

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ РЕМИССИИ У ЗАВИСИМЫХ ОТ ОПИОИДОВ НА ЭТАПЕ ПРОТИВОРЕЦИДИВНОЙ И ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ

Н.Б. Ережепов

Введение

Актуальность

Мировое сообщество и каждая страна в отдельности столкнулись в последние десятилетия со все возрастающей наркоугрозой. Злоупотребление наркотиками и сформированные наркотические зависимости имеют существенное социальное значение, отражаясь на государственной и внутригосударственной деятельности во всех странах - воспитательной, образовательной, медицинской, информационной, экономической, политической. Масштабность этого воздействия определяется уровнем потребления наркотиков в каждом конкретном регионе [1]. А также эффективностью противодействующих усилий [2]. Между тем, практически повсеместно, констатируется незначительный (25-27% от общей популяции наркопотребителей) охват наркозависимых какими либо видами наркологической помощи [3]. При том, что желание избавиться от зависимости, при соответствующих исследованиях, констатируется у большей части наркозависимых со стажем употребления наркотиков от 2-х лет и более (51,5%), у 38,6% из них первое обращение становится единственным в силу низкого качества, неэффективности, дороговизны предоставляемых услуг, несоответствия их ассортимента нуждам и потребностям основных целевых групп [4]. Недостаточный охват адекватной наркологической помощью наиболее проблемной группы – потребителей инъекционных наркотиков – является одной из главных причин распространения ВИЧ на территории постсоветского пространства, и низкой эффективности антиретровирусной терапии у ВИЧ-инфицированных наркозависимых [5, 6]. Число смертей от передозировок (только официально учитываемых) в Российской Федерации в период 2006-2007 г.г. среди больных наркоманией составило до 100 тысяч в год. В охваченном наркологической помощью контингенте показатель годовой ремиссии после лечения, по данным за 2007 г., не превышал 8,6% [7]. Наркозависимые в постсоветских республиках являются одними из самых стигматизированных пациентов. А наркология – одной из самых стигматизированных врачебных специальностей [8]. Настоящее положение дел в такой важной социальной отрасли как оказание наркологической помощи, противоречит международным принципам прав чело-

века, в частности – замечанию общего порядка № 14 к Международному Пакту об экономических, социальных и культурных правах (Право на наивысший достигаемый уровень здоровья) [9]. В связи с чем предлагается безотлагательное проведение соответствующих законодательных и организационных реформ, с акцентом на оказание адекватной наркологической помощи наиболее уязвимым контингентам [10]. По мнению А.З. Шамота, У.В. Вальковой современная организация наркологической помощи должна представлять собой сложнейшую многоуровневую систему взаимодействия различных медицинских и социальных структур, включая общественные организации и НПО [11]. По данным ВОЗ и Европейского центра наркомониторинга (ЕМСДДА) наиболее успешным, в плане оказания адекватной наркологической помощи, является сотрудничество: 1) программ раннего выявления зависимостей; 2) низкопороговых программ наркологической помощи, включая аутрич работу; 3) программ дифференцированной терапевтической помощи, включая противорецидивную и поддерживающую терапию зависимых от ПАВ [12]. Успешным примером такого сотрудничества на территории Восточной Европы может быть деятельность ассоциации «Монар», центры терапии которой в обязательном порядке включают постреабилитационные отделения [13]. Основная тенденция последних лет заключается в движении от узко медицинского к востребованному социальному содержанию современной наркологической помощи. В ходу термин «социальная наркология», который включает в себя: 1) эмпирическую социологическую науку; 2) терапевтическую практику; 3) реабилитационную и социально-психологическую деятельность, главной целью которой является сохранение психического здоровья и интеграция наркологических больных в общество [14]. То есть, речь идет о достижении стойкой терапевтической ремиссии. Именно поэтому противорецидивная и поддерживающая терапия является краеугольным камнем современной наркологии [15, 16].

В данной связи, особенно важными и актуальными являются исследования, обосновывающие систему профессиональных стандартов в сфере оказания противорецидивной и поддерживающей терапии зависимым от ПАВ, с масштабным внедрением результатов в практику [17, 18].

Цель и задачи исследования

Основная цель исследования: изучение особенностей формирования ремиссии у зависимых от опиоидов на этапе противорецидивной и поддерживающей терапии.

Задачи исследования:

1. Разработка и экспериментальное внедрение дифференцированных программ специализированной наркологической помощи зависимым от опиоидов на этапе противорецидивной и поддерживающей терапии.
2. Изучение и анализ сравнительной динамики основных клинико-психопатологических характеристик у зависимых от опиоидов в экспериментальных и контрольных группах.
3. Исследование сравнительной эффективности клинико-психологических характеристик у зависимых от опиоидов в экспериментальных и контрольных группах.
4. Изучение и анализ динамики социальных характеристик у зависимых от опиоидов на этапе противорецидивной и поддерживающей терапии (экспериментальные группы) и в контрольных группах.
5. Проведение комплексного анализа эффективности (клинический, социальный, организационно-экономический) разработанных программ специализированной наркологической помощи зависимых от опиоидов на этапе противорецидивной и поддерживающей терапии.
6. Обоснование рекомендаций по повышению эффективности наркологической помощи зависимости от опиоидов на этапе противорецидивной и поддерживающей терапии.

Научная новизна

1. В рамках настоящего исследования впервые изучается комплексная динамика клинико-психопатологических, психологических и социальных параметров, характеризующих статус зависимых от опиоидов на этапе противорецидивной и поддерживающей терапии.
2. Впервые изучаются сравнительные характеристики ремиссии по параметрам длительности, социальной динамики и качеству жизни у зависимых от опиоидов, проходивших и не проходивших этапы противорецидивной и поддерживающей терапии.
3. Впервые проводится сравнительный анализ эффективности по клиническим, психологическим, социальным и экономическим характеристикам регламентированных (специализированные программы ППТ) и нерегламентированных (патронаж, амбулаторное наблюдение и пассивные учет) форм противорецидивной и поддерживающей терапии зависимых от опиоидов.

4. Впервые проводится сравнительный анализ эффективности по клиническим, психологическим, социальным, экономическим характеристикам дифференцированных программ ППТ: 1) для пациентов, завершивших краткосрочные курсы (детоксикация) стационарного лечения; 2) для пациентов, завершивших курсы амбулаторной МСР; 3) для пациентов, завершивших курсы стационарной МСР.

Практическая значимость

Полученные в ходе настоящего исследования результаты позволят:

1. Обосновать необходимость дифференцированного подхода в реализации этапа противорецидивной и поддерживающей терапии в отношении зависимых от опиоидов;
2. Обосновать стратегию и технологическое содержание программ ППТ, используемых для каждой категории зависимых от опиоидов: 1) завершивших курсы детоксикационной терапии; 2) завершивших курсы амбулаторной МСР; 3) завершивших курсы стационарной МСР;
3. Обосновать клинические протоколы и стандартные требования по организации ППТ для зависимых от опиоидов;
4. Масштабное внедрение экспериментально-апробированных технологий позволит существенно повысить продолжительность и качество ремиссий у зависимых от опиоидов, продолжительность жизни у данного контингента; снизить уровень коморбидной патологии, в частности – вирусных гепатитов, ВИЧ/СПИДа в популяции зависимых от опиоидов.

Материалы и методы исследования

Статус исследования – самостоятельный фрагмент НТП 2008-2010 г.г. РНПЦ МСПН; ассоциированный исследовательский фрагмент специальной программы ООН «Treetnet» по разработке и внедрению новых технологий оказания наркологической помощи зависимым от ПАВ.

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

Предметом исследования являются демографические, социальные, клинико-психопатологические и клинико-психологические характеристики зависимых от опиоидов, получающих курсы противорецидивной и поддерживающей терапии в амбулаторных условиях.

Тип исследования и основные этапы

Настоящее исследование – сочетанное (кроссекционное и лонгитудинальное) с регулярным монито-

рингом результатов по всем отслеживаемым параметрам: для клинико-психопатологического, психологических и социальных параметров – 5-кратное; для экономических индикаторов – 1-кратное.

На предварительном этапе исследования разрабатывались технологические характеристики этапа противорецидивной и поддерживающей терапии для зависимых от опиоидов в трех вариантах: 1) программа для пациентов завершивших полный курс стационарного лечения, включая реабилитационный этап (не менее 45 дней пребывания в типовой программе МСР); 2) программа для пациентов, завершивших курс стационарной детоксикации (от 10 до 15 дней); 3) программа для пациентов, завершивших курс амбулаторного лечения и реабилитации (не менее 30 дней пребывания на амбулаторном режиме МСР).

На втором этапе набиралась общая исследуемая группа (экспериментальные группы и группы сравнения 1, 2, 3 по каждому профилю программ противорецидивной и поддерживающей терапии зависимых от опиоидов – экспериментальная группа противорецидивной и поддерживающей терапии (ППТ) 1 – зависимые от опиоидов, получающие ППТ после прохождения курсов стационарной МСР (n = 172); группа сравнения 1 – зависимые от опиоидов после прохождения стационарной МСР, не охваченные ППТ (n = 218); экспериментальная группа ППТ 2 – зависимые от опиоидов, получающие ППТ после прохождения курсов амбулаторной МСР (n = 152); группа сравнения 2 – зависимые от опиоидов после прохождения амбулаторной МСР, не охваченные ППТ (n = 174); экспериментальная группа ППТ 3 – зависимые от опиоидов, получающие ППТ после прохождения стационарной 10-15-дневной детоксикации (n = 187); группа сравнения 3 – зависимые от опиоидов после прохождения стандартной 10-15-дневной детоксикации, не охваченные ППТ (n = 244)); проводится противорецидивная и поддерживающая терапия, согласно экспериментальным протоколам; исследуется динамика психопатологических, психологических и социальных параметров в ходе реализации программы, через 0,5 года и через 1,0 год после завершения активной фазы ППТ.

На третьем этапе анализировались полученные данные по каждому из исследуемых параметров, включая индикаторы экономической эффективности; выявляются статистически достоверные отличия средних значений индикаторов в экспериментальных и соответствующих группах сравнения; обобщались основные результаты исследования, формулировались выводы.

Методология сбора информации

Контингент зависимых от опиоидов, входящих в общую исследуемую группу, набирается в 4-х областях Казахстана – Павлодарской, Карагандинской, Восточно-Казахстанской, Акмолинской. При распре-

делении пациентов в экспериментальные группы и группы сравнения использовалась методика случайных цифр. Основные параметры (за исключением клинико-психопатологического) регистрировались лицами, не принимающими участие в терапевтическом процессе. Регистрируемые данные по каждому пациенту передавались в лабораторию статистико-математического анализа РНПЦ МСПН, где агрегировались в сводные таблицы и анализировались с помощью программы Agstat.exe. Интерпретация полученных результатов проводилась автором. Таким образом, имеет место полная (по большинству исследуемых параметров) и частичная (по меньшей части исследуемых параметров) рандомизация материала.

Материалы исследования

В настоящем исследовании анализируются данные (специальные исследовательские карты, протоколы, анкеты, заключения специалистов) относительно пациентов – зависимых от опиоидов, распределенных в 6 группах. Каждому профилю исследуемых программ противорецидивной и поддерживающей терапии соответствует пара – экспериментальная группа и группа сравнения. Всего таких профилей – три. Экспериментальные и соответствующие контрольные группы сопоставимы, на момент начала исследования, по социально-демографическим (включая поло-возрастные) и этническим характеристикам, а также по характеристикам предшествующего наркологического анамнеза (стаж наркопотребления, количество госпитализаций, частота и длительность ремиссий).

Основные параметры и индикаторы, изучаемые в отношении вышеприведенных групп, следующие:

а) Группа социальных параметров:

1. Социально-демографические сведения (102 индикатора).
2. Оценка качества жизни и социального функционирования (132 индикатора).
3. Оценка социально-динамических характеристик ремиссии (16 индикаторов).

б) Группа клинико-психопатологических параметров:

1. Данные наркологического анамнеза (61 индикатор);
2. Оценка психического статуса (34 индикаторов – по основным синдромам; 55 индикаторов – по синдрому анозогнозии).

в) Группа клинико-психологических параметров:

1. Оценка психологических характеристик ремиссии (18 индикаторов);
2. Оценка стадии терапевтических изменений (36 индикаторов);
3. Оценка уровня реабилитационного потенциала по параметрам базисных приобретений и новообразований возраста (209 индикаторов).

з) Группа экономических параметров:

1. Оценка экономической эффективности (3 индикатора);
2. Оценка абсолютной стоимости пользы (1 индикатор);
3. Оценка абсолютного показателя эффективности (1 индикатор);
4. Оценка общего экономического эффекта от используемой модели (3 индикаторы).

Итого 12 параметров (667 индикаторов)

Все 667 исследуемых индикатора – количественные признаки. Атрибутивные (качественные) признаки в исследовании не учитывались.

Методы исследования

1. Клинико-психопатологический метод исследования используется для дифференцированной оценки психического статуса зависимых от опиоидов в экспериментальных и контрольных группах; выявления психопатологических проявлений на различных этапах становления ремиссии; отслеживания динамики редукции основных психопатологических синдромов в ходе противорецидивной и поддерживающей терапии и спонтанной жизнедеятельности пациентов, завершивших курсы амбулаторного и стационарного лечения. При этом оценивается динамика следующих психопатологических синдромов, наиболее часто представленными на этапах становления ремиссии у зависимых от опиоидов: 1) синдром патологического влечения к ПАВ; 2) постабстинентный синдром; 3) псевдоабстинентный синдром; 4) астенический синдром; 5) депрессивный синдром; 6) дистимический (тимопатический) синдром; 7) психопатический синдром; 8) психопатоподобный синдром; 9) психоорганический синдром; 10) висцеропатический синдром; 11) синдром анозогнозии. В отношении данных синдромов оценивались такие дополнительные индикаторы как 1) частота встречаемости; 2) степень выраженности в баллах.

2. Экспериментально-психологический метод используется в целях исследования характеристик мотивационной сферы пациентов экспериментальных и контрольных групп, как важного индикатора эффективности терапевтического процесса на этапе ППТ и критерия прогноза длительности и качества ремиссии у исследуемого контингента зависимых от опиоидов. Данный метод используется также для оценки уровня реабилитационного потенциала по сектору базисных приобретений, новообразований возраста и социальных факторов, имеющих непосредственное отношение к феномену психологической устойчивости к повторному вовлечению в зависимость от ПАВ. Последние индикаторы, как и соответствующие характеристики мотивационной сферы зависимых от ПАВ, являются важными критериями эффективности терапевтического процесса на этапе ППТ, прогноза длительности и качества ремиссии в исследуемой выборке.

3. Метод определения качества жизни и социального функционирования использовался нами в версии А.А.Чуркина, Н.К. Демчевой (2004 г.), разработанной с акцентом на лиц с психическими и поведенческими расстройствами.

4. Метод экономического анализа использовался с целью оценки такого параметра наркологической помощи, оказываемой на этапе противорецидивной и поддерживающей терапии, как экономическая эффективность.

5. Статистический метод использовался нами для проведения статико-математического анализа исследуемых параметров и показателей, получаемых в результате использования каждого из вышеприведенных методов. Таким образом, было проанализировано 12 параметров (667 учитываемых признаков).

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

Общие характеристики экспериментальных программ противорецидивной и поддерживающей терапии

Длительность:

- от 2-х до 6 месяцев.

Кратность участия в основных мероприятиях программы:

- основные мероприятия программы посещаются не реже 1-2-х раз в неделю в первые 2 месяца (активная фаза ППТ), не реже 1 раза в 10 дней в следующие 2 месяца, и не реже 1 раза в месяц – в последние 2 месяца; поощряются и более частые посещения основных мероприятий ППТ, составление индивидуального графика занятий.

Показания к направлению в программу ППТ

- установленный диагноз психических и поведенческих расстройств в результате употребления опиоидов;
- наличие мотивации к прохождению ППТ и воздержанию от наркопотребления;
- наличие возможности посещать основные мероприятия в оптимальное время (в основном – вечерние часы).

Противопоказания

- тяжелая коморбидная патология, требующая стационарного лечения;
- установленный диагноз контагиозной инфекции в активной фазе;
- обострение патологического влечения в рамках постабстинентного или псевдоабстинентного синдромов, требующее существенной интенсификации терапевтических мероприятий в стационарных условиях.

Технологии:

- диагностические; медикаментозная терапия; развивающие (психотерапия, консультирова-

ние, тренинги) - специфические для каждой модели ППТ.

Приверженность принципам надлежащей клинической практики (GCP) и доказательной медицины

Такого рода приверженность в настоящем исследовании обеспечивалась строгим соблюдением тезисов Хельсинской декларации Всемирной Медицинской Ассоциации по этическим принципам проведения медицинских исследований с участием людей в качестве субъектов.

При РНПЦ МСПН – основной базы проведения настоящего исследования – функционируют: 1) Экспертный совет по доказательной медицине, в чьи обязанности входит предварительная, текущая и заключительная экспертиза по соблюдению принципов доказательной медицины в отношении каждого из выполняемых исследовательских фрагментов; 2) Этический комитет, в чьи обязанности входит предварительная, текущая и заключительная экспертиза по выполнению всего объема этических требований надлежащей клинической практики (GCP).

Положительные заключения экспертного совета и этического комитета по каждому реализуемому фрагменту настоящей работы являлись основанием для продолжения соответствующей исследовательской программы.

Результаты исследования

Сравнительная динамика показателей ремиссии в экспериментальных группах 1-3 и соответствующих группах сравнения представлена на графиках 1-3.

Из данных, представленных на графиках 1-3, следует, что достоверные и существенные отличия в динамике основных показателей ремиссии в пользу экспериментальных групп имели место по каждому варианту ППТ и на всех этапах исследования – в продолжение активной фазы реализации ППТ, через 0,5 года и 1,0 год после ее завершения. При этом, относительно более благоприятные результаты (34,3% и 31,6%-й показатель годовой ремиссии) были достигнуты в 1-ой и 2-ой экспериментальной группах.

Сравнительная динамика показателей срывов в экспериментальных группах 1-3 и соответствующих группах сравнения представлена на графиках 4-6.

Из данных, представленных на графиках 4-6 следует, что достоверные и существенные отличия в пользу экспериментальных групп фиксировались по абсолютному большинству исследуемых этапов в каждом варианте ППТ.

Наиболее значительные результаты в отношении снижения показателя срывов, по отношению к аналогичным показателям соответствующих групп сравнения, были достигнуты в 3-ей экспериментальной группе.

В таблице 1 приведена динамика представленности и выраженности в баллах основных психопатологических синдромов в 1-ой экспериментальной

группе на основных этапах исследования.

Как видно из таблицы 1, наиболее распространенной и достаточно интенсивно представленной патологией на всех этапах исследования, являются аффективные синдромы (депрессивный и дистимический), а также - висцеропатический синдром.

Следует отметить неравномерную динамику аффективных проявлений по обоим регистрируемым синдромам. Так, после некоторого снижения общих объемов депрессивного синдрома на втором исследовательском этапе (51,2% против 64,8% в соотношении 0,79 при $P < 0,05$), отмечается увеличение представленности данного синдрома на третьем этапе – до 58,2% (соотношение к предыдущему этапу – 0,9), и последовательное уменьшение объемов на этапах 4 и 5 (49,4% и 35,6%, соответственно). Интерпретация результатов по динамике депрессивного синдрома состоит в том, что пик адаптационного напряжения у пациентов, завершивших программу стационарной МСР, падает на 2-ой месяц (3-ий отслеживаемый этап) от момента выписки. Кроме того, весьма часто пациенты к этому времени прекращают прием поддерживающей терапии антидепрессантами, что ведет к актуализации депрессивной симптоматики.

Сходная динамика прослеживается и при оценке тяжести депрессивного синдрома. Так, наиболее тяжелые формы данного синдрома представлены на первом (стартовые показатели) и третьем исследовательских этапах (18,1% и 5,9%, соответственно).

Несколько иная динамика отмечается по профилю дистимического синдрома. Показатель объемов дистимических состояний нарастает от 1-го к 3-ему этапу, с одновременным уменьшением оценок тяжести данного состояния (что, в частности, прослеживается по достоверному увеличению объемов легких форм дистимического синдрома на 2-ом и 3-ем этапах). Далее, после некоторого снижения на 4-ом этапе, вновь отмечается существенный и достоверный рост объемного показателя (соотношение 5-го к 4-му этапу 1,76 при $P < 0,05$), при сохранении общей структуры распределения данных объемов по степеням тяжести. Интерпретация результатов, полученных по настоящему фрагменту, заключается в том, что сложная динамика дистимического синдрома взаимосвязана с динамикой депрессивных состояний. Т.е. аффективная патология у зависимых от опиоидов, являясь наиболее стойким психопатологическим образованием, может переходить из одной формы в другую (например, при уменьшении тяжести и объемов депрессивного синдрома на последнем этапе – соответственно увеличиваются объемы дистимических расстройств).

Синдром патологического влечения – один из стержневых психопатологических проявлений химической зависимости – также интенсивно и стабильно представлен на основных исследовательских этапах среди пациентов 1-ой экспериментальной груп-

Сравнительная динамика показателей ремиссии в экспериментальных группах и группах сравнения

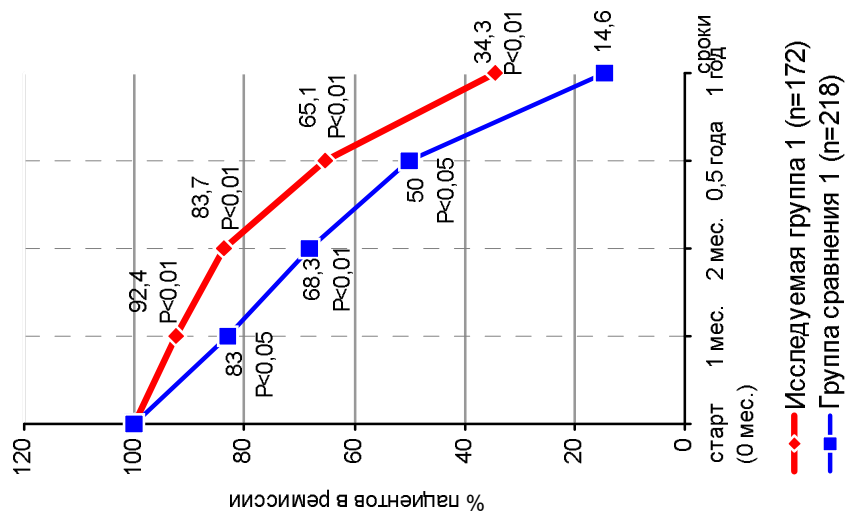


График 1 – IIII1

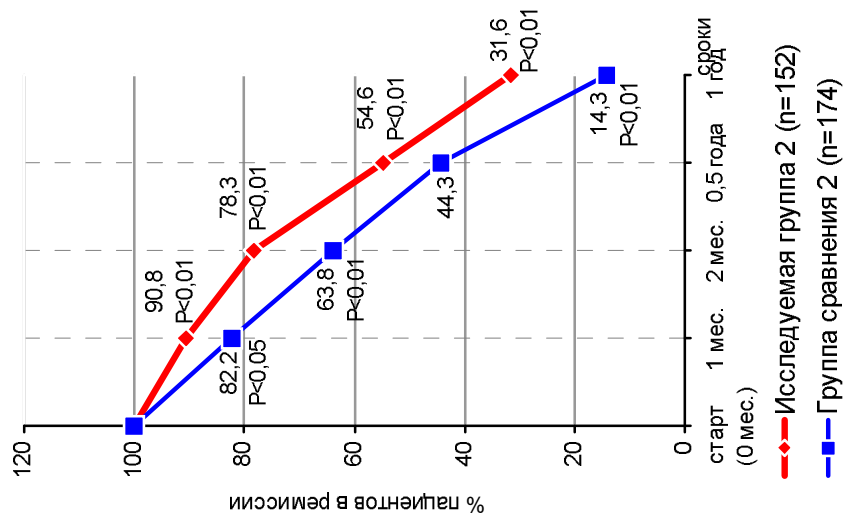


График 2 – IIII2

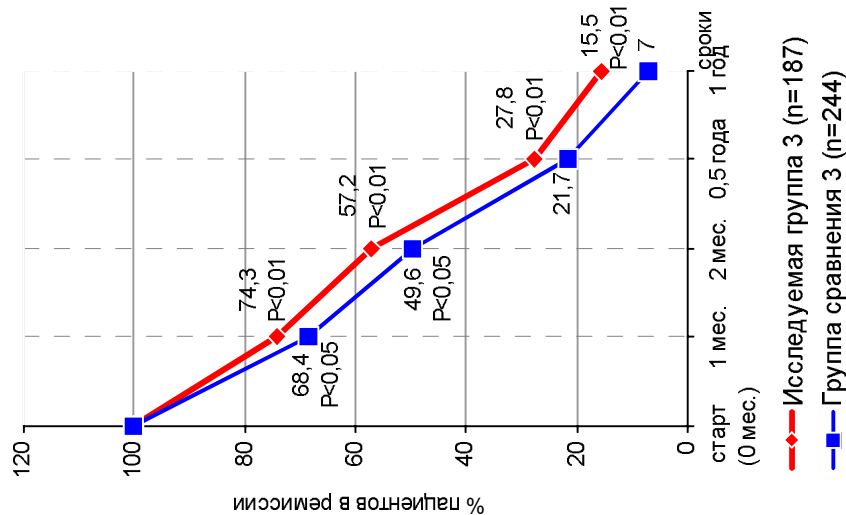


График 3 – IIII3

Сравнительная динамика показателей срывов в экспериментальных группах и группах сравнения

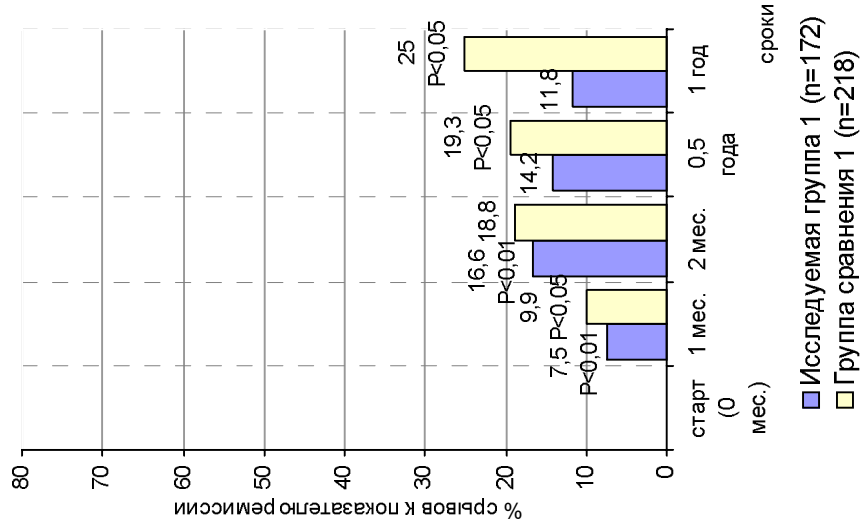


График 4 – IIII

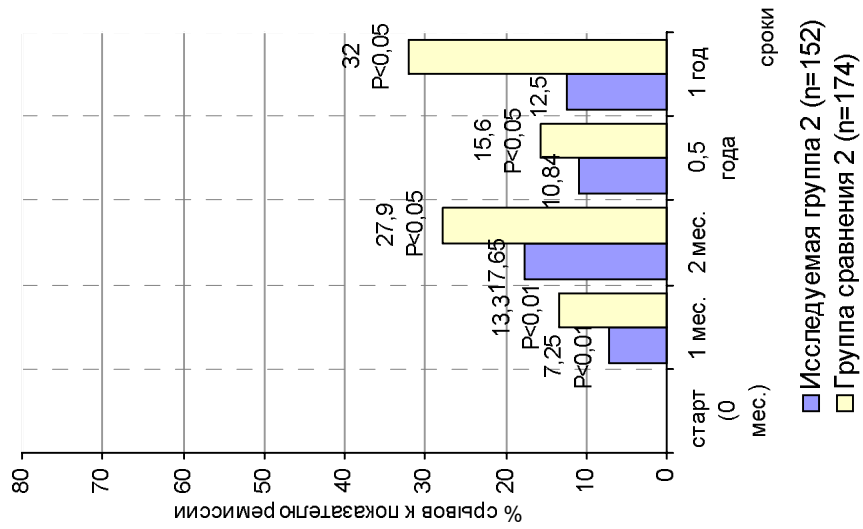


График 5 – IIII2

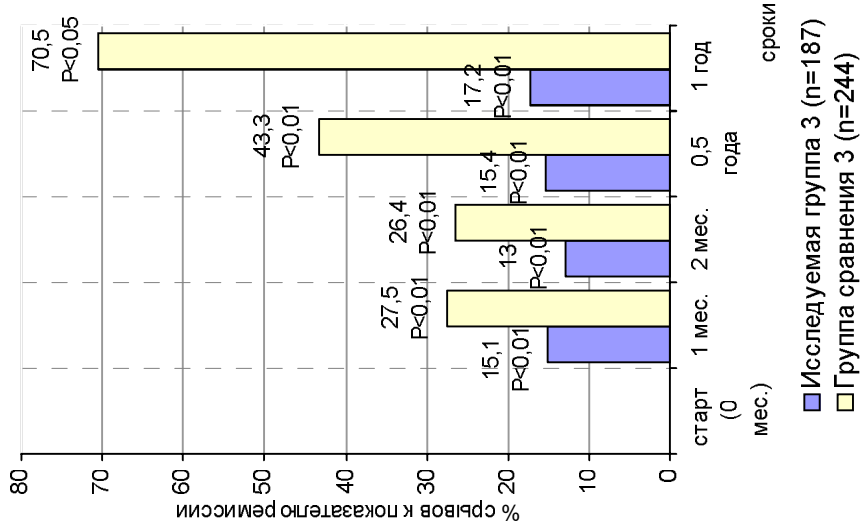


График 6 – IIII3

Таблица 1

Динамика представленности и выраженности в баллах основных психопатологических синдромов в экспериментальной группе 1 ($n = 172$)

| Синдромы | 0 мес. ($n=172$) | | 1 мес. ($n=159$) | | | 2 мес. ($n=144$) | | | 0,5 года ($n=112$) | | | 1 год ($n=59$) | | | | | | | | | | | | |
|---|-----------------------|-------|-----------------------|---|-------|-----------------------|------------------|-------|-------------------------|----------------|----------------|---------------------|---|------------------|------------------|-------|----------------|----------------|----------------|----------------|-------|-------|-------|-------|
| | % | баллы | C | P | C | C ₁₋₂ | P ₁₋₂ | баллы | C ₁ | P ₁ | C ₂ | P ₂ | % | C ₁₋₂ | P ₁₋₂ | баллы | C ₁ | P ₁ | C ₂ | P ₂ | | | | |
| 1. Синдром палогического влечения к ПАВ | 3 | 5,8% | 0,94 | 3 | 0,43 | 0,98 / 0,91 | - | 3 | - | - | - | - | 3 | 0,36 / 0,3 | - | - | - | - | - | - | - | | | |
| | 2 | 14,6% | 50,0 | 2 | 0,69 | 48,8 | 0,87 | 2 | 8,8% | 44,7 | 0,51 | 0,3 | 2 | 16,4 | 0,75 | 0,23 | 2 | 3,4% | 0,32 | 0,39 | <0,05 | | | |
| | 1 | 32,8% | 1,14 | 1 | 37,4% | - | 1,06 | 1 | 40,0% | - | 1,22 | <0,01 | - | 1 | <0,01 / <0,01 | - | 13,0% | <0,01 | <0,01 | <0,01 | <0,01 | <0,01 | | |
| 2. Постабстинентный синдром | 3 | - | 0,31 | 3 | - | - | - | 3 | - | - | - | - | 3 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | | |
| | 2 | 7,5% | 10,0 | 2 | - | - | - | 2 | - | - | - | - | 2 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | | |
| | 1 | 24,2% | <0,01 | 1 | 10,0% | 0,41 | - | 1 | - | - | - | - | 1 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | | |
| 3. Псевдоабстинентный синдром | 3 | - | - | 3 | - | - | - | 3 | - | - | - | - | 3 | 1,26 / 2 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | |
| | 2 | - | - | 2 | - | 26,3 | - | 2 | 10,3% | 31,6 | <0,01 | <0,01 | 2 | 16,9 | 0,66 | 0,4 | 2 | 8,4% | 0,53 / - | <0,05 | <0,01 | <0,01 | <0,01 | |
| | 1 | - | - | 1 | - | - | - | 1 | 16,0% | - | <0,01 / <0,01 | <0,01 | 1 | 8,5% | <0,01 | 0,8 | 1 | 8,5% | <0,01 | 0,8 | - | <0,01 | <0,01 | |
| 4. Астенческий синдром | 3 | - | 0,89 | 3 | - | - | 0,88 / 0,78 | 3 | - | - | - | - | 3 | 0,87 / 0,69 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | |
| | 2 | 12,2% | 28,8 | 2 | - | - | - | 2 | - | - | - | - | 2 | 8,4 | 0,79 | 0,17 | 2 | 2,1% | 0,87 / 0,69 | 0,17 | 0,17 | - | - | - |
| | 1 | 20,0% | 1,44 | 1 | 28,8% | 25,4 | 0,88 / 1,27 | 1 | 25,4% | 22,3 | <0,01 | <0,01 | 1 | 20,1% | 0,79 | 1,0 | 1 | 20,1% | <0,05 / <0,01 | 1,0 | 0,42 | 0,41 | 0,42 | <0,01 |
| 5. Депрессивный синдром | 3 | 18,1% | 0,79 | 3 | - | - | 1,13 / 0,90 | 3 | 5,9% | 58,2 | 0,32 | 0,62 | 3 | 0,85 / 0,77 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| | 2 | 20,2% | 51,2 | 2 | 12,1% | 51,2 | <0,01 | 2 | 12,6% | 49,4 | <0,01 | <0,01 | 2 | 9,4% | 0,74 | 0,46 | 2 | 9,4% | 0,74 | 0,46 | 0,89 | 0,41 | 0,89 | 0,41 |
| | 1 | 26,5% | 1,47 | 1 | 39,1% | 39,1 | 1,04 / 1,5 | 1 | 39,7% | 35,6 | 1,01 | 1,5 | 1 | 40,1% | 1,02 | 1,53 | 1 | 40,1% | 1,02 | 1,53 | 0,67 | 1,02 | 0,67 | 1,02 |

Продолжение таблицы 1

| Синдромы | 0 мес. (n=172) | | 1 мес. (n=159) | | 2 мес. (n=144) | | 0,5 года (n=112) | | 1 год (n=59) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|-------------------|-------|-------------------|------|-------------------|------------------|---------------------|------------|-----------------|----------------|-------|------------------|------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | % | баллы | C | P | баллы | C ₁₋₂ | P ₁₋₂ | баллы | C ₁ | P ₁ | баллы | C ₁₋₂ | P ₁₋₂ | C ₁ | P ₁ | C ₂ | P ₂ | | | | | | | | | |
| 6. Дисимпатический (тимопатический) синдром | 3 | 9,2% | 1,1 | 3 | 4,6% | 0,5 | 1,16/1,28 | 3 | 3,3% | 0,72 | 0,35 | 3 | 0,68/0,86 | - | - | - | - | | | | | | | | | |
| | 2 | 10,1% | 26,8 | 2 | 6,4% | 0,63 | 31,2 | 2 | 5,0% | 0,78 | 0,48 | 2 | 21,1 | 2 | 10,0% | 2,0 | 1,0 | 37,3 | 2 | 8,4% | 0,84 | 0,84 | | | | |
| | 1 | 5,0% | <0,01 | 3,16 | 1 | 15,8% | <0,01 | -/- | 1 | 22,9% | 1,45 | 4,6 | 1 | - | 0,48 | 2,22 | 2,6 | 5,73 | 1 | 28,9% | <0,01 | <0,01 | <0,01 | | | |
| 7. Психопатический синдром | 3 | - | 0,9 | 3 | - | - | 0,87/0,8 | 3 | - | - | - | 3 | 0,56/0,45 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | | |
| | 2 | 6,0% | 13,7 | 2 | 2,7% | 0,45 | 12,0 | 2 | - | - | - | 2 | 6,8 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | | |
| | 1 | 3,1% | <0,05 | 3,2 | 1 | 10,0% | <0,01 | -/- | 1 | 12,0% | 1,2 | 3,9 | 1 | - | 0,56 | 2,2 | 1,0 | 2,2 | 1 | 6,7% | <0,01 | <0,01 | <0,01 | <0,01 | | |
| 8. Психопатологический синдром | 3 | 5,4% | 0,98 | 3 | - | - | 0,81/0,79 | 3 | - | - | - | 3 | 0,57/0,46 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | | |
| | 2 | 18,1% | 40,0 | 2 | 9,8% | 0,54 | 32,4 | 2 | 6,7% | 0,68 | 0,37 | 2 | 18,6 | 2 | 5,2% | 0,77 | 0,28 | 2 | 6,7% | 1,28 | 0,37 | 1,0 | 2,2 | 1,28 | 0,37 | |
| | 1 | 17,1% | <0,01 | 1,8 | 1 | 31,2% | <0,01 | -/- | 1 | 25,7% | 0,82 | 1,5 | 1 | <0,05/0,01 | <0,01 | 0,52 | 0,78 | 0,88 | 0,69 | 11,9% | <0,01 | <0,01 | <0,01 | <0,01 | <0,01 | |
| 9. Психоорганический синдром | 3 | 4,3% | 0,94 | 3 | 2,7% | 0,64 | 0,86/0,81 | 3 | 2,5% | 0,92 | 0,58 | 3 | 0,93/0,75 | - | - | 0,84 | 0,48 | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| | 2 | 19,9% | 30,4 | 2 | 10,4% | 0,52 | 26,3 | 2 | 8,4% | 0,92 | 0,42 | 2 | 24,4 | 2 | 4,2% | 0,5 | 0,21 | 1,2 | 0,25 | 5,0% | 0,75 | 1,7 | 0,75 | 1,7 | 0,25 | |
| | 1 | 8,0% | <0,01 | 2,2 | 1 | 17,3% | <0,01 | -/- | 1 | 15,4% | 0,8 | 1,92 | 1 | - | 1,17 | 2,26 | 0,75 | 1,7 | 13,6% | <0,01 | <0,01 | <0,01 | <0,01 | <0,01 | <0,01 | |
| 10. Висцеропатический синдром | 3 | 7,1% | 0,89 | 3 | - | - | 0,80/0,71 | 3 | - | - | - | 3 | 0,92/0,66 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| | 2 | 35,3% | 62,4 | 2 | 22,4% | 0,64 | 50,2 | 2 | 20,5% | 0,91 | 0,58 | 2 | 46,4 | 2 | 12,4% | 0,6 | 0,34 | 0,69 | 0,23 | 8,4% | 0,69 | 0,23 | 0,69 | 0,23 | 0,69 | 0,23 |
| | 1 | 27,7% | <0,05 | 1,47 | 1 | 40,0% | <0,05 | <0,05/0,01 | 1 | 29,7% | 0,74 | 1,07 | 1 | - | 1,15 | 1,23 | 0,83 | 1,03 | 28,8% | <0,01 | <0,01 | <0,01 | <0,01 | <0,01 | <0,01 | <0,01 |

пы. Исключением здесь является показатель заключительного 5-го этапа – 16,4% (при соотношениях 0,36 при $P < 0,01$ – с предыдущим этапом; 0,3 при $P < 0,01$ – со стартовым показателем). Что свидетельствует о стойкости данного психопатологического феномена. Динамика оценки степени тяжести основных проявлений синдрома патологического влечения была сравнительно более интенсивной. Так, исчезновение тяжелых проявлений патологического влечения отмечалось уже к концу 1-го месяца реализации ППТ.

Полная редукция постабстинентного синдрома также отмечается в продолжение 1-го месяца активной фазы ППТ. При этом следует отметить отсутствие тяжелых степеней проявления данного синдрома. Что вполне естественно после полноценных курсов стационарного лечения.

Динамика постабстинентных проявлений была неравновесной на отслеживаемых этапах с 3-го по 5-й. Пик объемных значений данного состояния приходился на 4-й этап – через 0,5 года после завершения активной фазы ППТ (соотношение с объемными значениями предыдущего этапа – 1,26; соотношение объемных значений 5-го и 4-го этапов – 0,53). Эти закономерности прослеживаются и в соотношениях представленности средних и легких степеней тяжести постабстинентного синдрома (при наличии существенной и достоверной разницы по параметру средней степени тяжести). Интерпретация данных результатов заключается в том, что актуализация постабстинентного синдрома, как правило, связана с какой-либо психотравмирующей ситуацией, когда адаптационное напряжение нарастает до пиковых значений. Такого рода адаптационные кризисы чаще имеют место на 3-ем и 4-ом этапах, когда навыки стрессоустойчивости у резидентов реабилитационных программ еще не достаточно сформированы. В тоже время в активной фазе ППТ (на 3-ем исследовательском этапе) существуют возможности более эффективной профилактики и раннего вмешательства. Что и объясняет сравнительно менее интенсивную представленность данного синдрома на 3-ем этапе.

Что касается динамики астенического синдрома, то здесь отмечается последовательное снижение объемных показателей на каждом этапе, относительно более интенсивное – на заключительном 5-ом этапе (соотношение 0,37 к объемному показателю 4-го этапа). Особенности динамики представленности различных степеней тяжести данного синдрома, в целом, сопоставимы с динамикой постабстинентного и псевдоабстинентного синдрома. Динамика снижения объемных соотношений психопатического синдрома на 2-ом и 3-ем исследовательских этапах, до показателя 6,8% - на 4-ом этапе, является еще одним свидетельством в пользу того, что зависимые от опиоидов с относительно более тяжелыми, субкомпенсированными и декомпенсированными формами психопатических проявлений плохо удерживаются в рамках какого-либо терапевтического ре-

жима, в том числе и режима ППТ. Они гораздо более уязвимы для адаптационного кризиса первых двух месяцев, характерного для пациентов, завершивших курсы стационарной МСР.

Та же закономерность прослеживается и в отношении психопатоподобных проявлений, связанных с последствиями хронической интоксикации и сопутствующей коморбидной патологией. Объемные показатели психопатоподобного синдрома, как и показатели тяжести, последовательно снижаются на всех отслеживаемых этапах, за исключением 5-го. С достижением пика такого снижения от 3-го к 4-му этапу (соотношение 0,46 при $P < 0,05$).

Что касается динамики психоорганического и висцеропатического синдромов, то она заключается в последовательном и нерезком снижении как объемных показателей, так и тяжести проявлений на каждом последующем этапе, свидетельствующем о достаточной стойкости данных симптомокомплексов и возможностях полноценной компенсации лишь на отдаленных этапах общей реабилитационной программы.

Таким образом, полученные по настоящему фрагменту, результаты свидетельствуют о том, что наркотическая, в частности – опиоидная зависимость, является достаточно тяжелым и стойким психическим и поведенческим расстройством, для которого характерны массивные психопатологические проявления и на сравнительно отдаленных этапах (через 0,5 года и 1,0 год после завершения активного лечения – в условиях полной абстиненции).

Стержневыми и наиболее интенсивно представленными психопатологическими симптомокомплексами в период после завершения стационарной МСР среди зависимых от опиоидов, находящихся в состоянии ремиссии, являются: 1) аффективные синдромы (депрессивный и дистимический); 2) синдром патологического влечения; 3) висцеропатический синдром (связанный с общим повреждающим действием хронической интоксикации опиоидами). Данные синдромы должны представлять одну из главных терапевтических мишеней ППТ (патологический психический статус зависимых от опиоидов). Дифференцированная и активная терапия в отношении данной мишени должна проводиться, по крайней мере, в течение 1 года после завершения активной фазы ППТ.

Особого внимания требует период от 2-х до 4-х месяцев после завершения стационарной МСР – пик адаптационного кризиса зависимых от опиоидов, связанный с обострением депрессивных расстройств и манифестацией псевдоабстинентных состояний. Совокупность данных обстоятельств является главной причиной отсева пациентов из программы ППТ на 3-ем и 4-ом этапах.

На графиках 7-10 представлены сравнительные характеристики динамики основных психопатологических синдромов в 1-ой экспериментальной группе и группе сравнения 1 на этапах исследования со 2-го по 5-ый.

Сравнительные характеристики динамики основных психопатологических синдромов в экспериментальной группе I и группе сравнения I (ППТ1)

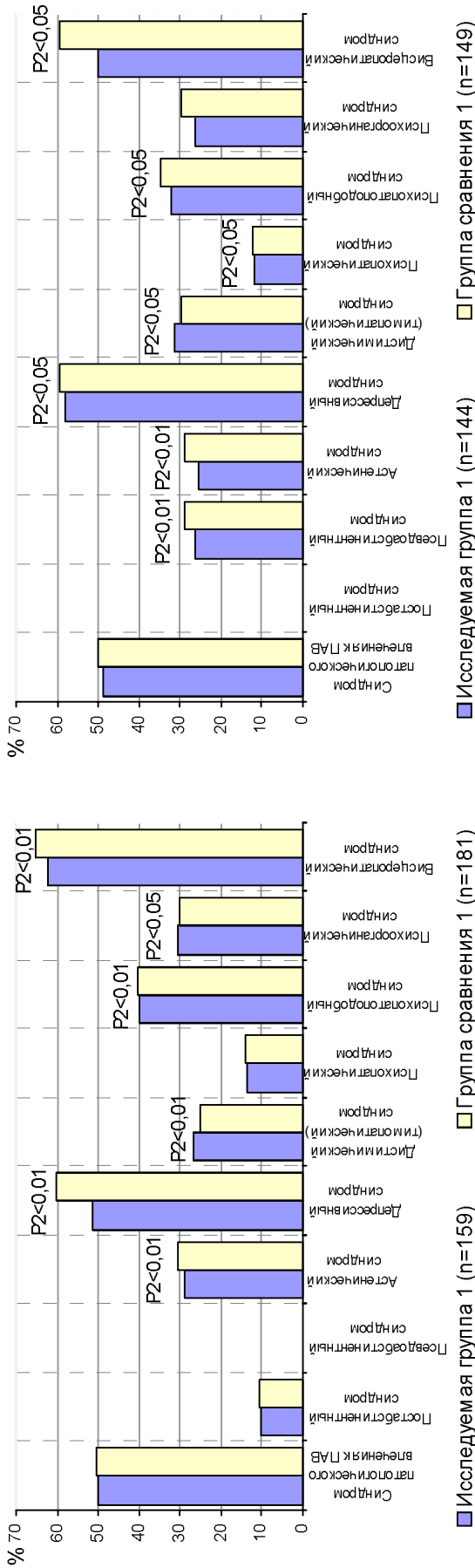


График 7 – 1 месяц после старта ППТ

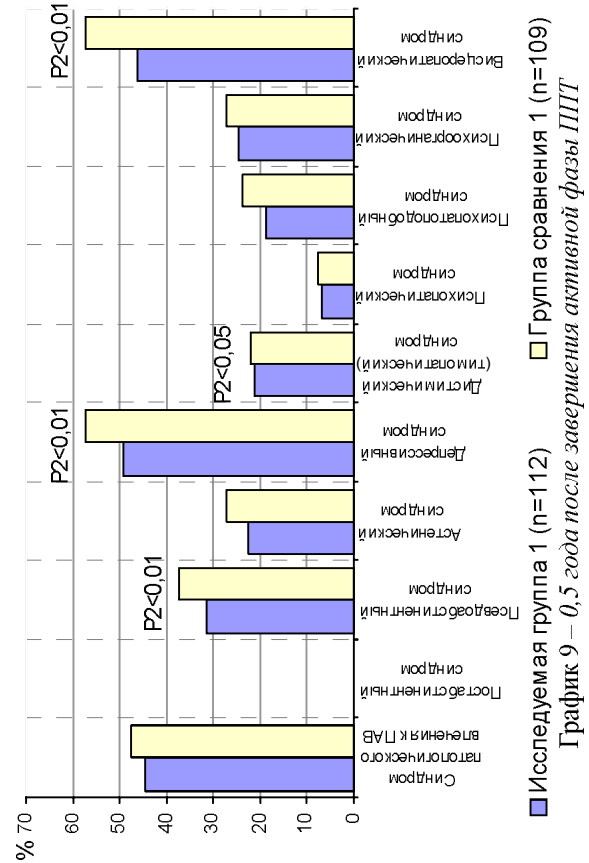


График 9 – 0,5 года после завершения активной фазы ППТ

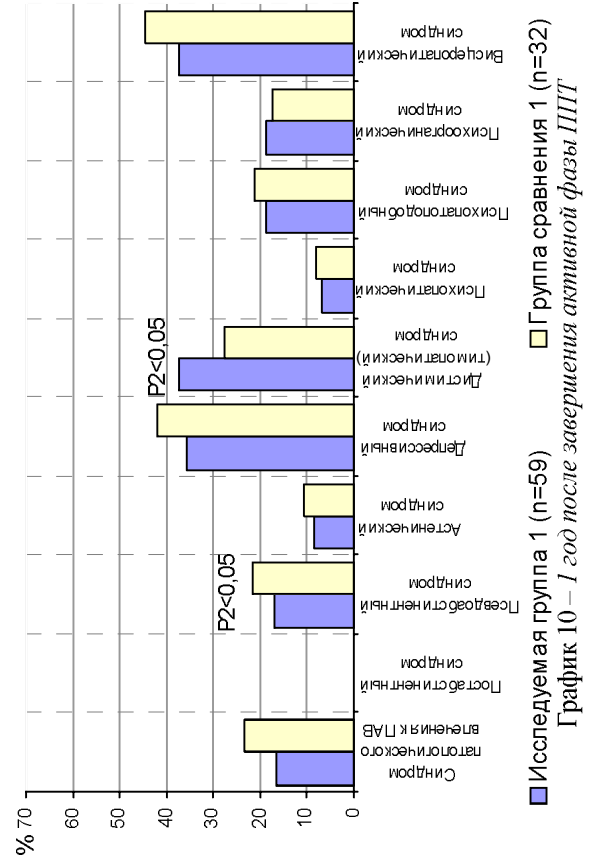
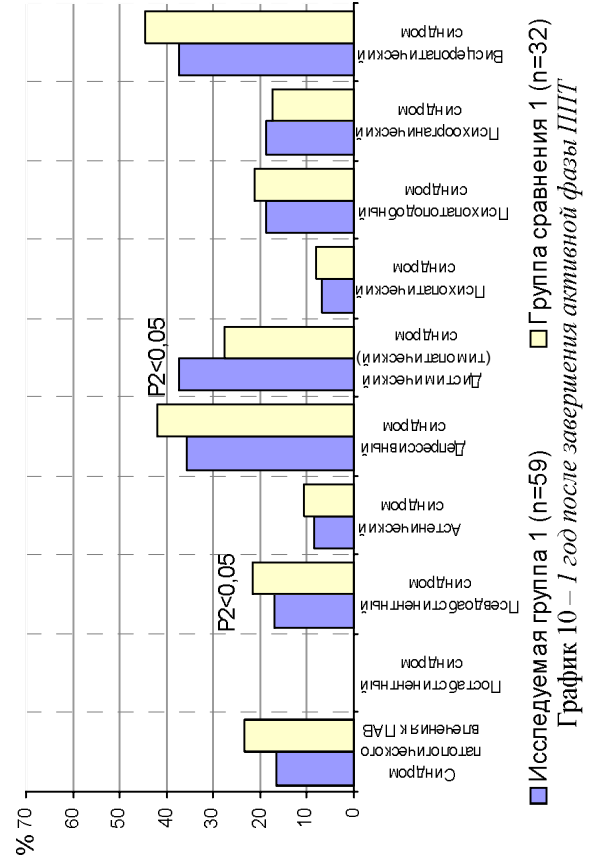


График 10 – 1 год после завершения активной фазы ППТ

График 8 – 2 месяца после старта ППТ



Из данных, приведенных на графиках 7-10, следует, что наиболее объемными и стойкими психопатологическими проявлениями в продолжение всего исследуемого периода являются синдромы патологического влечения; аффективные (депрессивный и дистимический), висцеропатический. При этом, при наличии достаточно отчетливых тенденций к уменьшению объемных показателей по абсолютному большинству отслеживаемых синдромов (за исключением дистимического) на каждом анализируемом этапе, необходимые критерии достоверных различий в пользу 1-ой экспериментальной группы были получены по параметрам оценки тяжести в баллах. Существенные и достоверные отличия по большинству анализируемых синдромов здесь чаще фиксировались на 2-ом и 3-ем этапах исследования. И реже – на 4-ом и 5-ом этапах, что связано с уменьшением количества пациентов в соответствующих каждому отслеживаемому синдрому микрогруппах.

В таблице 2 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 2, 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 редукции 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 пре-

емственность, 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 синдрома 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 неравномерная 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 пси-

Таблица 2

Динамика представленности и выраженности в баллах основных психопатологических синдромов в экспериментальной группе 2 (n = 152)

| Этапы | 0 мес. (n=152) | | 1 мес. (n=138) | | | 2 мес. (n=119) | | | 0,5 года (n=83) | | | 1 год (n=48) | | | | | | | | | | | | | |
|---|-------------------|-------|-------------------|---|-------|-------------------|----------------|----------------|--------------------|-------|----------------|-----------------|----------------|----------------|-------|----------------|----------------|----------------|----------------|---|------------------|-------------------------|---------------|-------|-------|
| | % | баллы | C | Р | баллы | C ₁ | P ₁ | C ₂ | Р ₂ | баллы | C ₁ | P ₁ | C ₂ | Р ₂ | баллы | C ₁ | P ₁ | C ₂ | Р ₂ | % | C _{1,2} | P _{1,2} | | | |
| 1. Синдром патологического влечения к ПАВ | 3 | 3,9% | 0,9 | - | 3 | - | - | - | - | 3 | - | - | - | - | 3 | - | - | - | - | - | - | 0,47/ 0,35 | 3 | - | |
| | 2 | 8,5% | | | 2 | 9,4% | 1,1 | 1,06 | 1,18 | - | 2 | 10,0% | 0,96 | 1,13 | - | 2 | 9,6% | 0,96 | 1,13 | - | 2 | 10,4% | 1,08 | 1,22 | - |
| | 1 | 46,3% | | | 1 | 45,7% | 0,99 | 0,94 | 0,93 | - | 1 | 42,9% | 0,81 | 0,75 | - | 1 | 34,9% | 0,81 | 0,75 | - | 1 | 10,4% | 0,30 | 0,22 | - |
| 2. Постабстинентный синдром | 3 | - | 0,29 | - | 3 | - | - | - | - | 3 | - | - | - | - | 3 | - | - | - | - | - | - | - | 3 | - | |
| | 2 | 9,8% | | | 2 | - | - | - | - | - | 2 | - | - | - | - | 2 | - | - | - | - | - | - | 2 | - | |
| | 1 | 23,0% | | | 1 | 9,4% | 0,41 | <0,01 | <0,01 | - | 1 | - | - | - | - | 1 | - | - | - | - | - | - | <0,01 | 1 | - |
| 3. Псевдоабстинентный синдром | 3 | - | - | - | 3 | - | - | - | - | 3 | - | - | - | - | 3 | - | - | - | - | - | - | 0,41/ - | 3 | - | |
| | 2 | - | | | 2 | - | - | - | - | - | 2 | 11,7% | 1,23 | - | - | 2 | 14,4% | 1,23 | - | - | - | 0,72 | 2 | 10,4% | |
| | 1 | - | | | 1 | - | - | <0,01 | <0,01 | - | 1 | 5,7% | <0,01 | <0,01 | - | 1 | 10,9% | 1,91 | - | - | - | - | <0,01 | 1 | - |
| 4. Астенческий синдром | 3 | - | 0,8 | - | 3 | - | - | - | - | 3 | - | - | - | - | 3 | - | - | - | - | - | - | <0,01/ 0,72/ 0,58 | 3 | - | |
| | 2 | 12,5% | | | 2 | 10,8% | 0,86 | 0,46 | 0,4 | - | 2 | 5,0% | 0,46 | 0,4 | - | 2 | - | - | - | - | - | - | 0,49/ 0,23 | 2 | - |
| | 1 | 24,3% | | | 1 | 18,5% | 0,76 | 0,88 | 0,67 | - | 1 | 16,2% | 0,88 | 0,67 | - | 1 | 16,8% | 1,04 | 0,69 | - | - | - | 0,49 | 1 | 8,3% |
| 5. Депрессивный синдром | 3 | 5,9% | 0,85 | - | 3 | 2,8% | 0,47 | - | - | 3 | - | - | - | - | 3 | - | - | - | - | - | - | 0,63/ 0,43 | 3 | - | |
| | 2 | 7,8% | | | 2 | 7,9% | 1,01 | 0,85 | 0,86 | - | 2 | 6,7% | 0,85 | 0,86 | - | 2 | 8,4% | 1,36 | 1,17 | - | - | - | 0,63/ 0,43 | 2 | - |
| | 1 | 44,3% | | | 1 | 39,4% | 0,89 | - | - | - | 1 | 35,3% | 0,9 | 0,8 | - | 1 | 30,6% | 0,87 | 0,69 | - | - | - | <0,01 | 1 | 25,0% |

Продолжение таблицы 2

| Этапы Синдромы | 0 мес. (n=152) | | 1 мес. (n=138) | | | 2 мес. (n=119) | | | 0,5 года (n=83) | | | 1 год (n=48) | | | | | |
|---|-------------------|-------|-------------------|---|-------|-------------------|----------------|----------------|--------------------|---|------------------|------------------|-------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| | % | баллы | C | Р | баллы | C ₁ | Р ₁ | C ₂ | Р ₂ | % | C ₁₋₂ | Р ₁₋₂ | баллы | C ₁ | Р ₁ | C ₂ | Р ₂ |
| 6. Дистимический (типопатический) синдром | 3 | 5,3% | 0,89 | - | 3 | 5,9% | 1,02 | 1,11 | - | 3 | 1,14/0,92 | - | 3 | - | - | - | - |
| | 2 | 10,5% | 24,4 | - | 2 | 5,9% | 1,02 | 0,56 | - | 2 | 25,3 | 1,02/0,57 | 6,0% | 1,73 | - | 0,99 | - |
| | 1 | 11,6% | - | - | 1 | 10,4% | 0,81 | 0,9 | - | 1 | 22,2 | - | 19,3% | 0,65 | - | 1,08 | - |
| 7. Психопатический синдром | 3 | 1,3% | 0,95 | - | 3 | 0,72% | 0,55 | 0,55 | - | 3 | 1,15/1,09 | 1,15/1,04 | 3 | - | - | - | - |
| | 2 | 2,6% | 8,7 | - | 2 | 1,45% | 0,56 | - | - | 2 | 10,0 | - | - | - | - | - | - |
| | 1 | 5,3% | - | - | 1 | 6,53% | 1,23 | 1,89 | - | 1 | 9,6 | - | 9,6% | 0,96 | - | 1,81 | - |
| 8. Психопатологический синдром | 3 | 2,6% | 0,74 | - | 3 | 1,4% | 0,54 | - | - | 3 | 0,9/0,46 | 0,9/0,46 | 3 | - | - | - | - |
| | 2 | 7,8% | 23,2 | - | 2 | 5,0% | 0,64 | 1,03 | - | 2 | 14,4 | - | 3,6% | 0,45 | - | 0,46 | - |
| | 1 | 21,1% | - | - | 1 | 16,8% | 0,8 | 0,38 | - | 1 | 8,3 | - | 10,8% | 1,35 | - | 0,51 | - |
| 9. Психохорганический синдром | 3 | 5,3% | 0,84 | - | 3 | - | - | - | - | 3 | 0,95/0,8 | 0,95/0,8 | 3 | - | - | - | - |
| | 2 | 10,5% | 28,3 | - | 2 | 8,7% | 0,83 | 0,71 | - | 2 | 26,5 | - | 7,2% | 0,96 | - | 0,69 | - |
| | 1 | 17,7% | - | - | 1 | 19,6% | 1,1 | 1,1 | - | 1 | 8,3 | - | 19,3% | 0,99 | - | 1,09 | - |
| 10. Висцеропатический синдром | 3 | 4,6% | 0,84 | - | 3 | 4,3% | 0,93 | 0,37 | - | 3 | 0,84/0,63 | 0,84/0,63 | 3 | - | - | - | - |
| | 2 | 17,8% | 40,5 | - | 2 | 11,6% | 0,65 | 0,47 | - | 2 | 30,1 | - | 7,2% | 0,86 | - | 0,4 | - |
| | 1 | 25,6% | - | - | 1 | 24,6% | 0,96 | 1,01 | - | 1 | 20,8 | - | 22,9% | 0,88 | - | 0,89 | - |

хопатическими 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.

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.

На графиках 11-14 представлены сравнительные характеристики динамики основных психопатологических синдромов во 2-ой экспериментальной группе и группе сравнения 2 на этапах исследования со 2-го по 5-ый.

Из данных, приведенных на графиках 11-14, следует, что наиболее объемными и стойкими психопатологическими проявлениями в продолжение всего исследуемого периода здесь, так же как и в предыдущем исследовательском фрагменте, выступают аффективные (депрессивный, дистимический) синдромы, синдром патологического влечения и висцеропатический синдром. При наличии тенденций к уменьшению объемных показателей каждого анализируемого синдрома на отслеживаемых этапах, необходимые критерии достоверности в пользу 2-ой экспериментальной группы были получены лишь по параметрам депрессивного и дистимического синдромов на 3-ем этапе – к моменту завершения активной фазы ППТ. По параметрам оценки тяжес-

ти в баллах достоверные и существенные различия в пользу 2-ой экспериментальной группы отслеживались по профилям псевдоабстинентного и депрессивного синдромов – на 3-ем этапе; псевдоабстинентного астенического и дистимического синдромов – на 4-ом этапе; псевдоабстинентного синдрома – на 5-ом этапе.

Следует отметить, что общая интенсивность психопатологических проявлений, как и динамика их редукции на основных отслеживаемых этапах, во 2-ой экспериментальной группе, по сравнению с аналогичными показателями 1-ой экспериментальной группы, имела тенденцию к снижению. Что объясняется естественным отсевом лиц с отягощенной психопатологией на предварительном этапе прохождения амбулаторной МСР.

В таблице 3 приведены данные о динамике основных психопатологических синдромов в 3-ей экспериментальной группе и группе сравнения 3 на отслеживаемых этапах.

Как видно из таблицы 3, наиболее интенсивно, по параметрам объемов и тяжести, основные психопатологические синдромы представлены на 1-ом и 2-ом отслеживаемых этапах. Что вполне естественно для данного контингента зависимых от опиоидов, не получивших курсы медико-социальной реабилитации. На первых двух этапах, в связи со сказанным, доминируют синдромы патологического влечения (объемные показатели – 94% и 90,6% соответственно) при существенной динамике снижения наиболее тяжелых проявлений ко 2-му этапу (от 30,1% к 5,7% при соотношении 0,19 и $P < 0,01$); постабстинентный синдром (объемные показатели – 93,6% и 82,7% соотношении 0,88, $P < 0,01$) при аналогичной динамике снижения тяжелых проявлений; астенический синдром (объемные показатели – 93,6% и 80,6% соответственно, соотношение 0,86, $P < 0,01$), при существенной и достоверной динамике снижения тяжелых проявлений (от 40,2% к 15,0%, соотношении 0,38, $P < 0,01$).

При анализе интенсивных показателей на всех отслеживаемых этапах, наиболее стабильной и объемной представляется аффективная патология (депрессивный и дистимический синдромы), синдром патологического влечения и висцеропатический синдром. Данные синдромы, являясь стержневыми для наркотической зависимости в целом, и для опиоидной зависимости в частности, представляют одну из основных мишеней ППТ - мишень патологического психического статуса.

Как видно из таблицы 3, объемные показатели по параметру депрессивного синдрома последовательно уменьшаются на каждом этапе, демонстрируя существенные и достоверные различия значений данных показателей на первых трех этапах. На 4-ом и 5-ом этапах, при соотношениях с показателями предыдущих этапов в 0,76 и 0,72 соответственно, в силу недостаточного числа резидентов должных критериев достоверности получено не было. В то же время

Сравнительные характеристики динамики основных психопатологических синдромов в экспериментальной группе 2 и группе сравнения 2 (ШПТ2)

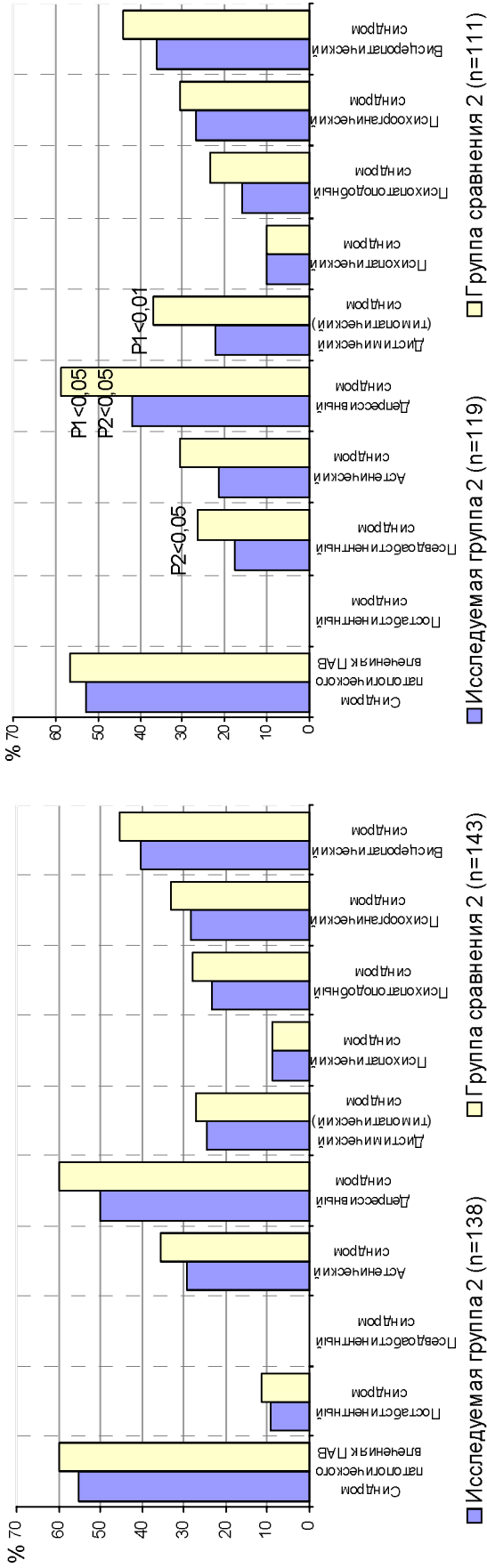


График 11 – 1 месяц после старта ШПТ

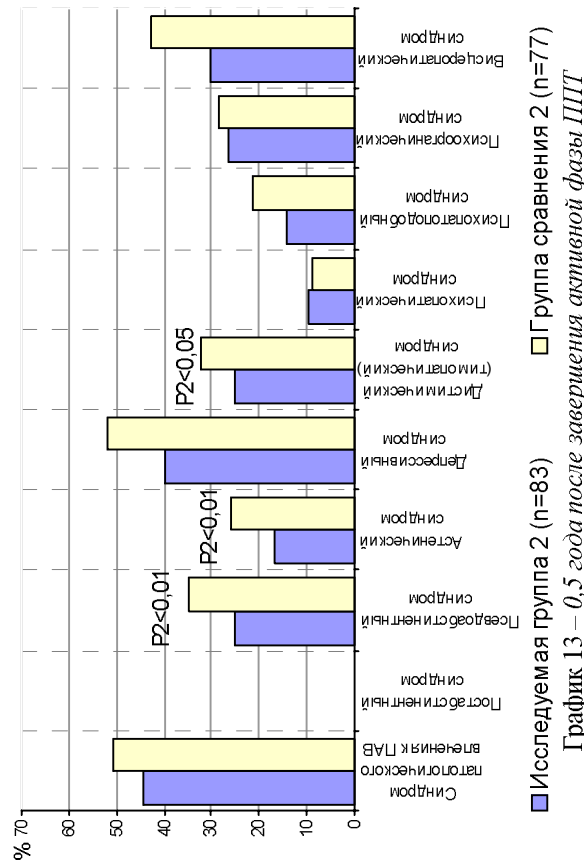


График 13 – 0,5 года после завершения активной фазы ШПТ

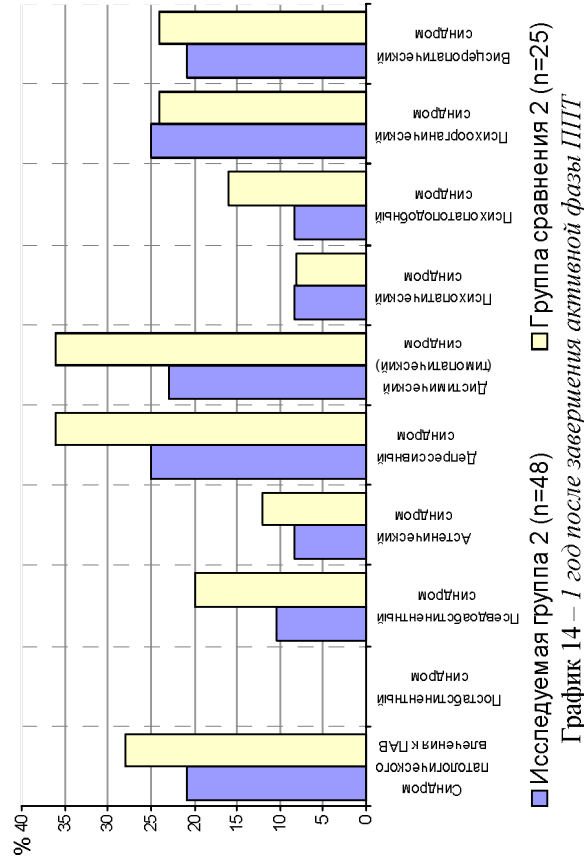


График 14 – 1 год после завершения активной фазы ШПТ

Таблица 3

Динамика представленности и выраженности в баллах основных психопатологических синдромов в экспериментальной группе 3 (n = 187)

| Синдромы | 0 мес. (n=187) | | 1 мес. (n=139) | | | | 2 мес. (n=107) | | | | 0,5 года (n=52) | | | | 1 год (n=29) | | | | | | | | | | |
|---|-------------------|---------|-------------------|---|---------|----------------|-------------------|----------------|----------------|---|--------------------|------------------|---------|----------------|-----------------|----------------|----------------|---|------------------|------------------|---------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| | % | баллы | C | P | баллы | C ₁ | P ₁ | C ₂ | P ₂ | % | C ₁₋₂ | P ₁₋₂ | баллы | C ₁ | P ₁ | C ₂ | P ₂ | % | C ₁₋₂ | P ₁₋₂ | баллы | C ₁ | P ₁ | C ₂ | P ₂ |
| 1. Синдром патологического влечения к ПАВ | 94,1 | 3 30,1% | 0,96 | | 3 5,7% | 0,19 | | 0,81 | 0,15 | | 0,69/0,67 | | 3 4,6% | 0,83/0,55 | | 0,83 | 0,13 | | 0,92/0,12 | | 3 3,6% | 0,92 | | 0,92 | 0,12 |
| | | 2 32,6% | | | 2 53,9% | 1,65 | | 0,28 | 0,46 | | | | 2 14,9% | | | 1,03 | 0,47 | | 0,67/0,32 | | 2 10,3% | 0,67 | | 0,67 | 0,32 |
| | | 1 31,4% | | | 1 31,0% | 0,99 | | 1,39 | 1,37 | | | | 1 43,1% | | | 0,76 | 1,04 | | 0,42/0,44 | | 1 13,7% | 0,42 | | 0,42 | 0,44 |
| 2. Поставленный синдром | 93,6 | 3 30,1% | 0,88 | | 3 5,7% | 0,19 | | | | | 0,45/0,4 | | 3 - | | | | | | | | 3 - | | | | |
| | | 2 26,2% | | | 2 44,6% | 1,7 | | 0,33 | 0,57 | | | | 2 14,9% | | | | | | | | 2 - | | | | |
| | | 1 37,3% | | | 1 32,4% | 0,87 | | 0,69 | 0,6 | | | | 1 22,5% | | | | | | | | 1 - | | | | |
| 3. Псевдобиполярный синдром | - | 3 - | | | 3 - | | | | | | | | 3 - | | | | | | | | 3 3,5% | | | | |
| | | 2 - | | | 2 - | | | | | | | | 2 - | | | | | | | | 2 10,2% | | | | |
| | | 1 - | | | 1 - | | | | | | | | 1 - | | | | | | | | 1 3,5% | | | | |
| 4. Астенический синдром | 93,6 | 3 40,2% | 0,86 | | 3 15,1% | 0,38 | | | | | 0,46/0,4 | | 3 - | | | | | | | | 3 - | | | | |
| | | 2 24,9% | | | 2 50,4% | 2,02 | | 0,24 | 0,49 | | | | 2 12,1% | | | 0,95 | 0,46 | | 0,51/0,15 | | 2 - | | | | |
| | | 1 28,5% | | | 1 15,1% | 0,53 | | 1,68 | 0,89 | | | | 1 25,3% | | | 0,61 | 0,54 | | | | 1 13,8% | | | | |
| 5. Депрессивный синдром | 88,7 | 3 34,6% | 0,87 | | 3 13,1% | 0,38 | | 0,56 | 0,21 | | 0,82/0,72 | | 3 7,4% | | | 0,78 | 0,17 | | 0,72/0,39 | | 3 3,5% | 0,6 | | 0,6 | 0,1 |
| | | 2 25,4% | | | 2 34,7% | 1,37 | | 0,27 | 0,37 | | | | 2 9,3% | | | 1,03 | 0,38 | | | | 2 10,3% | | | | |
| | | 1 28,7% | | | 1 9,8% | 1,04 | | 1,57 | 1,63 | | | | 1 46,8% | | | 0,7 | 1,14 | | | | 1 20,7% | | | | |

Продолжение таблицы 3

| Этапы | 0 мес. (n=187) | | 1 мес. (n=139) | | | 2 мес. (n=107) | | | 0,5 года (n=52) | | | 1 год (n=29) | | | | |
|---|-------------------|-------|-------------------|------|-------|-------------------|----------------|----------------|--------------------|----------------|----------------|-----------------|-------|----------------|----------------|----------------|
| | % | баллы | C | P | баллы | C ₁ | P ₁ | C ₂ | баллы | C ₁ | P ₁ | C ₂ | баллы | C ₁ | P ₁ | C ₂ |
| Синдромы | % | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 3 | 4,3% | 1,88 | | 3 | 5,7% | 1,63 | 2,16 | 3 | 9,3% | 1,03 | 2,23 | 3 | 10,4% | 1,08 | 2,42 |
| | 2 | 3,7% | 20,1 | 7,81 | | 2 | 28,9% | 5,05 | 2 | 7,6% | 0,41 | 2,05 | 2 | 10,3% | 1,36 | 2,78 |
| 6. Дистимический (типопатический) синдром | 1 | 2,7% | <0,05 | | 1 | 5,5% | 2,04 | <0,01 | 1 | 11,6% | 3,05 | 4,3 | 1 | 10,3% | 0,89 | 3,81 |
| | 3 | 6,8% | 0,5 | | 3 | 2,9% | 0,43 | | 3 | | | | 3 | | | |
| | 2 | 3,8% | 15,1 | 1,68 | | 2 | 6,4% | 1,24 | | 2 | 3,8% | 0,81 | 1,0 | 2 | | |
| 7. Психопатический синдром | 1 | 19,7% | <0,01 | | 1 | 5,8% | 0,29 | <0,01 | 1 | 5,6% | 0,97 | 0,28 | 1 | 3,9% | 0,7 | 0,2 |
| | 3 | 19,3% | 0,87 | | 3 | 5,8% | 0,3 | | 3 | 3,7% | 0,64 | 0,19 | 3 | | | |
| | 2 | 21,4% | 39,6 | 1,11 | | 2 | 23,7% | 0,47 | 2 | 11,2% | 0,47 | 0,52 | 2 | 7,6% | 0,68 | 0,36 |
| 8. Психопатологический синдром | 1 | 4,8% | | | 1 | 10,1% | 2,1 | | 1 | 17,4% | 1,72 | 3,63 | 1 | 17,4% | 1,0 | 3,63 |
| | 3 | 23,5% | 0,83 | | 3 | 5,8% | 0,25 | | 3 | 4,7% | 0,81 | 0,2 | 3 | | | |
| | 2 | 6,7% | 31,6 | 2,15 | | 2 | 14,4% | 1,48 | | 2 | 13,0% | 0,9 | 1,94 | 2 | 7,6% | 0,58 |
| 9. Психорганический синдром | 1 | 7,7% | | | 1 | 11,4% | 1,48 | | 1 | 12,2% | 1,07 | 1,58 | 1 | 15,6% | 1,28 | 2,03 |
| | 3 | 28,2% | 0,87 | | 3 | 15,1% | 0,54 | | 3 | 7,4% | 0,49 | 0,26 | 3 | 3,8% | 0,51 | 0,13 |
| | 2 | 33,2% | 77,0 | 1,34 | | 2 | 44,6% | 0,46 | 2 | 20,6% | 0,46 | 0,61 | 2 | 15,3% | 0,74 | 0,46 |
| 10. Висцеропатический синдром | 1 | 27,4% | <0,01 | | 1 | 17,3% | 0,63 | <0,05 | 1 | 25,3% | 1,46 | 0,92 | 1 | 25,1% | 0,99 | 0,92 |
| | 3 | 28,2% | 0,87 | | 3 | 15,1% | 0,54 | | 3 | 7,4% | 0,49 | 0,26 | 3 | 3,8% | 0,51 | 0,13 |
| | 2 | 33,2% | 77,0 | 1,34 | | 2 | 44,6% | 0,46 | 2 | 20,6% | 0,46 | 0,61 | 2 | 15,3% | 0,74 | 0,46 |

на каждом этапе, включая 4-й и 5-й этапы, получены достоверные различия со стартовым показателем. При этом следует иметь в виду, что объемный показатель депрессивного синдрома на заключительном 5-ом этапе – 34,5% был наиболее высоким среди всех анализируемых синдромов.

Аналогичная последовательная динамика снижения интенсивности анализируемых показателей отмечалась и при оценке тяжести депрессивного синдрома.

Динамика по профилю дистимического синдрома была обратной, т.е. имело место последовательное увеличение объемных показателей и показателей тяжести на отслеживаемых этапах. Что вполне закономерно с учетом обратной взаимозависимости депрессивного и дистимического синдромов.

Аналогичной (последовательное снижение анализируемых показателей интенсивности по объему и тяжести, с достоверными отличиями между этапами и показателями каждого этапа со стартовыми показателями) была динамика синдрома патологического влечения и астенического синдрома. Здесь так же не было достигнуто полной редукции психопатологических проявлений на заключительном этапе – по параметру синдрома патологического влечения конечный объемный показатель составил 27,6%; по параметру астенического синдрома – 13,8%.

Динамика постабстинентного и псевдоабстинентного синдрома демонстрировала закономерную тенденцию к преобладанию данных психопатологических образований. А так же – общую тенденцию к снижению интенсивности объемных показателей и показателей тяжести на каждом последующем этапе. Необходимые критерии достоверности здесь были получены по динамике постабстинентного синдрома.

Схожей была динамика психопатологического и психопатоподобного синдромов, при существенном превосходстве объемных показателей последнего. По этим двум позициям отмечалось последовательное снижение как объемных показателей, так и показателей тяжести на каждом этапе. Достоверные и существенные различия здесь прослеживались между объемными показателями на каждом этапе и стартовыми показателями.

Наименее интенсивной была динамика проявлений психоорганического синдрома. Лишь на втором этапе здесь отслеживалась динамика существенно и достоверно снижения показателей тяжести основных психопатологических проявлений. На других этапах, при тенденции к снижению объемных показателей и показателей тяжести, надлежащих критериев достоверности получено не было.

Что касается динамики висцеропатического – стержневого синдрома наркотической зависимости, то она повторяла закономерности динамики двух других стержневых синдромов – депрессивного и

патологического влечения. Т.е. наблюдалось последовательное снижение показателей объемов и тяжести, с наличием существенных и достоверных различий между отслеживаемыми этапами, показателями каждого этапа и стартовыми показателями.

Таким образом, следует констатировать факт наиболее интенсивной психопатологической отягощенности пациентов 3-ей экспериментальной группы, в сравнении с 1-ой и, особенно, 2-ой экспериментальными группами. При сходной структуре соотношения анализируемых психопатологических синдромов на 3-ем и 5-ом этапах.

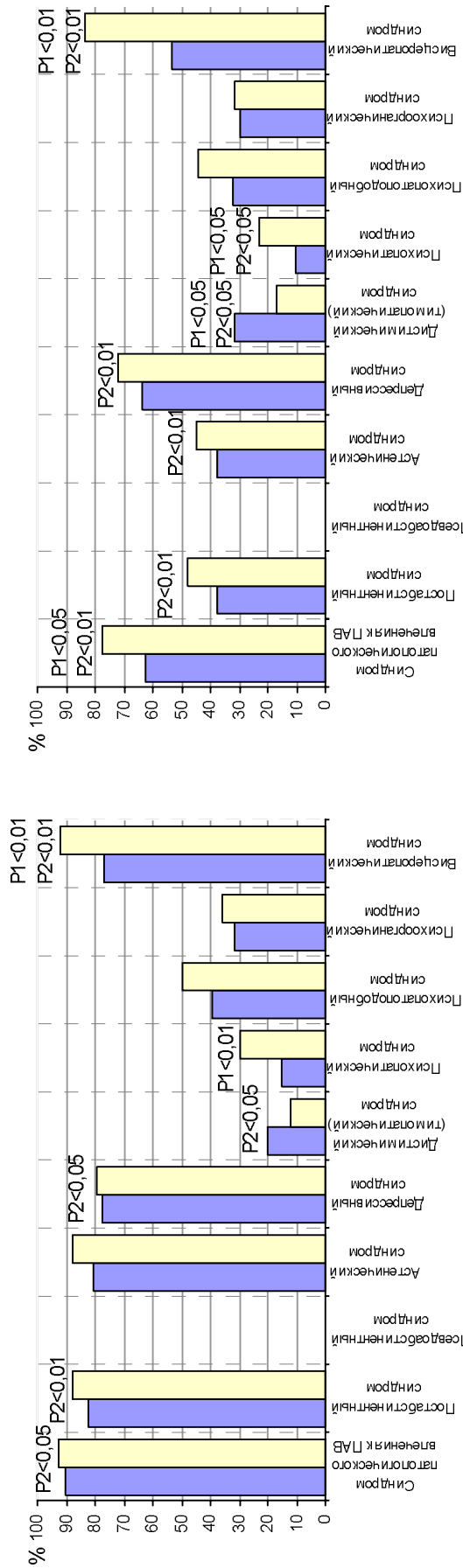
Полученные результаты однозначно свидетельствуют о недостаточности стандартных курсов в детоксикации, и необходимости активной и дифференцированной терапии (т.е. – работы с основной мишенью патологического психического статуса) в продолжение активной фазы ППТ и на протяжении, по крайней мере, 0,5 года именно с данным контингентом, не получавшим курсы амбулаторной и стационарной реабилитации.

На графиках 15-18 представлены сравнительные характеристики динамики основных психопатологических синдромов в 3-ей экспериментальной группе и группе сравнения 3 на этапах исследования со 2-го по 5-ый.

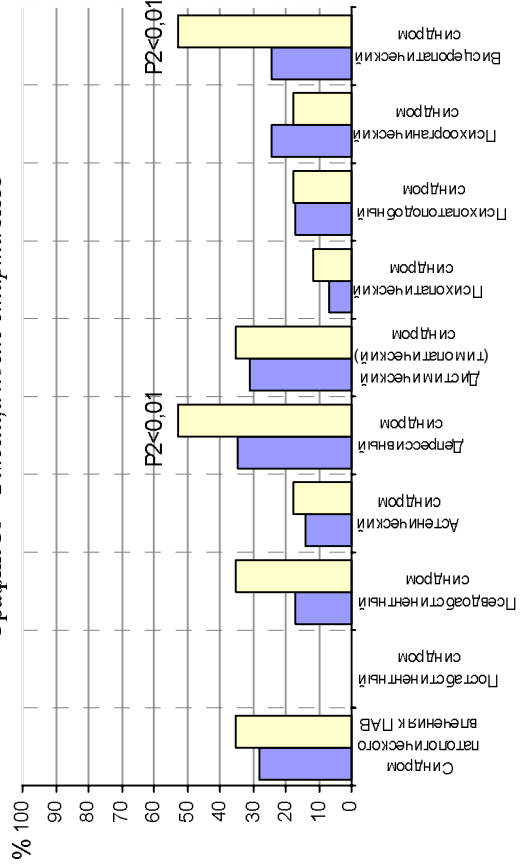
Как видно на графиках 15-18, общий уровень психопатологической отягощенности, особенно на первых этапах, существенно превышает аналогичные показатели по 1-ой и 2-ой экспериментальным группам. На последующих этапах общая структура основных психопатологических синдромов сопоставима с характеристиками 1-ой и 2-ой экспериментальных групп. Основными по объему здесь так же выступают синдромы патологического влечения, депрессивный и висцеропатический. В то же время существенные и достоверные различия по объемным показателям между 3-ей экспериментальной группой и соответствующей группой сравнения здесь встречаются значительно чаще, чем в первых двух фрагментах. Так, на 2-ом этапе достоверные различия объемных показателей в пользу 3-ей экспериментальной группы были установлены по профилям психопатического и висцеропатического синдромов. По параметрам тяжести в баллах, достоверные и существенные отличия на данном этапе прослеживались в отношении синдромов: патологического влечения, постабстинентного, депрессивного, дистимического, висцеропатического.

На 3-ем отслеживаемом этапе достоверные различия объемных показателей прослеживались по синдромам: патологического влечения, дистимическому, психопатическому и висцеропатическому. Достоверные различия по параметрам тяжести в баллах отмечались в отношении: синдрома патологического влечения, постабстинентного, астенического, депрессивного, дистимического, психопатического и висцеропатического синдромов.

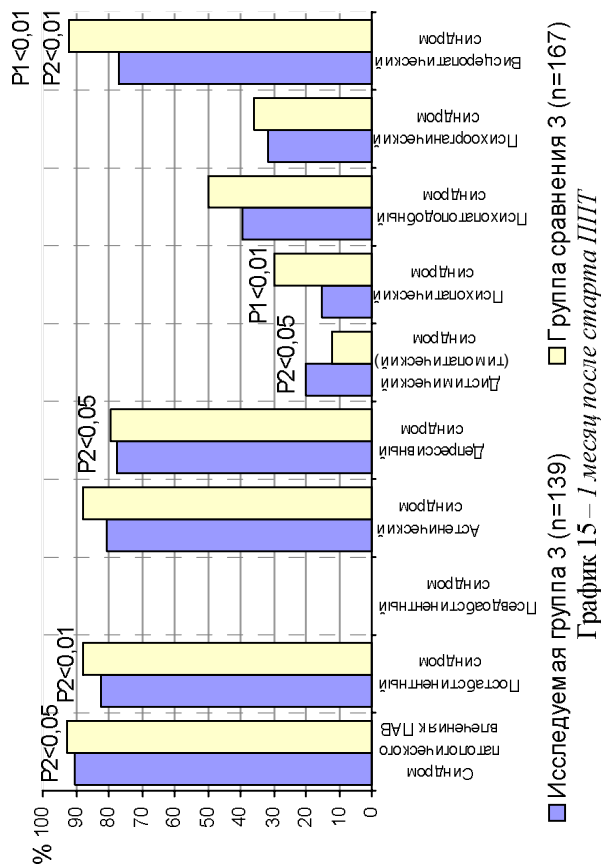
Сравнительные характеристики динамики основных психопатологических синдромов в экспериментальной группе 3 и группе сравнения 3 (ППТЗ)



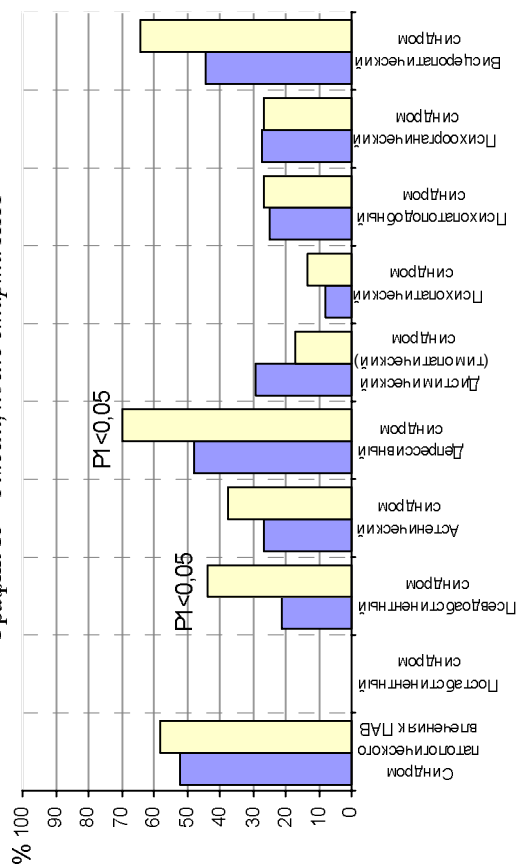
■ Исследуемая группа 3 (n=107) □ Группа сравнения 3 (n=121)
График 16 – 2 месяца после старта ППТЗ



■ Исследуемая группа 3 (n=29) □ Группа сравнения 3 (n=17)
График 18 – 1 год после завершения активной фазы ППТЗ



■ Исследуемая группа 3 (n=139) □ Группа сравнения 3 (n=167)
График 15 – 1 месяц после старта ППТЗ



■ Исследуемая группа 3 (n=52) □ Группа сравнения 3 (n=53)
График 17 – 0,5 года после завершения активной фазы ППТЗ

На заключительных – 4-ом и 5-ом этапах, при наличии тенденций к уменьшению объемных показателей и показателей тяжести проявлений основных психопатологических синдромов в 3-ей экспериментальной группе, необходимые критерии достоверности были получены лишь в отношении двух объемных показателей по 4-ому этапу (позиции псевдоабстинентного и депрессивного синдромов), а так же – двух показателей по степени тяжести (позиции депрессивного и висцеропатического синдромов). Что связано с незначительным количеством пациентов в соответствующих микрогруппах.

На графиках 19-20 представлена сравнительная характеристика динамики синдрома анозогнозии в экспериментальных группах 1-3 и соответствующих группах сравнения.

Как следует из графиков 19-21, существенные и достоверные отличия в пользу экспериментальных групп, прослеживались на каждом этапе со 2-го по 5-ый (за исключением сравниваемых показателей 2-го этапа в графике 21). При этом наиболее удовлетворительные-минимальные проявления анозогнозии на заключительных этапах – были достигнуты в 1-ой и 2-ой экспериментальной группах зависимых от опиоидов.

Результаты по исследованию динамики психологического и социального статуса зависимых от опиоидов, получающих противорецидивную и поддерживающую терапию, были следующими.

В таблице 4 приведены сравнительные характеристики динамики распределения по стадиям терапевтических изменений (в классификации Д. Прохазки, К. ДиКлементе) в экспериментальных группах и группах сравнения на основных этапах исследования.

Из приведенных в таблице 4 данных следует, что достоверные и существенные отличия в отношении перераспределения уровней мотивации - от наименее конструктивных к способствующим терапевтическим изменениям, - в пользу экспериментальных групп, прослеживаются, начиная со 2-го этапа. При этом, наиболее высокие итоговые уровни терапевтический мотивации отмечались в 1-ой экспериментальной группе. Однако, наибольшее число достоверных различий по стадиям терапевтических изменений на 4-ом и 5-ом этапах прослеживалось во 2-ой и 3-ей экспериментальных группах.

Следует отметить, что в 1-ой и 2-ой экспериментальных группах, начиная с 2-го и 3-го этапов, было достигнуто преобладание наиболее эффективных стадий терапевтической мотивации (стадий действий и сохранения достигнутых результатов), показывающее, что у резидентов программ ППТ₁₋₂, начиная с этого момента, относительно больше шансов на сохранение трезвости, чем на рецидив зависимости.

В таблице 5 приведены сравнительные характеристики динамики усредненных показателей психологической устойчивости по параметрам: 1) базис-

ных приобретений; 2) новообразований возраста; 3) социальных факторов в экспериментальных группах 1-3 и соответствующих группах сравнения на основных этапах исследования.

Как видно из данных, приведенных в таблице 5, достоверные и существенные различия в пользу экспериментальных групп 1-3, имеют место, в основном, на 2-4 этапах исследования. На 1-ом этапе отмечается лишь некоторое преимущество параметров новообразований и социальных факторов в 3-ей экспериментальной группе. На 5-ом этапе, при наличии отчетливых тенденций к преобладанию анализируемых показателей психологической устойчивости во всех 3-х экспериментальных группах, необходимые критерии достоверности были достигнуты по 2-м позициям (новообразования и социальные факторы) в 1-ой исследуемой группе, и по 1-ой позиции (социальные факторы) во 2-ой исследуемой группе.

В целом, следует отметить более высокий уровень стартовых показателей и более интенсивную терапевтическую динамику по всем анализируемым параметрам психологической устойчивости в 1-ой и 2-ой экспериментальных группах.

В таблице 6 приведены характеристики динамики соотношения показателей качества жизни и социального функционирования (КС) в экспериментальных группах 1-3 и соответствующих группах сравнения на основных этапах исследования.

Как видно из приведенных данных существенные и достоверные отличия в пользу всех 3-х экспериментальных групп отмечались на 3-м, 4-ом этапах в программах ППТ₁, 3-м-5-м этапах в программе ППТ₂, и на 2-ом -4-ом этапах в программе ППТ₃. При этом в 1-ой и 3-ей экспериментальных группах на 5-ом этапе отмечались существенное преобладание итоговых значений показателя КС, однако должных критериев достоверности получено не было.

Следует отметить относительно более высокие значения КС и восходящую терапевтическую динамику данного показателя на последнем 5-ом этапе во 2-ой экспериментальной группе. В то время, как в 1-ой и 3-ей экспериментальных группах динамика анализируемого показателя на последнем этапе была нисходящей.

В таблице 7 приведены характеристики динамики соотношения объективного и субъективного показателей качества жизни (КД) в экспериментальных группах и соответствующих группах сравнения на основных этапах исследования.

Из приведенных данных следует, что существенные и достоверные отличия в пользу 1-ой и 2-ой экспериментальной групп (оптимальные значения КД – от 0,9 до 1,1) прослеживается, начиная со 2-го этапа, и на всех последующих – для 1-ой экспериментальной группы; со 2-го по 4-ый – для 2-ой экспериментальной группы.

Динамика рассматриваемого показателя в 3-ей экспериментальной группе и соответствующей груп-

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

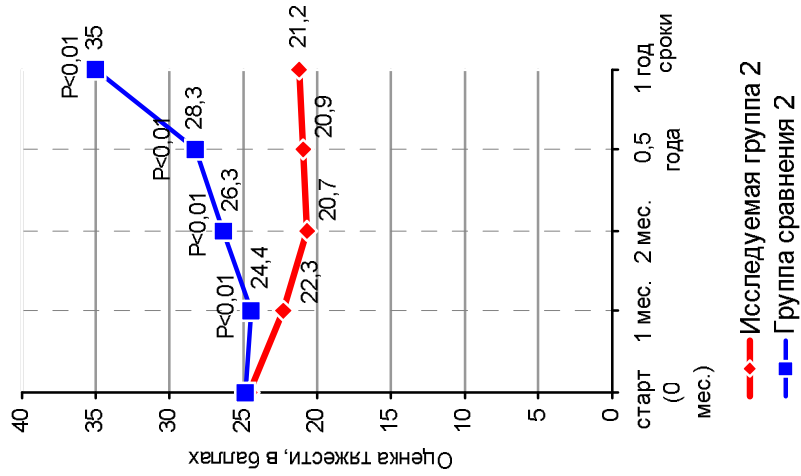


График 19 – IIII1

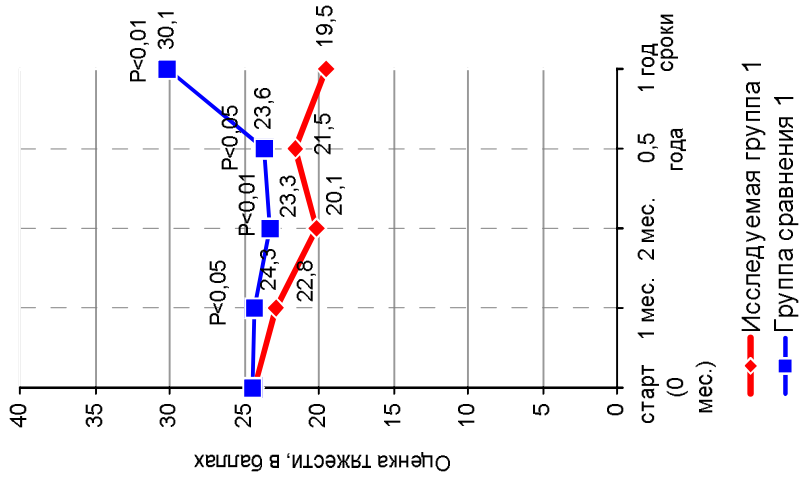


График 20 – IIII2

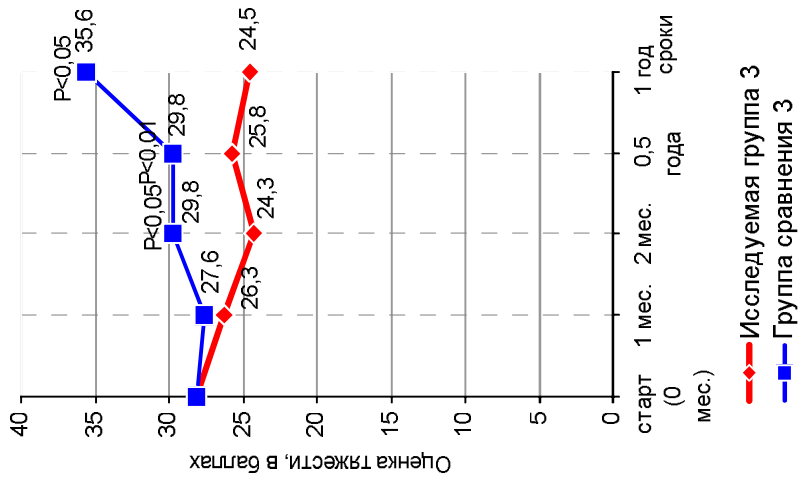


График 21 – IIII3

Таблица 4

Сравнительная характеристика динамики распределения по стадиям терапевтических изменений
(Д. Прохазки, К. Диклементе) в экспериментальных группах и группа сравнения

| Стадии Группы | 0 мес. | | | | 1 мес. | | | | 2 мес. | | | | 0,5 года | | | | 1 год | | | | |
|---|------------------|-------------|----------|-----------------------|------------------|-------------|----------|-----------------------|------------------|-------------|----------|-----------------------|------------------|-------------|----------|-----------------------|------------------|-------------|----------|-----------------------|-------|
| | Пред-размышления | Размышления | Действия | Сохранения результата | Пред-размышления | Размышления | Действия | Сохранения результата | Пред-размышления | Размышления | Действия | Сохранения результата | Пред-размышления | Размышления | Действия | Сохранения результата | Пред-размышления | Размышления | Действия | Сохранения результата | |
| Экспериментальная группа 1 (среднее значение) | 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 | 50,4 | 61,2 | 60,1 | 64,5 | |
| Группа сравнения 1 (среднее значение) | 66,0 | 40,1 | 56,1 | 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 | 61,5 | 51,1 | 55,3 | 60,4 | |
| Соотношение | 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 | 0,83 | 0,92 | 0,93 | |
| P | - | - | - | - | <0,05 | <0,05 | <0,05 | <0,05 | <0,01 | <0,05 | <0,05 | <0,01 | <0,05 | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Экспериментальная группа 2 (среднее значение) | 66,1 | 44,0 | 54,2 | 55,1 | 62,0 | 36,2 | 60,1 | 59,3 | 58,8 | 35,1 | 62,2 | 63,4 | 56,4 | 48,8 | 59,1 | 62,2 | 53,1 | 58,0 | 58,2 | 60,7 | |
| 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 | 36,0 | 48,2 | 47,9 | |
| 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 | 0,62 | 0,83 | 0,79 | |
| 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 | <0,0 | <0,01 | - | - | <0,05 |
| Экспериментальная группа 3 (среднее значение) | 88,1 | 36,1 | 48,2 | 47,6 | 70,4 | 38,5 | 37,7 | 48,2 | 65,3 | 46,8 | 52,0 | 54,0 | 68,1 | 34,5 | 49,9 | 52,2 | 70,5 | 29,2 | 48,1 | 49,5 | |
| Группа сравнения 3 (среднее значение) | 87,7 | 34,2 | 47,6 | 48,1 | 78,8 | 21,7 | 27,7 | 32,1 | 72,4 | 17,0 | 33,1 | 34,2 | 72,8 | 16,0 | 32,2 | 36,0 | 74,4 | 21,5 | 30,0 | 33,4 | |
| Соотношение | 0,99 | 0,95 | 0,99 | 1,01 | 1,12 | 0,56 | 0,73 | 0,66 | 1,1 | 0,36 | 0,64 | 0,63 | 1,07 | 0,46 | 0,64 | 0,69 | 1,05 | 0,72 | 0,62 | 0,67 | |
| P | - | - | - | - | <0,05 | <0,01 | <0,05 | <0,01 | <0,05 | <0,01 | <0,01 | <0,01 | <0,05 | <0,01 | <0,05 | <0,05 | - | - | <0,05 | <0,05 | |

Таблица 5

Сравнительная динамика усредненных показателей психологической устойчивости по параметрам: 1) Базисных приобретенный, 2) Новообразований, 3) Социальных факторов – в экспериментальных группах и группах сравнения

| Стадии Группы | 0 мес. | | | 1 мес. | | | 2 мес. | | | 0,5 года | | | 1 год | | |
|--|-----------------------------|----------------------|-----------------------|-----------------------------|----------------------|-----------------------|-----------------------------|----------------------|-----------------------|-----------------------------|----------------------|-----------------------|-----------------------------|----------------------|-----------------------|
| | Базисные при- обретенные | Новообразова- ния | Социальные факторы | Базисные при- обретенные | Новообразова- ния | Социальные факторы | Базисные при- обретенные | Новообразова- ния | Социальные факторы | Базисные при- обретенные | Новообразова- ния | Социальные факторы | Базисные при- обретенные | Новообразова- ния | Социальные факторы |
| Эксперимен- тальная группа 1 (среднее зна- чение) | 5,6 | 5,85 | 4,3 | 5,8 | 6,23 | 4,5 | 6,06 | 6,86 | 5,75 | 6,44 | 7,18 | 6,75 | 6,97 | 7,3 | 7,1 |
| Группа срав- нения 1 (сред- нее значение) | 5,8 | 5,84 | 4,4 | 5,7 | 5,8 | 4,0 | 5,6 | 5,7 | 4,2 | 5,45 | 5,55 | 4,2 | 5,2 | 5,4 | 4,25 |
| Соотноше- ние | 1,0 | 1,0 | 1,02 | 0,99 | 0,93 | 0,88 | 0,92 | 0,83 | 0,73 | 0,85 | 0,77 | 0,62 | 0,75 | 0,74 | 0,59 |
| Р | - | - | - | - | <0,01 | <0,05 | <0,05 | <0,05 | <0,01 | <0,05 | <0,01 | <0,01 | - | <0,05 | <0,01 |
| Эксперимен- тальная группа 2 (среднее зна- чение) | 5,8 | 5,9 | 4,7 | 5,8 | 6,3 | 5,4 | 6,06 | 7,0 | 6,05 | 6,44 | 7,21 | 6,55 | 6,97 | 7,35 | 7,6 |
| Группа срав- нения 2 (сред- нее значение) | 5,8 | 5,9 | 4,72 | 5,7 | 5,85 | 4,5 | 5,6 | 5,7 | 4,22 | 5,45 | 5,7 | 4,2 | 5,1 | 5,45 | 4,3 |
| Соотноше- ние | 1,0 | 1,0 | 1,0 | 0,98 | 0,93 | 0,88 | 0,92 | 0,81 | 0,7 | 0,85 | 0,8 | 0,64 | 0,73 | 0,74 | 0,56 |
| Р | - | - | - | - | <0,05 | <0,05 | <0,05 | <0,05 | <0,01 | <0,05 | <0,05 | <0,01 | - | - | <0,05 |
| Эксперимен- тальная группа 3 (среднее зна- чение) | 4,6 | 5,0 | 3,3 | 4,92 | 5,28 | 3,85 | 5,62 | 5,9 | 4,65 | 5,72 | 5,73 | 4,05 | 5,6 | 5,7 | 4,15 |
| Группа срав- нения 3 (сред- нее значение) | 4,65 | 4,7 | 3,1 | 4,7 | 4,85 | 3,3 | 4,7 | 4,8 | 3,45 | 4,6 | 4,65 | 3,4 | 4,2 | 4,3 | 3,4 |
| Соотноше- ние | 1,01 | 0,94 | 0,94 | 0,95 | 0,92 | 0,85 | 0,84 | 0,81 | 0,74 | 0,8 | 0,81 | 0,84 | 0,75 | 0,75 | 0,82 |
| Р | - | <0,05 | <0,05 | <0,05 | <0,01 | <0,01 | <0,01 | <0,01 | <0,01 | <0,01 | <0,01 | <0,05 | - | - | - |

Таблица 6

Характеристика динамики коэффициента соотношения (КС) в экспериментальных группах и группах сравнения

| Сроки Группы | 0 мес. | | 1 мес. | | 2 мес. | | 0,5 года | | 1 год | | |
|----------------------------|--------|-------------|--------|-------------|--------|-------------|----------|-------------|-------|-------------|-------|
| | Абс. | Соотношение | Абс. | Соотношение | Абс. | Соотношение | Абс. | Соотношение | Абс. | Соотношение | |
| Экспериментальная группа 1 | 0,6 | 1,0 | 0,7 | 1,16 | 0,6 | 1,16 | 0,6 | 1,0 | 0,5 | 0,83 | |
| Группа сравнения 1 | 0,6 | 1,0 | 0,5 | 0,83 | 0,5 | 0,83 | 0,5 | 1,0 | 0,4 | 0,83 | |
| Соотношение | 1,0 | 1,0 | 0,71 | 0,83 | 0,83 | 0,83 | 0,83 | 0,83 | 0,8 | 0,67 | |
| Экспериментальная группа 2 | 0,71 | 1,01 | 0,75 | 1,04 | 0,7 | 1,06 | 0,7 | 1,03 | 0,75 | 1,07 | |
| Группа сравнения 2 | 0,72 | 0,97 | 0,6 | 0,86 | 0,6 | 0,83 | 0,6 | 1,0 | 0,5 | 0,83 | |
| Соотношение | 1,01 | 0,97 | 0,8 | 0,83 | 0,86 | 0,83 | 0,86 | 0,83 | 0,66 | 0,69 | |
| Экспериментальная группа 3 | 0,51 | 0,92 | 0,47 | 1,17 | 0,55 | 1,08 | 0,55 | 1,0 | 0,5 | 0,9 | |
| Группа сравнения 3 | 0,51 | 0,78 | 0,36 | 0,9 | 0,3 | 0,71 | 0,3 | 0,85 | 0,3 | 1 | |
| Соотношение | 1,0 | 0,85 | 0,65 | 0,71 | 0,54 | 0,59 | 0,54 | 0,59 | 0,6 | 0,59 | |
| Р | - | <0,01 | <0,01 | <0,01 | <0,01 | <0,01 | <0,01 | <0,01 | <0,01 | <0,01 | <0,01 |

Таблица 7

Характеристика динамики коэффициента диссоциации (КД) в экспериментальных группах и группах сравнения

| Сроки Группы | 0 мес. | | | 1 мес. | | | 2 мес. | | | 0,5 года | | | 1 год | | |
|---------------------------------|--------|------------------|-------|--------|------------------|-------|--------|------------------|-------|----------|------------------|-------|-------|------------------|---|
| | Абс. | Соотно- шение | P | Абс. | Соотно- шение | P | Абс. | Соотно- шение | P | Абс. | Соотно- шение | P | Абс. | Соотно- шение | P |
| Эксперименталь- ная группа 1 | 1,4 | 0,93 | <0,05 | 1,3 | 0,92 | <0,05 | 1,2 | 0,92 | <0,05 | 1,3 | 1,08 | <0,05 | 1,3 | 1,0 | - |
| Группа сравнения 1 | 1,4 | 1,03 | - | 1,45 | 1,19 | <0,01 | 1,6 | 1,14 | <0,01 | 1,4 | 1,0 | - | 1,6 | 1,14 | - |
| Соотношение | 1 | 1,11 | | 1,33 | 1,14 | <0,01 | 1,33 | 1,14 | <0,01 | 1,08 | 1,0 | - | 1,23 | 1,14 | - |
| Р | - | <0,01 | | <0,01 | <0,01 | | <0,01 | <0,01 | | <0,05 | <0,01 | | <0,01 | <0,01 | |
| Эксперименталь- ная группа 2 | 1,3 | 0,96 | - | 1,25 | 0,96 | - | 1,2 | 0,92 | <0,05 | 1,1 | 0,92 | <0,05 | 1,1 | 1,0 | - |
| Группа сравнения 2 | 1,3 | 1,08 | <0,05 | 1,4 | 1,0 | - | 1,4 | 1,08 | <0,05 | 1,2 | 0,86 | <0,01 | 1,25 | 1,04 | - |
| Соотношение | 1,0 | 1,12 | | 1,17 | 1,08 | <0,05 | 1,17 | 1,08 | <0,05 | 1,09 | 0,92 | <0,05 | 1,14 | 0,96 | - |
| Р | - | <0,01 | | <0,01 | <0,01 | | <0,01 | <0,01 | | <0,05 | <0,01 | | <0,05 | <0,01 | |
| Эксперименталь- ная группа 3 | 1,5 | 0,93 | <0,05 | 1,4 | 0,93 | <0,05 | 1,3 | 0,86 | <0,01 | 1,4 | 0,93 | - | 1,4 | 1,0 | - |
| Группа сравнения 3 | 1,4 | 0,86 | <0,01 | 1,2 | 1,08 | <0,05 | 1,3 | 0,93 | <0,05 | 1,3 | 1,0 | - | 1,27 | 0,98 | - |
| Соотношение | 0,93 | 0,85 | | 1,0 | 0,93 | <0,05 | 1,0 | 0,93 | <0,05 | 0,93 | 0,93 | | 1,21 | 0,91 | |
| Р | <0,05 | <0,01 | | <0,01 | <0,01 | | <0,01 | <0,01 | | <0,05 | <0,05 | | <0,05 | <0,05 | |

пе сравнения отражала факт достаточно высокой оценки собственных возможностей и ресурсов ближайшего окружения у лиц, отказывающихся от полноценной амбулаторной и стационарной МСР. При этом, менее адекватными в этом плане на первых двух этапах выглядят пациенты группы сравнения 3.

Далее, следует отметить наиболее устойчивую терапевтическую динамику показателя КД до границы его оптимальных значений во 2-ой экспериментальной группе.

На рисунке 1 приведены расчеты экономической эффективности экспериментальных моделей ППТ₁₋₃.

| | |
|--|--|
| $ЭПэф.стац. = \frac{2004 * (14,6\%) * 999925}{102671,2 * 2004} = 1,42$ | $ЭПэф.ППТ_1 = \frac{2004 * (34,3\%) * 999925}{102671,2 * 2004} = 3,34$ |
| $ЭПэф_1 = ЭПэф.ППТ_1 - ЭПэф.стац. = 1,92$ | $АСП_1 = 2004 * 102671,2 * 1,92 = 3950451533 \text{ тенге}$ |
| $ЭПэф.амб. = \frac{2004 * (14,3\%) * 999925}{63656,3 * 2004} = 2,25$ | $ЭПэф.ППТ_2 = \frac{2004 * (31,6\%) * 999925}{63656,3 * 2004} = 4,96$ |
| $ЭПэф_2 = ЭПэф.ППТ_2 - ЭПэф.амб. = 2,71$ | $АСП_2 = 2004 * 63656,3 * 2,71 = 345707180,3 \text{ тенге}$ |
| $ЭПэф.детокс = \frac{2672 * (7,0\%) * 999925}{38091 * 2672} = 1,84$ | $ЭПэф.ППТ_3 = \frac{2672 * (15,5\%) * 999925}{38091 * 2672} = 4,07$ |
| $ЭПэф_3 = ЭПэф.ППТ_3 - ЭПэф.детокс = 2,23$ | $АСП_3 = 2672 * 38091 * 2,23 = 226967509,0 \text{ тенге}$ |
| $АСП_{общ.} = АСП_1 + АСП_2 + АСП_3 = 967719842,5 \text{ тенге}$ | |
| ЭПэф. - экономический показатель эффективности | |
| АСП - абсолютная стоимость пользы от внедрения новой модели АМСР. | |

Рисунок 1 - Расчеты экономической эффективности экспериментальной программы амбулаторной МСР зависимых от опиоидов

Из приведенных данных следует, что наиболее высокий показатель экономической эффективности был достигнут во 2-ой экспериментальной группе зависимых от опиоидов после прохождения амбулаторной МСР. В то же время по объему абсолютной стоимости пользы лидирует модель ППТ₁.

Общий экономический эффект от внедрения ППТ в планируемых масштабах будет составлять сумму в 947719984,2 тенге, что сопоставимо с бюджетом наркологической службы Казахстана.

Выводы

1. Существенными и значимыми особенностями становления ремиссии у зависимых от опиоидов, получающих противорецидивную и поддерживающую терапию (экспериментальные программы ППТ₁; ППТ₂; ППТ₃), являются:

- увеличение объемных показателей продолжительности ремиссии до 1 года более чем в 2 раза;
- уменьшение частоты срывов по 1-ой и 2-ой экспериментальным группам (ППТ₁; ППТ₂) более чем в 2 раза, по 3-ей экспериментальной группе (ППТ₃) – более чем в 4 раза;
- существенное уменьшение частоты рецидивов в продолжении активной фазы ППТ и на отдаленных этапах становления ремиссии;
- относительно менее благоприятная динамика показателей формирования ремиссии в 3-

ей экспериментальной группе зависимых от опиоидов после прохождения стандартных курсов детоксикации, чем в 1-ой и 2-ой экспериментальных группах.

2. Особенности динамики интенсивности (показатели объема и тяжести) проявлений основных психопатологических синдромов у зависимых от опиоидов в ходе прохождения экспериментальных программ ППТ₁₋₃ являются:

- наличие тенденций и достоверных критериев уменьшения объемных показателей представленности наиболее типичных психопатологических синдромов на основных этапах исследования;
- наличие существенной и достоверно более благоприятной динамики снижения степени тяжести проявлений стержневых психопатологических синдромов (патологического влечения к ПАВ; постабстинентного; псевдоабстинентного; депрессивного; астенического; висцеропатического) на основных отслеживаемых этапах;
- наличие существенно более интенсивной (показатели объема и тяжести) психопатологической отягощенности у зависимых от опиоидов после прохождения стандартной детоксикации (ППТ₃) и сравнительно менее интенсивной психопатологической отягощенности у пациентов после прохождения амбулаторной МСР (ППТ₂);

3. Особенности динамики проявлений синдрома анозогнозии является достоверная и существенно более интенсивная редукция признаков анозогнозии у зависимых от опиоидов, получавших противорецидивную и поддерживающую терапию, с достижением наиболее значимых результатов в 1-ой экспериментальной группе (ППТ1);

4. Существенными и значимыми особенностями динамики клинико-психологических характеристик у зависимых от опиоидов, получавших противорецидивную и поддерживающую терапию (ППТ1-3) являются следующие:

- достоверно более интенсивное и благоприятное перераспределение по стадиям терапевтических изменений (классификация Д. Прохазка, К. ДиКлементе), с преобладанием конструктивной терапевтической мотивации у пациентов 1-ой и 2-ой экспериментальных групп с момента завершения активной фазы ППТ;
- достоверно более интенсивная динамика формирования уровней психологической устойчивости по параметрам: 1) базисных приобретений; 2) новообразований возраста; 3) социальных факторов, с достижением существенно более высоких среднесрочных результатов (период 0,5 года и 1,0 год после завершения активной фазы ППТ) по данному профилю в 1-ой и 2-ой экспериментальных группах;
- достоверно более интенсивная и благоприятная динамика повышения и нормализации показателей качества жизни, социального функционирования, соотношения субъективных и объективных оценок данных параметров, с достижением существенно более высоких результатов в 1-ой и 2-ой экспериментальных группах (ППТ1, ППТ2).

5. Противорецидивная и поддерживающая терапия зависимых от опиоидов, в общей сложности, более чем в 2 раза повышает экономическую эффективность наркологической помощи, оказываемой данному контингенту больных.

6. По основным критериям клинической, клинико-психологической, социальной и экономической

эффективности все три экспериментальные модели ППТ демонстрируют высокий уровень результатов, что является основанием для широкомасштабного внедрения данных программ в систему наркологической помощи РК.

Практические рекомендации

1. В соответствии с основными характеристиками экспериментальных моделей ППТ_{1,3} должны быть разработаны и утверждены три группы клинико-диагностических протоколов противорецидивной и поддерживающей терапии зависимых от опиоидов: 1) после завершения стационарной МСР; 2) после завершения амбулаторной МСР; 3) после прохождения стандартных курсов детоксикации.

2. В соответствии с основными компонентами ППТ_{1,3} должны быть разработаны и утверждены организационные стандарты наркологической помощи зависимым от опиоидов на этапе противорецидивной и поддерживающей терапии.

3. Технологическое содержание ППТ_{1,3}, в плане особенностей: 1) поддерживающей фармакотерапии; 2) реализации психотерапевтического, консультативного, тренингового компонентов; 3) наркологического консультирования зависимых и значимых других лиц в ближайшем окружении (созависимых) – должно быть представлено в стандартах дополнительного образования специалистов наркологического профиля – врачей-наркологов, психотерапевтов, психологов, социальных работников и специалистов по социальной работе.

4. Необходимо предусмотреть включение компонентов противорецидивной и поддерживающей терапии в содержание заключительных этапов программ амбулаторной и стационарной МСР зависимых от опиоидов.

5. В структуру каждой из утвержденных в настоящее время форм наркологической помощи необходимо ввести фрагмент активной мотивации зависимых от опиоидов на участие в программах противорецидивной и поддерживающей терапии.

Литература:

1. Дмитриева Т.Б., Клименко Т.В. Деятельность международных и общественных организаций в профилактике немедицинского употребления ПАВ и зависимости от них // На пути к профессиональной наркологии (аналитические очерки и статьи). – Москва, 2008. – С. 59-65.

2. Алтынбеков С.А., Катков А.Л. Медицинские аспекты противодействия наркозависимости в Республике Казахстан. – Павлодар, 2006. – 302 с.

3. Катков А.Л. Комплексная система управления качеством наркологической помощи Казахстана как эффективный инструмент профилактики ВИЧ // Сб. тезисов Третьей конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии, Москва, 28-30 октября 2009 года. – Москва, 2009. – Том 1. – С. 248-249.

4. Олейник С.В. Наркологическая служба глазами потребителей наркотиков // На пути к профессиональной наркологии (аналитические очерки и статьи). – Москва, 2008. – С. 154-163.

-
-
5. *Правдивая О.А. Отказ от приема АРТ: причина, профилактика, результаты // Сб. тезисов Третьей конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии, Москва, 28-30 октября 2009 года. – Москва, 2009. – С. 210.*
 6. *Яковлев А.А., Мусатов В.Б., Жукова С.В. Анализ причин прекращения антиретровирусной терапии // Сб. тезисов Второй конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии. – Москва, 2008. – С. 74.*
 7. *Менделевич В.Д. Риторические вопросы о кризисе современной российской наркологии // На пути к профессиональной наркологии (аналитические очерки и статьи). – Москва, 2008. – С. 6-11.*
 8. *Александров А.А. Стигматизация в наркологии // На пути к профессиональной наркологии (аналитические очерки и статьи). – Москва, 2008. – С. 163-175.*
 9. *Утяшева Л., Пирсхауз Р., Чете Д., Эллиотт Р. Зависимость от... права? Оценивая лечение наркотической зависимости с позиций международных стандартов прав человека // Сб. тезисов Второй конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии. – Москва, 2008. – С. 267.*
 10. *Утяшева Л., Керими Н., Султанов М., Эллиотт Р., Пирсхауз Р., Чете Д. Анализ законодательства и нормативных актов об обеспечении доступности профилактики и лечения ВИЧ для потребителей инъекционных наркотиков и заключенных в странах Центральной Азии и Азербайджане // Сб. тезисов Второй конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии. – Москва, 2008. – С. 194.*
 11. *Шамота А.З., Валькова У.В. Организация наркологической помощи на современном этапе // Актуальные вопросы биологической, клинической и профилактической наркологии. – Москва, 2007. – С. 119-120.*
 12. *Воборил Ж. Разработка эффективных программ терапевтических сообществ // Материалы I Российского национального конгресса по наркологии с международным участием. – М., 2009. – С. 153-154.*
 13. *Зигадло М. Интегрированные системы оказания помощи лицам, страдающим наркоманией: опыт ассоциации «Монар» // Материалы I Российского национального конгресса по наркологии с международным участием. – М., 2009. – С. 159.*
 14. *Котельников Г.П., Носачев Г.Н., Корякин С.А., Носачев И.Г. Преодоление стигматизации и дискриминации больных алкоголизмом и наркоманиями как базовая задача общественной наркологии // Актуальные вопросы биологической, клинической и профилактической наркологии. – М., 2007. – С. 51-2.*
 15. *Сафонов А.Г. Актуальные проблемы развития отечественной наркологии // На пути к профессиональной наркологии (аналитические очерки и статьи). – Москва, 2008. – С. 11-20.*
 16. *Левин А., Хайд Л., Юргенс Р., Кэртис М., Эллиотт Р., Утяшева Л., Маклеан С., Довбах А.В. Ничего для нас без нас: защита для большей причастности людей, которые используют наркотики в Восточной Европе и Средней Азии // Сб. тезисов Второй конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии. – Москва, 2008. – С. 210.*
 17. *Алтынбеков С.А. К стандарту услуг, оказываемых населению Республики Казахстан по профилю вторичной профилактики зависимости от психоактивных веществ // Ж. Вопросы наркологии Казахстана. – Павлодар, 2004. – Т. IV, № 1. – С. 150-154.*
 18. *Алтынбеков С.А. Исследование эффективности основных механизмов противодействия распространению наркозависимости в Республике Казахстан // Автореф. дисс... докт. мед. наук. – Алматы, 2005. – 50 с.*
-
-