
грамм, на наш взгляд, обусловлена ограниченным ассортиментом предлагаемых в рамках данных проектов услуг, и ничем иным.

При должной трансформации СВ-проектов в программы ПНП, и включением в перечень услуг: 1) мотивационной терапии, направленной на формирование устойчивой мотивации к прохождению полноценной амбулаторной и стационарной реабилитации; 2) наркологического консультирования, направленного на формирование адекватных представлений о наркологической патологии и стратегиях освобождения от зависимости, все противоречия в отношении данной технологии снимаются. Но, кроме того, с появлением ПНП, оформленной как самостоятельный этап наркологической помощи, появляется возможность решения главной и наиболее острой проблемы – полноценного охвата наркопотребителей формами наркологических услуг, которые удовлетворяют критериям безопасности, доступности, приемлемости, и дают максимум шансов по последующее избавление от зависимости.

Экспериментальная апробация, организованной по вышеприведенным принципам программ ПНП, с охватом 150 зависимых от опиоидов, показывает, что при активной реализации технологий мотивационной терапии и наркологического консультирования: 1) возможная положительная динамика в отношении более безопасного и ответственного поведения, при том, что зависимые от опиоидов остаются в статусе активных наркопотребителей; 2) возможная положительная динамика в отношении частоты и дозировок употребляемых уличных наркотиков;

3) возможен и полный отказ от наркопотребления на фоне последовательного снижения дозировок и достаточно длительного воздержания от наркотиков; 4) при последнем варианте развития событий часть клиентов ПНП (5-7% за год) осознанно и с полным пониманием целей и задач реабилитационных программ, соглашается на прохождение полноценной амбулаторной или стационарной реабилитации; другая часть (3-5%) соглашается лишь на достаточно длительные курсы противорецидивной и поддерживающей терапии; 5) возможен полный отказ от наркопотребления на условиях анонимного прохождения детоксификации с последующей противорецидивной терапией (до 5%).

Для последних 3-х подгрупп пациентов, составляющих в общей сложности от 12 до 15% от объема экспериментальной группы, характерны более высокие уровни реабилитационного потенциала, темпы формирования адекватных представлений о зависимости и способах освобождения.

Основным препятствием для осуществления, преемственности между этапом ПНП, амбулаторной и стационарной реабилитации являлось отсутствие полных гарантий безопасности (т.е. вероятность адресного учета и др.). Что, по-видимому, должно обсуждаться в процессе предполагаемого реформирования наркологической помощи в РК.

Главным, к настоящему времени, результатом продолжающегося эксперимента является полная уверенность в том, что необходима институализация ПНП как самостоятельного этапа наркологической помощи в РК.

ПРОТИВОРЕЦИДИВНАЯ И ПОДДЕРЖИВАЮЩАЯ ТЕРАПИЯ ЗАВИСИМЫМ ОТ ОПИОИДОВ – МЕТОДОЛОГИЯ И ПРЕДВАРИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ

Н.Б. Ережепов

В последние годы в Республике Казахстан по официальным статистическим данным показатель достижения ремиссий с длительностью от 1 года и выше для зависимых от опиоидов после стандартного курса - лечения не превышает 8-9%. В тоже время в основном документе, обозначающем общие направления антинаркотической активности «Стратегия борьбы с наркоманией и наркобизнесом в Республике Казахстан на 2006-2014 годы», приводятся значения данного индикатора в 30-40%. Предварительные расчеты показывают, что при достижении такого результата популяция активно действующих наркопотребителей будет прогрессивно уменьшаться, в том числе и за счет эффективных терапевтических усилий.

Исследования, проводимые в последние годы в РК, демонстрируют, что достижение длительных и качественных ремиссий у зависимых от опиоидов возможно при условии реализации двух самостоятельных этапов наркологической помощи (в дополнении к существующим) - этапа первичной наркологической помощи, с интенсивной работой по формированию мотивации на прохождение полноценной медико-социальной реабилитации; а также - этапа противорецидивной и поддерживающей терапии с активной мотивацией на сохранение достигнутого результата и его развитие.

Экспериментальная программа противорецидивной и поддерживающей терапии (ППТ), оформленная как самостоятельный этап наркологической по-

мощи зависимым от опиоидов, предусматривает три варианта: 1) ППТ после завершения стандартных курсов стационарной МСР; 2) ППТ после завершения стандартных курсов амбулаторной МСР; 3) ППТ после прохождения детоксикации и комплекса мероприятий, включающих а программу первичной наркологической помощи. Каждый из обозначенных вариантов ППТ содержит обязательный комплекс диагностических, терапевтических (используемых в случае срыва - детоксификация, медикаментозная терапия), собственно противорецидивных (консультативных, тренинговых, психотерапевтических) технологий, реализуемых по специальной схеме. Кроме того, проводится системная и последовательная работа с конструктивно-настроенным ближайшим окружением пациентов. Специфика каждого из приведенных вариантов ППТ заключается в объеме и технологическом оформлении мотивационной терапии и наркологического консультирования.

Предварительные результаты, полученные при анализе прохождения ППТ общей группы из 120 зависимых от опиоидов, показывает, что наибольшие риски срывов и рецидивов присутствует у пациентов первой подгруппы, не проходивших соответствующие курсы амбулаторной и стационарной МСР. Наиболее опасной, с точки зрения реализации данных рисков, - период со 2 по 5 неделю пребывания в

программе, когда полностью редуцируются остаточные абстинентные проявления, но еще не сформированы адекватные представления о наркологической болезни, здоровье и маршрутах прохождения от состояния болезни (зависимости) к здоровью (полноценному освобождению от зависимости) с максимальными шансами на успех, и соответствующие уровни мотивации.

Соотношение рисков срывов и рецидивов для двух следующих подгрупп (анализируется лишь период проведения ППТ) достоверно не различается. Однако при этом следует иметь ввиду, что исходный уровень реабилитационного потенциала в подгруппе зависимых от опиоидов, завершивших стандартные курсы амбулаторной МСР, был существенно выше.

Наиболее востребованным видом психотерапии и других развивающих практик в программах ППТ (особенно в первых двух подгруппах) были технологии формирования устойчивых ресурсных состояний с ощущением энергии, уверенности и совладания, технологии по выработке стрессоустойчивости.

По завершению данного исследования и анализа комплексной эффективности каждого из приведенных вариантов ППТ планируется утверждение соответствующего стандарта организации наркологической помощи на этапе противорецидивной и поддерживающей терапии.

НАРКОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ НА ЭТАПЕ АМБУЛАТОРНОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЗАВИСИМЫХ ОТ ПАВ – РЕАЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ

К.О. Иманбеков

По данным многоуровневого мониторинга наркологической ситуации в Республике Казахстан только лишь около 25-30% от реальной популяции наркозависимых вовлекаются в какие-либо формы оказания наркологической помощи и являются учитываемым контингентом в системе наркологических учреждений Министерства здравоохранения Казахстана. Такая ситуация объясняется, в том числе и тем, что до последних лет комплексная (т.е. предусматривающая использование развивающих реабилитационных технологий) наркологическая помощь, оказываемая в системе МЗ РК, являлась стационарной. А значит – высокопороговой и связанной с необходимостью длительной изоляции от родных, близких и других значимых лиц. Между тем, лица с относительно высоким уровнем реабилитационного потенциала и отсутствием проблемных форм наркопотребления, скорее всего, в такого рода изоляции не нуждаются. В то же время остается множество неясных вопросов относительно огра-

ничений, содержания и комплексных оценок эффективности амбулаторной медико-социальной реабилитации зависимых от ПАВ, как самостоятельного этапа наркологической помощи.

Экспериментальная программа амбулаторной МСР зависимых от опиоидов, апробируемая в шести регионах РК, содержит комплекс диагностических (включая обязательную оценку уровней реабилитационного потенциала и актуальных мишеней МСР), терапевтических (детоксификация, медикаментозная терапия), развивающих (консультативных, тренинговых, психотерапевтических) и собственно реабилитационных (механизмы терапевтического сообщества) технологий, реализуемых по специальной схеме. Параллельно заключался терапевтический контракт с конструктивно настроенными родными и близкими на активное участие в данной программе, в том числе – курацию так называемой вечерней ленты (времени с 17 до 23 часов) пациентов.