

# Проблемы организации лечения наркомании в России

Татьяна Дмитриева  
Юлия Шевцова

**В** 2007–2008 гг. в Российской Федерации произошли коренные изменения в области политики противодействия незаконному обороту наркотиков и профилактики наркоманий. В антинаркотическую концепцию заложено несколько принципиально новых положений. Например, признано, что в решении этой проблемы планомерная профилактическая работа дает существенно более высокие результаты, чем устранение последствий.

Расчеты показывают, что по эффективности 1 руб., вложенный в профилактику, равен 7 руб., вложенным в лечение.

Это означает приоритетность мер, направленных на сокращение поставок наркотиков в страну и уменьшение внутреннего спроса на наркотики, над

деятельностью по преодолению наркоманий и их социальных последствий.

Правительство РФ продолжает предпринимать последовательные меры по усилению государственных границ и таможенного досмотра грузов, отслеживания наркотрафиков через страну для обнаружения и изъятия наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров. Меняются правовые подходы к совершившим преступления в сфере незаконного оборота наркотиков. Тяжесть наказания переносится с отдельных потребителей на лиц, связанных с организацией преступлений в этой сфере.

Сформирован государственный антинаркотический комитет, в обязанности которого входит координация на высоком “надведомственном” уровне

---

**ДМИТРИЕВА Татьяна Борисовна** – академик РАМН, профессор, директор ФГУ “Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П.Сербского”.

**ШЕВЦОВА Юлия Брюсовна** – кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник Отделения терапии больных наркоманиями и алкоголизмом ФГУ “Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П.Сербского”.

**Ключевые слова:** наркомания, наркотики, незаконный оборот наркотиков (НОН), ФСКН, наркологическая помощь, реабилитология, психоактивные вещества (ПАВ).

деятельности различных министерств и ведомств по усилению противодействия незаконному обороту наркотиков и профилактике наркомании. Работа Федеральной службы по контролю над наркотиками (ФСКН), которой в 2008 г. исполнилось 5 лет, стабильно эффективна, что выражается в росте раскрываемости преступлений в этой сфере, увеличении изъятия наркотиков из нелегального оборота.

СМИ стали уделять существенно больше внимания постоянной, прямой и доходчивой социальной рекламе, пропагандирующей здоровый образ жизни, особенно среди молодежи.

О том, что здоровье, социальное преуспевание, счастье в личной жизни возможны только без употребления наркотиков, напоминают яркие рекламные щиты и слоганы, звучащие в молодежных радиопередачах.

Телефон ФСКН, по которому можно сообщить о местах сбыта или употребления наркотиков, мы каждый день видим в метро и на уличных плакатах. Газеты широко обсуждают тему злоупотребления наркотическими средствами и психотропными веществами. Стоит отметить, что публикации последнего года приобрели качественно новый характер без обычного для СМИ подогревания нездорового интереса к данной проблеме.

Перечисленные усилия общегосударственного масштаба уже начали оказывать определенное влияние на ситуацию с нараставшим ранее год от года приростом первичной заболеваемости наркоманиями – ошутимое замедление темпа отмечено в 2008 г.

По официальным статистическим данным, всего в Российской Федерации в 2007 г. было зарегистрировано 356188 больных наркоманией (250,45 чел. на 100 тыс. населения).

Первичная заболеваемость наркоманиями в 2007 г. отмечена у 29597 чел. (20,81 чел. на 100 тыс. населения).

Для сравнения, в 2006 г. эти цифры выглядели так: учтенная распространенность наркоманий – 350267 чел. (245,82 чел. на 100 тыс. населения), а первичная – 27220 (19,10 чел. на 100 тыс. населения).

Прирост заболеваемости наркоманиями за 2007 г. составил 1,6%, что заметно отличается от 14–15%, например, в 2000–2001 г.

Что касается ВИЧ-инфекции, то в 2008 г. в России насчитывалось в общей сложности 452919 чел., инфицированных вирусом иммунодефицита (около 415 тыс. в 2007 г.).

Темпы прироста ВИЧ-инфицированных среди больных наркоманией практически стабилизировались.

Скорость увеличения количества ВИЧ-инфицированных, которая еще 3–4 года назад была почти эпидемической, в настоящее время таковой не является.

Из всех зарегистрированных в наркологических стационарах больных наркоманией, ВИЧ-инфицированными являлись в 2007 г. 11,8%, в 2008 г. – 11,9% (данные отчетов МККН за 2008 г.).

И если раньше большинство ВИЧ-контингента составляли безработные наркоманы, то теперь его основная часть, к сожалению – социально активные граждане, заразившиеся половым путем или в результате медицинских манипуляций, а также дети с нисходящим путем заражения.

**Н**есмотря на определенные успехи в этой области перед системой здравоохранения страны по-прежнему стоит задача огромной социальной значимости – совершенствования медицинской помощи больным наркоманией.

Остановимся на некоторых важных проблемах в этой области.

*Проблема терминологии.* В российской медицине пока плохо приживается термин “потребитель” – например, “потребитель медицинских услуг”, осо-

бенно применительно к психически больным, а также “потребитель инъекционных наркотиков”. И если для правоохранительной системы не важно, есть ли синдром зависимости от психоактивных веществ у человека, участвующего в незаконном обороте наркотиков (он все равно подлежит уголовному наказанию), то для медиков по-прежнему более привычны понятия “пациент”, “больной”. На настоящее время эти понятия продолжают означать для врача сохранение патерналистского, ответственного подхода к лечению и отношение к пациенту как к больному человеку, которому требуется не “услуга”, а помощь.

*В статистике и учете* наркологических больных есть несколько проблемных моментов.

Как известно, в материалах по наркологической тематике очень часто идет речь о так называемой латентной заболеваемости. Для приблизительной оценки “масштабов бедствия” докладчики часто умножают зарегистрированное число больных наркоманией на некие произвольно выбранные коэффициенты – от 2 до 7.

Такой подход неверен по двум причинам.

Наркоманы со сформированной зависимостью от опиоидов и стажем свыше года рано или поздно обращаются за стационарной помощью. Причины вполне прозаические – необходимость уменьшить стремительно нарастающую дозу наркотика (желание “омолодиться”) или прекращения поставок наркотиков (арестован наркодилер).

Некоторые больные сами искренне хотят избавиться от наркотической зависимости. Переживать синдром отмены опиоидов лучше все-таки в стационаре с полноценным обезболиванием, детоксикацией, назначением седативно-снотворных средств и антидепрессантов. В результате подавляющее

большинство наркоманов с зависимостью от наркотиков опиоидного ряда попадают в поле зрения статистики, а следовательно их количество незначительно отличается от официальных данных.

Больные с зависимостью от других наркотиков (каннабиноидов, стимуляторов, кокаина), напротив, за медицинской помощью обращаются в исключительно редких случаях, и из поля зрения медицинского учета выпадают практически полностью. Получается, что, по данным российской статистики, среди наркоманов преобладают зависимые от опиоидов – 87,7%. И это при том, что по международной отчетности самыми часто употребляемыми наркотиками в мире являются каннабиноиды, следом идут амфетамины, кокаин, экстази и только потом – опиоиды. Для устранения статистического дисбаланса, российские данные требуют уточнения.

Далее, определенной проблемой является изменение в 2007–2008 гг. *структуры зависимости от опиоидов* за счет роста злоупотребления лекарственными средствами, которые продаются в аптеках и содержат кодеин – наркотический анальгетик, алколоид опия. При учете они попадают в графу опиоиды – так же, как и героин, и ацетилированный опий.

На настоящее время в России есть местности, отличающиеся образцово-показательной работой правоохранительных органов и ФСКН, где наркоманы с зависимостью от героина временами отсутствуют, а с зависимостью от опиоидов фиксируются за счет лиц, злоупотребляющих кодеин-содержащими средствами. Понятно, что при планировании профилактических мероприятий эти особенности статистики необходимо учитывать.

Следующей проблемой оказания помощи больным наркоманией является

ся *необходимость реформирования структуры* наркологической помощи.

Это требование времени продиктовано изменениями в законодательстве и в отношении к наркологическим больным.

В 1992 г. был принят закон об оказании психиатрической (в том числе и наркологической) помощи, где было указано, что лицо, страдающее психическим расстройством, может быть госпитализировано в психиатрический стационар без его согласия, если психическое расстройство является тяжелым и обуславливает: непосредственную опасность больного для себя или окружающих; беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности; существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи.

Из наркологических больных принудительной госпитализации подлежат только лица в остром психозе.

При обращении за лечением в добровольном порядке на бесплатной основе по месту жительства лиц, зависимых от наркотиков, осуществляется постановка на учет в наркологический диспансер, что ведет к ограничению их прав (например, на владение оружием, на управление автотранспортным средством, на работу по некоторым профессиям) в течение определенного периода времени.

В случае добровольного обращения за наркологической помощью на платной основе больные не поражаются ни в каких правах. В связи с этим довольно трудной практической задачей оказания медицинской помощи больным наркоманией является активное мотивирование к началу и продолжению лечения при очень неустойчивой собственной мотивации таких пациентов.

Для дальнейшего привлечения лиц с наркотической зависимостью к медицинской помощи обсуждается перепро-

филирование наркологических диспансеров в центры социально-психологической адаптации как первичного звена медико-психологической помощи уязвимым группам населения.

В задачи этих центров может входить оказание медицинской, психологической и юридической помощи сразу нескольким проблемным группам населения. Кроме больных наркоманиями, это лица, побывавшие в чрезвычайных ситуациях, подвергшиеся насилию, освобожденные из мест лишения свободы, вынужденные переселенцы.

На базе центров социально-психологической адаптации может быть организован весь цикл лечебно-реабилитационного процесса с широким внедрением доказавших свою эффективность технологий профилактики – первичной, вторичной и третичной.

**Р**еорганизация структуры наркологической помощи подразумевает и усиление целевой государственной поддержки *научных исследований*, направленных на разработку системных правовых, организационных и методических аспектов программ первичной профилактики для групп риска и программ лечения, вторичной и третичной профилактики для уже больных наркоманией.

Медицинские научные исследования в области наркологии в настоящее время проводятся во многих городах России на кафедрах психиатрии и наркологии медицинских университетов и институтов, в Научном центре наркологии в Москве, а также во многих учреждениях практического здравоохранения. Они финансируются при помощи недавно разработанной и внедренной системы государственных заказов и грантов различных фондов.

Представляется полезным, чтобы задачи наркологии как науки были больше интегрированы в масштабные многоаспектные государственные программы с целевым финансированием.

Что касается оказания *стационарной наркологической помощи*, то наиболее актуальной проблемой является недостаточная оснащенность медицинским оборудованием отдельных лечебных учреждений в малых городах и сельской местности, где не хватает реанимационной, лабораторной аппаратуры, медтехники для экстракорпоральной детоксикации. В областях с достаточным финансированием здравоохранения этих проблем нет, так же, как нет и дефицита лекарственных средств.

Качество оказания наркологической помощи в последнее время находится, в основном, на хорошем современном уровне, вызывает существенно меньше нареканий. Купирование острых состояний – наркотической абстиненции, постабстинетных расстройств – в стационаре осуществляют максимально эффективным и щадящим для больного образом.

Этому есть простое объяснение.

В условиях большого количества профильных лечебных учреждений различных форм собственности стремительно растет конкуренция между врачами. Следовательно, каждый из них для привлечения пациентов и сохранения своего рабочего места заинтересован в оказании насколько возможно качественной медицинской помощи.

Этому способствует и постоянное повышение квалификации на сертификационных циклах, многочисленных конференциях, конгрессах, семинарах, куда открыт доступ всем желающим.

Определенной проблемой стационарного лечения может быть повсеместное сокращение длительности госпитализации при наркоманиях – приблизительно до двух недель (с 17,2 в

2000 г. до 15,1 дня в 2007 г. – на 13,6%). С уменьшением длительности пребывания в стационаре связан рост повторных госпитализаций: в течение года практически каждый третий больной наркоманией (30,3%) неоднократно поступает в стационар. Но обусловлено это не качеством стационарного лечения, а другими факторами. При отсутствии активных реабилитационных мероприятий и трудотерапии длительный срок госпитализации вряд ли целесообразен, основные госпитальные задачи за это время удается решить.

Одним из важнейших аспектов лечебного процесса является достижение комплайенса\*.

Осознанное сотрудничество с больным наркоманией – трудная задача по вполне объективным причинам, а именно, из-за присущих этой категории пациентов негативизма, эгоцентризма, асоциальных или антисоциальных установок, недоверия к тем, кто оказывает помощь, а иногда и резко отрицательного отношения к ним. Тем не менее, без достижения необходимого уровня комплайенса качественное проведение медико-реабилитационных мероприятий невозможно.

Следующая широко обсуждаемая проблема лечения больных наркоманиями – необходимость *усиления реабилитационного звена*.

Понятно, что реабилитация в этой области коренным образом отличается от целенаправленных мероприятий с тем же названием, осуществляемых в других отраслях медицины. Реабилитация в наркологии – это сложная комплексная задача не столько по восста-

---

\* *Комплайенс* – это осознанное сотрудничество между врачом, больным и членами его семьи, своеобразный “терапевтический инструмент”, который обеспечивает заинтересованность пациента в процессе лечения и способствует выполнению врачебных рекомендаций.

новлению, сколько по формированию наново биологического, психического и социального функционирования пациента вне фактора хронической наркотической интоксикации и по иной, чем ранее, социально-приемлемой модели поведения.

Планируется законодательное закрепление роли и места медико-социальной реабилитации как основного звена лечебно-реабилитационного процесса.

Мировой практикой доказано, что оказание даже самой высококвалифицированной помощи, ограниченной только медицинскими рамками, явно недостаточно для достижения полноценной длительной ремиссии у пациентов с наркотической зависимостью.

После 2–3-недельного стационарного курса лечения (которое чаще всего и проводится), согласно данным общемировой статистики, ремиссии длительностью свыше года встречаются не чаще 10% случаев, примерно в 60–65% случаев возврат к употреблению наркотиков происходит на протяжении первых 6 мес. после курса лечения, и примерно в четверти случаев течение наркомании может быть безремиссионным.

**В** настоящее время в России развивается как новая медицинская отрасль – *реабилитология*, так и другие виды реабилитации, не связанные непосредственно с медициной.

Реабилитология предполагает длительную программу медицинской помощи больному в стационарных и амбулаторных условиях, проведение долгосрочной психофармакотерапии и психотерапии.

*Психофармакология* ставит перед собой задачу подавить или снизить интенсивность патологического влечения к наркотикам, которое существует длительно и периодически обостряется;

стабилизировать аффективное состояние, купировать диссомнические расстройства, скорректировать психопатоподобное поведение, психоорганический синдрома.

Из *психотерапевтических приемов* в наркологической практике наиболее адекватными современным требованиям признаются гуманистические и психодинамические направления: когнитивно-поведенческая терапия, семейная терапия, нейролингвистическое программирование, трансактный анализ, гештальт-терапия.

Задачами психотерапии являются коррекция социально-психологического статуса пациента вне употребления психоактивных веществ (ПАВ), расширение сфер его жизнедеятельности, выработка адаптивных социально-приемлемых навыков поведения, и как итог – интеграция или реинтеграция индивидуума в нормативный социум. Для больных наркоманией однозначно не показаны суггестивное воздействие (из-за отсутствия внушаемости), использование в психотерапевтической работе эмоций негативного спектра – страха, униженности, подчиненности, а также репрессивных мер, которые могут быстро вызывать реакцию протеста вплоть до бунта и ятрогенно-спровоцированных агрессивных действий.

Из немедицинских моделей реабилитации на территории страны в течение нескольких лет работают и хорошо себя зарекомендовали модифицированная Миннесотская модель групповой 12-шаговой программы (“*Анонимные наркоманы*”), модель терапевтического сообщества (по типу польских “*Монаров*”) и религиозные реабилитационные программы, организованные различными конфессиями (Русская Православная Церковь, католицизм, протестантизм, ислам, буддизм). Главным

действующим фактором является специально созданная и строго поддерживаемая реабилитационная среда с четкими поведенческими нормами в сочетании со стабильной трудовой деятельностью.

После реабилитационных программ длительностью от 6 до 24 мес. длительных ремиссий достигают от 50 до 70% больных. Катамнестическое наблюдение длительностью 2–3 года показывают, что реабилитанты не употребляют наркотики и иные психоактивные вещества.

**О**тносительно новую проблему представляет разработка единых критериев оценки эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий с позиций доказательной медицины. Ранее привычным критерием оценки деятельности наркологических учреждений считалось общее число пролеченных больных, а также число и процент больных, достигших полной трезвости на протяжении полугода или года. Однако сама по себе длительная ремиссия бывает вынужденной, например, в местах лишения свободы. Человек может и по каким-то иным причинам не употреблять ПАВ, но у него отмечают различные психические расстройства пограничного уровня, депрессию, нарушение сна, периодические обострения патологического влечения к наркотикам, суицидальные тенденции или же склонность к иждивенческому, социальному образу жизни.

В настоящее время разрабатываются и будут утверждены новые стандарты оценки наркологической помощи с использованием таких критериев, как количественно оцениваемая по шкалам удовлетворенность больного лечением, самосохраняющийся стиль жизни, удержание в программах лечения, компенсация коморбидной патологии, повышение качества жизни, улучшение социального функционирования, частота

рискованного и криминального поведения.

В заключение остановимся вкратце на актуальных проблемах организации *обязательного (принудительного) лечения* наркологических больных, совершивших уголовно-наказуемые деяния.

Сейчас к ним применяют существенно более гибкий подход, чем ранее который планируется сделать еще более дифференцированным.

С 2003 г. обязательное лечение больным наркоманией, совершившим уголовно-наказуемые деяния, назначает не суд по решению судебно-наркологической экспертизы, а врачебная комиссия уголовно-исполнительного учреждения, в которое направлен осужденный для отбывания наказания. Она же принимает решение и о прекращении лечения.

Наркологические больные, приговоренные к длительным срокам лишения свободы, проходят принудительное лечение в специализированных отделениях, организованных в структуре уголовно-исполнительной системы.

Наличие ВИЧ-инфекции у заключенных наркоманов не является в настоящее время противопоказанием для проведения принудительного лечения, но требует внесения определенных корректив в стандартные схемы.

На условно осужденных также может быть возложена обязанность по прохождению курса лечения от наркомании. Такое лечение осуществляют в достаточно мягких условиях – в учреждении здравоохранения и амбулаторно. Если обязанность по лечению не исполняется, то условное осуждение отменяет суд, и в силу вступает наказание в соответствии с приговором.

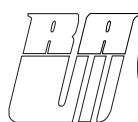
В настоящее время к активно обсуждаемым вопросам относится и введение альтернативных форм недобровольного лечения больных наркоманией. Они будут предусмотрены, как и в большинстве стран, где эта система уже функционирует, для лиц с синдромом зависимос-

ти от ПАВ, совершивших асоциальные поступки и административные правонарушения, но не нарушивших уголовный кодекс. Перед такими больными судом

будет поставлен выбор: прохождение реабилитационной программы или отбывание срока наказания в пенитенциарном учреждении.

Таким образом, на настоящем этапе перед российской наркологией стоят разнообразные задачи и главная из них – соответствовать требованиям времени и меняться в зависимости от запросов общества.

При планировании медико-реабилитационных мероприятий необходимо помнить, что в обширной системе мер противодействия нелегальному обороту наркотиков и профилактики наркоманий, наркологическая помощь – лишь небольшое, но очень важное и незаменимое звено.



**ОБОЗРЕВАТЕЛЬ** <http://www.rau.su>  
**OBSERVER** E-mail: [observer@nasled.ru](mailto:observer@nasled.ru)

*На сайте Вы найдете информацию о печатных и электронных изданиях ООО «РАУ-Университет»:*

- журнал «Обозреватель–Observer» (1992–2009 гг.);
- «Современная политическая история России» – «Хроника» (1985–2009 гг.) на CD-диске;
- электронная версия «РАУ-Пресс» (более 230 тыс. производителей товаров и услуг);
- книжное издание «Ратная слава Отечества» в 6 томах;
- информация и аналитика.