

Состояние наркологической службы в Российской Федерации и способы ее оптимизации

КЛИМЕНКО Т.В. д.м.н., профессор, рук. отделения судебно-психиатрических экспертиз при наркоманиях и алкоголизме, ФГУ «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского» Росздрав, профессор Российской правовой академии, Москва; 119991, Москва, Кропоткинский пер., 23; тел. (495) 637-52-62

Анализируется состояние наркологической помощи в Российской Федерации. Предложены пути выхода из существующего организационно-методического тупика.

Ключевые слова: наркомания, алкоголизм, наркологическая служба, эффективность лечения

Сегодня отечественная наркологическая службы и научная наркологическая школа переживают не самые лучшие времена. Сохраняется высокий уровень злоупотребления алкоголем и наркотическими средствами. На заседании Общественной палаты 21 апреля 2009 г. Директор Федеральной службы по контролю за оборотом наркотиков В.П.Иванов сообщил, что только наркопотребителей в стране насчитывается до 2,5 млн чел., из них 140 тыс. — это дети и подростки. Ежегодно в стране появляется 80 тыс. новых наркопотребителей. Эти цифры касаются только лиц, злоупотребляющих наркотиками и зависимых от них. Аналогичные данные по злоупотребляющим алкоголем пока никто не учитывал, но можно утверждать, что они будут значительно выше.

Отмечается снижение возраста первых проб психоактивных веществ (ПАВ). По данным Национального центра наркологии, 10,1% лиц, злоупотребляющих алкоголем и наркотиками, стали их употреблять в возрасте до 14 лет; а 33,7% — в возрасте 15—17 лет. Фиксируется высокий уровень потребления наркотиков среди молодежи: 25% школьников и 30—45% студентов вузов имеют опыт потребления различных ПАВ. 40% госпитализаций подростков в психиатрические больницы связаны с употреблением алкоголя или наркотиков. Отмечается рост смертности среди наркопотребителей. По данным В.П. Иванова, в Российской Федерации 82 больных наркоманией умирают ежедневно и 32 тыс. — ежегодно.

Совокупное число лиц, злоупотребляющих алкоголем и наркотиками, в настоящее время достигает уровня, представляющего реальную угрозу национальной безопасности страны, поскольку имеет прямое отношение к значимому снижению числа призывников на срочную военную службу, сокращению трудового потенциала страны, снижению рождаемости, увеличению общего уровня болезненности нации.

Неблагоприятная ситуация, связанная со злоупотреблением алкоголем и наркотиками в Российской Федерации, имеет много причин. До сих пор отсутствует национальная концепция преодоления социально значимых проблем злоупотребления алкоголем и наркотиками, в соответствии с которой должны быть организованы все формы профилактики наркотизма и алкоголизма. Все существующие программы и мероприятия в рамках первичной профилактики организуются, как правило, на уровне личных или местных инициатив и не являются государственной системой. В образовательных учреждениях нередко под видом профилактических внедряются программы скрытой пропаганды потребления алкоголя и наркотиков. Во многих территориях страны внедрены подготовленные в рамках проекта «Хоуп» рабочие тетради «14 полезных уроков» и «Полезные привычки», в которых наряду с необходимой и чрезвычайно полезной для правильного формирования ребенка информацией и навыками содержится информация, содержание и компоновка которой формируют у учащихся интерес к ПАВ и создают у них эмоционально и социально положительное отношение к их употреблению. При активном участии Управления ФСКН по Московской области эти тетради были изъяты из учебного процесса подмосковных школ, но до сих пор используются в работе школ других регионов страны. Через средства массовой информации последние годы продвигается терпимое или даже облегченное отношение к потреблению алкоголя и наркотиков, в результате чего сформировалась молодежная культура с высоким уровнем толерантности к алкоголю и наркотикам и их потребителям.

Помимо отсутствия организованной системы первичной профилактики злоупотребления алкоголем и наркотиками, российская наркологическая служба не справляется в полной мере с поставленными перед ней задачами в рамках вторичной и третичной профилактики. Это связано с тем, что созданная в 1974 г. в совершенно иной стране с другими социально-эко-

номическими и политическими условиями, в ситуации, когда практически единственной наркологической патологией был алкоголизм, наркологическая служба страны ни разу не подвергалась серьезной реорганизации. И дело не в том, что с момента ее создания прошло почти 30 лет. За это время в стране произошли принципиальные изменения:

- установились новые социальные и экономические отношения;
- образовалась сеть негосударственных наркологических учреждений;
- медицинские услуги стали оказываться на платной основе не только в негосударственных, но и в государственных медицинских учреждениях;
- созданы новые формы оказания помощи наркологическим больным — на принципах конфиденциальности и анонимности;
- появилась паритетная форма наркологической патологии — наркомании, которые требуют принципиально новых не только методических подходов, но и иных организационных форм оказания медицинской помощи.

Старая организационная калька в новых условиях не только не работает, но дает негативный результат. Все попытки реанимировать старую организационную систему изнутри путем внедрения новых методов терапии, новых технологий реабилитации, новых лекарственных средств к успеху не привели, поскольку не срабатывали внутри старой и изжившей себя организационной структуры.

Несмотря на достаточно благополучные данные государственной статистики, которая основана на обращаемости больных в государственные наркологические учреждения, реальная болезненность наркологическими заболеваниями гораздо выше. Такое значительное расхождение показателей государственной статистики и реальных данных связано, в первую очередь, с тем, что государственная статистика строится исключительно на данных, полученных по активной обращаемости наркологических больных только в государственные медицинские учреждения. Однако значительная, если не большая, часть наркологических больных обращается за медицинской помощью в негосударственные наркологические учреждения либо не обращается за медицинской помощью вообще. Эти лица при современном типе организации сбора информационно-анкетных данных для статистических целей в данные государственной статистики не попадают, что создает ее серьезные искажения.

Низкая обращаемость наркологических больных за медицинской помощью и связанный с этим высокий уровень скрытой наркологической патологии имеют много причин. Всем наркологическим больным свойственно нарушение нозогнозии («синдром отчуждения болезни»),

что является одним из основных симптомов любого наркологического заболевания. При этом у больных наблюдается отчуждение не только симптомов имеющегося у них наркологического заболевания и связанного с ними вреда, но и необходимости лечения этого заболевания (Демина М.В., 2005).

Не менее значимыми препятствиями на пути обращения наркологических больных за медицинской помощью является финансовая недоступность лечения, а также поражение в правах как неизбежное следствие наркологического учета. При этом складывается парадоксальная ситуация. При обращении за помощью в государственные наркологические учреждения больные лишаются права на вождение автотранспорта и права на ношение оружия, получают серьезные ограничения на профессию. Но если тот же самый больной за наркологической помощью обратится в негосударственное учреждение или вообще не обратится за лечением, то все его права сохраняются. Таким образом, получается, что лица с наркологическими заболеваниями «наказываются», с одной стороны, за то, что они обращаются за лечением, а с другой стороны, за то, что они обращаются за лечением в государственные учреждения. Это не может не привести к снижению обращаемости, в первую очередь, в наркологические диспансеры, что и наблюдается последние годы.

Не менее острой проблемой являются низкие показатели качества оказываемых наркологическим больным медицинских услуг. Государственная статистика свидетельствует об увеличении повторных госпитализаций в наркологические стационары — по данным НИЦ наркологии, до 5—6 госпитализаций за год. В большинстве случаев это связано с тем, что 80—85% больных включаются только в детоксикационный цикл медицинских услуг и не включаются в реабилитационные программы. При этом отсутствие развитой системы медико-социальной реабилитации является лишь одной из причин.

Актуальной остается отсутствие методологии организованной системной мотивации больных на лечение и на включение их в реабилитационные программы. Свою лепту вносит и чрезвычайно высокий уровень коммерциализации наркологической службы, как негосударственной, так и государственной, что приводит к тому, что мотивация наркологических больных на лечение в связи с минимальными материальными и трудовыми затратами ограничивается детоксикацией. После стационарного лечения на реабилитацию направляется только 5,0% больных. Результативность такого подхода очень скромная — только у 8,6% больных после лечения наблюдаются годовые ремиссии.

Поскольку в настоящее время отсутствует механизм, регулирующий число обращений за наркологической помощью и продолжительность лечения, в наркологических стационарах сложилась практика так называемых вращающихся дверей. Такая практика приводит к тому, что повторные госпитализации, ориентированные только на детоксикацию, истощают материальные ресурсы больниц и они не в состоянии ни финансово, ни методологически организовать отвечающие современным требованиям реабилитационные программы.

Не менее важным представляется вопрос об анонимности лечения наркологических больных. Создается парадоксальная ситуация. В одном кабинете больной лечится бесплатно, но под своей фамилией и поражается в правах, а в соседнем кабинете того же учреждения или в соседнем учреждении другой больной лечится на платной основе, но анонимно или конфиденциально. Он получает ту же медицинскую услугу, как правило, такого же качества, не исключено, что теми же врачами. Но он платит за эту услугу и поэтому лечится анонимно и в гражданских правах не поражается, сохраняет за собой все права на получение справок для вождения автомобиля, получения права на оружие и т.д. Получается, что он платит не за медицинскую услугу, а за сохранение своих гражданских прав. Возникает вопрос, чем «торгует» медицинское учреждение, медицинскими услугами или гражданскими правами. Получается, что анонимное и конфиденциальное лечение, предоставляемое на платной основе, нарушает гражданские права малообеспеченных граждан, которые не могут заплатить за свою анонимность.

Помимо такого весьма серьезного правового аспекта у анонимного лечения есть еще один не менее важный негативный аспект — оно стоит на пути персонифицированного учета на государственном уровне всех злоупотребляющих алкоголем и наркотиками и зависимых от них. Этот персонифицированный учет необходим для разработки адекватных стратегий профилактики наркоманий в конкретных территориях страны с учетом выявленных особенностей наркоситуации. А когда показатели государственной статистики с учетом латентности наркоманий не соответствуют реальной ситуации, определять адекватные объемы и формы профилактических мероприятий невозможно. Если законодательно исключить все поражающие в правах последствия учета наркологических больных в государственных учреждениях, тогда и принцип анонимности потеряет свою актуальность. Так сделано в отношении ВИЧ-инфицированных, учет которых полностью персонифицирован, но никто не говорит о нарушении прав этих больных, по-

скольку этот учет не влечет для больного никаких негативных социальных и правовых последствий.

Острота и социальная значимость ситуации, связанной со злоупотреблением алкоголем и наркотиками в Российской Федерации, требует принятия комплекса решений, направленных на преодоление этой серьезной проблемы. В первую очередь, необходимо принятие государственной концепции преодоления социально значимых проблем злоупотребления наркотиками с обязательным формированием законодательной базы, регулирующей все формы профилактики алкоголизма и наркоманий и рынок наркологических услуг. В соответствии с установленными федеральными законами правилами должно быть разработано ведомственное нормативно-правовое обеспечение с реорганизацией наркологической службы в соответствии с современными условиями и требованиями. Только в этом случае возможно организовать все звенья системной профилактики (первичной, вторичной, третичной) на федеральном, региональном и муниципальном уровнях.

В настоящее время в Государственном антинаркотическом комитете рассматривается Концепция государственной политики в сфере оборота наркотических средств, психотропных веществ и в области противодействия их незаконному обороту в Российской Федерации до 2014 г. Уже подготовлена Концепция алкогольной политики, в соответствии с которой предполагается регулировать рынок алкоголя и организовать все формы профилактики в отношении злоупотребления алкоголем и формирования алкогольной зависимости. При обсуждении этих Концепций на всех уровнях одним из основных вопросов является вопрос идеологии всех форм профилактики, которые должны быть направлены на санацию социальной среды от наркотиков и предотвращение злоупотребления наркотиками и алкоголем или могут ограничиться более скромными достижениями в соответствии с идеологией снижения вреда. Сторонники более скромных задач ссылаются на то, что наркологические заболевания относятся к разряду неизлечимых, о чем было заявлено в «Концепции реабилитации лиц, страдающих наркологическими заболеваниями, в учреждениях здравоохранения» (2000 г.), поэтому цели, связанные с полным отказом от употребления алкоголя и наркотиков, являются утопическими. Постановка вопроса в данном ракурсе не выдерживает никаких моральных и этических требований, в соответствии с которыми должна строиться вся система оказания медицинской помощи. Есть очень много заболеваний, которые являются неизлечимыми, однако никогда при организации медицинской помощи этим больным и при проведении научных исследований в этом направлении тезис о неизлечимости не выделяется в качестве идеологического. Более того, клиническая практи-

ка показывает, что есть больные алкоголизмом и наркоманией, которые прекратили употребление алкоголя и наркотиков и не употребляют их уже много лет.

Не менее веским аргументом противников идеологии полного отказа от употребления алкоголя и наркотиков является распространенность программ снижения вреда и программ заместительной терапии более чем в 60 странах мира. Не принижая значения и результативности программ снижения вреда, необходимо все-таки подчеркнуть, что во всех странах, где они функционируют, они являются лишь частью масштабной системы профилактики и направлены только на проблемных лиц. В целом же общепрофилактические программы направлены на формирование в населении комфортного психического и социального функционирования без употребления психоактивных веществ. То же самое можно сказать и об обсуждаемой в настоящее время возможности введения в Российской Федерации программ заместительной терапии. Во всех странах, где они функционируют, они также являются лишь малой частью системы лечебно-реабилитационных учреждений, большинство из которых работает в идеологии полного отказа от употребления алкоголя и наркотиков. Таким образом, в Российской Федерации обсуждение вопроса о внедрении программ заместительной терапии и

о расширении программ снижения вреда возможно только после того, как будет организована на государственном уровне система первичной профилактики и система лечебно-реабилитационных учреждений, работающих по идеологии полного отказа от употребления ПАВ.

Масштабность злоупотребления алкоголем и наркотиками в Российской Федерации и связанные с этим негативные медицинские и социальные последствия требуют принятия срочных мер по организации всех форм профилактики. С учетом мультифакторности проблемы для их разработки и внедрения необходима содружественная деятельность специалистов всех заинтересованных ведомств. Однако основная нагрузка при этом должна ложиться на практикующих врачей наркологов, ученых и организаторов здравоохранения, занимающихся вопросами наркологии. Это связано с тем, что при формировании идеологических принципов, положенных в основу законодательных и нормативно-правовых актов, а также принципов организации всех форм профилактики должны ложиться не идеологические догмы и искаженные представления о реальной ситуации, а конкретные факты и достижения, оценить которые могут только специалисты, работающие с проблемными лицами.