

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

Государственное учреждение
«РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР
МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ И РЕАБИЛИТАЦИИ»

**МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА
И РЕАБИЛИТАЦИЯ**

Сборник научных статей

Под общей редакцией доктора медицинских наук,
профессора В.В. Смычка

Выпуск 16

Минск
Издатель А. Н. Вараксин
2014

УДК 616-036.86
ББК 51.1(2)3
М42

Рецензенты:

д-р мед.наук, проф., заведующий кафедры медицинской реабилитации и немедикаментозной терапии Гродненского государственного медицинского университета *Л.А. Пирогова*;
канд. мед.наук, заместитель академика-секретаря отделения медицинских наук Национальной академии наук Беларуси *А.А. Гракович*.

М42 **Медико-социальная экспертиза и реабилитация** : сборник научных статей / под общ.ред. В.Б. Смычка. – Минск: А. Н. Вараксин, 2014. – 306 с.

ISBN 978-985-7092-06-2.

В сборнике отражены результаты научных исследований и практической деятельности организаций здравоохранения и других организаций по проблемам медико-социальной экспертизы, реабилитации, профилактики, эпидемиологии, а также другим вопросам, косвенно освещая связанные проблемы.

Материал систематизирован в четыре крупных раздела.

Опубликованные материалы представляют научный и практический интерес для широкого круга специалистов, занимающихся проблемами медико-социальной экспертизы и реабилитации.

За точность и достоверность изложенного материала несет ответственность автор(ы) статьи.

ISBN 978-985-7092-06-2.

УДК 616-036.86
ББК 51.1(2)3

© ГУ «РНЦ медицинской экспертизы и реабилитации», 2014

© Оформление. Издатель А. Н. Вараксин, 2014

осваивания возможных вариантов нового поведения, выработки плана своих последовательных действий относительно трезвления.

Литература

1. Наркология: национальное руководство / под ред. Н.Н. Иванца, И.П. Анохиной, М.А. Винниковой. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 720 с.
2. Дудко, Т.Н. Дифференцированная система реабилитации в наркологии: Методические рекомендации / Т.Н. Дудко, В.А. Пузиенко, Л.А. Котельникова // – М., 2001. – С. 7-38.
3. Дудко, Т.Н. Проблемы реабилитации наркологических больных и система взаимодействия государственных наркологических учреждений с конфессиональными реабилитационными центрами // Вопросы наркологии. – 2012. – №4. – С. 70-77.
4. Кабанов, М.М. Психосоциальная реабилитация и социальная психиатрия / М.М. Кабанов. – СПб.: Изд. Наука, 1998. – 445 с.
5. Классификация психических и поведенческих расстройств: клинические описания и указания по диагностике: 10-й пересмотр / пер. на рус. яз. под ред. Ю.Б. Нуллера, С.Ю. Циркина; ВОЗ. – Киев: Факт, 1999. – 272 с.
6. Руководство по ведению протоколов Белорусского индекса тяжести аддикции (B-ASI) В.В. Поздняк [и др.] // Белорусский наркологический проект [Электронный ресурс]. – 2001. – Режим доступа: <http://www.beldrug.org>. – Дата доступа: 10.01.2013.
7. Вассерман, Л.И. Совладание со стрессом: теория и психодиагностика: Учебно-методическое пособие / Под ред. Л.И. Вассерман. – СПб.: Речь, 2010. – 56 с.
8. Ханин, Ю.Л. Краткое руководство к применению шкалы реактивной и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера / Ю.Л. Ханин. – М.: ЛенНИИ физич. культуры, 1976. – 411 с.

Определяющая роль реабилитационного потенциала в формировании ремиссий при синдроме зависимости от алкоголя

И.В. Григорьева, В.В. Иванов

ГУ «РНПШ «Психического здоровья», г. Минск, Республика Беларусь

Острота социальных и экономических последствий, обусловленных систематической алкоголизацией (алкогольная деградация личности; нарушения межличностных и семейных отношений; профессиональная и социальная дезадаптация), отсутствие завершенной и стройной системы комплексной реабилитации пациентов с алкогольной зависимостью, определяющей достижение клинических ремиссий высокого качества, требуют целенаправленного разрешения.

Статистические данные за последние 40 лет показывают, что уровни ремиссий среди лиц, зависимых от алкоголя значительно не изменились, несмотря на происшедшие за этот период изменения в медикаментозных и психотерапевтических подходах, а также совершенствовании организации наркологической помощи. Достижение клинических ремиссий высокого качества, то есть состояния устойчивого воздержания от употребления алкоголя, является основной целью терапии в наркологии.

Ремиссии до 1 года по данным разных исследователей, составляют от 14% до 40%, свыше 2 лет – около 10% пациентов. Некоторые исследователи полагают, что различные виды и формы лечения пациентов а с синдромом зависимости от алкоголя одинаково эффективны – ремиссия от 6-12 месяцев наступает у 30% пациентов. Лишь при организации устойчивых, постоянно действующих под руководством специалиста терапевтических сообществ, уровень годичных ремиссий увеличивается до 60-70% [1].

Перспективной формой реабилитации зависимых от алкоголя людей в соответствии с рекомендациями, представленными в «Европейском плане действий, связанных с потреблением алкоголя», разработанным Европейским региональным бюро ВОЗ в 1988 г. и дополненным в 1992 г. являются существующие в Европе семейные клубы трезвости, объединяющие зависимых от алкоголя и созависимых с ними лиц, решивших изменить свой образ жизни, где уровень годичных ремиссий достигает 70% [2].

Основоположник семейных клубов трезвости В. Худолин рассматривает алкоголизм, как интегральную экосистемную биопсихосоциальную проблему и для решения вопросов связанных с алкоголизмом он определяет ведущее значение терапии социальной средой [3].

Все большее число экспертов определяют, что злоупотребление алкоголем происходит тогда, когда в трудной жизненной ситуации человек оказывается не способен реализовать свой личностный потенциал, и в этот момент возникает желание компенсировать невозможность собственной самореализации, манипулируя своим сознанием в целях получения суррогатного счастья. Реализация личностного потенциала практически невозможна без наличия общественной востребованности личности, дающей возможность превратить имеющийся потенциал в капитал и личностный рост [4]. В организации наркологической помощи населению выделяется три основных аспекта, которые определяют вектор развития совершенствования и повышение ее эффективности:

1. Принцип динамической группировки контингентов и система социального прессинга на потребительскую активность алкоголя;
2. Принцип технологически выстроенной организации профилактики употребления алкоголя и непосредственно лечебно-реабилитационного процесса пациентов с синдромом зависимости от алкоголя;
3. Программно-целевой подход в организации работы наркологически учреждений.

Чрезвычайно важным представляется принцип динамической группировки контингентов и система социального прессинга на потребителей алкоголя. Медицинская помощь конкретному пациенту должна быть максимально индивидуализирована, а при организации медицинской помощи контингентам пациентов должен использоваться принцип группировки по однотипности проведения лечебных мероприятий.

Достижение клинических ремиссий высокого качества, то есть состояния устойчивого воздержания от употребления алкоголя с полным восстановлением социального функционирования, является основной целью терапии в наркологии. Соответственно, избежание рецидива болезни и повышение уровня адаптации и социального функционирования является важнейшей задачей поддерживающей терапии пациентов с зависимостью. Понимание природы ремиссий и их прогнозируемого уровня в различных группах пациентов крайне важно для правильной организованной наркологической помощи. Вместе с тем, правильная организация реабилитационной работы наркологической службы позволяет повысить уровень ремиссий на несколько процентов в различных группах пациентов, что, с учетом высокого уровня общей заболеваемости алкоголизмом, позволяет существенно повысить уровень личного и социального функционирования тысячам и тысячам человек. В настоящее время в отечественной наркологии стойкое воздержание от употребления любых ПАВ остается единственной целью программ медицинской помощи, а рецидив рассматривается, как неудача предшествующего лечения. Согласно мнению А.Т. McLellan, С.Р. O'Brien (2000) лишь последнее время неполные или частичные ремиссии стали рассматриваться, как проявления положительной динамики [5, 6].

В настоящее время все большее внимание уделяется группам пациентов с различным реабилитационным потенциалом [7]. Выделение таких групп пациентов с синдромом зависимости от алкоголя в предлагаемой системе комплексной реабилитации позволяет организовать помощь оптимальным образом. Именно в специально созданной группе пациентов с примерно одинаковым уровнем реабилитационного потенциала можно проводить так называемый индивидуальный подход, то есть систему лечебно-реабилитационных мероприятий, учитывающую внешние и внутренние факторы, способствующие ремиссии или рецидиву заболевания.

Реабилитация пациентов с синдромом зависимости от алкоголя – многофакторная, клиническая, психологическая и социальная диагностика, прогностическая оценка способностей и возможностей пациентов на продолжительные ремиссии, выздоровление и возвращение к общественно полезной деятельности. В зависимости от клинических, психических и социальных характеристик пациентов с синдромом зависимости от алкоголя подразделяют по трем клинически очерченным интегративным группам: пациентам с высоким, средним и низким уровнем реабилитационного потенциала [8].

Высокий уровень реабилитационного потенциала – у данного контингента пациентов наблюдаются спонтанные или стойкие терапевтические ремиссии, в большинстве отсутствуют соматические заболевания, критика к заболеванию в значительной степени сохранена, присутствует обоснованное желание избавиться от злоупотребления алкоголем. В связи с этим мотивация на участие в реабилитационном процессе носит добровольный характер. Прогноз у пациентов с этим уровнем реабилитационного потенциала благоприятный.

Средний уровень реабилитационного потенциала – часто отмечается бытовое злоупотребление алкоголем с иногда болезненной зависимостью. Участие в реабилитационном процессе носит преимущественно добровольно-принудительный характер с целью налаживания и улучшения отношения с родителями или другими социально значимыми лицами, возможностью избежать наказания.

Низкий уровень реабилитационного потенциала – наблюдается у пациентов с синдромом зависимости от алкоголя с наследственной отягощенностью к наркологическим и психическим заболеваниям, раннее начало употребления (11-12 лет), продолжительность заболевания более 5 лет, неблагоприятное течение с тяжелой деградацией личности.

В зависимости от уровня реабилитационного потенциала рекомендуется проведение различных мероприятий по реабилитации. Прогноз трудоспособности благоприятный при высоком уровне реабилитационного потенциала, сомнительный при среднем реабилитационном потенциале и неблагоприятный при низком.

Система комплексной реабилитации, учитывающая изначальный уровень реабилитационного потенциала, позволит объединить совокупность организационных и функциональных факторов, объединенных в комплексной системе и повысить их целенаправленное влияние на формирование социально-нормативных качеств пациентов с алкогольной зависимостью, возвращение их в семью и общество.

Выводы:

1. Для формирования релиссий высокого качества у пациентов с синдромом зависимости от алкоголя необходимо учитывать имеющийся реабилитационный потенциал.

2. В зависимости от уровня реабилитационного потенциала у пациентов с синдромом зависимости от алкоголя необходима разработка различных комплексных мероприятий по реабилитации.

Литература

1. Дудко, Т.Н. Дифференцированная система реабилитации в наркологии: Методические рекомендации / Т.Н. Дудко, В.А. Пузиенко, Л.А. Котельникова // – М., 2001. – С. 7-38.
2. Hudolin, V. *Manuale* / V. Hudolin – Trento: Edizione Centro Studi Erickson, 1993. – P. 6-34.
3. Hudolin, V., De Stefani R. *I Club degli alcolisti in trattamento* / V. Hudolin, R. De Stefani – Trento: Edizione Centro Studi «M.H. Erickson», 1987. Marlatt, G.A., Gordon, J.R. *Relapse prevention*. NY: Guilford. 1985. – P. 197.
4. Marlatt, G.A. *Relapse prevention* / G.A. Marlatt, J.R. Gordon // NY: Guilford. 1985. – 197 p.
5. McLellan, A.T. *Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation* / A.T. McLellan, D.C. Lewis, C.P. O'Brien, H.D. Kleber // *JAMA*. – 2000. – № 284. – P. 1689-1695.
6. Glasser, F. B. *From theory to practice: the planned treatment of drug users*. Interview by S. Einstein / F.B. Glasser // *The International Journals of drug the Addictions*. – 1990. – P. 307-343.
7. Наркология: национальное руководство/под ред. Н.Н. Иванца, И.П. Анохиной, М.А. Винниковой. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 720 с.
8. Климович, А.С. *Медико-социальная экспертиза и реабилитация психических больных* / А.С. Климович. – Минск: Изд. Центр БГУ, 2011. – 408 с.