

НЕДОБЫЛЬСКИЙ

Олег Владимирович

**ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АМБУЛАТОРНЫХ ПРОГРАММ
МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЛЯ БОЛЬНЫХ
АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ:
КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ
ИССЛЕДОВАНИЕ**

14.01.27 – наркология

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Работа выполнена в федеральном государственном бюджетном учреждении «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В. П. Сербского» Минздрава России.

Научный руководитель:

доктор медицинских наук **АГИБАЛОВА Татьяна Васильевна**.

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, профессор **ШУСТОВ Дмитрий Иванович**, заведующий кафедрой психиатрии федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Рязанский государственный медицинский университет имени акад. И. П. Павлова» Минздрава России;

доктор медицинских наук **СИВОЛАП Юрий Павлович**, профессор кафедры психиатрии и наркологии федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова» Минздрава России.

Ведущая организация: федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования высшего образования «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России.

Защита состоится «20» марта 2018 года в 15.00 на заседании диссертационного совета Д 208.024.01 на базе ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В. П. Сербского» Минздрава России: 119034, Москва, Кропоткинский пер., 23.

С диссертацией можно ознакомиться в научной библиотеке ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В. П. Сербского» Минздрава России и на сайте www.serbsky.ru.

Автореферат разослан «___» _____ 2018 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета,
доктор медицинских наук

И. Н. Винникова

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования

В настоящее время отмечается снижение общего числа зарегистрированных больных наркологическими расстройствами. Так, по сравнению с 2014 годом, этот показатель в 2015 году снизился на 4,3%. В 2016 году по сравнению с 2015 годом отмечено дальнейшее снижение показателя на 9,3%. В 2016 году в РФ зарегистрировано более 2,4 миллионов больных наркологическими расстройствами, из них 78,5% составляют больные алкогольной зависимостью (Киржанова В. В., Григорова Н. И. с соавт., 2016, 2017). Достижение стойкой, длительной и качественной ремиссии при алкогольной зависимости – одна из наиболее важных задач, которая одновременно служит критерием успешности лечения больных с этой патологией (Иванец Н. Н., Винникова М. А., 2005; 2010; Блохина Е. А., Крупицкий Е. М., 2010; Игонин А. Л., Клименко Т. В. и др., 2014; Клименко Т. В., Козлов А. А., 2016).

Медицинская реабилитация больных с алкогольной зависимостью является одним из приоритетных направлений российской наркологии (Дудко Т. Н., 2006, 2011; Клименко Т. В., Козлов А. А., 2016). Именно на этапах реабилитации достигается восстановление физического, психического и духовного здоровья наркологических больных, их личностного и социального статуса. При этом наиболее перспективными являются амбулаторные программы медицинской реабилитации, поскольку амбулаторный режим позволяет осуществлять медицинские реабилитационные мероприятия без отрыва пациента от семьи и работы, что существенно улучшает и ускоряет все процессы восстановления.

Низкая приверженность больных с наркологическими расстройствами к лечению и, как следствие – частые рецидивы алкогольной зависимости наряду со многими другими факторами связаны с периодическими обострениями синдрома патологического влечения к алкоголю (ПВА) (Альтшулер В. Б., 2012; Игонин А. Л., Кекелидзе З. И., Клименко Т. В. и др., 2015; Гофман А. Г.,

Яшкина И. В., с соавт., 2016). Поэтому использование в комплексной терапии больных алкоголизмом наряду с психотерапией и иными медицинскими реабилитационными технологиями пролонгированной формы налтрексона (далее – инъекционный налтрексон) для купирования ПВА существенно увеличивает вероятность достижения состояния ремиссии алкогольной зависимости и улучшения ее качества (Кошкина Е. А., Альтшулер В. Б., Кравченко С. Л., 2012; Гофман А. Г., 2015; Garbutt J. C., Kranzler H. R., et al., 2006). Большинство исследований по данной теме проводились в стационарных условиях. На текущий момент отсутствуют исследования эффективности амбулаторных программ медицинской реабилитации и их возможности по формированию ремиссий у больных алкогольной зависимостью, в том числе у пациентов, которые неоднократно и с минимальным успехом лечились по поводу алкогольной зависимости, а также у больных алкоголизмом, в отношении которых органами опеки и попечительства ставится вопрос о лишении их родительских прав в связи с невыполнением своих родительских обязанностей вследствие алкогольной зависимости.

Наличие алкогольной зависимости у одного или обоих родителей является серьезным психотравмирующим фактором для их детей. Но в ситуации, когда мать или отец лишаются вследствие этого родительских прав, депривация матери или обоих родителей по силе психотравмирующего воздействия сопоставима с жестоким обращением с детьми и многими врачами рассматривается как один из его эквивалентов (Сиволап Ю. П., 2015; Coghill D. et al., 2009; Pautassi R. M. et al., 2012; McLaughlin K. A. et al., 2014). В связи с этим, разлучение ребенка с матерью, даже злоупотребляющей алкоголем, повышает риск формирования у него психических нарушений и расстройств, связанных с употреблением алкоголя и других психоактивных веществ (Егорова П. Л., Портнова А. А., 2015).

Степень разработанности темы исследования. К настоящему времени известно более тысячи методов психотерапии больных алкогольной зависимостью, которые в том числе широко используются в различных

программах медицинской и социальной реабилитации (Макаров В. В., 2009; 2015). Однако мало исследований по терапевтической эффективности комплексных лечебно-реабилитационных программ, в том числе в амбулаторных условиях, которые включают наряду с психотерапией психофармакологические лекарственные средства, в том числе снижающие ПВА. Также практически отсутствуют исследования по эффективности лечения и медицинской реабилитации больных с алкогольной зависимостью, в отношении которых ставится вопрос о лишении их родительских прав.

Цель исследования – сравнительное изучение эффективности амбулаторной комплексной программы медицинской реабилитации с использованием инъекционного налтрексона и амбулаторной программы медицинской реабилитации без инъекционного налтрексона для пациентов с алкогольной зависимостью.

Задачи:

1. Провести в шести субъектах РФ за период с 2013 по 2015 годы анализ выборки пациентов с алкогольной зависимостью, зарегистрированных в медицинских наркологических организациях и нуждающихся в проведении амбулаторной медицинской реабилитации.

2. Проанализировать эффективность амбулаторной программы медицинской реабилитации с использованием инъекционного налтрексона у больных алкогольной зависимостью, в том числе родителей, в отношении которых органами опеки и попечительства ставится вопрос о лишении их родительских прав в связи с невыполнением ими своих родительских функций.

3. Оценить динамику психопатологических расстройств в структуре ПВА у больных алкогольной зависимостью, находящихся в амбулаторной программе медицинской реабилитации с использованием инъекционного налтрексона.

5. Провести сравнительный анализ отдаленных результатов амбулаторной программы медицинской реабилитации с применением и без применения инъекционного налтрексона для больных алкогольной зависимостью.

Научная новизна результатов исследования. Данная работа является первым исследованием по изучению эффективности амбулаторных программ медицинской реабилитации, которое проведено на репрезентативной выборке больных и впервые включает социально значимую категорию пациентов алкогольной зависимостью, в отношении которых ставится вопрос о лишении их родительских прав. В результате исследования показано, что в амбулаторной программе медицинской реабилитации нуждаются пациенты с тяжелым безремиссионным течением алкогольной зависимости, что необходимо учитывать при составлении программ реабилитации. Впервые показано, что сочетание психотерапии и инъекционного налтрексона в комплексной амбулаторной программе медицинской реабилитации эффективно влияет на дезактуализацию ПВА, длительность ремиссии, качество семейного и социального функционирования больных, сохранение родительских прав. Впервые проведен анализ отдаленных результатов участия больных алкогольной зависимостью в амбулаторной программе медицинской реабилитации, который показал высокую эффективность программы и удовлетворенность самих пациентов проведенной реабилитацией.

Практическая значимость. Данное диссертационное исследование позволяет применять программу амбулаторной медицинской реабилитации для различных категорий больных алкогольной зависимостью, в том числе такой сложной в социальном плане категории, как родители, в отношении которых органами опеки и попечительства ставится вопрос о лишении их родительских прав в связи с алкогольной зависимостью. Результаты исследования необходимо учитывать при организации подобных программ для лечения и медицинской реабилитации тяжелых категорий больных алкогольной зависимостью.

Результаты настоящего исследования используются в практической работе врачей психиатров-наркологов, психотерапевтов, клинических (медицинских) психологов на базе ННЦ наркологии – филиале ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и

наркологии им. В. П. Сербского» Минздрава России, в Краснодарском ГБУЗ «Наркологический диспансер», в БУЗ Орловской области «Орловский наркологический диспансер, в ГБУ Ростовский Областной «Наркологический диспансер», в ГБУЗ «Ямало-Ненецкий окружной психоневрологический диспансер», в ГБУЗ Свердловской области «Областной наркологический диспансер»; для преподавания в медицинских образовательных учреждениях и в системе последипломного образования врачей и клинических (медицинских) психологов.

Положения, выносимые на защиту

1. Большинство пациентов, состоящих под динамическим диспансерным наблюдением в наркологических диспансерах в различных субъектах РФ, являются пациентами с тяжелым безремиссионным течением алкогольной зависимости и опытом неэффективного лечения, что необходимо учитывать при составлении программ медицинской реабилитации.

2. Амбулаторная программа медицинской реабилитации, сочетающая психотерапию и использование инъекционного налтрексона, существенно улучшает результат лечения больных алкогольной зависимостью и увеличивает вероятность достижения стойкой длительной ремиссии и создает основы для социальной реабилитации пациентов.

3. Амбулаторная программа медицинской реабилитации, сочетающая психотерапию и использование инъекционного налтрексона, может эффективно применяться при лечении и медицинской реабилитации сложной социальной категории больных алкогольной зависимостью, в отношении которых ставится вопрос о лишении их родительских прав.

4. Отдаленные результаты участия больных алкогольной зависимостью в амбулаторной программе медицинской реабилитации, сочетающей психотерапию и использование инъекционного налтрексона, демонстрируют высокую длительность ремиссии и удовлетворенность самих пациентов проведенной реабилитацией.

Степень достоверности результатов исследования. Достоверность результатов диссертационного исследования обеспечена корректной формулировкой цели и задач, тщательным анализом имеющихся научных исследований по данной тематике, достаточным объемом клинического материала (480 пациентов; из них 362 соответствовало критериям включения), а также статистической обработкой полученных результатов с помощью пакета статистических программ (SPSS for Windows, Standard Version 11.5, Copyright SPSS Inc., 2002). Кроме того, ряд полученных данных соотносится с уже имеющимися результатами научных работ по эффективности использования инъекционного пролонгированного налтрексона.

Апробация результатов диссертационного исследования. Основные материалы научного исследования доложены на клинических конференциях и Проблемном совете ННЦ наркологии – филиале ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В. П. Сербского» Минздрава России, и Международных конгрессах Общероссийской профессиональной психотерапевтической лиги в 2014, 2015 и 2016 годах.

Эффективность амбулаторной программы медицинской реабилитации подтверждается пятью актами внедрения: БУЗ Орловской области «Орловский наркологический диспансер», БУЗ «Ямало-Ненецкий окружной психоневрологический диспансер», БУЗ «Наркологический диспансер» МЗ Краснодарского края, Государственное автономное учреждение здравоохранения Свердловской области «Областной наркологический диспансер», Государственное бюджетное учреждение Ростовской области «Наркологический диспансер».

Публикации. Различные аспекты диссертационного исследования отражены в 11 печатных работах, 9 из них – в журналах, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией.

Структура и объем диссертации. Работа изложена на 123 страницах, состоит из введения, обзора литературы, описания материалов и методов, 3 основных глав, заключения, выводов, указателя литературы. Диссертация

включает в себя 36 таблиц, 4 рисунка и содержит клинический пример. Во введении обоснована актуальность исследования, сформулированы его цель и задачи, показана его научная новизна и практическая значимость.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МАТЕРИАЛА И МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование проводилось в период с 2013 по 2015 годы на базе ННЦ наркологии – филиала ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В. П. Сербского» Минздрава России (15 пациентов) и в Краснодарском ГБУЗ «Наркологический диспансер» (89). Также использовались данные медицинской документации больных, которые в тот же период находились под диспансерным наблюдением и/ или лечились в стационарных условиях по поводу алкогольной зависимости в БУЗ Орловской области «Орловский наркологический диспансер» (23), ГБУ Ростовский Областной «Наркологический диспансер» (20), ГБУЗ «Ямало-Ненецкий окружной психоневрологический диспансер» (43), ГБУЗ Свердловской области «Областной наркологический диспансер» (72).

В соответствии с критериями отбора (возраст 18 лет и старше, наличие алкогольной зависимости; отсутствие другой зависимости, кроме никотиновой; отсутствие психотических расстройств или эндогенной психической патологии; участие в другом научном исследовании; у женщин – отрицательный тест на беременность) методом сплошной выборки было отобрано 480 больных. Из всех отобранных больных 118 пациентов по разным причинам отказались от участия в данном исследовании. Десять женщин были исключены из исследования, так как планировали беременность.

Таким образом, в исследование вошло 362 пациента с диагнозом зависимости от алкоголя средней стадии по МКБ-10.

Из 362 человек, 262 больным в рамках комплексной амбулаторной программы медицинской реабилитации один раз в месяц назначался инъекционный налтрексон (основная группа), 100 больным проводилась

амбулаторная реабилитационная программа реабилитации без инъекций пролонгированного налтрексона (контрольная группа).

Больные основной группы были разделены на две подгруппы: 190 пациентов (подгруппа 1) и 72 пациента, в отношении которых органами опеки и попечительства был поставлен вопрос о лишении их родительских прав в связи с неисполнением родительских обязанностей вследствие алкогольной зависимости (подгруппа 2). За исключением наличия (основная группа) или отсутствия (контрольная группа) инъекций пролонгированного налтрексона амбулаторная программа медицинской реабилитации у больных основной и контрольной групп ничем не отличалась. В отношении 104 пациентов из подгруппы № 1 (n = 190) проведено клинико-катамнестическое исследование отдаленных результатов комплексной амбулаторной программы медицинской реабилитации (через 2 года с момента вступления в программу) (см. Рисунок 1).

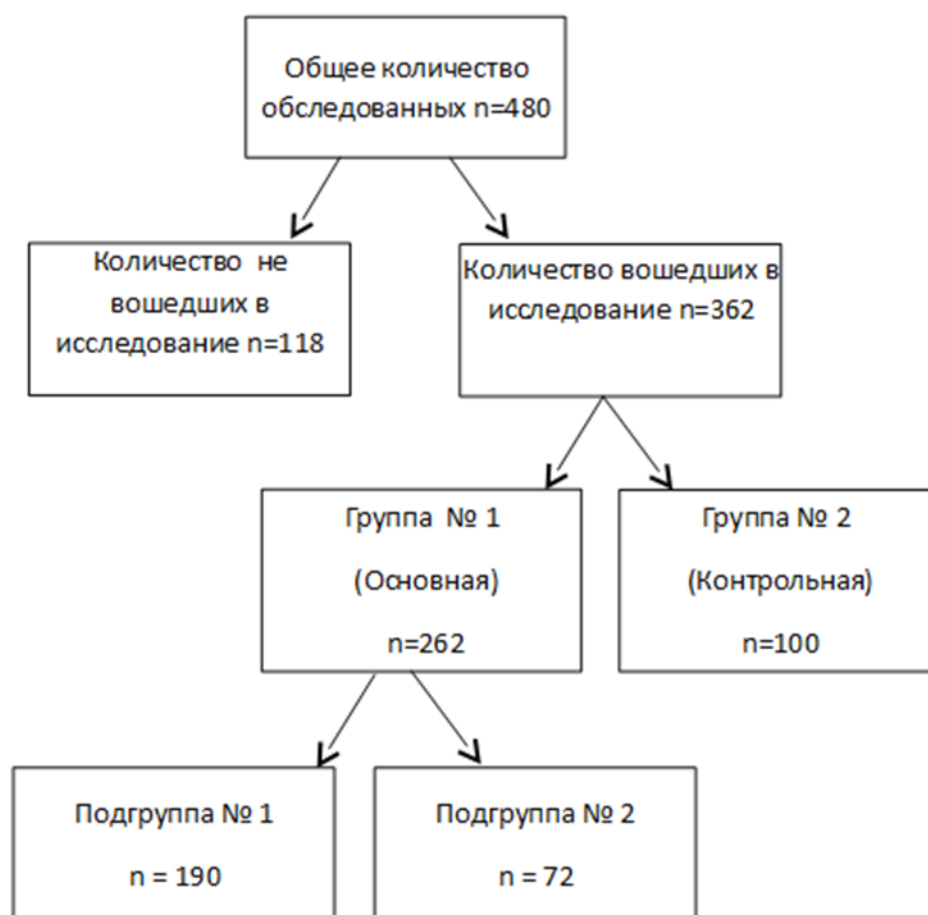


Рисунок 1 – Схема исследования

Клиническая оценка психопатологической структуры и динамики ПВА оценивалась в соответствии с концепцией В. Б. Альтшулера (1992) и по визуально-аналоговой шкале самооценки пациентов (VAS). Исследование клинической структуры синдрома ПВА проводилось перед началом включения пациента в программу амбулаторной программы медицинской реабилитации, в конце 1-го, 2-го, 3-го, 4-го, 5-го, 6-го месяцев медицинской реабилитации, а также в конце первого и второго года наблюдения. Оценка ремиссии алкогольной зависимости проводилась на основании динамического наблюдения и объективных сведений от родственников, а также включала биохимический анализ на АЛТ, АСТ, ГГТ, тест на определение фракции трансферрина (CDT).

Методы математической статистики применялись для определения различий между группами, динамики различных параметров внутри групп и анализа корреляционных связей между исследуемыми параметрами. При статистической обработке результатов исследования использовались методы описательной статистики, методы для определения различий между группами и корреляционный анализ. Наличие различий между данными двух групп при непараметрическом методе исследования оценивалось критерием Манна – Уитни и точным критерием Фишера (дихотомические переменные). Корреляции оценивались с помощью r -критерия ранговой корреляции Спирмена. Обработка полученных результатов производилась с помощью пакета статистических программ SPSS.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

По основным социально-демографическим и клинико-динамическим параметрам больные основной и контрольной группы не имели достоверных различий, что обеспечивало достоверность их сравнения по исследуемым параметрам. Средний возраст обследованных – $42,7 \pm 0,2$ лет. Во всех группах и подгруппах исследования преобладали мужчины (71,3%), женщин было меньше (28,7%). У всех обследованных диагностирована 2-я стадия

алкогольной зависимости; высокая толерантность от 0,3 до 2 литров крепких алкогольных напитков в сутки, продолжительность псевдозапоев от 3 дней до одного месяца с промежутком от 2 до 6 месяцев; алкогольный абстинентный синдром (ААС) средней степени тяжести.

У большинства пациентов (63,81%) в анамнезе была хотя бы одна попытка лечения алкогольной зависимости, 70,32% больных обращались за медицинской помощью (стационарно и амбулаторно) более трех раз, большинство (93,21%) не имели мотивации к лечению и отказу от употребления алкоголя. По результатам проведенного в прошлом лечения у 60,43% обследованных не наблюдалось прекращения употребления алкоголя даже на короткое время. Ремиссии алкогольной зависимости продолжительностью более года не наблюдались.

Отсутствие терапевтических ремиссий алкогольной зависимости при высокой частоте обращений за медицинской помощью с низкой эффективностью лечения, высокие дозы употребляемого алкоголя, частые и длительные запои свидетельствуют о том, что у большинства обследованных алкогольная зависимость характеризовалась тяжелым течением (Сиволап Ю. П., 2014).

Дизайн исследования предусматривал нескольких этапов. На предварительном этапе пациенту в стационарных условиях в течение 7 дней проводилась диагностика и лечение алкогольного абстинентного синдрома и предварительная психотерапевтическая беседа с участием родственников с целью мотивирования больных на включение в амбулаторную программу медицинской реабилитации.

По завершении лечения и в день выписки из стационара со всеми больными утверждался график амбулаторной программы медицинской реабилитации, при этом больным основной группы дополнительно делалась первая инъекция пролонгированного налтрексона.

Программа амбулаторной медицинской реабилитации была рассчитана на 6 месяцев, состояла из 12 визитов к врачу и регулярных телефонных разговоров

с пациентами и их родственниками для проведения психотерапевтической работы, динамического контроля над психофизическим состоянием, поведением пациентов и соблюдением ими требований программы амбулаторной реабилитации и режима трезвости. Психотерапевтические занятия проводились индивидуально каждые две недели. На каждом нечетном занятии больным основной группы проводилась инъекция пролонгированного налтрексона. Длительность индивидуального психотерапевтического занятия варьировала от 45 минут до одного часа; продолжительность семейных встреч – до 1,5 часов. До 30% занятий проводились в формате мини-групп по 3-4 человека, что позволяло оптимизировать лечебно-реабилитационный процесс.

Телефонное общение с пациентами и их родственниками осуществлялось не менее 2 раз в месяц по инициативе врача психиатра-нарколога.

Психотерапевтическая работа была направлена на расширение у пациентов и их родственников наркологической грамотности, поддержание и укрепление мотивации к лечению и трезвому образу жизни; на перестройку мышления, системы взглядов и убеждений; развитие навыков эмоциональной саморегуляции и управления кризисными ситуациями; распознавание и предупреждение рецидива заболевания; обучение навыкам работы с дисфункциональными мыслями и реконструкции дисфункционального мышления; навыкам работы с сопротивлением; развитие позитивного мышления, формирование умения использовать собственные и средовые ресурсы для поддержания отказа от алкоголя; приобретение умения признавать собственные достижения и успехи и восстановление способности получать от этого удовольствие, а также достижение оптимального психического и физического состояния, не используя алкоголь. Итоговый визит всегда проходил совместно с родственниками или значимыми для пациента лицами, когда подводились итоги терапии и формировались планы на будущее.

В работе с пациентами использовались различные психотерапевтические методики: когнитивно-поведенческая психотерапия, мотивационное интервью, альянс-центрированный подход, семейная психотерапия, лечение срывов и

рецидивов. Для пациентов из числа родителей, в отношении которых ставился вопрос о лишении их родительских прав в связи с наличием у них алкоголизма, большое внимание уделялось семейной психотерапии. Были включены методики психотерапии с высоким уровнем доказательности их эффективности для психотерапии больных с болезнями зависимости (Шустов Д. И., 2014; Агибалова Т. В., Шустов Д. И. и др., 2015; McCardy B. S., 2012; Foxcroft D. R., 2014). Применяемый комплекс методик позволял гибко подойти к терапии пациента с учетом его индивидуальных особенностей.

После завершения через 6 месяцев курса амбулаторной медицинской реабилитации в соответствии с дизайном исследования с пациентом договаривались о необходимости повторных посещений через 6 месяцев и через 1,5 года для клинико-катамнестического исследования, диагностики степени актуализации ПВА, оценки семейного и профессионального статуса пациента (Агибалова Т. В., Дудко Т. Н., Городнова М. Ю., Добряков И. В., Рычкова О. В., Тучин П. В., 2012).

В исследовании были использованы методы: эпидемиологический, клинико-психопатологический, клинико-катамнестический и статистический. Для набора, обработки материала и анализа результатов исследования была разработана индивидуальная карта больных алкогольной зависимостью. Индивидуальная карта содержала сведения по социально-демографическим и клинико-динамическим параметрам лица с алкогольной зависимостью, в том числе особенности клинико-динамической структуры ПВА, данные о наследственности, сведения о лечении и реабилитации по поводу алкогольной зависимости в прошлом, данные о факторах, провоцирующих срывы/рецидивы алкогольной зависимости, особенности становления ремиссии и ее основные клинико-социальные параметры. Все исследуемые параметры заносились в карту исследования по результатам регулярных посещений пациентом врача для участия в психотерапевтических сеансах.

Результаты амбулаторной программы медицинской реабилитации с использованием инъекций пролонга блокатора опиоидных рецепторов налтрексона (группа 1, подгруппа 1 – 190 пациентов)-

Все пациенты (190) по итогам завершения программы были разделены на получившие полный курс пролонгированного инъекционного налтрексона и не закончившие курс. Из 190 пациентов, вступивших в программу амбулаторной реабилитации, 155 человек (81,42%) закончили программу полностью, 20 из них (10,53%) получили более 6 инъекций (от 7 до 16), 35 пациентов покинуло программу до ее полного завершения. Среди пациентов, завершивших программу, практически 91% сохраняли полную трезвость как минимум 6 месяцев, 35 пациентов не закончили программу (18,42%).

Среди пациентов, прервавших программу до ее полного завершения, 19 сохраняли полную трезвость в течение года после вступления в программу. Четверо пациентов сократили количество употребляемого алкоголя более чем в три раза по сравнению с количеством употребляемого алкоголя до вхождения в программу на момент последней инъекции налтрексона. Девять пациентов продолжали употреблять алкоголь в прежних количествах. Один пациент прервал программу, поскольку выбыл из города, еще двое были помещены в следственный изолятор временного содержания и выбыли из исследования.

Таким образом, 174 (91,58%) пациента сохраняли полную трезвость на протяжении до года с момента вступления в программу амбулаторной медицинской реабилитации.

Динамика первичного ПВА

От момента вступления в программу реабилитации к периоду ее завершения (по шкале В. Б. Альтшулера) интенсивность аффективного компонента первичного ПВА снизилось более чем в три раза (с 85,79 до 25,79). Величина поведенческого и идеаторного компонента – в три раза (68,42 – 20,53; 64,21 – 21,58, соответственно), вегетативного – в 2,6 раза (51,58 – 20,00). Максимальное снижение отмечено у сенсорного компонента – более чем в 5 раз (33,16 – 6,32). По шкале VAS среднее значение ПВА в начале лечения по шкале

было $75,8 \pm 1,3$ мм, тогда, как после завершения программы реабилитации – $24,3 \pm 1,0$ мм, что более чем в 3 раза меньше исходного (статистически достоверно; точный критерий Фишера $p > 0,05$).

Поскольку социальная адаптация является и условием и показателем качества ремиссии алкогольной зависимости, были оценены показатели семейного и профессионального статусов участников программы.

Из 190 пациентов данной подгруппы 142 (70,74%) улучшили семейные отношения, а 153 (80,53%) – трудовые отношения.

Таблица 1 – Коэффициенты интеркорреляций клинических параметров алкогольной зависимости и показателей эффективности комплексной программы медицинской реабилитации у пациентов в подгруппе № 1

Критерии эффективности	Наличие и выраженность аффективного компонента ПВА ¹	Количество инъекций пролонгированного налтрексона – 6.
Период (от 6 месяцев и до 2 лет)	0,15 $p = 0,21$	0,73 $p < 0,05$
Сохранение и улучшение семейных отношений	-0,54 $p < 0,001$	0,20 $p = 0,7$
Длительность нахождения в программе (от одного месяца до шести)	-0,63 $p < 0,001$	0,53 $p < 0,05$
Максимальная длительность ремиссии (двухлетняя)	0,07 $P = 0,5$	0,65 $p < 0,001$
Срывы за время прохождения программы	0,14 $p = 0,17$	-0,77 $p < 0,05$

Примечания: ¹ – взят только аффективный компонент первичного ПВА, как самый часто встречаемый; использован г-критерий ранговой корреляции Спирмена, значимые корреляции выделены.

Сопоставление основных клинических и социальных параметров пациентов по результатам участия в программе амбулаторной реабилитации показало, что продолжительность удержания пациентов в программе реабилитации, вероятность достижения состояния ремиссии алкогольной зависимости и ее продолжительность коррелировали с увеличением числа полученных инъекций пролонга налтрексона (г-критерий Спирмена равен 0,73;

$p < 0,05$). Выраженностью аффективного компонента ПВА как одного из наиболее важных факторов срыва и рецидива алкогольной зависимости обратно коррелировала с благоприятным семейным и социальным статусом пациента ($-0,54$; $p < 0,001$) и с продолжительностью удержания пациентов в программе реабилитации. Количество срывов и рецидивов алкогольной зависимости уменьшалось, а количество пациентов с продолжительностью ремиссий до 2 лет возрастало по мере увеличения и наоборот, у пациентов, получивших менее 5 инъекций налтрексона увеличивалось количество срывов/рецидивов алкогольной зависимости ($-0,77$; $p < 0,05$) (Таблица 1).

У 104 пациентов ($n=190$) удалось отследить результаты через 2 года после начала комплексной программы реабилитации.

Из 104 пациентов полную двухлетнюю полную ремиссию соблюдали 47 пациентов (45,19%).

Средний балл по шкале VAS к этому моменту составил $16,8 \pm 1,1$ мм (статистически достоверно: $p > 0,05$).

К концу второго года после вступления в программу 46 пациентов (44,23%) сохранили семейные отношения, более половины (62 человека, 59,52%) трудоустроены.

Результаты амбулаторной программы медицинской реабилитации в группе родителей с алкогольной зависимостью, в отношении которых органами опеки и попечительства ставился вопрос о лишении родительских прав в связи с невыполнением родительских обязанностей

Из 72 участников подгруппы 2 более 40,28% пациентов ($n = 29$) получили полный курс инъекций пролонгированного налтрексона (6 инъекций) в рамках комплексной программы амбулаторной реабилитации. Все они за исследованный период не нарушали режим трезвости. Если брать период нахождения в программе в целом (до ее завершения или момента досрочного выхода из нее), 42 пациента (58,33%) сохраняли режим трезвости; у 16 пациентов (22,22%) зарегистрированы однократные срывы, у 8 пациентов (11,11%) – срывы, переходящие в рецидив заболевания. У 6 пациентов

информация не была получена полностью, так как прекратили посещение врача, и не отвечали на телефонные звонки.

Через год от вступления в программу амбулаторной программы комплексной медицинской реабилитации – режима полной трезвости придерживались 53 пациента (73,61% всех участников программы). Причем, среди пациентов, полностью завершивших программу реабилитации, режим полной трезвости соблюдали 29 пациентов (практически 90%), среди 43 пациентов, прервавших участие в программе, только 64%.

В процессе программы реабилитации и к периоду ее завершения «сохранили/нашли работу» 37 пациентов (51,39%). Большинство пациентов стали больше времени уделять домашним делам и воспитанию детей. После завершения программы амбулаторной медицинской реабилитации 67 пациентов (93%) сохранили родительские права. В случае временного изъятия детей из семьи (при сохранении родительских прав) возврат детей осуществлен 18 пациентам. У 8 пациентов дети изъятые, трех пациентов лишили родительских прав. Для 1 пациента – вопрос о решении родительских прав на момент последнего катамнестического исследования не был решен.

Результаты амбулаторной программы медицинской реабилитации у пациентов контрольной группы (не получали инъекции пролонгированного налтрексона) – 100 пациентов

Успешно завершили амбулаторную программу медицинской реабилитации (шесть месяцев) 31 пациент (31,00%) контрольной группы. К концу первого года после начала амбулаторной программы медицинской реабилитации всего одиннадцать (11%) пациентов находились в полной ремиссии. У 9 пациентов в течение первого года после вступления в программу, хотя и отмечены срывы, что все же позволило причислить их к группе находящихся в ремиссии.

К концу первого года после начала программы амбулаторной реабилитации число рецидивов алкогольной зависимости у больных увеличилось в два раза. В результате к отметке одного года в полной

(11 пациентов) и неполной (9 пациентов) ремиссии алкогольной зависимости находились 20 пациентов (20%).

В клинической динамике первичного ПВА отмечено нивелирование всех пяти его компонентов к концу первых шести месяцев амбулаторной программы (шкала ПВА В. Б. Альтшулера). Но к концу первого года количество пациентов с актуальным ПВА увеличилось по сравнению с аналогичными данными полугодовой отметки, а число пациентов с поведенческим компонентом ПВА даже превысило их число до вступления в программу (аффективный – 92 – 81; поведенческий – 71 – 80; идеаторный – 70 – 65; вегетативный – 66 – 65; сенсорный – 31 – 30).

Среднее значение ПВА в начале лечения по шкале VAS было $80,2 \pm 1,3$ мм, к концу первого полугодия оно немного снизилось ($75,6 \pm 0,9$ мм), через год после начала реабилитации – практически не изменилось ($77,1 \pm 1,1$ мм). Все изменения статистически не достоверны (точный критерий Фишера $p < 0,05$).

Чуть больше половины пациентов улучшили семейные и трудовые отношения (54% и 56% соответственно).

Таблица 2 – Достоверность различий между результатами/промежуточными итогами в основной (Подгруппа № 1) и контрольной (Группа № 2) группах

Критерий	Группа № 1 (основная). Подгруппа № 1	Группа № 2 (контрольная)	Уровень значимости (точный критерий Фишера)
Ремиссия 6 мес. (количество пациентов)	155 (81,58%)	31 (31,00%)	$p > 0,05$
Ремиссия 12 мес. (количество пациентов)	67 (35,26%)	11 (11,00%)	$p > 0,05$
ПВА (шкала VAS, мм, начало лечения / 6 мес.)	75/24	80/75	$p > 0,05$
Социальный статус: семья – сохранил/улучшил	142 (74,74%)	54 (54,00%)	$p > 0,05$
Социальный статус: работа – сохранил/нашел	153 (80,53%)	56 (56,00%)	$p > 0,05$

Все результаты участия в комплексной амбулаторной программе медицинской реабилитации достоверно отличаются от промежуточных итогов лечения и реабилитации в контрольной группе.

ВЫВОДЫ

1. По результатам сплошной выборки больных с алкогольной зависимостью, которые состоят под диспансерном наблюдении в медицинских наркологических организациях в 6 субъектах Российской Федерации, установлено, что абсолютное большинство из них страдают тяжелой формой алкогольной зависимости с безремиссионным течением.

2. Включение больных алкогольной зависимостью с тяжелым безремиссионным течением в комплексную амбулаторную программу медицинской реабилитации существенно увеличивает вероятность достижения длительной и хорошего качества ремиссии алкогольной зависимости.

3. Включение в комплексную программу медицинской реабилитации пролонгированного блокатора опиоидных рецепторов существенно увеличивает эффективность лечебно-реабилитационного процесса, повышая вероятность достижения ремиссии алкогольной зависимости за счет эффективного подавления патологического влечения к алкоголю.

4. Включение в программу амбулаторной медицинской реабилитации инъекционного пролонга опиоидных рецепторов позволяет эффективно дезактуализировать патологическое влечение к алкоголю и достоверно увеличить вероятность достижения продолжительной и хорошего качества ремиссии алкогольной зависимости.

5. Комплексная программа медицинской реабилитации с использованием пролонгированного инъекционного налтрексона для тяжелой социальной группы больных алкогольной зависимостью с риском лишения родительских прав является средством терапевтического выбора и позволяет не только достичь состояния продолжительной и хорошего качества ремиссии

алкогольной зависимости, но и сохранить у этих пациентов родительские права.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Агибалова Т. В., Рычкова О. В., Кузнецов А. Г., Гуревич Г. Л., Недобыльский О. В. Алкогольная зависимость, сформированная на фоне нарушений психической адаптации. // Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра Сибирского отделения Российской академии медицинских наук. 2013. № 6 (94). С. 169–176.

2. Ружников А. Ю., Алексеева О. В., Агибалова Т. В., Боярских Е. В., Недобыльский О. В. Лечение алкогольной зависимости у пациентов, находящихся в группе риска по лишению родительских прав // Вопросы наркологии. 2014. № 3. С. 48–55.

3. Агибалова Т. В., Тучин П. В., Гуревич Г. Л., Недобыльский О. В., Шутова С. В., Кузнецов А. Г. Анализ эффективности результатов лечения больных алкогольной зависимостью с алкогольной нейропатией // Наркология. 2014. Т. 13. № 6 (150). С. 64–67.

4. Агибалова Т. В., Недобыльский О. В., Любченко Д. А., Борисенко Л. Н., Алексеева О. В., Малышко Е. В., Загоруйко М. В., Тюрин М. В., Терентьев В. В., Горохов А. М., Сезин Ю. В. Анализ эффективности отдаленных результатов лечения больных алкогольной зависимостью в региональных целевых программах. Медицинские и социальные аспекты // Наркология. 2014. Т. 13. № 5 (149). С. 69–74.

5. Агибалова Т. В., Любченко Д. А., Борисенко Л. Н., Ермакова Г. А., Родина И. П., Недобыльский О. В., Климачев К. К., Нечайкин Н. М. Отдаленные результаты лечения пациентов с алкогольной зависимостью по программе «Точка Трезвости» в Краснодарском крае // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2015. Т. 115. № 4-2. С. 24–27.

6. Ружников А. Ю., Агибалова Т. В., Боярских Е. В., Алиханова Э. А., Недобыльский О. В. Лечение алкогольной зависимости по программе «Точка

Трезвости» у пациентов, находящихся в группе риска по лишению родительских прав // Наркология. 2015. Т. 14. № 4 (160). С. 47–50.

7. Агибалова Т. В., Недобыльский О. В., Корякин С. А., Вольская К. В. Результаты лечения больных опийной наркоманией в рамках областной целевой программы мер по противодействию незаконному обороту наркотических средств в Самарской области. // Наркология. 2015. Т. 14. № 5 (161). С. 57–61.

8. Агибалова Т. В., Недобыльский О. В., Ахметзянов И. И., Хаева Р. Ф., Удачина Г. Л. Об итогах реализации пилотного проекта «точка Трезвости» по профилактике социального сиротства в Республике Татарстан // Наркология. 2017. № 4. С. 67–72.

9. Агибалова Т. В., Любченко Д. А., Недобыльский О. В., Борисенко Л. Н., Ермакова Г. А., Родина И. П. Анализ отдаленных результатов амбулаторной программы медицинской реабилитации с применением пролонгированного инъекционного налтрексона для больных алкогольной зависимостью в Краснодарском крае // Наркология. 2017. № 5. С. 37–48.

10. Агибалова Т. В., Недобыльский О. В. Анализ эффективности амбулаторных программ медико-социальной реабилитации для больных алкогольной зависимостью, получавших пролонгированный инъекционный налтрексон // Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием: «Междисциплинарный подход в понимании и лечении психических расстройств: миф или реальность?» (14–17 мая 2014 г.) – СПб., 2014. – С. 523.

11. Агибалова Т. В., Недобыльский О. В. Эффективность комплексной программы «Точка трезвости» для лечения и реабилитации больных алкогольной зависимостью // Трансакционный анализ в психотерапии и наркологии: сборник статей Третьей Всероссийской конференции по трансакционному анализу с Международным участием /– Рязань : ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России, 2016. – С. 70–75.