода становления ремиссии психопатологических синдромов в исследуемой группе.

Как видно из таблицы 7, наиболее общей, существенной и достоверно значимой была тенденция к последовательному сокращению объемных показателей и уменьшению степени тяжести проявлений основных психопатологических синдромов на исследовательских этапах – со 2-го по 5-ый. В тоже время и на заключительном этапе (1 год после завершения стационарной МСР) отмечается существенная психопатологическая отягощенность, наиболее выраженная по профилям аффективных (депрессивного и дистимического) синдромов – 31,6% и 36,8%, соответственно; а также - психопатоподобного – 18,4%, психоорганического – 21,1% и висцеропатического – 36,8% - синдромов.

Сходный по объемным показателям и показателям степени тяжести была терапевтическая динамика

ка группы синдромов, непосредственно характеризующих феномен зависимости патологического влечения, постабстинентного, псевдоабстинентного и астенического. При объемных показателях от 81,4% до 85,3% и показателях тяжелой степени выраженности синдромов от 23,5 до 36,3 – на старте, отмечалась существенная редукция данных психопатологических состояний. Наиболее выраженная терапевтическая динамика отмечалась по профилю астенического синдрома (10,5% - объемный показатель на 5-ом заключительном этапе, при отсутствии тяжелой и средней степени выраженности); наименее выраженная – по профилю синдрома патологического влечения (21,1% - объемный показатель на заключительном этапе), а также – псевдоабстинентного синдрома (показатели тяжелой и средней выраженности на заключительном этапе – по 7,9%, соответственно).

Динамика аффективных синдромов на основных отслеживаемых этапах характеризовалась обратным взаимоотношением объемных показателей депрессивного и дистимического синдромов. Что, в целом, отражает процесс редукции тяжелых форм проявления аффективной патологии (депрессия) и перераспределения в более легкие формы (дистимия). Следует отметить, что суммарный объемный показатель аффективных синдромов на всех отслеживаемых этапах оставался наиболее значительным. А на заключительном этапе (68,4%) данный показатель существенно превосходил (в 1,8 и более раза) аналогичные показатели по всем прочим профилям психопатологических проявлений.

Динамика психопатического синдрома на отслеживаемых этапах была неравновесной – основное снижение объемных показателей отмечалось на 2-ом

Таблица 7

Динамика представленности и выраженности в баллах основных психопатологических синдромов в исследуемой группе (n=102)

Синдромы	0 мес. (n=102)		1 мес. (n=97)		2 мес. (n=90)		0,5 года (n=73)		1 год (n=38)								
	%	баллы	%	С	Р	баллы	С	Р	баллы	С _{1,2}	Р _{1,2}	С ₁	Р ₁	С ₂	Р ₂		
1. Синдром патологического влечения к ПАВ	85,3	3	26,5	0,76	3	8,3	0,31	<0,01	3	5,5	0,66	0,21	0,94/0,25	3	-	-	
		2	29,4	64,9	2	33,0	1,12	<0,01	2	13,3	0,4	0,45	0,41/0,19	2	7,9	1,44	0,27
		1	29,4		1	23,6	0,8		1	32,3	1,37	1,1	<0,05/1,31	1	13,2	0,31	0,45
2. Постабстинентный синдром		3	23,5	0,8	3	5,2	0,22	<0,01	3	-	-	-	-	3	-	-	-
	85,3	2	22,5	68,0	2	26,8	1,19	<0,01	2	5,5	0,21	0,24	-	2	-	-	-
		1	39,3		1	36,0	0,92	<0,01	1	22,3	0,62	0,57	<0,01/0,62	1	-	-	-
3. Псевдоабстинентный синдром		3	-	-	3	-	-	-	3	-	-	-	-	3	23,3	0,34	-
		2	-	-	2	-	-	-	2	-	-	-	-	2	7,9	1,16	-
		1	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	1	-	-	-
4. Астенический синдром	81,4	3	36,3	0,77	3	4,1	0,11	<0,01	3	8,9	0,29	0,4	0,44/0,34	3	-	-	-
		2	22,5	62,9	2	30,4	1,35	<0,01	2	18,9	0,67	0,84	0,62/0,24	2	-	-	-
		1	22,6		1	28,3	1,25		1	17,8	0,94	0,79	<0,01/0,94	1	10,5	0,59	0,46
5. Депрессивный синдром	79,4	3	29,4	0,91	3	17,5	0,6	<0,01	3	13,3	0,76	0,45	0,87/0,64	3	-	-	-
		2	20,6	72,2	2	32,9	1,6		2	15,5	0,47	0,75	0,62/0,47	2	7,9	0,82	0,38
		1	29,4		1	21,8	0,74		1	29,0	0,91	0,99	<0,01/0,91	1	23,7	0,64	0,81

Продолжение таблицы 7

Этапы	0 мес. (n=102)		1 мес. (n=97)		2 мес. (n=90)		0,5 года (n=73)		1 год (n=38)									
	%	баллы	C	P	баллы	C ₁	P ₁	C ₂	P ₂	%	C ₁₋₂	P ₁₋₂	баллы	C ₁	P ₁	C ₂	P ₂	
Синдромы	3	11,4	0,72	-	3	7,8	0,95	0,68	3	6,8	0,87	0,6	3	1,16	0,69	1,42/1,88	3	7,9
	2	4,9	1,47	-	2	8,9	1,24	1,82	2	12,3	1,38	2,51	2	0,64	1,61	0,97/1,33	2	7,9
	1	3,3	2,52	-	1	10,0	1,2	3,03	1	6,9	0,69	2,09	1	3,04	6,36	-/-	1	21,0
6. Дистимический (тимопатический) синдром	3	5,9	0,69	-	3	4,1	0,84/0,49	-	3	-	0,53/0,26	-	3	-	-	0,96/0,25	3	-
	2	2,9	2,48	-	2	3,3	0,46	1,14	2	4,1	1,24	1,41	2	-	-	-	2	-
	1	22,6	0,32	<0,01	1	12,2	1,69	0,54	1	4,1	0,34	0,18	1	1,93	0,35	<0,01	1	7,9
7. Психопатический синдром	3	18,6	0,33	<0,05	3	4,4	0,71	0,24	3	4,4	0,71	0,24	3	-	-	0,52/0,45	3	-
	2	5,9	2,97	<0,05	2	15,5	0,89/0,85	2,63	2	9,6	0,62	1,63	2	-	-	0,96/0,43	2	-
	1	18,6	0,94	<0,05	1	16,7	0,95	0,9	1	9,6	0,57	0,52	1	1,92	0,99	<0,05	1	18,4
8. Психопатологический синдром	3	14,7	0,49	-	3	3,3	0,46	0,22	3	3,3	0,46	0,22	3	-	-	0,88/0,83	3	-
	2	6,9	2,54	<0,05	2	10,5	0,6	1,52	2	12,3	1,17	1,78	2	0,64	1,14	0,77/0,64	2	7,9
	1	11,3	0,64	<0,05	1	7,2	2,4	1,53	1	15,1	0,87	1,34	1	0,87	1,17	-/-	1	13,2
9. Психоорганический синдром	3	19,6	0,89	-	3	4,4	0,25	0,22	3	4,4	0,25	0,22	3	-	-	0,37/0,51	3	-
	2	31,4	1,54	<0,05	2	37,8	0,78	1,2	2	38,3	10,1	1,22	2	<0,01	<0,01	0,79/0,71	2	-
	1	20,6	0,4	<0,05	1	22,2	2,67	1,08	1	12,4	0,56	0,6	1	2,97	1,79	-/-	1	36,8
10. Висцеропатический синдром	3	19,6	0,89	-	3	4,4	0,25	0,22	3	4,4	0,25	0,22	3	-	-	0,37/0,51	3	-
	2	31,4	1,54	<0,05	2	37,8	0,78	1,2	2	38,3	10,1	1,22	2	<0,01	<0,01	0,79/0,71	2	-
	1	20,6	0,4	<0,05	1	22,2	2,67	1,08	1	12,4	0,56	0,6	1	2,97	1,79	-/-	1	36,8

и 4-ом этапах. Т.е., в данном случае, имело место не столько терапевтическая динамика компенсации коморбидных расстройств личности и поведения, сколько динамика отсева данной категории пациентов, изначально не укладывающихся в реабилитационный режим, а также – возврат к систематическому наркопотреблению при появлении первых адаптационных сложностей.

Динамика следующей группы психопатологических синдромов демонстрирует, во-первых, объем накапливаемых эффектов зависимости от опиоидов. А во-вторых, компенсаторные возможности в условиях продолжающейся ремиссии.

Наиболее неблагоприятными, в данном плане, представляются объемные показатели висцеропатического синдрома – на заключительном 5-ом этапе объемный показатель по данному профилю составляет 36,8% и занимает 2-е место, вслед за суммарным показате-

лем по аффективным синдромам. В тоже время следует и отметить достаточную терапевтическую и компенсаторную пластичность висцеропатического синдрома, тяжелых и средних степеней выраженности которого на заключительном этапе не отмечалось

Аналогичной была динамика психопатоподобного синдрома, при том, что объемные показатели по данному психопатологическому профилю существенно уступали аналогичным показателям по висцеропатическому синдрому, как на старте, так и на заключительном этапе (43,1% и 18,4%, соответственно).

Динамика объемных показателей и показателей степени тяжести психоорганического синдрома свидетельствовала о наибольшей терапевтической ригидности данных психопатологических проявлений.

На графиках 2-6 приведена динамика основных психопатологических синдромов в исследуемой группе и группе сравнения.

Сравнительная динамика основных психопатологических синдромов в исследуемой группе и группе сравнения

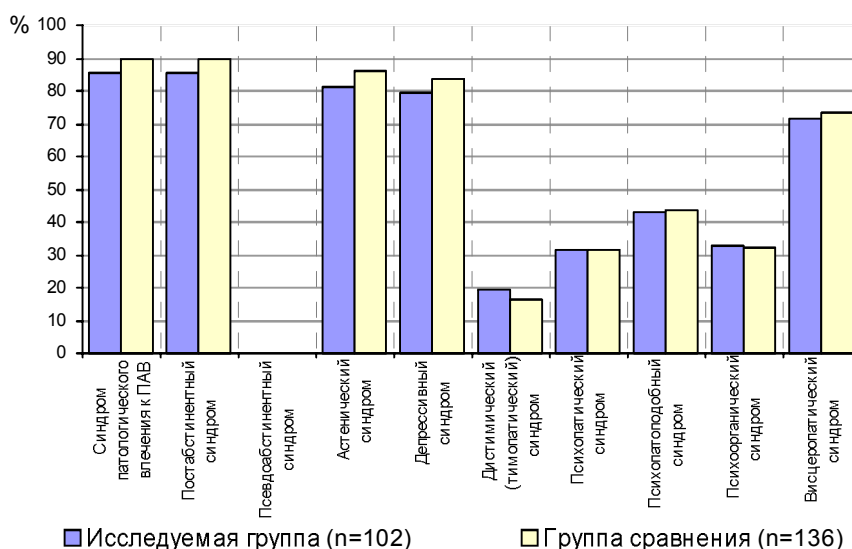


График 2. 1 этап стационарной МСР

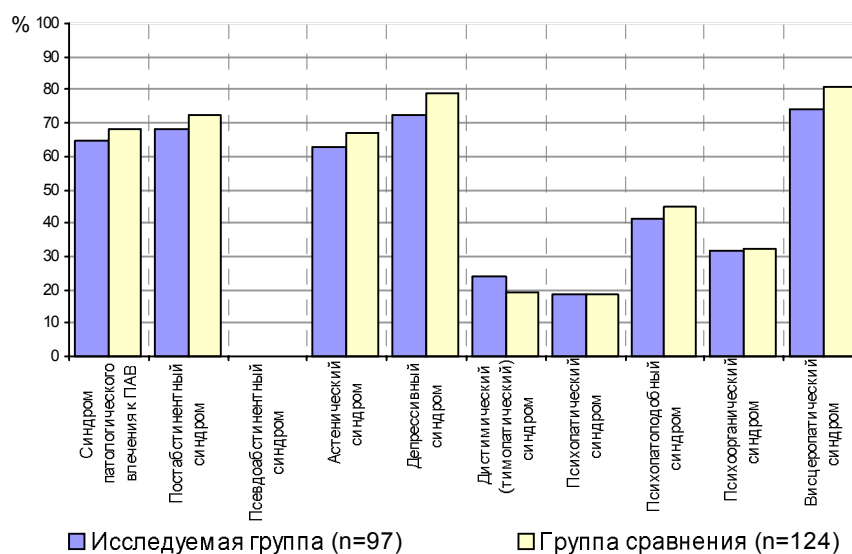


График 2. 2 этап (1 мес. стационарной МСР)

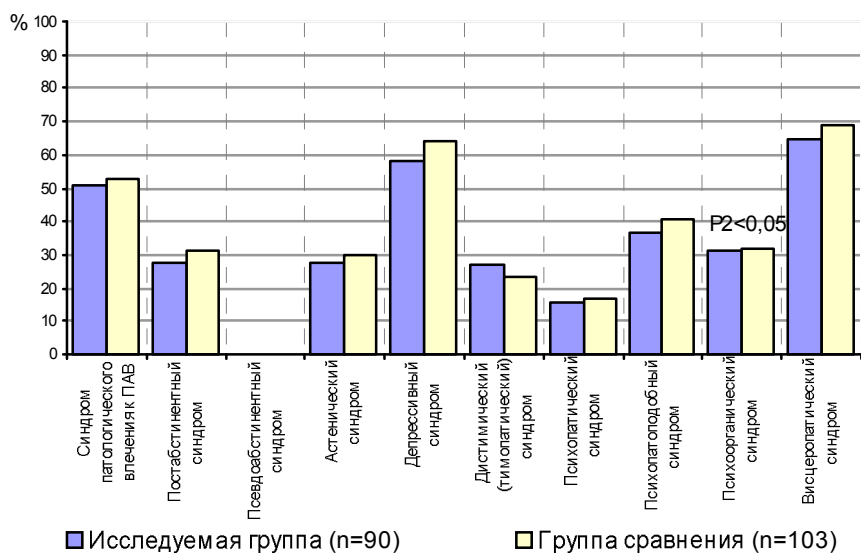


График 4. 3 этап (2 мес. стационарной МСР)

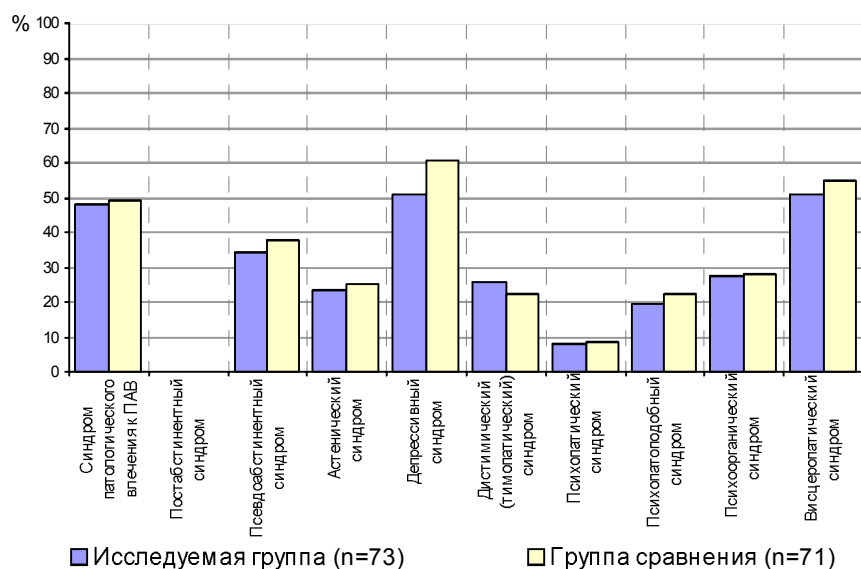


График 5. 4 этап (0,5 года после завершения стационарной МСР)

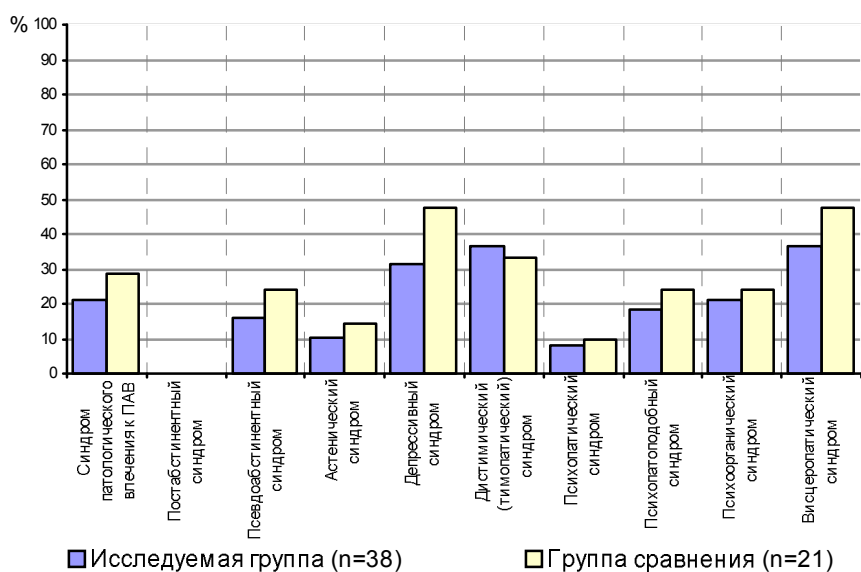


График 6. 5 этап (1 год после прохождения стационарной МСР)

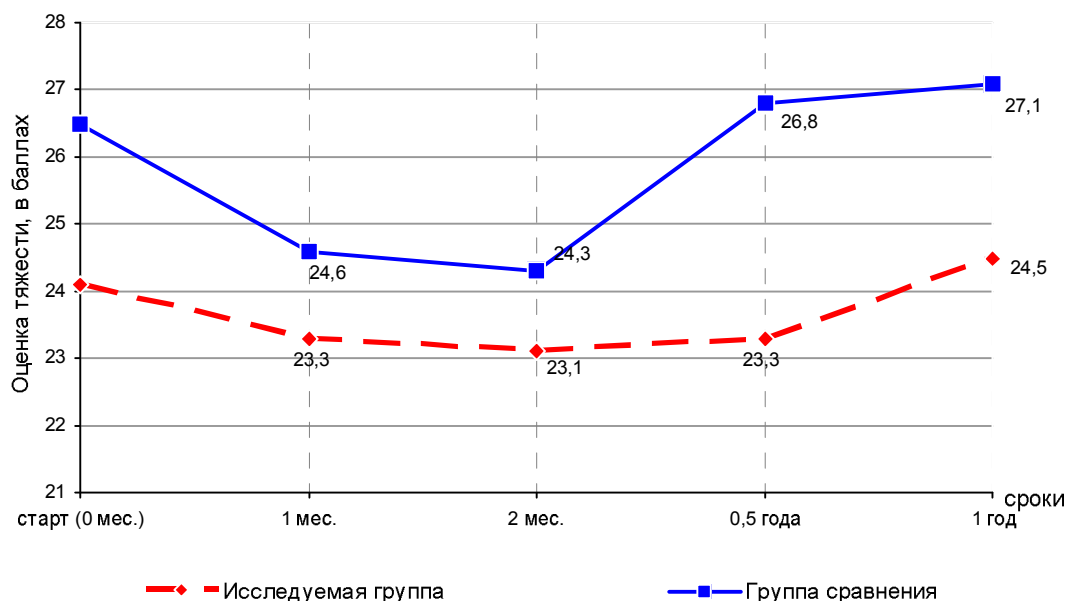
Из данных, приведенных на графиках 2-6 следует, что на всех отслеживаемых этапах прохождения стационарной МСР и этапах постреабилитационного периода имеет место тенденция к минимизации показателей объемов и тяжести основных психопатологических проявлений в исследуемой группе зависимых от опиоидов. Данная тенденция наиболее выражена в отношении депрессивного, психопатологического и висцеропатического синдромов. Однако,

необходимые критерии достоверности были установлены лишь в отношении показателя тяжести психопатологического синдрома на 3-м этапе. Что связано с недостаточным количеством пациентов в микрогруппах, набираемых по профилям и анализируемых синдромов.

На графике 7 приведены сравнительные характеристики динамики синдрома анозогнозии в исследуемой группе и группе сравнения.

График 7

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



Как видно на графике 7, достоверные и существенные различия в пользу экспериментальной группы прослеживаются на 1-м и 4-м этапах, при наличии аналогичных тенденций на всех отслеживаемых этапах.

В таблице 8 приведена сравнительная динамика стадий терапевтических изменений в исследуемой группе и группе сравнения.

Как видно из таблицы 8, достоверные и существенные различия в пользу исследуемой группы прослеживаются на всех этапах, достигая максимум на 2-ом и 4-ом этапах.

В таблице 9 приведена сравнительная динамика усредненных показателей по основным параметрам психологической устойчивости – 1) базисных приобретений; 2) новообразований возраста; 3) социальных факторов – в исследуемой группе и группе сравнения.

Как видно из таблицы 9, достоверные и существенные различия в пользу исследуемой группы прослеживаются в отношении показателя социальных факторов с 1-го по 4-ый этапы. Что отражает позитивное влияние предшествующего этапа ПНП на динамику социальных факторов психологической устойчивости.

В таблицах 10-11 приведена сравнительная динамика коэффициента соотношения (КС) и коэффициента диссоциации (КД) в исследуемых группах и группе сравнения.

Как видно из таблиц 10-11, достоверные и существенные различия в пользу исследуемой группы прослеживаются на 1-м и 4-м этапах в отношении коэффициента КС, и на всех отслеживаемых этапах в отношении коэффициента КД. Что свидетельствует о существенно более высоком качестве жизни и более адекватной оценке собственного состояния у зависимых от опиоидов, проходивших предварительный этап ПНП.

При расчетах экономической эффективности экспериментальной программы ПНП зависимым от опиоидов мы исходили из следующего:

- среднее количество зависимых от опиоидов, фиксируемое по данным последних эпидемиологических исследований 2006 г. по Республике Казахстан составляет от 90 до 100 тыс.;
- среднее количество зависимых от опиоидов, которые могут быть охваченных программами первичной наркологической помощи (используются сведения по охвату данного

Таблица 8

Характеристики распределения по стадиям терапевтических изменений (Д. Прохазки, К. ДижКлементе) пациентов в исследуемой группе (n = 102) и группе сравнения (n = 136)

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
Исследуемая (среднее значение)	65,8	43,1	54,9	55,2	57,6	50,3	60,2	57,7	62,3	57,5	62,8	57,9	60,6	45	62,5	64,8	66,7	50,7	62,1	62,5
Группа сравнения (среднее значение)	75,5	43,3	53,8	50,1	67,6	44,4	54,9	53,2	67,4	55,4	60,1	56,5	64,9	51,2	59,4	55,4	60,7	54,1	56,5	58,8
Соотноше-ние	1,15	1,0	0,98	0,9	1,17	0,88	0,91	0,92	1,08	0,96	0,95	0,97	1,07	1,14	0,9	0,85	0,91	1,06	0,9	0,94
P	<0,01	-	-	<0,01	<0,01	<0,01	<0,05	<0,05	<0,01	<0,05	-	-	<0,05	<0,01	<0,05	<0,01	<0,05	-	<0,05	-

Таблица 9

Сравнительная динамика усредненных показателей психологической устойчивости по параметрам:

1) Базисных приобретений, 2) Новообразований, 3) Социальных факторов – в исследуемой группе и группе сравнения

Стадии Группы	0 мес.			1 мес.			2 мес.			0,5 года			1 год		
	Базисные при-обретения	Новообразова-ния	Социальные факторы	Базисные при-обретения	Новообразова-ния	Социальные факторы	Базисные при-обретения	Новообразова-ния	Социальные факторы	Базисные при-обретения	Новообразова-ния	Социальные факторы	Базисные при-обретения	Новообразова-ния	Социальные факторы
Исследуемая группа (среднее значение показателей на этапах)	5,42	5,65	4,15	5,7	5,96	4,3	5,87	6,1	4,4	5,7	6,1	4,65	5,72	6,0	4,65
Группа сравнения 1 (средние значения показателей на этапах)	5,18	5,65	3,86	5,6	5,9	4,0	5,82	5,96	3,92	5,5	5,8	4,0	5,32	5,7	4,2
Соотноше-ние	0,95	1,0	0,93	0,98	0,98	0,93	0,99	0,98	0,89	0,96	0,95	0,86	0,93	0,95	0,9
P	-	-	<0,05	-	-	<0,05	-	-	<0,01	-	-	<0,01	-	-	-

Таблица 10

Характеристики показателя коэффициента соотношения (КС) в исследуемой группе (n = 102) и группе сравнения (n = 136)

Сроки Группы	0 мес.		1 мес.		2 мес.		0,5 года		1 год	
	Абс.	Соотно- шение	Абс.	Соотно- шение	Абс.	Соотно- шение	Абс.	Соотно- шение	Абс.	Соотно- шение
Исследуемая группа	0,51	1,18	0,6	1,18	0,6	1,18	0,6	1,18	0,52	1,02
Группа сравнения	0,46	1,3	0,6	1,3	0,6	1,3	0,5	1,09	0,45	0,97
Соотношение	0,9	1,0	1,0	-	1,0	-	0,83	-	0,86	-
Р	<0,05	-	-	-	-	-	<0,01	-	<0,01	-

Таблица 11

Характеристики показателя коэффициента диссоциации (КД) в исследуемой группе (n = 102) и группе сравнения (n = 136)

Сроки Группы	0 мес.		1 мес.		2 мес.		0,5 года		1 год	
	Абс.	Соотно- шение	Абс.	Соотно- шение	Абс.	Соотно- шение	Абс.	Соотно- шение	Абс.	Соотно- шение
Исследуемая группа	1,4	1,0	1,3	0,93	1,3	0,93	1,3	0,93	1,2	0,92
Группа сравнения 1	1,7	0,88	1,5	1,0	1,4	0,93	1,4	0,82	1,5	1,07
Соотношение	1,21	1,07	1,15	1,07	1,07	-	1,07	-	1,35	0,88
Р	<0,01	<0,05	<0,01	<0,01	<0,05	<0,05	<0,05	<0,01	<0,05	<0,05

- контингента программами снижения вреда) – 40 тыс.;
- расчетное количество резидентов программ ПНП, направляемых на прохождение полноценной стационарной МСР ежегодно (в соответствии с результатами наших исследований) – не менее 10% охваченного контингента или 4000 тыс. пациентов;
- финансирование на 1 пациента, проходящего полный курс стационарной МСР (расчетный показатель 2009 года по РК) – 102671,4 тыс. тенге;
- объем ВВП на душу населения в РК (показатель 2008 года) – 999925 тенге;
- показатель годовой ремиссии для пациентов, проходящих стационарную МСР без предварительного этапа ПНП, по результатам нашего исследования – 15,6%;
- показатель годовой ремиссии для пациентов, проходящих стационарную МСР после предварительного этапа ПНП, по результатам настоящего исследования – 37,4%;
- дополнительных расходов на реализацию программы ПНП не потребуется, поскольку данные программы реализуются за счет перераспределения ресурсов амбулаторного звена наркологических организаций и кооперации с НПО, реализующими программы снижения вреда за счет средств Глобального Фонда борьбы с инфекционными заболеваниями и ВИЧ/СПИДом.

С использованием методологии, описанной в предыдущем разделе, расчет экономической эффективности экспериментальной программы ПНП будет следующим:

$$ЭПэф.стац. = \frac{4000 * (15,6\%) * 999925}{102671,2 * 4000} = 1,52$$

Данное соотношение означает, что на каждую денежную единицу, вложенную в реализацию полноценной стационарной реабилитации зависимых от опиоидов, будет получено 1,52 единицы прибыли, при условии показателя годовой ремиссии в 15,6%.

$$ЭПэф.ПНП = \frac{4000 * (37,4\%) * 999925}{102671,2 * 4000} = 3,64$$

Данное соотношение означает, что с использованием на предварительном этапе программы первичной наркологической помощи (ПНП), на каждую денежную единицу, вложенную в реализацию стационарной МСР зависимых от опиоидов, будет получено 3,57 единиц прибыли при достижении показателя годовой ремиссии в 37,4%.

Истинный показатель эффективности экспериментальной программы ПНП, с учетом всего сказанного, будет составлять:

$$ИЭП_{эф.ПНП} = ЭП_{эф.ПНП} - ЭП_{эф.стац.} = 2,12$$

Т.е. чистая прибыль от внедрения этапа первичной наркологической помощи зависимым от опиоидов будет составлять 2,12 денежных единиц на каждую единицу вложений.

Показатель абсолютной стоимости пользы от внедрения ПНП, в соответствии с принятой методикой расчетов, будет составлять:

$$АСП_{ПНП} = 4000 * 102671,2 * 2,12 = 870651776 \text{ тенге}$$

Таким образом, полномасштабное внедрение программы ПНП для зависимых от опиоидов в Республике Казахстан будет приносить ежегодную прибыль свыше 800 млн. тенге.

Выводы

1. Наиболее значимыми особенностями динамики клинического статуса у зависимых от опиоидов на этапе первичной наркологической помощи являются:

- редукция тяжести проявления синдрома анозогнозии;
- тенденция к сдерживанию темпы прогрессивности психопатоподобного, висцеропатического, психоорганического синдромов;
- тенденция к уменьшению наиболее тяжелых проявлений синдрома патологического влечения и абстинентного синдрома.

2. Существенной особенностью динамики психологического статуса у зависимых от опиоидов на этапе ПНП является достижение устойчивой мотивации на освобождение от зависимости у 10-15% от охваченного контингента в период от 6 до 10 месяцев реализации экспериментальной программы.

3. Особенности динамики основных психопатологических синдромов на этапе стационарной МСР и постреабилитационном периоде в исследуемой группе зависимых от опиоидов, с предварительным участием в программе ПНП, были:

- достоверно более благоприятная динамика соотношения общих показателей сохранения ремиссионного статуса и возврата к употреблению опиоидов (рецидива) на всех отслеживаемых этапах;
- тенденции к уменьшению показателей объема и тяжести основных психопатологических синдромов (в большей степени – синдромов патологического влечения, депрессивного, психопатоподобного) на всех этапах, с достижением должных критериев достоверности по профилю психоорганического синдрома на 3-ем этапе (по завершению стационарной МСР);
- достоверно более благоприятная динамика редукции синдрома анозогнозии;

4. Динамика психологического статуса зависимых от опиоидов исследуемой группы на этапе ста-

ационарной МСР и в постреабилитационном периоде была существенно и достоверно более благоприятной в отношении:

- формирования конструктивной мотивации на освобождение от зависимости;
- формирования свойств психологической устойчивости по параметрам базисных приобретений и новообразований возраста.

5. Динамика социального статуса зависимых от опиоидов исследуемой группы в ходе прохождения стационарной МСР и в постреабилитационном периоде была существенно и достоверно более благоприятной в отношении:

- социальных факторов психологической устойчивости (социальная адаптация и особенности семейной системы);
- интегративных показателей качества жизни (коэффициентов КС и КД).

6. Использование программы ПНП более, чем в 2 раза повышает экономическую эффективность стационарной МСР зависимых от опиоидов.

Практические рекомендации

1. В соответствии с основными результатами настоящего исследования, целесообразна разработка и утверждение клинико-диагностических протоколов

этапа первичной наркологической помощи для контингента зависимых от опиоидов;

2. В соответствии с основными характеристиками экспериментальной модели ПНП должен быть разработан и утвержден стандарт организации этапа первичной наркологической помощи зависимым от опиоидов и от других инъекционных наркотиков;

3. Общая методология и особенности использования основных технологических блоков экспериментальной программы ПНП (фармакотерапевтического, психотерапевтического, консультативно-тренингового, социального) должны быть включены в стандарты дополнительного образования соответствующих специалистов наркологического профиля;

4. В связи с выявленной значимостью, в отношении последующего сохранения ремиссионного статуса у зависимых от опиоидов, таких компонентов программы ПНП, как формирование конструктивного взаимодействия с ближайшим окружением, умение использовать возможности экстренной помощи при необходимости купирования острой интоксикации, возможность использования ресурсов ПНП в случае срыва – необходимо акцентировать внимание как персонала, так и резидентов на противорецидивный потенциал ПНП, добиваясь наиболее высоких шансов на формирование длительной и устойчивой ремиссии при дальнейшем лечении.

Литература:

1. Дмитриева Т.Б., Игонин А.Л. Место медицинских мероприятий в общей системе мер по противодействию злоупотреблению алкоголем в России // На пути к профессиональной наркологии (аналитические очерки и статьи). – Москва, 2008. – С. 113-121.
2. Катков А.Л. Комплексная система управления качеством наркологической помощи Казахстана как эффективный инструмент профилактики ВИЧ // Сб. тезисов Третьей конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии, Москва, 28-30 октября 2009 года. – Москва, 2009. – Том 1. – С. 248-249.
3. Киржанова В.В., Киржанов В.Н. Период латентности инъекционного употребления наркотиков // Материалы I Российского национального конгресса по наркологии с международным участием. – М., 2009. – С. 234-235.
4. Круглов Ю.В., Затюк Я.С. Развитие системы скрининговых исследований на антитела к ВИЧ в Украине // Сб. тезисов Третьей конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии, Москва, 28-30 октября 2009 года. – Москва, 2009. – Том 1. – С. 165-166.
5. Василенко И.В. Третьичная профилактика психических и поведенческих расстройств у больных опийной наркоманией (клинико-социальный и организационно-экономический аспекты) // Автореф. дисс... к.м.н. – Алматы, 2007. – 27 с.
6. Чертов В.В. Длительность употребления наркотиков и исходы наркотической зависимости // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2006. – Приложение (41). – С. 306-307.
7. Менделевич В.Д. Риторические вопросы о кризисе современной российской наркологии // На пути к профессиональной наркологии (аналитические очерки и статьи). – Москва, 2008. – С. 6-11.
8. Шоннинг Ш., Коффин Ф., Кертис М. Передозировка: основная причина предотвратимой смертности среди ЛЖВ // Сб. тезисов Третьей конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии, Москва, 28-30 октября 2009 года. – Москва, 2009. – Том 1. – С. 87.
9. Правдивая О.А. Отказ от приема АРТ: причина, профилактика, результаты // Сб. тезисов Третьей конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии, Москва, 28-30 октября 2009 года. – Москва, 2009. – С. 210.
10. Гуревич И.Н., Жусакова М.М. Детерминация обращаемости за АРВ-терапией и приверженности к лечению у ВИЧ-позитивных в Санкт-Петербурге и Оренбурге // Сб. тезисов Третьей конференции по воп-

росам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии, Москва, 28-30 октября 2009 года. – Москва, 2009. – Том 1. – С. 203-204.

11. Яковлев А.А., Мусатов В.Б., Жукова С.В. Анализ причин прекращения антиретровирусной терапии // Сб. тезисов Второй конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии. – Москва, 2008. – С. 74.

12. Вуд Э., Монтанер Дж.С.Г., Брайтштейн П., Ёип Б., Шехтер М.Т., О'Шонесси М.В., Хогг Р.С. Растущие показатели прекращения антиретровирусной терапии среди ВИЧ-инфицированных потребителей инъекционных наркотиков: выводы для наркополитики и общественного здоровья // Международный журнал по наркополитике. Специальный выпуск на русском языке. 1 (2006). – С. 85-92.

13. Беляева В.В. Мнение медицинских работников о причинах недостаточного охвата диспансерным наблюдением пациентов, живущих с ВИЧ // Сб. тезисов Третьей конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии, Москва, 28-30 октября 2009 года. – Москва, 2009. – С. 201-202.

14. Хустова Л.В. Оценка степени удовлетворенности клиентов программ снижения вреда услугами, предоставляемыми в рамках проекта СВ // Сб. тезисов Второй конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии. – Москва, 2008. – С. 112.

15. Молчанов С.Н. Перспективы оптимизации наркологической помощи населению РК // Сб. статей и тезисов международной научно-практической конференции «Антинаркотическая политика и медико-социальные последствия потребления наркотиков: новые концепции – новые стратегии» (27-28 сентября 2007 г.). – Павлодар, 2007. – С. 65-66.

16. Менделевич В.Д. Парадоксальность принципов современной российской наркологии // На пути к профессиональной наркологии (аналитические очерки и статьи). – М., 2008. – С. 21-31.

17. De Leon G., Schwartz S. Therapeutic communities: what are; the retention rates? // Am. J. Drug Alcohol Abuse. - 1984. - Vol. 10, № 2. - p. 267-284.

18. Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж. Клиническая психиатрия. В 2 т. – Т.1 – М.: Медицина, 1994. – 672 с.

19. Susser M., Susser E. Choosing a future for epidemiology: from black box to chinese boxes and eco-epidemiology // American Journal of Public Health. – 1996 (86). – P. 674-678.

20. Хант Н. Общественное здоровье или права человека: что первично? // Международный журнал по наркополитике. Специальный выпуск на русском языке. 1 (2006). – С. 31-39.

21. Дворяк С.В., Менделевич В.Д. Духовность и эффективность в наркологии // На пути к профессиональной наркологии (аналитические очерки и статьи). – Москва, 2008. – С. 255-265.

22. Левин Г.Дж. Использование и кризис глобального нарко-прогибационизма / Международный журнал по наркополитике. Специальный выпуск на русском языке. 1 (2006). – С. 17-26.

23. Материалы 47-й сессии международной комиссии ООН по наркотикам // Ж. Вопросы наркологии. – 2004. – № 2. – С. 8-10.

24. Ходакевич Л., Хаузнер Д.С., Спрэйн О.С., Дерябина А. Комплексный подход к противодействию эпидемии ВИЧ в концентрированной стадии в странах Центральной Азии // Сб. тезисов Второй конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии. – Москва, 2008. – С. 202.

25. Пелипас В.Е. Основы формирования этических отношений в области оказания наркологической помощи // На пути к профессиональной наркологии (аналитические очерки и статьи). – М., 2008. – С. 44-58.

26. Ескалиева А.Т. Наркологическая помощь ВИЧ-инфицированным наркозависимым в Казахстане // Сб. тезисов Второй конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии. – Москва, 2008. – С. 254.

27. Чистякова Л.А., Рохлина М.Л. Особенности формирования психопатологических нарушений и корреляция их с криминальным поведением у больных с героиновой наркоманией // Актуальные вопросы биологической, клинической и профилактической наркологии. – Москва, 2007. – С. 115-116.

28. Зинова Ю.В., Вайлер Г., Кобыца Ю.В. Оценка и планирование кадрового потенциала в области ВИЧ/СПИД в Украине // Сб. тезисов Второй конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии. – Москва, 2008. – С. 184.

29. Кривулин Е.Н. Особенности амбулаторной реабилитационно-профилактической помощи наркозависимым // Актуальные проблемы возрастной наркологии. – Челябинск, 2009. – С. 155-160.

30. Алтынбеков С.А. Исследование эффективности основных механизмов противодействия распространению наркозависимости в Республике Казахстан // Автореф. дисс... докт. мед. наук. – Алматы, 2005. – 50 с.

31. Стратегия борьбы с наркоманией и наркобизнесом в Республике Казахстан на 2006-2014 годы // Утверждена Указом Президента Республики Казахстан от 29 ноября 2005 года № 1678.

32. Варецкая О.В., Салдана В. Первые признаки влияния профилактических программ среди потребителей инъекционных наркотиков на эпидемический процесс в Украине // Сб. тезисов Второй конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии. – Москва, 2008. – С. 218.