

Изменения качества жизни больных с синдромом зависимости в динамике терапии: результаты клинико-катамнестического исследования

БОЙКО Е.О.

к.м.н., зав. отделением специализированной клинической психиатрической больницы №1, Краснодар

Было проведено клинико-катамнестическое исследование качества жизни (КЖ) больных с зависимостью от алкоголя или опиатов в процессе длительной терапии. Цель исследования заключалась в определении влияния заболевания на физическое, психическое и социальное состояние больных в процессе длительной терапии. В исследовании принимало участие 270 пациентов с зависимостью от опиатов или алкоголя. Исследование показало, что опросник SF-36 по КЖ чувствителен к изменениям интенсивности синдрома патологического влечения, точно отражает изменения физического и эмоционального состояния больных, а полученные результаты совпадают с объективно наблюдаемыми клиническими проявлениями. Было показано, что изменения по векторам опросника КЖ можно использовать в качестве прогностических критериев возможного развития рецидива заболевания. Было отмечено перспективное использование полученных результатов именно в реабилитационном процессе.

Введение

В последние десятилетия интерес к концепции КЖ стремительно возрастает [3]. У исследователей и врачей возникают вопросы как о самом понятии КЖ, так и о том, зачем его нужно измерять, что эти измерения могут дать больным и каким доступным способом можно измерить его показатель [1, 2, 3].

Особое значение в настоящее время имеет оценка эффективности и безопасности проводимого лечения. И наиболее полную картину в данном случае можно получить, используя в качестве инструмента оценки эффективности терапии, опросники КЖ и социального функционирования. Однако в наркологической практике существуют определенные сложности терапевтического процесса, которые связаны с трудной курабельностью больных с синдромом зависимости, их низкой мотивацией к лечению, низким комплаенсом, неустойчивостью ремиссий и склонностью к частым рецидивам [4, 7, 8, 10]. Многие исследователи отмечают, что стабильность ремиссии, ее длительность, отсутствие признаков патологического влечения к психоактивным веществам (ПАВ) прямо связаны с улучшением КЖ наркологических больных [5, 6, 11, 12].

В настоящее время наблюдается стремительный рост количества научных работ, посвященных изучению различных аспектов КЖ, социального функционирования, работоспособности, в том числе у психически больных и больных наркологического профиля [4, 5, 6, 9, 11, 12, 13]. К сожалению, в России подобного рода исследований пока еще очень мало [1, 2, 3].

В связи с актуальностью проблемы была сформулирована цель предпринятого исследования: изучить влияние заболевания на физическое, психическое и со-

циальное состояние больных в процессе длительной терапии. Наиболее важными задачами исследования было изучение влияния различных параметров заболевания (синдрома зависимости) на шкалы КЖ в сравнительном аспекте, кроме того, особый клинический интерес представляло выделение динамичных (поддающихся изменению) и более инертных осей КЖ.

Пациенты и методы исследования

В исследовании принимало участие 270 пациентов, проходивших стационарное и/или амбулаторное лечение в СКПБ №1 г.Краснодара. Выборка была представлена больными с опиатной (120 пациентов) и алкогольной зависимостью (150 пациентов). Диагностика состояний проводилась по МКБ-10. Исследование проходило в период с 2003 по 2007 гг. Длительность набора материала составила 3,5 года, период катамнестического наблюдения составил 1,5—2 года.

В исследование включались больные:

- с опиатной (героиновой) зависимостью;
- сформированным опийным абстинентным синдромом;
- алкогольной зависимостью средней стадии;
- сформированным алкогольным абстинентным синдромом;
- психическими и поведенческими расстройствами, связанными с синдромом зависимости;
- наличием родственников (для объективизации полученных от пациентов данных).

Из исследования исключались пациенты:

- с возможной коморбидной патологией (сопутствующими психическими заболеваниями, аффективными расстройствами в преморбиде и пр.);

- с сочетанной наркологической патологией;
- патологическим влечением к азартным играм;
- острыми психотическими расстройствами;
- хроническими соматическими заболеваниями в стадии обострения.

Большинство больных составили лица зрелого возраста — более 90% в возрасте до 35 лет. В рассматриваемой выборке больных отмечалась высокая плотность наследственной отягощенности алкоголизмом, наркоманиями и различными психическими расстройствами, которая составила более 60%. Анализ структуры личности в преморбиде позволил установить преобладание неустойчивых, возбудимых, истероидных и конформных черт. Среди больных преобладали лица со средним и среднеспециальным образованием. Начало приема алкоголя и первые пробы наркотиков у подавляющего большинства больных отмечались в возрасте от 12 до 14 лет, курение — в возрасте от 10 до 13 лет. Начало приема героина приходилось в большинстве случаев на возраст 16—17 лет. Длительность заболевания в выборке варьировала в широких пределах: от 6 мес. до 8 лет.

Соматическая отягощенность на момент включения в исследование определялась более чем у 80% пациентов. В основном диагностировалось поражение печени различной этиологии (вирусной, токсической, смешанной) и глубины (начальные проявления или хронический процесс). Второй по частоте поражения была сердечно-сосудистая система — токсическое поражение сердца. Изменения личности, наступившие в результате употребления ПАВ, были выявлены практически у всех больных и чаще всего были представлены психопатоподобными расстройствами и морально-этическим снижением.

Основными методами исследования были клинический, катamnестический, статистический. Для исследования КЖ больных использовался опросник SF-36 (Health status profile — Shot form 36) [14]. В его структуре выделено 8 векторов: 1 — физическая активность (ФА); 2 — ролевое физическое функционирование (РФФ); 3 — боль (Б); 4 — общее здоровье (ОЗ); 5 — жизнеспособность (ЖС); 6 — социальная активность (СА); 7 — ролевое эмоциональное функционирование (РЭФ); 8 — психическое здоровье (ПЗ).

Терапия выбранного контингента пациентов строилась с учетом знаний об этапности и комплексности терапевтического процесса. На 1-м этапе проводилось купирование абстинентных расстройств и выраженных соматических последствий хронической интоксикации ПАВ. На 2-м этапе — купирование психопатологических расстройств, связанных с синдромом патологического влечения, и продолжение купирования токсических последствий употребления ПАВ. На 3-м этапе на-

значалась противорецидивная терапия, направленная на предупреждение ранних рецидивов заболевания. В терапевтических программах использовались различные группы препаратов, основными из которых были антипсихотики, антидепрессанты, нормотимики, блокаторы опиатных рецепторов.

Описательный статистический анализ проводился с применением программ SPSS 11.5 for Windows; Microsoft Excel 2000 (версия 7.1). Проводилось межгрупповое и внутригрупповое сравнение. Проверялась достоверность изменения каждого параметра (патологическое влечение к ПАВ, аффективные, вегетативные, астенические расстройства, нарушения сна и поведения) с учетом времени и периодичности течения данных расстройств. При нормальном распределении выборок по гистограмме частот критерием Колмогорова—Смирнова, Манна—Уитни по эксцессу и асимметрии достоверность различий оценивалась по критерию Стьюдента; при ненормальном — по ранговому критерию Вилкоксона. Для оценки корреляционных взаимосвязей применялся 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. Различия средних величин, а также корреляционные связи признавались достоверными при уровне значимости $p < 0,05$ или 0,01. В случае представления данных в виде $M \pm m$: M — средняя арифметическая, m — стандартная ошибка средней.

Результаты исследования

Анализ рецидивирования

При анализе КЖ на этапе ремиссии количество пациентов в группе колебалось в связи с закономерным течением заболевания и выходом определенной части больных из исследования. Так, при оценке КЖ больных с ремиссией длительностью 3 мес. в 1-й группе (зависимость от алкоголя) было опрошено 112 пациентов (75% от первоначального числа), во 2-й группе (зависимость от опиатов) — 86 пациентов (72% от первоначального числа). При оценке КЖ больных с ремиссией 6 мес. в 1-й группе было опрошено 92 пациента (61%), во второй группе — 54 пациента (45%). При оценке КЖ больных с ремиссией 12—18 мес. в 1-й группе было опрошено 84 пациента (56%), а во второй группе — 40 пациентов (33%) (табл. 1).

Количественный анализ рецидивирования в группах показал, что ранние рецидивы (до 3 мес.) наблюдаются у четверти (25%) больных с зависимостью от алкоголя и практически у трети (28%) больных с зависимостью от опиатов (рис. 1).

В целом, пациенты с зависимостью от опиатов представлялись более тяжелой группой: более половины из

Количество интервьюированных пациентов и длительность ремиссии

	Длительность ремиссии		
	До 3 мес.	От 3 до 6 мес.	От 6 до 18 мес.
Больные с алкогольной зависимостью, N=150	112 пациентов (75%)*	92 пациента (61%)	84 пациента (56%)
Больные с опиатной зависимостью, N=120	86 пациентов (72%)	54 пациента (45%)	40 пациентов (33%)

Примечание. * — доля общей выборки пациентов (%)

общей выборки (55%) имели рецидивы заболевания в период до 6 мес., а длительные ремиссии (от 6 до 18 мес.) формировались лишь у 33% больных, прошедших лечение. У больных с зависимостью от алкоголя эти показатели несколько лучше: рецидивы до 6 мес. наблюдаются у 39% пациентов, а длительные ремиссии формируются практически у половины пациентов (46%). Эти данные косвенно свидетельствуют о том, что у больных с зависимостью от опиатов риск развития рецидива сохраняется долго, длительность этого периода не менее 6 мес. У больных с зависимостью от алкоголя длительность периода, когда высок риск развития рецидивов заболевания, меньше, ее можно определить как 3 мес. Полученные результаты позволяют определить длительность комплексного терапевтического вмешательства (лечения и наблюдения) для различных групп больных.

Определение влияния заболевания на физическое состояние больных

Физический компонент здоровья в шкале SF-36 описывается векторами: 1 — физическое функционирование (ФФ); 2 — ролевое физическое функционирование (РФФ); 3 — боль (Б); 4 — общее здоровье (ОЗ).

Показатели физического здоровья достаточно динамичны, более чувствительны к изменению общего состояния здоровья. Динамика в группах представлена ниже.

Изменение физического функционирования в группах на различных этапах заболевания

Субъективная оценка физической активности (физического функционирования) была различной в разных группах пациентов и на различных этапах заболевания.

В период до 10 дней стационарного лечения (купирование абстинентного синдрома) между группами с синдромом зависимости не выявлялось выраженных различий (рис. 2). Физическая активность оценивалась больными как ограниченная, даже после купирования острых расстройств у больных наблюдались значительные трудности при выполнении физических нагрузок, они были неспособны к длительному физическому напряжению. При этом большинство пациентов связывало свою сниженную физическую активность не с проблемами физического здоровья, а с астеническими, зачастую эмоциональными расстройствами.

В период абстинентных расстройств видно, что больными с зависимостью от алкоголя свое состояние переживается тяжело (показатели в пределах 47,2—63,8 при их стремлении в N к 100), однако все же не так, как больными с опиатной зависимостью, где эти показатели значительно ниже (в пределах от 39,3 до 43,6). Статистические различия между группами регистрируются с 5-го по 10-й день

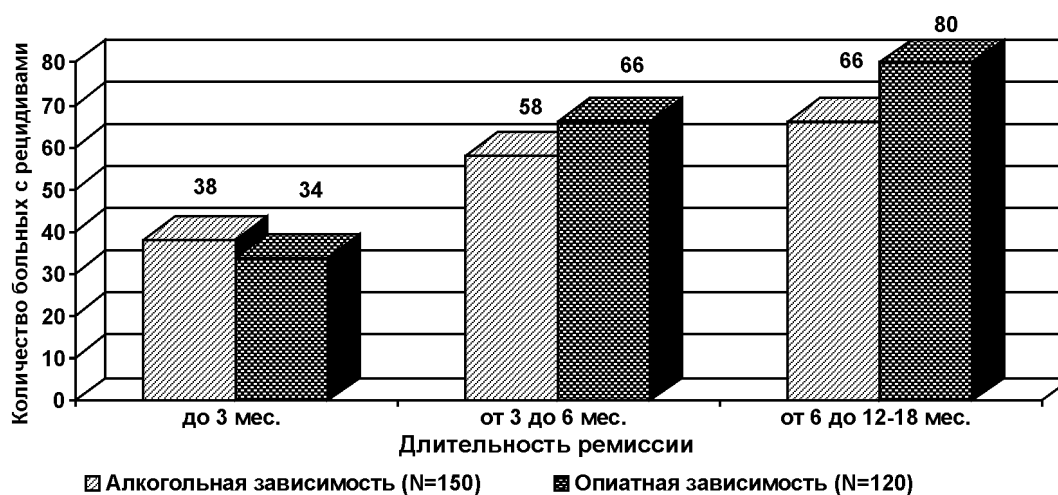


Рис. 1. Профиль рецидивирования в динамике заболевания (сравнение между группами)

с повышением достоверности. То есть ось физической активности более динамична для больных с зависимостью от алкоголя.

Заметная динамика оси прослеживалась у больных с синдромом зависимости лишь на этапе формирования ремиссии (контрольные опросы через 3, 6 и 12—18 мес. воздержания от употребления ПАВ; рис. 3).

Из приведенных данных видно, что показатели физической активности значительно увеличились; у

больных с зависимостью от алкоголя они выше, хотя достоверных различий между группами нет. В то же время, обращает на себя внимание следующая тенденция: у больных с алкогольной зависимостью в период от 3 до 18 мес. воздержания от алкоголя показатель физической активности практически не изменяется (т.е. стабилен), оставаясь на достаточно высоком уровне: колебания от 87,2 до 89. У больных же с опиатной зависимостью наблюдается плавный рост показателей по данной оси: динамика от 74,8 до 83.

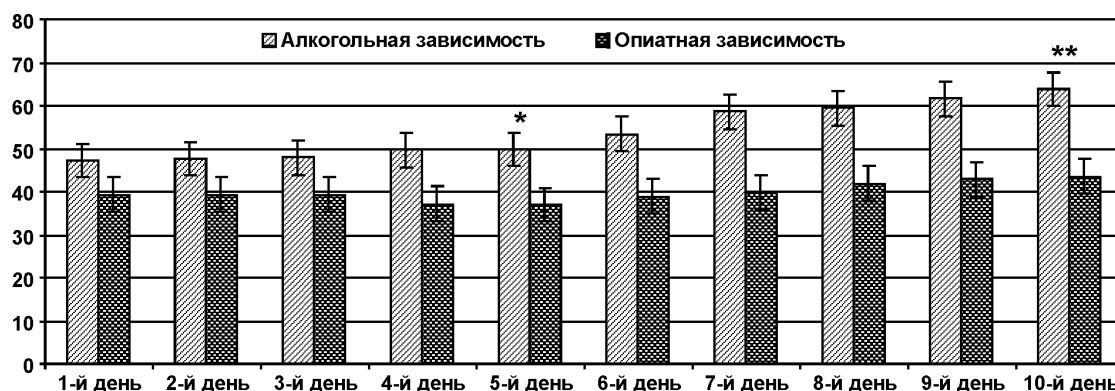


Рис. 2. Показатели КЖ по оси физической активности: сравнение групп больных с зависимостью от опиатов и с зависимостью от алкоголя в период абстинентных расстройств:

* — $p < 0,05$; ** — $p < 0,01$, межгрупповое сравнение

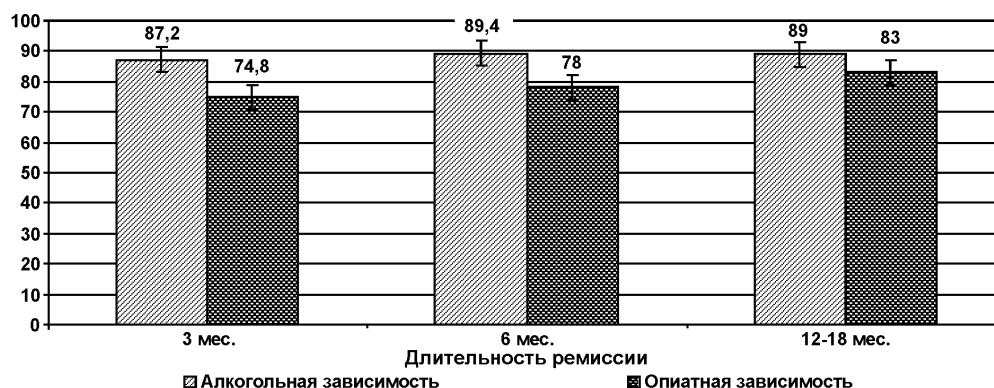


Рис. 3. Сравнение показателей КЖ по оси физической активности в ремиссии

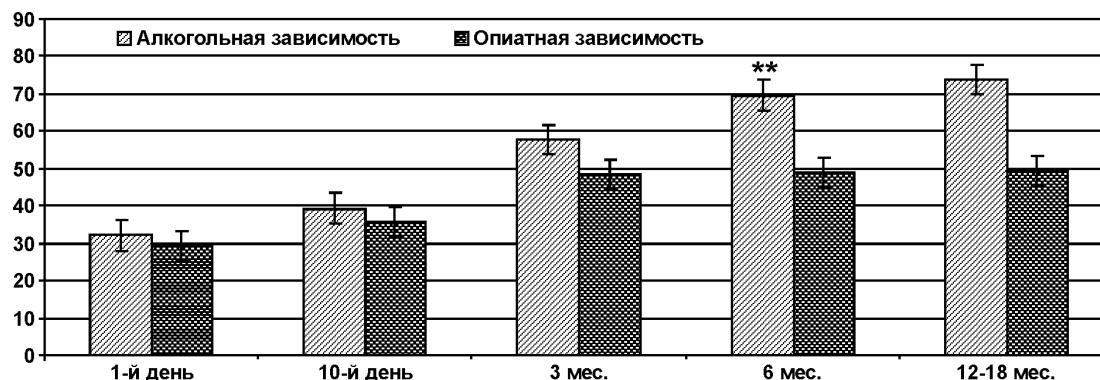


Рис. 4. Сравнение показателей КЖ по оси ролевого физического функционирования в динамике заболевания:

** — $p < 0,01$, межгрупповое сравнение

Изменение ролевого физического функционирования на различных этапах заболевания

Данный показатель, по существу, является обратным показателю физической активности, так как, в отличие от последнего, оценивает степень ограничения повседневной деятельности в связи со здоровьем. Однако при оценке этой оси важную роль играет уже не только физическая нагрузка, но и выполнение профессиональной деятельности. Несомненно, вполне логично предположить, что в остром состоянии этот показатель стремится к 0, при выздоровлении — к 100.

В данном случае была прослежена динамика на всем протяжении терапевтического процесса (рис. 3) в сравнении между группами.

Диаграмма показывает, что у больных с зависимостью от алкоголя в период до 1,5 года воздержания наблюдается поступательный рост показателя, что свидетельствует об улучшении физического здоровья, возможности выполнять профессиональную и домашнюю работу, физических нагрузках на достаточно высоком уровне.

Иная картина наблюдается в группе пациентов с зависимостью от опиатов. Диаграмма наглядно показывает, что у них высока степень ограничения своей повседневной (профессиональной и домашней) деятельности на большом временном промежутке. Сами пациенты объясняют сложившуюся картину по большей части перепадами настроения, которые в период ремиссии в значительной степени мешают им заниматься какой-либо работой. Анализ КЖ по выбранной шкале позволяет говорить о том, что даже столь длительный период воздержания (12—18 мес.) у больных с зависимостью от опиатов нельзя расценивать как стабильную ремиссию с затуханием всех патологических процессов.

Оценка влияния боли на повседневную жизнедеятельность

Логично, что наиболее ярко изменения этих показателей наблюдаются в группах с синдромом зависимости в остром периоде, т.е. когда тяжесть физического страдания наиболее велика (рис. 5).

Диаграмма показывает, что субъективная оценка своего физического состояния, в частности боли, значительно различается между группами. Так, статистически достоверная разница между больными опиатной и алкогольной зависимостью определяется к 5-му дню стационарного лечения. То есть у больных алкоголизмом субъективное влияние боли на повседневную жизнедеятельность перестает занимать приоритетное место (повышение баллов в диаграмме) после купирования алкогольного абстинентного синдрома (ААС), в то время как у больных опиатной наркоманией это влияние продолжается в течение не менее 10 дней. При этом клиническая практика показывает, что болевые расстройства в структуре опиоидного абстинентного синдрома купируются практически уже к 3—4-му дню. Возникает закономерный вопрос: связаны ли полученные показатели непосредственно с физическим страданием или все-таки являются отражением более глубоких нарушений, связанных с психическим состоянием пациентов? Ответить на этот вопрос будет возможно, по всей вероятности, при сравнении всех векторов шкалы КЖ и анализе общего полученного профиля КЖ.

Оценка общего здоровья в сравнении

При оценке данной оси между группами также наблюдались различия (рис. 6). Но различия эти можно назвать диаметрально противоположными предыдущим сравнениям. Как показывают представленные данные (рис. 6), у больных с зависимостью от опиатов определяется тенденция оценивать общее состояние здоровья достаточно высоко, причем как при поступ-

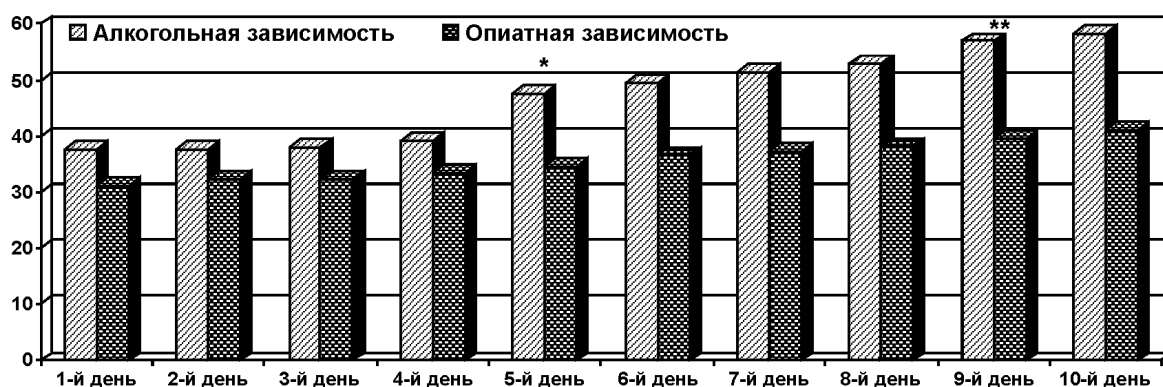


Рис. 5. Влияние болевых ощущений на повседневную деятельность пациентов: сравнение группы с зависимостью от опиатов с группой с зависимостью от алкоголя в период абстинентных расстройств:

* — $p < 0,05$; ** — $p < 0,01$, межгрупповое сравнение

лении, так и на всем протяжении наблюдения. У больных с зависимостью от алкоголя этот показатель менее динамичен и на длительном промежутке воздержания сохраняются опасения по поводу состояния здоровья.

В данном случае мы видим некую парадоксальность полученных результатов у больных с опиоидной зависимостью. С одной стороны, показатели физической активности, физического функционирования и выраженности боли у пациентов низкие и сохраняются таковыми на длительном промежутке времени. С другой стороны, оценка общего здоровья (несмотря на объективные данные о наличии у больных этой группы заболеваний печени, других проблем, связанных с соматическим состоянием) сравнительно высокая (выше, чем у больных с зависимостью от алкоголя). Так как это субъективная оценка, то можно сделать вывод о слабости критических способностей у больных с опиоидной зависимостью.

С учетом полученных различий было интересно сравнить общий профиль физического здоровья между группами (рис. 7). Несмотря на полученные в процессе исследования различия между отдельными осями шкалы КЖ, тем не менее, общий профиль здоровья (подчеркнем, субъективная его оценка) в двух группах практически совпадает. Все-таки тенденция к

его ухудшению сохраняется у больных с зависимостью от опиатов, что позволяет сделать вывод о более тяжелом течении заболевания у этой группы по сравнению с группой больных алкоголизмом.

В качестве дополнительного критерия эффективности применяемого лечения можно использовать динамику векторов физического здоровья шкалы КЖ: по данным рис. 7 наглядно прослеживается тенденция поступательного роста оценки своего здоровья у двух групп больных.

Определение влияния заболевания на психическое состояние больных

Вопрос для решения очень сложный, так как в данном случае психические расстройства являются проявлением самого заболевания, поэтому необходимо использование объективных шкал. В то же время, абсолютный интерес представляет сравнение субъективных переживаний пациента с объективным видением клинической картины.

Психический компонент здоровья в шкале SF-36 описывается следующими четырьмя векторами: 1 — жизнеспособность (ЖС); 2 — социальная активность (СА); 3 — ролевое эмоциональное функционирование (РЭФ); 4 — психическое здоровье (ПЗ).



Рис. 6. Сравнение КЖ по оси общего здоровья в группах:

* — $p < 0,05$, межгрупповое сравнение

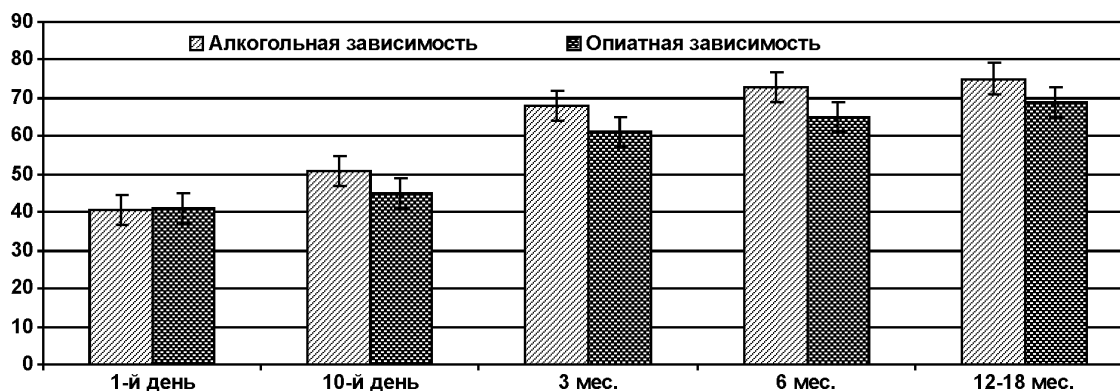


Рис. 7. Сравнение общего профиля физического здоровья между группами

Изменение оси жизнеспособности

Данный критерий определяет субъективную оценку жизненного тонуса. Исследования показали, что этот вектор наиболее динамичными, в связи с чем возможно ориентироваться на получаемые изменения для оценки краткосрочных программ терапии, например стационарного этапа (рис. 8).

Данные диаграммы показывают, что у больных с зависимостью как от алкоголя, так и от опиатов наблюдается достоверное улучшение показателя уже к 10-му дню лечения в стационарных условиях. Следует отметить отсутствие различий в динамике показателя между группами, что позволяет предположить универсальность данного вектора в отношении больных с синдромом зависимости.

Изменение социальной активности в динамике терапевтического процесса

Обращает на себя внимание достаточно низкий уровень по вектору «социальная активность», наблюдающийся у пациентов с синдромом зависимости. При этом у пациентов с опиатной зависимостью показатели ниже, а восстановление этих показателей происходит значительно медленнее (рис. 9). Следует обратить внимание, что даже при длительном воздержании от употребления ПАВ пациенты оценивают свою соци-

альную активность достаточно низко. Формальная констатация данного факта позволяет сделать правильные акценты в комплексной программе терапии на медикаментозную, психотерапевтическую или социотерапевтическую составляющие (что, на наш взгляд, является важным моментом). В то же время, полученные результаты ставят закономерный вопрос, почему свою социальную активность пациенты оценивают низко. Является ли это следствием хронической интоксикации (т.е. рассматривается в рамках изменений личности) либо данный факт может свидетельствовать об активности болезни (влечение к ПАВ, депрессивные расстройства и пр.). В данном случае следует учитывать, что субъективный результат совпадает с объективными данными (низкая трудовая занятость, суженный круг интересов, конфликтные ситуации с близкими — непонимание, отторжение как со стороны близких людей, так и со стороны пациента).

Совпадение результатов субъективной и объективной оценок является свидетельством того, что критические способности в общей выборке пациентов сохранены (что также подтверждается объективными клиническими данными). А сохранность критических способностей позволяет склонить выбор в сторону того, что все-таки столь низкая оценка социальной активности связана больше с наличием психических (эмоциональных) и психологических проблем, высту-

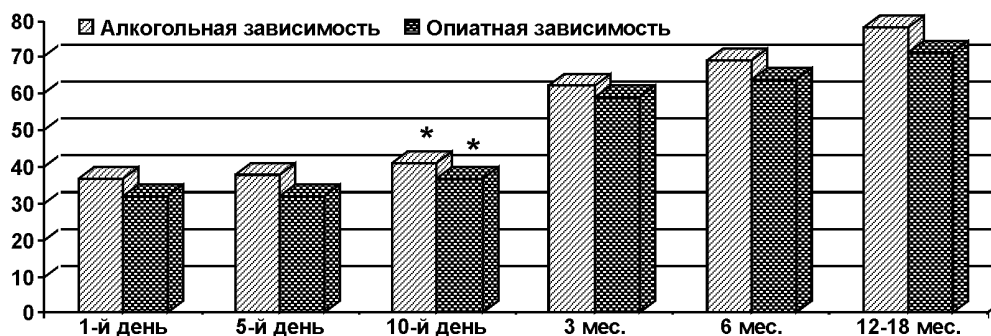


Рис. 8. Изменение вектора «жизнеспособность» в группах в сравнении:

* — $p < 0,05$; внутригрупповое сравнение, достоверные изменения показателя уже к 10-му дню лечения, сравнение с 1-м днем

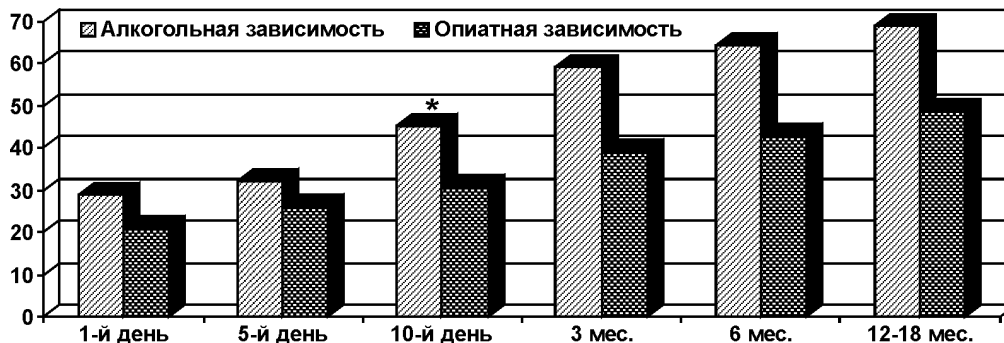


Рис. 9. Изменение вектора «социальная активность» в группах в сравнении:

* — $p < 0,05$; межгрупповое сравнение

пающих в качестве проявлений болезни и активности болезненного процесса. Данный факт уже позволяет делать выводы о длительности лечения, которое должно быть (помимо комплексного подхода, на что указывалось выше) довольно длительным и составлять (по данным опросника КЖ) не менее года.

Роловое эмоциональное функционирование, психическое здоровье

Наиболее яркие изменения были обнаружены по двум векторам: «ролевое эмоциональное функционирование» и «психическое здоровье».

При этом у больных с синдромом зависимости была обнаружена четкая связь изменений по представленным векторам с динамикой синдрома патологического влечения. Кроме того, улучшение показателей по данным векторам можно считать критерием стабилизации состояния. У больных с зависимостью от опиатов заметное улучшение показателей наблюдалось только к 3-му месяцу воздержания от употребления ПАВ, у больных с зависимостью от алкоголя — раньше, спустя 1—1,5 мес. воздержания от употребления алкоголя (рис. 10, 11).

Проведенный сравнительный анализ позволил разделить все векторы шкалы КЖ на изменчивые (динамичные) и статичные (стационарные). Для больных с синдромом зависимости более динамично

изменяются векторы «физическая активность», «жизнеспособность». По вектору «боль» динамика прослеживается только в остром состоянии (в нашем случае — при синдроме лишения). Наиболее «чувствительные» векторы — это «ролевое эмоциональное функционирование» и «психическое здоровье», изменение которых тесно связано с динамикой синдрома патологического влечения. А по векторам «ролевое физическое функционирование» и «социальная активность» динамика прослеживалась слабая. Слабые изменения показателей по данным векторам достаточно сложно использовать для оценки терапевтического вмешательства, например фармакологического лечения. Однако для оценки реабилитационного (длительного) процесса изменения этих показателей являются важным критерием оценки эффективности.

Корреляционные взаимосвязи синдрома патологического влечения и показателей КЖ

Нами были рассмотрены корреляционные взаимосвязи между отдельными осями КЖ с уровнем патологического влечения к наркотику.

На этапе стационарного лечения (табл. 2) были выявлены обратные связи с векторами социальной активности (средней выраженности), жизнеспособ-

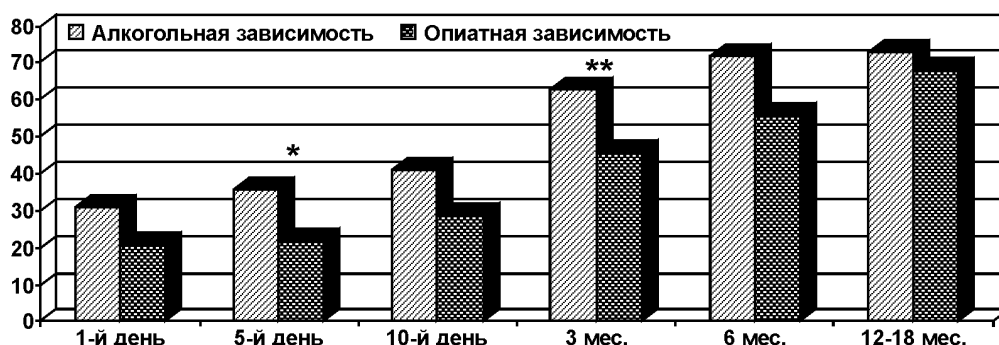


Рис. 10. Изменение вектора «ролевое эмоциональное функционирование» в группах в сравнении:

* — $p < 0,05$; ** — $p < 0,01$; межгрупповое сравнение

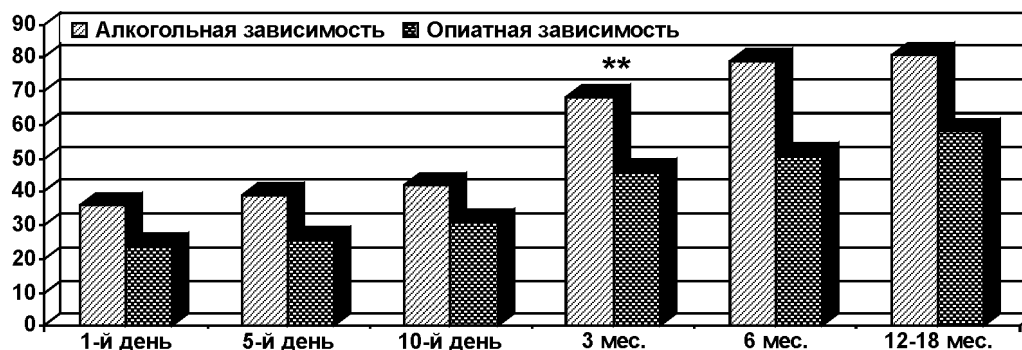


Рис. 11. Изменение вектора «психическое здоровье» в группах в сравнении:

** — $p < 0,01$; межгрупповое сравнение

ности, ролевого эмоционального функционирования и психического здоровья (сильные корреляционные взаимосвязи). По вектору общего здоровья прямая связь с синдромом патологического влечения, а по всем остальным векторам связи обнаружено не было.

Таким образом, снижение показателей шкалы КЖ по векторам эмоционального функционирования, психического здоровья и жизнеспособности может являться прогностическим критерием актуализации синдрома патологического влечения.

Такая же процедура была проведена и у группы пациентов, находившихся в стабильной ремиссии (не менее 12 мес.), но в определенные промежутки времени обращавшихся за помощью к врачу в связи с изменением психического состояния — актуализацией синдрома патологического влечения (табл. 3).

На этапе стабильной ремиссии была получена несколько иная картина. Помимо векторов, характеризующих эмоциональную (психическую) сферу пациентов, получены достоверные обратные связи с векторами физической активности и ролевого физического функционирования. Объяснить это можно следующим образом. В стационарных условиях по векторам, отражающим социальную и физическую активность пациента, показа-

тели низкие, что связано, несомненно, с хронической интоксикацией и острым состоянием. При формировании ремиссии социальная сфера приобретает значимость. В связи с этим повышается и чувствительность социальных связей пациента при изменении его психического состояния. При этом следует отметить, что корреляционные связи по указанным векторам сильные.

Заключение

Полученные данные свидетельствуют о том, что опросник по КЖ SF-36 чувствителен к изменениям интенсивности синдрома патологического влечения, точно отражает изменения физического и эмоционального состояния больных, а полученные с его помощью показатели совпадают с объективно наблюдаемыми клиническими проявлениями. В связи с этим, изменение по векторам шкалы КЖ можно использовать в качестве прогностических критериев возможного развития рецидива заболевания. Ценность проводимых исследований КЖ возрастает при наблюдении и сопоставлении результатов каждого больного в динамике.

Оценка КЖ позволяет дифференцированно применять комплексную терапию. Отмечается социальная на-

Таблица 2

Взаимосвязь показателей КЖ с синдромом патологического влечения на стационарном этапе

Векторы КЖ	Коэффициент корреляции	
	г	р
Физическая активность	0,21	
Ролевое физическое функционирование	0,14	p<0,05
Боль	0,29	
Общее здоровье	0,32	p<0,01
Жизнеспособность	-0,64	p<0,05
Социальная активность	-0,31	p<0,05
Ролевое эмоциональное функционирование	-0,67	p<0,05
Психическое здоровье	-0,62	p<0,05

Таблица 3

Взаимосвязь показателей КЖ с синдромом патологического влечения на этапе стабильной ремиссии

Векторы КЖ	Коэффициент корреляции	
	г	р
Физическая активность	-0,82	p<0,01
Ролевое физическое функционирование	-0,71	p<0,05
Боль	0,75	p<0,01
Общее здоровье	0,70	p<0,05
Жизнеспособность	-0,76	p<0,01
Социальная активность	-0,68	p<0,01
Ролевое эмоциональное функционирование	-0,57	p<0,01
Психическое здоровье	-0,57	p<0,01

правленность получаемых результатов, что и обуславливает широкие возможности использования этих результатов именно в реабилитационном процессе.

Совокупность субъективных и объективных данных позволяет выделять целевые категории пациентов с определенными задачами по проведению психосоциальных (реабилитационных) мероприятий и определенных форм социальной поддержки.

Список литературы

1. Бараненко А.В., Калиниченко О.Б. Оценка качества жизни у лиц, зависимых от алкоголя (обзор) // Украинский вісник психоневрології. — 2003. — Т. 11, вип. 2. — С. 68—71.
2. Бараненко А.В. Показатель качества жизни как критерий поддерживающей терапии при алкогольной зависимости (обзор) // Новости Харьковской психиатрии. — 2004. Харьков, 2004. — Режим доступа: <http://www.psychiatry.org.ua/articles/paper120.htm>.
3. Бурковский Г.В., Кабанов М.М., Кодюбинский А.П., Левченко Е.В., Ломаченков А.С. Методология и проблемы создания и использования измерительных инструментов качества жизни психически больных. [Электронный ресурс].
4. Baker F., Intagliata J. Quality of life in the evaluation of community support systems // Eval. Prog. Plann. — 1982. — №5(1). — P. 69—79.
5. Foster J.H., Peters T.J., Marshall E.J. Quality of life measures and outcome in alcohol-dependent men and women // Alcohol. — 2000. — Vol. 22, №1. — P. 45—52.
6. Foster J.H., Marshall E.J., Peters T.J. Application of a quality of life measure, the life situation survey (LSS), to alcohol-dependent subjects in relapse and remission // Alcohol. Clin. Exp. Res. — 2000. — Vol. 24, №11. — P. 1687—1692.
7. Katsching H. How useful is the concept of quality of life in psychiatry? // Current Opinion in Psychiatry. — 1997. — №10. — P. 337—345.
8. Katsching H. Насколько полезна концепция качества жизни в психиатрии? // Обзор современной психиатрии. — 1998. — Вып. 1. — С. 30—38.
9. Kraemer K.L., Maisto S.A., Conigliaro J., McNeil M., Gordon A.J., Kelley M.E. Decreased alcohol consumption in outpatient drinkers is associated with improved quality of life and fewer alcohol-related consequences // J. Gen. Intern. Med. — 2002. — Vol. 17, №5. — P. 382—386.
10. Kleban M., Lowton M.P., Winter L., Ruckdeschel K. Affect and quality of life: objective and subjective // J. Aging. Health. — 1999. — May, №11(2). — P. 169—198.
11. Polak K. The evaluation of the quality of life among professional soldiers with diagnosed alcohol addiction syndrome // Psychiatr. Pol. — 2001. — Vol. 35, №6. — P. 1057—1070.
12. Richter D., Venzke A., Settelmayr J., Reker S. High rates of inpatient readmissions of alcohol addicted patients — heavy users or chronically ill patients? // Psychiatr. Praxis. — 2002. — Vol. 29, №7. — P. 364—368.
13. Ruggeri M., Warner R., Bisoffi G., Fontesedro L. Subjective and objective dimensions of quality of life in psychiatric patients: a factor analytical approach // British Journal of Psychiatry. — 2001. — Vol. 178. — P. 268—275.
14. Ware J.E. The MOS 36-item Short-Form Health Survey // Med. Care. — 1992. — №8. — P. 473—483.

CHANGES IN QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH OPIATE/ALCOHOL DEPENDENCE IN THE COURSE OF THERAPY: RESULTS OF CLINICAL AND FOLLOW-UP INVESTIGATION

BOYKO E.O. Cand.Med.Sci., Head of the Department, Specialized Clinical Psychiatric Hospital №1, Krasnodar

Quality of life was studied in terms clinical and follow-up research among opiate-addicted patients within long-term therapy. The main goal of the study was to define effect of disease on physical, mental and social status of patients during long-term therapy. The selection consisted of 270 patients with opiate and alcohol dependence. This study showed that the questionnaire SF-36 was sensitive to clinical fluctuations of pathological craving, changes in physical and emotional status of patients are clearly and accurately reflected, and the results obtained were in compliance with objective clinical symptoms observed. It was shown, that results of the questionnaire SF-36 can be used as prognostic criteria to forecast possible development of relapses. The results obtained show that the questionnaire SF-36 can be efficiently applied specifically in terms of rehabilitation long-term programs.