

**НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ**

**ВОПРОСЫ МЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ**

\*\*\*\*\*

**Том XVI**

**№ 2**

**2010**

**Москва-Павлодар**

---

---

## РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Профессор, доктор медицинских наук А. А. Аканов; доктор медицинских наук С. А. Алтынбеков; Н. Е. Мирошниченко (ответственный секретарь); профессор О. Т. Жужжанов; профессор Н. Т. Измаилова; профессор, доктор медицинских наук А. Л. Катков (главный редактор); профессор, доктор медицинских наук В. В. Макаров (главный редактор); кандидат психологических наук Г. А. Макарова; доктор медицинских наук С. А. Нурмагамбетова; Л. Н. Маркина (редактор); доктор медицинских наук Ю. А. Россинский; академик РАМН В. Я. Семке; А. К. Тастанова; кандидат медицинских наук А. Ю. Толстикова; профессор, доктор медицинских наук А. А. Чуркин

## РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Доктор медицинских наук М. Асимов (Алматы); профессор Н. А. Бохан (Томск); профессор М. Е. Бурно (Москва); академик, доктор медицинских наук, профессор М. Х. Гонопольский (Хайфа); доктор медицинских наук, профессор Ж. А. Доскалиев (Астана); кандидат медицинских наук Н. Б. Ережепов (Павлодар); доктор медицинских наук, профессор В. Ю. Завьялов (Новосибирск); доктор медицинских наук, профессор Р. Г. Илешева (Алматы); доктор медицинских наук, профессор Н. А. Корнетов (Томск); доктор психологических наук, профессор Р. Кочунас (Вильнюс); доктор медицинских наук, профессор Г. М. Кудьярова (Алматы); доктор медицинских наук И. Е. Куприянова (Томск); доктор медицинских наук, профессор Х. Пезешкиан (Висбаден); кандидат медицинских наук Л. А. Степанова (Томск); профессор, доктор медицинских наук Н. К. Хамзина (Астана)

Регистрационное свидетельство №1706 выдано  
Министерством печати и массовой информации  
Республики Казахстан  
Регистрационное свидетельство ПИ № 77-7054 выдано  
Министерством Российской Федерации по делам печати,  
телерадиовещания и средств массовых коммуникаций

**Внимание, соискатели! Журнал “Вопросы ментальной медицины и экологии”  
решением коллегии ВАК от 3.03.2002 г. включен в перечень изданий  
для публикации основных научных результатов диссертации**

Журнал основан в 1995 году  
Адрес редакции: 140001, Казахстан, г. Павлодар, ул. Кутузова, 200  
Телефон (факс): 8 (7182) 60-50-93  
E-mail: [neovitae@pisem.net](mailto:neovitae@pisem.net)

---

---

---

---

# ВОПРОСЫ МЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ

## СОДЕРЖАНИЕ

### УЧРЕДИТЕЛИ:

Профессиональная  
Психотерапевтическая  
Лига

РГКП  
«Республиканский  
научно-практический  
центр медико-  
социальных проблем  
наркомании»

Том XVI  
№ 2  
2010 год

выходит  
4 раза в год

### РЕДАКТОРСКИЕ СТАТЬИ

*Êàðêîâ À.Ë., Áðàæàðîâ Í.Á.*

Динамика показателей качества жизни и социального функционирования у зависимых от опиоидов, получающих противорецидивную и поддерживающую терапию после завершения стационарной МСР

9-11

*Êàðêîâ À.Ë., Áðàæàðîâ Í.Á.*

Динамика редукции основных психопатологических синдромов у зависимых от опиоидов, получающих противорецидивную и поддерживающую терапию после завершения амбулаторной МСР

11-18

*Êàðêîâ À.Ë., Áðàæàðîâ Í.Á.*

Экономическая эффективность экспериментальных программ противорецидивной и поддерживающей терапии

18-20

### ПСИХИАТРИЯ

*Äàíàíîâ Ì.À.*

Эффективность преемственности круглосуточных стационаров и стационарозаменяющего отделения на опыте работы Костанайской областной психиатрической больницы

21-22

### НАРКОЛОГИЯ

*Àéìàêîâ Ý.Ì.*

Особенности формирования никотиновой зависимости в социо-демографическом аспекте

23-25

*Áðàæàðîâ Á.Á., Êàðêîâ À.Ë.*

Динамика формирования ремиссии у зависимых от опиоидов, получавших и не получавших первичную наркологическую помощь, в ходе прохождения стационарной МСР и постреабилитационном периоде

25-27

*Áðàæàðîâ Á.Á., Êàðêîâ À.Ë.*

Динамика редукции синдрома анозогнозии у зависимых от опиоидов, получавших и не получавших первичную наркологическую помощь, в ходе прохождения стационарной МСР и постреабилитационном периоде

27-30

*Áðàæàðîâ Í.Á.*

Динамика редукции синдрома анозогнозии у зависимых от опиоидов, получающих противорецидивную и поддерживающую терапию после завершения амбулаторной МСР

30-33

*Áðàæàðîâ Í.Á.*

Динамика стадий терапевтических изменений у зависимых от опиоидов, получающих противорецидивную и поддерживающую терапию после завершения стационарной МСР

33-36

---

---

*Áðàæàíîá Í.Á.*

Динамика формирования ремиссии у зависимых от опиоидов, получающих противорецидивную и поддерживающую терапию после завершения амбулаторной МСР 39-39

*Áðàæàíîá Í.Á.*

Динамика формирования факторов психологической устойчивости к повторному вовлечению в зависимость от опиоидов у пациентов, получающих противорецидивную и поддерживающую терапию после завершения стационарной МСР 39-45

*Áðàæàíîá Í.Á., Êàðêêîá À.Ë.*

Динамика показателей качества жизни и социального функционирования у зависимых от опиоидов, получающих противорецидивную и поддерживающую терапию после завершения амбулаторной МСР 45-47

*Áðàæàíîá Í.Á., Êàðêêîá À.Ë.*

Динамика стадий терапевтических изменений у зависимых от опиоидов, получающих противорецидивную и поддерживающую терапию после завершения амбулаторной МСР 47-50

*Áðàæàíîá Í.Á., Êàðêêîá À.Ë.*

Динамика формирования факторов психологической устойчивости к повторному вовлечению в зависимость от опиоидов у пациентов, получающих противорецидивную и поддерживающую терапию после завершения амбулаторной МСР 50-55

*Êàðêêîá À.Ë., Áðàæàíîá Á.Á.*

Динамика редукции основных психопатологических синдромов у зависимых от опиоидов, получавших и не получавших первичную наркологическую помощь, в ходе прохождения стационарной МСР и постреабилитационном периоде 55-62

*Êàðêêîá À.Ë., Áðàæàíîá Á.Á.*

Динамика стадий терапевтических изменений у зависимых от опиоидов, получавших и не получавших первичную наркологическую помощь, в ходе прохождения стационарной МСР и постреабилитационном периоде 62-65

*Êàðêêîá À.Ë., Áðàæàíîá Á.Á.*

Динамика формирования факторов психологической устойчивости к повторному вовлечению в зависимость от опиоидов у пациентов, получавших и не получавших первичную наркологическую помощь, в ходе прохождения стационарной МСР и постреабилитационном периоде 65-70

*Êàðêêîá À.Ë., Áðàæàíîá Á.Á.*

Динамика показателей качества жизни и социального функционирования у зависимых от опиоидов, получавших и не получавших первичную наркологическую помощь, в ходе прохождения стационарной МСР и постреабилитационном периоде 70-71

## **ИНФОРМАЦИЯ, ОБЗОРЫ**

*Áðàæàíîá Í.Á.*

Исследование эффективности противорецидивной и поддерживающей терапии зависимых от опиоидов 72-76

---

---

---

---

<i>Àðàæ àí îâ Á.Á.</i>	
Экономическая эффективность экспериментальной программы первичной наркологической помощи (ПНП)	76-77
<i>Í àä û ð è ö ï â Æ.À.</i>	
Выявление факторов риска ИБС	77-78
<i>Í ó ð è è ì á à à à Ì.Ê.</i>	
Инволюционные психозы	78-80
<i>Í ó ð è è ì á à à à Ì.Ê.</i>	
Проблема игромании с точки зрения воздействия её на здоровье человека	80-83
<i>Ð à ç þ ì à</i>	84-94

---

---

---

---

# VOPROSY MENTAL'NOY MEDETSINY I ECOLOGII

## THE CONTENTS

### FOUNDERS:

**Professional  
Psychotherapeutic  
League**

**RPSE  
«Republican Research–  
and-Practical Center  
of Medical-Social Drug  
Addiction Problems»**

**Volume XVI  
№ 2  
2010**

**Published 4 times  
in a year**

### EDITORIAL CLAUSES

- Katkov A.L., Erezhepov N.B.*  
Dynamics of indicators of quality of life and social functioning at dependent on opioids, receiving anti-recurrent and supporting therapy after the end of stationary MSR 9-11
- Katkov A.L., Erezhepov N.B.*  
Dynamics of a reduction of the basic psychopathological syndromes at dependent on opioids, receiving antirecurrent and supporting therapy after end out-patient MSR 11-18
- Katkov A.L., Erezhepov N.B.*  
Economic efficiency of experimental programs of anti-recurrent and supporting therapy 18-20

### PSYCHIATRY

- Dadenova M.A.*  
Efficiency of succession of 24-hour hospitals and hospital-substitutional department on the experience of work of Kostanay regional psychiatric clinic 21-22

### NARCOLOGY

- Ajmakova E.M.*  
Features of formation of nicotinic dependence in social-demographic aspect 23-25
- Erezhepov E.V., Katkov A.L.*  
Dynamics of formation of remission at dependent on opioids, receiving and not receiving the primary narcological help, during passage stationary MSR and the postrehabilitation period 25-27
- Erezhepov E.V., Katkov A.L.*  
Dynamics of a reduction of anosognose syndrome at dependent on opioids, receiving and not receiving the primary narcological help, during passage stationary MSR and postrehabilitation period 27-30
- Erezhepov N.B.*  
Dynamics of a reduction of anosognose syndrome at dependent on opioids, receiving anti-recurrent and supporting therapy after the end of out-patient MSR 30-33
- Erezhepov N.B.*  
Dynamics of stages of therapeutic changes at dependent from opioids, receiving anti-recurrent and supporting therapy after the end of stationary MSR 33-36
- 
-

---



---

<i>Erezhepov N.B.</i> Dynamics of formation of remission at dependent from opioids, receiving anti-recurrent and supporting therapy after the end of out-patient MSR	36-39
<i>Erezhepov N.B.</i> Dynamics of formation of factors of psychological stability to repeated involving in dependence from opioids at the patients receiving anti-recurrent and supporting therapy after the end of stationary MSR	39-45
<i>Erezhepov N.B., Katkov A.L.</i> Dynamics of indicators of quality of life and social functioning at dependent on opioids, receiving anti- recurrent and supporting therapy after the end of out- patient MSR	45-47
<i>Erezhepov N.B., Katkov A.L.</i> Dynamics of stages of therapeutic changes at dependent on opioids, receiving anti-recurrent and supporting therapy after the end of out-patient MSR	47-50
<i>Erezhepov N.B., Katkov A.L.</i> Dynamics of formation of factors of psychological stability to repeated involving in dependence on opioids at the patients receiving anti-recurrent and supporting therapy after the end of out-patient MSR	50-55
<i>Katkov A.L., Erezhepov E.V.</i> Dynamics of a reduction of the basic psychopathological syndromes at dependent on opioids, receiving and not receiving the primary narcological help, during passage stationary MSR and the postrehabilitation period	55-62
<i>Katkov A.L., Erezhepov E.V.</i> Dynamics of stages of therapeutic changes at dependent on opioids, receiving and not receiving the primary narcological help, during passage stationary MSR and postrehabilitation period	62-65
<i>Katkov A.L., Erezhepov E.V.</i> Dynamics of formation of factors of psychological stability to repeated involving in dependence on opioids at the patients who were receiving and not receiving the primary narcological help, during passage stationary MSR and postrehabilitation period	65-70
<i>Katkov A.L., Erezhepov E.V.</i> Dynamics of indicators of quality of life and social functioning at dependent on opioids, receiving and not receiving the primary narcological help, during passage stationary MSR and postrehabilitation period	70-71

## INFORMATION, REVIEWS

<i>Erezhepov N.B.</i> Efficiency research of anti-recurrent and supporting therapy dependent on opioids	72-76
<i>Erezhepov E.V.</i> Economic efficiency of the experimental program of the primary narcological help (PNH)	76-77

---



---

---

---

<i>Nadyrkulov Z.A.</i>	
Revealing of risk factors of IHT	77-78
<i>Nurkimbaev M.K.</i>	
Involuntary psychosis	78-80
<i>Nurkimbaev M.K.</i>	
The problem of gambling from the point of view of its influence on a person's health	80-83
<i>Resume</i>	84-94

---

---



### ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ У ЗАВИСИМЫХ ОТ ОПИОИДОВ, ПОЛУЧАЮЩИХ ПРОТИВОРЕЦИДИВНУЮ И ПОДДЕРЖИВАЮЩУЮ ТЕРАПИЮ ПОСЛЕ ЗАВЕРШЕНИЯ СТАЦИОНАРНОЙ МСР

А.Л. Катков, Н.Б. Ережепов

#### Введение

В ходе реализации программы Treetnet по разработке и внедрению новых, эффективных форм и методов наркологической помощи нами проводилось исследование эффективности экспериментальной программы противорецидивной и поддерживающей терапии (ППТ) зависимых от опиоидов, завершивших курсы стационарной МСР. В частности, исследовались особенности динамики показателей качества жизни и социального функционирования среди пациентов экспериментальной группы и группы сравнения. На основании полученных результатов делались выводы об эффективности экспериментальной программы ППТ в отношении зависимых от опиоидов.

Динамика показателей качества жизни и социального функционирования в данном разделе (и аналогичных разделах последующих глав диссертационного исследования) представлена анализом двух основных интегративных показателей – коэффициента соотношения (КС), демонстрирующего истинный уровень качества жизни по отношению к объему социального функционирования; коэффициента диссоциации (КД), показывающего соотношение субъективного и объективного качества жизни.

В таблице 1 приведена характеристика динамики коэффициента соотношения (КС) в 1-ой экспериментальной группе и группе сравнения 1 на основных этапах исследования.

Как видно из таблицы 1, достоверные и существенные отличия значений КС, как по основным отслеживаемым этапам в экспериментальной группе, так и между соответствующими показателями группы сравнения 1, отмечаются, начиная с 3-го исследовательского этапа. Т.е. – по завершению активной фазы ППТ. Здесь имеются достоверные и существенные различия КС со стартовыми показателями и показателем предшествующего этапа (соотношение 1,16 при  $P < 0,05$ ). И еще более выраженные различия КС 1-ой экспериментальной группы и группы сравнения 1 (соотношение 0,71 при  $P < 0,01$ ). На следующем 4-ом этапе также имеются достоверные и существенные различия показателя КС в 1-ой экспериментальной группе и группе сравнения 1 (соотношение 0,83 при  $P < 0,05$ ). Ин-

тенсивность данных различий здесь уменьшается за счет снижения показателя КС с 0,7 до 0,6 в 1-ой экспериментальной группе. На 5-ом исследовательском этапе, при снижении значения КС в 1-ой экспериментальной группе, соотношение с аналогичным показателем в сравниваемой группе составляет 0,8 в пользу экспериментальной группы. Однако требуемых критериев достоверности здесь получено не было.

Анализ результатов, полученных по настоящему фрагменту, показывает, что экспериментальная программа ППТ 1 способствует повышению показателя качества жизни у зависимых от опиоидов, завершивших курсы стационарной МСР, начиная со 2-го этапа активной фазы ППТ, и в последующие 0,5 года. В тоже время следует отметить достаточно низкую вариабельность данного показателя на отслеживаемых этапах. Что, очевидно, связано с обстоятельством перманентного адаптационного кризиса, переживаемого зависимыми от опиоидов в продолжение 1-го года полной абстиненции. Программа ППТ, как следует из проведенного анализа, способствует значимому смягчению кризисных проявлений, что позитивно отражается на качестве жизни зависимых от опиоидов.

В таблице 2 приведены характеристики динамики коэффициента диссоциации (КД) в 1-ой экспериментальной группе и группе сравнения 1 на основных этапах.

Как видно из таблицы 2, в 1-ой экспериментальной группе имеет место динамика нормализации показателя КД (оптимальными считаются значения КД от 0,9 до 1,1) от 1-го к 3-му этапу, и некоторое ухудшение данного показателя на 4-ом и 5-ом исследовательских этапах (при отсутствии какой-либо разницы между значениями КД на данных этапах).

Существенная и достоверная разница в пользу экспериментальной группы прослеживается при сопоставлениях со значениями КД в группе сравнения 1 на каждом отслеживаемом этапе, начиная со 2-го. Так, значения соответствующих соотношений на 2-ом этапе составляли 1,11 при  $P < 0,01$ ; на 3-ем этапе – 1,33 при  $P < 0,01$ ; на 4-ом этапе – 1,08 при  $P < 0,05$ ; на 5-ом этапе – 1,23 при  $P < 0,01$ .

Таблица 1

Βαθμολογίες από τα έξι έτη έργο σχετικά με την επίτευξη (ΕΝ)  
 ή 1-ίε υπέρβαση των δεικτών από τα έξι έτη πειράσεων 1

Σροки	1 мес.			2 мес.			0,5 года			1 год			
	0 мес.	Абс.	Соотно- шение	Р	Абс.	Соотно- шение	Р	Абс.	Соотно- шение	Р	Абс.	Соотно- шение	Р
Группы													
Εξπeριμενταльная группа	0,6	0,6	1,0	-	0,7	1,16	<0,05	0,6	0,86	<0,05	0,5	0,83	-
Группа сравнения 1	0,6	0,6	1,0	-	0,5	0,83	<0,05	0,5	1,0	-	0,4	0,8	-
Соотношение	1,0	1,0			0,71	0,83	<0,05	0,83			0,8	0,67	<0,01
Р	-	-			<0,01			<0,05			-		

Таблица 2

Βαθμολογίες από τα έξι έτη έργο σχετικά με την επίτευξη (ΕΑ)  
 ή 1-ίε υπέρβαση των δεικτών από τα έξι έτη πειράσεων 1

Σροки	1 мес.			2 мес.			0,5 года			1 год			
	0 мес.	Абс.	Соотно- шение	Р	Абс.	Соотно- шение	Р	Абс.	Соотно- шение	Р	Абс.	Соотно- шение	Р
Группы													
Εξπeριμενταльная группа	1,4	1,3	0,93	<0,05	1,2	0,92	<0,05	1,3	1,08	<0,05	1,3	1,0	-
Группа сравнения 1	1,4	1,45	1,03	-	1,6	1,19	<0,01	1,4	0,87	<0,05	1,6	1,14	-
Соотношение	1	1,11			1,33	1,14	<0,01	1,08			1,23	1,14	-
Р	-	<0,01			<0,01			<0,05			<0,01		

---

---

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют об эффективности ППТ в отношении преодоления диссоциации между субъективной и объективной оценкой качества жизни, имеющейся у зависимых от опиоидов.

В целом, полученные данные демонстрируют отчетливые терапевтические эффекты ППТ в отношении повышения качества жизни у зависимых от опиоидов, завершивших курсы стационарной МСР, в фазе становления ремиссии.

## ДИНАМИКА РЕДУКЦИИ ОСНОВНЫХ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ У ЗАВИСИМЫХ ОТ ОПИОИДОВ, ПОЛУЧАЮЩИХ ПРОТИВОРЕЦИДИВНУЮ И ПОДДЕРЖИВАЮЩУЮ ТЕРАПИЮ ПОСЛЕ ЗАВЕРШЕНИЯ АМБУЛАТОРНОЙ МСР

А.Л. Катков, Н.Б. Ережепов

### Введение

В ходе реализации программы Treetnet по разработке и внедрению новых, эффективных форм и методов наркологической помощи нами проводилось исследование эффективности экспериментальной программы противорецидивной и поддерживающей терапии (ППТ) зависимых от опиоидов, завершивших курсы амбулаторной МСР. В частности, исследовались особенности динамики редукции основных психопатологических синдромов среди пациентов экспериментальной группы и группы сравнения. На основании полученных результатов делались выводы об эффективности экспериментальной программы ППТ в отношении зависимых от опиоидов.

В таблице 1 приведены данные о динамике основных психопатологических синдромов (объемы, степень тяжести) во 2-ой экспериментальной группе и группе сравнения 2 на отслеживаемых этапах.

Как видно из таблицы 1, основными по интенсивности (объем и тяжесть) на всех этапах во 2-ой экспериментальной группе являются аффективные синдромы (депрессивный и дистимический), синдром патологического влечения, а также - висцеропатический синдром. При этом для каждого из вышеназванных синдромов (за исключением дистимического) характерна динамика в сторону уменьшения объемов на каждом последующем этапе. А также - редукции наиболее тяжелых проявлений, начиная со 2-3 этапов, за исключением висцеропатического синдрома, полное отсутствие относительно тяжелых проявлений которого отмечалось лишь на 4-ом отслеживаемом этапе. При этом, следует отметить, что наличие существенных и достоверных отличий, как по объему, так и по тяжести проявлений вышеназванных синдромов фиксировались, в основном, на 4-ом, 5-ом этапах исследования - между показателями данных этапов и стартовыми значениями. Для депрессивного синдрома достоверная разница по данным параметрам достигалась, начиная с 3-го этапа. Наиболее ригидным в плане редук-

ции первоначальных объемов из вышеприведенных основных психопатологических синдромов оказался висцеропатический. Соотношение объема данного синдрома на заключительном и стартовом этапе составляет 0,69 при  $P<0,01$  (по депрессивному синдрому - 0,43 при  $P<0,01$ ; по синдрому патологического влечения - 0,35 при  $P<0,01$ ).

В динамике дистимического синдрома отмечалось некоторое снижение объемного показателя на 2-ом - 3-ем этапах, и его увеличение на 4-ом этапе без должных критериев достоверности.

В динамике постабстинентного и псевдоабстинентного синдромов отмечалась закономерная преемственность, с возрастанием объемных значений и тяжести проявлений постабстинентного синдрома на 4-ом этапе, т.е. - в период наибольшей выраженности адаптационного кризиса. На 5-ом этапе отмечается существенная редукция обоих показателей постабстинентного синдрома с достижением требуемых критериев достоверности по отношению к аналогичным показателям 4-го этапа (соотношение объемов - 0,41 при  $P<0,01$ ; соотношение по средней степени тяжести - 0,72).

Следующими по интенсивности (показатели объема и тяжести) на всех отслеживаемых этапах являются астенический и психоорганический синдромы (в отношении последнего синдрома - оценивались, в первую очередь, интеллектуально-мнестические нарушения). Примерно равных по объему на старте (36,8% и 33,5%, соответственно), последующая динамика анализируемых синдромов была различна. Для астенического синдрома была характерной достаточно интенсивная динамика снижения объемных показателей и редукция относительно более тяжелых проявлений на каждом этапе. Достоверные различия по объемному показателю здесь были достигнуты на 3-ем этапе (соотношение со стартовыми показателями - 0,58 при  $P<0,01$ ). На заключительном 5-ом этапе, при уровне 8,3%, показатель соотношения со значением 1-го этапа составил 0,23 при  $P<0,01$ . Для психоорганического синд-



Продолжение таблицы 1

Этапы	0 мес. (n=152)		1 мес. (n=138)			2 мес. (n=119)			0,5 года (n=83)			1 год (n=48)						
	%	баллы	C	P	баллы	C <sub>1-2</sub>	P <sub>1-2</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>
Синдромы																		
	3	5,3%	0,89	1,09	3	0,91/0,81	1,02/1,11	3	1,02	-	1,11	-	3	-	-	-	-	-
	2	10,5%	24,4	0,55	24,4	2	22,2	2	1,02	<0,05	0,56	-	2	6,0%	1,02	0,57	0,99	-
6. Дистимический (типопатический) синдром	1	11,6%	1,1	12,8%	1	-	-	1	0,81	-	0,9	-	1	19,3%	1,86	0,66	1,08	-
	3	1,3%	0,95	0,72%	3	1,15/1,09	-	3	-	-	-	-	3	-	-	-	-	-
	2	2,6%	8,7	0,56	8,7	2	10,0	2	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-
7. Психопатический синдром	1	5,3%	1,23	6,53%	1	-	-	1	1,54	-	1,89	-	1	9,6%	0,96	1,81	1,57	-
	3	2,6%	0,74	1,4%	3	0,69/0,5	-	3	-	-	-	-	3	-	-	-	-	-
	2	7,8%	23,2	0,64	23,2	2	16,0	2	1,6	-	1,03	-	2	3,6%	0,45	0,46	0,39	-
8. Психопатологический синдром	1	21,1%	0,8	16,8%	1	-	-	1	0,48	-	0,38	-	1	10,8%	1,35	0,51	0,39	-
	3	5,3%	0,84	5,3%	3	0,95/0,8	<0,01	3	-	-	<0,05	-	3	-	-	-	-	-
	2	10,5%	28,3	0,83	28,3	2	26,9	2	0,85	-	0,71	-	2	7,2%	0,96	0,69	0,39	-
9. Психоорганический синдром	1	17,7%	1,1	19,6%	1	-	-	1	0,99	-	1,1	-	1	19,3%	0,99	1,09	0,94	-
	3	4,6%	0,93	4,3%	3	0,89/0,75	0,4	3	0,4	-	0,37	-	3	-	-	-	-	-
	2	17,8%	40,5	0,65	40,5	2	36,0	2	0,72	-	0,47	-	2	7,2%	0,86	0,4	0,23	-
10. Висцеролатентный синдром	1	25,6%	0,96	24,6%	1	-	-	1	1,05	-	1,01	-	1	22,9%	0,88	0,89	0,57	-
	3	4,6%	0,84	4,3%	3	0,89/0,75	0,4	3	0,4	-	0,37	-	3	-	-	-	-	-
	2	17,8%	40,5	0,65	40,5	2	36,0	2	0,72	-	0,47	-	2	7,2%	0,86	0,4	0,23	-
	1	25,6%	0,96	24,6%	1	-	-	1	1,05	-	1,01	-	1	22,9%	0,88	0,89	0,57	-
	3	4,6%	0,84	4,3%	3	0,89/0,75	0,4	3	0,4	-	0,37	-	3	-	-	-	-	-
	2	17,8%	40,5	0,65	40,5	2	36,0	2	0,72	-	0,47	-	2	7,2%	0,86	0,4	0,23	-
	1	25,6%	0,96	24,6%	1	-	-	1	1,05	-	1,01	-	1	22,9%	0,88	0,89	0,57	-

---

---

рома была характерной существенно менее интенсивная динамика терапевтических изменений. Это говорит, во-первых, о том, что группа пациентов с относительно неглубоким (средним и легким) уровнем интеллектуально-мнестических нарушений, в целом, неплохо удерживается в состоянии полной абстиненции при условии предварительного прохождения амбулаторной МСР и последующего прохождения экспериментальной программы ППТ. Во-вторых, следует иметь в виду, что пациенты с наиболее тяжелыми проявлениями психоорганического синдрома отсеивались еще на этапах прохождения амбулаторной МСР, либо эти проявления были достаточно успешно купированы на этом же предварительном этапе. Все вышесказанное объясняет незначительную динамику снижения объемных показателей и показателей тяжести, начиная со 2-го отслеживаемого этапа. Так, соотношение объемного показателя на 5-ом этапе по отношению к стартовому, по параметру психоорганического синдрома, составило 0,74 при отсутствии должных критериев достоверности.

Такой же различной была динамика психопатического и психопатоподобного синдромов. Для психопатического синдрома была характерна неравновесная динамика объемного показателя, который, с учетом всех отслеживаемых этапов, был наименее интенсивным из всех анализируемых синдромов. Данный факт объясняется, прежде всего, активным выходом из предварительной программы амбулаторной МСР пациентов с относительно тяжелыми психопатическими проявлениями. Чему способствовал более свободный режим данной программы.

Что же касается динамики психопатоподобного синдрома, то при существенно более высоких объемных показателях на 1-ом этапе (31,5% против 9,2% по параметру психопатического синдрома), на всех последующих этапах отмечается достаточно существенное снижение объемного показателя, с достижением требуемых критериев достоверности, начиная со 2-го этапа. На 5-ом, заключительном этапе соотношение объемного показателя со стартовым значением составило 0,26 при  $P < 0,01$ . Начиная с 3-го этапа отмечается полная редукция относительно тяжелых проявлений психопатоподобного синдрома. А на заключительном этапе имеют место лишь легкие проявления психопатоподобного синдрома.

Общая интерпретация результатов, полученных по настоящему фрагменту, состоит в том, что здесь, в основном подтверждаются те же закономерности в отношении психопатологического оформления и общей динамики главных синдромов у лиц с опиоидной зависимостью, что и в разделе 3.2. настоящего исследования. Т.е. опиоидная зависимость является тяжелым психическим и поведенческим расстройством с массивной и достаточно ригид-

ной психопатологической симптоматикой на протяжении, по крайней мере, 1 года после завершения активных реабилитационных мероприятий. Далее, основными (стержневыми) синдромами по интенсивности представленности на данном временном этапе – в продолжение 1 года завершения амбулаторной МСР – являются аффективные синдромы (депрессивный, дистимический), синдром патологического влечения и висцеропатический синдром.

Существенной особенностью 2-ой экспериментальной группы является сравнительно менее выраженная интенсивность психопатологической симптоматики (показатели объемов и тяжести) основных психопатологических синдромов, и, особенно, депрессивного. Что, во-первых, объясняется значительным отсевом лиц с отягощенной психопатологией на предварительном этапе амбулаторной МСР. Во-вторых – более приемлемыми условиями реализации этого предварительного этапа, предусматривающих поддержку ближайшего окружения и отсутствие изоляции от привычных бытовых условий.

Еще одной особенностью является более мягкое прохождение резидентами 2-ой экспериментальной группы адаптационного кризиса первых месяцев. Что, по-видимому, также связано с поддержкой ближайшего окружения, менее тяжелым биологическим фоном, характерным для пациентов амбулаторной МСР, а также тем обстоятельством, что основные адаптационные проблемы у существенной части резидентов были решены на предыдущих предварительных этапах амбулаторной МСР.

В таблице 2 приведены характеристики динамики основных психопатологических синдромов во 2-ой экспериментальной группе и группе сравнения 2 на втором отслеживаемом этапе – через 1 месяц после старта ППТ.

Как видно из таблицы 2, во 2-ой группе сравнения имеется тенденция к преобладанию объемных показателей по всем анализируемым синдромам (минимальная – по параметру постабстинентного и психопатического синдромов; максимальная – по параметрам астенического, депрессивного и психоорганического синдромов), без подтверждения должными критериями достоверности. То же самое можно утверждать и в отношении тенденций к преобладанию относительно более тяжелых форм проявлений анализируемых синдромов во 2-ой группе сравнения. Так, в данной группе присутствует 3-х бальная оценка тяжести синдрома патологического влечения, чего не наблюдается в экспериментальной группе 2, имеется 1,5-кратное превосходство по тяжелым проявлениям депрессивного синдрома, почти двухкратное превосходство по тяжелым формам психопатического и 1,5-кратное – психопатоподобного синдромов. Однако, общего количества пациентов в данных микрогруппах недостаточно для выведения необходимых критериев достоверности.

---

---

Νῆδαίτε δαεῦιτᾱ δαδαεὸ δᾱδῆνδὲεὰ ἀεῖτᾱ ἰεὲε ἰνῖτᾱί ὑὸ ἰνῆδῖτᾱὸ ἰεῖτᾱε-ἀνῆεὸ ἠεῖτᾱδῖ ἰτᾱ  
 ᾱ ὑῆνῖτᾱδῆ ἰτᾱὸ δαεῦιτᾱε ᾱδῶνῖτᾱ 2 (n = 138) ἐ 2-ῖε ᾱδῶνῖτᾱ ἠδαίτᾱίεῦ (n = 143) ἰὰ 2-ῖτᾱ ὑδᾱῖᾱ –  
 ᾱδᾱç ἰ ἰἀνῦὸ ἰτῆεᾱ ἠδᾱδᾱ ἰ Ἰὸ

Синдромы	Экспериментальная группа 2 (n=138)		Группа сравнения 2 (n=143)						
	%	баллы	%	баллы	C <sub>1</sub>	C <sub>2</sub>	P <sub>1</sub>	P <sub>2</sub>	
1. Синдром патологического влечения к ПАВ	<b>55,1</b>	3	-	<b>59,7</b>	3	3,5%	1,08	-	-
2		9,4%	2		9,8%	1,04		-	-
1		45,7%	1		46,4%	1,02		-	-
2. Постабстинентный синдром	<b>9,4</b>	3	-	<b>11,3</b>	3	-	1,02	-	-
2		-	2		-	-		-	-
1		9,4%	1		11,3%	1,2		-	-
3. Псевдоабстинентный синдром	-	3	-	-	3	-	-	-	-
2		-	2		-	-		-	-
1		-	1		-	-		-	-
4. Астенический синдром	<b>29,3</b>	3	-	<b>35,6</b>	3	-	1,22	-	-
2		10,8%	2		12,4%	1,15		-	-
1		18,5%	1		23,2%	1,25		-	-
5. Депрессивный синдром	<b>50,1</b>	3	2,8%	<b>59,7</b>	3	4,2%	1,19	1,5	-
2		7,9%	2		9,0%	1,14		-	-
1		39,4%	1		46,5%	1,18		-	-
6. Дистимический (тимопатический) синдром	<b>24,4</b>	3	5,8%	<b>27,2</b>	3	5,6%	1,11	0,97	-
2		5,8%	2		9,7%	1,67		-	-
1		12,8%	1		11,9%	0,93		-	-
7. Психопатический синдром	<b>8,7</b>	3	0,72%	<b>9,0</b>	3	1,4%	1,03	1,94	-
2		1,45%	2		2,0%	1,38		-	-
1		6,53%	1		5,6%	0,86		-	-
8. Психопатоподобный синдром	<b>23,2</b>	3	1,4%	<b>27,9</b>	3	2,0%	1,2	1,43	-
2		5,0%	2		8,4%	1,68		-	-
1		16,8%	1		17,5%	1,04		-	-
9. Психоорганический синдром	<b>28,3</b>	3	-	<b>33,1</b>	3	3,5%	1,17	-	-
2		8,7%	2		10,5%	1,21		-	-
1		19,6%	1		19,1%	0,97		-	-
10. Висцеропатический синдром	<b>40,5</b>	3	9,3%	<b>45,3</b>	3	4,2%	1,12	0,45	-
2		11,6%	2		14,7%	1,27		-	-
1		21,6%	1		26,4%	1,07		-	-

Интерпретация данной ситуации заключается в том, что, как уже упоминалось выше, категория пациентов после прохождения амбулаторной МСР отличается, в частности, сравнительно меньшей интенсивностью представленности основных психопатологических синдромов на данном отрезке времени. Что отражается и на интенсивности терапевтической динамики в экспериментальной группе.

В таблице 3 приведена сравнительная характеристика динамики основных психопатологических синдромов во 2-ой экспериментальной группе и группе сравнения 2 на третьем отслеживаемом этапе – через 2 месяца после старта ППТ.

Как видно из таблицы 3, достоверные и существенные отличия объемных показателей в пользу экспериментальной группы 2 отмечаются по параметру депрессивного (соотношение 1,4 при  $P < 0,05$ ) и дистимического (соотношение 1,65 при  $P < 0,01$ )

синдромов. При этом отмечаются и достаточно акцентированная тенденция к преобладанию объемных показателей и по другим синдромам, за исключением психопатического. Так, например, соотношение по параметрам псевдоабстинентного, астенического и психопатоподобного синдромов достигало, соответственно 1,52; 1,44; 1,46. Однако, в силу малочисленности микрогрупп с данными проявлениями надлежащих критериев достоверности здесь получено не было.

По этим же причинам достоверные и существенные различия по степени тяжести в пользу экспериментальной группы имели место в отношении лишь псевдоабстинентного и депрессивного синдромов.

В таблице 4 приведена сравнительная характеристика динамики основных психопатологических синдромов во 2-ой экспериментальной группе и группе сравнения 2 на 4-ом отслеживаемом этапе – через 0,5 года после завершения активной фазы ППТ.





*Ñðàáíε ðàεüíáÿ ðàðàé ðàððεñðεεà àεíà íεεè ïñííáíúσ ïñεðííàð íεíãε-äñεεð ñεíäðííá  
 á ýεñíäðε íáí ðàεüííε äðóííä 2 (n = 119) è 2-íé äðóííä ñðàáíáíεÿ (n = 111) íà 3-å ÿðàíä –  
 -äðáç 2 ïäñÿäà ïíñεä ñðàððà Ì Ï Ò*

*Ñðàáíε ðàεüíáÿ ðàðàé ðàððεñðεεà àεíà íεεè ïñííáíúσ ïñεðííàð íεíãε-äñεεð ñεíäðííá  
 á ýεñíäðε íáí ðàεüííε äðóííä 2 (n = 83) è 2-íé äðóííä ñðàáíáíεÿ (n = 77) íà 4-íí ÿðàíä –  
 -äðáç 0,5 áíäà ïíñεä çàääððáíεÿ àεðεáííε ðàçú Ì Ï Ò*

Как видно из таблицы 4 имеет место достаточно акцентированная тенденция к преобладанию объемных показателей по большинству анализируемых синдромов (за исключением психопатического) в

статистически достоверная разница в пользу экспериментальной группы прослеживалась по параметрам псевдоабстинентного, астенического и дистимического синдромов.

В таблице 5 приведена сравнительная характеристика динамики основных психопатологических

Синдромы	Экспериментальная группа 2 (n=48)				Группа сравнения 2 (n=25)					
	Среднее значение	СД	СД	СД	Среднее значение	СД	СД	СД		
1. Синдром патологического влечения к ДФФ	29,8	3,3	10,4%	28,0	3,3	4,0%	1,535	1,15	=	<0,01
2. Псевдоабстинентный синдром	39,9	3,3	8,3%	39,9	3,3	8,3%	1,282	0,33	=	<0,05
3. Астенический синдром	42,9	3,3	7,7%	42,9	3,3	7,7%	1,444	2,17	=	-
4. Дистимический синдром	26,5	3,3	12,5%	26,5	3,3	12,5%	1,07	1,68	-	-
5. Психопатический синдром	30,1	3,3	11,0%	30,1	3,3	11,0%	1,43	0,71	-	-
6. Психопатический синдром	26,5	3,3	12,5%	26,5	3,3	12,5%	1,07	0,65	-	-
7. Психопатический синдром	30,1	3,3	11,0%	30,1	3,3	11,0%	1,43	1,48	-	-
8. Психопатический синдром	26,5	3,3	12,5%	26,5	3,3	12,5%	1,07	1,68	-	-
9. Психопатический синдром	30,1	3,3	11,0%	30,1	3,3	11,0%	1,43	0,71	-	-
10. Психопатический синдром	26,5	3,3	12,5%	26,5	3,3	12,5%	1,07	1,68	-	-

Таблица 5

Как видно из таблицы 5, при наличии тенденции к преобладанию объемных показателей по большинству анализируемых синдромов в группе сравнения 2, требуемых критериев достоверности здесь получено не было.

Достоверная и существенная разница в отношении тяжести анализируемых психопатологических проявлений в пользу экспериментальной группы была получена лишь по параметру псевдоабстинентного синдрома.

Таким образом, полученные результаты подтверждают терапевтическую эффективность экспериментальной программы ППТ в отношении такой мишени, как патологический психический статус. В

частности, весьма важным, существенным и достоверным критерием эффективности противорецидивной терапии являются сравнительно более благоприятная динамика депрессивного синдрома во 2-ой экспериментальной группе.

В то же время, особенности психического статуса резидентов, набираемых в экспериментальную программу ППТ после прохождения амбулаторной МСР, а так же недостаточный объем микрогрупп с определенными психопатологическими проявлениями, не позволили получить должных критериев достоверности в отношении имеющих различий по большинству из исследуемых параметров.

### ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ПРОГРАММ ПРОТИВОРЕЦИДИВНОЙ И ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ

А.Л. Катков, Н.Б. Ережепов

При расчетах экономической эффективности каждой исследуемой модели противорецидивной и поддерживающей терапии зависимых от опиоидов (ППТ<sub>1</sub> – зависимых от опиоидов после стационарной МСР; ППТ<sub>2</sub> – зависимых от опиоидов после амбулаторной МСР; ППТ<sub>3</sub> – зависимых от опиоидов после стандартной детоксикации) и общей экономической эффективности от внедрения ППТ зависимых от опиоидов мы исходим из следующих допущений и фактов:

- среднее количество пациентов, ежегодно получающих стационарное лечение (полные курсы амбулаторной МСР и стандартные курсы

детоксикации) в течение последних лет составляет – 6680;

- среднее количество пациентов, проходящих полноценные курсы стационарной МСР составляет – 2004 (30% от общего количества зависимых от опиоидов, ежегодно получающих лечение);
- среднее количество пациентов, удовлетворяющих критериям направления на программу амбулаторной МСР – 2004 (30% от общего количества зависимых от опиоидов, ежегодно получающих лечение);

- среднее количество пациентов, проходящих стандартные курсы детоксикации – 2672 (40% от общего количества зависимых от опиоидов, ежегодно получающих стационарное лечение);
- финансирование на 1 пациента, проходящего полный курс стационарной МСР (расчетный показатель последнего года по РК) составляет 102671,4 тенге;
- расчетный показатель стоимости прохождения амбулаторной МСР на 1 пациента – 63656,3 тенге;
- расчетный показатель стоимости стандартного курса детоксикации – 38091 тенге;
- объем ВВП на душу населения в РК (показатель 2008 года) – 999925 тенге;
- показатель достижения годовой ремиссии для пациентов стационарной МСР по результатам настоящего исследования – 14,6%;
- показатель достижения годовой ремиссии для пациентов ППТ<sub>1</sub> – 34,3%;
- показатель достижения годовой ремиссии для пациентов амбулаторной МСР результатам настоящего исследования составляет – 14,3%;
- показатель достижения годовой ремиссии для пациентов ППТ<sub>2</sub>, по результатам наших исследований, составляет – 31,6%;
- показатель достижения годовой ремиссии для пациентов после стандартной детоксикации по результатам настоящего исследования – 70%;
- показатель достижения годовой ремиссии для пациентов ППТ<sub>3</sub> по результатам нашего исследования составляет – 15,5%.

Расчет экономической эффективности по каждой модели ППТ предполагает: выведение базовых показателей эффективности для стандартных моделей НП (группы сравнения); выведение показателей экономической эффективности для каждой из экспериментальных моделей ППТ<sub>1-3</sub>; определение истинной экономической эффективности предполагаемых инноваций за счет выведения относительной и абсолютной разницы между экономическими показателями двух вышеназванных моделей.

При этом, главным допущением является констатация того немаловажного обстоятельства, что дополнительных прямых расходов на реализацию ППТ не понадобится. Данные программы будут реализованы за счет оптимального перераспределения ресурсов стационарного и амбулаторного звена наркологических организаций.

$$Y\ddot{I}\acute{y}\acute{o}.\ddot{I}\ddot{O}_1 = \frac{2004 * (14,6\%) * 999925}{102671,2 * 2004}$$

В связи со всем сказанным, стандартная экономическая эффективность программ стационарной МСР высчитывается следующим образом:

Полученное значение экономического показателя (ЭП) эффективности стационарной МСР означает, что на каждую вложенную денежную единицу в программу стационарной реабилитации зависимых от опиоидов государство получает 1,42 единицы прибыли, при условии того, что показатель годовой ремиссии будет составлять 14,6%.

Экономическая эффективность сравниваемой экспериментальной модели ППТ составляет:

$$Y\ddot{I}\acute{y}\acute{o}.\ddot{I}\ddot{O}_1 = \frac{2004 * (34,3\%) * 999925}{102671,2 * 2004} = 3,34$$

Следовательно, истинная эффективность описываемой модели ППТ<sub>1</sub> равняется:

$$Y\ddot{I}\acute{y}\acute{o}_1 = Y\ddot{I}\acute{y}\acute{o}.\ddot{I}\ddot{O}_1 - Y\ddot{I}\acute{y}\acute{o}.\ddot{I}\ddot{O}_0 = 1,92$$

Таким образом, чистая прибыль от внедрения противорецидивной и поддерживающей терапии зависимых от опиоидов составляет 1,92 денежные единицы на каждую единицу вложений.

Абсолютная стоимость пользы от использования ППТ<sub>1</sub> в обозначенных масштабах составляет:

$$\Delta\ddot{N}\ddot{I}_1 = 2004 * 102671,2 * 1,92 = 395045153,3 \text{ } \acute{a}\acute{a}\acute{a}$$

Таким образом, полномасштабная реализация экспериментальной программы ППТ<sub>1</sub> в течение 1 года будет приносить прибыль до 400 миллионов тенге, что сопоставимо с 1/3 бюджета всей наркологической службы республики.

$$Y\ddot{I}\acute{y}\acute{o}.\ddot{I}\ddot{O}_2 = \frac{2004 * (14,3\%) * 999925}{63656,3 * 2004} = 2,25$$

Стандартная экономическая эффективность программы амбулаторной МСР составляет:

$$Y\ddot{I}\acute{y}\acute{o}.\ddot{I}\ddot{O}_2 = \frac{2004 * (31,6\%) * 999925}{63656,3 * 2004} = 4,96$$

Экономическая эффективность сравниваемой экспериментальной программы ППТ<sub>2</sub> составляет:

$$Y\ddot{I}\acute{y}\acute{o}_2 = Y\ddot{I}\acute{y}\acute{o}.\ddot{I}\ddot{O}_2 - Y\ddot{I}\acute{y}\acute{o}.\ddot{I}\ddot{O}_1 = 2,71$$

Истинная экономическая эффективность ППТ<sub>2</sub> составляет:

$$Y\ddot{I}\acute{y}\acute{o}_2 = Y\ddot{I}\acute{y}\acute{o}.\ddot{I}\ddot{O}_2 - Y\ddot{I}\acute{y}\acute{o}.\ddot{I}\ddot{O}_1 = 2,71$$

Абсолютная стоимость пользы от использования ППТ<sub>2</sub> в оговоренных масштабах составляет:

$$\Delta\ddot{N}\ddot{I}_2 = 2004 * 63656,3 * 2,71 = 345707180,3 \text{ } \acute{a}\acute{a}\acute{a}$$

Таким образом, будучи существенно менее затратной формой оказания наркологической помощи, чем стационарная МСР и ППТ<sub>1</sub>, рассматриваемая модель является не менее эффективной в плане

основного клинического результата (показателя достижения ремиссии в течение 1 года), сопоставимой по объемам абсолютной стоимости пользы, и существенно более эффективной в плане отдачи на каждую вложенную денежную единицу.

Однако, ППТ<sub>2</sub> не может являться полной альтернативой ППТ<sub>1</sub>, поскольку для зависимых от опиоидов существуют достаточно жесткие ограничения при отборе в программы амбулаторной МСР.

$$Y_{\text{eff}} = \frac{Y_{\text{abs}} \cdot (1 - \alpha) \cdot \beta}{Y_{\text{abs}} \cdot \beta} = 1$$

Экономическая эффективность программы стандартной детоксикации зависимых от опиоидов составляет:

Экономическая эффективность сравниваемой экспериментальной программы ППТ<sub>3</sub> составляет:

$$Y_{\text{eff}} = \frac{2672 \cdot (15,5\%) \cdot 999925}{38091 \cdot 2672} = 4,07$$

Истинная экономическая эффективность ППТ<sub>3</sub> составляет:

$$Y_{\text{eff}} = Y_{\text{abs}} \cdot \beta - Y_{\text{abs}} \cdot \alpha \cdot \beta = 2,23$$

Абсолютная стоимость пользы от внедрения ППТ<sub>3</sub> в оговоренных масштабах составляет:

$$A_{\text{abs}} = 2672 \cdot 38091 \cdot 2,23 = 226967509,0 \text{ руб.}$$

Данный объем средств, существенно менее значительный чем в программах ППТ<sub>1</sub> и ППТ<sub>2</sub>,

составляет, тем не менее, около 20% бюджета всей наркологической службы РК. При этом, безусловно, следует учитывать, что наиболее существенная часть зависимых от опиоидов ограничивается лишь стандартными курсами детоксикации, как наименее затратной и низкороговой формой НП.

$$Y_{\text{abs}} = \frac{Y_{\text{abs}} \cdot \beta}{\beta} = Y_{\text{abs}}$$

Данный показатель представляет сумму значений АСП по основным рассматриваемым моделям ППТ в течение календарного года:

Т.е. широкомасштабное внедрение разработанных моделей противорецидивной и поддерживающей терапии зависимых от опиоидов будет обеспечивать общий экономический эффект, сопоставимый с бюджетом наркологической службы Республики Казахстан.

При этом необходимо отметить, что каждая из рассматриваемых форм наркологической помощи – полноценная стационарная МСР, амбулаторная МСР, стандартная детоксикация, - как и рассматриваемые экспериментальные программы ППТ, имеют свой, достаточно обособленный, спектр показаний и клинической эффективности.

В данной связи, несмотря на то, что ППТ<sub>2</sub> в плане экономической эффективности выглядит более привлекательной, рассматриваемые модели ППТ<sub>1</sub> и ППТ<sub>3</sub>, исключительно по экономическим аргументам, не должны сворачиваться.

---

---

## ПСИХИАТРИЯ

### ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕЕМСТВЕННОСТИ КРУГЛОСУТОЧНЫХ СТАЦИОНАРОВ И СТАЦИОНАРОЗАМЕНЯЮЩЕГО ОТДЕЛЕНИЯ НА ОПЫТЕ РАБОТЫ КОСТАНАЙСКОЙ ОБЛАСТНОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

М.А. Даненова

г. Костанай

С первых дней создания системы здравоохранения пристальное внимание уделялось развитию внебольничной формы работы, имеющей длительную историю своего развития. На I Всесоюзном совещании по психиатрии и неврологии, состоявшемся в октябре 1925 года под председательством Н.А. Семашко, был решен вопрос по созданию комплексной внебольничной помощи, а также обсужден ряд вопросов, направленных на социальную адаптацию душевно больных лиц, с целью организации тесной связи внебольничных психиатрических служб со стационарными учреждениями. Со временем, в русле развития системы внебольничной психиатрической помощи появились такие ее формы, как дневной стационар, ночной профилакторий, лечебно-трудовые мастерские. Организация оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара с годами совершенствовалась, объем оказания медицинской помощи увеличивался. Новаторский характер внебольничной формы оказания медицинской помощи на заре ее становления отмечал еще знаменитый ученый-психиатр М.А. Джагаров, утверждавший, что ей принадлежит будущее.

Безусловно, на сегодняшний день, стационарная психиатрическая помощь является важным этапом в лечении больного, но остается лишь эпизодом, так как большое значение приобретает правильно организованная система внебольничного обслуживания.

В настоящее время в дневных стационарах лечатся люди психически больные со всеми нозологическими формами, как с пограничными состояниями, так и с психотическими. Большую часть этого контингента составляют больные с эндогенными психозами 50-60%, остальную – больные с органическими заболеваниями головного мозга, неврозами, психопатиями, эпилепсией. Полученные в ходе наблюдений данные указывают на необходимость использования дневных стационаров для лечения впервые заболевших лиц или на ранних этапах психических заболеваний. Подтверждением благоприятного влияния дневного стационара на эффективность лечения имеют несколько факторов. Прежде всего, это обычная для больного среда, сохранение привычных ему социальных связей и контактов, а также новые условия с боль-

шей дифференциацией помощи и высоким уровнем взаимодействия всех его звеньев. Все это, несомненно, определяет экономические, терапевтические и социально-реабилитационные преимущества данных подразделений.

В соответствии с законом РК «О системе здравоохранения», в 2003 г. был издан приказ Министерства здравоохранения РК от 14.11.2003 «О развитии стационароразменяющей медицинской помощи» № 840. Начиная с этого периода в ГУ «Костанайская областная психиатрическая больница» (КОПБ) активизирована работа структуры заменяющей стационар, совершенствуется преемственность между круглосуточными стационарами и стационароразменяющими подразделениями. Больные после лечения в круглосуточном отделении переводились в стационароразменяющее подразделение, где получали рекомендованное медикаментозное лечение, а также реабилитационное сопровождение, направленное на восстановление адаптационных способностей. Как правило, длительное пребывание в условиях больницы дезадаптирует больного в решении важных социально-бытовых вопросов, обеспечивающих их полноценную и полноправную жизнедеятельность. В условиях дневного стационара поэтапно даются рекомендации по решению бытовых вопросов, начиная с несложных, к примеру, самостоятельное выполнение гигиенических навыков, с последующим усложнением заданий. С другой стороны, проводится работа с родственниками о важности контроля приема поддерживающей терапии, создании благоприятного микроклимата в семье, привлечении пациента к трудовой деятельности. Безусловно, что вся эта форма реабилитационной работы направлена, прежде всего, на профилактику повторных госпитализаций в круглосуточный стационар.

Анализ повторных госпитализаций за 2009 г. позволил сделать вывод, что пациенты, которые прошли долечивание в условиях дневного стационара, были в меньшей степени подвержены повторным госпитализациям, что подтверждается данными, приведенными в таблице 1.

Как видно из данных таблицы 1, у 63,5% пациентов из числа лиц, находившихся на долечивании в дневном стационаре, ремиссия была стабильной, повторная госпитализация отмечалась у 23 пациен-



---

---

## НАРКОЛОГИЯ

### ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ НИКОТИНОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ В СОЦИО-ДЕМОГРАФИЧЕСКОМ АСПЕКТЕ

Э.М. Аймакова

г. Алматы

#### Введение

Табачная зависимость считается самым распространенным заболеванием в мире. Ситуация с распространением курения табака во всех странах приняла характер эпидемии. По социологическим исследованиям, в Казахстане табачные изделия употребляет около 4 млн. людей (23,3%).

#### Материалы и методы исследования

Наше исследование проводилось на базе Республиканского научно-практического центра психиатрии, психотерапии и наркологии - в психотерапевтическом и психосоматическом отделениях. Было исследовано 169 человек. Из них основную группу (далее - 1 группа) составили лица с никотиновой зависимостью с пограничной патологией, в частности с диагнозом: Смешанное тревожно-депрессивное расстройство (n=81), контрольную группу (далее - 2 группа) - условно здоровые (без психической патологии) никотинозависимые (n=88) (обследованы в результате случайного выбора).

Использованы клинико-психопатологический и клинико-anamnestический методы.

#### Результаты исследования

Анализ результатов исследования проводился на основе описательной статистики с использованием критериев Стьюдента, двустороннего точного критерия Фишера, программой «Экспертная система ESAG».

Выборка исследуемого контингента представлена следующим образом: в контрольной группе было 45 женщин (48,9%) и 43 мужчины (51,1%); в основной группе - 42 женщины (51,9%) и 39 мужчин (48,1%). Средний возраст исследуемых в контрольной группе составил 35,8 года, а в основной - 37,3 года. Общий стаж курения в контрольной группе - 14 года, в основной - 15,1 года.

При рассмотрении сферы социальной занятости в нашей работе произошло следующее распределение: во 2 группе - 53 служащих (60,2%), а в 1 группе - 12 человек (14,4%) (p<0,01). Не работало на момент обследования во 2 группе 10 человек (11,4%), а в 1 группе - 56 исследуемых лиц (69,1%) (p<0,01). На момент обследования работали по профессии в основной группе 9 испытуемых (11,1%), а в контрольной - 55 (62,5%) (p<0,01). Не удовлетворены имеющейся профессией 18 испытуемых (22,2%) из 1 группы, тогда как в 2-й группе подобных оказалось 7 человек (8%) (p<0,05). В то время

как «скорее удовлетворен, чем не удовлетворен» во 2 группе составляет 27 человек (30,7%), а в 1-ой - всего 5 (6,2%) (p<0,01).

При рассмотрении жилищных условий: во 2-й группе 62 человека (72,5%) имеют собственное жилье, 19 человек (21,6%) проживают у родителей или родственников, 5 человек арендуют жилье (5,7%); в 1-й группе: собственное жилье имеет 39 человек (48,2%), 24 человека (29,6%) арендуют жилье, 14 человек (17,3%) проживают у родителей или родственников. По данным статистического анализа, для лиц, страдающих никотиновой зависимостью с пограничной патологией, в большей степени характерно проживание в арендованном жилье (p<0,01), в контрольной группе большая часть исследуемых имеет собственное жилье.

Анализ семейного положения показал, что состоят в браке 38 человек (43,2%) во 2 группе и 26 человек (32,1%) - в 1 группе. Не состоят в браке 25 человек (28,4%) из 2 группы и 20 человек (24,7%) из 1-й. Находятся в разводе 18 исследуемых (20,5%) во 2 группе и 14 пациентов (17,3%) в 1 группе. Состоят в гражданском браке 5 человек (6,2%) из 2 группы и 16 человек (19,8%) из 1 группы. Как видно из вышеизложенного, в нашей выборке официальный брак более характерен для исследуемых лиц условно здоровой группы.

При изучении микросоциальных факторов было выявлено, что из ближайшего окружения никотинозависимых основной группы мать курила у 18 лиц (22,2%), а у условно здоровых в 3 случаях (3,4%) (p<0,01), а коллеги курили в 5 (6,2%) и 16 (18,2%) случаях соответственно (p<0,05).

Своим социальным положением удовлетворены 32 человека (36,4%) во 2 группе и 13 человек (16%) с пограничной патологией (p<0,01). На момент обследования 24 испытуемых (29,6%) с пограничной патологией не работали и не учились, тогда, как в группе психически здоровых их оказалось 5 (5,7%) (p<0,01).

При рассмотрении вопроса о случаях суицидов или попыток среди родственников было выявлено, что в основной группе имели место попытки суицида у матери в 13 случаях (16%), в контрольной группе подобное не встречалось (p<0,01). Были попытки суицида у 3 никотинозависимых лиц из 2 группы (3,4%) и 22 лиц из 1 группы (27,2%) (p<0,01). У 85 условно здоровых лиц с никотиновой зависимостью (96,6%) и 68 пациентов с никотиновой зависимостью и пограничной патологией (84%) суицидальных попыток в анамнезе не отмечалось (p<0,01).

---

---



В 1 группе было выявлено употребление героина в семье у 3 лиц (3,7%), марихуаны – у 7 пациентов (8,6%), во 2 группе такого не было ( $p < 0,01$ ).

При рассмотрении семейных отношений уважительные отношения с родителями в детстве были у 38 лиц из контрольной группы (43,2%) и 41 лица из основной группы (50,6%), подчиненные – у 47 (53,4%) и 36 (44,4%), индифферентные отношения – в 1 случае (1,1%) и 4 случаях (4,9%) в контрольной и основной группе соответственно. Доброжелательные отношения в собственной семье отмечаются у 46 условно здоровых никотинозависимых лиц (52,3%) и 25 обследованных лиц с пограничной патологией (30,9%) ( $p < 0,01$ ), формальные отношения – у 5 (5,7%) и 5 (6,2%) соответственно. Конфликтуют с супругом 8 человек с контрольной группы (9,1%) и 5 человек с основной группы (6,2%). Конфликтные отношения с матерью выявлены у 10 человек (12,3%) и с отцом – у 10 никотинозависимых лиц основной группы (12,3%), у лиц из контрольной группы конфликтов с матерью и отцом не было ( $p < 0,01$ ). С братом и сестрой конфликтовали 2 человека с контрольной группы (2,3%) и 9 человек из основной группы (11,1%) ( $p < 0,05$ ).

Имеют постоянных друзей 79 условно здоровых лиц с никотиновой зависимостью (89,8%) и 58 лиц с никотиновой зависимостью и пограничной патологией (71,6%) ( $p < 0,01$ ). Временными являются друзья у 7 человек из 2 группы (8%) и 10 – из 1 группы (12,3%), не имеют друзей 2 человека (2,3%) и 9 человек (11,1%) соответственно ( $p < 0,05$ ).

Анализ сведений об употреблении табачных изделий дал следующие результаты: первое употребление табака во 2 группе пришлось на 17,6 года в среднем и в 1 группе – на 16,2 года. На вопрос о предпочитаемой марке табачного изделия «Esse» отметили 14 условно здоровых никотинозависимых (15,9%) и 4 никотинозависимых лиц с пограничной патологией (4,9%) ( $p < 0,05$ ), «Esse gold» - 5 лиц только из контрольной группы (5,7%), «Ld» (синий) – 7 человек из 2 группы (8%) и 13 – из 1 группы (16%), «Lm» - 6 лиц только из основной группы (7,4%) ( $p < 0,05$ ), «Бонд» - 2 человека только со 2 группы (2,3%), «Вог» - по 1 человеку из каждой группы (1,1% и 1,2% соответственно). «Кемэл» курят только 2 курильщика со 2 группы (2,3%), «Кент» - 23 человека со 2 группы (26,1%) и 14 человек с 1 группы (17,3%). «Мальборо» - только 7 человек с контрольной группы (8%), в основной группе такую марку сигарет не курят ( $p < 0,05$ ). «Муратти» предпочитают только 4 курящих из контрольной группы (4,5%), «Парламент» - 3 человека из 2 группы (3,4%) и 5 – из 1 группы (6,2%), «Парламент лайт» - только 3-е из 2 группы (3,4%), «Собрание» - 1 человек из 2 группы (1,1%) и 7 человек из 1 группы (8,6%) ( $p < 0,05$ ), «Соверен» - 10 (11,4%) и 26 (32,1%) соответственно ( $p < 0,01$ ). «Уинстон» курят только 5 человек из 1 группы (6,2%) ( $p < 0,05$ ).

При изучении характера курения к моменту обследования выяснилось, что условно здоровые ни-

котинозависимые курят 11,9 раза в день и курящие с пограничной патологией - 15,9 ( $p < 0,01$ ). Количество выкуриваемых сигарет в среднем 12 и 18 сигарет в день соответственно ( $p < 0,01$ ).

Не свойственно курение «натошак» 30 зависимым лицам с контрольной группы (34,1%) и 9 курящим из основной группы (11,1%) ( $p < 0,01$ ). Повторное курение возобновляется автоматически, неосознанно у 20 человек (22,7%) и 25 человек (30,9%) соответственно.

Выкуривают большее количество сигарет в 1 половине дня 4 лица из 2 группы (4,5%) и 14 – из 1 группы (17,3%) ( $p < 0,05$ ), во второй половине дня – 36 человек (40,9%) и 23 человека (28,4%) соответственно. Не меняется частота курения у 9 курящих лиц со 2 группы (10,2%) и 8 курящих лиц из 1 группы (9,9%).

При выявлении микросоциальных факторов в формировании табакокурения выяснилось, что общение с курящими одноклассниками «способствовало» курению 68 лиц из 2 группы (77,3%) и 40 – из 1 группы (49,4%) ( $p < 0,01$ ). Курящие домочадцы «провоцировали» курение 4 лиц из 2 группы (4,5%) и 23 человека из 1 группы (28,4%) ( $p < 0,01$ ). Легкий доступ к табачным изделиям «помог» начать курить 18 лицам из контрольной группы (20,5%) и 10 – из основной группы (12,3%). Из-за «безделия» стали курить только 4 человека из контрольной группы (4,5%). Цель - «похудение» была только у 2 курящих лиц из контрольной группы (2,3%). Интерес «заставил» курить 3 обследованных из 2 группы (3,4%) и 6 – из 1 группы (7,4%). Конфликтная ситуация в семье стала причиной курения только 4 лиц из 1 группы (4,9%), общение с курящими друзьями – только 4 человек из 1 группы (4,9%). Из-за стресса «закурили» по 5 человек с каждой группы (5,7% и 6,2% соответственно). Формальные отношения в семье стали причиной курения только 1 человека из контрольной группы (1,1%). При самостоятельном применении стали курить 26 человек из 2 группы (29,5%) и 30 – из 1 группы (37%), под влиянием окружающих «закурили» 46 человек (52,3%) и 35 человек (43,2%), от стрессов, конфликтов (психогении) - 7 человек (8%) и 18 человек (22,2%) ( $p < 0,05$ ), «когда нервничают» курят 5 человек (5,7%) и 23 человека (28,4%) соответственно ( $p < 0,01$ ).

При изучении формирования никотиновой зависимости было выявлено, что количество выкуриваемых сигарет возрастает с начала курения у 18 условно здоровых лиц с никотиновой зависимостью (20,5%) и у 28 лиц с никотиновой зависимостью и пограничной патологией (34,6%), на одном уровне («плато») держится у 39 человек из контрольной группы (44,3%) и 20 человек из основной группы (24,7%) ( $p < 0,05$ ), не изменено с начала курения у 20 курящих с контрольной группы (22,7%) и 22 курящих из основной группы (27,2%), снижается – у 7 человек из 2 группы (8%) и 11 человек из 1 группы (13,6%).

Изучение начальной мотивации употребления табака привело к следующим результатам: «заставили» или закурил авторитетный человек (субмис-

сивная) - у 32 человек из контрольной группы (36,4%) и 9 человек из основной группы (11,1%) ( $p < 0,05$ ), аддиктивная мотивация была у 18 (20,5%) и 33 (40,7%) соответственно ( $p < 0,01$ ). В контрольной группе атарактическая мотивация выявлена у 14 лиц (16%), гедонистическая - у 17 лиц (19,3%), коммуникативная - у 16 лиц (18,2%) и «для повышения активности» - у 2 лиц (2,3%). В основной группы гедонистическая мотивация характерна для 25 обследованных лиц (30,9%), коммуникативная - для 25 человек (30,9%), атарактическая отмечалась у 21 человека (25,9%), «для повышения активности» - у 5 лиц (6,2%).

### **Выводы**

Лица с никотиновой зависимостью и пограничной патологией в большей степени предрасположены к употреблению наркотических веществ. По результатам многоуровневого исследования проблемы наркозависимости в Республике Казахстан, автором которого явился Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании (г. Павлодар, РК), у людей зависимых от табака значительно легче формируется наркотическая зависимость, чем у людей не подверженных табачной зависимости. В данном случае, мы приходим к выводу о том, что лица с никотиновой зависимостью и пограничной патологией подвержены этому в еще большей степени. Лица с никотиновой зависимостью и пограничной патологией больше

предрасположены к суицидальным попыткам, чем условно здоровые лица с табачной зависимостью.

Начальными мотивациями в условно здоровой группе никотинозависимых лиц преимущественно явились на 1 месте - субмиссивная, а затем аддиктивная и коммуникативная, в группе с табачной зависимостью и пограничной патологией - атарактическая мотивация и потом только коммуникативная и собственно аддиктивная.

Обследованные лица с табачной зависимостью и пограничной патологией курят сигареты с высоким содержанием никотина (смолистых веществ), большее количество сигарет в течение дня, растет количество выкуриваемых сигарет с момента начала курения, тяжелее протекает табачная зависимость.

Итак, на основании вышеизложенного, мы видим, что социально более адаптированы лица, страдающие только никотиновой зависимостью (условно здоровые). А лица с коморбидной пограничной психической патологией (смешанное тревожно-депрессивное расстройство) характеризуются повышенной тревожностью, неуверенностью в будущем, внушаемостью, что ведет к нарушению социального функционирования, проявляющегося субъективной социальной неудовлетворенностью, нестабильностью в семейных отношениях, профессиональной сфере, подчиняемостью и созависимостью от микро- и макросоциума и более ранним и быстрым формированием никотиновой зависимости.

## **ДИНАМИКА ФОРМИРОВАНИЯ РЕМИССИИ У ЗАВИСИМЫХ ОТ ОПИОИДОВ, ПОЛУЧАВШИХ И НЕ ПОЛУЧАВШИХ ПЕРВИЧНУЮ НАРКОЛОГИЧЕСКУЮ ПОМОЩЬ, В ХОДЕ ПРОХОЖДЕНИЯ СТАЦИОНАРНОЙ МСР И ПОСТРЕАБИЛИТАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ**

Е.В. Ережепов, А.Л. Катков

### **Введение**

В ходе реализации программы Treetnet по разработке и внедрению новых, эффективных форм и методов наркологической помощи нами проводилось исследование эффективности экспериментальной программы первичной наркологической помощи (ПНП) у зависимых от опиоидов, которые в последующем проходили программу стационарной МСР. В частности, исследовались особенности динамики формирования ремиссии среди пациентов исследуемой группы и группы сравнения. На основании полученных результатов делались выводы об эффективности экспериментальной программы ПНП в отношении последующего формирования ремиссии.

В таблице 1 приведена динамика показателей ремиссии в исследуемой группе (зависимые от опиоидов, проходивших курсы стационарной МСР после участия в экспериментальной программе ПНП).

Из данных, приведенных в таблице 1, видно, что объем потерь (общего количества пациентов, отказавшихся от участия в стационарной МСР и вернувшихся к употреблению опиоидов) возрастает на каждом последующем этапе, достигая итогового показателя в 62,6% через 1 год после завершения стационарной МСР. При этом у пациентов, остающихся в состоянии ремиссии, на 4-ом этапе (0,5 года после завершения стационарной МСР) срывы отмечались в 45,2% случаев, на 5-ом заключительном этапе - в 44,7% случаев.

Подобная динамика является достаточно типичной для 1-го года формирования ремиссий у зависимых от опиоидов, и свидетельствует об ограниченной эффективности ПНП в отношении существующего стереотипа.

В таблице 2 приведена сравнительная динамика показателей ремиссии в исследуемой группе и группе сравнения.

Таблица 1

*Äeítai eéa ííeaaçáðáeeé ðáíeññee á eññeááááí íe áðóííá (n=102)*

Таблица 2

*Äeítai eéa ííeaaçáðáeeé ðáíeññee á eññeááááí íe áðóííá e áðóííá ðáðáíáíeá (n=136)*

---

---

Как видно из таблицы 2, основные показатели, характеризующие процесс формирования ремиссии в сравниваемых группах, существенно и достоверно отличаются в пользу исследуемой группы. Так, итоговый показатель количества пациентов, остающихся в состоянии ремиссии через 1 год после завершения стационарной МСР, в группе сравнения составляет 15,6% против 37,4% в исследуемой группе (соотношение 0,4 при  $P < 0,01$ ). Достоверные и существенные различия в пользу исследуемой группы отмечаются в отношении показателя нарастающего итога потерь, начиная со 2-го отслеживаемого этапа. При наличии существенно меньшего объема потерь на каждом отслеживаемом этапе, необходимые критерии достоверности в отношении последнего показателя, не перекрываемые значениями доверительных интервалов, были получены лишь на 3-м этапе в пользу исследуемой группы.

При этом, следует отметить, что показатель частоты срывов на 4-ом и 5-ом этапах был существенно ниже в группе сравнения (0,65 и 0,74 при  $P < 0,05$ , соответственно).

Таким образом, результаты, полученные при настоящем исследовании, свидетельствуют о позитивном влиянии экспериментальных программ ПНП в отношении снижения числа рецидивов в продолжение 0,5 года после завершения стационарной МСР, и улучшения показателя годовой ремиссии.

Дифференцированный анализ полученных данных показывает, что более высокий результат годовой ремиссии в исследуемой группе, во многом, достигается за счет более благоприятной динамики прохождения кризисных пиков пациентами исследуемой группы. Т.е., пациенты данной группы на адаптационные сложности постреабилитационного периода чаще реагируют состояниями срыва, которые достаточно успешно блокируются за счет опыта использования экстренной помощи, ресурсной поддержки ближайшего окружения и навыков конструктивного взаимодействия с амбулаторной наркологической службой, сформированных на этапе ПНП. В то время, как пациенты группы сравнения в аналогичной ситуации существенно чаще возвращаются в систематическому употреблению уличных наркотиков.

## **ДИНАМИКА РЕДУКЦИИ СИНДРОМА АНОЗОГНОЗИИ У ЗАВИСИМЫХ ОТ ОПИОИДОВ, ПОЛУЧАВШИХ И НЕ ПОЛУЧАВШИХ ПЕРВИЧНУЮ НАРКОЛОГИЧЕСКУЮ ПОМОЩЬ, В ХОДЕ ПРОХОЖДЕНИЯ СТАЦИОНАРНОЙ МСР И ПОСТРЕАБИЛИТАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ**

Е.В. Ережепов, А.Л. Катков

### **Введение**

В ходе реализации программы Treetnet по разработке и внедрению новых, эффективных форм и методов наркологической помощи нами проводилось исследование эффективности экспериментальной программы первичной наркологической помощи (ПНП) у зависимых от опиоидов, которые в последующем проходили программу стационарной МСР. В частности, исследовались особенности динамики редукции синдрома анозогнозии у зависимых от опиоидов, получавших и не получавших первичную наркологическую помощь, в ходе прохождения стационарной МСР и постреабилитационном период. На основании полученных результатов делались выводы об эффективности экспериментальной программы ПНП в отношении динамики редукции синдрома анозогнозии у зависимых от опиоидов в ходе прохождения стационарной МСР и постреабилитационном периоде.

В таблице 1 приведены характеристики динамики синдрома анозогнозии в исследуемой группе на основных этапах.

Как видно из таблицы 1, как по основному показателю оценки тяжести проявлений синдрома анозогнозии в баллах, так и по анализируемым качественным показателям, имеет место терапевтическая редукция данных проявлений, наиболее выраженная на 3-м, 4-ом отслеживаемых этапах. При этом, необходимые критерии достоверности были получены по параметру переживания вреда болезни со 2-го по 5-ый этапы.

В таблице 2 приведены сравнительные характеристики динамики синдрома анозогнозии в исследуемой группе и группе сравнения на основных этапах.

Как видно из таблицы 2, достоверные и существенные различия в пользу исследуемой группы в отношении редукции основных проявлений синдрома анозогнозии прослеживаются с 1-го по 4-ый этап. Причем, в наибольшей степени эти различия выражены на 1-ом этапе.

Таким образом, результаты, полученные при настоящем исследовании, свидетельствуют о достаточно устойчивом терапевтическом эффекте программ ПНП в отношении преодо-

Ὁδοὺ ἀδελφῶν ἀετῶν ἐν τῇ ἐκκλησίᾳ τῆς ἁγίας (ἰαδὶ ἀδελφῶν Ἀ.Α. × εἰς, Ἰ.Α. Ἀιετῶν) ἀπὸ τῆς ἀρχῆς (n = 102)

Таблица 2

Νοδάτε δάεινται πάσα δάδενδεά αείταιεε νεϊάδι ιά άριζάιφιζεε (ιαόιαεεά Α.Α. ×εδεί, Ι.Α. Αδιείτε)  
 ά επηεάοάι τε άδοίιά (n = 102) ε άδοίιά ηδαίιάτεψ (n = 136)

Παράμετρ Γρούπη	0 μεс.				1 μεс.				2 μεс.				0,5 γοά				1 γοά			
	Όαλαх	Άλεκατνόςτ, в (%)	Περεживание вρεда, в (%)	Όтношение к лече- нию	Όαλαх	Άλεκατнόςт, в (%)	Περεживание вρεда, в (%)	Όтношение к лече- нию	Όαλαх	Άλεκατнόςт, в (%)	Περεживание вρεда, в (%)	Όтношение к лече- нию	Όαλαх	Άλεκατнόςт, в (%)	Περεживание вρεда, в (%)	Όтношение к лече- нию	Όαλαх	Άλεκατнόςт, в (%)	Περεживание вρεда, в (%)	Όтношение к лече- нию
Όαλέυεμá γρούπη	24,1	89,1	73,3	81,9	23,3	90,1	84,6	84,9	23,1	95,6	95,6	86,7	23,3	95,2	88,4	24,5	87,6	87,6	87,6	87,6
Γρούπη срав- нения	26,5	79,3	63,5	72,1	24,6	80,3	70,9	77,1	24,3	84,5	82,8	85,6	26,8	85,3	80,7	27,1	85,0	80,2	80,2	80,2
Соотнеше- ние	1,11	0,9	0,86	0,88	1,05	0,9	0,84	0,9	1,05	0,88	0,87	0,99	1,16	0,89	0,91	1,16	0,97	0,91	0,91	0,91
Р	<0,05	<0,05	<0,01	<0,05	-	<0,05	<0,01	<0,05	-	<0,01	<0,01	-	<0,05	<0,05	-	<0,05	-	-	-	-

---

---

ления синдрома анозогнозии у зависимых от опиоидов.

В тоже время общая степень интенсивности терапевтической динамики синдрома анозогнозии в

ходе прохождения стационарной МСР и на этапах становления ремиссии – незначительная. Что связано с относительно слабой выраженностью анозогнозии у зависимых от опиоидов.

## ДИНАМИКА РЕДУКЦИИ СИНДРОМА АНОЗОГНОЗИИ У ЗАВИСИМЫХ ОТ ОПИОИДОВ, ПОЛУЧАЮЩИХ ПРОТИВОРЕЦИДИВНУЮ И ПОДДЕРЖИВАЮЩУЮ ТЕРАПИЮ ПОСЛЕ ЗАВЕРШЕНИЯ АМБУЛАТОРНОЙ МСР

Н.Б. Ережепов

### Введение

В ходе реализации программы Treetnet по разработке и внедрению новых, эффективных форм и методов наркологической помощи нами проводилось исследование эффективности экспериментальной программы противорецидивной и поддерживающей терапии (ППТ) зависимых от опиоидов, завершивших курсы амбулаторной МСР. В частности, исследовались особенности динамики редукции синдрома анозогнозии среди пациентов экспериментальной группы и группы сравнения. На основании полученных результатов делались выводы об эффективности экспериментальной программы ППТ в отношении зависимых от опиоидов.

В таблице 1 приведены данные о динамике тяжести синдрома анозогнозии в баллах и процентном отношении некоторых качественных параметров.

Как видно из таблицы 1 существенное и значимое улучшение анализируемых показателей имеет место со 2-го по 4-ый этапы, с достижением пика позитивных изменений к завершению активной фазы ППТ (на 3-ем исследовательском этапе). К этому моменту оценка тяжести синдрома анозогнозии в баллах достигает 20,7 (соотношение со стартовым показателем – 0,84, при  $P < 0,01$ ). В продолжение следующих 0,5 года значения данного показателя остаются достаточно стабильными, на что указывает отсутствие достоверных различий по отношению к предыдущему исследовательскому этапу. На заключительном 5-ом этапе отмечается тенденции к некоторому (без должных критериев достоверности) ухудшению анализируемого показателя до значения 21,2 балла. Однако при этом отмечается достоверная разница (соотношении 0,86,  $P < 0,05$ ) со стартовыми показателями, свидетельствующая об устойчивой терапевтической динамике.

Аналогичным образом выстраивается динамика двух качественных показателей – адекватности

переживания болезни и переживания вреда болезни. Итоговые значения данных параметров существенно превышают стартовые значения (83,1% против 67,0%, при соотношении 1,24,  $P < 0,01$  – для каждого из вышеприведенных параметров). Что касается параметра отношения к лечению, то положительная терапевтическая динамика здесь отмечается и на завершающем 5-ом исследовательском этапе. К этому времени значения данного показателя достигают 94,0% (соотношение со стартовым показателем – 1,14 при  $P < 0,05$ ). Следует иметь ввиду изначально более высокие значения последнего параметра. Что, по всей видимости, свидетельствует о том, что для участия в программах амбулаторной МСР требуется достаточно высокий уровень мотивации и доверия к лечению.

В таблице 2 приведена сравнительная характеристика динамики синдрома анозогнозии в экспериментальной группе 2 и группе сравнения 2 на основных отслеживаемых этапах.

Как видно из таблицы 2, достоверная и существенная разница, практически по всем анализируемым параметрам, отмечается, начиная со 2-го по 5-ый этап, достигая максимальных значений на заключительном 5-ом этапе. Последнее обстоятельство – чрезвычайно важное, поскольку свидетельствует о достаточно устойчивом противорецидивном терапевтическом эффекте экспериментальной программы ППТ, реализуемой в отношении зависимых от опиоидов после прохождения амбулаторной МСР. Так, на 5-ом этапе соотношение показателей группы сравнения 2 с аналогичными показателями экспериментальной группы 2 по параметру оценки тяжести в баллах составило 1,65 при  $P < 0,01$ ; по параметру адекватности отношения к болезни – 0,85 при  $P < 0,01$ ; по параметру переживания вреда болезни – 0,44 при  $P < 0,01$ ; по параметру отношения к лечению – 0,45, при  $P < 0,01$ .

Результаты, полученные по настоящему исследовательскому фрагменту, позволяют констатиро-







---

---

вать достоверную и значимую противорецидивную терапевтическую активность экспериментальной программы ППТ, используемой в отношении зависимых от опиоидов после прохождения амбулаторной МСР. Что выражается, в частности, в отчетливой терапевтической динамике показателей тяжести синдрома анозогнозии. А также – в наличии достоверной и существенной разницы на всех этапах,

по всем анализируемым параметрам в пользу 2-ой экспериментальной группы.

При анализе динамики синдрома анозогнозии следует иметь ввиду, что выраженная анозогнозия не свойственна контингенту наркозависимых, в частности – зависим от опиоидов. Что объясняет сравнительно невысокий разброс анализируемых стартовых и результирующих показателей.

## **ДИНАМИКА СТАДИЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ У ЗАВИСИМЫХ ОТ ОПИОИДОВ, ПОЛУЧАЮЩИХ ПРОТИВОРЕЦИДИВНУЮ И ПОДДЕРЖИВАЮЩУЮ ТЕРАПИЮ ПОСЛЕ ЗАВЕРШЕНИЯ СТАЦИОНАРНОЙ МСР**

Н.Б. Ережепов

### **Введение**

В ходе реализации программы Treetnet по разработке и внедрению новых, эффективных форм и методов наркологической помощи нами проводилось исследование эффективности экспериментальной программы противорецидивной и поддерживающей терапии (ППТ) зависимых от опиоидов, завершивших курсы стационарной МСР. В частности, исследовались особенности распределения стадий терапевтических изменений среди пациентов экспериментальной группы и группы сравнения. На основании полученных результатов делались выводы об эффективности экспериментальной программы ППТ в отношении зависимых от опиоидов.

В таблице 1 приведены данные о динамике распределения стадий терапевтических изменений в экспериментальной группе 1 на основных этапах (с 1-го по 5-ый).

Как видно из таблицы 1 существенное и значимое перераспределение пациентов 1-ой экспериментальной группы от стадий предразмышления и размышления к стадиям действия и сохранения достигнутых результатов происходит в продолжение 1-го месяца реализации активной фазы ППТ (здесь достоверная разница прослеживается по уменьшению объемов 1-ой стадии и увеличению объемов 4-ой стадии терапевтических изменений). И достигают максимума к концу 2-го месяца реализации активной фазы ППТ. Далее (в продолжение 4-го и 5-го этапов) достигнутый терапевтический эффект, в основном, сохраняется.

Специально следует обратить внимание на тот факт, что в ходе реализации экспериментальной программы ППТ в группе зависимых от опиоидов после предварительного прохождения стационарной

МСР, достигается некоторый «перевес» объемов распределения пациентов по 3-ей и 4-ой стадиям терапевтических изменений. Обозначенное преимущество становится более существенным к завершению активной фазы ППТ: средние значения по 3-ей и 4-ой стадиям на данном этапе составляют, соответственно, 60,4 и 66,5. В то время как средние значения распределения по 1-ой и 2-ой стадиям здесь составляют 56,7 и 48,8, соответственно. Т.е., та часть пациентов, которая к этому времени находится в состоянии ремиссии, имеет больше шансов на сохранение ремиссии, чем на возврат к наркопотреблению. Что, собственно, и является основным противорецидивным эффектом ППТ.

Также следует обратить внимание на достаточную стабильность достигнутого уровня терапевтической мотивации в 1-ой экспериментальной группе. Что, в частности, подтверждается сохраняющимся объемным превосходством двух последних стадий терапевтических изменений над двумя первыми на 4-ом и 5-ом этапах. А также – отсутствием достоверных различий по основным анализируемым параметрам между показателями 4-го и 3-го, 5-го и 4-го этапов.

В таблице 2 приведена сравнительная характеристика динамики распределения по стадиям терапевтических изменений в 1-ой экспериментальной группе и группе сравнения 1.

Как видно из приведенных в таблице 2 данных, существенные и достоверные отличия в пользу экспериментальной группы 1 имеют место на 2-ом и 3-ем этапах. Т.е. – в процессе реализации активной фазы ППТ. Эта же тенденция сохраняется и на 4-ом, 5-ом этапе ППТ, однако без должных критериев достоверности.

Ὁ ἀδελφὸς δὲ πρὸ ἐξουσίας αἰεὶ τὰ ἐξουσιαστικὰ ἀποκρίματα ἐπιπέσει ἐν τῷ αἰετῷ (Ἄ. Ἰδιότατος, Ἐ. Ἀδελφὸς αἰετῶν)  
à I-te yéniãde iãtã ðãeüfãtã ãðõüã (n = 172)

Таблица 2

Διαδικασία αξιολόγησης της επίδρασης της Α. Ίδρυσης, Ε. Αε Εφαρμογών

Γруппы / Стадии	0 мес.			1 мес.				2 мес.				0,5 года					
	Предразмышления	Размышления	Действия	Предразмышления	Размышления	Действия	Сохранения результата	Предразмышления	Размышления	Действия	Сохранения результата	Предразмышления	Размышления	Действия	Сохранения результата		
Εξπeριμενταλiαn γρuππa (σpоdиeσtиe)	67,1	42,4	57,0	56,1	60,7	40,1	59,8	61,5	56,7	48,8	60,4	66,5	53,1	50,1	60,2	63,2	50,0
Γρuππa σpоdиeσtиe 1 (σpоdиeσtиe)	66,0	40,1	56,0	57,2	66,0	43,6	57,2	57,7	70,3	42,5	50,1	52,3	64,2	53,8	58,3	56,6	61,0
Соοtиoσtиe	0,98	0,94	0,98	1,02	1,09	1,09	0,96	0,94	1,24	0,87	0,83	0,78	1,2	1,07	0,97	0,89	1,22
P	-	-	-	-	<0,05	<0,05	-	<0,05	<0,01	<0,05	<0,05	<0,01	<0,05	-	-	-	-

---

---

Полученные результаты подтверждают долгосрочную терапевтическую эффективность экспериментальной программы ППТ в отношении достижения достаточно высоких уровней мотивации на сохранение трезвости у пациентов, завершивших программу стационарной МСР.

В тоже время следует отметить, в целом, незначительное преимущество активных стадий терапевтических изменений среди резидентов экспериментальной группы 1. Что и объясняет достаточно высокий процент рецидивов на каждом исследуемом этапе.

## ДИНАМИКА ФОРМИРОВАНИЯ РЕМИССИИ У ЗАВИСИМЫХ ОТ ОПИОИДОВ, ПОЛУЧАЮЩИХ ПРОТИВОРЕЦИДИВНУЮ И ПОДДЕРЖИВАЮЩУЮ ТЕРАПИЮ ПОСЛЕ ЗАВЕРШЕНИЯ АМБУЛАТОРНОЙ МСР

Н.Б. Ережепов

### Введение

В ходе реализации программы Treetnet по разработке и внедрению новых, эффективных форм и методов наркологической помощи нами проводилось исследование эффективности экспериментальной программы противорецидивной и поддерживающей терапии (ППТ) зависимых от опиоидов, завершивших курсы амбулаторной МСР. В частности, исследовались особенности динамики формирования ремиссии среди пациентов экспериментальной группы и группы сравнения. На основании полученных результатов делались выводы об эффективности экспериментальной программы ППТ в отношении зависимых от опиоидов.

В таблице 1 приведена динамика количественных показателей ремиссии в экспериментальной группе 2, демонстрирующая соотношение синдромов становления ремиссии и возврата к состоянию хронической интоксикации у пациентов, проходящих ППТ после завершения амбулаторной МСР.

Как видно из таблицы полугодовая ремиссия среди пациентов 2-ой экспериментальной группы отмечается в 54,6% случаев при показателе неустойчивой ремиссии (срывов) – 10,84%. Ремиссия, длительностью до 1,0 года после завершения активной 2-х месячной фазы ППТ, отмечается в 31,6%, при показателе неустойчивой ремиссии в 12,5%.

При анализе потерь, несомы на всех этапах, начиная со 2-го, констатируются сравнительно невысокие показатели рецидивов в продолжение 1-го (9,2%) и 2-го (12,5%) месяцев активной фазы реализации ППТ. В то время как на завершающих 4-ом и 5-ом исследовательских этапах показатель потерь был существенно более высок – 23,7% и 23,0%, соответственно, и значимо превосходил значения 2-го и 3-го этапов (соотношение 1,9 при  $P<0,05$ ). Что свидетельствует о возрастающем количестве рецидивов на тех этапах, где активность ППТ минимальна (0,5 года после завершения активной фазы) или отсутствует вовсе (последние 0,5 года).

Продольный анализ динамики показателя срывов во 2-ой экспериментальной группе показывает существенный рост данного показателя на 2 месяца после завершения АМСР (до 17,65% при соотношении 2,43 к аналогичному показателю 1-го месяца, и  $P<0,01$ ). Аналогичные показатели по двум заключительным этапам (10,84% и 12,5%, соответственно) ненамного превышают данные по 1-ому месяцу (7,25%), остаются достаточно стабильными, без отчетливых тенденций к повышению.

В таблице 2 приведена сравнительная динамика количественных показателей ремиссии в экспериментальной группе 2 и 2-ой группе сравнения.

Как видно из приведенных данных, общая динамика показателей ремиссии во 2-ой группе сравнения существенно менее благоприятная.

Так, на всех анализируемых исследовательских этапах, начиная со 2-го, отмечается снижение показателя объемов пациентов, находящихся в состоянии ремиссии. На втором этапе, соотношение с аналогичными данными по экспериментальной группе 2 составляет 0,9 при  $P<0,05$ ; на третьем – 0,81 при  $P<0,01$ ; на четвертом – также 0,81 при перекрывающих значениях доверительного интервала; на пятом – 0,45 при  $P<0,05$ .

Сравнительная динамика показателя потерь, несомых на каждом этапе, демонстрирует существенную и значимую разницу в пользу экспериментальной группы 2. на первых двух терапевтических этапах – соотношения 1,93  $P<0,01$  и 1,47  $P<0,05$ , соответственно. На четвертом и пятом исследовательских этапах достоверных различий по анализируемому параметру получено не было. При этом следует отметить отчетливую тенденцию к более значительному объему потерь на заключительном этапе во второй группе сравнения (30,0% против 23,0% в экспериментальной группе 2, при соотношении 1,3).

Сравнительная динамика показателей срывов демонстрирует существенное преимущество ре-

Таблица 1

Αξιολόγηση της επίδρασης της αγωγής με 2 (n=152)

Обозначение индикатора	Старт (0 мес.)	1 мес.			2 мес.			0,5 года			1 год	
		Среднее значение	Соотношение	Р	Среднее значение	Соотношение	Р	Среднее значение	Соотношение	Р	Среднее значение	Соотношение
Количество пациентов в ремиссии (абс. цифры)	152		138			119			83			48
% пациентов в ремиссии	100%	90,8%	0,93	<0,01	78,3%	0,9 0,84	<0,05 <0,01	54,6%	0,69 0,58	<0,01 <0,01	31,6%	0,72 0,41
% потерь с нарастающим итогом	0%	9,2%	-	<0,01	21,7%	1,78 -	<0,05 <0,01	45,4%	2,1 -	<0,01 <0,01	68,4%	1,5 -
% потерь на каждом этапе	0%	9,2%	-	<0,01	12,5%	1,36 -	- <0,01	23,7%	1,9 -	<0,05 <0,01	23,0%	0,97 -
Срывы (абс. и % к показателю ремиссии)		10 7,25%	-	<0,01	21 17,65%	2,43 -	<0,01 -	9 10,84%	0,61 -	<0,05 -	6 12,5%	1,15 -

*Ἡ δαίτη δαιυίαυ ἀετὰ ἐεά ἱτέαυό ἀεε δάι ἐππεδ ἁ γεπίαδε ἱάι δαιυίτε ἀδότη 2 (n=152)  
ἔ ἀδότη ἀ ποδαιίτηυ (n=174)*

---

---

зультатов в экспериментальной группе 2 на каждом из анализируемых этапов, начиная со 2-го. При этом, обращает на себя внимание динамика некоторого снижения полученных соотношений на этапах со 2-го по 4-ый (1,77 при  $P<0,01$ ; 1,58 при  $P<0,05$ ; 1,44 при  $P<0,05$ ). Что может быть объяснено соответствующим снижением интенсивности терапевтического воздействия в экспериментальной программе ППТ. И существенного повышения значений соотношения (2,56 при  $P<0,05$ ) на заключительном этапе. Что следует интерпретировать как проявление накопленного противорецидивного эффекта ППТ на заключительном этапе относительной адаптационной стабилизации резидентов. Т.е. – на том этапе, когда проявление адаптационного кризиса имеют относительно меньшее, а полученные навыки совладания – относительно большее значение.

Следует отметить, что полученные по настоящему исследовательскому фрагменту результаты несколько уступают аналогичным количественным показателям динамики становления ремиссии в 1-ой экспериментальной группе зависимых от опиоидов после стационарной МСР. Наиболее существенным обстоятельством здесь является факт сопоставимости полученных данных на заключительных, 4-ом и 5-ом исследовательских этапах. А также – наличие общих закономерностей в динамике потерь (рецидивы) и срывов на основных этапах.

Соответственно, совпадает и общая интерпретация результатов, полученных по двум анализируемым исследовательским фрагментам. Данная интерпретация заключается в констатации двух тенденций соотношения разнонаправленной динамики становления ремиссии и возврата к состоянию хронической интоксикации опиоидами. Первая тенденция заключается в существенном и значимом накоплении противорецидивных эффектов в экспериментальной группе 2, обеспечивающих более благоприятную динамику основных количественных показателей ремиссии, чем во 2-ой группе сравнения. Вторая тенденция заключается в констатации адаптационного кризиса у резидентов программы ППТ, начиная со 2-го месяца после завершения АМСР. Однако, продолжительность данного кризисного периода, судя по сравнительной динамике срывов, в экспериментальной группе 2 существенно ниже. Данный факт объясняется отсутствием во 2-ой экспериментальной группе одной из составляющих названного кризиса – необходимости резкой смены стереотипов дисциплинирующего режима.

В связи со всем сказанным, актуальными остаются и промежуточные выводы о необходимости включения фрагментов противорецидивных программ в структуру АМСР. А также – увеличения сроков активной фазы ППТ для пациентов, завершивших амбулаторную МСР.

## **ДИНАМИКА ФОРМИРОВАНИЯ ФАКТОРОВ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ УСТОЙЧИВОСТИ К ПОВТОРНОМУ ВОВЛЕЧЕНИЮ В ЗАВИСИМОСТЬ ОТ ОПИОИДОВ У ПАЦИЕНТОВ, ПОЛУЧАЮЩИХ ПРОТИВОРЕЦИДИВНУЮ И ПОДДЕРЖИВАЮЩУЮ ТЕРАПИЮ ПОСЛЕ ЗАВЕРШЕНИЯ СТАЦИОНАРНОЙ МСР**

Н.Б. Ережепов

### **Введение**

В ходе реализации программы Treetnet по разработке и внедрению новых, эффективных форм и методов наркологической помощи нами проводилось исследование эффективности экспериментальной программы противорецидивной и поддерживающей терапии (ППТ) зависимых от опиоидов, завершивших курсы стационарной МСР. В частности, исследовались особенности формирования факторов психологической устойчивости среди пациентов экспериментальной группы и группы сравнения. На основании полученных результатов делались выводы об эффективности эксперименталь-

ной программы ППТ в отношении зависимых от опиоидов.

В таблице 1 приведены характеристики динамики факторов психологической устойчивости - базисных приобретений на основных исследовательских этапах.

Как видно из таблицы 1, существенные и достоверные отличия между значениями основных параметров базисных приобретений отмечается на 3-ем и 4-ом этапах. А также – между показателями последних (4-го и 5-го) и первого этапа. Достоверными и значимыми являются различия между средними значениями совокупности анализируемых



Таблица 1

Βαθμολογίες και δείκτες απόδοσης (αποτελέσματα) της έρευνας (αποτελέσματα έρευνας) στην επίδοση των μαθητών

Обозначение параметра	0 мес.			1 мес.			2 мес.			0,5 года			1 год		
	Среднее значение	Соотношение	P	Среднее значение	Соотношение	P	Среднее значение	Соотношение	P	Среднее значение	Соотношение	P	Среднее значение	Соотношение	P
1. Βαζαλιное доверие	6,0	5,8	0,97	6,2	1,07	<0,05	6,6	1,06	-	7,7	1,17	<0,05	7,7	1,17	<0,05
2. Автономность	6,3	6,0	0,95	6,5	1,08	<0,05	6,8	1,04	-	7,0	1,03	-	7,0	1,03	-
3. Уверенность	5,7	5,5	0,96	5,8	1,05	-	6,2	1,07	<0,05	6,6	1,06	-	6,6	1,06	-
4. Инициатива	5,0	5,3	1,06	5,4	1,02	-	5,8	1,07	<0,05	6,3	1,08	<0,05	6,3	1,08	<0,05
5. Трудлюбие	5,2	5,4	1,04	5,8	1,07	<0,05	6,5	1,12	<0,05	7,2	1,11	<0,05	7,2	1,11	<0,05
6. Ответственность	6,3	6,4	1,02	6,5	1,01	-	6,6	1,01	-	7,2	1,03	-	7,2	1,03	-
7. Открытость	6,1	6,2	1,02	6,2	1,0	-	6,6	1,06	-	6,8	1,03	-	6,8	1,03	-
Средний показатель по анализируемому параметру	5,8	5,8	1,0	6,06	1,04	-	6,44	1,06	-	6,97	1,08	<0,05	6,97	1,08	<0,05

---

---

показателей на данных этапах. Так соотношение итогового усредненного показателя 4-го и 1-го этапов составило 1,11 при  $P < 0,05$ ; 5-го и 1-го этапов – 1,2 при  $P < 0,05$ .

Так же, следует отметить последовательную динамику роста анализируемых показателей на всех отслеживаемых этапах, за одним исключением – отмечается некоторая тенденция к ухудшению первых трех параметров (базальное доверие, автономность, уверенность) в первый месяц реализации ППТ, без должных критериев достоверности. Интерпретация данного факта состоит в том, что первый месяц для зависимых от опиоидов, завершивших курс стационарной МСР, является наиболее сложным с точки зрения изменения рабочего стереотипа, внешних режимных требований, отношений с оппозиционным окружением и т.д. У существенной части резидентов ППТ в условиях адаптационного кризиса наблюдается терапевтическая регрессия, в том числе и по общему параметру базисных приобретений. Задачей экспериментальной программы ППТ на данном этапе является, в том числе, и минимизация последствий адаптационного кризиса, и сохранение достигнутых уровней психологической устойчивости. Как видно из таблицы 12, по большинству параметров данная задача на 1-ом исследовательском этапе была достаточно успешно решена.

Что касается последовательной динамики к улучшению на следующих этапах, то данный факт интерпретируется как свидетельство устойчивости терапевтических изменений в результате реализации активной фазы ППТ. Также, следует иметь в виду и неизбежный отсев лиц с низким и средним уровнями психологической устойчивости на каждом исследовательском этапе.

В таблице 2 приведены характеристики динамики факторов психологической устойчивости – новообразований возраста – в 1-ой экспериментальной группе на основных этапах.

Как видно из таблицы 2 существенные и достоверные отличия между значениями основных параметров прослеживаются со 2-го по 4-й этапы. В то же время достоверные различия, практически по каждому параметру, прослеживается между показателями 3-го, 4-го, 5-го и 1-го этапов с нарастанием диапазона полученных соотношений. Что свидетельствует о достаточно устойчивом терапевтическом эффекте ППТ. Также, следует отметить и наличие значимой терапевтической динамики в продолжение 1-го месяца ППТ,

по крайней мере, по 3-м из 6-ти анализируемых параметров. Что свидетельствует о сравнительно более высокой пластичности факторов новообразований возраста в сравнение с факторами базисных приобретений.

Отмеченные тенденции характерны и для динамики усредненного, по параметрам данного раздела, показателя – значимый и растущий диапазон соотношений к показателю 1-го этапа, прослеживается на каждом последующем этапе: 1,06 – на 2-ом; 1,17 при  $P < 0,01$  – на 3-ем; 1,23 при  $P < 0,01$  – на 4-ом; 1,25 при  $P < 0,01$  – на 5-ом.

В таблице 3 приведены характеристики динамики социальных факторов, обеспечивающих устойчивость к повторному вовлечению в зависимость от ПАВ, в 1-ой экспериментальной группе.

Как видно из таблицы 3 достоверные и существенные различия по всем анализируемым параметрам отмечаются на каждом этапе, начиная со 2-го. Имеет место последовательное нарастание уровня анализируемых показателей с достижением терапевтического максимума на 5-ом исследовательском этапе – через 1,0 год после завершения активной фазы ППТ. Что, в частности, свидетельствует о том, что к этому времени в состоянии ремиссии остаются резиденты с удовлетворительным уровнем социальной адаптации и конструктивными отношениями в ближайшем окружении.

Динамика усредненного показателя по параметрам социальных факторов, в целом, повторяет вышеназванную тенденцию.

В таблице 4 приведена характеристика сравнительной динамики усредненных показателей психологической устойчивости по всем проанализированным параметрам – базисных приобретений, новообразований возраста, социальных факторов – в 1-ой экспериментальной группе и группе сравнения 1.

Как видно из таблицы 4, начиная со 2-го исследовательского этапа, имеет место достоверная и существенная разница по большинству из исследуемых значений. Исключение здесь составляют лишь усредненные значения параметра базисных приобретений на 2-ом этапе (соотношение 0,99), значения этого же параметра на 5-ом исследовательском этапе (соотношение 0,75 с перекрывающимися значениями доверительных интервалов в силу малочисленности остаточной группы).

Полученные результаты свидетельствуют о достаточно высокой терапевтической активности экс-

Óððàè òáððèñò èèà àèíàì èèè òàèò ìðíá ìñèðíííàè-áñèíé óñò ìé-èáñòè (ìððàì áòð – ííáí ìððàç ìááí èý áíçðáñ òà)

á I-í é ýèñíáðè ìáí ò àèñí íé áðóííá

Таблица 3

3-й этап исследования – психологическая адаптация (3-й этап исследования – психологическая адаптация)

Обозначение параметра	Сроки		1 мес.				2 мес.			0,5 года		
	0 мес.	Среднее значение	Среднее значение	Соотношение	P	Среднее значение	Соотношение	P	Среднее значение	Соотношение	P	Среднее значение
1. Социальная адаптация	4,0	4,2	1,05	-	6,0	1,43 1,5	<0,01 <0,01	6,8	1,13 1,7	<0,05 <0,01	7,2	
2. Особенности семейной системы	4,6	4,8	1,04	-	5,5	1,15 1,2	<0,05 <0,01	6,7	1,22 1,46	<0,01 <0,01	7,0	
Средний показатель по анализируемому параметру	4,3	4,5	1,05	-	5,75	1,28 1,34	<0,01 <0,01	6,75	1,17 1,57	<0,01 <0,01	7,1	

Νῶταί τε ὁ ἀεὺίται ἄε ίαί εἰ εἰα σῆδαί ίαί ίῶ ἰ ίεαα ὁ ἀεὺί τε ἰ ηεοί ίε ίε-ἠηίε σῆ οἰε-εάη ὁ ε ἰ ί α δ α ί α ὁ δ α ί :

1) Αἰαεῆί ῶ ἰ δ ε ί α δ ὁ α ί ε ε, 2) Ι ί α ί α δ α α ί α ί ε ε, 3) Νί ο ε α εὺί ῶ ὁ α ε ὁ ί δ ί α –  
ἂ Ι-ίε γεῆ ἰ α δ ε ί α ί ὁ α εὺί ί ε ἄ δ ο ί ῖ α ε ἄ δ ο ί ῖ α ἠ δ α ἰ ί α ί ε ῖ Ι

---

---

периментальной программы ППТ, проводимой в группе зависимых от опиоидов, завершивших курсы стационарной МСР. А также – об устойчивости результата на сравнительно отдаленных – 4-ом и 5-ом отслеживаемых этапах.

Полученные данные подтверждают ведущую роль уровней психологической устойчивости к повторному вовлечению в зависимость от ПАВ, обеспечивающих ремиссионный статус зависимых от опиоидов.

## **ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ У ЗАВИСИМЫХ ОТ ОПИОИДОВ, ПОЛУЧАЮЩИХ ПРОТИВОРЕЦИДИВНУЮ И ПОДДЕРЖИВАЮЩУЮ ТЕРАПИЮ ПОСЛЕ ЗАВЕРШЕНИЯ АМБУЛАТОРНОЙ МСР**

Н.Б. Ережепов, А.Л. Катков

### **Введение**

В ходе реализации программы Treetnet по разработке и внедрению новых, эффективных форм и методов наркологической помощи нами проводилось исследование эффективности экспериментальной программы противорецидивной и поддерживающей терапии (ППТ) зависимых от опиоидов, завершивших курсы амбулаторной МСР. В частности, исследовались особенности динамики показателей качества жизни и социального функционирования среди пациентов экспериментальной группы и группы сравнения. На основании полученных результатов делались выводы об эффективности экспериментальной программы ППТ в отношении зависимых от опиоидов.

В таблице 1 приведены характеристики динамики коэффициента соотношения (КС) во 2-ой экспериментальной группе и группе сравнения 2 на основных этапах исследования.

Как видно из таблицы 1, достоверный и существенный рост показателя КС во 2-ой экспериментальной группе прослеживается к 3-му этапу, т.е. – в период завершения активной фазы ППТ (соотношение 1,06 при  $P<0,05$ ). Достоверные и существенные различия между значениями КС в пользу 2-ой экспериментальной группы имеют место на 3-ем и 4-ом исследовательских этапах. Значения соотношений с аналогичными показателями группы сравнения 2 здесь были следующими: на 3-ем этапе – 0,8 при  $P<0,01$ ; на 4-ом этапе – 0,66 при  $P<0,01$ .

Результаты, полученные по настоящему фрагменту, свидетельствуют о достаточно устойчивой терапевтической эффективности эксперименталь-

ной программы ППТ в отношении показателей качества жизни у зависимых от опиоидов, завершивших курсы амбулаторной МСР.

Следует отметить наиболее высокие уровни значений КС во 2-ой экспериментальной группе, в сравнении с аналогичными показателями 1-ой и 3-ей экспериментальных групп. Что объясняется более интенсивной и квалифицированной ресурсной поддержкой со стороны ближайшего окружения зависимых от опиоидов, достигнутой в ходе реализации амбулаторной МСР.

В таблице 2 приведены характеристики динамики коэффициента диссоциации (КД) во 2-ой экспериментальной группе и группе сравнения 2 на основных этапах исследования.

Как видно из таблицы 2, в анализируемой экспериментальной группе отмечается благоприятная и доказательная динамика нормализации показателя КД, достигающего нормативных значений (1,1) на 4-ом и 5-ом этапах. При этом существенные и достоверные различия показателей КД в пользу экспериментальной группы прослеживаются на всех этапах, за исключением 1-го и 5-го. Так, соотношение с показателями КД на 2-ом этапе составило 1,12 при  $P<0,01$ ; на 3-ем этапе – 1,17 при  $P<0,01$ ; на 4-ом этапе – 1,09 при  $P<0,05$ . На 5-ом этапе, при соотношении 1,14 в пользу экспериментальной группы, должных критериев достоверности получено не было.

Полученные результаты свидетельствуют о долгосрочном терапевтическом эффекте ППТ в отношении нормализации соотношения субъективных и объективных оценок качества жизни у зависимых от опиоидов, проходивших курсы амбулаторной МСР.

Таблица 1

Ὁὰδὰεὸὰδδὲπὸ ἐεὰ ἀεὶ τὰ ἰ εεε ἐίγὺ δ εὐεαί τὰ πῖ τὸ ἰί φάτῆϋ (ÉÑ)  
át 2-í é yéñíáδe ἰ áí τὸ αεῖῖí τé ἀδóíτἰά è ἀδóíτἰά πδὰátáτῆϋ 2

Таблица 2

Ὁὰδὰεὸὰδδὲπὸ ἐεὰ ἀεὶ τὰ ἰ εεε ἐίγὺ δ εὐεαί τὰ ἀεῖπῖτὸεαεε (ÉÄ)  
át 2-í é yéñíáδe ἰ áí τὸ αεῖῖí τé ἀδóíτἰά è ἀδóíτἰά πδὰátáτῆϋ 2

---

---

В целом, следует отметить отчетливый и устойчивый терапевтический эффект экспериментальной про-

граммы ППТ в отношении качества жизни зависимых от опиоидов, завершивших курсы амбулаторной МСР.

## ДИНАМИКА СТАДИЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ У ЗАВИСИМЫХ ОТ ОПИОИДОВ, ПОЛУЧАЮЩИХ ПРОТИВОРЕЦИДИВНУЮ И ПОДДЕРЖИВАЮЩУЮ ТЕРАПИЮ ПОСЛЕ ЗАВЕРШЕНИЯ АМБУЛАТОРНОЙ МСР

Н.Б. Ережепов, А.Л. Катков

### Введение

В ходе реализации программы Treetnet по разработке и внедрению новых, эффективных форм и методов наркологической помощи нами проводилось исследование эффективности экспериментальной программы противорецидивной и поддерживающей терапии (ППТ) зависимых от опиоидов, завершивших курсы амбулаторной МСР. В частности, исследовались особенности распределения стадий терапевтических изменений среди пациентов экспериментальной группы и группы сравнения. На основании полученных результатов делались выводы об эффективности экспериментальной программы ППТ в отношении зависимых от опиоидов.

В таблице 1 приведены данные о динамике распределения стадий терапевтических изменений во 2-ой экспериментальной группе на основных исследовательских этапах.

Как видно из таблицы 1 существенное и значимое перераспределение Т-баллов, характеризующих удельный вес стадий терапевтических изменений у пациентов 2-ой экспериментальной группы от стадий предразмышления и размышления к стадиям действий и сохранения достигнутых результатов, происходит в продолжение первых двух месяцев реализации активной фазы ППТ. Максимальный уровень терапевтической мотивации среди пациентов 2-ой экспериментальной группы фиксируется к концу 2-го месяца ППТ. Так, на 3-ем исследовательском этапе существенно уменьшаются средние значения стадии предразмышления (соотношение 0,89 при  $P < 0,01$ ), стадии размышления (соотношении 0,79 при  $P < 0,01$ ); и увеличиваются значения стадии действий (соотношение 1,15 при  $P < 0,01$ ), стадии сохранения результатов (соотношении 1,16 при  $P < 0,01$ ). Однако на следующих 2-х этапах, характеризующих ситуацию через 0,5 года и 1,0 год после завершения

активной фазы ППТ, отмечается тенденция к некоторому ухудшению анализируемых показателей, без подкрепления соответствующими критериями достоверности. Таким образом, следует констатировать достаточно устойчивую конструктивную динамику по стадиям терапевтических изменений во 2-ой экспериментальной группе зависимых от опиоидов после амбулаторной МСР.

В таблице 2 представлена сравнительная характеристика распределения стадий терапевтических изменений среди пациентов во 2-ой экспериментальной группе и группе сравнения 2.

Как видно из данных таблицы 2, достоверные и существенные отличия в пользу экспериментальной группы 2 прослеживаются на всех основных этапах, начиная со 2-го. При этом, наиболее существенные отличия имеют место на 4-ом и 5-ом исследовательских этапах. Что демонстрирует устойчивость основного результата экспериментальной программы ППТ в сфере формирования терапевтической мотивации на сохранение трезвости у существенной части зависимых от опиоидов, прошедших амбулаторную МСР.

Следует отметить также и то обстоятельство, что по абсолютному значению Т-баллов наиболее значимых – 3-ей и 4-ой стадий терапевтических изменений, достигаемых на заключительных исследовательских этапах (с 3-его по 5-ый), экспериментальная группа 2 проигрывает экспериментальной группе 1 – зависимых от опиоидов после завершения стационарной МСР.

Однако, эти отличия не носят критического характера. Что, в конечном итоге, отражается в сопоставимых объемах ремиссии на заключительных исследовательских этапах в 1-ой и 2-ой экспериментальных группах, и более существенной разнице по значениям показателя срывов (неустойчивой ремиссии).



Таблица 1

Βαθμολογίες από τη διεξαγωγή των δοκιμών (Α. Ιστοσελίδα: [www.athens.gov.gr](http://www.athens.gov.gr))  
 at 2-nd year of the study

Στάδια	0 мес.			1 мес.			2 мес.			0,5 года			1 год		
	Среднее значение	Соотношение	P	Среднее значение	Соотношение	P	Среднее значение	Соотношение	P	Среднее значение	Соотношение	P	Среднее значение	Соотношение	P
Στάδια προεργασίας	66,1	0,94	<0,05	62,0	0,95	<0,05	58,8	0,96	<0,05	56,4	0,96	<0,05	53,1	0,94	-
Στάδια εργασίας	44,0	0,82	<0,01	36,2	0,97	<0,01	35,1	0,79	-	48,8	1,39	<0,01	58,8	1,2	<0,01
Στάδια εφαρμογών	54,2	1,1	<0,01	60,1	1,03	<0,01	62,2	1,15	-	59,1	0,95	<0,01	58,2	0,94	-
Στάδια διατήρησης	55,1	1,07	<0,05	59,3	1,07	<0,05	63,4	1,16	<0,05	62,2	0,98	<0,05	60,7	0,97	-

Таблица 2

Ἡ δόξα τῆς ἀποστολῆς ἐκτελεσθεῖσα ἐν τῇ ἐκκλησίᾳ τῆς Ἐφέσου (Ἄ. Ἰδοῦσε, Ἐ. Ἀεὲς αἰετοῦ)  
 Ἡ δόξα τῆς ἀποστολῆς ἐκτελεσθεῖσα ἐν τῇ ἐκκλησίᾳ τῆς Ἐφέσου (Ἄ. Ἰδοῦσε, Ἐ. Ἀεὲς αἰετοῦ)  
 Ἡ δόξα τῆς ἀποστολῆς ἐκτελεσθεῖσα ἐν τῇ ἐκκλησίᾳ τῆς Ἐφέσου (Ἄ. Ἰδοῦσε, Ἐ. Ἀεὲς αἰετοῦ)

Группы / Стадии	0 мес.				1 мес.				2 мес.				0,5 года				
	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
Экспериментальная группа 2 (среднее значение)	66,1	44,0	54,2	55,1	66,0	36,2	60,1	59,3	58,8	35,1	62,2	63,4	56,4	48,8	59,1	62,2	53,1
Группа сравнения 2 (среднее значение)	67,0	43,1	53,6	54,1	66,0	40,1	56,2	56,4	65,2	44,1	50,4	53,6	70,4	32,2	45,6	50,1	72,2
Соотношение	1,01	0,98	0,99	0,98	1,06	1,1	0,93	0,95	1,1	1,25	0,81	0,84	1,25	0,66	0,77	0,8	1,36
P	-	-	-	-	<0,05	<0,01	<0,05	<0,05	<0,01	<0,01	<0,01	<0,05	<0,01	<0,01	<0,05	<0,05	<0,05

---

---

Таким образом, полученные по настоящему исследованию результаты свидетельствуют об эффективности экспериментальной программы ППТ

в отношении динамики стадий терапевтических изменений у зависимых от опиоидов, завершивших амбулаторную МСР.

## **ДИНАМИКА ФОРМИРОВАНИЯ ФАКТОРОВ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ УСТОЙЧИВОСТИ К ПОВТОРНОМУ ВОВЛЕЧЕНИЮ В ЗАВИСИМОСТЬ ОТ ОПИОИДОВ У ПАЦИЕНТОВ, ПОЛУЧАЮЩИХ ПРОТИВОРЕЦИДИВНУЮ И ПОДДЕРЖИВАЮЩУЮ ТЕРАПИЮ ПОСЛЕ ЗАВЕРШЕНИЯ АМБУЛАТОРНОЙ МСР**

Н.Б. Ережепов, А.Л. Катков

### **Введение**

В ходе реализации программы Treetnet по разработке и внедрению новых, эффективных форм и методов наркологической помощи нами проводилось исследование эффективности экспериментальной программы противорецидивной и поддерживающей терапии (ППТ) зависимых от опиоидов, завершивших курсы амбулаторной МСР. В частности, исследовались особенности формирования факторов психологической устойчивости среди пациентов экспериментальной группы и группы сравнения. На основании полученных результатов делались выводы об эффективности экспериментальной программы ППТ в отношении зависимых от опиоидов.

В таблице 1 приведены характеристики динамики базисных приобретений во 2-ой экспериментальной группы на основных этапах исследования.

Как видно из таблицы 1 достоверная и существенная разница между анализируемыми показателями, в основном, имеет место на 3-ем, 4-ом и 5-ом отслеживаемых этапах. Диапазон соотношения значений исследуемых параметров увеличивается от 2-го к 5-ому этапу. Что, в частности отражено в динамике усредненного показателя. Так соотношение данного показателя на 3-ем и 1-ом этапах составляет 1,06; на 4-ом и 1-ом – 1,12 при  $P < 0,05$ ; на 5-ом и 1-ом – 1,24 при  $P < 0,05$ . Полученные по настоящему фрагменту результаты свидетельствуют о достаточно высокой терапевтической активности ППТ в отношении формирования факторов базисных приобретений у зависимых от опиоидов, завершивших курсы амбулаторной МСР.

В таблице 2 приведены характеристики динамики факторов новообразований возраста во 2-ой экспериментальной группе на основных исследовательских этапах.

Как видно из таблицы 2 существенные и достоверные различия, в основном, регистрируются между 2-м и 3-м, 3-м и 4-м, 4-м и 5-м этапами. При этом, диапазон соотношений между анализируемым показателями 1-го и последующих этапов последова-

тельно возрастает, что свидетельствует о достаточно устойчивом терапевтическом эффекте ППТ в отношении параметров новообразований возраста. В частности, отмеченные выше закономерности характеризуют динамику усредненного показателя по анализируемому параметру: соотношение значений по 2-ому и 1-му этапам – 1,07, при  $P < 0,05$ ; по 3-му и 1-му этапам – 1,17, при  $P < 0,01$ ; по 4-му и 1-му этапам – 1,22, при  $P < 0,01$ ; по 5-му и 1-му этапам – 1,24, при  $P < 0,05$ .

В таблице 3 приведены характеристики динамики социальных факторов, обеспечивающих устойчивость к повторному вовлечению в зависимость от ПАВ, во 2-ой экспериментальной группе.

Как видно из таблицы 3, достоверные и существенные отличия, характеризующие позитивную динамику исследуемых социальных факторов, отслеживаются на каждом этапе. Данный алгоритм характерен и для усредненного показателя по анализируемому параметру. В частности соотношение значений данного показателя (каждого последующего этапа по отношению к 1-му) составляло: 1,08, при  $P < 0,05$  – на 2-ом этапе; 1,29, при  $P < 0,01$  – на 3-ем этапе; 1,39, при  $P < 0,01$  – на 4-ом этапе; 1,62, при  $P < 0,01$  – на 5-ом этапе. Следует отметить, что терапевтическая динамика социальных факторов, как это следует из приведенных соотношений, была наиболее интенсивной из всех анализируемых параметров.

В таблице 4 приведены сравнительные характеристики динамики усредненных показателей параметров - базисных приобретений, новообразований возраста, социальных факторов – во 2-ой экспериментальной группе и группе сравнения 2.

Как видно из таблицы 4 существенные и достоверные отличия между сравниваемыми группами по анализируемым параметрам прослеживаются на 2-ом, 3-ем и 4-ом этапах. На 2-ом этапе не найдено достоверных различий лишь по параметру базисных приобретений, который, по результатам наших исследований, является наиболее инертным. На 5-ом этапе достоверные отличия прослеживаются









---

---

лишь по параметру социальных факторов (что связано с незначительным количеством пациентов, остающихся в исследуемых группах на завершающем этапе), который, в данном случае, является наиболее пластичным и активным.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о терапевтической активности экспери-

ментальной программы ППТ в отношении достижения относительно высоких уровней психологической устойчивости к повторному вовлечению в зависимость от ПАВ. И, что еще более важно, полученные результаты позволяют констатировать растущий противорецидивный эффект ППТ, достигающий своего максимума на завершающих этапах.

## **ДИНАМИКА РЕДУКЦИИ ОСНОВНЫХ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ У ЗАВИСИМЫХ ОТ ОПИОИДОВ, ПОЛУЧАВШИХ И НЕ ПОЛУЧАВШИХ ПЕРВИЧНУЮ НАРКОЛОГИЧЕСКУЮ ПОМОЩЬ, В ХОДЕ ПРОХОЖДЕНИЯ СТАЦИОНАРНОЙ МСР И ПОСТРЕАБИЛИТАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ**

А.Л. Катков, Е.В. Ережепов

### **Введение**

В ходе реализации программы Treetnet по разработке и внедрению новых, эффективных форм и методов наркологической помощи нами проводилось исследование эффективности экспериментальной программы первичной наркологической помощи (ППП) у зависимых от опиоидов, которые в последующем проходили программу стационарной МСР. В частности, исследовались особенности динамики редукции основных психопатологических синдромов у зависимых от опиоидов, получавших и не получавших первичную наркологическую помощь, в ходе прохождения стационарной МСР и постреабилитационном периоде. На основании полученных результатов делались выводы об эффективности экспериментальной программы ППП в отношении редукции основных психопатологических синдромов у зависимых от опиоидов в ходе прохождения стационарной МСР и постреабилитационном периоде.

В таблице 1 приводятся сведения о динамике представленности и выраженности в баллах наиболее типичных для периода становления ремиссии психопатологических синдромов в исследуемой группе.

Как видно из таблицы 1, наиболее общей, существенной и достоверно значимой была тенденция к последовательному сокращению объемных показателей и уменьшению степени тяжести проявлений основных психопатологических синдромов на 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 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 на основных отслеживаемых этапах. 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-



Таблица 1

Αέτιαι βέδ ιδδαιπδδαιεαίττπδδ ε αιδαεαίττπδδ ε αιεεεδ ιππαιπδδ ιπεδδαιεεδ πεπαιπδδ ι αι εππαιπδδ ι τε αδδδδδ (n=102)

Εταπυ	0 μεс. (n=102)		1 μεс. (n=97)		2 μεс. (n=90)		0,5 год (n=73)		1 год (n=38)						
	%	баллы	%	баллы	%	баллы	%	баллы	%	баллы					
1. Синдром патологического влечения к ПАВ	3	26,5	0,76	8,3	0,79 / 0,6	5,5	0,66	3	0,94 / 0,56	3	0,44 / 0,25	-	-	-	-
	2	29,4	1,12	33,0	51,1	13,3	0,4	2	47,9	2	21,1	1,44	0,27	<0,01	<0,01
	1	29,4	0,8	23,6	<0,01	32,3	1,37	1	<0,01	<0,01	<0,01	1,31	0,45	<0,05	<0,01
2. Постабстинентный синдром	3	23,5	0,8	5,2	27,8	-	-	3	-	3	-	-	-	-	-
	2	22,5	68,0	119	26,8	0,21	5,5	0,21	2	-	2	-	-	-	-
	1	39,3	<0,01	36,0	0,92	22,3	0,62	1	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01
3. Псевдоабстинентный синдром	3	-	-	-	-	-	-	3	-	3	0,46 / -	7,9	0,34	-	<0,05
	2	-	-	-	-	-	-	2	34,2	2	15,8	6,8	1,16	-	<0,05
	1	-	-	-	-	-	-	1	<0,01	1	4,1	4,1	-	-	<0,05
4. Астенический синдром	3	36,3	0,77	4,1	0,44 / 0,34	-	-	3	0,84 / 0,29	3	0,45 / 0,13	-	-	-	<0,01
	2	22,5	62,9	30,4	1,35	8,9	0,29	2	23,3	2	10,5	5,5	0,62	0,24	<0,01
	1	22,6	<0,01	28,3	1,25	18,9	0,67	1	<0,01	<0,01	<0,01	17,8	0,94	0,79	-
5. Депрессивный синдром	3	29,4	0,91	17,5	0,8 / 0,73	13,3	0,76	3	0,87 / 0,64	3	0,62 / 0,4	4,1	0,31	0,14	-
	2	20,6	72,2	32,9	1,6	15,5	0,47	2	50,7	2	31,6	9,6	0,62	0,47	<0,01
	1	29,4	21,8	0,74	29,0	0,91	29,0	0,91	<0,01	<0,01	1	37,0	1,26	-	-

Продолжение таблицы 1

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 <sub>1-2</sub>	P <sub>1-2</sub>	C <sub>1</sub>	P <sub>1</sub>	баллы	C <sub>1</sub>	P <sub>1</sub>	C <sub>2</sub>	P <sub>2</sub>	
Синдромы															
	3	11,4	0,72	-	0,95	1,13/1,36	3	7,8	0,68	0,95	0,68	0,87	0,6	1,16	0,69
	2	4,9	1,47	-	1,24	1,36	2	8,9	1,82	1,24	1,82	1,38	2,51	0,64	1,61
6. Дистимический (типопатический) синдром	1	3,3	2,52	-	1,2	-	1	10,0	3,03	1,2	3,03	0,69	2,09	3,04	6,36
	3	5,9	0,69	-	0,84/0,49	3	-	-	-	0,53/0,26	-	-	-	-	-
	2	2,9	2,48	-	0,46	-	2	3,3	1,14	0,46	1,14	1,24	1,41	-	-
7. Психопатический синдром	1	22,6	0,32	<0,01	1,69	-	1	12,2	0,54	1,69	0,54	0,34	0,18	1,93	0,35
	3	18,6	0,33	<0,05	0,71	0,89/0,85	3	4,4	0,24	0,71	0,24	-	-	-	-
	2	5,9	2,97	<0,05	0,89	2,63	2	15,5	2,63	0,89	2,63	0,62	1,63	-	-
8. Психопатологический синдром	1	18,6	0,94	<0,05	0,95	-	1	16,7	0,9	0,95	0,9	0,57	0,52	1,92	0,99
	3	14,7	0,49	-	0,46	0,97/0,95	3	3,3	0,22	0,46	0,22	-	-	-	-
	2	6,9	2,54	<0,05	0,6	1,52	2	10,5	1,52	0,6	1,52	1,17	1,78	0,64	1,14
9. Психоорганический синдром	1	11,3	0,64	-	2,4	-	1	17,3	1,53	2,4	1,53	0,87	1,34	0,87	1,17
	3	19,6	0,89	-	0,25	0,87/0,9	3	4,4	0,22	0,25	0,22	-	-	-	-
	2	31,4	1,54	<0,05	0,78	1,2	2	37,8	1,2	0,78	1,2	10,1	1,22	-	-
10. Висцеропатический синдром	1	20,6	0,4	<0,05	2,67	-	1	22,2	1,08	2,67	1,08	0,56	0,6	2,97	1,79
	3	19,6	1,04	-	0,87/0,9	3	4,4	0,22	0,87/0,9	0,22	0,79/0,71	-	-	-	-
	2	31,4	1,54	<0,05	0,78	1,2	2	37,8	1,2	0,78	1,2	10,1	1,22	-	-
	1	20,6	0,4	<0,05	2,67	-	1	22,2	1,08	2,67	1,08	0,56	0,6	2,97	1,79

ом 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 – возврата 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 показателем по аффективным синдромам.

В тоже время следует 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.

В таблице 2 приведены сравнительные характеристики динамики основных психопатологических синдромов в исследуемой группе и группе сравнения на 1-ом отслеживаемом этапе.

Таблица 2

*Νδδαίτε δ αβύτιύα δαδαε δ αδενδ εεε αεία ι εεε ίνίταί ύσ ίνεδίττὰδ ίείτæ-άνεεδ νε ίαδί ί τά  
ά εññεάάοά ί εε άδóττá ε άδóττá νδδαίτáτεττύ ία 1-ί ί τδδάτá νδδαεε ί τδδίττε Ι Νδ*

Синдромы	Этапы	Исследуемая группа (n=102)		Группа сравнения (n=136)						
		%	баллы	%	баллы	C <sub>1</sub>	C <sub>2</sub>	P <sub>1</sub>	P <sub>2</sub>	
1. Синдром патологического влечения к ПАВ	85,3	3	26,5	89,7	3	28,7	1,05	1,08	-	-
		2	29,4		2	33,8		1,15		-
		1	29,4		1	27,2		0,93		-
2. Постабстинентный синдром	85,3	3	23,5	89,7	3	28,7	1,05	1,22	-	-
		2	22,5		2	27,2		1,21		-
		1	39,3		1	33,8		0,86		-
3. Псевдоабстинентный синдром	-	3	-	-	3	-	-	-	-	-
		2	-		2	-		-		-
		1	-		1	-		-		-
4. Астенический синдром	81,4	3	36,3	86,0	3	40,4	1,06	1,11	-	-
		2	22,5		2	27,2		1,21		-
		1	22,6		1	18,4		0,81		-
5. Депрессивный синдром	79,4	3	29,4	83,8	3	33,8	1,06	1,15	-	-
		2	20,6		2	23,5		1,14		-
		1	29,4		1	26,5		0,9		-
6. Дистимический (типопатический) синдром	19,6	3	11,4	16,2	3	9,5	0,83	0,83	-	-
		2	4,9		2	4,4		0,9		-
		1	3,3		1	2,3		0,7		-
7. Психопатический синдром	31,4	3	5,9	31,6	3	7,3	1,01	1,24	-	-
		2	2,9		2	3,0		1,03		-
		1	22,6		1	21,3		0,94		-
8. Психопатоподобный синдром	43,1	3	18,6	43,4	3	23,5	1,01	1,26	-	-
		2	5,9		2	7,3		1,24		-
		1	18,6		1	12,6		0,68		-
9. Психоорганический синдром	32,9	3	14,7	32,3	3	16,9	0,98	1,15	-	-
		2	6,9		2	8,8		1,28		-
		1	11,3		1	6,6		0,58		-
10. Висцеропатический синдром	71,6	3	19,6	73,5	3	23,5	1,03	1,2	-	-
		2	31,4		2	33,8		1,08		-
		1	20,6		1	16,2		0,79		-



*Ñðàáíè ò äåüííá ðàðàè ò äðèñðèè èè àèíà ì èèè ìñííáíúñ ìñèðííà ò íèíàè-áñèèñ ñèíäðííá  
 á èññèääóá ì íè äðóííà è äðóííà ñðàáíáíèý ì 3-à ÿðàíà (2 ì ãñ. ñðààèííàðííèé ÌÑÐ)*

пятствуют выведению должных критериев достоверности. Лишь по профилю психоорганического синдрома (показатель представленности легкой степени тяжести данного синдрома) были получены значения  $P=0,05$ .

В таблице 5 приведены сравнительные характеристики динамики основных психопатологических синдромов в исследуемой группе и группе сравнения на 4-ом этапе (через 0,5 года после завершения стационарной МСР).

Здесь, при наличии характерных для предыдущих этапов тенденций, обращают внимание достаточно существенные различия в пользу исследуемой группы по профилям псевдоабстинентного (соотношение 1,11) и, особенно, депрессивного (соотношение 1,19), а также – психопатоподобного (соотношение 1,17) синдромов.

В таблице 6 приведены сравнительные характеристики динамики основных психопатологических

синдромов в исследуемой группе и группе сравнения на 5-ом этапе (1,0 года после прохождения стационарной МСР).

Здесь также отмечается существенное преобладание объемных показателей и показателей тяжести основных психопатологических синдромов в группе сравнения, особенно заметное по профилям псевдоабстинентного и депрессивного синдромов (соотношение 1,51). В силу малочисленности остаточных групп на данном этапе не было получено необходимых критериев достоверности.

В целом, по результатам настоящего исследования следует отметить наличие более (на этапах 3-5) или менее (этапы 1-2) отчетливых тенденций к снижению показателей объемов и тяжести основных психопатологических проявлений в исследуемой группе. Что может свидетельствовать о сравнительно менее прогрессивной динамике формирования биологических последствий за-

Νῶδαίτε δάεινιὰ δαδαέδαδενδееε αείαιίееε ινίίαιίυδ ινεοίταδ ιέταε-άνεεδ ηείαδι ία á εññεάοά ίέ  
 αδρία ε αδρία ηδαάίαιέγ ία 4-ίι γοάιá (0,5 αίαά ιίñεά ςάάαδφάίέγ ηδάοείίαδίίέ ÌÑÐ)

Σταθμῶν	Ισσοδουαυά γρῶπυα			Γρῶπυα ςαρίναννια						
	%%	ββαλυ		%%	ββαλυ		CG <sub>1</sub>	CG <sub>2</sub>	PP <sub>1</sub>	PP <sub>2</sub>
1. Σνδρῶμ πατολῶγικῶσ υλῆννια κ ΠΑΒ	27,0	3	--	28,63	3	2,8	11,303	-	--	--
		2	79,5		22	95,56		1,02	--	--
		1	122,4		11	140,19		10,456	--	--
2. Ποσταβσννεντνίη σνδρῶμ	-	3	--	--	3	--	-	--	--	--
		2	--		2	--		--	--	--
		1	--		1	--		--	--	--
3. Πσνδρῶμ αβσννεντνίη σνδρῶμ	85,8	3	79,3	23,80	3	125,3	11,511	11,809	--	--
		2	70,8		22	99,9		1,26	--	--
		1	41,1		11	112,8		0,68	--	--
4. Ασνεννικῶσ σνδρῶμ	20,5	3	5,5	12,53	3	7,0	11,309	1,27	--	--
		2	10,58		2	118,3		11,303	--	--
		1	4,1		1	11,3		2,76	-	-
5. Δεπρῶσσνννν σνδρῶμ	50,7	2	9,6	60,5	2	19,7	1,19	2,05	-	-
		1	37,0		1	29,5		0,8	-	-
6. Δνσννννννννννν σνδρῶμ	26,0	3	6,8	22,5	3	5,6	0,87	0,82	-	-
		2	12,3		2	11,3		0,92	-	-
		1	6,9		1	5,6		0,81	-	-
7. Πσννννννννννν σνδρῶμ	8,2	3	-	8,5	3	-	1,04	1,04	-	-
		2	4,1		2	4,25		1,04	-	-
		1	4,1		1	4,25		1,04	-	-
8. Πσννννννννννν σνδρῶμ	19,2	3	-	22,5	3	2,8	1,17	1,18	-	-
		2	9,6		2	11,3		0,88	-	-
		1	9,6		1	8,4		0,88	-	-
9. Πσννννννννννν σνδρῶμ	27,4	3	-	28,1	3	4,2	1,03	0,92	-	-
		2	12,3		2	11,3		0,92	-	-
		1	15,1		1	12,6		0,83	-	-
10. Βνσννννννννννν σνδρῶμ	50,7	3	-	54,9	3	4,2	1,08	0,99	-	-
		2	38,3		2	38,0		1,02	-	-
		1	12,4		1	12,7		1,02	-	-

Ταβνλννα 6

Νῶδαίτε δάεινιὰ δαδαέδαδενδееε αείαιίееε ινίίαιίυδ ινεοίταδ ιέταε-άνεεδ ηείαδι ία á εññεάοά ίέ  
 αδρία ε αδρία ηδαάίαιέγ ία 5-11 γοάιá (1,0 αίαά ιίñεά ισοί αείαιέγ ηδαοείίαδίίέ ÌÑÐ)

висимости от опиоидов в период прохождения экспериментальной программы ПНП. Однако, полученных данных, в силу ограниченного срока участия в экспериментальных программах

ПНП, а также в виду малочисленности микрогрупп, набираемых по профилям анализируемых синдромов, недостаточно для констатации достоверных отличий.

### **ДИНАМИКА СТАДИЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ У ЗАВИСИМЫХ ОТ ОПИОИДОВ, ПОЛУЧАВШИХ И НЕ ПОЛУЧАВШИХ ПЕРВИЧНУЮ НАРКОЛОГИЧЕСКУЮ ПОМОЩЬ, В ХОДЕ ПРОХОЖДЕНИЯ СТАЦИОНАРНОЙ МСР И ПОСТРЕАБИЛИТАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ**

А.Л. Катков, Е.В. Ережепов

#### **Введение**

В ходе реализации программы Treetnet по разработке и внедрению новых, эффективных форм и методов наркологической помощи нами проводилось исследование эффективности экспериментальной программы первичной наркологической помощи (ПНП) у зависимых от опиоидов, которые в последующем проходили программу стационарной МСР. В частности, исследовались особенности динамики стадий терапевтических изменений у зависимых от опиоидов, получавших и не получавших первичную наркологическую помощь, в ходе прохождения стационарной МСР и пострерабилитационном период. На основании полученных результатов делались выводы об эффективности экспериментальной программы ПНП в отношении динамики стадий терапевтических изменений у зависимых от опиоидов в ходе

прохождения стационарной МСР и пострерабилитационном периоде.

В таблице 1 приведены характеристики динамики распределения по стадиям терапевтических изменений (классификация Д. Прохазка, К. Диклемента) в исследуемой группе.

Как видно из таблицы 1, существенные и достоверные различия по распределению исследуемых стадий от менее конструктивных (стадии предразмышления и размышления) к более конструктивным уровням терапевтической мотивации (стадии действия и сохранения достигнутых результатов), по первым трем позициям отмечаются на всех отслеживаемых этапах. А по четвертой позиции (стадия сохранения результатов) – на 4-ом и 5-ом этапах.

В таблице 2 приведены характеристики распределения по стадиям терапевтических изменений в

Таблица 1

ο αὐτῶν τῶν ἀποκρίσεων (Α. Ἰδιόαγα, Ε. Αεῒεῒαίαία) (n = 102)

Сроки	0 мес.				1 мес.			2 мес.			0,5 года		
	Среднее значение	Среднее значение	Соотношение	р	Среднее значение	Соотношение	р	Среднее значение	Соотношение	р	Среднее значение	Соотношение	р
Стадия предразмышления	65,8	57,5	0,87	<0,01	62,3	1,08 / 0,95	<0,05 / -	60,6	0,97 / 0,92	- / <0,05	66,7	- / <0,05	- / <0,05
Стадия размышления	43,1	50,0	1,17	<0,01	57,5	1,14 / 1,33	<0,01 / <0,01	45,0	0,78 / 1,04	<0,01 / -	50,7	- / -	- / -
Стадия действия	54,9	60,0	1,1	<0,01	62,8	1,04 / 1,14	- / <0,01	62,5	0,89 / 0,99	<0,05 / -	62,1	- / -	- / -
Стадия сохранения	55,2	57,5	1,05	-	57,9	1,0 / 1,04	- / -	64,8	1,12 / 1,17	<0,05 / <0,05	62,5	<0,05 / <0,05	<0,05 / <0,05





---

---

исследуемой группе и группе сравнения на основных этапах.

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

## **ДИНАМИКА ФОРМИРОВАНИЯ ФАКТОРОВ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ УСТОЙЧИВОСТИ К ПОВТОРНОМУ ВОВЛЕЧЕНИЮ В ЗАВИСИМОСТЬ ОТ ОПИОИДОВ У ПАЦИЕНТОВ, ПОЛУЧАВШИХ И НЕ ПОЛУЧАВШИХ ПЕРВИЧНУЮ НАРКОЛОГИЧЕСКУЮ ПОМОЩЬ, В ХОДЕ ПРОХОЖДЕНИЯ СТАЦИОНАРНОЙ МСР И ПОСТРЕАБИЛИТАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ**

А.Л. Катков, Е.В. Ережепов

### **Введение**

В ходе реализации программы Treetnet по разработке и внедрению новых, эффективных форм и методов наркологической помощи нами проводилось исследование эффективности экспериментальной программы первичной наркологической помощи (ПНП) у зависимых от опиоидов, которые в последующем проходили программу стационарной МСР. В частности, исследовались особенности динамики формирования факторов психологической устойчивости к повторному вовлечению в зависимость от опиоидов у пациентов, получавших и не получавших первичную наркологическую помощь, в ходе прохождения стационарной МСР и пострерабилитационном период. На основании полученных результатов делались выводы об эффективности экспериментальной программы ПНП в отношении динамики формирования факторов психологической устойчивости к повторному вовлечению в зависимость от опиоидов у пациентов в ходе прохождения стационарной МСР и пострерабилитационном периоде.

В таблице 1 приведены характеристики динамики факторов психологической устойчивости (параметр – базисные приобретения) в исследуемой группе на основных этапах.

Как видно из таблицы 1, по большинству из отслеживаемых позиций имеет место существенная и достоверная динамика позитивных изменений на 2-ом и 3-ем этапах. Тенденции к некоторому снижению достигнутого уровня отмечаются на 4-ом и 5-ом отслеживаемых этапах.

Вышеназванные закономерности, в частности, отражаются и в динамике усредненного показателя анализируемого параметра – соотношение значений 2-го и 1-го этапов здесь составило 1,05 при  $P < 0,05$ ; 3-го и 1-го этапов – 1,08 при  $P < 0,05$ .

В целом, результаты, полученные при настоящем исследовании, свидетельствуют об устойчивом позитивном влиянии экспериментальных программ ПНП на уровень терапевтической мотивации у зависимых от опиоидов, направляемых на прохождения стационарной МСР.

В таблице 2 приведена динамика факторов психологической устойчивости (параметр – новообразования возраста) в исследуемой группе на основных этапах.

Как видно из таблицы 2, достоверные и существенные различия между показателями 1-го и 2-го этапов отмечаются по 3-м позициям; между показателями 3-го и 1-го этапов – по 4-м позициям; между показателями 4-го и 1-го этапов – по 3 позициям. На 5-ом заключительном этапе, при наличии соотношений в пользу благоприятной динамики, достоверные различия отмечаются лишь по 1-ой позиции (внутренний локус контроля), что связано с незначительным количеством пациентов в остаточной группе. Отмеченные закономерности прослеживаются и в динамике усредненного показателя по анализируемому параметру. Здесь отмечаются существенные и достоверные различия между показателем каждого последующего этапа и 1-го этапа, за исключением показателя 5-го этапа.

В таблице 3 приведена динамика факторов психологической устойчивости (параметр социальных факторов) в исследуемой группе на основных этапах.

Как видно из таблицы 3, достоверная и существенная динамика позитивных изменений по анализируемому параметру прослеживалась на 2-ом этапе (позиция особенностей семейной системы), на 3-ем этапе – та же позиция, на 4-ом и 5-ом этапах (позиция социальной адаптации).

Достоверные и существенные различия по усредненному показателю отмечались на 3-ем этапе (соотношение 1,06 при  $P < 0,05$ ) и на 4-ом этапе (соотношение 1,12 при  $P < 0,05$ ).

В таблице 4 приведены данные о динамике усредненных показателей психологической устойчивости по всем вышеприведенным параметрам - ба-



Таблица 2

Βαθμολογίες των ερωτήσεων που αφορούν την ικανότητα – επίτευξης των στόχων  
 η επεξεργασία των δεδομένων (n = 102)

Στοιχείο	0 мес.			1 мес.			2 мес.			0,5 года			1 год		
	Среднее значение	Соотношение	P	Среднее значение	Соотношение	P	Среднее значение	Соотношение	P	Среднее значение	Соотношение	P	Среднее значение	Соотношение	P
1. Самоидентификация	5,7	0,98	-	6,0	1,03	-	6,0	1,05	-	6,0	1,0	-	5,7	0,95	-
2. Жизненный сценарий	5,8	1,03	-	6,0	1,03	-	6,0	1,03	-	6,2	1,0	-	6,0	0,96	-
3. Навыки ответственного выбора	5,5	1,09	<0,05	6,0	1,09	<0,05	6,0	1,09	<0,05	6,0	1,0	-	6,1	1,01	-
4. Внутренний локус контроля	5,5	1,07	<0,05	6,3	1,07	<0,05	6,3	1,07	<0,05	6,4	1,01	-	6,3	0,98	-
5. Доступ к внутренним ресурсам	5,0	1,04	-	5,3	1,04	-	5,3	1,06	-	5,2	0,98	-	5,2	1,0	-
6. Информированность о вреде наркотребления	6,4	1,08	<0,05	6,9	1,08	<0,05	6,9	1,08	<0,05	6,8	0,98	-	6,7	0,98	-
Средний показатель по анализируемому параметру	5,65	1,05	<0,05	6,1	1,05	<0,05	6,1	1,08	<0,05	6,1	1,0	-	6,0	0,98	-



Таблица 4

Νόδαί εδωκυίαγ άε ία ίεεά όπδαιίάίί ύό ί ίεααόάεε ίπεδύίε ύε-άπείε όπδ ίε-εάπδε ίί ίάδαιόδδαι: 1) Ααρεή ύό ίδε ίάδδδαιέε, 2) Ι ίαι ίάδδαιάίεε, 3) Νύδαιύί ύό όαεό ίδία – ά επνέαάίίε άδύίά ε άδύίά πδαιάίεγ

Ετάπυ Γρύπυ	0 μεс.			1 μεс.			2 μεс.			0,5 γόα			1 γόδ		
	Βαζυνύε πρ- οβρεγνύα	Νοοοβρζοα- νύα	Соцпальные факτορυ	Βαζυνύε πρ- οβρεγνύα	Νοοοβρζοα- νύα	Соцпальные факτορυ	Βαζυνύε πρ- οβρεγνύα	Νοοοβρζοα- νύα	Соцпальные факτορυ	Βαζυνύε πρ- οβρεγνύα	Νοοοβρζοα- νύα	Соцпальные факτορυ	Βαζυνύε πρ- οβρεγνύα	Νοοοβρζοα- νύα	Соцпальные факτορυ
Ιςυελεύεμá γρýπυ (σρýνεε ζναιέγνυε πoka- ζατέλεу на эга- παх)	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
Γρýπυ σρýνεε νύα 1 (σρýνεε ζναιέγνυε πoka- ζατέλεу на эга- παх)	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
Соοпнше- νύε	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	-	-	-

---

---

зисных приобретений, новообразований возраста, социальных факторов - в исследуемой группе и группе сравнения на основных этапах.

Как видно из таблицы 4, достоверные и существенные различия в пользу исследуемой группы здесь прослеживаются лишь по среднему показателю социальных факторов с 1-го по 4-ый этапы.

В целом, результаты, полученные при настоящем исследовании, свидетельствуют о позитивном влиянии экспериментальной программы ПНП на динамику формирования социальных факторов устойчивости у зависимых от опиоидов, направляемых на прохождение стационарной МСР.

## **ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ У ЗАВИСИМЫХ ОТ ОПИОИДОВ, ПОЛУЧАВШИХ И НЕ ПОЛУЧАВШИХ ПЕРВИЧНУЮ НАРКОЛОГИЧЕСКУЮ ПОМОЩЬ, В ХОДЕ ПРОХОЖДЕНИЯ СТАЦИОНАРНОЙ МСР И ПОСТРЕАБИЛИТАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ**

А.Л. Катков, Е.В. Ережепов

### **Введение**

В ходе реализации программы Treetnet по разработке и внедрению новых, эффективных форм и методов наркологической помощи нами проводилось исследование эффективности экспериментальной программы первичной наркологической помощи (ПНП) у зависимых от опиоидов, которые в последующем проходили программу стационарной МСР. В частности, исследовались особенности динамики показателей качества жизни и социального функционирования у зависимых от опиоидов, получавших и не получавших первичную наркологическую помощь, в ходе прохождения стационарной МСР и постреабилитационном периоде. На основании полученных результатов делались выводы об эффективности экспериментальной программы ПНП в отношении динамики показателей качества жизни и социального функционирования у зависимых от опиоидов в ходе прохождения стационарной МСР и постреабилитационном периоде.

В таблице 1 приведена динамика показателей коэффициента соотношения (КС) в исследуемой группе и группе сравнения на основных этапах.

Как видно из таблицы 1, при наличии сходной позитивной динамики показателя КС в сравниваемых группах, достоверные и существенные различия в пользу исследуемой группы прослеживались на 1-ом и 4-ом этапах. На 5-ом заключительном этапе, соотношение 0,86 в пользу исследуемой группы перекрывалось значениями доверительных интервалов.

В таблице 2 приведена динамика показателей коэффициента диссоциации (КД) в исследуемой группе и группе сравнения на основных этапах.

Как видно из таблицы 2 в исследуемой группе имела место более устойчивая, но менее интенсивная динамика снижения показателя КД к его оптимальному значению (от 0,9 до 1,1). Существенные и достоверные различия в пользу исследуемой группы прослеживались на всех этапах – с 1-го по 5-ый.

Результаты, полученные по настоящему фрагменту, свидетельствуют о существенно более высоком качестве жизни и более адекватной оценке собственного состояния у зависимых от опиоидов, проходивших экспериментальную программу ПНП на предварительном этапе.

В целом, по результатам настоящего исследования, следует отметить, что существенно более благоприятная динамика прохождения стационарной МСР и постреабилитационного периода достигалась благодаря более высокому уровню терапевтической мотивации на достижение приемлемого результата, получению адекватных сведений о наркологической болезни и путях достижения здоровья на предварительном этапе. Благодаря чему пациенты лучше усваивали реабилитационный опыт и могли его использовать на постреабилитационном этапе.

В существенно меньшей степени данный результат был обусловлен несколько более благоприятной динамикой психопатологических синдромов у пациентов исследуемой группы, связанной со сдерживанием прогрессивности биологических изменений на этапе ПНП.

Таблица 1

Παράδειγμα 1: εἰς τὸν ἀριθμὸν ἀποβίτου (EY) ἐπιπέδου 1 (n = 102) ἐπιπέδου 1 (n = 102) ἐπιπέδου 1 (n = 102)

Сроки	0 мес.			1 мес.			2 мес.			0,5 года			1 год			
	Абс.	Соотношение	P	Абс.	Соотношение	P	Абс.	Соотношение	P	Абс.	Соотношение	P	Абс.	Соотношение	P	
Группы	Исследуемая группа	1,4	0,6	1,0	1,18	-	0,6	1,0	-	0,6	1,0	-	0,52	0,86	-	
Группа сравнения 1	1,5	<0,01	0,88	1,0	1,18	<0,01	1,0	1,18	<0,01	0,5	0,89	<0,01	0,45	0,9	<0,01	
Соотношение	1,21	<0,01	1,07	1,0	1,3	<0,01	0,83	<0,01	<0,01	0,86	<0,01	<0,01	0,86	0,97	-	
Сроки	Группы	Исследуемая группа	0 мес.	0,51	0,46	0,9	<0,05	1,0	-	1,0	-	1,0	-	1,0	-	1,0
Группа сравнения	1,5	<0,01	0,88	1,0	1,18	<0,01	1,0	1,18	<0,01	0,5	0,89	<0,01	0,45	0,9	<0,01	0,45
Соотношение	1,21	<0,01	1,07	1,0	1,3	<0,01	0,83	<0,01	<0,01	0,86	<0,01	<0,01	0,86	0,97	-	0,86

Таблица 2

Παράδειγμα 2: εἰς τὸν ἀριθμὸν ἀποβίτου (EY) ἐπιπέδου 1 (n = 102) ἐπιπέδου 1 (n = 102) ἐπιπέδου 1 (n = 102)

Сроки	2 мес.			0,5 года		
	Абс.	Соотношение	P	Абс.	Соотношение	P
Группы	Исследуемая группа	1,3	0,93	1,3	1,0	-
Группа сравнения 1	1,5	1,0	-	1,4	0,93	<0,05
Соотношение	1,15	<0,01	1,07	1,07	0,82	<0,01



### ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОТИВОРЕЦИДИВНОЙ И ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ЗАВИСИМЫХ ОТ ОПИОИДОВ

Н.Б. Ережепов

1. В последние десятилетия мировое сообщество сталкивается со все более возрастающей наркоугрозой. Анализ многочисленных публикаций, проведенных нами в рамках настоящего исследования, показывает, что наркотическая зависимость приводит к тяжелым клиническим, психологическим, социальным и экономическим последствиям, сравнимым с масштабом стихийных бедствий. Эпидемия наркозависимости является основным механизмом распространения и другой биологической эпидемии, называемой «чумой XX-XXI веков» - эпидемии ВИЧ. Тесная взаимосвязь наркомании, наркобизнеса, уровней криминальной и антисоциальной активности внутри каждой страны и в аспекте взаимодействия международных преступных группировок в настоящее время не вызывает никаких сомнений.

В связи со всем сказанным в различных регионах мира, в том числе – в Республике Казахстан, предпринимаются все более масштабные и целенаправленные усилия по эффективному противодействию распространению наркозависимости - в социальном секторе, включая сектор здравоохранения.

Речь, в частности, идет о необходимости модернизации всей системы наркологической помощи, которая должна обладать свойствами абсолютной доступности, безопасности и привлекательности, в плане ассортимента и качества оказываемых услуг. Т.е. от репрессивно-ограничивающей – в идеологическом плане, высокопороговой – в плане исключительного преобладания стационарной наркологической помощи, профильная служба должна энергично и быстро продвинуться в разработке и масштабном внедрении приемлемых форм эффективной наркологической помощи.

Основная организационная, методологическая и клиническая проблема, которая должна решаться в данной связи – это проблема адекватного сочетания высокопороговых и низкопороговых форм наркологической помощи с абсолютно необходимым и достаточно продолжительным этапом противорецидивной и поддерживающей терапии. Т.е., в условиях высокопороговой и жестко регламентированной стационарной медико-социальной реабилитации пациентов с тяжелыми формами химической зависимости, при всех недостатках данного вида помощи, тем не менее создавался некий «запас прочности», измеряемый в относительно невысоких пока-

зателях полугодовой и годовой ремиссии. В облегченных, низкопороговых вариантах наркологической помощи (например, в программах амбулаторной НП), которые с неизбежностью должны быть представлены в современной наркологии, достичь даже и такого скромного результата по формированию приемлемых уровней устойчивости к повторному вовлечению в зависимость от ПАВ – трудно или невозможно.

В связи со всем сказанным наиболее актуальным и значимым на сегодняшний день вопросом является разработка и комплексное исследование эффективности программ противорецидивной и поддерживающей терапии зависимых от ПАВ, дифференцированных в зависимости от типа химической зависимости, особенностей предшествующего этапа наркологической помощи, возрастных особенностей пациентов и др. Параллельно должна изучаться динамика психопатологического, психологического и социального статусов зависимых от ПАВ – основных мишеней программы противорецидивной и поддерживающей терапии – на этапах становления ремиссии, в продолжение первого года после завершения соответствующих курсов первичной наркологической помощи.

С учетом изложенного, нами были разработаны три варианта экспериментальных программ противорецидивной и поддерживающей терапии в отношении наиболее представительного и сложного контингента – зависимых от опиоидов. Все три программы (ППТ1; ППТ2; ППТ3) удовлетворяли следующим требованиям, абсолютно необходимым для широкомасштабного внедрения данных форм наркологической помощи: 1) программы ППТ1-3, по характеристикам своей продолжительности, технологической оснащенности, кадровой обеспеченности не потребует существенного изменения объемов финансирования, изменения штатного расписания наркологических организаций системы МЗ РК; 2) основные технологии экспериментальных программ ППТ1-3 принципиально воспроизводимы в действующей системе наркологической помощи РК; 3) высокая клиническая, психологическая, социальная и экономическая эффективность апробируемых программ ППТ1-3 является основанием для их масштабного внедрения в действующую систему наркологической помощи.

Общими характеристиками разработанных нами программ противорецидивной и поддерживающей

---

---

терапии зависимых от опиоидов (ППТ1-3) были следующие:

- учет особенностей предшествующего этапа наркологической помощи (таких, например, как базисная мотивация на сохранение трезвости; наличие сформированных представлений о наркологической болезни и возможностях избавления от зависимости; степень конструктивного взаимодействия с ближайшим окружением и т.д.);
- учет приемлемых временных рамок (реализация основных мероприятий в вечерние часы, субботные и воскресные дни, работа по индивидуальному графику);
- дифференцированное соотношение продолжительности активной и поддерживающей фазы (для лиц с короткими курсами предшествующей НП режим активной фазы продлевается);
- дифференцированное соотношение медикаментозных и развивающих технологий (для лиц с короткими курсами предшествующей НП фармакотерапевтические методы поддержки использовались более интенсивно);
- общий приоритет в сфере развивающих технологий ППТ, направленных на формирование устойчивых ресурсных состояний, эффективно профилактирующих срывы и рецидивы у зависимых от опиоидов, в частности – на формирование высоких уровней психологической устойчивости к повторному вовлечению в зависимость от ПАВ.

Основная рабочая гипотеза нашего исследования заключалась в том, что разработанные, с учетом всех вышеназванных требований, экспериментальные программы ППТ1-3 будут способствовать существенно более благоприятному прохождению перманентного адаптационного кризиса, наиболее острые проявления которого падают на первый год полной абстиненции у зависимых от опиоидов. Полученные, в ходе исследования, результаты полностью подтвердили этот последний тезис о длительном адаптационном кризисе, более того – было уточнено, что наиболее неблагоприятным его периодом является интервал со 2-го по 6-ой месяц полной абстиненции.

2. Общая методология исследования, с учетом всего вышесказанного, была сфокусирована на выявлении особенностей динамики психического, психологического и социального статусов зависимых от опиоидов в продолжение реализации активной фазы ППТ1-3 и 1-го года после ее завершения; сравнения основных индикаторов, характеризующих динамику становления ремиссии в экспериментальных группах (ППТ1-3) и соответствующих группах сравнения – зависимых от опиоидов, не получавших курсы противорецидивной и поддерживающей терапии после завершения стационарной, амбулаторной МСР и стандартной детоксикации.

Выводы об эффективности экспериментальных программ ППТ1-3, соответственно, формировались при наличии существенных и достоверных отличий в пользу экспериментальных групп.

Полученные в ходе исследования результаты являлись основанием для расчетов экономической эффективности экспериментальных программ.

С использованием вышеприведенных методологических принципов было установлено следующее:

2.1. Экспериментальные программы ППТ способствуют более конструктивному соотношению двух главных психопатологических векторов у пациентов, завершивших программы предшествующей наркологической помощи – стационарной, амбулаторной МСР, детоксикации – 1) вектору становления ремиссии; 2) вектору возврата к состоянию хронической интоксикации. При этом обнаруживаются две отчетливые тенденции. Первая – заключается в накапливаемом противорецидивном эффекте экспериментальных программ ППТ, проявляющаяся, в частности, в более благоприятной динамике количественных показателей ремиссии в экспериментальных группах. Наиболее показательна, в этом смысле, динамика процентного соотношения срывов на каждом исследуемом этапе, в пользу экспериментальных групп. Другая, обнаруженная нами тенденция заключается в том, что пик адаптационного кризиса, для существенной части пациентов приходится на 2-4-ый месяц после завершения более или менее длительных предшествующих курсов. Что, по результатам нашего исследования, связано с размытием дисциплинирующего стереотипа предшествующих терапевтических режимов и необходимостью активного овладения навыками эффективной самоорганизации – с одной стороны. И усиливающимся давлением стрессогенных факторов среды (при попытках трудоустройства, налаживания отношений с новым окружением, решения конфликтов в прежнем окружении и т.д.) – с другой. К этому времени у существенной части резидентов ППТ еще не формируется необходимых навыков по эффективной самоорганизации и, соответственно, устойчивых ресурсных состояний, надежно профилактирующих возврат к привычному адаптогену (в нашем случае – к употреблению опиоидов). В то же время, накопленного эффекта ППТ уже достаточно для того, чтобы удержать значительную часть резидентов программы от рецидива на данном, ключевом этапе ППТ. Т.е. в экспериментальных группах обозначенный адаптационный кризис чаще ограничивается лишь срывами, в то время, как в группах сравнения – рецидивами и срывами.

2.2. Дифференцированная оценка интенсивности (показатели объема и тяжести) проявлений основных психопатологических синдромов на отслеживаемых этапах с 1-го по 5-ый – показала, что опиоидная зависимость является достаточно тяжелым психическим и поведенческим расстройством с

---

---

массированной и достаточно ригидной психопатологической симптоматикой на протяжении, по крайней мере, 1 года после завершения активных реабилитационных мероприятий. Основными (стержневыми) синдромами по интенсивности представлены на данном временном этапе – в продолжение 1 года после завершения активной фазы ППТ – являются аффективные синдромы (депрессивный, дистимический), синдром патологического влечения и висцеропатический синдром.

При общей структуре и сопоставимых объемах представленности основных психопатологических синдромов во всех трех экспериментальных группах, специфические особенности каждого варианта динамики психического статуса зависимых от опиоидов в экспериментальных программах ППТ 1-3 были следующими.

Существенной особенностью 1-ой экспериментальной группы был относительно более высокий уровень психопатологической отягощенности по сравнению с 2-ой экспериментальной группой, и более низкий – по сравнению с 3-ей экспериментальной группой зависимых от опиоидов. В 1-ой и 3-ей группах отмечались более интенсивные, достоверные различия по параметрам объема и тяжести проявлений основных психопатологических синдромов, чем во 2-ой экспериментальной группе.

Существенной особенностью 2-ой экспериментальной группы является сравнительно менее выраженная интенсивность психопатологической симптоматики (показатели объемов и тяжести) основных психопатологических синдромов, и, особенно, депрессивного. Что, во-первых, объясняется значительным отсевом лиц с отягощенной психопатологией на предварительном этапе амбулаторной МСР. Во-вторых – более приемлемыми условиями реализации этого предварительного этапа, предусматривающих безусловную поддержку ближайшего окружения и отсутствие изоляции от привычных бытовых условий.

Еще одной особенностью является более мягкое прохождение резидентами 2-ой экспериментальной группы адаптационного кризиса первых месяцев. Что, по-видимому, также связано с поддержкой ближайшего окружения, менее тяжелым биологическим фоном, характерным для пациентов амбулаторной МСР, а также тем обстоятельством, что основные адаптационные проблемы у существенной части резидентов были решены на предыдущих предварительных этапах амбулаторной МСР.

Особенность 3-ей экспериментальной группы состоит в констатации факта наиболее интенсивной психопатологической отягощенности в сравнении с 1-ой и, особенно, 2-ой экспериментальными группами. При сходной структуре соотношения анализируемых психопатологических синдромов на 3-ем и 5-ом отслеживаемых этапах.

2.3. При анализе динамики синдрома анозогнозии были получены дополнительные доказательства того, что выраженная анозогнозия не свойственна контингенту наркозависимых, в частности – зависимых от опиоидов. Что объясняет сравнительно невысокий разброс анализируемых стартовых и результирующих показателей.

Полученные результаты подтвердили факт того, что предшествующий курс стационарной МСР обеспечивает наиболее благоприятный базис для развития относительно стабильной терапевтической динамики синдрома анозогнозии у контингента зависимых от опиоидов 1-ой экспериментальной группы. Несколько менее значительные итоговые результаты по редукции синдрома анозогнозии были получены во 2-ой экспериментальной группе. Однако, с учетом того обстоятельства, что в группе сравнения 2 отмечается существенный рост показателя тяжести синдрома анозогнозии именно на заключительных этапах (через 0,5 года и 1,0 год после завершения активной фазы ППТ), достигнутый по 2-ой экспериментальной группе результат, в целом, следует считать удовлетворительным.

Что же касается анализа динамики проявлений синдрома анозогнозии в 3-ей экспериментальной группе, то здесь следует констатировать наличие достоверной и значимой терапевтической активности экспериментальной программы ППТ по обеспечению редукции проявлений синдрома анозогнозии. В тоже время, необходимо констатировать существенно менее значительный итоговый результат реализации данной программы, не подкрепляемой достижениями предшествующих программ стационарной и амбулаторной МСР.

2.4. При исследовании динамики стадий терапевтических изменений (по классификации Д. Прохазка, К. ДиКлементе) на основных этапах, особенности перераспределения уровней терапевтической мотивации в экспериментальных группах 1-3 были следующими. В ходе реализации экспериментальной программы ППТ в группе зависимых от опиоидов после предварительного прохождения стационарной МСР достигался некоторый «перевес» объемов распределения пациентов по 3-ей и 4-ой стадиям терапевтических изменений над 1-ой и 2-ой стадиями. Обозначенное преимущество становилось более существенным к завершению активной фазы ППТ. В то время как средние значения распределения по 1-ой и 2-ой стадиям здесь составляют 56,7 и 48,8, соответственно. Т.е., та часть пациентов, которая к этому времени находилась в состоянии ремиссии, имела больше шансов на сохранение ремиссии, чем на возврат к наркопотреблению. Что, собственно, и является основным противорецидивным эффектом ППТ.

Следует отметить достаточную стабильность достигнутого уровня терапевтической мотивации в 1-ой экспериментальной группе. Что, в частности,

---

---

подтверждается сохраняющимся объемным превосходством двух последних стадий терапевтических изменений над двумя первыми на 4-ом и 5-ом исследовательских этапах. А также – отсутствием достоверных различий по основным анализируемым параметрам между показателями 4-го и 3-го, 5-го и 4-го исследовательских этапов.

По абсолютному значению Т-баллов наиболее значимых – 3-ей и 4-ой стадий терапевтических изменений, достигаемых на заключительных исследовательских этапах (с 3-его по 5-ый), экспериментальная группа 2 проигрывает экспериментальной группе 1.

Однако, эти отличия не носят критического характера. Что, в конечном итоге, отражается в сопоставимых объемах ремиссии на заключительных исследовательских этапах в 1-ой и 2-ой экспериментальных группах, и незначительной разнице по значениям показателя срывов (неустойчивой ремиссии).

Критическое снижение исходного уровня терапевтической мотивации у зависимых от опиоидов, завершивших стандартные курсы детоксикации, объясняется тем, что уже в течение 1-го месяца существенная часть пациентов 3-ей исследуемой группы начинает испытывать адаптационное напряжение с признаками декомпенсации. Данный адаптационный кризис, наоборот, актуализирует мотивы к достижению эмоционального комфорта привычным способом. Т.е. актуализирует патологическое влечение к ПАВ, и, соответственно, снижает исходный уровень терапевтической мотивации. Однако, экспериментальная программа ППТЗ уже на 1-ом месяце реализации достаточно эффективно препятствует этому процессу.

Начиная с 3-его исследовательского этапа – по истечению 2-х месяцев активной фазы ППТ – отмечается существенное и значимое перераспределение Т-баллов от стадий предразмышления и размышления к стадиям действий и сохранения достигнутых результатов. Сходная динамика отмечалась и по стадии сохранения результата.

По завершению активной фазы ППТЗ – через 0,5 года и 1 год – отмечались достаточно отчетливые тенденции к отрицательной динамике, не подкрепляемые критериями достоверности в силу малочисленности остаточной группы резидентов 3-его варианта экспериментальной программы ППТ.

2.5. При исследовании динамики факторов психологической устойчивости к повторному вовлечению в зависимость от опиоидов в экспериментальных группах 1-3 на основных этапах, были получены результаты, свидетельствующие о достаточно высоком уровне терапевтической активности экспериментальных программ ППТ1-3, в отношении рассматриваемых факторов.

Так, в 1-ой и 2-ой экспериментальных группах отмечалась устойчивость достигнутых уровней анализируемых психологических факторов – 1) базисных приобретений; 2) новообразований возраста;

3) социальных факторов – и на 4-ом, 5-ом этапах исследования.

В то же время в 3-ей экспериментальной группе, в сравнение с 1-ой и 2-ой экспериментальной группами, достигнутые результаты были минимальны. В 3-ей экспериментальной группе имели место тенденции к снижению анализируемых уровней психологической устойчивости к 4-ому и 5-ому этапам, чего не наблюдается в 1-ой и 2-ой экспериментальных группах.

Таким образом, наиболее эффективным средством достижения приемлемых уровней психологической устойчивости к повторному вовлечению в химическую зависимость является сочетание предшествующей амбулаторной, либо стационарной МСР с программами ППТ.

2.6. Анализ исследования динамики показателей качества жизни зависимых от опиоидов в экспериментальных группах 1-3 (коэффициентов КС и КД) показал, что экспериментальная программа ППТ способствует нормализации показателей КС и КД у зависимых от опиоидов, завершивших курсы амбулаторной и стационарной МСР, начиная со 2-го этапа активной фазы ППТ, в последующие 0,5 года и 1,0 год. В то же время, следует отметить достаточно низкую вариабельность данного показателя на отслеживаемых этапах. Что, очевидно, связано с обстоятельством адаптационного кризиса, переживаемого зависимыми от опиоидов в продолжение 1-го года полной абстиненции. Программа ППТ, как следует из проведенного анализа, способствует значимому смягчению кризисных проявлений, что позитивно отражается на качестве жизни зависимых от опиоидов.

Следует отметить также и тот факт, что в 3-ей экспериментальной группе, в отличие от 1-ой и 2-ой экспериментальных групп, каких-либо существенных и позитивных различий с показателями КД соответствующей группы сравнения получено не было. Наоборот, по большинству отслеживаемых этапов отмечались преобладающие значения КД 3-ей экспериментальной группе. А на первых двух этапах были получены необходимые критерии достоверности преимущества группы сравнения по данному параметру. Адекватная интерпретация данного обстоятельства возможна лишь с учетом имеющихся данных об особенностях мотивационной сферы зависимых от опиоидов, отказывающихся от какой-либо помощи помимо коротких курсов детоксикации. Пациенты данной фокус-группы полностью полагаются на свои собственные ресурсы и ресурсы окружения, которые оценивает достаточно высоко. Таким образом, у зависимых от опиоидов данной группы имеет место соотношение субъективной и объективной оценки качества жизни близкое к оптимальному. В то время как резиденты экспериментальной группы 3 в существенно меньшей степени удовлетворены

---

---

своими собственными и внешними ресурсами, что и является основным мотивом участия в программах ППТ.

Тем не менее, результаты, полученные по настоящему исследовательскому фрагменту, свидетельствуют об устойчивой эффективности экспериментальной программы ППТ<sub>3</sub> в отношении качества жизни зависимых от опиоидов, находящихся в фазе становления ремиссии после прохождения стандартных курсов детоксикации.

2.7. Результаты, полученные по заключительному исследовательскому фрагменту, свидетельствуют о высокой экономической эффективности всех трех экспериментальных моделей противорецидивной и поддерживающей терапии зависимых от опиоидов.

При этом необходимо отметить, что каждая из рассматриваемых форм наркологической помощи – полноценная стационарная МСР, амбулаторная

МСР, стандартная детоксикация, как и рассматриваемые экспериментальные программы ППТ, имеют свой, достаточно обособленный спектр показаний и клинической эффективности.

В данной связи, несмотря на то, что ППТ<sub>2</sub> в плане экономической эффективности выглядит более привлекательной, другие рассматриваемые модели ППТ<sub>1</sub> и ППТ<sub>3</sub>, исключительно по экономическим аргументам, не должны сворачиваться.

Таким образом, по характеристикам клинической, психологической, социальной и экономической эффективности экспериментальные программы ППТ 1-3 доказывают основной тезис рабочей гипотезы о возможности эффективного преодоления адаптационного кризиса 1-го года полной абстиненции у зависимых от опиоидов, получавших стандартные формы наркологической помощи – амбулаторную и стационарную МСР, 10-15-дневные курсы детоксикации.

## ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ПЕРВИЧНОЙ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ (ПНП)

Е.В. Ережепов

При расчетах экономической эффективности экспериментальной программы ПНП 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 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 предва-

рительного 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 расчет экономической эффективности экспериментальной программы ПНП будет следующим:

$$\dot{Y} \dot{I} \dot{y} \dot{\delta} \dot{\lambda} \dot{\delta} \dot{\delta} \dot{\delta} = \frac{4000 * (15,6\%) * 999925}{102671,2 * 4000} = 1,52$$

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%.

$$\dot{Y} \dot{I} \dot{y} \dot{\delta} \cdot \dot{I} \dot{I} \dot{I} = \frac{4000 * (37,4\%) * 999925}{102671,2 * 4000} = 3,64$$

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:

$$\text{ИЭП}_{\text{эф}} \text{ ПНП} = \text{ЭП}_{\text{эф}} \text{ ПНП} - \text{ЭП}_{\text{эф.стац.}} = 2,12$$

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:

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

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

## ВЫЯВЛЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА ИБС

Ж.А. Надыркулов

г. Тараз

Выявление факторов риска ишемической болезни сердца (ИБС) – обязательный этап обследования больных стенокардией или лиц с подозрениями на неё. В диагностике сомнительных случаев выявление факторов риска ИБС помогает целенаправленное обследовать больных. При установленном диагнозе ИБС знание факторов риска помогает более точно определить индивидуальные патогенетические механизмы заболевания и прогноз, выработать конкретные лечебные и профилактические рекомендации.

Из 10 основных факторов риска ИБС половину составляют поведенческие (питание, физическая активность, социальная роль и др.), то есть полностью определяются образом жизни больного. Действие на больного остальных факторов (гиперхолестеринемия, артериальная гипертензия, сахарный диабет и др.) также может быть частично скорректировано путём изменения образа жизни.

$\dot{A} \dot{e} \dot{i} \dot{a} \dot{\delta} \dot{\delta} \dot{i} \dot{e} \dot{a} \dot{n} \dot{\delta} \dot{a} \dot{\delta} \dot{e} \dot{i} \dot{a} \dot{i} \dot{e} \dot{y}$  – наиболее важный фактор риска ИБС, непосредственно влияющий на формирование атеросклеротических бляшек в коронарных артериях. Распространение ИБС среди населения тесно взаимосвязано с гиперхолестеринемией. Нередко гиперхолестеринемия бывает единственным выявленным фактором риска у больных ИБС молодого возраста, особенно у женщин.

Оптимальным уровнем холестерина в сыворотке крови можно считать 5,17 ммоль/литр (200 мг/дл). Однако в связи с большим диапазоном индивидуальных колебаний, зависящих от возраста, рациона питания, этнической принадлежности и даже используемых лабораторных методик, гиперхолестеринемией можно считать лишь 6,7 ммоль/л (200 мг/дл) и более.

$\dot{A} \dot{\delta} \dot{\delta} \dot{a} \dot{\delta} \dot{e} \dot{a} \dot{e} \dot{i} \dot{a} \dot{y} \dot{a} \dot{e} \dot{i} \dot{a} \dot{\delta} \dot{\delta} \dot{a} \dot{i} \dot{c} \dot{e} \dot{y}$  как важнейший фактор риска ИБС обычно служит проявлением гипертонической болезни и реже – симптоматической гипертонии. Если у взрослых артериальное давление (АД) удерживается при повторных измерениях на уровне 160/90 мм рт.ст. и выше, то необходимо исследовать функциональное состояние почек и других органов для выявления причин артериальной гипертензии.

АД тесно связано с питанием (привычное избыточное потребление поваренной соли), низкой физической активностью и ожирением. Повышение АД просто выявляется и сравнительно легко поддается коррекции, благодаря широкому спектру лекарственных препаратов и немедикаментозных воздействий.

$\dot{E} \dot{o} \dot{\delta} \dot{a} \dot{i} \dot{e} \dot{a}$  является важным фактором риска ИБС. Воздействие никотина и повышение в крови концентрации карбоксигемоглобина ускоряет развитие атеросклероза, а у лиц с уже имеющимся атеросклерозом способствует клиническим проявлениям ИБС (стенокардия, инфаркт миокарда).

$\dot{I} \dot{e} \dot{c} \dot{e} \dot{a} \dot{y} \dot{\delta} \dot{e} \dot{c} \dot{e} \dot{-} \dot{a} \dot{n} \dot{e} \dot{a} \dot{y} \dot{a} \dot{e} \dot{\delta} \dot{e} \dot{a} \dot{i} \dot{i} \dot{n} \dot{\delta} \dot{i}$  является четвертым по значению фактором риска ИБС. Врач должен выяснить у пациента, сколько километров он проходит пешком в течение дня, связана ли его профессиональная деятельность с физическими нагрузками.

$\dot{E} \dot{c} \dot{a} \dot{y} \dot{\delta} \dot{i} \dot{-} \dot{i} \dot{a} \dot{y} \dot{i} \dot{a} \dot{n} \dot{n} \dot{a} \dot{\delta} \dot{a} \dot{e} \dot{a}$ , как фактор риска ИБС, проявляется клиническим ожирением различной степени, которое у большинства больных отражает переизбыток и низкую физическую активность.

$\dot{N} \dot{a} \dot{\delta} \dot{a} \dot{\delta} \dot{i} \dot{u} \dot{e} \dot{y} \dot{e} \dot{a} \dot{a} \dot{a} \dot{\delta}$ , как клинически выраженный, так и латентный, является весьма распростра-

---

---

ненным фактором риска ИБС, требующим учёта и коррекции, часто сочетается с ожирением.

*Ī ñēōīēīāē-āñēēā ē ñīōēāēüī ūā ôāēō īđū* предрасположенности к ИБС играют большую роль в её клинических проявлениях и течении. У лиц с поведенческим типом А чаще наступают обострения заболевания из-за неадекватных нагрузок, превышающих возможности коронарного кровообращения. Выполнение несоответствующей социальной роли является одной из важных причин хронического психозомоционального стресса, ведущего к прогрессированию ИБС.

*Äēēīāīēü*, как фактор риска, играет решающую роль в плане внезапной смерти. Он прочно связан с рядом других факторов риска (курение, ожирение, низкая физическая активность).

В качестве фактора риска ИБС может быть рассмотрена также неблагоприятная наследствен-

ность. Генеалогические исследования убедительно показывают, что в семьях больных ИБС больных родственников гораздо больше, чем в семьях здоровых. Предрасположенность к заболеванию передаётся путём наследования многих факторов – гиперхолестеринемии, склонности к артериальной гипертензии, нарушениям углеводного обмена и гормональным нарушениям, нарушениям в системе тромбообразования вплоть до особенностей личности и структуры коронарных артерий.

Выявление нескольких факторов риска у одного пациента – сигнал о необходимости всестороннего обследования на предмет диагностики ИБС.

Наконец, выявление факторов риска необходимо для того, чтобы правильно организовать лечение, которое предусматривает противодействие факторам риска ИБС.

## ИНВОЛЮЦИОННЫЕ ПСИХОЗЫ

М.К. Нуркимбаев

г. Павлодар

В практике врача специализированной бригады «Скорой медицинской помощи» основную часть вызовов составляют лица, страдающие психическими заболеваниями. Число лиц, нуждающихся в психиатрической помощи, увеличивается и распространённость психических заболеваний растёт. Одну из категорий таких больных составляют лица пожилого и старческого возраста, чему способствуют демографические процессы, в частности рост средней продолжительности жизни. Психиатр, приехавший на вызов, решает вопрос о госпитализации или других мерах неотложной помощи в зависимости от состояния больного. Во время беседы с больным и с родственниками, если таковые имеются, они получают:

- рекомендации и инструкции об уходе и надзоре за больным;
- об использовании назначенных медикаментов и дальнейшем лечении;
- куда обратиться в случае ухудшения состояния.

Обслуживание данных вызовов иногда бывает затруднительным в плане тактики, диагностики, решения вопросов госпитализации, соблюдении правовых норм. Большая часть больных, при первичном обращении остается дома, госпитализируются больные при повторных вызовах или по направлению участкового психиатра.

Изучением, диагностикой, профилактикой занимается геронтологическая психиатрия. Инволюционные психозы объединяют группу психических за-

болеваний, манифестирующих в инволюционном периоде (45-60 лет) и в старости (поздние варианты инволюционных психозов), которые не приводят к слабоумию т.е. являются функциональными.

Нозологическая самостоятельность инволюционных психозов остается спорной. К пресенильным психозам относят.

- 1) инволюционные депрессии (меланхолии), в том числе злокачественно протекающий вариант (болезнь Крепелина);
- 2) инволюционные бредовые психозы;
- 3) кататонические и галлюцинаторные психозы позднего возраста.

Диагностика инволюционных психозов только по клинической картине оказалась во многих случаях несостоятельной.

### Этиология и патогенез

Имеют значение преморбидный склад личности (ригидность, черты тревожной мнительности и т.п.), предшествующие психозу ситуационные и психотравмирующие факторы, нетяжелые, но снижающие сопротивляемость организма соматические заболевания и др. Роль перечисленных факторов оказалась при всех психических заболеваниях позднего возраста значительнее, чем при психозах среднего возраста. Предположение о патогенетической роли связанных с инволюцией эндокринных факторов не получило подтверждения.

---

---

Инволюционная депрессия (меланхолия) – это затяжная тревожная или тревожно-бредовая депрессия, впервые возникшая в инволюционном возрасте. Однократный (монофазный) характер заболевания является существенным критерием диагностики.

Клиническая картина складывается из подавленного настроения, тревожного возбуждения со страхом, вербальных иллюзий, бреда осуждения и бреда Котара. Манифестирующие в старости формы заболевания называют «поздними депрессиями». Они наблюдаются преимущественно у женщин. Началу заболевания в 80-90% случаев предшествуют вредности, чаще всего, психогении. Инициальный период психоза может продолжаться от нескольких недель до года и определяется атипичной депрессией с вялостью, дисфорией и ипохондрическими расстройствами. В дальнейшем наступает обострение: тревога, ажитация, идеомоторное возбуждение. У старческих больных тревожно-депрессивный аффект обычно сочетается с раздражительностью или злобой. Быстро присоединяется депрессивный бред различных форм (идеи самоуничтожения, самообвинения, осуждения, разорения или ипохондрические). В структуре психоза может наблюдаться картина тревожно-ажитированной депрессии со страхом, двигательной ажитацией, тревожной вербигерацией и выраженными нарушениями адаптации (усиление тревоги при перемене места). В состоянии тревожного возбуждения больные могут импульсивно наносить себе тяжелые повреждения и совершать серьезные суицидальные попытки. Ажитация может чередоваться с состоянием оцепенения (депрессивный ступор). Усложняет психоз бредовая симптоматика, возникают депрессивные идеи громадности, ипохондрически-нигилистический бред (различные варианты синдрома Котара). Часто встречаются соответствующие господствующему аффекту вербальные иллюзии или галлюцинации. Такой сложный депрессивный синдром может длиться 2-3 года. Затем клиническая картина стабилизируется, становится все более однообразной. Если не удастся вызвать терапевтическую ремиссию, то постепенно уменьшается интенсивность аффективных нарушений, ослабевают тревога и страх, редуцируются все психотические расстройства. Иногда в течение многих лет наблюдаются монотонная тревога и явления редуцированного двигательного беспокойства. Бывают признаки регресса поведения (прожорливость, неряшливость и др.) и снижение уровня психической деятельности, в том числе дисмнестические расстройства.

Злокачественный пресенильный психоз (болезнь Крепелина) – это заболевание протекает с резким тревожным возбуждением и растерянностью, бессвязностью речи, онейроидным помрачением сознания, иногда с неистовым возбуждением, за которым следуют кахексия и смерть. Эта тяжелая форма

тревно-ажитированной меланхолии в настоящее время встречается исключительно редко.

### Простые депрессии

Развитие и содержание простых депрессий тесно связаны с ситуационными и реактивными моментами. Хотя и при них преобладает тревожная окраска сниженного настроения, и большое место занимают ипохондрические опасения, стойкие бредовые расстройства и ажитация, как правило, отсутствуют. Их прогноз, в целом, благоприятен, но все же нередко они переходят в стойкие субдепрессивные состояния с угрюмостью и повышенной ипохондричностью.

### Инволюционные бредовые психозы

Галлюцинаторно-параноидные психозы позднего возраста с отчетливой тенденцией к синдромальному усложнению, в частности - к развитию психического автоматизма, при катанестической проверке в большинстве оказались поздно манифестирующими или обостряющимися формами шизофрении. Клинико-нозологическая самостоятельность определенных групп поздних бредовых психозов остается спорной.

Инволюционная паранойя. Течение заболевания хроническое (до нескольких лет) или волнообразное. Клиническая картина определяется систематизированным монотематическим параноидальным бредом в виде то идей ревности (преимущественно у мужчин), то идей ущерба (чаще у женщин) или преследования. Такие психозы богаты аргументацией и бредовыми интерпретациями; постепенно развивается детально разработанный бред. Бред распространяется и ретроспективно (бредовое переосмысление фактов прошлого). Больные отличаются стеническим, чаще приподнятым, аффектом, оптимизмом, проявляют высокую бредовую активность по типу «преследуемого преследователя». Эти психозы обычно не сопровождаются значительными изменениями личности и не переходят в органическое снижение.

Инволюционный параноид («поздний параноид»), параноид малого размаха или обыденных отношений) возникает чаще у лиц с чертами параноидальности и ригидности в преморбиде. Течение таких психозов бывает затяжным или волнообразным. Клиническая картина параноида определяется «маломасштабным» бредом преследования (вредительства, притеснения), отравления и ущерба, который обозначается так же, как бред малого размаха или обыденных отношений. Бред направлен преимущественно против конкретных лиц из окружения больного (члены семьи, соседи) или людей, с которыми «преследователи» могут быть связаны (работники милиции, врачи и т.п.). Как правило, бред система-



тизируется, хотя бредовая система остается простой и конкретной. Преследования трактуются обычно в плане ущерба (попытка лишить больного комнаты, порча имущества и т.п.). Отмечаются отдельные вербальные иллюзии, реже вербальные галлюцинации.

Довольно часто присоединяется бред отравления с обонятельными обманами (запахи газов, ядовитых веществ) и бредовой трактовкой различных соматических ощущений. Одновременно развиваются разоблачительные идеи, направленные против преследователей (те же соседи совершают «темные дела»). Поведение больных становится все более бредовым, нередко с сутяжной борьбой. Настроение бывает временами тревожным и подавленным, но преобладает оптимизм. После смены места жительства бредовая продукция, как правило, временно прекращается, но коррекции бреда не наступает. Вне сферы бреда больные сохраняют обычные социальные связи, обслуживают себя, полностью ориентируются в бытовых вопросах. Даже при длитель-

ном течении заболевания, выраженные психоорганические расстройства не развиваются. Личностные изменения ограничиваются нарастающей подозрительностью и конфликтностью.

Не всегда вызова к таким пациентам считаются законченными. Есть необходимость в проведении совместных конференций с сотрудниками Областного психоневрологического диспансера (ОПНД) и Станции скорой медицинской неотложной помощи (ССМНП), в разработке обоснованных рекомендаций для улучшения психиатрической помощи лицам позднего старческого возраста, страдающим различными психическими расстройствами. Также необходимы более четкие показания для направления психических больных старческого возраста в геронтологическое отделение, которого в г. Павлодаре, кстати, нет. На мой взгляд, целесообразно открытие, хотя - бы 10 койко-мест для таких больных в отделении при ОПНД, интернатах для психохроников и другие внебольничных учреждениях.

#### Литература:

1. *Àááðáóó Ý.Ñ. Ðàññòðèéñðàà ïñèððè-àññèé ääýðäëüííñðè à ïîçäíà à îçäñàðà. - Ì.: Ìäððèéà, 1968.*
2. *Òèààíà Á.Ñ. Ðóéíàíàðàí ïí ïñèððèððè.*
3. *Øàðàðà Í.Ó. Ìñèððè-àññèé ñðàðàíèà. - Ì., 1996.*
4. *Øðäðàáä Ý.Ë. Áàððè ðèéíàè-àññèé ïñèððèððè. - Ì.: Ìäððèéà, 1977.*

## ПРОБЛЕМА ИГРОМАНИИ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ВОЗДЕЙСТВИЯ ЕЁ НА ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА

М.К. Нуркимбаев

г. Павлодар

*Ëèááððèððèððàíñðàí (íð àíä. - cyberspace) - ïàðàððèððè-àññèé àáñððàèèè, èñííëüçóá àý à ðè-èííðèè è áéí ïüððàðàð, ýäýäðñý (àèððàèèííé) ðäáëüííñðàí, éí ðèððè ïðàññèððàèèððà Ìíñðàððò - Àððèé ïèð, èàè «áíððè» éí ïüððàðàí, ðàè è «áíððè» éí ïüððàðàí ñðàðàí.*

В психиатрии уже давно существует специальный термин для психических нарушений, связанных с пристрастием к играм, - игромания. Этой проблемой врачи начали заниматься еще в конце XIX столетия, на которое пришелся пик популярности карточных игр, но научную базу под эту проблему подвели только во второй половине XX века. Правда, надо сказать, по сравнению с другими психическими болезнями игромания еще очень мало изучена.

Игромания - это болезнь, связанная с пристрастием к азартным играм, в том числе к играм в казино и в игровые автоматы, в карты и в компьютерные игры. Игромания может проявиться как болезнь в чистом виде и, что случается гораздо чаще, как один из симптомов другой психической

болезни. Что касается непосредственно компьютерных игроков, то в большинстве случаев болезнь возникает у тех, кто предрасположен к психическим заболеваниям, то есть у людей с аномалией развития личности, когда человек имеет врожденные качества, не характерные для большинства людей. Например, он излишне застенчив или излишне вспыльчив. Между этим словом и словами «одержимость», «диагноз», «болезнь» можно поставить знак равенства. От этой болезни трудно вылечиться. Она рушит судьбы, уносит жизни, но по-прежнему не все хотят от неё избавиться...

Национальная ассоциация США по проблемам азартных игр отмечает, что любой житель планеты может стать игроголиком с вероятностью 48%. Для сравнения: вероятность стать алкоголиком оценивается в 34%, а уголовным преступником - в 6%.

Игромания или игровая зависимость - страшная болезнь, по своим последствиям сравнивая с алкоголизмом и наркоманией, а в некоторых случаях и тяжелее них. К сожалению, наше общество

---

---

все еще не до конца осознает весь ужас этой глобальной зависимости.

В настоящее время игровая зависимость стала общественным явлением, проблемой, которую пытаются решить психиатры и психологи. Эта опасность долго остаётся незаметной. Сначала игра используется в качестве развлечения, но дальше – больше. Сегодня ты играешь полчаса, завтра – час, а послезавтра и вообще забываешь о времени. К сожалению, больше всего такой зависимости подвержена молодёжь. Именно на её психику воздействовать легче всего, но сейчас уже и люди старшего поколения подвержены азартным играм, как реальным, так и виртуальным.

Сейчас на каждом шагу не встретишь залы с игровыми автоматами и казино, но есть другой способ подвергнуться зависимости – это персональный компьютер. Этим чудом техники нынче никого не удивишь. Действительно, компьютер помогает во многих случаях. Способность хранить большое количество информации, высокая скорость её передачи. Что и говорить - достоинств много, но, однако, здесь, как и везде, есть и свои недостатки.

Каждый из нас отдыхает по-разному, различными способами снимает усталость после трудного рабочего дня, борется со стрессом. Одни до изнеможения занимаются в спортивных залах, другие - предпочитают встретиться с компанией друзей в уютном ресторане.... Но в последнее время стремительно увеличивается количество людей, которым компьютер заменяет все вышеперечисленные блага жизни. Как вы уже догадались, речь пойдет не о трудоголиках, а о геймерах. С развитием Интернета чрезвычайную популярность набирает отдельный вид игр - онлайн игры, или MMORPG (massive multiplayer online role-playing game – «массовая многопользовательская онлайн ролевая игра»), в которые можно играть с десятками тысяч игроков со всей планеты.

Российский рынок онлайн-игр растет в несколько раз быстрее мирового. Только за последние три года обороты увеличились втрое.

Благодаря чему онлайн-игры завоевали бешеную популярность? В онлайн-игре можно практически все: знакомиться с другими игроками, строить дома, заводить семьи, воевать, управлять государством и т.д. Именно с помощью предоставленной игроку свободы действий они и интересны. Существует мнение, что в онлайн-игры чаще всего играют мужчины, но это не совсем так. Мужчины значительно чаще подвержены игромании - нездоровому увлечению игрой, однако увлекаются онлайн-играми и женщины, и даже дети. Ознакомить ребенка с онлайн-играми нужно обязательно: это не только увлекательно, но и полезно: в процессе игры он сможет получить новые знания, развить смекалку. Однако необходимо следить за тем, чтобы увлечение не переросло в зависимость: соглас-

но подсчетам ученых, каждый двадцатый подвержен игромании!

Существуют признаки того, когда азарт игр становится болезнью, которая, как правило, самому человеку не видна. Эта болезнь, определяемая как зависимость от азартного поведения, определяется несколькими факторами:

- степень опасности поведения для самого человека и его окружения;
- глубина вовлеченности в игру и способность отказаться от нее;
- неспособность самостоятельно справиться с тягой к игре;
- неадекватная оценка своего пристрастия, стремление его скрыть, лживость и утаивание затрат и как следствие - социальная, психическая или соматическая дезадаптация;
- дозой игрового наркотика выступают:
  - а) общий игровой стаж;
  - б) длительность одного сеанса непрерывной игры (игровой день).

Все это приводит к проблемам с настроением, на работе, в семье, со здоровьем. Появляется нарушение сна, а значит - отдых становится неполноценным. Это может привести к самому страшному – к психозу.

Основное проявление игромании - навязчивая потребность постоянно играть. Симптомы болезни: человека не оторвать от игры, он становится очень замкнутым, у него сужается круг общения и интересов, начинаются психические расстройства. Причем, если сначала игрок испытывает подъем сил и у него возникает обманчивое ощущение, что ему по силам обыграть любого противника, то затем это состояние переходит в упадок сил и нередко в депрессию. Дело в том, что постоянная бомбардировка психики игрой и сопутствующими ей внутренними процессами приводит к появлению в головном мозге таких людей очагов сильного возбуждения, которое подпитывается новыми сеансами игры и новыми порциями внутренних допингов (гормонов, эндорфинов и др.).

Из-за развития компьютерной грамотности у населения игромания стала зависимостью не только молодёжи, но и людей пенсионного возраста. Собственно причина такой зависимости состоит не в увлечении, а в особенностях личности, воспитания, окружения, в имеющихся неадекватных способах ухода от проблем, ведущих к стрессу. Одной из причин возникновения зависимости от азартного поведения становится большое наличие свободного времени, которое проводится бесцельно, без пользы для жизни в блуждании по сайтам Интернета или опять-таки играя в новую игру. Ко второму ряду причин относятся и эмоциональная пустота, и бесцельность жизни, от которой, кстати, азартное поведение не защищает, а только дает временную «замутненность разума», депрессии, маниакальные состояния, и даже приводит к шизофрении.

---

---

---

---

Рассмотрим разные группы игроманов. В первой группе средний возраст составляет 12-16 лет, но имеет тенденцию к снижению до 6-7 лет. Связано это с тем, что дети овладевают компьютером в достаточно раннем возрасте. Например, в период летних каникул подростки, оставаясь без контроля родителей, зачастую проводят все дни за компьютером. Взрослые довольны - ребенок не на улице, а делом занимается - компьютер изучает. Только психологи отмечают - на компьютерные игры можно «подсесть» еще больше, чем на табак или алкоголь. Компьютерная игра - это особый, виртуальный мир, где легко удовлетворить основные потребности подростка. Здесь можно почувствовать себя героем, который может все или многое, что запрещается ему в реальном мире. Здесь можно самостоятельно принимать решения и не бояться ответственности. Школьники часто уходят в компьютерный мир в поисках свободы и самоутверждения. Подросток реализует свои силы и способности в виртуальном мире, а личностный рост в мире реальном уходит на задний план. Бегство в виртуал серьезно деформирует личность, у молодого человека исчезает чувство реальности.

Сегодня одни ученые считают, что в игре агрессия находит выход, происходит разрядка, и поэтому подросток не будет уже совершать криминальные «подвиги» на улице. По мнению других, «стрелялки-убивалки», наоборот, способствуют усилению агрессивности. Я склоняюсь ко второй точке зрения. Агрессивная среда вокруг ребенка, умноженная на некоторые его индивидуальные особенности, доброты характеру подростка не добавит. Чаще всего заболевают игроманией те, кто предпочитает «стрелялки» и «бродилки» (первая группа), то есть игры, не требующие особого интеллектуального напряжения. Среди людей второй группы, выбирающих жанр «стратегии» или «квеста», больных, как правило, нет. Зато, случается, опасность подстерегает тех, кто увлекается чатами.

Вообще, по мнению психологов, чаты полезны, поскольку человек в них может раскрепоститься, поговорить на любые темы. Однако для человека с нездоровой психикой они бывают вредны. Игроман в большинстве случаев придумывает о себе легенду, а потом настолько сживается с ней, что нередко сам начинает верить в то, что он - другой человек. В результате развивается раздвоение личности. Но опять-таки повторим: чат не является собственно причиной заболевания - он всего лишь может спровоцировать дальнейшее развитие уже существующей психической болезни.

Теперь рассмотрим положительные стороны воздействия. По утверждению некоторых психологов, сама по себе компьютерная игра все же приносит пользу. С помощью игры, если брать это понятие в целом, человек обучается всем жизненным навыкам, приобретает новые интересы, развивает

их. К тому же игра помогает снять эмоциональное напряжение, агрессию. Более того, даже для психических больных давно уже разработаны специальные игры: всевозможные психологические тесты, тренинги в форме игры, помогающие победить различные заболевания. Полезны для развития обучающие игры-программы для детей.

Самим же «геймерам» нужно, во-первых, обязательно дозировать время пребывания в компьютерной игре, во-вторых, больше играть в интеллектуальные игры, а главное - проявив всю силу воли, не замыкаться на одном компьютере и как можно больше общаться не с виртуальными, а с реальными людьми. Помните, если у человека, помимо компьютера, есть другие увлечения и интересы, если он работает или учится, занимается спортом, имеет постоянный круг живого общения, то возможность заболеть игроманией ничтожно мала.

Разумеется, лечить игроманию гораздо сложнее, чем ее предупредить. Поэтому, если вы обнаружили, что подросток проявляет повышенный интерес к компьютерным играм, и особенно, если на этой почве у него возникают психические расстройства, то непременно проконсультируйтесь с психологом. Возможно, он порекомендует поставить игрока на учет к психиатру.

Игромания, как заболевание, поддается лечению. Однако, как и от многих других психических болезней, излечиться от нее очень трудно - на это могут уйти и годы, причем возможны рецидивы заболевания. Лечение в основном медикаментозное. Существуют специальные психотропные препараты: нейрорептики, антидепрессанты - для каждого человека схема их приема сугубо индивидуальна. К тому же в отношении пациентов применяется психотерапия, аутотренинг, проводят огромную работу психологи. Поэтому задача первых этапов лечения - подавить очаги игрового возбуждения, затормозив его. На последующих этапах лечения с помощью врача у игрока меняется внутреннее состояние, создается новая система ценностей, появляются другие цели, формируется иное отношение к себе, окружающим, всей жизни: изменяется образ жизни, вырабатывается целая система замены на другие способы получения удовольствия.

Необходимо так же помнить, что лечение игровой зависимости не может быть скоротечным. Оно должно быть комплексным и продолжительным, только терпение и упорство поможет избавиться от этого тяжёлого недуга. Во многом освобождение от игровой зависимости связано не только с восстановлением психического здоровья патологического игрока, но и с переоценкой жизненных ценностей и изменением его образа жизни. В лечебном процессе должны участвовать не только специалисты (психиатры, психотерапевты, психологи), но и родственники пациента, его близкие друзья, т.е. люди

---

---

которых он любит и которым доверяет. Однако на практике, к сожалению, далеко не все готовы терпеть безумство игромана, и тогда его падение становится особенно быстрым.

*Ěè ò áđà ò óđà:*

1. *www.newsru.com*

2. *www.medicus.ru*

3. *Ì ääëëíñêé öáí ò đ «Áã ò áđââ»*

Лечение игровой зависимости - дело очень сложное и требующее помощи близких людей, подчас и вмешательства психологов. Важно, чтобы близкие люди не отвернулись от Вас...

---

---

## РЕЗЮМЕ

### **ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ У ЗАВИСИМЫХ ОТ ОПИОИДОВ, ПОЛУЧАЮЩИХ ПРОТИВОРЕЦИДИВНУЮ И ПОДДЕРЖИВАЮЩУЮ ТЕРАПИЮ ПОСЛЕ ЗАВЕРШЕНИЯ СТАЦИОНАРНОЙ МСР**

А.Л. Катков, Н.Б. Ережепов

В статье подробно рассматривается динамика показателей качества жизни и социального функционирования у зависимых от опиоидов, завершивших курсы стационарной медико-социальной реабилитации. При этом результаты, полученные по отслеживанию динамики показателей качества жизни и социального функционирования в экспериментальной группе пациентов, получающих противорецидивную и поддерживающую терапию, сопоставлялись с аналогичными показателями в сравняваемой группе. На основании статистически значимых различий в пользу экспериментальной группы делался вывод об эффективности соответствующей программы противорецидивной и поддерживающей терапии зависимых от опиоидов.

*Êëþ ÷ââùâ ñëîââ*: опиоидная зависимость, противорецидивная и поддерживающая терапия, качество жизни.

### **ДИНАМИКА РЕДУКЦИИ ОСНОВНЫХ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ У ЗАВИСИМЫХ ОТ ОПИОИДОВ, ПОЛУЧАЮЩИХ ПРОТИВОРЕЦИДИВНУЮ И ПОДДЕРЖИВАЮЩУЮ ТЕРАПИЮ ПОСЛЕ ЗАВЕРШЕНИЯ АМБУЛАТОРНОЙ МСР**

А.Л. Катков, Н.Б. Ережепов

В статье подробно рассматривается динамика редукции основных психопатологических синдромов у зависимых от опиоидов, завершивших курсы амбулаторной медико-социальной реабилитации. При этом результаты, полученные по отслеживанию динамики редукции основных психопатологических синдромов в экспериментальной группе пациентов, получающих противорецидивную и поддерживающую терапию, сопоставлялись с аналогичными показателями в сравняваемой группе. На основании статистически значимых различий в пользу экспериментальной группы делался вывод об эффективности соответствующей программы противорецидивной и поддерживающей терапии зависимых от опиоидов.

*Êëþ ÷ââùâ ñëîââ*: опиоидная зависимость, противорецидивная и поддерживающая терапия, психопатологические синдромы.

### **ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ПРОГРАММ ПРОТИВОРЕЦИДИВНОЙ И ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ**

А.Л. Катков, Н.Б. Ережепов

В статье подробно рассматриваются характеристики экономической эффективности экспериментальных программ противорецидивной и поддерживающей терапии зависимых от опиоидов. При этом анализируются как собственно показатели экономической эффективности, так и показатели абсолютной стоимости пользы в результате широкомасштабного внедрения противорецидивной и поддерживающей терапии зависимых от опиоидов в систему наркологической помощи РК. На основании полученных результатов делаются выводы о необходимости разработки соответствующих клинико-диагностических протоколов и стандартов организации наркологической помощи.

*Êëþ ÷ââùâ ñëîââ*: экономическая эффективность, зависимость от опиоидов, противорецидивная и поддерживающая терапия.

---

---

## ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ НИКОТИНОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ В СОЦИО-ДЕМОГРАФИЧЕСКОМ АСПЕКТЕ

Э.М. Аймакова

В статье изложены результаты исследования, касающиеся вопросов формирования никотиновой зависимости у условно здоровых лиц (без психической патологии) с никотиновой зависимостью и лиц с никотиновой зависимостью и пограничной патологией, особенности этих групп и отличия между ними. Рассматривается их социально-демографическая характеристика, возраст начала употребления табака в обеих группах, цель и начальная мотивация курения.

*Êëþ ÷ââûâ ñëîââ*: никотиновая зависимость, табачная зависимость, табак, мотивация.

### ДИНАМИКА ФОРМИРОВАНИЯ РЕМИССИИ У ЗАВИСИМЫХ ОТ ОПИОИДОВ, ПОЛУЧАВШИХ И НЕ ПОЛУЧАВШИХ ПЕРВИЧНУЮ НАРКОЛОГИЧЕСКУЮ ПОМОЩЬ, В ХОДЕ ПРОХОЖДЕНИЯ СТАЦИОНАРНОЙ МСР И ПОСТРЕАБИЛИТАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Е.В. Ережепов, А.Л. Катков

В статье подробно рассматривается динамика формирования ремиссии у зависимых от опиоидов, получавших и не получавших первичную наркологическую помощь, в ходе прохождения стационарной МСР и постреабилитационном периоде. При этом результаты, полученные по отслеживанию динамики формирования ремиссии в исследуемой группе пациентов, получавших первичную наркологическую помощь, сопоставлялись с аналогичными показателями в сравниваемой группе. На основании статистически значимых различий в пользу исследуемой группы делался вывод об эффективности соответствующей программы первичной наркологической помощи зависимых от опиоидов.

*Êëþ ÷ââûâ ñëîîââ*: опиоидная зависимость, первичная наркологическая помощь, ремиссия.

### ДИНАМИКА РЕДУКЦИИ СИНДРОМА АНОЗОГНОЗИИ У ЗАВИСИМЫХ ОТ ОПИОИДОВ, ПОЛУЧАВШИХ И НЕ ПОЛУЧАВШИХ ПЕРВИЧНУЮ НАРКОЛОГИЧЕСКУЮ ПОМОЩЬ, В ХОДЕ ПРОХОЖДЕНИЯ СТАЦИОНАРНОЙ МСР И ПОСТРЕАБИЛИТАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Е.В. Ережепов, А.Л. Катков

В статье подробно рассматривается динамика редукции синдрома анозогнозии у зависимых от опиоидов, получавших и не получавших первичную наркологическую помощь, в ходе прохождения стационарной МСР и постреабилитационном период. При этом результаты, полученные по отслеживанию динамики редукции синдрома анозогнозии в исследуемой группе пациентов сопоставлялись с аналогичными показателями в сравниваемой группе. На основании статистически значимых различий в пользу исследуемой группы делался вывод об эффективности соответствующей программы первичной наркологической помощи зависимых от опиоидов.

*Êëþ ÷ââûâ ñëîîââ*: опиоидная зависимость, первичная наркологическая помощь, синдром анозогнозии.

### ДИНАМИКА РЕДУКЦИИ СИНДРОМА АНОЗОГНОЗИИ У ЗАВИСИМЫХ ОТ ОПИОИДОВ, ПОЛУЧАЮЩИХ ПРОТИВОРЕЦИДИВНУЮ И ПОДДЕРЖИВАЮЩУЮ ТЕРАПИЮ ПОСЛЕ ЗАВЕРШЕНИЯ АМБУЛАТОРНОЙ МСР

Н.Б. Ережепов

В статье подробно рассматривается динамика редукции синдрома анозогнозии у зависимых от опиоидов, завершивших курсы амбулаторной медико-социальной реабилитации. При этом результаты, полученные по отслеживанию динамики редукции синдрома анозогнозии в экспериментальной группе пациентов, получающих противорецидивную и поддерживающую терапию, сопоставлялись с аналогичными показателями в сравниваемой группе. На основании статистически значимых различий в пользу экспериментальной

---

---

группы делался вывод об эффективности соответствующей программы противорецидивной и поддерживающей терапии зависимых от опиоидов.

*Êëþ ÷ââûâ ñëîââ*: опиоидная зависимость, противорецидивная и поддерживающая терапия, синдром анозогнозии.

### **ДИНАМИКА СТАДИЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ У ЗАВИСИМЫХ ОТ ОПИОИДОВ, ПОЛУЧАЮЩИХ ПРОТИВОРЕЦИДИВНУЮ И ПОДДЕРЖИВАЮЩУЮ ТЕРАПИЮ ПОСЛЕ ЗАВЕРШЕНИЯ СТАЦИОНАРНОЙ МСР**

Н.Б. Ережепов

В статье подробно рассматривается динамика терапевтических изменений (по классификации Д. Прохозка, К. ДиКлементе) у зависимых от опиоидов, завершивших курсы стационарной медико-социальной реабилитации. При этом результаты, полученные по отслеживанию перераспределений основных стадий терапевтических изменений – предразмышления, размышления, действия, сохранения результата – в экспериментальной группе пациентов, получающих противорецидивную и поддерживающую терапию, сопоставлялись с аналогичными показателями в сравниваемой группе. На основании статистически значимых различий в пользу экспериментальной группы делался вывод об эффективности соответствующей программы противорецидивной и поддерживающей терапии зависимых от опиоидов.

*Êëþ ÷ââûâ ñëîââ*: опиоидная зависимость, противорецидивная и поддерживающая терапия, стадии терапевтических изменений.

### **ДИНАМИКА ФОРМИРОВАНИЯ РЕМИССИИ У ЗАВИСИМЫХ ОТ ОПИОИДОВ, ПОЛУЧАЮЩИХ ПРОТИВОРЕЦИДИВНУЮ И ПОДДЕРЖИВАЮЩУЮ ТЕРАПИЮ ПОСЛЕ ЗАВЕРШЕНИЯ АМБУЛАТОРНОЙ МСР**

Н.Б. Ережепов

В статье подробно рассматривается динамика формирования ремиссии у зависимых от опиоидов, завершивших курсы амбулаторной медико-социальной реабилитации. При этом результаты, полученные по отслеживанию динамики формирования ремиссии в экспериментальной группе пациентов, получающих противорецидивную и поддерживающую терапию, сопоставлялись с аналогичными показателями в сравниваемой группе. На основании статистически значимых различий в пользу экспериментальной группы делался вывод об эффективности соответствующей программы противорецидивной и поддерживающей терапии зависимых от опиоидов.

*Êëþ ÷ââûâ ñëîââ*: опиоидная зависимость, противорецидивная и поддерживающая терапия, ремиссия.

### **ДИНАМИКА ФОРМИРОВАНИЯ ФАКТОРОВ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ УСТОЙЧИВОСТИ К ПОВТОРНОМУ ВОВЛЕЧЕНИЮ В ЗАВИСИМОСТЬ ОТ ОПИОИДОВ У ПАЦИЕНТОВ, ПОЛУЧАЮЩИХ ПРОТИВОРЕЦИДИВНУЮ И ПОДДЕРЖИВАЮЩУЮ ТЕРАПИЮ ПОСЛЕ ЗАВЕРШЕНИЯ СТАЦИОНАРНОЙ МСР**

Н.Б. Ережепов

В статье подробно рассматривается динамика формирования факторов психологической устойчивости у зависимых от опиоидов, завершивших курсы стационарной медико-социальной реабилитации. При этом результаты, полученные по отслеживанию динамики факторов психологической устойчивости – в экспериментальной группе пациентов, получающих противорецидивную и поддерживающую терапию, сопоставлялись с аналогичными показателями в сравниваемой группе. На основании статистически значимых различий в пользу экспериментальной группы делался вывод об эффективности соответствующей программы противорецидивной и поддерживающей терапии зависимых от опиоидов.

*Êëþ ÷ââûâ ñëîââ*: опиоидная зависимость, противорецидивная и поддерживающая терапия, факторы психологической устойчивости.

---

---

## **ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ У ЗАВИСИМЫХ ОТ ОПИОИДОВ, ПОЛУЧАЮЩИХ ПРОТИВОРЕЦИДИВНУЮ И ПОДДЕРЖИВАЮЩУЮ ТЕРАПИЮ ПОСЛЕ ЗАВЕРШЕНИЯ АМБУЛАТОРНОЙ МСР**

Н.Б. Ережепов, А.Л. Катков

В статье подробно рассматривается динамика показателей качества жизни и социального функционирования у зависимых от опиоидов, завершивших курсы амбулаторной медико-социальной реабилитации. При этом результаты, полученные по отслеживанию динамики показателей качества жизни и социального функционирования в экспериментальной группе пациентов, получающих противорецидивную и поддерживающую терапию, сопоставлялись с аналогичными показателями в сравняваемой группе. На основании статистически значимых различий в пользу экспериментальной группы делался вывод об эффективности соответствующей программы противорецидивной и поддерживающей терапии зависимых от опиоидов.

*Êëð-àâùà ñëíàà*: опиоидная зависимость, противорецидивная и поддерживающая терапия, качество жизни.

## **ДИНАМИКА СТАДИЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ У ЗАВИСИМЫХ ОТ ОПИОИДОВ, ПОЛУЧАЮЩИХ ПРОТИВОРЕЦИДИВНУЮ И ПОДДЕРЖИВАЮЩУЮ ТЕРАПИЮ ПОСЛЕ ЗАВЕРШЕНИЯ АМБУЛАТОРНОЙ МСР**

Н.Б. Ережепов, А.Л. Катков

В статье подробно рассматривается динамика терапевтических изменений (по классификации Д. Прохозка, К. ДиКлементе) у зависимых от опиоидов, завершивших курсы амбулаторной медико-социальной реабилитации. При этом результаты, полученные по отслеживанию перераспределений основных стадий терапевтических изменений – предразмышления, размышления, действия, сохранения результата – в экспериментальной группе пациентов, получающих противорецидивную и поддерживающую терапию, сопоставлялись с аналогичными показателями в сравняваемой группе. На основании статистически значимых различий в пользу экспериментальной группы делался вывод об эффективности соответствующей программы противорецидивной и поддерживающей терапии зависимых от опиоидов.

*Êëð-àâùà ñëíàà*: опиоидная зависимость, противорецидивная и поддерживающая терапия, стадии терапевтических изменений.

## **ДИНАМИКА ФОРМИРОВАНИЯ ФАКТОРОВ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ УСТОЙЧИВОСТИ К ПОВТОРНОМУ ВОВЛЕЧЕНИЮ В ЗАВИСИМОСТЬ ОТ ОПИОИДОВ У ПАЦИЕНТОВ, ПОЛУЧАЮЩИХ ПРОТИВОРЕЦИДИВНУЮ И ПОДДЕРЖИВАЮЩУЮ ТЕРАПИЮ ПОСЛЕ ЗАВЕРШЕНИЯ АМБУЛАТОРНОЙ МСР**

Н.Б. Ережепов, А.Л. Катков

В статье подробно рассматривается динамика формирования факторов психологической устойчивости у зависимых от опиоидов, завершивших курсы амбулаторной медико-социальной реабилитации. При этом результаты, полученные по отслеживанию динамики факторов психологической устойчивости – в экспериментальной группе пациентов, получающих противорецидивную и поддерживающую терапию, сопоставлялись с аналогичными показателями в сравняваемой группе. На основании статистически значимых различий в пользу экспериментальной группы делался вывод об эффективности соответствующей программы противорецидивной и поддерживающей терапии зависимых от опиоидов.

*Êëð-àâùà ñëíàà*: опиоидная зависимость, противорецидивная и поддерживающая терапия, факторы психологической устойчивости.



---

---

**ДИНАМИКА РЕДУКЦИИ ОСНОВНЫХ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ  
У ЗАВИСИМЫХ ОТ ОПИОИДОВ, ПОЛУЧАВШИХ И НЕ ПОЛУЧАВШИХ ПЕРВИЧНУЮ  
НАРКОЛОГИЧЕСКУЮ ПОМОЩЬ, В ХОДЕ ПРОХОЖДЕНИЯ СТАЦИОНАРНОЙ МСР  
И ПОСТРЕАБИЛИТАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ**

А.Л. Катков, Е.В. Ережепов

В статье подробно рассматривается динамика редукции основных психопатологических синдромов у зависимых от опиоидов, получавших и не получавших первичную наркологическую помощь, в ходе прохождения стационарной МСР и пострерабилитационном периоде. При этом результаты, полученные по отслеживанию динамики редукции основных психопатологических синдромов в исследуемой группе пациентов сопоставлялись с аналогичными показателями в сравняваемой группе. На основании статистически значимых различий в пользу исследуемой группы делался вывод об эффективности соответствующей программы ПНП зависимых от опиоидов.

*Êëþ ÷ àâ ù à ñë î àà*: опиоидная зависимость, первичная наркологическая помощь, психопатологические синдромы.

**ДИНАМИКА СТАДИЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ У ЗАВИСИМЫХ ОТ ОПИОИДОВ,  
ПОЛУЧАВШИХ И НЕ ПОЛУЧАВШИХ ПЕРВИЧНУЮ НАРКОЛОГИЧЕСКУЮ ПОМОЩЬ,  
В ХОДЕ ПРОХОЖДЕНИЯ СТАЦИОНАРНОЙ МСР И ПОСТРЕАБИЛИТАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ**

А.Л. Катков, Е.В. Ережепов

В статье подробно рассматривается динамика стадий терапевтических изменений у зависимых от опиоидов, получавших и не получавших первичную наркологическую помощь, в ходе прохождения стационарной МСР и пострерабилитационном период. При этом результаты, полученные по отслеживанию динамики стадий терапевтических изменений у зависимых от опиоидов в исследуемой группе пациентов, сопоставлялись с аналогичными показателями в сравняваемой группе. На основании статистически значимых различий в пользу исследуемой группы делался вывод об эффективности соответствующей программы первичной наркологической помощи зависимых от опиоидов.

*Êëþ ÷ àâ ù à ñë î àà*: опиоидная зависимость, первичная наркологическая помощь, стадии терапевтических изменений.

**ДИНАМИКА ФОРМИРОВАНИЯ ФАКТОРОВ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ УСТОЙЧИВОСТИ  
К ПОВТОРНОМУ ВОВЛЕЧЕНИЮ В ЗАВИСИМОСТЬ ОТ ОПИОИДОВ У ПАЦИЕНТОВ,  
ПОЛУЧАВШИХ И НЕ ПОЛУЧАВШИХ ПЕРВИЧНУЮ НАРКОЛОГИЧЕСКУЮ ПОМОЩЬ,  
В ХОДЕ ПРОХОЖДЕНИЯ СТАЦИОНАРНОЙ МСР И ПОСТРЕАБИЛИТАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ**

А.Л. Катков, Е.В. Ережепов

В статье подробно рассматривается динамика формирования факторов психологической устойчивости к повторному вовлечению в зависимость от опиоидов у пациентов, получавших и не получавших первичную наркологическую помощь, в ходе прохождения стационарной МСР и пострерабилитационном период. При этом результаты, полученные по отслеживанию динамики формирования факторов психологической устойчивости к повторному вовлечению в зависимость от опиоидов у пациентов в исследуемой группе пациентов, сопоставлялись с аналогичными показателями в сравняваемой группе. На основании статистически значимых различий в пользу исследуемой группы делался вывод об эффективности соответствующей программы первичной наркологической помощи зависимых от опиоидов.

*Êëþ ÷ àâ ù à ñë î àà*: опиоидная зависимость, первичная наркологическая помощь, факторы психологической устойчивости.

---

---

## **ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ У ЗАВИСИМЫХ ОТ ОПИОИДОВ, ПОЛУЧАВШИХ И НЕ ПОЛУЧАВШИХ ПЕРВИЧНУЮ НАРКОЛОГИЧЕСКУЮ ПОМОЩЬ, В ХОДЕ ПРОХОЖДЕНИЯ СТАЦИОНАРНОЙ МСР И ПОСТРЕАБИЛИТАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ**

А.Л. Катков, Е.В. Ережепов

В статье подробно рассматривается динамика показателей качества жизни и социального функционирования у зависимых от опиоидов, получавших и не получавших первичную наркологическую помощь, в ходе прохождения стационарной МСР и пострерабилитационном период. При этом результаты, полученные по отслеживанию динамики показателей качества жизни и социального функционирования у зависимых от опиоидов в исследуемой группе пациентов, сопоставлялись с аналогичными показателями в сравниваемой группе. На основании статистически значимых различий в пользу исследуемой группы делался вывод об эффективности соответствующей программы первичной наркологической помощи зависимых от опиоидов.

*Ëëþ ÷ââùâ ñë îââ:* опиоидная зависимость, первичная наркологическая помощь, качество жизни.

## **ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОТИВОРЕЦИДИВНОЙ И ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ЗАВИСИМЫХ ОТ ОПИОИДОВ**

Н.Б. Ережепов

В статье приводятся сведения об экспериментальной апробации программ противорецидивной и поддерживающей терапии в отношении трех категорий зависимых от опиоидов: 1) после завершения стационарной МСР; 2) после завершения амбулаторной МСР; 3) после прохождения стандартной детоксикации. При этом анализируется динамика психопатологических, психологических, социальных и экономических параметров эффективности. На основании проведенных исследований делаются выводы о комплексной эффективности экспериментальных программ противорецидивной и поддерживающей терапии зависимых от опиоидов.

*Ëëþ ÷ââùâ ñë îââ:* зависимость от опиоидов, противорецидивная и поддерживающая терапия, комплексная эффективность.

## **ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ПЕРВИЧНОЙ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ (ПНП)**

Е.В. Ережепов

В статье подробно рассматриваются характеристики экономической эффективности экспериментальных программ первичной наркологической помощи зависимым от опиоидов. При этом анализируются как собственно показатели экономической эффективности, так и показатели абсолютной стоимости пользы в результате широкомасштабного внедрения первичной наркологической помощи зависимым от опиоидов. На основании полученных результатов делаются выводы о необходимости разработки соответствующих клинико-диагностических протоколов и стандартов организации наркологической помощи.

*Ëëþ ÷ââùâ ñë îââ:* экономическая эффективность, зависимость от опиоидов, первичная наркологическая помощь.

## **ВЫЯВЛЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА ИБС**

Ж.А. Надыркулов

В статье рассматриваются основные факторы риска заболевания ишемической болезнью сердца, их роль при диагностике заболевания.

*Ëëþ ÷ââùâ ñë îââ:* фактор риска, гиперхолестеринемия, артериальная гипертензия, наследственность.

---

---

## RESUME

### **DYNAMICS OF INDICATORS OF QUALITY OF LIFE AND SOCIAL FUNCTIONING AT DEPENDENT ON OPIOIDS, RECEIVING ANTI-RECURRENT AND SUPPORTING THERAPY AFTER THE END OF STATIONARY MSR**

A.L. Katkov, N.B. Erezhepov

In the clause dynamics of indicators of quality of life and social functioning at dependent on opioids, finished courses of stationary medical-social rehabilitation is in detail considered. Thus the results received on tracing of dynamics of indicators of quality of life and social functioning in experimental group of patients, receiving anti-recurrent and supporting therapy, were compared with similar indicators in a compared group. On the basis of statistically significant distinctions in favour of experimental group the conclusion about efficiency of the corresponding program of anti-recurrent and supporting therapy dependent on opioids is made.

*Keywords:* opioid dependence, antirecurrent and supporting therapy, quality of life.

### **DYNAMICS OF A REDUCTION OF THE BASIC PSYCHOPATHOLOGICAL SYNDROMES AT DEPENDENT ON OPIOIDS, RECEIVING ANTI-RECURRENT AND SUPPORTING THERAPY AFTER THE END OF OUT-PATIENT MSR**

A.L. Katkov, N.B. Erezhepov

In the clause dynamics of a reduction of the basic psychopathological syndromes at dependent on opioids, finished courses of out-patient of medical-social rehabilitation is in detail considered. Thus the results received on tracing of dynamics of a reduction of the basic psychopathological syndromes in experimental group of patients, receiving anti-recurrent and supporting therapy, were compared with similar indicators in compared group. On the basis of statistically significant distinctions in favour of experimental group the conclusion about efficiency of the corresponding program anti-recurrent and supporting therapy dependent on opioids is made.

*Keywords:* opioid dependence, antirecurrent and supporting therapy, psychopathological syndromes.

### **ECONOMIC EFFICIENCY OF EXPERIMENTAL PROGRAMS OF ANTI-RECURRENT AND SUPPORTING THERAPY**

A.L. Katkov, N.B. Erezhepov

In the clause characteristics of economic efficiency of experimental programs anti-recurrent and supporting therapy dependent on opioids are in detail considered. Economic efficiency indicators, and indicators of absolute cost of advantage as a result of large-scale introduction of anti-recurrent and supporting therapy dependent on opioids in system of narcological help in RK are thus analyzed as actually. On the basis of the received results conclusions about necessity of working out of corresponding clinical-diagnostic reports and standards of the organisation of the narcological help are described.

*Keywords:* economic efficiency, dependence on opioids, anti-recurrent and supporting therapy.

### **FEATURES OF FORMATION OF NICOTINIC DEPENDENCE IN SOCIAL-DEMOGRAPHIC ASPECT**

E.M. Ajmakova

In the clause the results of the research, formations of nicotinic dependence concerning questions at conditional healthy faces (without a mental pathology) with nicotinic dependence and persons with nicotinic dependence and a boundary pathology are stated, to feature of these groups and difference between them. Their socially-demographic characteristic, age of the beginning of the use of tobacco in both groups, the purpose and initial motivation of smoking is considered.

*Keywords:* nicotinic dependence, tobacco dependence, tobacco, motivation.

---

---

**DYNAMICS OF FORMATION OF REMISSION AT DEPENDENT ON OPIOIDS, RECEIVING AND NOT RECEIVING THE PRIMARY NARCOLOGICAL HELP, DURING PASSAGE STATIONARY MSR AND THE POSTREHABILITATION PERIOD**

E.V. Erezhepov, A.L. Katkov

In the clause dynamics of formation of remission at dependent on opioids, receiving and not receiving the primary narcological help is in detail considered, during passage stationary MSR and the postrehabilitation period. Thus the results received on tracing of dynamics of formation of remission in investigated group of patients, receiving the primary narcological help, were compared with similar indicators in compared group. On the basis of statistically significant distinctions in favour of investigated group the conclusion about efficiency of the corresponding program of the primary narcological help dependent on opioids is made.

*Keywords:* opioid dependence, the primary narcological help, remission.

**DYNAMICS OF A REDUCTION OF ANOSOGNOSE SYNDROME AT DEPENDENT ON OPIOIDS, RECEIVING AND NOT RECEIVING THE PRIMARY NARCOLOGICAL HELP, DURING PASSAGE STATIONARY MSR AND POSTREHABILITATION THE PERIOD**

E.V. Erezhepov, A.L. Katkov

In the clause dynamics of a reduction of anosognose syndrome at dependent on opioids, receiving and not receiving the primary narcological help is in detail considered, during passage stationary MSR and postrehabilitation the period. Thus the results received on tracing of dynamics of a reduction of anosognose syndrome in investigated group of patients were compared with similar indicators in compared group. On the basis of statistically significant distinctions in favour of investigated group the conclusion about efficiency of the corresponding program of the primary narcological help dependent on opioids is made.

*Keywords:* opioid dependence, the primary narcological help, anosognose syndrome.

**DYNAMICS OF A REDUCTION OF ANOSOGNOSE SYNDROME AT DEPENDENT ON OPIOIDS, RECEIVING ANTI-RECURRENT AND SUPPORTING THERAPY AFTER THE END OF OUT-PATIENT MSR**

N.B. Erezhepov

In the clause dynamics of a reduction of anosognose syndrome at dependent on opioids, finished courses of out-patient medical-social rehabilitation is in detail considered. Thus the results received on tracing of dynamics of a reduction of anosognose syndrome in experimental group of patients, receiving anti-recurrent and supporting therapy, were compared with similar indicators in compared group. On the basis of statistically significant distinctions in favour of experimental group the conclusion about efficiency of the corresponding program of anti-recurrent and supporting therapy dependent on opioids is made.

*Keywords:* opioid dependence, anti-recurrent and supporting therapy, anosognose syndrome.

**DYNAMICS OF STAGES OF THERAPEUTIC CHANGES AT DEPENDENT FROM OPIOIDS, RECEIVING ANTI-RECURRENT AND SUPPORTING THERAPY AFTER THE END OF STATIONARY MSR**

N.B. Erezhepov

In the article dynamics of therapeutic changes (on classification of D. Prohozka, K. DiKlemente) at dependent on opioids, finished courses of stationary medical-social rehabilitation is considered in details. Thus the results received on tracing of redistributions of the basic stages of therapeutic changes - prereflections, reflexions, actions, result preservations - in experimental group of the patients receiving anti-recurrent and supporting therapy, were compared with similar indicators in compared group. On the basis of statistically significant distinctions in favour of experimental group the conclusion about efficiency of the corresponding program of anti-recurrent and supporting therapy dependent from opioids was made.

*Keywords:* opioid dependence, anti-recurrent and supporting therapy, stages of therapeutic changes.

---

---

**DYNAMICS OF FORMATION OF REMISSION AT DEPENDENT FROM OPIOIDS, RECEIVING ANTI-RECURRENT AND SUPPORTING THERAPY AFTER THE END OF OUT-PATIENT MSR**

N.B. Erezhepov

In the article dynamics of formation of remission at dependent from opioids, finished courses of out-patient medical-social rehabilitation is considered in details. Thus the results received on tracing of dynamics of formation of remission in experimental group of patients, receiving anti-recurrent and supporting therapy, were compared with similar indicators in compared group. On the basis of statistically significant distinctions in favour of experimental group the conclusion about efficiency of the corresponding program of anti-recurrent and supporting therapy dependent from opioids was made.

*Keywords:* opioid dependence, anti-recurrent and supporting therapy, remission.

**DYNAMICS OF FORMATION OF FACTORS OF PSYCHOLOGICAL STABILITY TO REPEATED INVOLVING IN DEPENDENCE FROM OPIOIDS AT THE PATIENTS RECEIVING ANTI-RECURRENT AND SUPPORTING THERAPY AFTER THE END OF STATIONARY MSR**

N.B. Erezhepov

In the article dynamics of formation of factors of psychological stability at dependent from opioids, finished courses of stationary medical-social rehabilitation is considered in details. Thus the results received on tracing of dynamics of factors of psychological stability - in experimental group of the patients receiving anti-recurrent and supporting therapy, were compared with similar indicators in compared group. On the basis of statistically significant distinctions in favour of experimental group the conclusion about efficiency of the corresponding program of anti-recurrent and supporting therapy dependent from opioids was made.

*Keywords:* opioid dependence, anti-recurrent and supporting therapy, factors of psychological stability.

**DYNAMICS OF INDICATORS OF QUALITY OF A LIFE AND SOCIAL FUNCTIONING AT DEPENDENT ON OPIOIDS, RECEIVING ANTI-RECURRENT AND SUPPORTING THERAPY AFTER THE END OF OUT-PATIENT MSR**

N.B. Erezhepov, A.L. Katkov

In article dynamics of indicators of quality of a life and social functioning at dependent on opioids, finished courses of out-patient medical-social rehabilitation is in detail considered. Thus the results received on tracing of dynamics of indicators of quality of a life and social functioning in experimental group of patients, receiving anti-recurrent and supporting therapy, were compared with similar indicators in compared group. On the basis of statistically significant distinctions in favour of experimental group the conclusion about efficiency of the corresponding program of anti-recurrent and supporting therapy dependent on opioids is made.

*Keywords:* opioid dependence, anti-recurrent and supporting therapy, quality of life.

**DYNAMICS OF STAGES OF THERAPEUTIC CHANGES AT DEPENDENT ON OPIOIDS, RECEIVING ANTI-RECURRENT AND SUPPORTING THERAPY AFTER THE END OF OUT-PATIENT MSR**

N.B. Erezhepov, A.L. Katkov

In the article dynamics of therapeutic changes (on classification of D.Prohozka, K.DiKlemente) at dependent on opioids, finished courses of out-patient medical-social rehabilitation is in detail considered. Thus the results received on tracing of redistributions of the basic stages of therapeutic changes – prereflections, reflexions, actions, result preservations – in experimental group of the patients receiving anti-recurrent and supporting therapy, were compared with similar indicators in compared group. On the basis of statistically significant distinctions in favour of experimental group the conclusion about efficiency of the corresponding program of anti-recurrent and supporting therapy dependent on opioids was made.

*Keywords:* opioid dependence, anti-recurrent and supporting therapy, stages of therapeutic changes.

---

---

**DYNAMICS OF FORMATION OF FACTORS OF PSYCHOLOGICAL STABILITY TO REPEATED INVOLVING IN DEPENDENCE ON OPIOIDS AT THE PATIENTS RECEIVING ANTI-RECURRENT AND SUPPORTING THERAPY AFTER THE END OF OUT-PATIENT MSR**

N.B. Erezhepov, A.L. Katkov

In the article dynamics of formation of factors of psychological stability at dependent on opioids, finished courses of out-patient of medical-social rehabilitation is in detail considered. Thus the results received on tracing of dynamics of factors of psychological stability – in experimental group of the patients receiving anti-recurrent and supporting therapy, were compared with similar indicators in compared group. On the basis of statistically significant distinctions in favour of experimental group the conclusion about efficiency of the corresponding program of anti-recurrent and supporting therapy dependent on opioids is made.

*Keywords:* opioid dependence, anti-recurrent and supporting therapy, factors of psychological stability.

**DYNAMICS OF A REDUCTION OF THE BASIC PSYCHOPATHOLOGICAL SYNDROMES AT DEPENDENT ON OPIOIDS, RECEIVING AND NOT RECEIVING THE PRIMARY NARCOLOGICAL HELP, DURING PASSAGE STATIONARY MSR AND POSTREHABILITATION PERIOD**

A.L. Katkov, E.V. Erezhepov

In the article dynamics of a reduction of the basic psychopathological syndromes at dependent on opioids, receiving and not receiving the primary narcological help is in detail considered, during passage stationary MSR and the postrehabilitation period. Thus the results received on tracing of dynamics of a reduction of the basic psychopathological syndromes in investigated group of patients were compared with similar indicators in compared group. On the basis of statistically significant distinctions in favour of investigated group the conclusion about efficiency of corresponding PNH program dependent on opioids is made.

*Keywords:* opioid dependence, the primary narcological help, psychopathological syndromes.

**DYNAMICS OF STAGES OF THERAPEUTIC CHANGES AT DEPENDENT ON OPIOIDS, RECEIVING AND NOT RECEIVING THE PRIMARY NARCOLOGICAL HELP, DURING PASSING OF STATIONARY MSR AND POSTREHABILITATION PERIOD**

A.L. Katkov, E.V. Erezhepov

In the article dynamics of stages of therapeutic changes at dependent on opioids, receiving and not receiving the primary narcological help is in detail considered, during passage stationary MSR and postrehabilitation period. Thus the results received on tracing of dynamics of stages of therapeutic changes at dependent on opioids in investigated group of patients, were compared with similar indicators in compared group. On the basis of statistically significant distinctions in favour of investigated group the conclusion about efficiency of the corresponding program of the primary narcological help dependent on opioids is made.

*Keywords:* opioid dependence, the primary narcological help, stages of therapeutic changes.

**DYNAMICS OF FORMATION OF FACTORS OF PSYCHOLOGICAL STABILITY TO REPEATED INVOLVING IN DEPENDENCE ON OPIOIDS AT THE PATIENTS WHO WERE RECEIVING AND NOT RECEIVING THE PRIMARY NARCOLOGICAL HELP, DURING PASSAGE STATIONARY MSR AND POSTREHABILITATION PERIOD**

A.L. Katkov, E.V. Erezhepov

In the article dynamics of formation of factors of psychological stability to repeated involving in dependence on opioids at the patients who were receiving and not receiving the primary narcological help is in detail considered, during passage stationary MCP and postrehabilitation period. Thus the results received on tracing of dynamics of formation of factors of psychological stability to repeated involving in dependence on opioids at patients in investigated group of patients, were compared with similar indicators in compared group. On the basis of statistically

---

---

significant distinctions in favour of investigated group the conclusion about efficiency of the corresponding program of the primary narcological help dependent on opioids was made.

*Keywords:* opioid dependence, the primary narcological help, factors of psychological stability.

#### **DYNAMICS OF INDICATORS OF QUALITY OF A LIFE AND SOCIAL FUNCTIONING AT DEPENDENT ON OPIOIDS, RECEIVING AND NOT RECEIVING THE PRIMARY NARCOLOGICAL HELP, DURING PASSAGE STATIONARY MSR AND POSTREHABILITATION PERIOD**

A.L. Katkov, E.V. Erezhepov

In the article dynamics of indicators of quality of a life and social functioning at dependent on opioids, receiving and not receiving the primary narcological help is in detail considered, during passage stationary MSR and postrehabilitation period. Thus the results received on tracing of dynamics of indicators of quality of a life and social functioning at dependent on opioids in investigated group of patients, were compared with similar indicators in compared group. On the basis of statistically significant distinctions in favour of investigated group the conclusion about efficiency of the corresponding program of the primary narcological help dependent on opioids is made.

*Keywords:* opioid dependence, the primary narcological help, quality of life.

#### **EFFICIENCY RESEARCH OF ANTI-RECURRENT AND SUPPORTING THERAPY DEPENDENT ON OPIOIDS**

N.B. Erezhepov

In the article data on experimental approbation of programs of anti-recurrent and supporting therapy in the relation of three categories dependent on opioids are resulted: 1) after the end of stationary MSR; 2) after the end of out-patient MSR; 3) after passing standard detoxication. Dynamics of psychopathological, psychological, social and economic parameters of efficiency is thus analyzed. On the basis of the spent researches conclusions about complex efficiency of experimental programs of anti-recurrent and supporting therapy dependent on opioids are made.

*Keywords:* dependence on opioids, anti-recurrent and supporting therapy, complex efficiency.

#### **ECONOMIC EFFICIENCY OF THE EXPERIMENTAL PROGRAM OF THE PRIMARY NARCOLOGICAL HELP (PNH)**

E.V. Erezhepov

In the article characteristics of economic efficiency of experimental programs of the primary narcological help dependent on opioids are in detail considered. Economic efficiency indicators, and indicators of absolute cost of advantage as a result of large-scale introduction of the primary narcological help dependent on opioids are thus analyzed as actually. On the basis of the received results the conclusions about necessity of working out of corresponding clinical-diagnostic reports and standards of the organisation of the narcological help are made.

*Keywords:* economic efficiency, dependence on opioids, the primary narcological help.

#### **REVEALING OF RISK FACTORS OF IHT**

Z.A. Nadyrkulov

In the article major factors of risk of disease of an ischemic heart trouble, their role are considered at disease diagnostics.

*Keywords:* a risk factor, hypercholesterinemia, an arterial hypertension, heredity.

Подписано в печать 6.08.2010 г. Формат 60x90 1/8. Бумага офсетная.  
Гарнитура Times New Roman. Усл. печ. лист. 8,75. Усл. изд. лист 14.  
Тираж 500 экз. Печать RISO.

Отпечатано в РГКП «Республиканский научно-практический Центр  
медико-социальных проблем наркомании».

140001, Республика Казахстан, г. Павлодар, ул. Кутузова, 200, тел. (7182) 60-50-93