

Динамическая многофакторная оценка клинических и психосоциальных характеристик у больных с опишной зависимостью, проходящих реабилитационное лечение

ИЛЮК Р.Д.

к.м.н., в.н.с., научный руководитель отделения терапии больных с аддитивной патологией
Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева,
192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д.3,
e-mail: ruslan.iluk@mail.ru, тел./факс: +7 812-3652214

ТОРБАН М.Н.

м.н.с., отделения терапии больных с аддитивной патологией
Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева,
e-mail: torban5@gmail.com

БЕРНО-БЕЛЛЕКУР И.В.

к.м.н., к.пс.н., н.с. отделения терапии больных с аддитивной патологией
Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева,
e-mail: berno-bellekur@mail.ru

СУРМИЕВИЧ Е.П.

к.м.н., главный врач, Санкт-Петербургский ГУЗ межрайонный наркологический диспансер №1,
e-mail: spespb@mail.ru

НЕЗНАНОВ Н.Г.

д.м.н., профессор, научный руководитель отделения гериатрической психиатрии
Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева,
директор Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева,
главный внештатный специалист-эксперт по психиатрии Росздравнадзора,
председатель правления Российского общества психиатров; e-mail: spbinst@bekhterev.ru

КРУПИЦКИЙ Е.М.

д.м.н., профессор, научный руководитель отдела наркологии
Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева;
e-mail: kruenator@gmail.com

С помощью Индекса тяжести зависимости (ASI), шкал качества жизни (SF-36) и семейного окружения (ШСО), а также опросника выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90) обследованы 80 потребителей инъекционных опиатных наркотиков (ПИОН). Участники реабилитационного лечения (РЛ) в количестве 50 чел. обследовались при включении в РЛ и через 90 дней РЛ. В этой группе с частотой раз в 2 недели проводилось тестирование мочи на наличие психоактивных веществ (ПАВ); 30 активных ПИОН прошли однократное тестирование. Выявлено, что РЛ приводит к уменьшению аддитивных проблем, улучшению показателей психического, соматического здоровья и социального функционирования, а также качества жизни наркозависимых. Предиктором выпадения из РЛ является низкий показатель «контроль» членами семьи друг друга (по данным шкалы семейных отношений — FES). ASI вместе с другими методиками оценки качества жизни, психопатологического состояния и семейного функционирования позволяют эффективно оценивать изменения в состоянии пациентов реабилитационных программ в динамике.

Ключевые слова: зависимость от опиатов, реабилитация, мониторинг, эффективность, клинико-психосоциальные факторы

Введение

Несмотря на серьёзные усилия, направленные на решение проблем, связанных с употреблением опиатов, ситуация в РФ продолжает оставаться крайне острой. В 2010 г. в структуре зарегистрированных больных наркоманией подавляющее большинство составили опиатзависимые пациенты (86,7%) [4].

Одной из основных причин негативной наркологической ситуации является недостаточная эффективность системы лечебно-реабилитационных мероприятий. По официальным данным, показатель госпитализации

больных опишной зависимостью в РФ с 2004 по 2009 г. увеличился в 1,8 раза. Повторность поступления в стационар больных наркологическими расстройствами с 2003 г. выросла с 27,3 до 34,2 на 100 больных среднегодового контингента в 2010 г. [4].

Низкая результативность лечения зависимых от ПАВ объясняется, с одной стороны, несоблюдением основных принципов терапии наркологических больных, с другой, — особенностями течения наркологического заболевания, носящего системный, хронический характер [14].

Малоэффективным остаётся и одно из важнейших направлений работы с наркологическими больными — биопсихосоциальная реабилитация. Применение долгосрочных лечебно-реабилитационных программ у больных наркоманией позволяет достигать стойких ремиссий у 7—9,1% лиц [9, 15].

Реабилитационная работа с наркологическими больными требует постоянного контроля и динамической оценки её реальной эффективности, однако существующие в российской наркологии подходы и стандарты оценки РЛ не позволяют достоверно и в полной мере оценивать все проблемные сферы потребителей ПАВ [12]. Также отсутствует информация о надёжности и дифференциальной чувствительности используемых инструментов, серьёзным недостатком является невозможность сравнения получаемых данных с результатами исследований, проводимых в других странах.

В целях обеспечения достоверности и сведения к минимуму необъективности при оценке лечебно-реабилитационного процесса основу диагностического инструментария должны составлять надёжные валидизированные методы, позволяющие точно и структурированно регистрировать состояние пациентов на каждом этапе РЛ.

Учитывая весь спектр медико-социальных последствий, связанных с потреблением ПАВ, как для пациента, так и для общества, эффективность РЛ, необходимо оценивать по всем основным проблемным сферам наркологических больных (аддиктивной, соматической, психической, социальной, юридической), с систематическим биологическим контролем над возможным приёмом ПАВ.

Цель настоящего исследования — оценка клинических, психосоциальных и аддиктивных характеристик пациентов с зависимостью от опиатов в процессе реабилитации, выполненная при помощи многофакторных валидизированных инструментов, а также сравнение полученных данных с аналогичными показателями у активных потребителей опиоидных наркотиков.

Объект и методы исследования

В исследовании приняли участие 80 потребителей инъекционных потребителей опиатов (ПИОН). Тридцать участников исследования (37,5%) были активными потребителями опиатных инъекционных наркотиков и не находились на лечении. Респонденты были обследованы в наркологических кабинетах районов Санкт-Петербурга и в НИПНИ им. В.М. Бехтерева. Пятьдесят ПИОН (62,5%) проходили восстановительное лечение в пяти городских наркологических реабилитационных центрах межрайонного наркологического диспансера №1 г. Санкт-Петербурга с диагнозом *синдром зависимости от опиоидов*. Пациенты включались в исследование в течение недели после поступления на РЛ.

Испытуемые из группы активных потребителей опиатных наркотиков участвовали в обследовании однократно; пациенты, находящиеся на РЛ, были обследованы дважды: один раз в течение недели со времени поступления на РЛ, второй раз — через 3 мес. после первого обследования. В промежутке между двумя обследованиями пациенты из этой группы проходили тестирование на наличие ПАВ (героина, метадона, амфетаминов) в моче с частотой один раз в две недели для контроля соблюдения трезвости в процессе РЛ.

Критерии включения в исследование для группы РЛ: установленный диагноз *синдром зависимости от опиоидов* (F11.2), возраст более 18 лет, способность дать информированное согласие на участие в исследовании и РЛ.

Критерии включения в исследования для группы активных потребителей опиатных наркотиков: внутривенное потребление опиатов в течение 30 дней и более до начала исследования, подтверждённое результатами анализа мочи на ПАВ, возраст более 18 лет, способность дать информированное согласие на участие в исследовании.

Критерии невключения в исследование: наличие остро протекающих психических заболеваний (шизофрения, биполярное аффективное расстройство, эпилепсия); наличие выраженного когнитивного дефицита; отказ пациента от участия в исследовании.

Для пациентов из группы РЛ критериями исключения служили: прекращение РЛ, положительный результат теста на наличие ПАВ в моче или пропуск процедуры тестирования.

Инструменты исследования. В ходе исследования все пациенты обследовались при помощи набора методик, включающего в себя: Опросник «Индекс тяжести зависимости» — Addiction Severity Index (ASI), русскоязычная версия [13, 22]; Опросник выраженности психопатологической симптоматики — Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R), русскоязычная версия [11, 16]; Шкала качества жизни — Health Status Survey (SF-36), русскоязычная версия [25]; Шкала семейного окружения — Family Environment Scale (FES), русскоязычная версия [19]; специально составленный Клинический опросник, содержащий вопросы об инфекционном, наркологическом и соматическом статусах пациента.

Методы статистической обработки. Для количественных признаков приведены средние значения и ошибки среднего ($M \pm SE$), для качественных признаков приведены частоты и процентное соотношение. Для выявления различий между группами обследуемых в зависимости от соответствия распределения нормальному закону применяли: t-критерий Стьюдента, критерий Манна—Уитни, W-критерий Уилкоксона. Для выявления связей между признаками

использовался критерий согласия Пирсона — χ^2 . При анализе различия рассматривались как статистически значимые при $p < 0,05$. Для статистических расчётов использовался пакет SPSS 19.0.

Результаты исследования

Социально-демографические и клинические характеристики потребителей опиатных наркотиков (ПИОН), принявших участие в исследовании, приведены в табл. 1. Средний возраст респондентов, принявших участие в исследовании ($n=80$), составил

29,78 года ($SD=4,46$) (табл. 1). В группе активных ПИОН средний возраст составил 32,13 года ($SD=5,00$) и был достоверно ($p < 0,001$) выше, чем в группе пациентов, поступивших на РЛ — 28,36 года ($SD=3,45$). Средний возраст в группе ПИОН, находившихся на РЛ в течение 90 дней, составил 28,36 года ($SD=3,45$). Среди всех обследованных было 49 мужчин (61,3%) и 31 женщина (37,7%). Преждевременно закончили РЛ 18 ПИОН (36%), среднее количество дней нахождения на РЛ в этой группе составило 28,72 дня ($SD=11,8$).

Таблица 1

Социально-демографические и клинические показатели ПИОН, принявших участие в исследовании

	Активные ПИОН, $n=30$ (37,5%)	ПИОН, посту- пившие на РЛ, $n=50$ (62,5%)	ПИОН, нахо- дившиеся на РЛ в течение 90 дней, $n=32$ (64%)	Все обследованные пациенты, $n=80$ (100%)
Возраст Среднее значение (SD)	32,13 (5,00)*	28,36 (3,45)	27,9 (0,57)	29,78 (4,46)
Мужчины	19 (63,3%)	30 (60%)	20 (62,5%)	49 (61,3%)
Женщины	11 (36,7%)	20 (40%)	12 (37,5%)	31 (38,7%)
Проживание				
Один	11 (36,7%)	20 (40%)	12 (37,5%)	31 (38,7%)
С родителями	4 (13,3%)	11 (22%)	8 (25,1%)	15 (18,8%)
С супругом	13 (43,3%)	17 (34%)	12 (37,5%)	30 (37,5%)
С сексуальным партнёром	7 (23,3%)	14 (28%)	9 (28,1%)	21 (26,3%)
С родственниками	2 (6,7%)	4 (8%)	1 (3,1%)	6 (7,5%)
С друзьями	4 (13,3%)	4 (8%)	2 (6,2%)	8 (10%)
Образование				
Незаконченное среднее	3 (10%)	6 (12%)	3 (9,4%)	9 (11,3%)
Законченное среднее	10 (33,3%)	19 (38%)	12 (37,5%)	29 (36,3%)
Среднее специальное (ПТУ/техникум)	10 (33,3%)	14 (28%)	10 (31,3%)	24 (30%)
Высшее и незаконченное высшее	7 (23,3%)	11(22%)	7 (21,9%)	18 (22,5%)
Средняя суточная доза героина, г	0,96 (0,54)**	0,73 (0,51)**	0,72 (0,45)	0,83 (0,53)
Кол-во попыток лечения от опиатной зависимости	2,96 (1,40)	3,54 (1,77)	3,7 (1,59)	3,32 (1,66)
Кол-во случаев только детоксикационного лечения опиатной зависимости	2,66 (1,26)	2,92 (1,55)	3,00 (1,40)	2,82 (1,45)
Кол-во эпизодов реабилитационного лечения опиатной зависимости	0,40 (0,56)	0,62 (0,72)	0,71 (0,77)	0,54 (0,67)
Возраст первого употребления опиатов	18,63 (2,09)	19,93 (2,18)	19,03 (2,38)	19,12 (2,24)
Кол-во лет от первого потребления опиатов до времени обследования	13,50 (4,91)**	9,24 (3,26)**	9,37 (3,14)	10,83 (4,49)
Малопрогрессирующий тип течения зависимости	12 (40%)	22 (44%)	12 (37,5%)	34 (42,5%)
Среднепрогрессирующий тип течения зависимости	11 (36,7%)	19 (38%)	13 (40,6%)	30 (37,5%)
Высокопрогрессирующий тип течения зависимости	7 (23,3%)	9 (18%)	7 (21,9%)	16 (20%)
Наличие ВИЧ-инфекции	12 (40%)	19 (38%)	14 (43,8%)	31 (38,7%)
Наличие гепатита В (со слов больных)	11 (36,7%)	20 (40%)	14 (43,8%)	31 (38,7%)
Наличие гепатита С (со слов больных)	18 (60%)	29 (58%)	18 (56,3%)	47 (58,7%)
Наличие ВИЧ-инфицированного полового партнёра	5 (16,7%)	3 (6%)	—	8 (10%)
Примечание. * — достоверные различия между активными ПИОН и ПИОН, поступившими на реабилитационное лечение, $p < 0,001$ (t-критерий Стьюдента); ** — достоверные различия между активными ПИОН и ПИОН, поступившими на реабилитационное лечение, $p < 0,05$ (критерий Манна—Уитни)				

Средний возраст первого употребления опиатов среди всех обследованных пациентов составил 19,12 года ($SD=5,8$), в группе активных ПИОН — 18,63 ($SD=2,09$), среди поступивших на РЛ — 19,93 года ($SD=2,18$). Среднее число лет, прошедших от первого потребления опиатов до момента обследования, составило для всех обследованных 10,83 года ($SD=4,49$), для активных ПИОН — 13,50 года ($SD=4,91$), для группы РЛ — 9,24 года ($SD=3,26$).

У активных ПИОН стаж употребления опиатов был более длительным ($p<0,05$) по сравнению с пациентами из группы РЛ, что объясняется их достоверно ($p<0,001$) более старшим возрастом. Достоверных различий по возрасту начала потребления опиатов в этих двух группах не выявлено.

Средняя суточная доза героина для всех участников исследования составляла 0,83 г ($SD=0,53$), для пациентов из группы активных ПИОН — 0,96 г ($SD=0,54$), а для ПИОН, поступивших на реабилитацию — 0,73 г ($SD=0,51$). Активные ПИОН имели достоверно более высокую ($p<0,05$) суточную дозу героина по сравнению с группой пациентов, поступивших на РЛ.

Все обследованные ранее лечились от опиатной зависимости в среднем 3,32 раза ($SD=1,66$); активные ПИОН — 2,96 раза ($SD=1,40$); ПИОН, поступившие на РЛ, — 3,54 раза ($SD=1,77$). РЛ среди активных потребителей ранее получали 11 обследованных (36,6%), а среди поступивших на реабилитацию — 25 чел. (50,0%).

Среди всех обследованных 31 пациент (38,7%) был с ВИЧ-позитивным статусом (со слов пациентов), среди активных ПИОН ВИЧ-инфицированных — 12 чел. (40,0%), среди ПИОН, поступивших на РЛ, ВИЧ был у 19 пациентов (38,0%).

В ближайшем окружении ВИЧ-инфицированный половой партнёр был у пяти активных ПИОН (16,7%) и трёх ПИОН, поступивших на реабилитацию (6,0%).

Из всех ВИЧ-позитивных пациентов, участвовавших в исследовании, антиретровирусную терапию (АРВТ) не получали 22 обследованных (70,9%). АРВТ (монотерапию) получали 6 респондентов (19,4%), а высокоактивную антиретровирусную терапию (ВААРТ) — трое обследованных (9,7%). АРВТ среди активных ПИОН применялась у 2 чел. (16,7%); среди ПИОН, поступивших на реабилитацию, АРВТ получали 4 чел. (21%), ВААРТ — 3 чел. (15,9%).

Статистический анализ с использованием критерия Манна—Уитни показал, что у ПИОН, инфицированных гепатитом В или С, регистрировалось достоверно ($p<0,01$) большее число раз лечения от опиатной зависимости в прошлом.

Результаты исследования при помощи методики «Индекс тяжести зависимости» (ASI)

Результаты исследования при помощи методики «Индекс тяжести зависимости» (ASI) отражены в табл. 2.

При сравнении группы активных потребителей опиатных наркотиков и группы, находившейся на РЛ в течение 90 дней, при помощи теста Манна—Уитни установлены достоверные ($p<0,05$) различия между пациентами: у пациентов, получавших РЛ, более низкие значения отмечались по шкалам «Медицинский статус», «Семья и социальные связи», «Употребление наркотиков», «Психиатрический статус», «Юридические аспекты», «Употребление алкоголя» и высокие — по шкале «Работа/средства к существованию».

Таблица 2

Средние значения комплексных показателей Индекса тяжести зависимости (ASI) у принявших участие в исследовании ПИОН

Показатели ASI	Активные ПИОН, n=30 (SD)	ПИОН, поступившие на РЛ, n=50 (SD)	ПИОН, находившиеся на РЛ в течение 90 дней, n=32 (SD)
Медицинский статус	0,519 ^{#□} (0,281)	0,269 ^{**} (0,325)	0,177 ^{*□} (0,289)
Работа / средства к существованию	0,722 ^{#□} (0,234)	0,866 ^{**} (0,204)	0,914 ^{*□} (0,150)
Употребление алкоголя	0,189 ^{#□} (0,206)	0,105 ^{**} (0,201)	0,032 ^{*□} (0,096)
Употребление наркотиков	0,153 ^{#□} (0,111)	0,221 ^{**} (0,073)	0,062 ^{*□} (0,032)
Юридические аспекты	0,224 [□] (0,111)	0,195 [*] (0,146)	0,054 ^{*□} (0,118)
Семья и социальные связи	0,380 [□] (0,232)	0,288 [*] (0,209)	0,237 ^{*□} (0,212)
Психиатрический статус	0,375 ^{#□} (0,276)	0,202 [#] (0,189)	0,203 [□] (0,161)

Примечание. * — достоверные различия между ПИОН, поступившими на реабилитационное лечение и ПИОН, находившимися на реабилитационном лечении в течение 90 дней, $p<0,05$ (W-критерий Уилкоксона); # — достоверные различия между активными ПИОН и ПИОН, поступившими на реабилитационное лечение, $p<0,05$ (критерий Манна—Уитни); □ — достоверные различия между активными ПИОН и ПИОН, находившимися на реабилитационном лечении в течение 90 дней, $p<0,05$ (критерий Манна—Уитни); РЛ — реабилитационное лечение

У пациентов, поступивших на реабилитацию, регистрировались достоверно более низкие показатели по шкалам «Медицинский статус», «Употребление алкоголя», «Психиатрический статус» и значимо более высокие — по шкалам «Работа/средства к существованию» и «Употребление наркотиков» в сравнении с активными ПИОН.

В результате статистического анализа с использованием W-критерия Уилкоксона установлено, что у пациентов, находившихся на РЛ в течение 90 дней, по сравнению с состоянием на момент начала реабилитации отмечается снижение комплексных показателей по шкалам «Медицинский статус», «Употребление алкоголя», «Употребление наркотиков», «Юридические аспекты», «Семья и социальные связи» и повышение — по шкале «Работа/средства к существованию» ($p < 0,05$).

Результаты исследования при помощи Опросника выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R)

Результаты исследования отражены в табл. 3.

Сравнение группы активных ПИОН и группы начавших РЛ при помощи критерия Манна—Уитни выявило достоверные различия между респондентами: у поступивших на реабилитацию регистрировались меньшие значения по шкалам «Психотизм — PSY», «Депрессия — DEP» и GSI по сравнению с активными ПИОН.

У пациентов, находившихся на РЛ в течение 90 дней, значения по шкалам «Депрессия — DEP», «Психотизм — PSY», «Соматизация — SOM» и GSI были достоверно ниже, чем у активных потребителей опиатных наркотиков.

Статистический анализ с использованием W-критерия Уилкоксона выявил, что в процессе реабилитации достигается значимое улучшение показателей по всем шкалам опросника SCL-90-R.

Результаты исследования при помощи Шкалы качества жизни SF-36

Результаты исследования отражены в табл. 4.

У пациентов, поступивших на реабилитацию, по сравнению с активными ПИОН, при помощи критерия Манна—Уитни регистрировались достоверно более высокие показатели по шкалам «Физическое функционирование — PF», «Общее состояние здоровья — GF», «Жизненная активность — VT», «Социальное функционирование — SF», «Психическое здоровье — MH».

При сравнении группы активных ПИОН и пациентов, находившихся на РЛ в течение 90 дней, выявлены значимые различия: у респондентов, получавших РЛ, значения по шкалам «Физическое функционирование — PF», «Общее состояние здоровья — GF», «Жизненная активность — VT», «Социальное функционирование — SF», «Психическое здоровье — MH» были достоверно выше, чем у активных потребителей опиатных наркотиков.

Статистический анализ с использованием W-критерия Уилкоксона выявил, что в процессе реабилитации достигается достоверное улучшение показателей по шкалам «Физическое функционирование — PF», «Общее состояние здоровья — GF», «Жизненная активность — VT», «Социальное функционирование — SF», «Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием — RE».

Таблица 3

Средние значения по шкалам Опросника выраженности психопатологической симптоматики SCL-90-R у принявших участие в исследовании ПИОН

Показатели SCL-90-R	Активные ПИОН, n=30 (SE)	ПИОН, поступившие на РЛ, n=50 (SE)	ПИОН, находившихся на РЛ в течение 90 дней, n=32 (SE)
Соматизация (SOM)	1,47 (0,88) [□]	1,05 (0,58)*	0,96 (0,90)* [□]
Обсессивно-компульсивные расстройства (O-C)	1,35 (1,08)	1,26 (0,88)*	1,08 (0,82)*
Межличностная сензитивность (INT)	1,21 (0,86)	1,31 (0,75)*	1,08 (0,69)*
Депрессия (DEP)	1,50 (0,97) ^{#□}	0,96 (0,87) ^{#*}	0,95 (0,89)* [□]
Тревожность (ANX)	1,26 (1,00)	1,09 (0,84)*	0,96 (0,86)*
Враждебность (HOS)	1,13 (0,93)	1,17 (0,89)*	0,99 (0,93)*
Фобическая тревожность (PHOB)	0,68 (0,78)	0,59 (0,68)*	0,48 (0,62)*
Паранойальные симптомы (PAR)	1,12 (0,94)	0,87 (0,81)*	0,56 (0,56)*
Психотизм (PSY)	0,91 (0,88) ^{#□}	0,17 (0,43) ^{#*}	0,14 (0,37)* [□]
Общий индекс тяжести GSI	1,18 (0,92) ^{#□}	0,94 (0,60) ^{#*}	0,85 (0,57)* [□]

Примечание. * — достоверные различия между ПИОН, поступившими на реабилитационное лечение и ПИОН, закончившими реабилитационное лечение, $p < 0,05$ (W-критерий Уилкоксона); # — достоверные различия между активными ПИОН и ПИОН, поступившими на реабилитационное лечение, $p < 0,05$ (критерий Манна—Уитни); □ — достоверные различия между активными ПИОН и ПИОН, находившимися на реабилитационном лечении в течение 90 дней, $p < 0,05$ (критерий Манна—Уитни); РЛ — реабилитационное лечение

Результаты исследования при помощи опросника «Шкала семейного окружения» (FES)

В группе преждевременно выбывших из реабилитационного лечения ($n=18$) показатель по шкале «Контроль» (степень иерархичности семейной организации и контроля членами семьи друг друга) опросника FES составлял 3,00 ($SD=1,23$) и был достоверно ниже, чем у пациентов, находившихся на РЛ в течение 90 дней 4,00 ($SD=1,11$), критерий $\chi^2=18,89$; $p<0,05$. Иных достоверных различий между исследованными группами по шкалам «Сплочённость», «Экспрессивность», «Конфликт», «Независимость», «Ориентация на достижения», «Интеллектуально-культурная ориентация», «Ориентация на активный отдых», «Морально-нравственные аспекты», «Организация» обнаружено не было.

Факторы, ассоциированные с ВИЧ-позитивным статусом обследованных ПИОН

По результатам статистического анализа с использованием критерия χ^2 была обнаружена достоверная связь ВИЧ-позитивного статуса с наличием ВИЧ у половых партнёров обследованных ($\chi^2=13,333$; $p<0,001$) и с употреблением ПАВ половым партнёром ($\chi^2=30,484$; $p<0,001$).

Применение критерия Манна—Уитни позволило также установить значимую связь между наличием у пациента ВИЧ-инфекции и высокими значениями комплексного показателя по шкале «Употребление алкоголя» ASI ($U=557,50$; $p<0,05$), а также оценками по шкале «Сплочённость» FES ($U=514,5$; $p<0,05$).

Обсуждение результатов исследования

Как и в других исследованиях, проведённых в России и странах СНГ [20], нами было установлено, что средний возраст ПИОН составляет около 30 лет и примерно 60% из них — мужчины. Большинство наркозависимых имеет среднее или среднее специальное образование; значительное количество их живёт с родителями, реже — с мужем или женой, процент живущих отдельно от семьи сравнительно низок.

Средний возраст начала потребления ПАВ у обследованных пациентов был 19,1 года, а средний стаж потребления — 10,8 года. Средняя суточная доза героина до начала лечения у пациентов, поступивших на реабилитацию, составила 0,73 г, а в группе активных потребителей она была значимо выше — 0,96 г. Одним из вариантов объяснения этого феномена может быть то, что некоторые пациенты намеренно снижали дозу перед поступлением на лечение с целью уменьшения остроты абстиненции. Также можно предположить, что значимо более низкая доза ПАВ перед поступлением на детоксикационное лечение является предиктором вступления в восстановительные программы.

В среднем каждый респондент лечился от наркотической зависимости 3,32 раза, терапия ограничивалась детоксикацией 2,82 раза. Половина обследованных из группы реабилитантов ранее проходили РЛ, но не удерживались в ремиссии и возвращались к употреблению. Эти данные свидетельствуют о том, что лечебные и реабилитационные мероприятия недостаточно эффективны, больные многократно возвращаются на наркологическое лечение, что согласуется с данными других исследователей [8].

Таблица 4

Средние значения по шкалам опросника качества жизни SF-36
у принявших участие в исследовании ПИОН

Показатели SF-36	Активные ПИОН, $n=30$ (SD)	ПИОН, поступившие на РЛ, $n=50$ (SD)	ПИОН, находившихся на РЛ в течение 90 дней, $n=32$ (SD)
Физическое функционирование (PF)	80,98 (20,34) ^{#□}	81,10 (24,68) ^{**}	81,92 (25,61) ^{*□}
Рольное функционирование, обусловленное физическим состоянием (RP)	56,37 (36,83)	56,50 (38,40)	57,01 (38,09)
Интенсивность боли (BP)	23,27 (21,06)	23,20 (25,59)	24,08 (23,85)
Общее состояние здоровья (GH)	47,01 (10,40) ^{#□}	47,20 (11,48) ^{**}	50,62 (11,27) ^{*□}
Жизненная активность (VT)	52,52 (24,47) ^{#□}	54,50 (21,99) ^{**}	55,78 (21,89) ^{*□}
Социальное функционирование (SF)	50,05 (15,10) ^{#□}	53,98 (16,82) ^{**}	57,59 (16,34) ^{*□}
Рольное функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE)	65,47 (40,25)	61,04 (39,03) [*]	68,87 (31,97) [*]
Психическое здоровье (MH)	57,17 (16,28) ^{#□}	59,88 (19,07) [#]	59,90 (18,10) [□]

Примечание. * — достоверные различия между ПИОН, поступившими на реабилитационное лечение и ПИОН, закончившими реабилитационное лечение, $p<0,05$ (W-критерий Уилкоксона); # — достоверные различия между активными ПИОН и ПИОН, поступившими на реабилитационное лечение, $p<0,05$ (критерий Манна—Уитни); □ — достоверные различия между активными ПИОН и ПИОН, находившимися на реабилитационном лечении в течение 90 дней, $p<0,05$ (критерий Манна—Уитни); РЛ — реабилитационное лечение

Среди обследованных было около 40% ВИЧ-инфицированных. Анализ данных показал, что во всех группах ВИЧ-инфицированные в достоверно большем проценте случаев имеют ВИЧ-положительного партнёра и партнёра, потребляющего наркотики, что может быть связано с наличием общих факторов риска заражения ВИЧ, передачей ВИЧ между партнёрами половым путём или через инфицированные инструменты для инъекций. Возможно, комплекс негативных биопсихосоциальных влияний, связанных с ВИЧ-положительным статусом, способствует установлению контактов только в рамках своего сообщества «равный среди равных». ВИЧ-инфицированные ПИОН более склонны к употреблению алкоголя, это может быть обусловлено повышенной стигматизацией, самостигматизацией, психическими проблемами среди этих пациентов, что согласуется с другими исследованиями [6, 7]. Однако они же имеют более высокий уровень поддержки и заботы в семье, что потенциально может способствовать большей приверженности к ВААРТ и лечению наркологических проблем.

В ходе данной работы была осуществлена попытка оценить эффективность проведения реабилитационных мероприятий, применяя доказательные методы контроля ремиссии и современные квантифицированные инструменты оценки клинического и психосоциального состояния пациентов.

Впервые исследование показало, что многофакторный опросник «Индекс тяжести зависимости» (ASI) является инструментом, который позволяет в динамике максимально охватывать весь спектр социально-поведенческих и клинических характеристик, связанных с опиоидной зависимостью, у пациентов, находящихся на реабилитационном лечении. Следует отметить, что на сегодняшний день, кроме ASI, комплексно оценивать проблемные сферы наркозависимых позволяет многофакторный опросник «Профиль аддикции» — The Maudsley Addiction Profile (MAP) [17]. Оба инструмента нашли широкое распространение в мире и адаптированы для использования в Российской Федерации [1, 5]. MAP — краткий инструмент, ASI содержит более полный набор данных и показателей поведения пациентов. Ранее в России было продемонстрировано, что опросник MAP позволяет эффективно оценивать динамику и результаты лечения опиоидной зависимости. [2].

Согласно данным, полученным с использованием ASI, у пациентов, поступающих на реабилитацию, отмечались значимо более низкие показатели по шкалам «Медицинский статус», «Употребление алкоголя», «Психиатрический статус» по сравнению с активными потребителями опиатных наркотиков. Данный факт говорит об эффективности прохождения деток-

сикации. Предреабилитационное лечение позволяет снизить уровень проблем, связанных с потреблением алкоголя, уменьшить тревожность, напряжённость и выраженность депрессивных расстройств, а также улучшить показатели общесоматического здоровья. Кроме того, представители данной группы имеют более низкий доход или являются безработными, что отражается в повышенных баллах по шкале «Работа/средства к существованию». У пациентов, поступающих на реабилитацию, отмечались более высокие оценки по шкале «Употребление наркотиков», что свидетельствует о выраженной фиксации на этой проблеме и возможной актуализации влечения к ПАВ после детоксикации.

По данным ASI, в процессе РЛ у опиатзависимых пациентов отмечен ряд положительных изменений: уменьшилась тяжесть проблем, связанных с состоянием соматического здоровья («Медицинский статус»), потреблением ПАВ («Употребление алкоголя» и наркотиков), законом («Юридические аспекты»), снизилась озабоченность семейными проблемами («Семья и социальные связи»). Комплексный показатель по шкале «Работа/средства к существованию» (число оплаченных рабочих дней за последний месяц и сумма дохода за этот период), напротив, увеличился, что обусловлено отсутствием возможности работать у пациентов реабилитационных центров.

В связи с необходимостью более широкого охвата феноменологических проявлений у наркозависимых, участвующих в реабилитационных программах, нами были использованы дополнительные, более специализированные инструменты.

Так, опросник оценки актуального психопатологического симптоматического статуса SCL-90-R убедительно продемонстрировал, что активное потребление опиоидов сопровождается более высокими показателями по шкалам «Психотизм — PSY» и «Депрессия — DEP» по сравнению с пациентами, поступившими на реабилитацию — состояния одиночества, вины, безразличия, подавленного настроения, астении может препятствовать осознанию необходимости прохождения РЛ. В процессе реабилитации отмечено значимое снижение выраженности психопатологических проблем по всем шкалам, что указывает на улучшение восприятия пациентами состояния собственного здоровья, снижения уровня психологического дистресса и эффективной коррекции состояния.

По данным опросника SF-36, у пациентов, поступающих на реабилитацию, отмечаются более высокие показатели таких шкал, как «Физическое функционирование — PF», «Общее состояние здоровья — GF», «Жизненная активность — VT», «Социальное функционирование — SF», «Психическое здоровье — MH». Худшие оценки по этим шкалам у актив-

ных потребителей свидетельствуют о трудностях в социальных контактах, плохом состоянии здоровья и астении, которые также могут мешать поступлению на реабилитацию.

Улучшение в процессе реабилитационного лечения по шкалам «Физическое функционирование — RF», «Общее состояние здоровья — GF», «Жизненная активность — VT», «Социальное функционирование — SF», «Роль в функционировании, обусловленное эмоциональным состоянием — RE» показывает, что пациенты стали оценивать состояние своего здоровья как улучшившееся по сравнению с началом лечения, ощущают себя более энергичными, способными лучше справляться с физическими и эмоциональными нагрузками, вести более активную социальную жизнь.

Известно, что РЛ не гарантирует воздержания от наркотиков, а наркотическая зависимость имеет рецидивирующее течение. Рецидив как неотъемлемая часть заболевания представляет собой «постепенно развёртывающийся процесс», а возврат к зависимости является его последним звеном [24]. Исследования предпосылок рецидива демонстрируют, что вероятность возврата к зависимости (рецидива) выше у потребителей опиатов с криминальным прошлым, малым опытом трудовой деятельности, большим стажем и интенсивностью потребления наркотиков, сопутствующими психическими заболеваниями [18, 21, 23]. Регистрация всего комплекса медицинских и психосоциальных отклонений ещё до фактического приёма наркотика может способствовать разработке эффективных интервенций предотвращения рецидива.

Одной из задач нашего исследования было выявление факторов риска досрочного прекращения реабилитационного лечения. Установлено, что предиктором выпадения из РЛ является низкий показатель «Контроль членами семьи друг друга» (по данным FES). Наличие данного фактора риска показывает важность семейного участия и контроля в процессе удержания пациентов на РЛ.

Российские потребители наркотиков, по сравнению с наркозависимыми в других странах, чаще живут в семьях с родителями: так, из обследуемых нами пациентов, поступивших на реабилитацию, отдельно проживали только 22%. Способность членов семьи дать адекватную оценку состоянию здоровья родственника, зависимого от ПАВ, готовность оказывать им поддержку — всё это помогает больным обрести уверенность в своих силах и выработать установку на трезвость. В связи с этим, особое значение имеет консультирование и обучение близкого окружения пациентов наркологического профиля основам повышения мотивации к участию в лечебно-реабилитационных программах.

Заключение

«Индекс тяжести зависимости» (ASI) является удобным и информативным инструментом многофакторной количественной оценки клинических, психосоциальных и аддиктивных характеристик, связанных с зависимостью, у пациентов, находящихся на РЛ. «Индекс тяжести зависимости» в совокупности с методиками оценки качества жизни, психопатологического состояния и семейного функционирования позволяет эффективно оценивать изменения в состоянии пациентов реабилитационных программ в динамике. Активное потребление ПАВ сопровождается низкой удовлетворённостью качеством жизни и большим количеством психических и соматических проблем. Реабилитация в совокупности с отказом от ПАВ приводит к улучшению показателей здоровья, социального функционирования и качества жизни наркозависимых пациентов. Позитивный и постоянный контроль реабилитантов наркологического профиля со стороны ближайшего окружения достоверно способствует удержанию их в восстановительных программах. Ранняя комплексная диагностика, лечение сопутствующих соматических и психических расстройств у потребителей наркотиков, проходящих РЛ, а также семейное консультирование могут повысить эффективность реабилитационных программ.

Список литературы

1. Зобин М.Л. Аддиктивный профиль — новый инструмент для оценки результатов лечения (адаптированная версия) // Психическое здоровье. — 2006. — №12. — С. 39—43.
2. Зобин М.Л. Многофакторная оценка результатов лечения опиодной зависимости: Автореф. дисс. на соискание учёной степени к.м.н.: 14.00.45. — СПб.: СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2009. — 24 с.
3. Иванец Н.Н., Винникова М.А. Героиновая зависимость (клиника и лечение постабстинентного состояния). — М.: Медпрактика-М, 2001. — 128 с.
4. Кошкина Е.А., Киржанова В.В., Сидорук О.В. и др. Основные показатели деятельности наркологической службы в Российской Федерации в 2009—2010 годах // Статистический сборник. — М., 2011. — 145 с.
5. Крупицкий Е.М., Звартау Э.Э. Учёные записки Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова. — СПб., 2003. — Т. X, №2. — С. 12—23.
6. Крупицкий Е.М., Звартау Э.Э., Егорова В.Ю. и др. Взаимосвязь между поведением, связанным с высоким риском ВИЧ-инфицирования, и выраженностью психопатологических расстройств у больных героиновой наркоманией в Санкт-Петербурге // Русский журнал «СПИД, рак и общественное здоровье». — СПб., 2006. — Т. 10, №1. — С. 60—68.
7. Крупицкий Е.М., Звартау Э.Э., Лиознов Д.А. Коморбидность наркологических и инфекционных заболеваний в Санкт-Петербурге и Ленинградской области // Социально зна-

чимые болезни в Российской Федерации. — М., 2006. — С. 286—290.

8. Олейник С. Наркологическая служба России глазами пациентов: Отчёт об исследовании. — М. — Пенза [Б.и.], 2007. — 48 с.

9. Оценка эффективности интеграционной системы реабилитации больных наркоманией: Методические рекомендации / Т.Н. Дудко, Е.А. Кошкина, Е.В. Борисова и др. — М.: ФГУ НИИ наркологии, 2009. — 30 с.

10. Руководство по реабилитации несовершеннолетних, злоупотребляющих психоактивными веществами / Под ред. Ю.В. Валентика. — М.: Генжер, 2003. — 397 с.

11. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. — СПб.: Питер, 2001. — 268 с.

12. Цетлин М.Г., Пелипас В.Е. Реабилитация наркологических больных: концепция и практическая программа. — М., 2000. — 36 с.

13. An improved diagnostic instrument for substance abuse patients. The Addiction Severity Index / A.T. McLellan, L. Luborsky, C.P. O'Brien et al. // J. Nerv. Mental Dis. — 1980. — Vol. 168, №1. — P. 26—33.

14. Barriers to accessing drug treatment in Russia: a qualitative study among injecting drug users in two cities / N. Bobrova, T. Rhodes, R. Power et al. // Drug Alcohol Depend. — 2006. — Vol. 82. — Suppl. 1. — P. 57—63.

15. Darke S., Ross J., Teesson M. et al. Factors associated with 12 month continuous heroin abstinence: findings from the Australian Treatment Outcome Study (ATOS) // J. Subst. Abuse Treat. — 2005. — Vol. 28, №3. — P. 255—263.

16. DeRogatis L.R. SCL-90-R administration, scoring and procedures manual. — Baltimore, 1977. — P. 4—8.

17. Marsden J., Gossop M., Stewart D. et al. The Maudsley Addiction Profile (MAP): A brief instrument for assessing treatment outcome // Addiction. — 1998. — Vol. 93, №12. — P. 1857—1867.

18. McLellan A.T., Luborsky L., Woody G.E. et al. Predicting response to alcohol and drug abuse treatment: Role of psychiatric severity // Arch. Gen. Psychiatry. — 1983. — Vol. 40. — P. 620—625.

19. Moos R.H., Moos B.S. Family Environment Scale (FES). — Palo Alto (CA), 1974. — P. 31—75.

20. Prevalence and circumstances of opiate overdose among injection drug users in the Russian Federation / B. Sergeev, A. Karpets, A. Sarang et al. // J. Urban Health. — 2003. — Vol. 80, №2. — P. 212—219.

21. Simpson D.D., Marsh K.L. Relapse and recovery among opioid addicts 12 years after treatment // F.M. Tims, C.G. Leukefeld (Eds.), Relapse and Recovery in Drug Abuse. — Rockville, Maryland: National Institute on Drug Abuse, U.S. Department of Health and Human Services, 1986.

22. The fifth edition of the Addiction Severity Index / A.T. McLellan, H. Kushner, D. Metzger et al. // J. Subst. Abuse Treat. — 1992. — Vol. 9, №3. — P. 199—213.

23. Vaillant G.E. What can long-term follow-up teach us about relapse and prevention of relapse in addiction? // Br. J. Addict. — 1988. — Vol. 83. — P. 1147—1157.

24. Weiner H.D., Wallen M.C., Zankowski G.L. Culture and social class as intervening variables in relapse prevention with chemically dependent women // J. Psychoactive Drugs. — 1990. — Vol. 22. — P. 239—248.

25. Ware J.E., Kosinski M. Interpreting SF-36 summary health measures: a response // Qual. Life Res. — 2001. — Vol. 10, №5. — P. 405—413.

DYNAMIC ASSESSMENT OF CLINICAL, SOCIAL, AND PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF OPIOID ADDICTS IN DRUG TREATMENT REHABILITATION

ILYUK R.D., TORBAN M.N., KRUPITSKY E.M., ILYUSHKINA E.V., SURMIEVICH P.E.

V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute, Sankt-Petersburg, Russia

We assessed 80 opioid-dependent injection drug users (IDUs) using Addiction Severity Index (ASI), The Short Form (36) Health Survey (SF-36), Family Environmental Scale (FES) and Symptom Check List-90-Revised (SCL-90). 50 out of 89 individuals have been assessed during admission to a drug treatment rehabilitation clinic and after 90 days into treatment; also, they have been tested for drugs in urine biweekly. 30 others were active opioid drug users that have been assessed once. Study results demonstrated that participation in rehabilitation treatment program results in decrease in addiction severity, improves mental and somatic health, social functioning, and quality of life. We found that the treatment drop-out predictor is lack of family control (low score on FES «family control» scale).

Key words: opioid dependence, addiction treatment, rehabilitation, monitoring, effectiveness, clinical psychosocial factors