

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

Динамика показателей ремиссии в исследуемой группе (n=102)

Обозначение индикатора	Старт (0 мес.)	1 мес.			2 мес.			0,5 года			1 год			Свыше 1 года
		Среднее значение	Соотношение	P	Среднее значение	Соотношение	P	Среднее значение	Соотношение	P	Среднее значение	Соотношение	P	
Количество пациентов в ремиссии (абс. цифры)	102													продолжается
% пациентов в ремиссии	100%	95,1%	0,95	<0,05	88,3%	0,93	-	72,7%	0,82	<0,05	37,4%	0,51	<0,01	продолжается
% потеря с нарастающим игом	0	4,9%	-	<0,05	11,7%	2,4	-	28,3%	2,4	<0,05	62,6%	2,21	<0,01	
% потеря на каждом этапе	0	4,9%	-	<0,05	6,8%	1,38	-	16,6%	2,44	<0,01	34,3%	2,06	-	
Срывы (абс. и % к показателю ремиссии)		-	-	-	-	-	-	33/ 45,2%	-	-	17/ 44,7%	0,98	-	

Таблица 2

Динамика показателей ремиссии в исследуемой группе и группе сравнение (n=136)

Обозначение индикатора	Старт (0 мес.)	1 мес.			2 мес.			0,5 года			1 год			Свыше 1 года
		Среднее значение	Соотношение	P	Среднее значение	Соотношение	P	Среднее значение	Соотношение	P	Среднее значение	Соотношение	P	
Количество пациентов в ремиссии (абс. цифры)	136													продолжается
% пациентов в ремиссии	100%	91,2%	0,96	-	75,8%	0,85	-	52,3%	0,72	<0,05	15,6%	0,4	<0,01	продолжается
% потеря с нарастающим игом	0	8,8%	1,8	-	24,2%	2,1	<0,01	47,7%	1,67	<0,05	84,4%	1,35	<0,05	
% потеря на каждом этапе	0	8,8%	1,8	-	15,4%	2,26	<0,05	23,5%	1,41	-	36,7%	1,07	-	
Срывы (абс. и % к показателю ремиссии)		-	-	-	-	-	-	21/ 29,6%	0,65	<0,05	7/ 33,3%	0,74	<0,05	

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 перекрывающиеся 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 пострехабилитационного 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 пострехабилитационном 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 пострехабилитационном 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-