

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 продвигаться 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 потребуют 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 ППТ1-3 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 ППТ₃ 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 ППТ₂ в плане экономической эффективности выглядит более привлекательной, другие рассматриваемые модели ППТ₁ и ППТ₃, 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:

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

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