

Место медицинских мероприятий в общей системе мер по противодействию злоупотреблению алкоголем в России*

ДМИТРИЕВА Т.Б.

д.м.н., проф., академик РАМН, директор ФГУ «ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского» Росздрава, Москва

ИГОНИН А.Л.

д.м.н., проф., руководитель Отдела судебно-психиатрических проблем наркоманий и алкоголизма ФГУ «ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского» Росздрава, Москва

Рассмотрены некоторые показатели распространенности алкоголизма и его последствий в России за несколько последних лет. Высказано суждение о возможностях медицины в деле смягчения проблем, связанных со злоупотреблением спиртными напитками. Сделана попытка оценки эффективности деятельности наркологической службы страны и путей ее совершенствования. Затронут вопрос о состоянии в России недобровольных медицинских мер, предпринимаемых по отношению к больным алкоголизмом.

В последние годы общественное внимание в России было сконцентрировано на проблеме наркоманий, тогда как алкоголизм ушел на второй план. Но при этом надо иметь в виду одно важное обстоятельство: несмотря на беспрецедентный рост распространенности наркоманий, число больных алкоголизмом в нашей стране все равно остается на порядок больше числа лиц, страдающих зависимостью от наркотиков. Соответственно, суммарные медико-социальные последствия алкоголизма являются несоизмеримо более тяжелыми, чем последствия наркоманий.

К началу 2006 г. в России было свыше 2 млн 300 тыс. зарегистрированных больных алкоголизмом и свыше 340 тыс. пациентов, страдающих наркоманиями**. Конечно, существует скрытая, неучтенная заболеваемость, но этот факт в равной степени касается как больных алкоголизмом, так и пациентов, зависимых от наркотиков. Считается, что указанные числа надо умножать в том и другом случае как минимум на 7 [4]. Исходя из этого коэффициента, можно предположить, что к 2006 г. в нашей стране было 15 млн больных алкоголизмом и 2 млн с лишним пациентов, зависимых от наркотиков.

При оценке остроты проблем, связанных со злоупотреблением спиртными напитками, необходимо учитывать кроме показателя распространенности алкоголизма показатель заболеваемости алкогольными психозами. Он позволяет наиболее точно судить об алкогольной ситуации в том или ином регионе. Если на число поставленных на учет больных алкоголизмом очень сильно влияют побочные факторы, например активность служб, выявляющих таких лиц, то число зарегистрированных пациентов, перенесших алкогольные психозы, обычно почти полностью отражает реальную наркологическую ситуацию на данной территории.

В последние 10 лет число больных алкоголизмом в России практически не меняется и сохраняется на одном, высоком, уровне. Но заболеваемость алкогольными психозами в течение этих же лет прогрессивно возрастала. Если в 1988 г. было выявлено лишь 5 новых случаев алкогольных психозов на 100 тыс. чел. населения, то к 2003 г. данный показатель вырос в 11 раз и достиг запредельной величины — 56. В последние 2 года наблюдается, правда,

стабилизация заболеваемости алкогольными психозами примерно на том же высоком уровне.

Те же тенденции характеризуют некоторые другие медицинские последствия алкоголизма. Речь идет о повышенной смертности среди мужчин, отравлениях алкогольными напитками и суррогатами, а также о показателях распространенности слабоумия, поражений печени, заболеваний сердечно-сосудистой системы и других видов патологий, обусловленных злоупотреблением алкоголем.

Ряд крайне неблагоприятных социальных явлений, наблюдающихся в России, также в значительной мере связан со злоупотреблением алкоголем. Имеются в виду сокращение продолжительности жизни мужчин, возрастание числа травм, несчастных случаев и дорожно-транспортных происшествий, а также увеличение распространенности суицидов, убийств и других тяжких противоправных действий. Наши города заполнили деградировавшие больные алкоголизмом, которые утратили имевшуюся у них недвижимость и стали бомжами.

Касаясь вопроса о причинах столь тяжелой ситуации в стране с алкоголизмом, следует в первую очередь сказать о наиболее очевидном обстоятельстве — чрезвычайно высоком потреблении алкоголя на душу населения. Но гораздо сложнее судить о том, почему у людей стала возникать повышенная потребность в спиртных напитках. По-видимому, алкоголь заполняет собой вакуум, возникающий вследствие духовного кризиса, поразившего в последние десятилетия (а может, и в течение более продолжительного периода времени) большую часть населения нашей страны. Освещение этой проблемы, однако, далеко выходит за рамки компетенции медиков.

Некоторые конкретные факторы, способствующие пьянству, требуют, тем не менее, упоминания. В первую очередь, беспрецедентная доступность спиртных напитков для населения нашей страны. Их может купить любой человек по самой низкой цене где угодно и когда угодно. Второе обстоятельство — низкое качество напитков, обилие алкогольных суррогатов. Многие наблюдаемые нами психические, соматические и неврологические расстройства обусловлены не только высокими дозами употребляемого эта-

* Данное сообщение является развернутым вариантом доклада, сделанного на Всероссийской конференции «Концепция алкогольной политики в России: проблемы эффективного государственного регулирования» (состоялась 18 мая 2006 г. в Москве).

** Кроме того, к началу 2006 г. в стране было около 16 тыс. лиц, страдающих токсикоманиями, т.е. зависимостью от веществ, не входящих в список наркотиков

нола, но и воздействием на организм человека содержащихся в алкогольных напитках токсических примесей.

У нас отсутствует авторитетное антиалкогольное общественное движение. Если бы оно было, изготовители массовой телевизионной продукции, например, хоть немного ограничивали бы себя в показе сцен употребления героями фильмов алкоголя. Сейчас такая мысль даже не может прийти им в голову.

Одной из важных причин широкого распространения тяжелых медико-социальных последствий злоупотребления спиртными напитками является недостаточный объем медицинской помощи, оказываемой в настоящее время больным алкоголизмом. В период антиалкогольной компании 1985—1989 гг., когда показатели выявленных больных алкоголизмом были так же высоки, как и сейчас, тем не менее, резко упала распространенность алкогольных психозов, а также смертность от травм, несчастных случаев и болезней органов кровообращения.

Это было во многом связано с большим объемом помощи, оказываемой в то время больным алкоголизмом. Проводилась активная политика диспансерного учета и наблюдения за пациентами данного профиля. Число коек, занятых наркологическими больными в системе Минздрава РФ, превышало нынешний показатель почти втрое (73 тыс. в 1990 г. и 29 тыс. в 2003 г.), а число наркологических диспансеров было больше примерно в полтора раза (316 в 1990 г. и 194 в 2003 г.). Больные, совершившие асоциальные действия, проходили принудительное лечение в лечебно-трудовых профилакториях Министерства внутренних дел. При этом следует отметить, что число мест в этих учреждениях было весьма значительным (примерно таким же, как и число коек в наркологических стационарах системы Минздрава РФ).

В конце 80-х — начале 90-х годов наркологи подверглись жесткой критике со стороны либерально настроенной общественности. Поскольку государственная власть полностью поддерживала в тот период времени либеральные веяния, критика быстро реализовывалась в виде организационных решений. Во властных структурах, не говоря уже о газетах, всерьез рассматривался вопрос о ликвидации наркологической службы как таковой и о роспуске работающих в ней сотрудников. Освободившиеся помещения предполагалось отдать структурам, работающим, с точки зрения критиков государственной системы помощи, более эффективно, например Обществу анонимных алкоголиков. Эти планы, однако, не были реализованы, и наркологическая служба в усеченном виде, но сохранилась.

В тот период велась активная кампания по защите прав психически больных. В поле зрения правозащитников попали и наркологические заболевания (они являются, как известно, разновидностью психических болезней). Из гуманитарных соображений от наркологов потребовали ликвидировать систему учета наркологических больных и активного наблюдения за ними, что и было сделано.

В настоящее время участковые наркологи работают только с теми пациентами, которые свободно обращаются к ним за помощью. От практики активного привлечения наркологических больных к лечению врачи отказались. В результате такого изменения модуса функционирования диспансеров интенсивность работы с больными резко снизилась. Если в конце 80-х годов на одного пациента приходилось свыше пяти посещений в год, то сейчас — около двух [1].

Особенно резко правозащитники критиковали принудительное лечение больных алкоголизмом, осуществляемое в системе МВД РФ. До 90-х годов, как известно, существова-

ли две формы недобровольных медицинских мер. Больные алкоголизмом и наркоманиями, не совершившие преступления, но ведущие асоциальный образ жизни и уклоняющиеся от предлагаемой им помощи, помещались на 1—2 года в упоминавшиеся выше лечебно-трудовые профилактории. Совершившие же преступление наркологические пациенты проходили принудительное лечение в учреждениях уголовно-исполнительной системы.

Претензии к службам, осуществлявшим недобровольные меры, состояли в том, что они отдавали предпочтение репрессивным, а не терапевтическим мероприятиям. Говорилось также о бездушном и даже жестоком отношении к наркологическим больным, проходившим принудительное лечение. Но при этом критики существовавшей в России системы недобровольного лечения вообще отвергают целесообразность применения по отношению к наркологическим больным такого рода мер [2, 5 и др.]. С их точки зрения, отказ наркологического пациента от приема психоактивного вещества может быть только его самостоятельным поступком, а вмешательство в эту сферу извне лишь препятствует достижению положительного результата. Между тем, побуждение некоторых больных к лечению, нажим на них с помощью тех или иных правовых актов уже давно доказали свою эффективность и широко применяются в так называемых демократических странах. Другое дело, что принудительное лечение надо проводить более цивилизованно и дифференцированно, чем это делалось, например, в лечебно-трудовых профилакториях.

В большинстве западных стран в наркологических центрах, полностью или частично финансируемых государством, обычно от одной трети до половины пациентов проходят так называемое обязательное лечение. Оно назначается судом, местной администрацией или полицией (более подробно на эту тему см. обзор [9]). Кстати, при такой ситуации отпадает необходимость в возложении на медицинских работников несвойственных им функций по принуждению пациентов к лечению (эта тема обсуждалась выше в данном сообщении).

Между тем в России недобровольные меры в отношении асоциальных, но не совершивших преступления наркологических больных были в 1993 г. законодательно отменены. Следствием этого стала ликвидация системы лечебно-трудовых профилакториев МВД РФ, о которой говорилось выше. Существовал перспективный замысел гуманизировать эти учреждения и перепрофилировать их в реабилитационные центры, сохранив недобровольный характер лечения для всех или для части больных. Однако заинтересованные ведомства не захотели или не сумели реализовать данный проект.

В 1992 г. в России был принят Закон «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», предусматривающий применение по отношению к психически больным недобровольных медицинских мер. А наркологические заболевания, в соответствии с МКБ-10 и другими современными классификациями, являются полными правовыми разновидностями психической патологии.

Поэтому в специальной литературе постоянно муссируется предложение о распространении данного закона на наркологических пациентов [8, 10 и др.]. Имеется в виду назначение принудительного лечения тем больным алкоголизмом и наркоманиями, у которых в момент обследования нет психотических состояний.

Закон «О психиатрической помощи» позволяет на недобровольной основе обследовать и госпитализировать больных, переносящих тяжелые психические расстройства.

ва, которые делают этих лиц опасными для себя и для окружающих. Но, как оказалось, в соответствии с данным законом принудительно лечить можно только наркологических больных с психозами или деменцией.

Если же речь идет о непсихотических состояниях, даже таких клинически выраженных и создающих опасность для самого пациента и окружающих его людей, как «истинные» запои при алкоголизме или абстинентные состояния при опийной наркомании, недобровольные меры применены быть не могут. Указанные состояния не относятся в соответствии с Законом «О психиатрической помощи» и многочисленными подзаконными актами к категории «тяжелых».

Под последними понимаются, во-первых, психотические расстройства с бредом, галлюцинациями, помрачением сознания и другой патологией, грубо искажающей понимание больными происходящего вокруг, и, во-вторых, состояния деменции. Указанной точки зрения придерживаются, например, такие ведущие специалисты, как И.Я. Гурович, В.П. Котов, В.А. Тихоненко, В.С. Ястребов — авторы «Комментария к законодательству РФ в области психиатрии» [3].

Таким образом, в соответствии с Законом «О психиатрической помощи» непсихотические расстройства наркологического генеза даже при асоциальном поведении пациентов не могут служить основанием для назначения принудительного лечения. Это станет возможным только в том случае, если будет принят отдельный законодательный акт, отражающий специфику применения недобровольных медицинских мер в отношении наркологических больных.

В 2003 г. резким изменениям подверглось принудительное лечение наркологических больных, совершивших преступление, в учреждениях уголовно-исполнительной системы Министерства юстиции РФ. Ранее в соответствии со ст. 97 УК РФ оно назначалось судом после проведения судебно-наркологической экспертизы. Суд принимал также решение о продолжении или прекращении лечения. Сейчас принудительная мера заменена на обязательную, причем все решения, касающиеся необходимости и длительности такого лечения в упрощенном порядке принимают врачи пенитенциарных учреждений. Произошедшие изменения выхолостили недобровольную меру и сделали ее формальной и неэффективной. В конечном итоге российское законодательство о принудительном и обязательном лечении наркологических больных стало одним из наиболее либеральных в мире (это при том, что проблема асоциального и противоправного поведения наркологических больных является в нашей стране как нигде острой).

Некоторые специалисты считают, что существует неотложная необходимость во введении в стране трех видов недобровольных мер [1, 11]:

- во-первых, это принудительная госпитализация наркологических больных на короткие сроки по экстренным показаниям;
- во-вторых, длительное, преимущественно амбулаторное, лечение больных на обязательной основе. В этих двух видах недобровольных мер особенно остро нуждаются молодые больные с грубыми нарушениями поведения;
- в-третьих, необходимо помещение пациентов, утративших социальные основы для нормального существования, в учреждения призренческого характера (в этом особенно нуждаются деградировавшие больные алкоголизмом пожилого возраста).

Следовало бы перенять существующий в ряде западных стран опыт так называемых альтернативных недоброволь-

ных мер. На необходимость введения таких мер обращают внимание службы Организации Объединенных Наций, координирующие деятельность по уменьшению потребления психоактивных веществ в мире. Больные алкоголизмом и наркоманиями, совершившие нетяжелые преступления (срок лишения свободы до 2 лет), вместо пенитенциарных учреждений могут направляться на лечение в специализированные или обычные наркологические центры. В случае нарушения режима трезвости пациенты возвращаются в учреждения уголовно-исполнительной системы.

В 90-х годах была резко сокращена финансовая поддержка наркологической службы со стороны государства. Отсутствовали необходимые средства на поддержание ее материальной базы и выплаты заработной платы врачам и персоналу. Именно в это время произошла презервная коммерциализация наркологической службы при отсутствии каких-либо серьезных позитивных сдвигов в качестве оказываемой помощи. Многие специалисты в этой области утратили традиции гуманизма, свойственные российской психиатрии и наркологии. Квалифицированная помощь стала оказываться только платежеспособным пациентам. Следует отметить, что в последние годы финансирование наркологической службы понемногу улучшается, что позволяет надеяться и на повышение доступности лечения, проводимого на бюджетной основе.

В 90-е годы наркологов критиковали за бюрократический стиль работы, отсутствие гибкости в выборе методик. Сейчас произошли большие изменения. Арсенал применяемых наркологами способов воздействия на пациентов пополнился множеством новых методик. Это было бы неплохим явлением, если бы среди них не преобладали полужнахарские приемы, не имеющие полноценной научной базы.

Всем известно, что сейчас в наркологии наблюдается бум предложений новых медикаментов и пищевых добавок. Данные средства могут давать небольшие позитивные эффекты с точки зрения улучшения физического и психического состояния больных, но мало влияют на решение проблемы алкоголизма в целом. Между тем, целитель, предлагающий то или иное средство, внушает больному или его родственникам, что только его метод способен излечить наркологического больного, обеспечить полный отказ пациента от приема психоактивных веществ. Ничем иным как дезинформацией, нарушением принятых деонтологических норм такой терапевтический подход назвать нельзя.

Аналогичной является ситуация с используемыми психотерапевтическими методиками. Под таинственными названиями предлагаются все новые приемы, позволяющие, по мнению их авторов, достичь излечения от алкоголизма. Однако при ближайшем рассмотрении оказывается, что это просто новые виды поверхностного суггестивного воздействия или манипулятивные техники, мало что дающие для решения основной задачи.

В то же время эффективные, но сложные и трудоемкие лечебные мероприятия осваиваются нашими специалистами с большим трудом. Речь идет о курсовом комплексном и поддерживающем медикаментозном лечении, групповой психотерапии, тренинговых и игровых методах.

Позитивное влияние на ситуацию с медицинской помощью наркологическим пациентам могло бы оказать внедрение рекомендованных Минздравмедпромом РФ стандартов лечения (протоколов ведения) больных. Такие документы были выпущены дважды: в 1998 и 2003 гг. [6, 7]. Стандарты могли бы устанавливать планку, ниже которой врач не может опускаться, проводя лечение своих пациентов.

В настоящее время стандарты лечения (протоколы ведения) больных мало влияют на реальную наркологическую практику. Некоторую роль играет то обстоятельство, что эти документы составлены, с нашей точки зрения, недостаточно продуманно. Например, имеющийся в стандартах набор медикаментов, которые должен использовать врач нарколог, очень широк, в то время как психотерапевтические методы в них представлены слабо.

Но главная проблема в этой области — недостаточная проработанность механизмов внедрения стандартов. Они должны быть увязаны со всеми сторонами деятельности наркологического учреждения и, в первую очередь, с финансированием тех или иных терапевтических программ. Следует, правда, отметить, что на некоторых территориях страны накоплен позитивный опыт использования стандартов лечения в наркологии.

Для части наркологических больных необходима реабилитация в виде длительного (до 1—2 лет) интенсивного социального воздействия с выработкой новых конструктивных навыков и форм поведения. В последние годы в стране открылось много реабилитационных центров, что само по себе является позитивным явлением. Но задача социального воздействия на пациентов в этих центрах, как правило, не решается. К тому же большинство реабилитационных центров функционирует на коммерческой основе, что делает их недоступными для семей с низкими доходами.

Как уже отмечалось выше, большие надежды возлагались на появившееся в 90-е годы в нашей стране Общество анонимных алкоголиков (АА), столь хорошо зарекомендовавшее себя в ряде западных стран. Однако движение АА внедряется в России с большим трудом. Вероятно, это связано с пока еще относительно небольшим у нас числом истинно верующих людей. Кроме того, менталитет русского человека непривычна характерная для протестантских общин идеология 12-шаговой программы. Как показывает опыт, наши пациенты плохо вовлекаются в длительные обсуждения с собратьями по вере своих духовных проблем. Более стабильно функционируют реабилитационные центры, создаваемые при традиционных для нашей страны религиозных организациях (в первую очередь при Русской Православной Церкви).

Таким образом, ситуация с алкоголизмом остается в России сложной. Но при этом наряду с общей социальной стабилизацией в нашей стране приостановился и рост основных показателей, характеризующих остроту данной проблемы. Такие тенденции вселяют в специалистов осторожный оптимизм.

Работа наркологической службы нуждается в более действенной поддержке со стороны государства. В то же время ее деятельность должна жестко контролироваться. Это относится, в особенности, к коммерции и применению недостаточно обоснованных в научном отношении терапевтиче-

ских методов. Необходимо ускорить внедрение стандартов лечения (протоколов ведения) наркологических больных.

Очередному пересмотру должна быть подвергнута система недобровольных медицинских мер, применяемых к наркологическим больным. Необходимо восстановить (возможно, в не столь жестких, как прежде, формах) обязательное лечение некоторых категорий пациентов, не совершивших преступлений. Реорганизации должна быть подвергнута система недобровольных мер, применяемых к лицам, осужденным за противоправные деяния (в тех случаях, если они обусловлены злоупотреблением психоактивными веществами). Следует вернуться к судебному рассмотрению дел, которые связаны с назначением принудительного лечения наркологическим больным, совершившим преступления. Недобровольные меры такого рода должны применяться в более гибких формах, о которых говорилось выше.

Список литературы

1. Гофман А.Г., Понизовский П.А. Состояние наркологической помощи в России в динамике с 1999 по 2003 гг. // Наркология. — 2005. — №1. — С. 30—35.
2. Зыков О.В. О негативных последствиях возврата к принудительному лечению больных наркоманиями // Вопросы наркологии. — 1998. — №1. — С. 72—74.
3. Комментарий к Законодательству РФ в области психиатрии. Комментарий к Закону РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» и УК РФ (в части, касающейся лиц с психическими расстройствами). — М.: Спарк, 2002. — 383 с.
4. Кошкина Е.А., Шамота А.З., Корчагина Г.А., Вышинский и др. Методы изучения распространенности потребления психоактивных веществ: Пособие для врачей-наркологов. — Оренбург: ИПЧ Агентство «Пресса», 1997. — 20 с.
5. Менделевич В.Д. Современная российская наркология: парадоксальность принципов и безупречность процедур // Наркология. — 2005. — №1. — С. 56—64.
6. Министерство здравоохранения РФ. Приказ от 28.04.1998 г. №140. Об утверждении стандартов (моделей протоколов) диагностики и лечения наркологических больных. — М., 1998. — 42 с. (С приложениями).
7. Министерство здравоохранения РФ. Приказ от 22.10.2003 г. №500. Об утверждении протокола больных «реабилитация больных наркоманий (50.3)». — М., 2003. — 134 с. (С приложениями).
8. Пелипас В.Е., Соломоницина И.О. Некоторые комментарии к Закону «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» с позиции применения Закона при оказании наркологической помощи // Вопросы наркологии. — 1996. — №1. — С. 31—40.
9. Пелипас В.Е., Соломоницина И.О., Цетлин М.Г. Принудительное и обязательное лечение больных наркологического профиля. Опыт и перспективы: Пособие для врачей. — М., 2005. — 52 с.
10. Цымбал Е.И. Правовое регулирование оказания наркологической помощи: проблемы и пути их решения. Ч. 2 // Наркология. — 2005. — №6. — С. 8—15.
11. Энтин Г.М. проблемы организации принудительной социальной и медицинской реабилитации больных хроническим алкоголизмом // Вопросы наркологии. — 1992. — №2. — С. 97—98.

PLACE OF MEDICAL ACTIONS IN GENERAL SYSTEM OF THE MEASURES ON STRUGGLE WITH ABUSE BY ALCOHOL IN RUSSIA

DMITRIEVA T.B.

Dr.med.sci., Professor, Academician RAMS,
Head of Serbsky National Research Center for Social and Forensic Psychiatry, Moscow

IGONIN A.L.

Dr.med.sci., Professor, Serbsky National Research Center for Social and Forensic Psychiatry, Moscow

Some factors of the alcoholism and its consequence in Russia for several last years are considered. The ways of the decision of this problem are discussed. It is made attempt to estimate the efficiency to activity of the drug service in our country and possibilities of its improvement. It is touched upon the problem about condition of non-voluntary treatment by persons abused in Russia.