

На правах рукописи

Колотилин Максим Геннадьевич

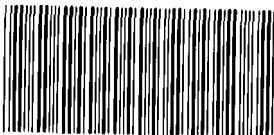
**СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КЛИНИКО-
ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ
ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ОПИОИДНОЙ НАРКОМАНИИ ДЛЯ
РАЗРАБОТКИ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫХ ПОДХОДОВ К ТЕРАПИИ**

14.01.27 – Наркология

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

21 АВГ 2014

Москва – 2014 г.



005551883

Работа выполнена в Федеральном государственном бюджетном учреждении «Национальный научный центр наркологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Научный руководитель:

доктор медицинских наук

Агibalова Татьяна Васильевна

Официальные оппоненты:

Шамов Сергей Александрович – доктор медицинских наук, профессор кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии Государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Демчева Надежда Константиновна – доктор медицинских наук, профессор, руководитель Лаборатории аналитической эпидемиологии, Отдела эпидемиологических и организационных проблем психиатрии Федерального государственного бюджетного учреждения «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии имени В.П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Ведущая организация – Государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования «Российская медицинская академия последиplomного образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Защита состоится «23» сентября 2014 г. в 14:00 часов на заседании диссертационного совета (Д 208.051.01) при Федеральном государственном бюджетном учреждении «Национальный научный центр наркологии» по адресу: 119002, Москва, Малый Могильцевский переулок, д. 3.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный научный центр наркологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации и на сайте <http://www.nncn.ru>.

Автореферат разослан «23» сентября 2014 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета
кандидат медицинских наук



Усманова Нилуфар Нематжановна

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность исследования. Употребление наркотиков относится к тем проблемам общества, разрешение которых является чрезвычайно актуальным и определяет уровень оценки социального функционирования. Согласно официальным статистическим данным, в Российской Федерации сохраняется высокое количество лиц, употребляющих наркотики (Иванец Н.Н. 2004; Пятницкая И.Н., 2008; Кошкина Е.А. и др., 2013). Всемирная организация здравоохранения (далее – ВОЗ) определяет «здоровье» как «состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие болезни или неспособности». Определение формулы «здоровье», принятое ВОЗ, исторически способствовало введению понятия «качество жизни» и оценке статуса больного по шкале Д.А. Карновского, в которой предложено первое определение социального маркера этого качества (Кондратьев Ф.В., 2005).

Согласно определению, предложенному ВОЗ, «качество жизни - это способность к жизни в результате комбинации воздействии факторов, влияющих на здоровье, счастье, индивидуальное благополучие в окружающей среде, включая удовлетворительную работу, образование, социальный успех, а также свободу, справедливость и отсутствие какого-либо угнетения» (World Health Organization, 1948).

Оценка пациента как целостной личности, со всеми его жизненными заботами и проблемами, знаменует принципиально новое направление в учёте состояния здоровья населения (Katsching H., 1997; Forset J.H., Marshall E.J., Peters T.J., 2000; Агибалова Т.В., Рычкова О.В., 2012). В этих условиях появляется новый подход к оценке эффективности оказания медицинской помощи – переход к новым медико-социальным измерителям состояния здоровья. Таким измерителем может являться, оценка качества жизни (КЖ). Эта характеристика может являться эталоном результативности медицинских вмешательств, описываемых в клинических и эпидемиологических исследованиях (Демчева Н.К., 2006; Ненастьева А.Ю., 2007; Бойко Е.О., 2009).

Процесс формирования наркотической зависимости имеет многофакторное предрасположение, но значимость или непосредственная доля участия предикторов может иметь существенные отличия на разных этапах формирования наркомании.

С этой точки зрения представляется весьма существенным установление значимости роли «качества жизни пациента» в кругу факторов, влияющих на процесс формирования опиоидной зависимости и на тяжесть течения заболевания.

В связи с вышесказанным, актуально проведение сравнительного исследования КЖ лиц с эпизодическим употреблением опиоидов и с зависимостью от опиоидов с различными преморбидными клинико-психопатологическими расстройствами для разработки дифференцированных подходов к терапии.

26

Цели исследования. Изучить преморбидные клинико-психопатологические расстройства и качество жизни пациентов при формировании опиоидной наркомании для разработки дифференцированных подходов к терапии.

Задачи исследования:

- 1) Исследовать показатели качества жизни у лиц с эпизодическим употреблением опиоидов и у больных с синдромом опиоидной зависимости в сравнительном аспекте;
- 2) Сопоставить влияние преморбидных клинико-психопатологических расстройств и качества жизни пациента на процесс формирования опиоидной зависимости;
- 3) Выделить значимые изменения качества жизни пациента относительно динамики патологического влечения к наркотику;
- 4) Оценить значение предшествующей патологии (невротических расстройств, расстройств личности, органических расстройств) и изменения качества жизни в различных сферах при формировании опиоидной наркомании для разработки дифференцированных подходов к профилактике и терапии.

Научная новизна работы. Впервые выявлено, что ведущие клинико-психопатологические расстройства при опиоидной наркомании в процессе ее формирования и становления влияют на динамическую системную оценку КЖ пациента.

Описаны сопоставимые психопатологические и личностные особенности больных наркоманией и проведено их ранжирование по сферам признаков КЖ пациента. Это имеет принципиальное значение для оценки значимости факторов риска в этиопатогенезе формирования наркомании.

Впервые выявлены наиболее сохраненные и нарушенные сферы КЖ у лиц с эпизодическим употреблением опиоидов и у больных с синдромом опиоидной зависимости, что существенно меняет практические подходы в лечении этих категорий пациентов.

Выделены основные направления лечебно-реабилитационных мероприятий, обращённых на улучшение КЖ больных наркоманией.

Теоретическая и практическая значимость исследования. Полученные результаты позволяют оказывать дифференцированную наркологическую помощь в соответствии с нарушениями КЖ больных при формировании опиоидной наркомании.

Полученные данные восполняют дефицит представлений о социально-значимых признаках при формировании опиоидной наркомании у лиц с различными преморбидными расстройствами. Это позволит ориентировать врачей психиатров-наркологов в профилактической работе на выявление преморбидных нарушений в соответствии с изменениями в параметрах КЖ.

Результаты работы могут служить методологической основой для дальнейших клинико-психопатологических, психологических и социологических исследований КЖ в дифференцированных группах населения.

Положения, выносимые на защиту:

1. Комплексная оценка характеристики формирования и течения опиоидной наркомании становится достаточной только после учёта медико-социальных последствий зависимости, одним из признаков которой может служить оценка «качества жизни пациента».
2. Нарушение «качества жизни пациента» является важным признаком социальной динамики, который дополняет клинический факт перехода эпизодического употребления наркотика в сформировавшуюся зависимость с достоверной диагностикой наркомании.
3. Опиоидная наркомания ведет к деструкции «качества жизни пациента», которая определяет адаптацию не общим уровнем, а по дискретным сферам психической деятельности, в соответствии с условиями общественных отношений, отражая уровень здоровья и заболеваемости наркоманией.
4. Темп формирования и тяжесть течения зависимости при опиоидной наркомании конгруэнтны изменению «качество жизни пациента» по этапам: рост субъективной оценки, прогрессирующее снижение и деструкции качества жизни.

Объем и структура работы. Объем диссертации составляет 146 страниц машинописного текста и состоит из введения, четырех глав, заключения, практические рекомендации, выводов, списка сокращений и условных обозначений, списка литературы (183 источника: из них 71 отечественных и 112 иностранных) и списка иллюстративного материала. Работа иллюстрирована 29 таблицами, 16 рисунками.

Реализация и внедрение результатов исследования.

Полученные в ходе исследования результаты используются в повседневной деятельности ГУЗ МО «Щелковский наркологический диспансер». На основе полученных результатов исследований разработаны методические рекомендации, которые применяются в практической работе наркологической службы Московской области. Научные положения работы внедрены в учебный процесс додипломного обучения на кафедре психиатрии и медицинской психологии Дальневосточного государственного медицинского университета (ДВГМУ), а также постдипломного образования на кафедре психиатрии и наркологии с курсом психотерапии ДВГМУ.

Апробация полученных данных и результатов исследования.

Апробация диссертационной работы проведена на заседаниях проблемной и объединенной проблемной комиссий ФГБУ «Национальный научный центр наркологии» Минздрава России (ННЦН). Основные положения диссертационной работы доложены и обсуждены на VI Российском съезде

врачей-инфекционистов (Санкт-Петербург, 2003), II Всероссийской научно-практической конференции «Проблемы наркомании – 2003» (Самара, 2003), Московском областном семинаре-совещании «Организационные и клинические аспекты оказания наркологической помощи в Московской области» (Мытищи, 2003), V Всероссийском научно-практическом форуме "Здоровье нации – основа процветания России" (Москва, 2009), научно-практической конференции «Актуальные вопросы психиатрии и наркологии» (Хабаровск, 2010), научно-практической конференции «Наркология-2010», посвященной 25-летию ФГУ ННЦ наркологии Минздравсоцразвития России (Москва, 2010).

По материалам диссертации опубликовано 10 работ, из них 3 в журналах, включенных в перечень российских рецензируемых журналов, утвержденный Высшей аттестационной комиссией.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Клинический материал и методы исследования

Материалом исследования стали 112 лиц с эпизодическим употреблением опиоидов и 112 пациентов с зависимостью от опиоидов – как мужчин, так и женщин.

Критерии включения в исследование: пагубное (с вредными последствиями) употребление опиоидов или эпизодическое употребление (F11.1); зависимость от опиоидов (F11.2). Группа лиц с эпизодическим употреблением и группа пациентов с зависимостью от опиоидов, набиралась исходя из основных критериев диагностики в соответствии с МКБ-10.

Критерии исключения: сопутствующие психические заболевания эндогенной природы; острые психотические расстройства; тяжелые соматические заболеваниями; период беременности и лактации; возраст моложе 18 лет и старше 50.

Методы исследования: клинико-психопатологический, экспериментально-психологический, статистический.

На каждого обследованного заполнялась анкета русской версии опросника Всемирной Организации Здравоохранения ВОЗКЖ-100 (100 вопросов), адаптированного Санкт-Петербургским научно-исследовательским психоневрологическим институтом им. В.М. Бехтерева (1998 г.), валидизированого в широкомасштабном исследовании в России.

Окончательная структура сфер и субсфер опросника такова:

Г. Общее качество жизни и состояние здоровья

I. Физическая сфера

F1. Физическая боль и дискомфорт

F2. Жизненная активность, энергия и усталость

F3. Сон и отдых

II. Психологическая сфера

- F4. Положительные эмоции
- F5. Мышление, обучаемость, память и концентрация (познавательные функции)
- F6. Самооценка
- F7. Образ тела и внешность
- F8. Отрицательные эмоции

III. Уровень независимости

- F9. Подвижность
- F10. Способность выполнять повседневные дела
- F11. Зависимость от лекарств и лечения
- F12. Способность к работе

IV. Социальные отношения

- F13. Личные отношения
- F14. Практическая социальная поддержка
- F15. Сексуальная активность

V. Окружающая среда

- F16. Физическая безопасность и защищенность
- F17. Окружающая среда дома
- F18. Финансовые ресурсы
- F19. Медицинская и социальная помощь (доступность и качество)
- F20. Возможности для приобретения новой информации и навыков
- F21. Возможности для отдыха и развлечений и их использование
- F22. Окружающая среда вокруг (загрязненность/шум/климат/привлекательность)
- F23. Транспорт

VI. Духовная сфера

- F24. Духовность/религия/личные убеждения

Опросник ВОЗКЖ-100 предназначен для получения профиля качества жизни. Общий показатель качества жизни и все значения по сферам шкалируются в позитивном направлении, то есть более высокие значения обозначают более высокое качество жизни. Сферы и субсферы проранжированы по следующим баллам (уровень индикатора): с 4 до 6 баллов - очень плохое КЖ; с 7 до 10 баллов - плохое КЖ; с 11 до 13 баллов - среднее КЖ; с 14 до 17 баллов - хорошее КЖ; с 18 до 20 баллов - очень хорошее КЖ. При оценке интенсивности индикатора использовались целые числа, т.к. колебания дробной части числа принципиально не отражались на математической значимости индикатора. Округление проводилось по математическим правилам.

РАСЧЕТ ЗНАЧЕНИЙ СУБСФЕР. Каждая субсфера состоит из 4 вопросов. Значения субсфер получаются путем простого суммирования ответов на вопросы. Суммирование производится в соответствии с позитивной или негативной ориентацией субсферы. Для позитивно ориентированных субсфер любой негативно ориентированный пункт суммируется с обратным знаком (что достигается его вычитанием из б).

Для негативно ориентированной субсферы любой позитивно ориентированный пункт также суммируется с обратным знаком. Большим значениям субсфер соответствует более высокое качество жизни в них.

РАСЧЕТ ЗНАЧЕНИЙ СФЕР. Каждая субсфера делает равный вклад в значение сферы. Однако все сферы содержат различное количество субсфер. Поэтому для достижения сопоставимости значения сфер усредняются по следующим формулам:

- «Физическая сфера»: $F1 + F2 + F3 / 3$;
- «Психологическая сфера»: $F4 + F5 + F6 + F7 + F8 / 5$;
- «Уровень независимости»: $F9 + F10 + F11 + F12 / 4$;
- «Социальные взаимоотношения»: $F13 + F14 + F15 / 3$;
- «Окружающая среда»: $F16 + F17 + F18 + F19 + F20 + F21 + F22 + F23 / 8$;
- «Духовная сфера»: в ядерном модуле значение данной сферы совпадает с суммой ответов на вопросы субсферы «Духовность, религия, личные убеждения» (F24).

РАСЧЕТ ОБЩЕЙ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ. Суммарная итоговая оценка качества жизни респондента рассчитывается как сумма значений шести основных сфер качества жизни опросника ВОЗКЖ-100.

ПРОПУЩЕННЫЕ ЗНАЧЕНИЯ. Если в ответах на вопросы субсферы пропущен один пункт, в расчетах вместо значения ответа на него используется среднее значение для трех пунктов, ответ на которые имеется. Если не получено два или более ответов на вопросы отдельной субсферы, данная субсфера не рассчитывается.

Если при расчёте отдельной сферы невозможно рассчитать значение одной (а для сферы «Окружающая среда» - двух) из составляющих ее субсфер, значение этой субсферы принимается как равное среднему значению, вычисляемому для имеющихся субсфер. Если невозможно рассчитать большее число субсфер, расчет значения данной сферы не производится. В этом случае не производится и расчет итоговой оценки качества жизни.

Поскольку в ядерном модуле опросника ВОЗКЖ-100 «Духовная сфера» состоит только из одной субсферы, то, в случае наличия пропущенных ответов, она рассчитывается по правилу, принятому для субсфер.

Статистическая обработка результатов проведена с использованием табличного процессора MO Exell 2007 и статистического пакета «SPSS 17.0» for Windows.

Для статистической обработки результатов измерений применялись параметрические методы с использованием парного t-критерия Стьюдента в зависимых и в независимых выборках. Рассчитывались средние показатели и ошибки среднего показателя ($M \pm m$). Различия считались достоверными при $p < 0,05$.

По указанным причинам для проверки гипотезы о значимости различий между средними показателями воспользовались t -критерием Стьюдента рассчитываемому по формуле:

$$t = \frac{M_1 - M_2}{\sqrt{m_1^2 + m_2^2}} \leq t_{\alpha}$$

где M_1, M_2 - выборочные средние (до и после лечения; причем, под индексом 1 всегда подразумевается большее значение из них), а в знаменателе в корне стоит сумма оценок дисперсий этих средних.

Соответствие данных нормальному распределению устанавливалось путем применения критерия согласия Колмогорова – Смирнова.

Сравнение групп по количеству респондентов, определяемых данным признаком осуществлялось с помощью критерия согласия Пирсона для двух независимых выборок:

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^e \frac{(n_i - n_i')^2}{n_i'}$$

Использовался U -критерий Манна-Уитни (англ. *Mann-Whitney U test*) — непараметрический статистический критерий, используемый для оценки различий между двумя выборками по уровню какого-либо признака, измеренного количественно. Позволяет выявлять различия в значении параметра между малыми выборками. Этот метод определяет, достаточно ли мала зона перекрещивающихся значений между двумя рядами (ранжированным рядом значений параметра в первой выборке и таким же во второй выборке). Чем меньше значение критерия, тем вероятнее, что различия между значениями параметра в выборках достоверны.

Определить значение U -критерия Манна-Уитни по формуле:

$$U = n_1 \times n_2 + \frac{n_1 \times (n_1 + 1)}{2} - T_1$$

Где n_1, n_2 - количество пациентов в первой и второй выборке

n_x - количество пациентов с большей суммой рангов

T_x - большая из двух ранговых сумм

Если полученное значение U меньше табличного или равно ему для избранного уровня статистической значимости, то признается наличие существенного различия между уровнем признака в рассматриваемых выборках. Если же полученное значение U больше табличного, говорит об отсутствии взаимосвязи или корреляции между исследуемыми переменными. Достоверность различий тем выше, чем меньше значение U .

Проверка незначимости различий между оценками дисперсий средних проводилась по стандартному F -критерию на том же уровне значимости $p = 0.05$. Обозначения значимости различий осуществляется по средствам написания знака * в пункте конкретной таблицы, * = 0,05; ** = 0,01; *** = 0,001. Значения параметров базисной (социально-медицинские показатели) и клинической (предиспозиционные и

преципитирующие факторы, трудовая и социальная адаптация, соматовегетативная структура, психопатологические изменения, пароксизмальные расстройства) карт оценивались в относительных показателях в группах представителей с различными типами преморбидных расстройств.

Характеристика состава исследуемой группы представлена следующим образом. По половым признакам: в группе эпизодических потребителей преобладали мужчины - 90 человек (80,4%), женщин - 22 человека (19,6%). В группе зависимых от опиоидов также преобладали мужчины - 84 человека (75,0%), женщин - 28 человек (25,0%). По возрасту, больные распределились по 3-летнему периоду (Таблица № 1).

Таблица - 1 Возраст больных

Возраст	Общее количество			
	Эпизодически употребляющие		Зависимые	
	Абс. число	%	Абс. число	%
18-20	39	34,8 ***	8	7,1 ***
21-23	24	21,4	19	17,0
24-26	16	14,3 **	31	27,7 **
27-29	15	13,4 *	25	22,3 *
30-32	14	12,5	19	17,0
Более 32	4	3,6	10	8,9
Всего:	112	100	112	100

Хи-квадрат 41,73; значимость различий 0,001 ***

Полученные результаты свидетельствуют о том, что в группе эпизодически употребляющих наибольшее число лиц отмечалось - в возрасте 18-20 лет - 39 человек (34,8%), а наименьшее - в возрасте более 33 лет - 4 человека (3,6%). В группе больных наркоманией преобладают лица в возрастном периоде от 24 до 26 лет - 31 человек (27,7%); наименьшее число лиц оказались в возрастном периоде от 18-20 лет - 8 человек (7,1%), более 33 лет - 10 человек (8,9%).

Средний возраст эпизодически употребляющих составил - $21,9 \pm 4,3$, а средний возраст зависимых составил $26,5 \text{ лет} \pm 4,5$ года. Возрастной период от 24 до 29 лет чаще отмечается у зависимых, нежели в группе эпизодически употребляющих ($p \leq 0,05$).

Таким образом, возрастной состав обеих групп достоверно не различается и отвечает общим аналитическим принципам в изучении становления наркотической зависимости.

Для проведения анализа значимости преморбидных факторов в развитии опийной наркомании когорты эпизодически употребляющих опиоиды и зависимых от опиоидов разделены нами на 4 группы:

- к группе I отнесены лица, обнаруживавшие различного рода невротические расстройства, данная группа набиралась в соответствии с критериями МКБ-10: невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (F40-48);

- к группе II отнесены лица с расстройствами личности по критериям МКБ-10: расстройства личности (F60-69);

- в группу III включены лица, в преморбиде у которых обнаруживались органические психические расстройства, группу определили критерии МКБ-10: расстройство личности и поведения вследствие болезни, повреждения и дисфункции головного мозга (F07);

- группу IV составили исследуемые без предшествующих психических расстройств (Таблица № 2).

Таблица - 2 Тип предшествующих зависимости расстройств

Группы	Невротические расстройства		Расстройства личности		Органические расстройства		Без преморбидных расстройств	
	группа I		группа II		группа III		группа IV	
	Абс. чис.	%	Абс. чис.	%	Абс. чис.	%	Абс. чис.	%
Эпизодически употребляющие	10	8,9	14	12,5	21	18,8	67	59,8
Зависимые	32	28,6	28	25	27	24,1	25	22,3

Давность употребления опиоидов колебалась в пределах от 1 года до 10 лет (Таблица № 3).

Таблица 3 - Длительность злоупотребления опиоидов до факта диагностики наркомании

	От 6 мес. до 1 года		От 1 года до 2-х лет		От 2-х до 5 лет		Свыше 5 лет	
	Абс. чис.	%	Абс. чис.	%	Абс. чис.	%	Абс. чис.	%
I	7	26,9***	12	35,3 **	8	21,6	5	33,3 *
II	8	30,8***	7	20,6 **	10	27,1	3	20,0 *
III	8	30,8***	10	29,4 **	7	18,9 **	2	13,4
IV	3	11,5***	5	14,7 **	12	32,4 **	5	33,3 *
Всего	26	100,0	34	100,0	37	100,0	15	100,0
χ^2		0,001***		0,01 **		0,01 **		>0.05 *

Полученные результаты, отраженные в таблице, свидетельствуют о том, что диагностика факта употребления психоактивного вещества (ПАВ), а также установления наркотической зависимости обнаруживается у лиц с преморбидной патологией гораздо раньше, чем у лиц без преморбидных расстройств. Преморбидная патология в данных наблюдениях не относится к основному заболеванию (наркомании), а регистрирует другого рода расстройства, после которого развивается зависимость. Объясняется это теми особенностями дезадаптации, которые связаны не столько с употреблением ПАВ, сколько с нарушением поведения, приводящим к необходимости обращения к психиатру или психиатру-наркологу. Как видно из таблицы 3, диагностика опиоидной наркомании в первых трех группах происходит достоверно чаще ($\alpha 0,001$).

У лиц IV группы отмечалось более адаптивное поведение и стремление скрыть употребления опиоидов, что позволяло им избегать конфликтных ситуаций, требующих медицинских вмешательств.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЯ

Результаты наших исследований позволили установить ряд возникающих взаимовлияний факторов риска и изменений качества жизни в процессе первичной опиоидной зависимости. Изначально важный интерес представляют результаты показателей КЖ у пациентов с диагностированным эпизодическим употреблением опиоидов.

Качество жизни при эпизодическом употреблении опиоидов в зависимости от типа преморбидных расстройств

Результаты в I-й группе с преморбидными невротическими расстройствами, свидетельствуют о том, что субъективное КЖ при эпизодическом употреблении опиоидов находится на хорошем и среднем уровнях (Таблица № 4)

Таблица - 4 Качество жизни при эпизодическом употреблении опиоидов у лиц с невротическими расстройствами

№	Тип сферы КЖ	Уровень интенсивности индикатора
1	Физическая сфера	13
2	Психологическая сфера	13
3	Уровень независимости	12 *
4	Социальные отношения	17 *
5	Окружающая среда	16 *
6	Духовная сфера	13

Примечание – «*» отмечены значимые различия ($p < 0,05$).

Наиболее качественно выглядят две сферы: 4 - «Социальные отношения» и 5 - «Окружающая среда»

При анализе сферы «Социальные отношения» обращают на себя внимание высокие показатели всех субсфер. Поэтому возникновение возможности употребления опиоидов воспринимается на уровне высокого качества жизни и не получает внутреннего сопротивления и воспринимается личностью как единственный возможный способ разрешения конфликта и избегание невротических переживаний. В результате одного из эпизодов употребления наркотика этот факт обнаруживается с последующим возникновением негативных ситуационных воздействий.

Во II-й группе с расстройствами личности, хорошие оценки КЖ определяются, во многом, вторичной компенсацией характерологических черт, которые в условиях наркотизации и определяют их высокую оценку (Таблица № 5).

Таблица - 5 Качество жизни при пагубном употреблении опиоидов у лиц с расстройствами личности

№	Тип сферы КЖ	Уровень интенсивности индикатора
1	Физическая сфера	13
2	Психологическая сфера	11 *
3	Уровень независимости	12
4	Социальные отношения	16*
5	Окружающая среда	16
6	Духовная сфера	17*

Примечание – «*» отмечены значимые различия ($p < 0,05$).

Показатели сферы «Окружающая среда» выше и отражают чувство безопасности, возможности для приобретения новой информации и навыков. Динамика поведенческих реакций у лиц этой группы неустойчива и легко соскальзывает в условиях даже низко стрессовых ситуаций на психопатические поведенческие ответы. При недостаточной удовлетворенности в положительных эмоциях и самооценки возникает желание получить их по средствам употребления опиоидов. Происходит так называемая «псевдоадаптация».

Здесь патогенетическим механизмом зависимости, выступает расстройство личности. Снижение КЖ в данной группе лиц является усугубляющим фактором риска, приводящим к ещё более деструктивному поведению.

В III-й группе с органическими расстройствами личности при общем положительном рейтинге трех сфер: «Психологической сферы»,

«Социальные отношения» и «Окружающая среда», - имеются низкие оценочные категории в «Духовной сфере» (Таблица № 6).

Таблица - 6 Качество жизни при эпизодическом употреблении опиоидов у лиц с органическими расстройствами личности

№	Тип сферы КЖ	Уровень интенсивности индикатора
1	Физическая сфера	13
2	Психологическая сфера	14
3	Уровень независимости	12
4	Социальные отношения	16 *
5	Окружающая среда	15 *
6	Духовная сфера	10 *

Примечание – «*» отмечены значимые различия ($p < 0,05$).

Положительные оценки субъективного свойства объясняются развивающимся облегчением в протекании психических процессов: некоторой расторможенностью, облегченностью высказываний со снятием элементов заторможенности. В социальных отношениях обнаруживается тот же эффект оживленности: появляется новый круг лиц, входящих в интерперсональное общение и учитывающихся в поддержке социальных отношений, хотя и носящих суррогатный характер.

Следовательно, ведущими мотивами у лиц данной группы способствующими закреплению употребления опиоидов с более сильной эйфоризирующей дозой служат основные базовые отклонения в структуре психической деятельности, органической патологии головного мозга.

В IV-й группе лиц без преморбидных личностных расстройств достаточно высокий уровень КЖ выявляется за счет сфер «Уровень независимости», «Окружающая среда» и «Духовная сфера» (Таблица № 7).

Таблица - 7 Качество жизни при эпизодическом употреблении опиоидов у лиц без преморбидных личностных расстройств

№	Тип сферы КЖ	Уровень интенсивности индикатора
1	Физическая сфера	13
2	Психологическая сфера	12
3	Уровень независимости	17 *
4	Социальные отношения	13
5	Окружающая среда	16 *
6	Духовная сфера	16 *

Примечание – «*» отмечены значимые различия ($p < 0,05$).

Сущность высоких оценок КЖ определяется возникающими новыми формами поведения, ранее не свойственными данной группе индивидов, появлением большей самостоятельности, подвижности и общения вне дома с новыми лицами.

Общим для членов данной группы является именно процесс адаптации к иным условиям микросоциума. При этом вдали от привычных традиций школьной среды процесс обучения на новом уровне обычно происходит с существенной долей депривации. Это обусловлено нарастающим конфликтом между кажущейся независимостью от семейно-родительских паттернов воспитания, традиционного жизненно-бытового обеспечения и фактическим сохранением и даже углублением экономической и социально-психологической зависимости от родителей.

Таким образом, по всем приведенным выше параметрам у пациентов в группе лиц без преморбидных расстройств выявлена достоверно значимая зависимость, выражающаяся в том, что существующие факторы риска формирования опиоидной наркомании находятся в прямой связи с развивающимися изменениями в КЖ пациентов.

Такова инфраструктура процесса начального приобщения к употреблению наркотиков.

Качество жизни у больных опиоидной наркоманией в зависимости от типа преморбидных расстройств

В группе I - с преморбидными невротическими расстройствами - КЖ преимущественно захватывали такие сферы как, 4-«Социальные отношения» и 5-«Окружающая среда» (Таблица № 8).

Таблица - 8 Качество жизни зависимых от опиоидов в группе с невротическими расстройствами

№	Тип сферы КЖ	Уровень интенсиности индикатора
1	Физическая сфера	11
2	Психологическая сфера	12 *
3	Уровень независимости	11
4	Социальные отношения	6 *
5	Окружающая среда	7 *
6	Духовная сфера	11

Примечание – «*» отмечены значимые различия ($p < 0,05$).

Наиболее дефектными были показатели в субсфере «Личные отношения», где вместо дружелюбия, любви и поддержки ведущими становились суждения о неприятии близкими, непонимании со стороны

прежних приятелей и сослуживцев. Неадекватно переживались индивидом обязательства перед людьми: они имели однозначно эгоистическую окраску «все им должны». Реальная деятельность выражалась в стремлении к сотрудничеству только в аспекте приобретения наркотиков либо в получении материальных средств для их приобретения. Ответы пациентов демонстрировали также стремление к закрытости своего поведения, лживости, демонстрации лояльности. В то же время при необходимости разделить моменты горя или радости прослеживаются отказные реакции. Индивиды стремятся решить свои проблемы по средствам оскорблений или угроз физической расправы.

Во II-й группе - с расстройствами личности - при общем снижении КЖ наиболее пораженными оказались сферы 4 - «Социальные отношения», 5 - «Окружающая среда», 6 - «Духовная среда» (Таблица № 9)

Таблица - 9 Качество жизни зависимых от опиоидов в группе с расстройствами личности

№	Тип сферы КЖ	Уровень интенсивности индикатора
1	Физическая сфера	12
2	Психологическая сфера	11
3	Уровень независимости	14 *
4	Социальные отношения	7 *
5	Окружающая среда	8 *
6	Духовная сфера	8

Примечание – «*» отмечены значимые различия ($p < 0,05$).

В сфере «Социальные отношения» отчетливой девиации подвергались личностные отношения в сторону огрубления, снижения моральных ограничений, извращения в понимании взаимодействия и реальной деятельности. Снижалось ожидание готовности помощи семьи, друзей, мотивировки обязательности поведения в поддержку других и нарастание негативной оценки роли семьи.

Сфера «Окружающая среда» - характеризуется диффузной измененностью по всем имеющимся субсферам. Показатель защищенности заметно снижается даже у индивидов, имеющих возможность жить без каких-либо ограничений.

В данной группе формируется свойственное для этого круга индивидуумов такая система поведения, которая сама в значительной степени определяет направленность влечения к наркотикам и формирует преобладающие формы реакций на окружающее. На этом фоне проявления снижения качества жизни являются не столько следствием особенностей личностного поведения, сколько действия наркотического вещества как такового.

В III-ей группе с органическими расстройствами самые низкие показатели относятся к сферам 2 - «Психологическая сфера», 4 - «Социальные отношения», 5 - «Окружающая среда» (Таблица № 10).

Таблица - 10 Качество жизни зависимых от опиоидов в группе с органическими расстройствами

№	Тип сферы КЖ	Уровень интенсивности индикатора
1	Физическая сфера	12
2	Психологическая сфера	7 *
3	Уровень независимости	13 *
4	Социальные отношения	9 *
5	Окружающая среда	9
6	Духовная сфера	11

Примечание - «*» отмечены значимые различия ($p < 0,05$).

Изменения в «Психологической сфере» во многом определяются сочетанным воздействием опиоидной интоксикации и органических расстройств, поэтому наиболее заметные отклонения обнаруживаются в субсферах «Познавательные функции», «Самооценка», «Отрицательные эмоции». Мнение индивида о собственном мышлении зачастую невысокое, часто с оправдательными ссылками на плохое запоминание, нежелание и нередко невозможность усваивать новое.

Клинико-социальный анализ патогенетических механизмов проявления начала влечения к наркотикам и последующего формирования зависимости у данной категории лиц схож и приближается к тем механизмам, которые наблюдаются у лиц с экзогенно-органическими расстройствами. Однако в этой группе ведущее место в детерминации первичного поведения занимают когнитивная недостаточность с обстоятельностью и ригидность.

IV-ую группу составили лица без преморбидных расстройств повреждение КЖ обнаружено в наименьшем числе сфер, но, тем не менее, оно было явно измененным и приближалось по некоторым показателям к остальным группам (Таблица № 11).

Таблица - 11 Качество жизни зависимых от опиоидов в группе без преморбидных нарушений

№	Тип сферы КЖ	Уровень интенсивности индикатора
1	Физическая сфера	12
2	Психологическая сфера	13
3	Уровень независимости	7 *
4	Социальные отношения	13
5	Окружающая среда	14 *
6	Духовная сфера	9 *

Примечание - «*» отмечены значимые различия ($p < 0,05$).

Обращает на себя внимание то, что здесь наибольшие изменения развились в сфере 3 - «Уровень независимости», а также в сфере 6 - «Духовная сфера».

Нарушение КЖ в сфере 3 - «Уровень независимости» - начинались с отчетливых затруднений в субсфере «Подвижность», которые отразились на ответах пациентов, свидетельствующих о затруднениях передвижений. Продолжением этих отклонений являются трудности в выполнении повседневных дел.

Отмечено, что пациенты этой группы редко придерживались назначенной терапии, поэтому возникающее снижение КЖ в связи с симптомами зависимости, особенно тяжело переживалось индивидуумом, приобретало качество повторяемых переживаний, служило толчком к употреблению и ведущим мотивом применения опиоидов являлось стремление снять отрицательные переживания, связанные с фактом снижения КЖ.

Показатели динамики КЖ при формировании опиоидной наркомании вне зависимости от наличия различных преморбидных расстройств на этапе эпизодического употребления большинство субъективных показатели КЖ выше, чем при сформированной зависимости. Это происходит за счет псевдокомпенсации преморбидных психопатологических и психологических расстройств.

В это же время видим, что при сформированной зависимости обрушиваются показатели КЖ, даже у пациентов без преморбидных расстройств.

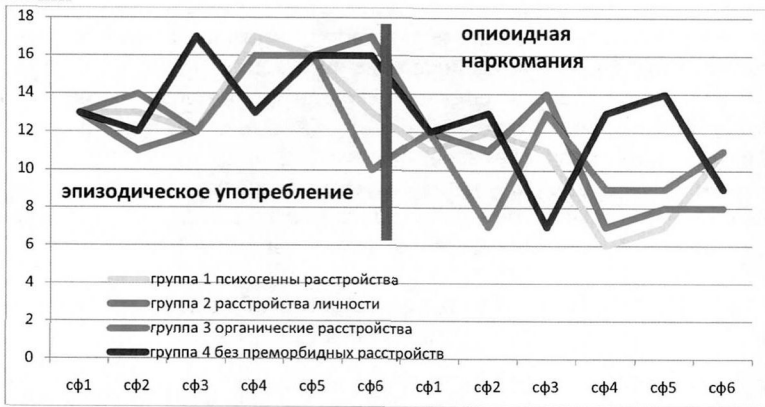
Таким образом, факт понижения качества жизни при формировании опиоидной наркомании является дополнительным индикатором и инструментом прогноза перехода от эпизодического употребления к зависимости.

На рисунке представлены сводные показатели динамики КЖ при формировании опийной наркомании. Видно, что вне зависимости от наличия различных преморбидных расстройств на этапе эпизодического употребления большинство субъективных показатели КЖ выше, чем при сформированной зависимости. Это происходит за счет псевдокомпенсации преморбидных психопатологических и психологических расстройств.

В это же время видим, что при сформированной зависимости обрушиваются показатели КЖ, даже у пациентов без преморбидных расстройств.

Таким образом, факт понижения качества жизни при формировании опийной наркомании является дополнительным индикатором и инструментом прогноза перехода от эпизодического употребления к зависимости.

Рисунок - Изменение качества жизни при формировании опиоидной наркомании



Соотношения качества жизни с клиническими характеристиками опиоидной наркомании

Из круга клинических проявлений опиоидной наркомании нами для клинико-динамического анализа взяты наиболее информативные, которые достаточны для вывода о динамике заболевания. К таким проявлениям относятся:

- патологическое влечение к опиоидам;
- повышение толерантности к опиоидам;
- наличие абстинентного синдрома при опиоидной наркомании.

Изучение всей когорты больных опиоидной наркоманией позволило разделить их на две группы. Первую группу составили 42 человека, страдающих преимущественно обсессивным влечением, вторую – 70 человек, у которых было обнаружено компульсивное влечение к опиоидам.

Несмотря на разницу клинических проявлений обсессивного и компульсивного патологического влечения, достоверной разницы в изменениях КЖ получено не было.

Другие признаки наркотической зависимости – повышенная толерантность к наркотику и абстинентный синдром – рассматривался нами в едином синдромокинезе. Динамика их изменений совпадала с динамикой патологического влечения.

Клинико-динамические закономерности развития опиоидной наркомании имеют высокую патогенетическую взаимозависимость, которые позволяют сделать доказательным диагностический процесс. Поэтому при изучении изменения КЖ обнаружена та же взаимозависимость, которая установлена для общих закономерностей течения опиоидной наркомании.

В свою очередь, актуализация влечения к опиоидам стимулируется разнообразными функциональными изменениями толерантности и абстинентного синдрома на всех уровнях: соматическом, неврологическом, психическом. Поэтому возникающие изменения приводят к ухудшению КЖ. Такая реактивная лабильность усиливает патологическое влечение к наркотику и приводит к объективному нарушению адаптации, и совпадает с низкой оценкой качества жизни пациента.

Поэтому, при изучении качества жизни больных опиоидной наркоманией были получены оценочные уровни. Первой девиации подвергалась «Психологическая сфера» (Таблица № 12).

Таблица - 12 Изменение толерантности и абстинентный синдром и качество жизни

№	Тип сферы КЖ	Уровень интенсивности индикатора
1	Физическая сфера	6 *
2	Психологическая сфера	6
3	Уровень независимости	10
4	Социальные отношения	11 *
5	Окружающая среда	9 *
6	Духовная сфера	11

Примечание – «*» отмечены значимые различия ($p < 0,05$).

Вся последующая динамика деструкции КЖ жестко привязана к клинической динамике наркомании. Вслед за «Психологической сферой» происходила девиация сферы «Окружающая среда», затем «Физической сферы», сферы «Социальные отношения», и в завершение патологической картины болезни - деструкция «Духовной сферы» и сферы «Уровень независимости».

По КЖ у пациентов наблюдались нарушения в виде устойчивого смещения продуктивности всех психических функций: внимания, процессов обобщения и абстрагирования - до уровня конкретно-ситуационных связей, процесса опосредования, механической памяти. Нарушался процесс приобретения новых знаний и навыков, преобладали поверхностные ассоциации и стереотипные сленговые суждения.

Происходящие нарушения КЖ меняют социальный статус индивида и, под давлением семейных, производственных, общественных факторов, а также тяжестью соматического состояния, вынуждают его обращаться за врачебной помощью, что и обусловило их поступление в стационар. Поэтому введение в круг уже существующих методов оценочных результатов КЖ, позволяет доказательно и в более ранний период выработать клинко-социальные диагностические рекомендации.

ВЫВОДЫ

1. Показатели качества жизни у лиц с эпизодическим употреблением доказательно отличаются от показателей качества жизни у лиц с зависимостью от опиоидов. Отличия характеризуются тем, что изученные сферы КЖ при эпизодическом употреблении находятся на высоком и хорошем уровнях. При возникновении наркотической зависимости показатели КЖ значительно снижаются и переходят к низким оценкам. Комплексный подход к дифференциальной диагностики премоурбидных расстройств при эпизодического употребления и опиоидной зависимости становится достаточным при дополнительном учете признаков качества жизни пациента.

2. Премоурбидные клиничко-психопатологические расстройства и качество жизни влияют в различной степени на процесс формирования опиоидной зависимости. Наличие премоурбидных клиничко-психопатологических расстройств способствует ускорению формирования опиоидной зависимости. При отсутствии премоурбидных расстройств на процесс формирования опиоидной зависимости в значительной степени влияют изменения качества жизни пациента. При их сочетании процесс формирования ускоряется. Поэтому итоговый результат определяется их взаимовлиянием.

3. Качество жизни больных опиоидной наркоманией имеет взаимозависимые соотношения, которые определяются на первом этапе развивающейся зависимостью от наркотика. На следующем этапе, когда углубляется патологическое влечение к наркотику, происходит деструкция качества жизни. Сами нарушения качества жизни выступают не только в роли результирующего расстройства вследствие опиоидной наркомании, но и в виде инвестора тяжести патологического процесса.

4. Опиоидная наркомания ведет к деструкции качества жизни и нарушению адаптации по отдельным сферам качества жизни, при этом возникающие изменения конгруэнтны темпу формирования и тяжести течения зависимости. Клиничко-динамические механизмы патологического влечения при опиоидной наркомании являются причинным фактором развивающихся изменений качества жизни. После этого происходит почти параллельное появление всех остальных признаков наркотической зависимости и, как следствие – продолжения снижения качества жизни, совпадающее с объективным нарушением адаптации. Деструкция качества жизни является фактологическим образованием, которое дополняет общепризнанные параметры прогрессивности опиоидной наркомании.

5. При лечебной и профилактической работе с пациентами с пагубным употреблением с вредными последствиями, необходимо рассматривать в комплексе наличие предшествующей патологии (невротических расстройств, расстройств личности, органических расстройств) и изменения качества жизни в различных сферах.

6. При проведении лечебных программ и программ медико-социальной реабилитации для больных опиоидной зависимостью необходимо дифференцировано учитывать относительно сохранные дискретные сферы КЖ, которые поддаются коррекции. В частности, таковыми при эпизодическом употреблении в группе с преморбидными расстройствами наиболее перспективны для реабилитации являются сферы: «социальные отношения» и «окружающая среда». В группе без преморбидных расстройств таковыми являются сферы: «уровень независимости», «окружающая среда» и «духовная сфера». У лиц с зависимостью от опиоидов в группе с преморбидными расстройствами наиболее перспективны для реабилитации являются сферы: «физическая сфера» и «уровень независимости». В группе без преморбидных расстройств таковыми являются сферы: «психологическая сфера», «социальных отношений» и «окружающей среды».

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Колотилин, М.Г. Методологическое исследование качества жизни пациентов с наркотической зависимостью, сочетающейся с социально значимыми заболеваниями / М.Г. Колотилин, Д.А. Барков // VI Российский съезд врачей-инфекционистов – СПб. – 2003. – С. 27 – 28.
2. Колотилин, М.Г. Понятие «Качества жизни» у инъекционных наркопотребителей в сочетании с вирусными гепатитами В и С / М.Г. Колотилин, Д.А. Барков // VI Российский съезд врачей-инфекционистов – СПб.- 2003. – С. 28 – 29.
3. Колотилин, М.Г. Перспективы создания модели организации наркологической службы с целью профилактики наркомании, сочетающейся с социально значимыми заболеваниями / С.М. Мостовой, М.Г. Колотилин, Д.А. Барков // VI Российский съезд врачей – инфекционистов – СПб. – 2003. – С. 29 – 30.
4. Колотилин, М.Г. Понятие «качества жизни» у пациентов с наркотической зависимостью, сочетающейся с социально значимыми заболеваниями / М.Г. Колотилин, Д.А. Барков // II Всероссийская научно-практическая конференция «Проблемы наркомании – 2003» – Самара. – 2003. – С. 14 – 15.
5. Колотилин, М.Г. Качество жизни при наркотической зависимости и инфицированности ВИЧ и гепатитами В и С / С.В. Литвинцев, Д.А. Барков, Е.Ю. Соловьев, М.Г. Колотилин // Наркология. – 2004. – № 3. – С. 48 – 49.

6. Колотилин, М.Г. Качество жизни при наркотической зависимости и инфицированности ВИЧ и гепатитами "В" и "С" / М.Г. Колотилин, О.Г. Козлова // материалы научно-практической конференции «Актуальные вопросы психиатрии и наркологии» – Хабаровск. – 2010. – С. 107 – 110.
7. Колотилин, М.Г. Изменения качества жизни и здоровья при формировании опиоидной наркомании / Г.Ф. Колотилин, Колотилин М.Г. //материалы научно-практической конференции «Наркология-2010» – Москва. – 2010. – С. 78 – 80
8. Колотилин, М.Г. Изменение качества жизни как фактора риска развития опиоидной наркомании / М.Г. Колотилин // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – Москва. – 2012. – № 6. – С. 17 – 26.
9. Колотилин, М.Г. Роль качества жизни в развитии опиоидной наркомании / М.Г. Колотилин // Современные наукоемкие технологии – 2012. – № 6 – С. 14 – 20.
10. Колотилин, М.Г. Оценка качества жизни при формировании опиоидной наркомании / С.В. Литвинцев, М.Г. Колотилин, Т.В. Агибалова // Вопросы наркологии. – 2014. – № 3. – С. 64 – 72.

2

Подписано в печать 29.07.2014г.

Усл.п.л. – 1.0

Заказ № 22102

Тираж: 100 экз.

Копицентр «ЧЕРТЕЖ.ру»

ИНН 7701723201

107023, Москва, ул.Б.Семеновская 11, стр.12

(495) 542-7389

www.chertez.ru