

Нормативно-правовое регулирование наркологической помощи

Казаковцев Б. А. – д.м.н., профессор, руководитель отдела судебно-психиатрической профилактики Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского, г.Москва

Введение

По мнению многих специалистов, между уровнями распространенности алкогольной зависимости и наркомании существует обратная связь. Практика оказания наркологической помощи последних 10-15 лет свидетельствует о том, что в условиях экономического кризиса алкоголизация и наркотизация населения тесно связаны с ростом преступности и уменьшением средней продолжительности жизни.

Реализация Указа Президиума Верховного Совета СССР от 16 мая 1985 года «Об усилении борьбы с пьянством» [18], например, обусловила резкое сокращение употребления алкоголя в России. Однако с того же 1985 года начался рост показателей заболеваемости наркоманией (с 2 до 6 на 100 тыс. населения в период с 1985 по 1987 годы).

Отмена в стране в 1991 году уголовной и административной ответственности за немедицинское потребление наркотиков и вступление в силу с начала 1993 года Закона о психиатрической помощи [5] ограничило практику недобровольной госпитализации в психиатрические и наркологические стационары, а также принудительного лечения лиц, злоупотребляющих алкоголем, что по времени совпало с ростом распространенности того и другого видов зависимости.

За период с 1991 по 1995 годы заболеваемость алкоголизмом у взрослых в целом по стране увеличилась на 27,5%, у подростков - на 7,7%. На утяжеление проявлений алкогольной зависимости указывало увеличение в тот же период показателей заболеваемости алкогольными психозами: у взрослых - в 6 раз, у подростков - в 9 раз. Одновременно показатель заболеваемости наркоманией у взрослых увеличился в 4 раза, у подростков - в 3,4 раза. Общие показатели заболеваемости алкоголизмом и наркоманией в 1994 году составили в России, соответственно, 196,2 и 10,1 на 100 тыс. населения. К 2006 году эти показатели претерпели динамику (достигнув уровня 135,1 на 100 тыс. населения при алкоголизме и 19,1 на 100 тыс. населения при наркомании), характер которой подтверждает тезис о существовании обратной связи между уровнями распростра-

ненности алкогольной зависимости и наркомании. В настоящее время распространенность алкогольной и наркологической зависимости увеличивается среди детей и женщин. Распространенность алкоголизма у подростков составляет 37,5 на 100 тыс., злоупотребления алкоголем без признаков сформировавшейся зависимости - 1385,6 на 100 тыс., что в 3 раза превышает соответствующий показатель в общей популяции. Распространенность злоупотребления алкоголем без признаков сформировавшейся зависимости у женщин равна 97,5 на 100 тыс. Распространенность наркомании у подростков в последние 10 лет увеличилась в 7,8 раза и составляет 26,8 на 100 тыс. У женщин этот показатель за последние 4 года увеличился на 75% и составляет 75,1 на 100 тыс.

В 1990-е годы надежды на изменение ситуации связывались с разработкой МВД и Минздравом России законопроекта «О социальной реабилитации хронических алкоголиков и наркоманов». Кризисные социальные и экономические явления, однако, препятствовали этому. В настоящее время разрабатывается законопроект «О внесении изменений в статьи 1, 44, 54, 56 Федерального закона «О наркотических средствах и психотропных веществах» [19].

Современная ситуация в Российской Федерации характеризуется сохранением негативных тенденций в сфере незаконного оборота и незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ, что представляет серьезную угрозу здоровью населения, экономике страны, правопорядку, а также безопасности государства. По данным медицинской статистики, в 2006 году специализированными наркологическими учреждениями страны зарегистрировано 350,3 тыс. больных наркоманией, или 245,4 в расчете на 100 тыс. населения. Кроме того, следует учитывать, что при уровне летальности вследствие острых химических отравлений 20% случаев отравления алкоголем и его суррогатами составляют 50% такого рода отравлений, а наркотиками - 10%.

По данным исследований реальная численность потребителей наркотиков в стране превышает официальную в 8-10 раз. По данным общероссийского мониторинга, общее число лиц, незаконно употребляющих наркотики, составляет почти 6 млн. человек, из них почти 2 млн. - подростки и молодежь в возрасте до 24 лет. Основным фактором, отрицательно влияющим на несоответствие статистических данных реальному положению дел, является пространственное у потребителей наркотиков опасение неблагоприятных правовых последствий постановки на учет в лечебно-профилактическом учреждении наркологиче-

Ответственный за ведение переписки -
Казаковцев Борис Алексеевич
тел.: 8(495) 637-17-24,
e-mail: bakazakovtser@serbsky.ru

ского профиля.

В Германии распространенность зависимости от алкоголя в возрастном периоде от 18 до 59 лет равняется 3%. Кроме того, 5% населения указанного возраста злоупотребляют алкоголем. Медикаментозной зависимостью страдают 3%, зависимость от потребления нелегальных наркотиков - 0,4%. [21].

В Польше распространенность расстройств, связанных с употреблением алкоголя, в 1990-1999 годы увеличилась на 60%, а распространенность расстройств, связанных с употреблением наркотиков - в 5 раз. [34].

К истории вопроса

Открытие первого психоневрологического диспансера, в задачи которого входило наблюдение лиц, страдающих алкоголизмом, состоялось в Москве в 1924 году. Тогда же, в отличие от других психических расстройств, алкоголизм и наркомания были отнесены к преимущественно социально обусловленным заболеваниям. В качестве основной задачи врача, занятого оказанием наркологической помощи, принималось санитарное просвещение населения. Однако уже в 1929 году произошло объединение высшей психиатрической и наркологической помощи. Связанное с этим обстоятельством более широкое привлечение больных алкоголизмом к лечебному труду в целом изменило характер деятельности лечебно-трудовых мастерских. Преобладание в мастерских в 1930 годы больных алкоголизмом придавало мастерским вид производства, благодаря чему мастерские практически не отличались от артелей инвалидов. (М.Я. Греблювский).

Действующим с 1953 года Положением о психоневрологическом диспансере предусматривается оказание участковыми психиатрами лечебно-диагностической, консультативной и психопрофилактической помощи лицам, страдающим алкоголизмом и наркоманией. В 1954 году все медицинские работники обязывались «развернуть широкую пропаганду вопросов борьбы с алкоголизмом». Органам управления здравоохранением рекомендовалось привлекать всю общественность «к упорной, настойчивой борьбе со злоупотреблением алкоголем». В 1967 году Минздравом СССР был установлен порядок медицинского освидетельствования больных алкоголизмом и наркоманией для их направления на принудительное лечение в лечебно-трудовые профилактории (ЛТП) системы МВД.

Начиная с 1970 года время пребывания пациентов на принудительном лечении в ЛТП засчитывалось в общий трудовой стаж. У пациентов, выполнявших работы, дававших право на получение пенсий на льготных условиях и в льготных размерах, оно включалось в трудовой стаж, дающий право на льготную пенсию. С целью сочетания лечения с производственной деятельностью, в 1970-е годы были открыты наркологические отделения психиатрических больниц при промышленных предприятиях. Совместно с комиссиями по борьбе с пьянством исполкомов местных советов общественными организациями промышленных предприятий и органами милиции эти подразделения активно выявляли на предприятиях лиц с ранними стадиями алкоголизма. Мастера и назначаемые из чис-

ла опытных рабочих инструкторы по труду знакомили находящихся на лечении пациентов с характером работы, наряды на выполнение которой выписывались по нормам, действовавшим на предприятии. Определенная сумма из заработной платы отчислялась на содержание пациентов в наркологическом отделении и на благоустройство и оборудование отделения.

Режим содержания пациентов в наркологическом отделении строился на принципах максимального самообслуживания. Избирался совет больных, которым рассматривались случаи нарушения пациентами отделения режима труда и лечения. Советом издавались стенные газеты, фотовитрины, плакаты. Организовывались встречи с бывшими пациентами отделения, в том числе прошедшими принудительное лечение в ЛТП.

Развитию ЛТП уделялось особое внимание. С 1973 года исполкомы местных советов были обязаны изыскивать резервы для решения вопроса о передаче в распоряжение ЛТП зданий, сооружений и производств. С этой целью использовали средства предприятий, заинтересованных в направлении больных алкоголизмом работников на лечение. Крупные промышленные предприятия привлекались к размещению в ЛТП производственных заказов на изготовление отдельных узлов и деталей, товаров народного потребления. В некоторых ЛТП были организованы филиалы крупных промышленных предприятий.

Следует отметить, что принудительные меры по отношению к лицам, признанным алкоголиками, в настоящее время осуществляются во Франции, где, в зависимости от тяжести содеянного указанными лицами, суд решает вопрос, оставаться ли им на свободе под надзором диспансера психической гигиены, или в принудительном порядке направлять их в один из центров специализированного переселения.

В большинстве развитых стран пристрастие к наркотикам рассматривается скорее как заболевание, чем как преступление. Вместе с тем, международные конвенции до настоящего времени оставляют на усмотрение стран-участниц вопрос о необходимости привлечения к уголовной ответственности за употребление наркотиков. Недавно проведенное в США исследование госпитализированных подростков показало, что главными психологическими и средовыми предикторами злоупотребления психоактивными веществами подростками являются импульсивность, предрасположенность к делинквентному поведению и семейные разногласия. [22].

В России в 1970-е годы в ЛТП для больных наркоманией содержались пациенты, уклонявшиеся от рекомендованного лечения в лечебно-профилактических учреждениях органов здравоохранения. В 1975 году, в соответствии со ст. 10 Гражданского Кодекса РСФСР, органам управления здравоохранением было рекомендовано усилить меры по ограничению дееспособности этих лиц, а также лиц, злоупотребляющих алкоголем, уклоняющихся от регулярного лечения и причиняющих моральный и материальный ущерб семье.

Психоневрологическим учреждениям предлагалось своевременно возбуждать в народных судах соответствующие

шие дела и не позднее месячного срока со дня вынесения судебного решения об ограничении дееспособности гражданина назначать ему попечителя через исполком местного совета.

В 1976 году были приняты дополнительные меры по хранению, учету, прописыванию и применению наркотических средств. Было сокращено число аптек, имеющих право на их хранение и отпуск. Все аптеки, хранящие и отпускающие указанные средства, были оснащены системами охранной сигнализации. Для систематического контроля за выпиской рецептов на наркотические лекарственные средства были организованы постоянно действующие комиссии из врачей и фармацевтов. Заводам изготовителям Министерства медицинской промышленности, производившим наркотические средства, разрешалось работать только по государственным лицензиям.

Кроме перечня внеочередных донесений, представляемых в Минздрав СССР, была предусмотрена форма экстренного извещения о краже наркотиков из аптек и лечебно-профилактических учреждений. Запрещалась выдача наркотических средств ветеринарным учреждениям. Контролировалась обоснованность заявок министерств и ведомств на наркотические средства.

В 1976 году наркологический диспансер был признан основным структурным звеном в системе наркологической помощи с правом организации стационарных отделений, кабинетов и наркологических пунктов на предприятиях. Начиная с 1985 года в его задачи входит профилактика и раннее выявление алкоголизма, наркомании и токсикомании, оказание стационарной и амбулаторной помощи пациентам, их динамическое диспансерное наблюдение.

Важнейшей функцией наркологических и психоневрологических диспансеров, отделений и кабинетов стало своевременное извещение о принятых на диспансерное наблюдение и уклоняющихся от него бывших пациентов ЛТП. Органы внутренних дел контролировали поведение лиц, выписанных из ЛТП, направляли их в диспансер для решения вопроса о продолжении лечения. С 1980 года обязанностью органов управления здравоохранением стало создание специальных, охранявшихся силами подразделений милиции, наркологических отделений для принудительного лечения больных алкоголизмом с тяжелыми сопутствующими заболеваниями, в том числе туберкулезом. С этого же времени было запрещено совместное пребывание в одном отделении больных алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией. Для больных наркоманией и токсикоманией были созданы специализированные отделения и изолированные палаты.

С 1981 года задачами подросткового наркологического кабинета являются: профилактическая помощь подросткам, злоупотребляющим алкоголем; профилактическая помощь подросткам, эпизодически употребляющим наркотики или другие средства, вызывающие развитие зависимости; принятие мер по госпитализации подростков в случаях развития у них психозов или тяжело протекающего синдрома отмены.

Важнейшими задачами кабинета являются также социально-бытовая помощь подросткам и оптимизация

их взаимоотношений с семьей, администрацией и общественными организациями по месту учебы или работы. С семьями, в которых один или оба родителя злоупотребляют алкоголем, подростковый наркологический кабинет работает вместе с комиссией по делам несовершеннолетних, органами внутренних дел. Кабинет оказывает организационно-методическую помощь медицинским работникам специальных учебно-воспитательных учреждений системы образования.

Дневной наркологический стационар организуется либо в составе наркологического стационара, либо в составе диспансера на правах отделения, либо на договорных началах - при промышленных предприятиях. Его задачи - лечение, приобщение пациента к коллективу и стабилизация трудовой занятости пациента в тех случаях, когда целесообразна его изоляция от семьи. Трудовые процессы в дневном стационаре назначаются и дозируются врачом, организуются и проводятся инструктором по труду. Длительность пребывания пациента в дневном стационаре определяется врачом, но она не должна превышать 7 часов в день. В выходные и праздничные дни пациент находится дома.

В 1988 году на наркологические учреждения и органы внутренних дел была возложена обязанность вести профилактический учет и наблюдение за лицами, в отношении которых было установлено несудимое употребление наркотиков. Основанием явились сообщения от медицинских учреждений и организаций, извещения от исправительно-трудовых учреждений, материалы уголовных дел, протоколы о привлечении к административной ответственности, связанной с потреблением наркотиков.

Во второй половине 1980-х были приняты некоторые меры по дополнительному финансированию и материальному обеспечению наркологических учреждений. В 1985 году начато создание хозрасчетных наркологических кабинетов и амбулаторий для анонимной помощи лицам, злоупотребляющим алкоголем и страдающим алкоголизмом.

В указанный период была проведена работа по привлечению широкой медицинской общественности к проведению антиалкогольной пропаганды. В положения о деятельности участковых врачей, педиатров, акушеро-гинекологов, врачей женских консультаций, скорой помощи, травматологов, дерматовенерологов, токсикологов, реаниматологов включены разделы, относящиеся к профилактике пьянства и алкоголизма. В частности, обязанностью указанных специалистов стало информирование пациентов и их родственников о наличии в районе, городе, области, крае, республике наркологических учреждений, кабинетов анонимного лечения, хозрасчетных кабинетов и амбулаторий и о возможности получения курса антиалкогольного лечения в период отпуска в любом наркологическом стационаре в стране.

В методических рекомендациях Минздрава СССР 1986 года подчеркивалось, что в функции врачей общей практики не входит установление диагноза наркомании, токсикомании, наркотического опьянения, абстиненции, и что этот диагноз, помимо медицинского, имеет социальное значение. В связи с тем, что данный диагноз может быть

установлен только психиатром-наркологом, задача врача другой специальности - вовремя направить пациента на консультацию к квалифицированным специалистам.

В период с 1985 по 1990 годы в сельской местности создавались межрайонные наркологические диспансеры, на предприятиях - кабинеты антиалкогольной пропаганды и оказания профилактической помощи лицам, склонным к злоупотреблению алкогольными напитками. Совершенствовалась организационно-методическая работа наркологических диспансеров. Руководство организационно-методическими кабинетами было передано главным высшим наркологам органов управления здравоохранением.

Отечественная наркология в 1990-е годы пережила кризис, по своей выраженности сопоставимый с кризисом отечественного здравоохранения в целом. Наркология в данной ситуации стоит перед выбором двух направлений: возвращение к положению полигона для практической реализации мер психогигиены и психопрофилактики «в чистом виде», как это уже практиковалось в 1920-е годы, либо выполнение лечебной роли медицинской специальности, к которой можно обращаться только добровольно.

Данные, относящиеся к истории попыток сочетания санитарного просвещения с жесткими, почти репрессивными политическими мерами в отношении лиц, страдающих алкоголизмом и наркоманией, свидетельствуют о том, что эффективность проводимых терапевтических мероприятий оставалась низкой на протяжении ряда десятилетий. Указанными репрессивными мерами оказалось возможным добиться лишь временного (до последовавшего роста распространенности самогеноварения) сокращения распространенности алкогольной зависимости, уменьшения летальности при ней, снижения уровня заболеваемости алкогольными психозами. Если, однако, учесть, что отказ от указанных репрессивных мер осуществляется в условиях резкого падения качества жизни населения, высокого уровня социальной и психологической напряженности в обществе и незащищенности широких слоев населения от потребления дешевых алкогольных напитков подпольного производства (А.В. Немцов, 2003) [7], то можно считать, что социальный эксперимент, по своим последствиям не менее трагический, чем упомянутый выше, имеет место и в настоящее время.

Патология влечений, каковую представляет собой сформировавшаяся алкогольная зависимость и зависимость от наркотика или другого психоактивного вещества, с отменой бывшей практики принудительного лечения в условиях проводимых государством социальных реформ, по существу, не имеет противодействия со стороны государства. Отменена государственная монополия на производство и продажу спиртного. Закрыты лечебно-трудовые профилактории и многие вытрезвители. Значительная часть психиатров-наркологов занята по существу коммерческой практикой, создавая миф о возможности полного излечения пациентов в короткий срок. Учреждения здравоохранения наркологического профиля в значительной мере заняты так называемой детоксикацией. Остановлены промышленные предприятия с действовавшими на них

наркологическими стационарами, служившими главной ареной борьбы с пьянством и алкоголизмом. С прекращением противоалкогольной деятельности работодателей закрыты кабинеты и фельдшерские пункты. Все это привело к фактическому краху системы, материально-техническую базу которой при адекватном финансировании можно было бы использовать для создания и развития новых моделей организации наркологической помощи.

О снижении эффективности наркологической помощи в связи с уменьшением продолжительности курса активного лечения пациентов в стационаре и снижением активности их диспансерного наблюдения свидетельствует одновременное увеличение числа первичных и повторных госпитализаций по поводу алкоголизма и особенно - по поводу алкогольных психозов и наркомании. Об общем утяжелении течения алкоголизма свидетельствует также рост летальности в период оказания стационарной наркологической помощи. В значительной мере это происходит за счет вовлечения в процесс злоупотребления наркотиками несовершеннолетних.

На начало 1998 года под наблюдением медицинских учреждений в стране состояло около 37 тыс. несовершеннолетних, употреблявших наркотические вещества. Уровень заболеваемости наркоманией у несовершеннолетних в 2,5 раза превышал уровень заболеваемости наркоманией у взрослых. По данным П.Д. Шабанова и соавт. (2000), к концу 1990-х до 40% подростков имели опыт употребления наркотиков. По сообщению А.Ю. Егорова (2002), в 1998 году 25% выпускников петербургских школ были знакомы с действием наркотиков, а к 2000 году сложилась ситуация, когда в городе в структуре наркомании преобладала зависимость от героина.

Приказом Минздрава России от 07.02.2002 № 47 были дополнены отраслевые стандарты по профилактической работе с детьми в виде осмотров наркологом детей в возрасте 8-18 лет. В соответствии с приказом были разработана скрининговая методика обнаружения в ходе профилактических осмотров детей психотропных веществ в биологических жидкостях. Письмом Минздрава России от 15.03.2002 № 2510/2427 - 02 - 32 в адрес органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации были направлены схемы оказания медицинской помощи детям с психическими и поведенческими расстройствами, вызванными употреблением психоактивных веществ.

Развитие наркологической помощи является объектом особого внимания правительств ряда стран.

В США лечение лиц с зависимостью от алкоголя и других веществ многие годы проводится отдельными клиниками или бригадой клиницистов, но во всех случаях - под наблюдением психиатра. Психиатрическая супервизия считается необходимой в связи с тем, что от 60% до 90% лиц с психическими расстройствами склонны к злоупотреблению алкоголем. [36].

В Шотландии на протяжении более 30 лет в Эдинбурге существует служба для лиц с алкогольными проблемами. В прошлом служба была ориентирована на интенсивное госпитальное лечение пациентов. С развитием новых форм психиатрической помощи она становится пре-

имущественно амбулаторной и выполняет функции диагностики, детоксикации на дому, поддержки при лечении в системе первичной помощи в целях профилактики рецидива, комплексного лечения (фармакотерапии и когнитивно-поведенческой терапии). [33].

В Польше взрыв распространенности злоупотребления наркотиками в начале 1980-х послужил предпосылкой для приобретения неправительственными организациями решающей роли в консультировании и реабилитации лиц, страдающих наркоманией, а также в направлении их на лечение в медицинские службы. Закон о наркомании 1985 года обратил внимание общества на необходимость всеохватывающей профилактики злоупотребления наркотиками. Прекращение уголовного преследования зависимых способствовало более широкому их привлечению к лечению. В 1999 году в стране действовали 401 амбулатория для лиц с алкогольными расстройствами и 41 – для лиц, страдающих наркоманией. [34].

В Пакистане в рамках проекта защиты окружающей среды, антинаркотического и общинного образования на протяжении ряда лет функционирует полупрофессиональная бригада, состоящая из психиатров, врачей других специальностей, психологов, студентов-психологов и социального работника. Бригада проводит бесплатное лечение представителей общины, включающей 5 тыс. человек, на базе психиатрического отделения *Ahbab Hospital* в Лахоре. В этой работе участвует также отделение наркотической зависимости. Бесплатное лечение проводится бедным и заслуженным пациентам, посещающим указанные подразделения. Лекарства приобретаются за счет пожертвований филантропов и общины. [25].

Структура учреждений, оказывающих наркологическую помощь. Штатные нормативы

В России в настоящее время признается оптимальной следующая структура наркологического учреждения. Кабинеты участковых, в том числе участковых подростковых, психиатров-наркологов. Стационар. Кабинеты и фельдшерские здравпункты на предприятиях. Кабинет экспертизы алкогольного опьянения. Кабинеты анонимного лечения, антиалкогольной пропаганды и профилактической помощи. Дневной стационар. Кабинет функциональной диагностики. Клинико-диагностическая лаборатория. Рентгеновский и физиотерапевтический кабинеты. Психотерапевтический кабинет. Кабинет для проведения условно-рефлекторной терапии и электросна. Процедурный кабинет. Организационно-методический консультативный отдел и медицинская канцелярия.

По достижениям к 1980 году показателя наркологическихоек в среднем 0,3 на 1000 населения, в стране планировалось завершить создание наркологических кабинетов и фельдшерских наркологических пунктов при всех центральных районных больницах. Организация наркологических диспансеров было разрешена при наличии должностей психиатров-наркологов не менее трех, если в составе учреждения при благоприятных имелось два и более наркологических отделений с числомоек в каждом не ме-

нее 60. В 1981 году на каждые две должности участковых психиатров-наркологов дополнительно было введено по одной должности фельдшера или медицинской сестры социальной помощи. В целях профилактики алкоголизма у лиц, злоупотребляющих алкоголем (бытовое пьянство), стала практиковаться наркологическая помощь без постановки таких лиц на диспансерное наблюдение. Тогда же работа подросткового наркологического кабинета стала строиться с тем расчетом, чтобы подростки в основном проходили амбулаторное лечение при благоприятной психологической обстановке в семье и в коллективе по месту учебы или работы и при обязательном условии изоляции этого кабинета от помещений для лечения взрослых пациентов.

Была определена структура дневного стационара. Кабинет для врачебных осмотров. Комната медицинских сестер для раздачи медикаментов. Процедурный кабинет. Помещение для проведения условно-рефлекторной терапии и проведения алкогольных проб в период сенситбилизирующей терапии. Комната трудовой терапии. Столовая. Душевая. Туалет. Гардероб.

В 1985 году был утвержден примерный перечень медицинского оборудования, необходимого для оснащения наркологических учреждений (диспансеров, отделений и кабинетов).

В период с 1990 по 1994 годы число наркологических диспансеров в России уменьшилось на 30% (с 116 до 222). Это произошло в связи с сокращением стационарной помощи (доля наркологических учреждений, оказывающих стационарную помощь, в настоящее время составляет 77,4%). Общее число наркологическихоек в системе здравоохранения в целом по стране за указанный период уменьшилась на 11,7% (с 41 153 до 36 353). В 1990-е годы в России были упразднены 100 тыс. мест в лечебно-трудовых профилактических системах МВД.

В настоящее время наркологическую помощь в стране оказывают 162 наркологических стационара с общим числомоек 17 тыс., в том числе 11 крупных наркологических больниц. С учетом наркологическихоек, развернутых в психиатрических больницах, их общее число составляет 28,9 тыс. или 2 койки на 10 тыс. населения. За последние 10 лет средняя продолжительность пребывания пациента в наркологическом стационаре уменьшилась с 40,5 до 18,2 дня, с диагнозом наркомания - с 25,7 до 13,9 дня. Всего в течение года в наркологических стационарах получают помощь более полумиллиона пациентов, из них около 100 тыс. - по поводу наркомании и около 2 тыс. - по поводу токсикомании. При этом увеличивается число пролеченных пациентов с диагнозом наркомании: в 1995 году - 27,8 тыс., в 2000 году - 118,8 тыс. Число повторных в течение года госпитализаций составляет 25%.

Внебольничную помощь оказывают 203 наркологических диспансера и около 2 тыс. наркологических кабинетов в районных (сельских), ведомственных и других многопрофильных больницах и поликлиниках. Быстро растет число подростковых кабинетов: в 1995 году их было 176, в 2000 году - 356.

Общее число психиатров-наркологов увеличилось

с 4,3 тыс. в 1992 году до 5,2 тыс. в 2000 году. Число занятых должностей психиатров-наркологов составляет 7,1 тыс. Обеспеченность наркологами составляет 0,36 на 10 тыс. населения. Увеличивается число психологов, психотерапевтов, социальных работников, участвующих в оказании наркологической помощи. В 2000 году начал свою работу Национальный наркологический реабилитационный центр. В субъектах Российской Федерации создаются специализированные реабилитационные структуры, в том числе с перепрофилированием стационарных подразделений. Всего в стране действуют 25 таких центров с числом коек около 1000, которые рассчитаны на лечение пациентов в течение 1,5-3 месяцев.

Приказом Минздравмедпрома России от 29.11.1994 № 256 [14] утверждено примерное Положение об отделении неотложной наркологической помощи, которое может быть организовано в городах и районных административных центрах с населением 100 и более тыс. в составе наркологического учреждения, а при его отсутствии - в составе многопрофильной городской или районной больницы. Отделение имеет в своем составе общие палаты, блок палат для интенсивной терапии и реанимации, операционную для диализа, кабинет экспертизы опьянения. Отделение оборудуется в соответствии с требованиями к психиатрическому стационару. В отделении могут создаваться выездные наркологические бригады для консультации, оказания экстренной помощи на дому и доставки пациентов в отделение для госпитализации. Показаниями для госпитализации в отделение являются: опьянение тяжелой степени, вызванное употреблением алкогольных напитков или суррогатов алкоголя; состояния тяжелой абстиненции, обусловленной длительным запоем или употреблением наркотических средств; алкогольные или интоксикационные психозы.

Приказом Минздрава России от 18.03.1997 № 76 [13] утверждено Положение о наркологическом реабилитационном центре в качестве самостоятельного учреждения здравоохранения или структурного подразделения наркологического учреждения. Реабилитационный центр осуществляет меры по социальному восстановлению пациентов и лечению психических, соматических и неврологических осложнений алкоголизма, наркомании, токсикомании. Необходимым условием направления в центр является желание пациента прекратить потребление психоактивных веществ, участвовать в терапевтических реабилитационных программах, восстановить свой социальный статус. Руководство реабилитационным отделением центра осуществляет заместитель главного врача по медико-социальной реабилитации - заведующий отделением.

Руководитель реабилитационного центра организует и поддерживает (в том числе на основе договоров) связь с наркологическими и другими учреждениями здравоохранения, местной администрацией, органами внутренних дел, учреждениями и общественными организациями по вопросам трудового устройства, культуры, образования, социальной защиты, СМИ. В составе центра могут создаваться лечебно-трудовые мастерские, учебные классы, студии, спортивные секции и др. При поступлении в центр

пациент получает полную информацию о работе учреждения, своих правах и обязанностях, совместно со специалистами определяет цели своего пребывания в учреждении и подписывает соответствующий договор, при нарушении которого он может быть выписан. Пациент имеет право добровольно прекратить сотрудничество с центром, сообщив мотивы своего решения.

В структуру реабилитационного центра могут быть включены: отделение социальной и медицинской реабилитации, амбулаторное отделение, реабилитационное общежитие, подсобные хозяйства, изолированное от отделений для взрослых отделение для подростков.

Отделение социальной и медицинской реабилитации работает в режиме круглосуточного стационара с выделением коек для работы в режиме ночного профилактория для работающих.

Срок проживания в общежитии не превышает 6 месяцев при условии соблюдения условий договора. Пациенту оказывается помощь в подборе постоянного места работы и проживания. После окончания курса лечебно-реабилитационных мероприятий он может продолжать участвовать в реабилитационных программах, в том числе в клубах АА и АН («анонимных алкоголиков») и «анонимных наркоманов») и клубах трезвости. Реабилитационная программа предусматривает участие в ней членов семей и родственников пациентов.

Терапевтическое сообщество включает в себя 15-20 добровольных членов, в том числе членов семьи пациента. Сообщество соблюдает утвержденный устав: обязательное воздержание, соблюдение правил поведения и трудовых обязанностей, взаимопомощь, самоуправление.

Приказом Минздравсоцразвития России от 27.01.2006 № 45 [15] утверждены штатные нормативы медицинского и иного персонала наркологических учреждений и подразделений в составе других лечебно-профилактических учреждений.

Штатные нормативы медицинского и иного персонала наркологических учреждений

В штате одного из наркологических учреждений (областного, республиканского, краевого) и каждого наркологического учреждения городов Москвы и Санкт-Петербурга устанавливаются: 1 должность заместителя главного врача по организационно-методической консультативной работе; 1 должность заместителя главного врача по детской наркологии; 1 должность заместителя главного врача по экспертной работе - при наличии в штате наркологических учреждений и подразделений, находящихся на территории субъекта Российской Федерации, не менее 20 должностей психиатров-наркологов, участвующих в работе специальных медицинских комиссий по проведению наркологических экспертиз и в работе кабинетов медицинского освидетельствования на состояние опьянения.

Должность заместителя главного врача по медицинской части устанавливается:

- в штате наркологического учреждения, не имеющего стационарного подразделения или имеющего стационарное подразделение мощностью менее 100 коек при наличии не менее 25 врачебных должностей, включая долж-

пость главного врача:

- в штате наркологического учреждения, имеющего амбулаторное подразделение и стационарное подразделение на 100 и более коек при наличии не менее 15 врачебных должностей.

В штате наркологического учреждения со стационаром с числом коек не менее 300, имеющего 60 и более врачебных должностей, дополнительно могут устанавливаться должности заместителя главного врача по медицинской части из расчета 1 должность на каждые 30 врачебных должностей, включая должности зубных врачей и главного врача, в пределах общей численности врачебного персонала, полагающейся по штатным нормативам.

Должность заведующего диспансерным отделением наркологической больницы устанавливается при наличии 5 и более должностей врачей психиатров-наркологов для амбулаторного приема.

Должности заведующих наркологическими отделениями в стационарных подразделениях устанавливаются: в отделениях для лечения больных алкоголизмом из расчета: 30 – 1 должность вместо 0,5 должности психиатра-нарколога, на число коек 30 и более – 1 должность сверх должностей психиатров-наркологов; в отделениях для лечения больных наркоманией из расчета: на число коек менее 20 - 1 должность вместо 0,5 должности, на число коек 20 и более - 1 должность сверх должностей психиатров-наркологов; в отделениях для лечения детей из расчета: на число коек менее 10 - 1 должность вместо 0,5 должности психиатра-нарколога, на число коек 10 и более - 1 должность сверх должностей психиатров-наркологов; в отделениях неотложной наркологической помощи, лечения больных алкогольными и интоксикационными психозами, в наркологических отделениях для больных с тяжелой сочетанной патологией из расчета: с числом коек до 20 - 1 должность вместо 0,5 должности психиатра-нарколога, с числом коек 20 и более - 1 должность сверх должностей психиатров-наркологов.

Должность заведующего отделением дневного наркологического стационара (заведующего дневным наркологическим стационаром) устанавливается в каждом отделении (дневном наркологическом стационаре) вместо 0,5 должности врача психиатра-нарколога.

Должности заведующих лабораторией, рентгеновским кабинетом (отделением), физиотерапевтическим кабинетом (отделением), отделением (кабинетом) функциональной диагностики в стационарных подразделениях устанавливаются соответственно вместо 0,5 должности врача клинической лабораторной диагностики, врача – рентгенолога, врача – физиотерапевта, врача функциональной диагностики. В случаях, когда для указанных подразделений по рекомендованным штатным нормативам предусматривается менее 1 врачебной должности, должность заведующего не вводится.

Должность заведующего экспертным отделом (отделением наркологических экспертиз) устанавливается при наличии в штате наркологического учреждения не менее 7 должностей психиатров-наркологов, участвующих в работе специальных медицинских комиссий по проведению

наркологических экспертиз и в работе кабинетов медицинского освидетельствования на состояние опьянения, вместо 0,5 должности психиатра-нарколога.

В штате одного из наркологических учреждений (областного, республиканского, краевого, городов Москвы и Санкт-Петербурга), наркологического учреждения, обслуживающего свыше 500 тыс. городского населения или население нескольких сельских поселений, устанавливаются:

- должности врачей клинической лабораторной диагностики для работы в химико-токсикологических лабораториях - из расчета 1 должность на 118 (при оснащении лаборатории хроматоспектрометром – на 236) полных анализов в год в соответствии с количеством полных анализов, проведенных в предыдущем году;

- должность заведующего химико-токсикологической лабораторией - при наличии 3 и более должностей врачей клинической лабораторной диагностики, проводящих химико-токсикологические исследования, вместо 1 из них; 2 должности психиатра-нарколога (медицинского психолога, специалиста по социальной работе) по профилактике наркомании в одном из наркологических учреждений (областном, республиканском, краевом) и по 5 должностей в одном из наркологических учреждений городов Москвы и Санкт-Петербурга в организационно-методическом консультативном отделе;

- должности врачей психиатров-наркологов - из расчета: 1 должность на 30 тыс. взрослого населения обслуживаемой территории; 1 должность на 10 тыс. детского населения обслуживаемой территории. При этом для амбулаторной помощи сельскому населению устанавливаются: не менее 1 должности на 10 тыс. взрослого и не менее 1 должности на 2,5 тыс. детского населения; для сельского населения Крайнего Севера и приравненных к нему местностей - по 1 должности на 1 тыс. населения.

Должности врачей психиатров-наркологов в амбулаторных подразделениях устанавливаются из расчета: для работы в кабинетах анонимной наркологической помощи – 1 должность на 1 кабинет; для работы в специальной медицинской комиссии по проведению наркологических экспертиз – 1 должность на 500 экспертиз в год, но не менее 1 должности в амбулаторном подразделении одного из наркологических учреждений (областного, республиканского, краевого, городов Москвы и Санкт-Петербурга).

Должности врачей психиатров – наркологов для работы в кабинетах медицинского освидетельствования на состояние опьянения устанавливаются из расчета 1 круглосуточный пост на 3 тыс. освидетельствований в год.

Должности врачей психиатров – наркологов в стационарных подразделениях устанавливаются из расчета: 1 должность на 30 коек для лечения больных алкоголизмом, в том числе для больных с тяжелой сочетанной патологией; 1 должность на 15 коек для лечения больных наркоманией, 1 должность на 10 коек для лечения детей; 1 круглосуточный пост на 20 коек для лечения больных с алкогольными и интоксикационными психозами, в наркологических отделениях для больных с тяжелой сочетанной патологией, в отделениях неотложной наркологической по-

мощи (вместо должностей врачей психиатров-наркологов допускается введение должностей врачей анестезиологов-реаниматологов).

Должности врачей психиатров-наркологов в дневных наркологических стационарах устанавливаются из расчета: 1 должность на 35 мест для больных алкоголизмом; 1 должность на 20 мест для больных наркоманией; 1 должность на 20 мест для детей.

Должности врачей психотерапевтов устанавливаются из расчета: в амбулаторных подразделениях для больных, находящихся на диспансерном или профилактическом наблюдении, - 1 должность на 30 тыс. взрослого и 1 должность на 10 тыс. детского населения обслуживаемой территории; в стационарных подразделениях - 1 должность на 35, 20 и 12 коек в отделениях для лечения больных алкоголизмом, наркоманией, детей соответственно (кроме коек для лечения больных с алкогольными и интоксикационными психозами, отделений неотложной наркологической помощи, наркологических отделений для больных с тяжелой сочетанной патологией); в дневных наркологических стационарах - 1 должность на каждое отделение дневного наркологического стационара.

Должности врачей терапевтов и врачей неврологов в амбулаторных подразделениях для участия в работе специальных медицинских комиссий по проведению наркологических экспертиз устанавливаются из расчета 1 должность каждого из указанных специалистов на 500 экспертиз в 1 год, но не менее 1 должности в одном из наркологических учреждений (областном, республиканском, краевом, городском Москвы и Санкт-Петербурга).

Должности врачей терапевтов и врачей инфекционистов в стационарных подразделениях устанавливаются из расчета 1 должность каждого из указанных специалистов на 100 коек. В наркологических отделениях для больных с тяжелой сочетанной патологией 1 должность врача терапевта устанавливается на 25 коек.

Должности врачей-неврологов в стационарных подразделениях устанавливаются из расчета 1 должность на 150 коек, но не менее 1 должности на стационарное подразделение на 100 и более коек. В наркологических отделениях для больных с тяжелой сочетанной патологией 1 должность врача-невролога устанавливается на 25 коек.

Должности врачей клинической лабораторной диагностики в стационарных подразделениях устанавливаются из расчета 1 должность на 100 коек, но не менее 1 на стационар на 75 и более коек.

Должности врачей-специалистов (педиатров, акушеров-гинекологов, физиотерапевтов, стоматологов, офтальмологов, оториноларингологов, рентгенологов, статистиков) в стационарных подразделениях устанавливаются по рекомендуемым штатным нормативам психиатрических больниц.

Круглосуточный пост врачей приемного отделения устанавливается в учреждениях, имеющих стационарные подразделения с круглосуточным режимом работы, из расчета 1 круглосуточный пост: на 300 и более коек; на 150 и более коек в учреждениях, имеющих в своем составе не менее 25 коек для оказания неотложной наркологической

помощи (для лечения больных с алкогольными или интоксикационными психозами; для больных с тяжелой сочетанной патологией).

Должности врача психиатра-нарколога или врача методиста в организационно-методическом консультативном отделе устанавливаются из расчета 1 должность на 300 тыс. населения, но не менее 2 должностей на отдел.

Должность главной медицинской сестры устанавливается в наркологическом учреждении со стационарным подразделением - в каждом учреждении; в наркологическом учреждении без стационарного подразделения, имеющем 40 и более должностей медицинского персонала, из расчета 1 должность вместо должности старшей медицинской сестры.

Должности старших медицинских сестер устанавливаются: в отделениях стационарных подразделений, в диспансерном отделении наркологической больницы, в дневном наркологическом стационаре соответственно должностям заведующих этими отделениями (стационаром); в наркологическом учреждении без стационарного подразделения из расчета 1 должность на учреждение; в физиотерапевтическом кабинете (отделении) - при наличии в штате наркологического учреждения не менее 4 должностей медицинских сестер по физиотерапии - вместо 1 из них; в экспертном отделе (отделении) наркологических экспертиз - 1 должность вместо 0,5 должности фельдшера (медицинской сестры) для обеспечения работы специальных медицинских комиссий по проведению наркологических экспертиз и работы кабинетов медицинского освидетельствования на состояние опьянения.

Должности медицинских сестер для амбулаторного приема устанавливаются соответственно должностям врачей психиатров-наркологов для амбулаторного приема.

Должности медицинских сестер врачебных кабинетов в амбулаторных подразделениях устанавливаются соответственно числу должностям врачей.

Должности медицинских сестер кабинетов врачей-специалистов в стационарных подразделениях (кроме физиотерапевтического, рентгеновского кабинетов и кабинета статистики) устанавливаются соответственно должностям врачей-специалистов.

Должности медицинских сестер процедурных в амбулаторных подразделениях устанавливаются из расчета 1 должность в смену.

Должности медицинских сестер (палатных) в стационарных подразделениях устанавливаются из расчета: 1 круглосуточный пост на 15 коек для больных алкоголизмом и 1 круглосуточный пост на 10 коек - для больных наркоманией, для детей, для больных с алкогольными и интоксикационными психозами, в отделениях неотложной наркологической помощи и в наркологических отделениях для больных с тяжелой сочетанной патологией.

Должности медицинских сестер процедурных в стационарных подразделениях устанавливаются из расчета: 1 круглосуточный пост на 20 коек для детей, для больных с алкогольными и интоксикационными психозами, в отделениях неотложной наркологической помощи и в наркологических отделениях для больных с тяжелой сочетанной па-

тологией: 1 круглосуточный пост на отделение для больных алкоголизмом и наркоманией.

Должности медицинских сестер в дневном наркологическом стационаре устанавливаются из расчета: 1 должность медицинской сестры (палатной) на 30 мест, 15 мест и 10 мест соответственно для больных алкоголизмом, наркоманией, детей; 1 должность медицинской сестры процедурной.

Должности медицинских сестер по физиотерапии в стационарных и амбулаторных подразделениях устанавливаются из расчета 1 должность на 15 тыс. условных процедурных единиц в год.

Должности медицинских сестер кабинета функциональной диагностики в стационарных подразделениях устанавливаются из расчета 1 должность на 150 коек.

Должности фельдшеров (медицинских сестер) для обеспечения работы специальных медицинских комиссий по проведению наркологических экспертиз (с выполнением машинописных работ) устанавливаются из расчета 1 должность на 500 экспертиз в год, но не менее 1 должности в одном из наркологических учреждений (областном, республиканском, краевом, городов Москвы и Санкт-Петербурга).

Должности фельдшеров-лаборантов (лаборантов) устанавливаются: в стационарных подразделениях из расчета 1 должность на 100 коек; для работы в химико-токсикологических лабораториях – соответственно должностям врачей клинической лабораторной диагностики для работы в химико-токсикологических лабораториях, включая должность заведующего.

Должности фельдшеров (медицинских сестер) для работы в кабинетах медицинского освидетельствования на состояние опьянения из расчета 1 круглосуточный пост на 3 тыс. освидетельствований в год, но не менее 1 круглосуточного поста на кабинет.

Должности рентген-лаборантов устанавливаются соответственно должностям врачей-рентгенологов, включая должность заведующего рентгеновским кабинетом (отделением).

Должность медицинской сестры диетической в стационарных подразделениях устанавливается из расчета 1 должность – на 200 коек, но не менее 1 должности и не более 3 должностей на учреждение.

Должности медицинских сестер приемного отделения в стационарных подразделениях устанавливаются из расчета: от 100 до 150 – 0,5 должности; от 151 до 250 – 1 должность; от 251 до 500 – 2 должности; более 501 койки – 1 - круглосуточный пост.

Должности медицинских регистраторов устанавливаются из расчета 1 должность: на 5 должностей врачей психиатров-наркологов для амбулаторного приема; для работы в справочном бюро в учреждении на 500 коек, но не менее 1 должности в учреждении со стационаром на 250 и более коек; для работы в архиве в учреждении на 500 коек.

Должности медицинских статистиков устанавливаются из расчета: в амбулаторных подразделениях – при числе психиатров-наркологов для амбулаторного приема от 5 до 10 – 1 должность, свыше 10 – 2 должности; в ста-

ционарных подразделениях – 1 должность на 500 коек, но не более 3 должностей на стационарное подразделение; в организационно-методическом консультативном отделе – 1 должность.

Должности медицинских дезинфекторов устанавливаются в стационарных подразделениях из расчета 1 должность на 400 коек, но не менее 1 должности на стационарное подразделение.

Должность сестры-хозяйки устанавливается из расчета 1 должность при наличии 5 и более должностей психиатров-наркологов для амбулаторного приема; 0,5 должности при наличии менее 5 должностей психиатров-наркологов для амбулаторного приема; в стационарных подразделениях из расчета 1 должность на 1 отделение; в дневных наркологических стационарах из расчета 1 должность на дневной наркологический стационар.

Должности санитарок врачебных кабинетов и кабинетов специалистов в амбулаторных подразделениях устанавливаются из расчета: 1 должность на каждые 3 должности врачей или специалистов (психолога, специалиста по социальной работе); 2 должности на кабинет медицинского освидетельствования на состояние опьянения; 1 должность на кабинет специальной медицинской комиссии по проведению наркологических экспертиз; 1 должность на каждый процедурный кабинет.

Должности младшего медицинского персонала дневных стационаров устанавливаются из расчета: 1 должность санитарки (буфетчицы) на 45 мест и 1 должность санитарки (палатной) на 20 мест.

Должности санитарок лаборатории, в том числе химико-токсикологической лаборатории, устанавливаются соответственно должностям врачей клинической лабораторной диагностики, включая должность заведующего лабораторией.

Должности санитарок рентгеновского кабинета (отделения) и процедурного кабинета в стационарных подразделениях устанавливаются из расчета 1 должность на 1 кабинет.

Должности санитарок физиотерапевтического кабинета в стационарных подразделениях устанавливаются из расчета 1 должность на 2 должности медицинских сестер по физиотерапии.

Должности санитарок стоматологического кабинета устанавливаются соответственно должностям врачей-стоматологов (зубных врачей), но не менее 1 должности на стационарное подразделение.

Должности санитарок приемного отделения в стационарных подразделениях устанавливаются из расчета 1 круглосуточный пост на приемное отделение.

Штатные нормы медицинского персонала наркологических подразделений (диспансерных отделений и кабинетов) в составе других лечебно-профилактических учреждений

Должность заведующего наркологическим диспансерным отделением устанавливается при наличии не менее 3 должностей врачей психиатров-наркологов для амбулаторного приема вместо 1 из них.

Должности врачей устанавливаются в соответствии

со штатными нормативами наркологических учреждений.

Должность старшей медицинской сестры наркологического диспансерного отделения устанавливается соответственно должности заведующего отделением.

Должности среднего медицинского персонала, сестры-хозяйки и санитарок врачебных кабинетов и кабинетов специалистов устанавливаются в соответствии со штатными нормативами наркологических учреждений.

Штатные нормативы медицинских психологов, специалистов по социальной работе, социальных работников и иного персонала наркологических учреждений и наркологических подразделений в составе других лечебно-профилактических учреждений

Должности медицинских психологов устанавливаются из расчета: в организационно-методическом консультативном отделе одного из наркологических диспансеров (областном, республиканском, краевом, городов Москвы и Санкт-Петербурга) – 1 должность медицинского психолога, ответственного за организационно-методическую работу по психологии; в амбулаторных подразделениях – 1 должность на 1 должность психиатра-нарколога для амбулаторного приема взрослого или детского населения; в дневном наркологическом стационаре – 1 должность на 1 должность психиатра-нарколога; в стационарных подразделениях – 1 должность на 20, 15 и 10 коек соответственно для больных алкоголизмом, больных наркоманией и для лечения детей (кроме коек для лечения больных с алкогольными и интоксикационными психозами, в отделениях неотложной наркологической помощи и в наркологических отделениях для больных с тяжелой сочетанной патологией).

Должности специалистов по социальной работе устанавливаются из расчета: в организационно-методическом консультативном отделе одного из наркологических диспансеров (областном, республиканском, краевом, городов Москвы и Санкт-Петербурга) – 1 должность специалиста по социальной работе, ответственного за организационно-методическую работу по социальной работе; в амбулаторных подразделениях – 1 должность на 2 должности психиатров-наркологов для амбулаторного приема взрослого или детского населения; в дневном наркологическом стационаре – 1 должность на 1 отделение; в стационарных подразделениях – 1 должность на 35 и 15 коек на взрослых больных и для детей соответственно (кроме коек для лечения больных с алкогольными и интоксикационными психозами, в отделениях неотложной наркологической помощи и в наркологических отделениях для больных с тяжелой сочетанной патологией).

Должности социальных работников устанавливаются из расчета: 2 должности на 1 должность специалиста по социальной работе.

Должности воспитателей устанавливаются в стационарных подразделениях, имеющих койки для лечения детей, из расчета 1 должность на 15 обучающихся детей.

Штатные нормативы медицинского и иного персонала реабилитационных наркологических учреждений (подразделений)

В амбулаторном реабилитационном отделении на 25

пациентов устанавливаются: по 1 должности заведующего отделением, медицинской сестры, санитарки, специалиста по социальной работе, воспитателя в детском реабилитационном отделении, 2 должности медицинского психолога, 3 должности социальных работников.

В реабилитационном общежитии устанавливается 1 должность врача психиатра-нарколога (медицинского психолога, специалиста по социальной работе) на 20 пациентов с алкоголизмом или на 10 пациентов с наркоманией, но не менее 1 должности на реабилитационное общежитие.

В терапевтическом сообществе устанавливается 1 должность социального работника на 1 сообщество.

В стационарном отделении социальной и медицинской реабилитации на 25 коек устанавливаются: по 1 должности заведующего отделением, врача психиатра-нарколога, старшей медицинской сестры, санитарки (буфетчицы), медицинского психолога (на 10 коек), специалиста по социальной работе, социального работника, мастера производственного обучения, инструктора по лечебной физкультуре, воспитателя (на 10 коек), 1 круглосуточный пост медицинской сестры (палатной), 1 круглосуточный пост санитарной (палатной).

Некоторое представление о структуре и функциях учреждений, оказывающих наркологическую помощь в ряде зарубежных стран, можно составить на следующих примерах.

В Швейцарии в остром закрытом отделении университетского психиатрического госпиталя в Берне пациенты и персонал совместно определяют наличие серьезных проблем, связанных с употреблением психоактивных веществ (ПАВ). [37].

На Кубе служба Rogelio Paredes в Гаване, входящая в структуру психиатрического госпиталя, оказывает госпитальную помощь лицам с алкогольной зависимостью с использованием терапевтических и реабилитационных ресурсов в рамках терапевтического сообщества. К ним относятся групповая и индивидуальная когнитивно-бихевиоральная терапия. [29].

В Корее в «домах на полпути» отмечены положительные результаты прохождения реабилитационной программы для взрослых больных наркоманией. Программа состоит из 6 частей и 16 сессий. [30].

В Новой Зеландии базирующаяся на общине служба реабилитации Puna Oranga в Окленде в режиме 24 часов оказывает помощь на дому пациентам-мужчинам, имеющим серьезные психические расстройства в сочетании со злоупотреблением алкоголем и наркотиками. Служба состоит из профессионалов и парапрофессионалов. Ее цель – создание условий для независимого проживания пациентов, привлечения потребителей к составлению и реализации реабилитационных программ. [24].

Во Франции центр Breal, связанный с госпиталем Maison Blanche в Париже, создан в 1985 году в рамках политики реинтеграции «маргинализированных токсикоманов», часто лишенных жилья и страдающих от тяжелых психологических и психиатрических проблем. Его цель – ежедневное сопровождение лиц с зависимостью в системе учреждений здравоохранения. Центр отвечает за организа-

цию терапии, госпитализацию, обмен шприцев, распределение мест для отдыха, принятие пациентами душа, обеспечение стирки одежды. В задачи центра входит создание или восстановление социальных связей пациента, организация дискуссий, организация общих посещений кафе, обучение соблюдению закона, правилам поведения. [20].

Формы и методы лечения зависимости от психоактивных веществ

В 1990-е годы в отечественной наркологии постепенно сформировалось понимание того, что ведущими методами лечения пациентов с зависимостью являются групповые формы психотерапии. Эти методы позволяют использовать механизмы взаимопомощи, взаимодействия, потенцирования и индукции, психотерапевтического катарсиса и усвоения необходимой терапевтической информации, которые менее проявляются и используются при индивидуальной работе с пациентом. (В.М. Гузиков и соавт., 1995).

В условиях наркологического стационара более активно, чем прежде, стали использоваться так называемые информирующие группы (дидактические, когнитивные, дискуссионные, тематические), активирующие группы (танцевальные, музыкальные, физкультурные), группы глубинной психотерапии (психодрама, психоаналитическая психотерапия), коммуникативные группы (гештальт-терапия, сенситивный тренинг, трансактный анализ), поведенческие группы, социотерапевтические группы (супружеские пары, семейные группы, терапевтические сообщества). Все большее распространение приобретает взгляд, что психотерапия должна сочетаться с медикаментозной терапией.

Были разработаны принципы социальной работы в области наркологии (Т.Н. Дудко и соавт., 1998):

- добровольное желание пациента избавиться от зависимости и вернуться к социально полезной деятельности - учебе или работе и его активное участие в лечебно-реабилитационной программе;
- комплексность работы с пациентом с участием врача нарколога, психолога, специалиста по социальной работе, социального работника;
- единство медико-биологических и психосоциальных методов реабилитации; поэтапное восстановление психического и физического состояния пациента, подавление патологического влечения к ПАВ;
- реабилитация и собственно реабилитация - реализация определенной максимально индивидуализированной социальной программы;
- доверие и партнерство во взаимодействии со специалистами в области наркологии; долгосрочность и интеграция в систему отношений с государственными, религиозными, общественными, частными учреждениями и предприятиями с целью приобретения профессии, трудоустройства, учебы, получения жилья, пенсии, восстановления дееспособности и др.;
- отказ от патернализма и иждивенчества, стремление пациента к самостоятельности, его готовность сотрудничать срывам и рецидивам болезни.

Эти принципы прежде всего соответствуют лечению и социальной реабилитации молодых пациентов, которые, по мнению экспертов ВОЗ (2000), «охотнее пользуются услугами, где соблюдается конфиденциальность и где сами они привлекаются к проектированию и созданию таких служб, а также к управлению ими».

Приказом Минздрава России от 28.04.1998 № 140 [11] в целях противодействия «профанации и коммерциализации терапии», использованию «экспресс-методов» лечения, игнорирующих принципы комплексности, этапности и дифференциации терапии, утверждены модели протоколов диагностики и лечения наркологических пациентов. Последние не ограничивают врача в его стремлении к индивидуализации подхода к лечению пациента. Благодаря использованию критериев МКБ-10 [16] в сочетании с диагностикой степени тяжести или этапа болезненного процесса обеспечиваются динамический подход к терапии, необходимый минимум оказания помощи и, соответственно, решение вопросов финансирования и лицензирования учреждений.

По каждой из используемых рубрик МКБ-10 даются краткие описания симптомов, рекомендации по условиям проведения лечения (стационарное, амбулаторное), по объему обследования (общие и биохимические лабораторные анализы, инструментальные исследования, консультации со специалистами), методам и длительности лечения, его результатам. К результатам лечения при алкоголизме, например, относятся:

- в начальной его стадии - устранение астенических, диссомнических, ипохондрических, сенестопатических расстройств, нормализация настроения, восстановление работоспособности, наличие установки на трезвость и дальнейшее лечение; при недостаточном результате лечения - продление его сроков;
- в начальной стадии в фазе поддерживающего лечения - отсутствие признаков патологического влечения к алкоголю, стабилизация настроения, установка на трезвость и на достижение полезных целей; при неполном лечебном эффекте - активная диспансеризация;
- в средней стадии в фазе обострения легкой степени абстинентного синдрома - устранение абстинентных расстройств, нормализация сна, настроения, соматических функций, подавление патологического влечения к алкоголю, формирование установки на трезвость и поддерживающее лечение;
- в средней стадии в фазе обострения со средней степенью абстинентного синдрома - то же, при недостаточном терапевтическом эффекте - продление сроков лечения;
- в средней стадии в фазе обострения с тяжелой степенью абстинентного синдрома - то же, плюс улучшение памяти, редукция астенических расстройств, коррекция поведенческих отклонений;
- в средней стадии в период поддерживающего лечения - устойчивое удовлетворительное соматическое и психическое состояние, отсутствие жалоб на самочувствие, отсутствие патологического влечения к алкоголю, наличие установок на трезвый образ жизни, на психотерапию, при недостаточном эффекте - продолжение лечения;

- в конечной стадии в фазе обострения с тяжелой степенью абстинентного синдрома - купирование абстинентных расстройств, улучшение соматического и психического состояния при возможном сохранении стойкого дефекта, формирование установки на дальнейшее лечение;

- в конечной стадии в случаях терапевтической ремиссии - частичная редукция соматоневрологических и психопатологических расстройств, формирование установки на лечение и на достижение соматического благополучия; при недостаточном эффекте - продолжение амбулаторного лечения.

Примеры требований к результатам лечения опиоидной наркомании:

- легкая степень острого абстинентного синдрома - полное купирование острых абстинентных расстройств, в том числе инсомнических, аффективных, астенических, неврозоподобных, вегетативных и алгических; выравнивание гемодинамических показателей; при неэффективности амбулаторного лечения рекомендуется стационарное лечение;

- средняя и тяжелая степени острого абстинентного синдрома - то же, при недостаточном эффекте - продление сроков стационарного лечения;

- постабстинентное состояние (вторая стадия абстинентного синдрома) - купирование аффективных, психопатоподобных, неврозоподобных расстройств, коррекция поведения, купирование влечения к наркотикам, восстановление нарушенных функций, выработка установки на поддерживающее лечение и воздержание от наркотиков, при отсутствии эффекта лечение должно быть продолжено;

- фаза ремиссии - профилактика рецидивов, купирование влечения к наркотикам, коррекция аффективных и психопатоподобных расстройств.

Приказом Минздрава России от 22.10.2003 № 500 [10] утвержден Протокол ведения больных «Реабилитация больных наркоманией (Z 50/3)».

По полученным в последние годы данным (В.А. Савченков, 2003), опиоидная наркомания, в стадии ремиссии осложненная употреблением алкоголя, требует особых и более активных лечебных мероприятий. Применение противосудорожных средств на ранних этапах лечения и в период противорецидивной терапии хотя и подавляет, благодаря их нормотимическому эффекту, патологическое влечение к алкоголю, однако недостаточно влияет на патологическое влечение к наркотику. Поэтому в схему лечения необходимо включение налтрексона.

Межсекторное взаимодействие в системе профилактики зависимости от ПАВ

По сообщению ВОЗ (2006) [2], уровень потребления алкоголя в странах Северной Европы достиг своего исторического максимума и продолжает возрастать. Предполагается, что снижение уровня потребления алкоголя в странах Юго-Западной Европы, наблюдавшееся за последние десятилетия, прекращается. В восточной части Европы общие показатели потребления алкоголя остаются на очень высоком уровне, достигнутом в середине 1990-х годов.

Хотя между странами имеются определенные различия. В ряде стран Европейского региона значительная часть общего уровня потребления приходится на долю неучтенного потребления алкоголя, что затрудняет проведение прямых сравнений между странами.

Политика в отношении алкоголя требует решения сложных задач не только на национальном и местном уровнях, но также в значительной степени на уровне личных и межличностных взаимоотношений. Многие проблемы, связанные с алкоголем, подвергают опасности или наносят вред не только лицам, употребляющим алкоголь, но также тем, кто их окружает, включая еще не родившегося ребенка, членов семьи, друзей и коллег по работе, жертв дорожно-транспортных происшествий, случившихся по вине нетрезвых водителей, а также все общество в целом. Эти отрицательные последствия в отношении не только самого пьющего человека, но и других людей, служат очень сильным аргументом в пользу согласованных действий, направленных на снижение вреда, связанного с алкоголем. (M. Danzon, директор Европейского регионального бюро ВОЗ, 2006). [2].

По мнению П.А. Попова и соавт. (2001), система профилактики злоупотребления ПАВ должна складываться из: политики в данной области; мероприятий по противодействию незаконному обороту наркотических средств; профилактической работы с детьми и подростками; мероприятий, направленных на снижение спроса на наркотики. Основными принципами политики в области профилактики злоупотребления ПАВ авторы считают:

- системность, межсекторное взаимодействие, рациональность, постепенность и непрерывность предпринимаемых усилий;

- непримиримость к наркодиллерству при гуманности и терпимости по отношению к потребителям ПАВ; доступность помощи и добровольность обращения за ней; косвенное, опосредованное воздействие на потребителей наркотиков и общество в целом.

Задачи профилактической работы: разработка и реализация целевых медицинских, психокоррекционных, информационных, образовательных и др. программ, направленных на снижение спроса на ПАВ и уменьшение вреда от их употребления; выявление групп риска и случаев потребления ПАВ; подготовка групп специалистов, способных реализовать программы в рамках межведомственного сотрудничества; разработка мероприятий, направленных на уменьшение предложения ПАВ.

К реализации мер по противодействию незаконному обороту наркотиков и других ПАВ авторы относят разработку мониторинга данных о незаконном изготовлении, торговле и распространении ПАВ; консультации с зарубежными партнерами относительно процедур принятия законодательных актов и использования контроля поставок; сотрудничество с использованием обмена информацией между государствами СНГ по вопросам принятия поправок в законодательство, относящихся к незаконному обороту и изготовлению наркотиков; определение зон первоочередного уничтожения зарослей дикорастущей конопли и посевов, содержащих наркотические растения; контроль

легального оборота наркотических средств; проигнорирование попыткам развития и использования метадоновых программ и программ лечения героином.

При планировании стратегии профилактики злоупотребления ПАВ несовершеннолетними авторы выделяют ряд проблемных ситуаций:

- отсутствие у родителей подготовки к участию в профилактических мероприятиях; непонимание несовершеннолетними медицинских и социальных последствий злоупотребления алкоголем и наркотиками; реклама спиртного и табака, их доступность, которая при нескритическом к ней отношении превращает несовершеннолетних из «экспериментаторов» в «приобщенных» к миру взрослых;

- сознательное и неосознанное самоустранение родителей от решения вопросов профилактики зависимости от ПАВ и их убежденность в том, что профилактикой должны заниматься другие лица и специальные государственные учреждения; размытость законодательных и нравственных норм, предусматривающих запрет на употребление несовершеннолетними спиртных напитков и наркотиков, и отсутствие их серьезной поддержки в различных слоях населения;

- неразработанность реальных механизмов сотрудничества с семьей; проблемные ситуации в сфере социальной и правовой защиты детей, в том числе отсутствие службы доверия, приютов и убежищ для беспризорных, системы ювенального судопроизводства, утрата семейной функции института социализации детей; невысокий авторитет наркологической службы у населения.

Из мероприятий, направленных на снижение спроса на наркотики, авторы выделяют:

- реализацию дифференцированных по демографическим признакам программ профилактики злоупотребления наркотиками для учащихся;

- одновременное воздействие на предложение (ограничение) и на спрос (снижение) (спрос уменьшается, если общество меняет свое отношение к данному явлению, если энергично осуществляются массовые кампании против незаконного оборота наркотических средств, санитарное просвещение и разъяснительная работа в группах риска);

- укрепление личностных ресурсов и адаптивных возможностей человека, создание достойных условий жизнедеятельности и благоприятной окружающей среды;

- социальную работу с целью создания мотивации к небольшим переменам в жизни лица, зависящего от наркотика, по принципу малых шагов под лозунгом «попробуй жить по-другому».

На протяжении ряда лет в России апробируются и внедряются в школах профилактические программы для школьников, родителей и учителей: копинг-профилактика употребления наркотиков и других ПАВ (программа для подростков); программа профилактики наркозависимости и формирования здорового образа жизни у школьников (программа психологической подготовки учителей средних школ); программа подготовки студентов-волонтеров; программа формирования здорового жизненного сти-

ля, профилактики злоупотребления ПАВ для подростков («Точка опоры»); игровая программа профилактики зависимости и отклоняющегося поведения («Корабль» - программа для детей младшего школьного возраста). [3].

В целях профилактики утяжеления зависимости заслуживают внимания предложения о введении в штат приемных отделений многопрофильных стационаров должности врача-нарколога и должности медицинского психолога. Указанные специалисты могут убедить поступающего пациента помимо лечения соматических расстройств начать лечение наркомании с тем, чтобы в дальнейшем обратиться для проведения реабилитации в специализированное медицинское учреждение. [1].

Представляется, что в системе организации наркологической помощи было бы неадекватно для осуществления диспансерного наблюдения использовать те же критерии, что используются в системе психиатрической помощи. Почти 2/3 больных алкоголизмом и почти все больные наркоманией не могут быть отнесены к категории «лиц, страдающих хроническими и затяжными психическими расстройствами с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями».

В профилактических целях уместнее было бы ужесточить требования закона относительно ответственности лиц, неоднократно появляющихся в обществе в состоянии выраженного алкогольного или иного опьянения. В данном направлении целесообразно создание ситуации, позволяющей этим лицам выбирать между наказанием и возможностью пройти соответствующий курс лечения.

Определенное участие в формировании условий, способствующих росту зависимости от ПАВ, кроме известных причин социально-экономического характера, принимает пассивность специалистов ряда федеральных министерств и ведомств, а также ученых-наркологов в плане разработки специального законодательства по вопросам оказания наркологической помощи. В частности, негативную роль в процессе подготовки законопроектов играет установка ряда министерств и ведомств перевести решение всех проблем пьянства, алкоголизма, употребления и злоупотребления другими ПАВ в плоскость оказания специализированной медицинской помощи. При этом в 1990-е годы на протяжении длительного периода «упускался из виду» особый вред рекламы крепких алкогольных напитков, как в настоящее время - рекламы пива.

Как на известное исключение из подобного рода явлений «пассивности» можно указать на содержание некоторых разделов Инструкции по организации работы подразделений по делам несовершеннолетних органов внутренних дел, утвержденной приказом МВД России от 26.05.2000 № 569. [9].

Должностные лица указанных подразделений в целях предупреждения систематического употребления спиртных напитков, наркомании и токсикомании среди несовершеннолетних:

- участвуют в проведении рейдов и операций по выявлению несовершеннолетних, допускающих употребление спиртных напитков, а также лиц, нарушающих пра-

вила торговли спиртными напитками в отношении несовершеннолетних; выявлению несовершеннолетних, допускающих немедическое употребление наркотических средств, психотропных или одурманивающих веществ, мест их концентрации, возможного сбыта, приобретения и употребления указанных средств и веществ; лиц, вовлекающих несовершеннолетних в употребление спиртных напитков, наркотических средств, психотропных или одурманивающих веществ, организаторов и соучастников при-тонов;

- устанавливают с помощью сотрудников других подразделений органа внутренних дел обстоятельства, связанные с приобретением и употреблением несовершеннолетними спиртных напитков, наркотических средств, психотропных или одурманивающих веществ;

- информируют органы здравоохранения о выявлении несовершеннолетних, нуждающихся в обследовании, наблюдении или лечении в связи с употреблением спиртных напитков, наркотических средств, психотропных или одурманивающих веществ;

- анализируют состояние работы по предупреждению систематического употребления спиртных напитков, наркомании и токсикомании среди несовершеннолетних на обслуживаемой территории.

Государственное регулирование противодействия незаконному обороту наркотических средств во многих странах входит в нормы уголовного закона, охранительного законодательства, профессиональных кодексов или инструкций, инструкций по торговле наркотическими веществами, производственных и транспортных инструкций, таможенных кодексов и инструкций. Как уже отмечалось, в соответствии с международными конвенциями, вопрос о привлечении к уголовной ответственности за употребление наркотиков оставлен на усмотрение сторон. Вместе с тем, в большинстве стран наиболее опасными видами преступлений являются нелегальное производство, хранение и обращение наркотиков. Под обращением наркотиков понимается не только незаконная торговля, но также их дарение и накопление с целью распространения. Отягчающими обстоятельствами считаются деятельность в преступных организациях, повторное преступление, предоставление наркотиков несовершеннолетним.

Предусматриваемое в уголовном законодательстве Бельгии, Великобритании, Греции, Дании, Ирландии, Испании, Нидерландов и других стран назначение лечения в качестве альтернативы уголовному наказанию или уголовному осуждению позволяет в случае несоблюдения режима лечения приводить судебный приговор в исполнение. При реализации политики равновесия между репрессивными, профилактическими и лечебными мерами подчеркивается, что репрессии должны распространяться только на лиц, принимающих участие в незаконном обороте наркотиков. По отношению же к лицам с зависимостью от наркотиков и лицам из группы риска должны приниматься меры профилактики.

Федеральным законом от 08.01.1998 № 3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах» [19] установлены правовые основы государственной по-

литики в сфере оборота наркотических средств и противодействия их незаконному обороту в целях охраны здоровья граждан, государственной и общественной безопасности. Статьями «25, 26 и 27 Закона регулируются вопросы, связанные с отпуском наркотических средств физическим лицам. Статьей 31 запрещено их использование частнопрактикующими врачами и лечение этими средствами наркомании. Статьей 46 запрещена пропаганда и ограничена реклама в сфере оборота наркотических средств. Статьями 54-57 регулируется оказание наркологической помощи больным наркоманией и, в частности, предусмотрено назначение судом принудительных мер медицинского характера больным наркоманией, находящимся под медицинским наблюдением и продолжающим потреблять наркотические средства без назначения врача, либо уклоняющимся от лечения. Однако, как показывает практика, вопросы профилактики злоупотребления ПАВ и правовой помощи лицам, страдающим наркоманией, в Законе отражены недостаточно. В связи с этим представляет интерес изучение имеющегося регионального опыта практической деятельности в данном направлении.

В Екатеринбурге по инициативе Правительства Свердловской области в 1997 году создана и реализуется система комплексной профилактики зависимости от наркотиков и других психоактивных веществ. Она представляет собой совокупность городских и районных профилактических программ, а также механизм их практического выполнения, включающий управленческое координирующее звено, сеть специализированных учреждений и организацию взаимодействия с органами Госнаркоконтроля и внутренних дел, прокуратуры, Федеральной службы безопасности, СМИ, общественностью города и другими заинтересованными сторонами. Данная действующая модель осуществляется наряду с проведением на уровне Правительства области мониторинга ситуации, связанной с употреблением наркотических и других ПАВ (включая алкоголь и табак) и их незаконным оборотом. [17].

Концепция профилактики наркомании, утвержденная постановлением губернатора Тульской области от 31.01.2002 № 1, реализуется через: сотрудничество различных групп и организаций, в том числе неправительственных, общественных, профессиональных, правоохранительных, религиозных; системность, межсекторальность, постепенность и непрерывность предпринимаемых усилий; мероприятия, направленные на уменьшение предложения и снижение спроса на наркотики за счет координированных действий силовых ведомств и социальных служб, включая здравоохранение, образование, учреждения культуры, учреждения по делам молодежи, СМИ и др.

При подготовке специального законодательства по вопросам контроля оборота алкогольных напитков и наркотических средств, законодательства по вопросам профилактики формирования алкогольной и других видов зависимости, а также законодательства по вопросам социальной реабилитации страдающих этими видами зависимости лиц необходимо предусматривать надежные механизмы их реализации. В качестве примера подобного рода ме-

халима можно привести практику медицинского освидетельствования для определения наличия в организме алкоголя или наркотических средств лиц, подозреваемых в совершении преступления или административном правонарушении, а также лиц, в отношении которых имеются достаточные основания полагать, что они больны наркоманией или находятся в состоянии наркотического опьянения. Данная мера широко используется в деятельности наркологических учреждений или подразделений в соответствии с пунктом 19 статьи 11 Закона Российской Федерации «О милиции» [4].

С 1988 года освидетельствованию подвергаются не только водители автомобильного транспорта и других подвижных средств, но и лица, заболевшие или получившие травмы вследствие опьянения. Освидетельствуются также лица, совершившие те или иные действия, связанные с опьянением и употреблением алкоголя, а также лица, оказавшиеся в конфликтных ситуациях, связанных с их пребыванием на работе в нетрезвом состоянии.

В целях совершенствования деятельности органов и организаций здравоохранения по обеспечению проведения медицинского освидетельствования на состояние опьянения и во исполнение постановления Правительства Российской Федерации от 26.12.2002 № 930 приказом Минздрава России от 14.07.2003 № 308 [8] утверждена Инструкция по проведению медицинского освидетельствования на состояние опьянения лица, которое управляет транспортным средством.

В организациях здравоохранения, имеющих лицензию на медицинскую деятельность с указанием соответствующих работ и услуг, освидетельствование проводится на основании протокола о направлении на освидетельствование. Протокол подписывается должностным лицом, которому предоставлено право государственного надзора и контроля за безопасностью движения и эксплуатации транспортного средства, и водителем транспортного средства, в отношении которого применяется данная мера обеспечения производства по делу об административном правонарушении.

Освидетельствование проводится как непосредственно в организации здравоохранения, так и в специально оборудованных для этой цели передвижных пунктах (автомобилях), соответствующих установленным Минздравсоцразвития России требованиям. Освидетельствование проводит врач (в сельской местности при невозможности проведения освидетельствования врачом - фельдшер), прошедший подготовку по вопросам проведения медицинского освидетельствования по программе, утвержденной указанным приказом. Прохождение подготовки подтверждается документом произвольной формы с указанием даты выдачи, подписью руководителя наркологического учреждения и печатью учреждения. Срок действия документа - 3 года. При изменении порядка медицинского освидетельствования проводится дополнительная подготовка врачей (фельдшеров).

Средство (вещество), вызвавшее опьянение, за исключением алкоголя, определяется по результатам химико-токсикологического исследования, проводимого на средство (вещество) или его метаболиты в установлен-

ном порядке. Конкретное изделие медицинского назначения или метод (медицинскую технологию) для определения алкоголя в выдыхаемом воздухе, отвечающее требованиям пунктов 7 и 8 Инструкции, конкретный биологический объект, отбираемый для направления на лабораторное химико-токсикологическое исследование, в каждом случае определяет врач (фельдшер), проводящий освидетельствование.

При освидетельствовании во всех случаях осуществляется исследование выдыхаемого воздуха на алкоголь. Результаты исследования выдыхаемого воздуха на наличие алкоголя заносятся в акт медицинского освидетельствования. При наличии клинических признаков опьянения и отрицательном результате определения алкоголя в выдыхаемом воздухе отбирается проба биологического объекта для направления на химико-токсикологическое исследование с целью определения средств (веществ) или их метаболитов (за исключением алкоголя), вызвавших опьянение; в акте указывается, какой биологический объект взят для проведения химико-токсикологического исследования.

Акт подписывается врачом (фельдшером), проводившим освидетельствование, и заверяется печатью медицинской организации, в которой проводилось освидетельствование. В случае отказа лица от освидетельствования в Журнале регистрации делается запись: «от освидетельствования отказался». В случае отказа лица от того или иного предусмотренного вида исследования в рамках проводимого освидетельствования, освидетельствование прекращается, акт не заполняется, в протоколе о направлении на освидетельствование и в Журнале регистрации указывается: «от освидетельствования отказался». Если освидетельствование в полном объеме невозможно из-за тяжести состояния лица, в акте (по каждому пункту) указываются причины, по которым не было выполнено то или иное исследование.

На основании результатов освидетельствования выносится заключение о состоянии лица на момент освидетельствования. Основой для вынесения заключения является наличие или отсутствие клинических признаков опьянения. В зависимости от результатов освидетельствования выносится заключение с одной из следующих формулировок: состояние опьянения не установлено; установлено состояние опьянения. При второй формулировке указание вещества (средства), вызвавшего опьянение, в заключении акта не отмечается.

Заключение о состоянии опьянения в результате употребления алкоголя выносится при наличии клинических признаков опьянения и положительных результатах определения алкоголя в выдыхаемом воздухе при помощи одного из технических средств измерения, проведенного с интервалом 20 минут, или при применении не менее двух разных технических средств индикации при наличии алкоголя в выдыхаемом воздухе с использованием их обоих при каждом исследовании, проведенном с интервалом 20 минут. В акте отмечается, что забор биологического объекта для химико-токсикологического исследования не осуществлялся.

Заключение о состоянии опьянения в результате упо-

ребления наркотических средств, психотропных и иных, вызывающих опьянение веществ, выносятся при наличии клинических признаков опьянения и обнаружении при химико-токсикологическом исследовании биологического объекта одного или нескольких наркотических средств, психотропных и иных, вызывающих опьянение веществ, или их метаболитов, независимо от их концентрации (количества).

После некоторого снижения в 1991 году (на 10,3%) в последующие 4 года отмечался значительный рост числа таких освидетельствований: на 47,3% (1438245 освидетельствований в 1995 году). При этом за те же 4 года число освидетельствований по поводу употребления алкоголя и алкогольного опьянения увеличилось на 47,2% и составило в 1995 году 1393529, а число освидетельствований для определения наркотического опьянения, связанного с употреблением других токсических веществ, увеличилось на 50,8% и составило в 1995 году 44716.

В период с 1999 года по 2002 год отмечается дальнейший рост числа освидетельствований для определения алкогольного опьянения с 1997948 до 2145888 (+6,9%). Число случаев констатации наркотического опьянения в указанный период имеет тенденцию к снижению: со 145831 до 125140 (14,2%).

Приведенные данные, в равной степени отражая неблагоприятную ситуацию в стране в плане алкоголизации и наркотизации населения, указывают вместе с тем на то, что освидетельствование лиц, управляющих транспортными средствами, способствует уменьшению числа правонарушений, совершаемых в состоянии опьянения.

В ряде стран используется так называемое межсекторальное взаимодействие в решении вопросов профилактики зависимости от ПАВ.

В Испании укрепляется взаимодействие между администрацией и некоммерческими организациями в сфере социальной защиты зависимых от ПАВ лиц. [27]. В Аргентине обсуждаются вопросы защиты в суде лиц, страдающих зависимостью и нуждающихся в лечении. [31]. В Бразилии принимаются меры по улучшению связей между профессионалами и СМИ. [33]. В Шотландии предлагается достижение баланса между тренингом, консультацией и прямой помощью, а также между службами для лиц, злоупотребляющих наркотиками и алкоголем. [35].

Актуализируется тема «двойного диагноза» или сочетания у пациента «серьезного психического расстройства» и злоупотребления веществом, приводящего к осложнению решения вопросов психосоциальной реабилитации и создающих терапевтическую дилемму для профессионалов. Канадский опыт Saint-Michael Teaching Hospital в Торонто по ведению бедных и бездомных пациентов с «двойным диагнозом» показывает, что при создании для них адекватной системы помощи необходима организация специального тренинга мультидисциплинарных бригад в континууме госпитальных и не госпитальных служб в общине. [28]. В столичных районах Соединенного Королевства высокий уровень коморбидности у лиц, злоупотребляющих алкоголем и другими ПАВ, составляет особую клиническую проблему и трудности лечения. Депрессив-

ные расстройства в 45,4% случаев идентифицируются как риск злоупотребления алкоголем. Наркомания представлена в 24,7% случаев. [32]. В США считают, что «коморбидные» пациенты должны получать всестороннее обслуживание и психосоциальную реабилитацию с предоставлением жилья и медицинской помощи. [36]. Необходимо решение проблемы мотивации психосоциальной терапии у этих пациентов. [39]. В Швейцарии установлено, что психически больные лица имеют риск употребления ПАВ, в 6 раз превышающий обычный. В связи с этим предлагается разработка соответствующих стратегий профилактики в рутинной клинической практике. [37].

По данным анализа, проведенного в 2006 году Институтом законодательства и сравнительного правоведения при Правительстве Российской Федерации, для законодательства зарубежных стран в отношении лиц, злоупотребляющих алкоголем, характерен более широкий перечень мер исправления и безопасности, чем перечень принудительных мер медицинского характера, существующий в Российской Федерации. Меры безопасности в зарубежных странах включают в себя превентивное заключение, превентивный залог, запрещение посещать питьевые заведения, информирование о преступлениях, руководящий надзор, лишение водительских прав, запрет заниматься определенной профессией и др. Правовая природа рассматриваемых мер является спорным вопросом в уголовном праве зарубежных стран. Во многих из них меры безопасности фактически рассматриваются как альтернатива наказанию (США, Швейцария). В основе назначения разнообразных видов так называемых мер безопасности лежит принцип соответствия, который заключается в соответствии назначаемой меры исправления и безопасности совершенному лицом или ожидаемому от него деянию и степени нисходящей от него опасности.

Интересным представляется подход в законодательстве некоторых зарубежных стран к конкуренции мер безопасности и наказания. Так, согласно Уголовному кодексу Польши, лицо, страдающее алкоголизмом или наркоманией, по постановлению суда помещается в закрытое лечебное учреждение для прохождения курса лечения, если имеется вероятность совершения им нового преступления и если лицо осуждено к применению наказания в виде лишения свободы сроком до двух лет. При положительных результатах суд условно освобождает осужденного от отбывания оставшейся части наказания. При этом в период испытательного срока суд может также обязать пройти еще курс амбулаторного лечения или реабилитации, передав лицо под надзор куратора или общественной организации. При нарушении осужденным условий испытательного срока (уклонении от лечения, реабилитации, совершении преступления, нарушения режима лечебно-реабилитационного учреждения) суд выносит постановление о помещении его в закрытое учреждение для прохождения курса лечения либо в пенитенциарное учреждение.

В англо-саксонском праве к лицу, совершившему преступление, караемое тюремным заключением, признанному привычным алкоголиком, суд может, в дополне-

ние к приговору или вместо него, назначить направление на срок не свыше трех лет в государственный или частный реформаторий для алкоголиков. Если лицо совершило нетяжкое преступление и степень наркотической зависимости небольшая, то мера медицинского характера может быть назначена амбулаторно только при согласии преступника. В противном случае суд назначает меру наказания. В частности, в Англии одним из видов мер безопасности является направление лица на срок до трех лет в специальное заведение для алкоголиков, если: лицо осуждено за преступление, преследуемое по обвинительному акту; суд признает, что преступление было совершено под влиянием опьянения и сам преступник или присяжные считают, что он - «привычный пьяница».

Перспективы развития наркологической помощи

Десять направлений деятельности и их конечные результаты, обозначенные в Европейском плане действий по борьбе с потреблением алкоголя, продолжают играть центральную роль в осуществлении национальной политики в отношении алкоголя и должны рассматриваться в качестве неотъемлемой части основ политики. Этими десятью направлениями деятельности являются: информация и просвещение; общественная, частная и производственная жизнь (условия окружающей среды; вождение автомобиля в нетрезвом виде; наличие алкогольных напитков; пропаганда алкогольных напитков; лечение; ответственность производящей алкогольные напитки промышленности и сектора, занимающегося организацией торжественных и представительских мероприятий; способность общества реагировать на наносимый алкоголем вред; неправительственные организации; формулирование, осуществление и мониторинг политики. [2].

В докладе Министерства здравоохранения Российской Федерации, представленном в начале 2002 года на заседании правительственной комиссии по противодействию злоупотреблению наркотическими средствами и их незаконному обороту было отмечено, что специфической особенностью клиники наркомании является принципиальное отсутствие возможности выздоровления. Можно лечить лишь осложнения наркомании, проявляющиеся психическими расстройствами, заболеваниями печени и др. В связи с этим в широкой практике лечение наркомании принято начинать с очищения организма пациента от веществ, наличие которых обусловлено болезненным состоянием внутренних органов, а также лечения осложнений, главным из которых являются психические расстройства. После курса детоксикации влечение к наркотикам прекращается лишь у 15-20% пациентов. Это, как правило, начинающие потребители наркотиков, еще не подверженные тяжелым психическим расстройствам. Они после выписки из стационара получают поддерживающее лечение, главным образом в виде психотерапии.

Имеющиеся у остальных 75-80% пролеченных пациентов грубые психические изменения требуют длительного лечения. Пациенты, при их согласии, должны направ-

ляться в реабилитационные центры для лечения в течение шести и более месяцев. Цель реабилитации - восстановление психического и соматического здоровья, восстановление личностного и социального статуса. Задачи реабилитации - формирование у пациента осознанной и стабильной мотивации на окончательный отказ от употребления наркотиков; осуществление комплекса лечебных и психологических мер, направленных на предотвращение рецидивов болезни; лечение имеющихся хронических заболеваний; коррекция личностных расстройств; восстановление нарушенных социальных связей; приобретение навыков занятости.

Создание реабилитационных центров тормозится отсутствием необходимого финансирования, недостатком специалистов и отсутствием методической базы. И хотя работа по их организации заметно оживилась после утверждения приказом Минздрава России Положения о них и введения реабилитационных центров в номенклатуру учреждений здравоохранения, по имеющимся расчетам, в стране требуется открыть около трехсот таких центров с общим числом мест 30 тыс. В настоящее время эта потребность удовлетворена на 30%.

Необходимо поддерживать инициативу ряда федеральных ведомств и общественных организаций по созданию реабилитационных центров. Министерство образования и науки, например, относит к приоритетам в своей деятельности организацию реабилитации несовершеннолетних, злоупотребляющих ПАВ. В рамках служб социальной защиты населения также действуют реабилитационные центры. Недостаточное обеспечение населения данным видом помощи лишь в небольшой мере компенсируется работой общественных объединений (региональные ассоциации «Родители против наркотиков», Российский благотворительный фонд «Нет алкоголизму и наркомании»), усилиями ряда религиозных организаций, а также частных лиц, работающих в сфере противодействия потреблению наркотиков и алкоголя на коммерческой, благотворительной или смешанной основе. По сообщению Н.Г. Незванова и соавт. (2006) [6], в настоящее время в Санкт-Петербурге хорошо зарекомендовали себя новые формы социальной помощи больным наркоманией: «Телефон доверия», группы взаимопомощи, православное благотворительное братство «Новые паломники», фонд «Возвращение», группы «Анонимные наркоманы», благотворительный фонд «Ночлежка», общественная организация «Матери против наркотиков».

Необходима дальнейшая разработка протоколов ведения пациентов в целях совершенствования процесса лицензирования и аккредитации реабилитационных учреждений и уточнения критериев оценки качества и эффективности реабилитационного процесса. В ближайшее время необходимо обеспечить подготовку значительного числа специалистов для работы в центрах, создать соответствующие образовательные стандарты и учебные центры, провести сертификацию работающих специалистов.

Важно отметить, что создаваемая сеть наркологических реабилитационных центров - не параллельная система учреждений по отношению к системе действующей

щих наркологических диспансеров и кабинетов. Создание и развитие данного направления медицинской профилактики и реабилитации в наркологии является началом реструктуризации наркологической службы. Сохраняя существующие наркологические диспансеры, назначение которых - осуществление первого (медицинского) этапа реабилитации, следует рассчитывать на реализацию ее второго этапа - длительной психологической и социальной реабилитации с последующей интеграцией пациентов в общество. Тем самым наркологической службе будут возвращены свойственные ей изначально и в значительной мере утраченные психопрофилактические и психогигиенические функции.

Дальнейшие пути развития реабилитации в наркологии:

- формирование сети реабилитационных учреждений для дифференцированных по клиническим проявлениям, уровню реабилитационного потенциала и др. групп лиц с различными сроками лечения (от 1,5 до 24 месяцев);
- использование различных технологий и режимов работы (реабилитационные центры, терапевтические сообщества, «коммуны», «дома на полпути», специализированные общежития, приюты и др.);
- амбулаторная служба должна работать по программно-целевому принципу, т.е. на основе различного уровня программ для лиц, находящихся на профилактическом наблюдении, для пациентов, членов семей и др.;
- часть стационаров должны быть перепрофилированы в региональные реабилитационные центры.

Основные принципы лечения и реабилитации несовершеннолетних, злоупотребляющих ПАВ, представлены в Информационно-методических материалах «Организация наркологической помощи детям и подросткам на современном этапе», утвержденных Минздравсоцразвития России 30.09.2005.

Как справедливо отмечают N.F. Da Costa (2000) и A. Dancy et al. (2000), к наркотической зависимости обычно подходят как к социальной, социокультурной и психиатрической проблеме. Однако при этом упускаются из вида когнитивные аспекты, которые могут влиять на

процесс восстановления. В частности, недооценивается важность вопроса о получении пациентом удовольствия от интоксикации. В связи с этим представляется необходимой разработка мер по повышению качества жизни пациентов в ходе реабилитационного процесса. Ресурсам психического здоровья должно придаваться особое значение. Программы обучения профессионалов должны быть объединены в руководства и учебниках. [26]. Чрезвычайно важной темой для дальнейшего развития психотерапевтических подходов к лечению лиц, страдающих наркотической зависимостью, является групповая терапия. Групповые подходы, по мнению D.W. Brook (2004) [23], должны быть направлены на более широкое использование множественных семейных терапевтических групп, когнитивно-бихевиоральных групп, network therapy, модифицированной психодинамической групповой терапии, групп предотвращения ущерба и групп самопомощи. Эти подходы должны использоваться в условиях различных учреждений и подразделений, включая стационарные, амбулаторные и дневные.

В России объективным показателем злоупотребления алкоголем является распространенность алкогольных психозов. За период с 2005 года по 2006 год отмечается снижение распространенности этих расстройств с 93,8 до 88,0 на 100 тыс. населения, в том числе среди детей - с 4,8 до 4,0.

По данным государственной статистики на территории Российской Федерации функционируют 182 наркологических диспансера, из них со стационаром - 146, 14 наркологических больниц, 3 реабилитационных наркологических центра, 26 реабилитационных отделений. Кроме того, наркологическая помощь оказывается в 1975 лечебных учреждениях, имеющих наркологические амбулаторные отделения или кабинеты.

В настоящее время осуществляется подготовка концепции федеральной целевой программы «Развитие системы мер по снижению рисков для здоровья населения и формирования здорового образа жизни у граждан Российской Федерации на 2010-2013 годы». В частности, проектом концепции предусматривается разработка мер, направленных на сокращение потребления алкоголя. ■

Литература:

1. Бельский С.С., Менделевич В.Д. Наркозависимый в общесоматическом стационаре // Материалы XIV съезда психиатров России. - М., 2005. - С. 328.
2. ВОЗ. Основы политики в отношении алкоголя в Европейском регионе ВОЗ. - Копенгаген: ВОЗ, 2006. - 31 с.
3. Волкова Т.В., Петунс О.В., Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Программы профилактики зависимости от психоактивных веществ // Материалы XIV съезда психиатров России. - М., 2005. - С. 335.
4. Закон Российской Федерации от 18 января 1991 г. №1326-1 «О милиции».
5. Закон Российской Федерации от 2 июля 1992 г. №3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».
6. Незянов Н.Г., Кочорова Л.В., Вишняков Н.П., Борцов А.В. Организационная эволюция системы психиатрической помощи. - СПб, 2006. - 472 с.
7. Немцов А.В. Алкогольный урон регионов России. - М.: NALEX, 2003. - С. 80.
8. Постановление Правительства Российской Федерации от 26.12.2002 № 930 «Об утверждении правил медицинского освидетельствования на состояние опьянения лица, которое управляет транспортным средством, и оформления его результатов».
9. Приказ МВД России от 26.05.2000 № 569 «Об утверждении Инструкции по организации работы подразделений по делам несовершеннолетних органов внутренних дел».
10. Приказ Минздрава России от 22.10.2003 № 500 «Об утверждении протокола ведения больных «Реабилитация»».

- таши больных наркоманией (Z 50/3)».
11. Приказ Минздрава России от 28.04.1998 № 140 «Об утверждении стандартов (моделей протоколов) диагностики и лечения наркологических больных».
 12. Приказ Минздрава России от 14.07.2003 № 308 «О медицинском освидетельствовании на состояние опьянения».
 13. Приказ Минздрава России от 18.03.1997 № 76 «О наркологических реабилитационных центрах».
 14. Приказ Минздравмедпрома России от 29.11.1994 № 256 «Об организации отделений (палат) неотложной наркологической помощи».
 15. Приказ Минздравсоцразвития России от 27.01.2006 № 45 «Об утверждении рекомендуемых штатных нормативов медицинского и иного персонала наркологических учреждений и наркологических подразделений в составе других лечебно-профилактических учреждений».
 16. Психические расстройства и расстройства поведения (F00 - F99). (Класс V МКБ-10, адаптированный для использования в Российской Федерации). Под ред. Б.А. Казаковцева, В.Б. Голланда. - М.: Минздрав России, 1998. - 512 с.
 17. Спектор Ш.И. Социально-гигиеническое исследование наркомании и алкоголизма с целью разработки комплекса мер по их профилактике (на примере Свердловской области). Автореф. канд. дис. - М., 2005. - 23 с.
 18. Указ Президиума Верховного Совета СССР от 16 мая 1985 г. «Об усилении борьбы с пьнством».
 19. Федеральный закон от 8 января 1998 г. и 3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах».
 20. Arends C. Un Centre d'accueil pour toxicomanes// VIIth World Congress «Psychosocial Rehabilitation: Promoting Diversity and Ensuring Equality». - May 7-10 2000. - Paris, 2000. - P. 77-78.
 21. Bauer M., Becker T. Die Psychiatrie-Enquete im Eurordische Vergleich// 25 Jahre Psychiatrie-Enquete. Aktion Psychisch Kranke. - Bonn: Psychiatrie-Verl., 2001. - B. 2. - S. 235-241.
 22. Becker D.F., Grilos C.M. Gender and the Prediction of Drug and Alcohol Abuse in Adolescent Inpatients// Psychotherapy and Psychopharmacology Dissolving the Mind-Brain Barrier. APA. 157th Ann. Meeting. - N.Y., May 1-6 2004. - P. 91.
 23. Brook D.W. Group Therapy for Substance Abuse// Ibidem. - P. 206.
 24. Campbell D., Malorey T. Doing Rehabilitation in Community Residential Settings with Men that Have Serious Mental Illness and Significant Substances Use Problems// VIIth World Congress «Psychosocial Rehabilitation: Promoting Diversity and Ensuring Equality». - May 7-10 2000. - Paris, 2000. - P. 107.
 25. Chandhry H.R., Ahmad B., Ehsan Z. Out-Patient Working of Psychiatric Clinic in the Community// 6th World Congress on «Innovations in Psychiatry-2000». - London, 2000. - P. 16.
 26. Diaz Huertas J.A. Intervention in Childhood Abuse// Actas Espanolas de Psiquiatria. - Sept. 2001. - V. 29. - N. extr. 1. - P. 5.
 27. Garcia González J. Cooperation Between the Public Administration and Non Profit Organization for the Development of Social Policies and Welfare// Ibidem - P.51.
 28. Gehrs M., Read N. Redesigning Rehabilitation and Treatment Services for Dual Diagnosis// VIIIth World Congress «Psychosocial Rehabilitation: Promoting Diversity and Ensuring Equality». - May 7-10 2000. - Paris, 2000. - P. 55.
 29. Gonzóles Menéndez R. Life Quality and Appreciation on Alcoholics' Rehabilitatory Assistance// Ibidem - P. 60.
 30. Hyun M., Seo M. Development and Analysis of a Rehabilitation Program for Korean Adolescent Substance Abusers in Half-Way House// Partnership for Mental Health. XII World Congress of Psychiatry. Yokohama, Aug. 24-29, 2002. Japan. - V. II. - P. 97.
 31. Musacchio A.E. Some Legal Aspects on the Teaching on Substance Abuse in the Post Graduate Career for Specialists in Psychiatry// Ibidem. - P. 68.
 32. Naeem M.I. Substance Misuse Among Psychiatrically Hospitalized Young Adults// Ibidem. - P. 38-39.
 33. Noto A.R., Baptista M.C., et al. Psychotropic Drug Information in the Brazilian Press// Actas Espanolas de Psiquiatria. - Sept. 2001. - V. 29. - N. extr. 1. - P. 172.
 34. Puzynski S., Moskalewicz J. Evolution of the Mental Health Care System in Poland// Acta Psychiatr. Scand. - 2001. V. 104. - S. 410. - P. 69-73.
 35. Ritson B. Developing Services for Individuals with Alcohol Problems - The Edinburgh Experience// 6th World Congress on «Innovations in Psychiatry-2000». - London, 2000. - P. 24.
 36. Schneider M. Mental Illness Considered As a Disorder// VIIth World Congress «Psychosocial Rehabilitation: Promoting Diversity and Ensuring Equality». - May 7-10 2000. - Paris, 2000. - P. 55.
 37. Seifried C., Locher P., et al. Substance in Acute Psychiatric Patients: A Need for New Concepts// Actas Espanolas de Psiquiatria. - Sept. 2001. - V. 29. - N. extr. 1. - P. 204.
 38. Stuart H. Managing Public Perception of Violence Among the Mentally Ill// Partnership for Mental Health. XII World Congress of Psychiatry. Yokohama, Aug. 24-29, 2002. Japan. - V. 1. - P. 69.
 39. Ziedonis D.M., Atdjian S., et al. Dual Diagnosis// The Promise of Science. The Power Healing. 156th Annual Meeting of the American Psychiatric Association. - San Fran cisco, CA, May 17-22, 2003. - P. 94