



На правах рукописи

Непастьева Анна Юрьевна

**КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ
ОПИАТОВ (КЛИНИКО-ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ КОРРЕЛЯЦИИ)**

14.00 45 – наркология

14 00 18 – психиатрия

АВТОРЕФЕРАТ
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Москва – 2007

24 МАЙ 2007

Работа выполнена в ФГУ «Национальный научный центр наркологии Росздрава» (директор – член-корреспондент РАМН, профессор Н Н Иванец)

Научные руководители:

Доктор медицинских наук

Винникова Мария Алексеевна

Доктор медицинских наук

Гарнов Вячеслав Михайлович

Официальные оппоненты:

Доктор медицинских наук, профессор

Новиков Евгений Михайлович

Кандидат медицинских наук

Кравченко Сергей Леонидович

Ведущая организация: ФГУ «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им В П Сербского» Росздрава

Защита состоится «29» мая 2007 г в 10 часов на заседании диссертационного совета Д 208 051 01 при ННЦ наркологии по адресу 119002, г Москва, Малый Могильцевский пер , д 3

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ННЦ наркологии (119002, г Москва, Малый Могильцевский пер , д 3)

Автореферат разослан «26» апреля 2007 г

Ученый секретарь

диссертационного совета,

кандидат биологических наук

Галева Наталья Николаевна

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность исследования. На протяжении последних лет в России показатели заболеваемости наркоманией остаются на стабильно высоком уровне (Е А Кошкина, 2007) Проблема, связанная с медицинскими, социальными и экономическими последствиями хронического употребления психоактивных веществ (ПАВ), является актуальной и трудноразрешимой (К В Вышинский, 1999, Чирко В В, 2001, Н Н Иванец, 2002, Дмитриева Т Б с соавт, 2002, 2003, Винникова М А, 2004, Ganguli K K et al, 1995, Robles R R et al, 1995) Первое место в структуре заболеваемости и болезненности наркоманиями в нашей стране занимает опиатная зависимость (М Л Рохлина, 1999, Н Н Иванец, М А Винникова, 2001, И Н Пятницкая, Н Г Найденова, 2002, Е А Кошкина, 2007)

Пациенты, страдающие опиной наркоманией, выявляют очень низкий уровень социального функционирования и обнаруживают выраженную социальную несостоятельность (М Г Цетлин с соавт, 1992, Н Я Оруджев, 2002, Pickworth W B et al, 1990) Непосредственным результатом потребления наркотиков является нарушение социальных связей и контактов, что в конечном итоге при отсутствии лечебных и реабилитационных мероприятий приводит к полной дезадаптации больных (Т Б Дмитриева с соавт, 2000, А Л Игонин с соавт, 2002)

Вопросы социального функционирования пациентов и восстановление их в социальной среде традиционно широко обсуждается в научной литературе (Т Б Дмитриева с соавт, 2003, Ю А Россинский, 2005, Т Н Дудко с соавт, 2006, Merril J et al, 1999) Однако клинические работы, отражающие разносторонность нарушения социального статуса, а также его субъективную оценку самими пациентами остаются единичными (Д В Четвериков с соавт, 1999, Coulehan J L et al, 1997)

Помимо этого, отсутствуют единые и всесторонние критерии, отражающие динамику психического и социального статуса

наркологических больных под влиянием терапии. Одними из них могли бы стать показатели качества жизни (КЖ), которые характеризуют в комплексе социально-психологический и физический аспекты адаптации пациентов (Г В Бурковский, А П Коцюбинский, Е В Левченко, 1998, Д В Четвериков, А Л. Уткин, И Я, Ирлицца, 1999, А В Бараненко, 2003, М А Винникова, 2004, Platt J J, 1995, Foster J H, Marshall E J, Peters T J, 2000, Polak K, 2001, Richter D, Venzke A, Settelmayer J, Reker S, 2002). Для объективизации получаемых данных, рекомендуется соотносить показатели КЖ с показателями социальной адаптации или проводить полимодальные исследования.

Несмотря на наблюдающийся в последнее время рост количества исследований КЖ больных, большинство из них посвящены изучению либо отдельных аспектов КЖ (социальное функционирование, работоспособность), либо проводится оценка КЖ при различных синдромологических образованиях (депрессивная симптоматика, диссомния, личностная патология больных опиоидной наркоманией) (Kelly F et al, 1993, Pinard G D, 1993, Okuma T, 1994, Roth T, 1994, Coulehan J L, 1997, Atkinson M et al, 1997, Orley J et al, 1998, Taylor R E et al, 2000, Fassino S et al, 2004). Как правило, комплексная интегративная оценка показателей КЖ не осуществляется.

Единичными являются работы, соотносящие показатели КЖ с объективными показателями социальной адаптации и особенностями наркологических заболеваний (А В Бараненко, 2003, Katschnig H, 1997). Вопросы о взаимосвязи клинико-динамических показателей опиоидной наркомании с уровнем качества жизни, динамика показателей КЖ на различных этапах заболевания остаются открытыми для обсуждения.

Изучение показателей КЖ является базой для разработки дифференцированных терапевтических программ с осуществлением направленного, сбалансированного медикаментозного и психосоциального воздействия (А В Бараненко, 2003, Katschnig H, 1998, Kleban M., 1999) К

сожалению, в России подобного рода исследований в отношении больных наркоманией практически нет

Все вышесказанное свидетельствует об актуальности темы, ее важной научной и практической значимости

Целью исследования являлось изучение корреляций показателей качества жизни и социального функционирования у больных с зависимостью от опиатов с клиничко-динамическими характеристиками заболевания (тяжесть заболевания, длительность ремиссий) и разработка на этой основе комплексных программ терапии

Задачи исследования.

1 Изучить показатели качества жизни и социальное функционирование у больных с зависимостью от опиатов

2 Оценить динамику показателей качества жизни и социальное функционирование на различных этапах заболевания в абстинентный период, в постабстинентном состоянии, на этапе становления и этапе устойчивой ремиссии

3 Разработать дифференцированные терапевтические программы, направленные на повышение качества жизни больных с зависимостью от опиатов

Научная новизна исследования. В работе впервые осуществлен интегративный подход к оценке состояния наркологических больных, включающий, наравне с уровнем клинической и социальной адаптации, КЖ пациента – субъективный показатель, отражающий удовлетворенность пациентом своим состоянием и положением. Впервые выявлена связь показателей КЖ с клиничко-динамическими показателями заболевания больных

Усовершенствованы терапевтические программы 1 с учетом динамики показателей КЖ определен оптимальный стационарный курс терапии, 2 установлено, что длительность терапевтической программы должна составлять не менее 12 месяцев, 3 доказана рациональность

комплексного подхода, сочетающего фармакологические, психотерапевтические и социальные методы

Практическая значимость работы. Выявленные закономерности уровня качества жизни и социального функционирования пациентов, наряду с клиническими особенностями могут служить основой для создания комплексных лечебно-реабилитационных программ биологического и социально-психологического уровней, учитывающих интересы самого индивида как получателя наркологической помощи. Все это позволяет повысить эффективность лечения, предупредить рецидивы заболевания, улучшить социальную адаптацию больных.

Положения, выносимые на защиту:

1 Показатели качества жизни и социального функционирования больных с зависимостью от опиатов ниже показателей качества жизни здоровых людей

2 Показатели качества жизни и социального функционирования больных с зависимостью от опиатов определяются этапом заболевания и степенью выраженности патологического влечения к наркотику

3 Индивидуальная комплексная терапевтическая тактика больных с зависимостью от опиатов должна быть направлена на повышение качества жизни

Структура и объем диссертации. Работа имеет 167 машинописных страниц, состоит из введения, 4 глав, заключения и выводов, приложения, указателя литературы. Диссертация включает в себя 32 таблицы, 18 диаграмм, содержит 3 клинических примера. Список цитированной литературы включает 237 источников, из которых 126 – иностранные авторы.

Во введении обоснована актуальность исследования, сформулированы его цель и задачи, показана его научная новизна и практическая значимость. Глава 1 посвящена анализу научной литературы по проблеме. Глава 2 содержит общую характеристику наблюдавшихся пациентов и методов исследования. Глава 3 описывает особенности качества жизни и

социального функционирования больных с зависимостью от опиатов Глава 4 посвящена вопросам разработки дифференцированной терапии В заключении обсуждаются полученные результаты В приложении приводятся использованные в работе инструменты исследования

Материалы диссертации доложены на клинических конференциях ННЦ наркологии Росздрава

По теме диссертации опубликовано 6 научных работ

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА И МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

Объектом исследования явились больные с диагнозом по МКБ-10 «Зависимость от опиатов», проходившие лечение на базе стационарных отделений ФГУ ННЦ наркологии МЗСР РФ с 2004 по 2006гг В исследование было включено 125 пациентов мужского пола в возрасте от 17 до 43 лет, средний возраст составил $26,33 \pm 3,73$ лет Все пациенты имели среднюю стадию зависимости от опиатов

Из исследования исключались пациенты с сопутствующими психическими заболеваниями, с острыми психотическими расстройствами, с хроническими соматическими заболеваниями в стадии обострения, а также больные, у которых зависимость от опиоидов сочеталась с зависимостью от других психоактивных веществ

Наследственная отягощенность алкоголизмом, наркоманиями и различными психическими расстройствами была выявлена у 76% больных Наиболее часто отмечалась отягощенность алкоголизмом – отца в 36,8% случаев, родственников второй линии родства в 60,8% случаев Отягощенность наркоманиями была выявлена среди родных сибсов пациентов – в 6,4% случаев, у отца – в 1,6% случаев

Характер взаимоотношений в нуклеарной семье в 44,8% случаев был дисгармоничный, дисфункциональный – в 44% В условиях гипоопеки воспитывались 35,2% пациентов, в условиях гиперопеки – 33,5%

Типологическая группировка преморбидных личностных особенностей проводилась в соответствии с установившимися принципами клинического подхода, на основе учета доминирующих признаков. По характерологическим особенностям пациенты разделились следующим образом: с преобладанием неустойчивых черт составили 28%, возбудимых – 24,8%, истероидных – 18,4%, конформных – 13,6%, гипертимных – 5,6%, шизоидных – 4,8%, астенических – 2,4%, сенситивных – 2,4%, циклоидных – 1,6%. Лица с психическим инфантилизмом встречались в 26,4% случаев. В 4% случаев преморбидные особенности отличались полиморфизмом, в связи с чем данная группа пациентов была отнесена к мозаичным. Степень выраженности характерологических девиаций в преморбидном периоде была различной: в 44% случаев диагностировалась акцентуация основных черт характера, в 8,8% случаев – психопатия.

В 42,4% случаев в преморбидный период у пациентов наблюдалось девиантное поведение, систематическое отклонение от учебы, раннее начало курения, агрессивные реакции.

Возраст начала приема алкоголя составил $13,28 \pm 1,29$ лет, каждый третий пациент начал употреблять алкоголь в возрасте до 13 лет. Возраст начала приема наркотиков у обследованных составил $15,68 \pm 2,41$ лет. В 72,8% случаев первым наркотиком была марихуана. Сразу начали употреблять героин и другие опиаты 14,4% обследованных. «Поисковый» период у большинства пациентов составил в среднем $2,74 \pm 2,58$ года.

Начало приема опиатов (героин, кустарные препараты опия) происходило в возрасте $18,54 \pm 3,17$ лет. Картина опьянения при первых приемах опиатов у 92,8% пациентов характеризовалась коротким периодом эйфории, который сменялся седацией. Психическая зависимость к наркотику формировалась в среднем уже после 4 – 8 проб. Психическая зависимость после первой пробы героина возникла у 11,2% пациентов. Продолжительность периода эпизодического употребления опиатов у обследованных составила в среднем $3,32 \pm 4,08$ месяца. Появление

признаков физической зависимости происходило в среднем за $3,7 \pm 2,26$ месяца после начала систематического употребления опиатов

Длительность настоящего заболевания варьировала от 6-ти месяцев до 14 лет 28,8% пациентов до настоящего лечения за наркологической помощью не обращались. На момент госпитализации 57,1% пациентов принимали героин. Остальные сочетали в равной степени прием героина с метадоном – 13,6% пациентов, с дривагами опия – 8,8% пациентов, с медицинскими препаратами (трамал, терпенкод, буторфанол) – 20,8% пациентов.

Имевшие место в анамнезе ремиссии встречались у 44,8% пациентов, в 73,21% случаев ремиссии были не стойкими и длились менее года.

В работе использовались клинический, катамнестический и статистический методы исследования.

В соответствии с задачами исследования для регистрации полученных данных и статистической обработки результатов использовалась оригинальная «Индивидуальная карта клинико-психопатологического исследования», созданная на основе ранее разработанных аналогичных карт, используемых для стандартизации исследований (Иванец Н Н, 1980, Винникова М А, 1999).

Изучение показателей качества жизни пациентов проводилось с помощью опросника SF-36 (Health status profile – Short form 36). 8 стандартных шкал опросника отражают 4 профиля: физическое самочувствие, работоспособность, адаптацию в социуме и эмоциональный статус. Полученные данные по качеству жизни мужчин с зависимостью от опиатов интерпретировались путем сравнения с показателями КЖ контрольной группы, в которую вошли 60 здоровых мужчин примерно того же возраста. Оценка патологического влечения к наркотику проводилась с помощью клинической шкалы, отражающей психопатологическую структуру данного синдрома (Винникова М А, 1999). Для оценки социальных последствий наркомании использовалась «Схема оценки уровня социальной адаптации» (Рустапович А В, 1998). В

работе также использовалась шкала оценки уровня реабилитационного потенциала пациентов (Дудко Т Н , 2006)

Для статистического анализа полученных результатов были использованы компьютерные программы Excel 2000, SPSS 10 0 Для установления статистической достоверности различий между группами использовались таблицы сопряженности с использованием критерия Хи-квадрат для анализа качественных признаков Для внутри- и межгруппового анализа клинических отличий использовались критерий Вилкоксона и U-критерий Манна-Уитни Критерием достоверности считалось достижение уровня значимости $p < 0,05$ Для установления корреляционных взаимосвязей использовался метод Спирмена Считалось, что степень корреляционной связи до 0,3 – слабая, от 0,3 до 0,7 – умеренная и от 0,7 до 1,0 – высокая

Курс лечения в среднем составил $22,02 \pm 6,23$ дня После прохождения стационарного лечения больные наблюдались амбулаторно и получали поддерживающую терапию

РЕЗУЛЬТАТЫ РАБОТЫ

Изучение социально-демографических характеристик исследуемой выборки показало, что в изученной группе преобладали пациенты с невысоким уровнем образования, изначально отличавшиеся высокой частотой криминогенных поступков, имеющие слабые семейные привязанности, отличающиеся низкими моральными качествами

Большинство обследованных (43,2%) имели средне-специальное образование, высшее – лишь 18% больных

Только в 26,4% случаев пациенты имели постоянную работу, в 56,8% случаев они длительное время не работали и находились на иждивении родственников

По семейному статусу распределение больных было следующим: 15,2% пациентов состояло в браке, у 20,8% это был «гражданский» брак, 13,6% больных на момент обследования находились в разводе От брака

имели детей 24,8% пациентов, при этом, около половины из них проявляли полное безучастие к своим детям

Большинство больных (56%) совершали антисоциальные поступки мелкое воровство у родителей, знакомых, кражи Судимости до начала заболевания имели 5,6% обследованных Наличие правонарушений после начала наркотизации было выявлено в 76% случаев, т е у подавляющего большинства пациентов Ненасильственные правонарушения совершили 35,2% пациентов, грабежи, разбои совершили 16% пациентов, 24,8% больных на момент исследования имели причастность к незаконному обороту наркотиков, 5,6% пациентов неоднократно привлекались к уголовной ответственности

У подавляющего большинства больных наблюдались достаточно серьезные проблемы, связанные с физическим здоровьем, появившиеся в процессе заболевания Из соматических осложнений наркомании отмечались вирусный гепатит С в 79,2% случаев, вирусный гепатит В+С – в 11,2% Признаки токсического поражения печени обнаруживались в 72% случаев ВИЧ-инфекция была выявлена в 13,6%; токсическая кардиомиопатия – в 34,4%, хронические поражения других органов и систем в 28% случаев

Изменения личности, наступившие в результате употребления наркотиков, были выявлены практически у всех больных В 81,6% случаев у пациентов в ходе болезни сформировались психопатоподобные расстройства, в структуре которых выступали преимущественно неустойчивые и возбудимые черты Морально-этическое снижение различных степеней выраженности выявлялось в 70,4% случаев Интеллектуально-мнестическое снижение было выявлено в 6,4% случаев

При оценке уровня реабилитационного потенциала (УРП), объединяющего имеющиеся клинические и социальные характеристики у каждого больного, в исследованной выборке преобладали пациенты с низким (40,8% случаев) и средним (44% случаев) УРП, т е пациенты с отягощенностью преморбида, с высокопрогредиентным течением болезни

и быстрым формированием дезадаптации и личностной деградации, с выраженными медицинскими и социальными последствиями наркомании. Высокий УРП был выявлен только в 15,2% случаев.

Средний уровень социальной адаптации пациентов при поступлении оценивался как удовлетворительный.

При сравнении КЖ по опроснику SF-36 на момент поступления в клинику показатели больных с зависимостью от опиатов оказались по всем векторам статистически достоверно хуже, чем в контрольной группе (таблица 1)

Таблица 1.

Сопоставление КЖ у больных с зависимостью от опиатов и в контрольной группе

Показатели	Группы исследования	
	Пациенты (N=73)	Контроль
Физическая активность	89,53±1,16*	98,33±0,63
Функционирование, связанное с физическим состоянием	38,67±4,23*	83,33±3,7
Интенсивность боли	44,24±3,25*	84,27±3,09
Общее состояние здоровья	54,67±1,94*	79,53±2,38
Жизненная активность	44,73±1,98*	71,83±1,73
Социальное функционирование	46,67±2,49*	86,25±2,03
Функционирование, связанное с эмоциональным состоянием	33,78±4,03*	77,78±3,42
Психическое здоровье	45,33±1,95*	71,47±1,58

Примечание * – $p < 0,05$

При поступлении в стационар наибольшее отражение в субъективных показателях КЖ находило состояние, напрямую связанное с физическим страданием и эмоциональным дискомфортом, которые больные испытывали в периоде отнятия наркотика. В терминах опросника SF-36 это выглядело следующим образом:

Боль являлась наиболее частой жалобой в абстинентном периоде. Все больные оценивали выраженность боли в пределах от умеренно

выраженной до очень сильной Боль «не давала» возможности пациентам заниматься даже элементарной работой, включая работу по дому

Пациенты «очень часто» или даже «большую часть времени» сильно нервничали, испытывали чувство подавленности, тяжести и тоски. Большинство больных связывали чувство спокойствия и умиротворения только с эйфорией во время наркотического опьянения. Но и в этом случае пациенты часто оценивали ее продолжительность в интервале «иногда» и «редко», что, скорее всего, было связано с общим сниженным фоном настроения, с переносом на события прошлого, а также с особенностями течения самого заболевания, с изменением реактивности в процессе употребления опиатов.

Оценивая степень «жизненной активности» при поступлении пациенты «бодрыми», «полными сил и энергии» бывали «иногда» или достаточно «редко», ¼ больных – «ни разу». В то же время состояние «усталости», а у половины пациентов «измученности», наблюдалось «часто» или «большую часть времени». Полученные данные отражали, возможно, особенности течения заболевания и подтверждали тот факт, что у большинства пациентов имелись преимущественно прагматические мотивы на лечение, они поступали в состоянии так называемой «наркотической усталости».

По оценке пациентов, все они из-за неровного эмоционального состояния и перепадов настроения, а в 75% случаев по причине общего физического недомогания, во время употребления наркотиков не справлялись с работой.

Пациенты во время активного употребления наркотика на половину сокращали «нормальную», социально приемлемую повседневную деятельность. У всех пациентов круг общения состоял преимущественно из людей, злоупотребляющих наркотиками, с которыми они проводили большую часть времени, наблюдалось погружение в наркоманическую

субкультуру, больные практически переставали по собственной инициативе проявлять интерес к знакомым, которые никак не связаны с наркотиками. Испытывали дискомфорт в ситуациях социального взаимодействия, чувствовали страх, боялись быть осужденными 60,8% пациентов, что свидетельствовало о наличии у них социофобического синдрома.

При установлении статистической взаимосвязи клинико-динамических показателей заболевания с уровнем качества жизни больных выявлено наличие средней обратной связи ПВН с осями эмоционального статуса ($-0,41$) и адаптации в социуме ($-0,33$) и слабая обратная связь ПВН с осями физического функционирования ($-0,14$) и жизненной активности ($-0,15$). Чем выше были баллы по клинической шкале ПВН, тем ниже были показатели по осям КЖ, чем более выражено влечение к наркотику, тем хуже КЖ.

Таблица 2.

Динамика показателей КЖ в процессе стационарного лечения (N=47)

Показатели	Группы больных	
	До лечения	При выписке
Физическая активность	91,06±1,27	92,66±1,08
Функционирование, связанное с физическим состоянием	49,47±4,78	60,28±4,18
Интенсивность боли	43,63±4,29	64,91±3,63*
Общее состояние здоровья	56,55±2,49	60,09±2,6
Жизненная активность	46,27±2,63	56,06±1,98*
Социальное функционирование	50,53±3,22	59,3±3,19
Функционирование, связанное с эмоциональным состоянием	40,45±4,53	51,77±4,84
Психическое здоровье	45,28±2,41	53,77±1,81*

Примечание * – $p < 0,05$

В процессе индивидуально подобранной психофармакотерапии за 3-х недельный курс лечения в стационаре (в среднем $22,02 \pm 6,23$ дня) достоверно улучшались показатели КЖ пациентов по осям эмоциональный статус и адаптация в социуме (шкала жизненной активности и психического здоровья), т е именно по тем осям, которые связаны со стержневым синдромом зависимости (таблица 2)

По оси «Интенсивность боли» также наблюдалось достоверное улучшение, но это было закономерно, так как купирование алгической симптоматики в рамках ОАС происходило уже к 5 – 7-му дню терапии

Данные, полученные с помощью опросника SF-36, полностью совпадали с клиническими наблюдениями. На фоне проводимой психофармакотерапии, а также индивидуальной и групповой психотерапии у большинства больных за 3 – 4 недели стационарного лечения значительно дезактуализировалось патологическое влечение к наркотику, выравнивались аффективные расстройства. Пациенты отмечали, что перед выпиской «редко» испытывали состояние, когда «ничто не могло взбодрить», «иногда», а чаще «редко» сильно нервничали, большинство пациентов «часто» чувствовали себя «бодрыми». Полученные данные свидетельствовали о том, что шкала оценки КЖ SF-36 была чувствительна к изменениям интенсивности ПВН, достаточно быстро и точно отражала изменения физического и эмоционального статуса пациентов, а полученные с ее помощью данные совпадали с объективно наблюдаемыми клиническими проявлениями.

Динамика показателей КЖ за время стационарного лечения различалась в зависимости не только от выраженности ПВН, но и от УРП пациентов. Пациенты с низким УРП при выписке имели достоверно худшие показатели по шкалам «жизненная активность» (шкала, связанная с ПВН) и «работоспособность, связанная с эмоциональным состоянием» по сравнению с пациентами с высоким и средним УРП. Последнее можно объяснить тем, что пациенты этой подгруппы зачастую были «не уверены» в правильности выбора в пользу отказа от наркотиков, испытывали

определенный страх перед трезвым образом жизни, не всегда хотели менять свое отношение к труду и учебе, проявлять личную активность в достижении любых и особенно социально значимых целей

Отдельный научно-практический интерес представляет анализ группы больных, чье лечение оказалось недостаточно эффективным. При сравнении показатели КЖ досрочно выписанных пациентов с теми, кто прошел полный курс лечения, получены достоверные худшие показатели по шкалам боли, общего состояния здоровья, жизненной активности и психического здоровья (таблица 3)

Таблица 3.

Показатели КЖ пациентов, досрочно прекративших лечение

Показатели	Группы больных	
	Досрочно прекратившие лечение (N=26)	При выписке (N=99)
Физическая активность	88,08±2,02	91,36±0,92
Функционирование, связанное с физическим состоянием	32,69±7,82	48,82±3,15
Интенсивность боли	47,23±5,2*	59,94±2,59
Общее состояние здоровья	52,96±2,92*	61,69±1,64
Жизненная активность	41,54±3,14*	53,59±1,5
Социальное функционирование	48,08±4,14	55,93±2,31
Функционирование, связанное с эмоциональным состоянием	29,49±7,23	44,44±3,24
Психическое здоровье	44,92±3,61*	52,47±1,27

Примечание * – p<0,05

Кроме того, досрочно выписанные пациенты характеризовались наличием таких особенностей как высокая прогрессивность наркомании, большая длительность болезни, высокие дозы употребляемого наркотика, глубокая степень расстройств личности в преморбиде, личностный регресс, сформировавшийся в течение заболевания, выраженность медико-социальных последствий наркомании и изначально небольшой

образовательный уровень Выявлен низкий уровень социальной адаптации у этих пациентов

Оценивая результаты терапии в целом, следует заметить, что, несмотря на достоверную положительную динамику показателей КЖ пациентов после лечения в стационаре, они остаются достоверно хуже, чем КЖ в контрольной группе Таким образом, 3-недельного курса стационарного лечения недостаточно для полной нормализации показателей КЖ (таблица 4)

Таблица 4.

Сравнение КЖ у больных с зависимостью от опиатов после стационарного лечения и группы контроля

Показатели	Группы исследования	
	Пациенты (N=99)	Контроль
Физическая активность	91,36±0,92	98,33±0,63
Функционирование, связанное с физическим состоянием	48,82±3,15	83,33±3,7
Интенсивность боли	59,94±2,59	84,27±3,09
Общее состояние здоровья	61,69±1,64	79,53±2,38
Жизненная активность	53,59±1,5	71,83±1,73
Социальное функционирование	55,93±2,31	86,25±2,03
Функционирование, связанное с эмоциональным состоянием	44,44±3,24	77,78±3,42
Психическое здоровье	52,47±1,27	71,47±1,58

Пациенты лишь «иногда» или «редко» при выписке ощущали чувство умиротворения и счастья, «часто» или «большую часть времени» отмечали у себя состояние усталости, повышенной утомляемости Это было связано с почти облигатно наблюдаемыми в клинике опиной наркомании астеническими и аффективными расстройствами, которые имели склонность к затяжному течению

Показатели КЖ на этапе катамнестического наблюдения продолжали

улучшаться У всех пациентов, воздерживавшихся от приема наркотиков не менее 3-х– 6-ти месяцев, принимавших индивидуально подобранную противорецидивную терапию с учетом УРП и имевшейся симптоматики, наиболее быстрой положительной динамике подвергались оси эмоционального состояния и жизненной активности У большинства пациентов затем реагировала ось работоспособности, и медленнее всех восстанавливалась адаптация в социуме

Продолжающие оставаться на этапе формирования ремиссии более низкие, по сравнению с контрольной группой, показатели КЖ по шкалам «жизненная активность» и «психический статус», можно объяснить наличием в этот период у пациентов периодических обострений ПВН, сохраняющихся аффективных и астенических расстройств На показатели этих шкал в большей степени влияла индивидуально подобранная противорецидивная психофармакотерапия с учетом УРП

Трудности при адаптации в социуме объяснялись личностными изменениями, которые возникли у пациентов во время болезни, характеризовались стойкостью и ригидностью гедонистических, эгоцентрических установок, социофобического синдрома На динамику показателей по этой шкале КЖ («адаптация в социуме») в большей степени влияла психотерапевтическая работа с пациентами и их родственниками

Предположительно, отмечаемая многими отечественными авторами нестабильность ремиссий, большая частота срывов в период от 1 до 6 месяцев после выписки из стационара, связаны с неравномерностью улучшения показателей по отдельным осям, особенно по тем, которые связаны с ПВН, а также с остающимися в этот период все еще низкими, по сравнению с таковыми общей популяции, значениями показателей КЖ.

Таблица 5.

Показатели КЖ у больных с зависимостью от опиатов в динамике

Группы обследованных	Физическая активность	Функционирование, связанное с физ состоянием	Интенсивность боли	Общее состояние здоровья	Жизненная активность	Социальное функционирование	Функционирование, связанное с эмоцион. состоянием	Психическое здоровье
После лечения	91,36±0,92	48,82±3,15	59,94±2,59	61,69±1,64	53,59±1,5	55,93±2,31	44,44±3,24	52,47±1,27
Катамнез (3 месяца) (N=30)	96,33±1,01	68,33±4,78	80,43±3,14	61,77±3,75	56,17±2,94	60±4,04	60 ±4,35	61,07±2,46
Катамнез (6 месяцев) (N=13)	96±2,45	75,33±7,91	80±7,8	64,07±6,44	68±3,74	72,5±4,68	66,67 ±10,5	66,4±2,99
Катамнез (около года) (N=11)	98,33±1,05	79,17±4,17	81,33±4,22	73,66±2,79	68,33±1,66	78,33±3,0	72,22 ±5,56	68,8±2,33
Контроль	98,33±0,63	83,33±3,7	84,27±3,09	79,53±2,38	71,83±1,73	86,25±2,03	77,78±3,42	71,47±1,58

Как показали результаты катamnестического наблюдения, 3-х – 6-ти месяцев воздержания от приема наркотиков также было недостаточно для нормализации показателей КЖ пациентов

У пациентов, воздерживавшихся от приема наркотиков более 6-ти месяцев, то есть на этапе стабильной ремиссии, показатели КЖ продолжали расти, наблюдалось их более плавное, равномерное улучшение по всем осям

Показатели КЖ пациентов, находившихся в ремиссии более года, практически сравнялись с таковыми контрольной группы (таблица 5)

Группу пациентов, ремиссия у которых составила год и более, составили 11 человек

Эта группа пациентов характеризовались наличием таких особенностей как в 63,6% случаев средняя прогрессивность заболевания, относительно небольшая длительность болезни, низкие дозы употребляемого наркотика, преобладание высокого УРП. Выявлен хороший уровень социальной адаптации у этих пациентов. При выписке показатели КЖ этой группы были несколько лучше относительно показателей КЖ остальных пациентов и статистически достоверно лучше по оси физического функционирования (таблица 6)

Все пациенты, находящиеся в ремиссии около года, работали (до госпитализации шестеро не имели работы), один пациент возобновил учебу в институте. По информации, полученной от родственников, пациенты справлялись с обязанностями, проявляли активность в работе, нарушений трудовой дисциплины не отмечалось. Несмотря на субъективно отмечаемые трудности в установлении социальных контактов, все пациенты практически полностью сменили круг общения, завязали новые знакомства, а также принимали активное участие в решении семейных проблем. Большинство из них наладили досуг, преимущественно в виде занятий различными видами спорта

Таблица 6.

Сравнение показателей КЖ при выписке у больных, ремиссия которых в последующем составила год с КЖ остальных пациентов, прошедших курс терапии

Показатели	Группы больных	
	Основная группа (N=11)	Группа сравнения (N=88)
Физическая активность	92,27±3,77	91,25±0,93
Функционирование, связанное с физическим состоянием	68,18±10,71*	46,4±3,21
Интенсивность боли	66,45±9,44	58,65±2,62
Общее состояние здоровья	59,27±3,33	61,99±1,81
Жизненная активность	52,73±5,06	53,69±1,57
Социальное функционирование	65,91±7,92	54,68±2,39
Функционирование, связанное с эмоциональным состоянием	54,55±11,26	43,18±3,37
Психическое здоровье	56±4,85	52,03±1,3

Примечание * – $p < 0,05$

Лечебная тактика в стационаре строилась с учетом клинических особенностей заболевания, его динамических характеристик и зависела от этапа болезни

На начальном этапе первостепенная роль отводилась психофармакотерапии. В качестве базовой комбинации для всех пациентов использовались следующие группы препаратов: агонисты альфа-2-адренорецепторов, антиконвульсанты, бензодиазепины, снотворные, ГАМК, анальгетики, нейролептики. В качестве обезболивающих использовались агонисты-антагонисты опиатных рецепторов.

Дозы и продолжительность применения лекарственных препаратов при купировании абстинентного синдрома определялись не только тяжестью ОАС, но и тяжестью самого заболевания, точнее УРП больных. Так, пациенты с более низким УРП, в конечном счете, нуждались в

применении более высоких доз препаратов и в использовании пролонгов, в сравнении с пациентами с высоким УРП

В постабстинентном периоде психофармакотерапия менялась при сохранении антиконвульсантов, снотворных, ГАМК, нейролептиков, добавлялись антидепрессанты и блокаторы опиатных рецепторов. В постабстинентном состоянии пациенты также нуждались в интенсивном психотерапевтическом воздействии. В комплексном лечении на этом этапе применялись индивидуальная психотерапия, беседы по актуальному состоянию, рациональная ПТ, суггестивная ПТ.

На этапе становления ремиссии производился подбор поддерживающей психофармакотерапии. В зависимости от состояния применялись в различных соотношениях нейролептики, антидепрессанты, антиконвульсанты и блокаторы опиатных рецепторов, дозы лекарств определялись с учетом тяжести имеющихся расстройств.

Важнейшая роль на этом этапе лечения придавалась психотерапевтическому воздействию, продолжала использоваться РПТ, а также подключалась симптомоцентрированная, поведенческая, групповая психотерапия, увеличивалась длительность ПТ сеансов, проводилась семейная ПТ.

Для лиц со средним и высоким УРП по окончании 3-х – 6-ти месячного курса лечения дозы препаратов постепенно снижались в течение 7 – 10 дней до полной отмены. В последующем (до 12 месяцев) осуществлялись курсы «прерывистой» терапии с короткими, а в некоторых случаях единичными назначениями препаратов. При этом использовались препараты как из ранее подобранной схемы, так и иные, в зависимости от клинической картины.

Для лиц с низким УРП применялись схемы, включавшие пролонгированные формы препаратов нейролептиков и продетоксона, т.к. пациенты этой группы не отличались высокой мотивацией на продолжение

лечения, не имели полностью сформированных установок на отказ от употребления наркотиков. Терапия продетоксоном для них своевременно продлевалась.

Применение дифференцированных комплексных программ позволило добиться ремиссий сроком не менее 3-х месяцев у 58,6% обследованных мужчин.

У всех пациентов, воздерживавшихся от приема наркотиков более 6-ти месяцев (39,7%), практически полностью сглаживались астенические проявления и аффективные колебания. Эмоциональные реакции были адекватными, в рамках личностного реагирования. Под воздействием внешних причин ПВН не оживлялось. Все пациенты, находящиеся в ремиссии около года, работали (до госпитализации шестеро не имели работы), один пациент возобновил учебу в институте. Пациенты справлялись с обязанностями, проявляли активность в работе, нарушений трудовой дисциплины не отмечалось. Несмотря на субъективно отмечаемые трудности в установлении социальных контактов, все пациенты практически полностью сменили круг общения, завязали новые знакомства, а также принимали активное участие в решении семейных проблем. Большинство из них наладили досуг, преимущественно в виде занятий различными видами спорта.

ВЫВОДЫ

1 Показатели качества жизни и уровень социального функционирования больных с зависимостью от опиатов детерминированы тяжестью течения наркомании, личностными расстройствами и соматическими осложнениями, формирующимися в ходе болезни.

2 У больных с зависимостью от опиатов выявлено наличие обратной корреляционной связи между патологическим влечением к наркотику и

осями «эмоционального статуса» и «адаптации в социуме», а также осями «физического функционирования» и «жизненной активности». То есть, чем выше суммарный балл по шкале патологического влечения, тем ниже показатели по шкалам опросника качества жизни, чем более выражено влечение к наркотику, тем хуже качество жизни

3 Выявлено, что динамика субъективных показателей качества жизни на различных этапах заболевания абстинентный синдром, постабстинентное состояние, ремиссия, определяется связью со стержневым расстройством заболевания – патологическим влечением к опиатам

4 Показатели качества жизни больных с зависимостью от опиатов в период синдрома отмены оказались достоверно хуже, по всем осям, чем показатели качества жизни контрольной группы. Курс стационарного лечения в течение трех недель улучшал показатели качества жизни по осям, связанным с патологическим влечением к опиатам. Нормализация профиля качества жизни и показателя социального функционирования наблюдалась не менее чем через двенадцать месяцев противорецидивной терапии

5 На этапе формирования ремиссии улучшение показателей качества жизни больных с зависимостью от опиатов происходило неравномерно быстрее других положительная динамика отмечалась по осям «эмоционального состояния» и «жизненной активности», затем реагировала ось «работоспособности», и медленнее всех восстанавливалась «адаптация в социуме»

6 Дифференцированная комплексная тактика лечения больных с зависимостью от опиатов строилась с учетом профиля качества жизни и показателя социального функционирования. На динамику оси «адаптация в социуме» в большей степени влияла психотерапевтическая работа. На динамику осей «жизненная активность» и «психический статус», в

большей степени влияния индивидуально подобранная противорецидивная психофармакотерапия

7 Опросник качества жизни SF-36, примененный у больных с зависимостью от опиатов, способен отражать динамику выраженности патологического влечения к опиатам, достаточно быстро и точно реагировать на изменения физического и эмоционального статуса пациентов под влиянием терапии

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

- 1 Ненастьева А Ю , Бойко Е О , Гуревич Г Л Возможности использования опросника SF-36 в наркологической практике //Ж Вестник Ивановской медицинской академии – 2006 – Том 11, № 1– 2 – С. 49 – 52
- 2 Ненастьева А Ю , Бойко Е О , Гуревич Г.Л Сравнительное изучение показателей качества жизни у больных с зависимостью от опиатов //Материалы Международной научно-практической конференции «Общество против наркотиков» – Казань – 2006 – С 152 – 154
- 3 Ненастьева А Ю , Бойко Е О , Гуревич Г Л Качество жизни у больных с зависимостью от опиатов и перспективы использования его показателей в наркологической практике результаты пилотного исследования //Ж Вопросы наркологии – 2006 №6 – С 3 – 11
- 4 Ненастьева А Ю , Бойко Е О , Гуревич Г Л Перспективы использования показателя качества жизни в наркологической практике //Ж Наркология М – 2007 №2 – С 32 – 37
- 5 Ненастьева А Ю , Бойко Е О Качество жизни больных с зависимостью от опиатов при лечении антаксоном //Рос Нац Конг «Человек и лекарство» – Тезисы докладов. – 16– 20 апр 2007 – С 503
- 6 Бойко Е О , Ненастьева А Ю , Гуревич Г Л. Атипичные нейролептики (на примере сероквеля) в терапии опиатной зависимости //Рос Нац Конг «Человек и лекарство» – Тезисы докладов – 16– 20 апр 2007 – С 475

Заказ № 617. Объем 1 п.л. Тираж 100 экз
Отпечатано в ООО «Петроруш».
г. Москва, ул. Палиха-2а, тел 250-92-06
www.postator.ru