

## Современные проблемы наркологии

ИВАНЕЦ Н.Н.

главный нарколог МЗ РФ, член-корр. РАМН, д.м.н., профессор, директор НИИ наркологии МЗ РФ, Москва

*В реферате отчетного доклада представлены основные медико-статистические показатели по проблемам заболеваемости населения РФ вследствие злоупотребления психоактивными веществами, медицинского обслуживания контингента больных и групп риска.*

*Освещены вопросы состояния наркологической помощи больным на конец 2000 г. Проанализированы перспективы дальнейшего развития реабилитационной наркологической службы и основные задачи фундаментально-прикладных исследований.*

### Масштабы проблемы по статистике болезненности и заболеваемости (конец 2000 г.): наркомании, токсикомании, алкоголизм

**Наркомании.** Характеризуя общий показатель болезненности необходимо указать, что число больных наркоманиями, состоящих под наблюдением на конец года, составило 269 093 чел., в т.ч. мужчин — 227 620, женщин — 41 473.

Число лиц, злоупотребляющих наркотическими средствами, состоящих под наблюдением на конец года, составило 125 873 чел., в т.ч. мужчин — 111 450, женщин — 14 423.

Суммарное количество — 394 966 чел., в т.ч. мужчин — 339 070, женщин — 55 896.

**Токсикомании.** Болезненность характеризуется следующими показателями: число больных токсикоманиями, состоящих под наблюдением на конец года, — 12 150 чел., в т.ч. мужчин — 11 116, женщин — 1034.

Число лиц, злоупотребляющих ненаркотическими средствами, состоящих под наблюдением на конец года, — 18 664 чел., в т.ч. мужчин — 16 454, женщин — 2 210.

Таким образом, суммарное количество составляет 30 814 чел., из которых мужчин — 27 570, женщин — 3 244.

**Алкоголизм.** Показатели болезненности более чем на порядок выше, а именно: число больных алкоголизмом и алкогольными психозами, состоящих под наблюдением на конец года, — 2 190 854 чел., в т.ч. мужчин — 1 849 608, женщин — 341 246.

Число больных алкогольными психозами, состоящих под наблюдением на конец года, составило 103 477 чел.

Число лиц, злоупотребляющих алкоголем, состоящих под наблюдением на конец года, — 405 110 чел., в т.ч. мужчин — 359 171, женщин — 45 939.

Суммарное количество — 2 595 964 чел., в т.ч. мужчин — 2 208 599, женщин — 387 365.

Число больных и злоупотребляющих с диагнозами наркомания, токсикомания, алкоголизм, состоящих под наблюдением на конец 2000 г., составляет 3 021 744 чел., из них мужчин — 2 575 239, женщин — 446 505.

### Состояние наркологической службы органов здравоохранения Российской Федерации

Состояние наркологической службы органов здравоохранения Российской Федерации определяется численными показателями занятых специалистов, действующих подразделений (отделений) и койко-мест, а также показателями эффективности работы. На конец 2000 г. численность врачей-наркологов составляла 4,65 тыс. чел. (занятых должностей — 7,1 тыс.) на 203 наркологических диспансера.

Более 2 тыс. наркологических кабинетов действовало в районных (сельских), ведомственных больницах и поли-

клиниках. В структуре диспансеров насчитывалось более 250 подростковых кабинетов, более 50 хозрасчетных кабинетов, около 180 кабинетов анонимного лечения, около 90 кабинетов профилактической работы. Всего 29 тыс. наркологических коек. Кроме того, в структуре диспансеров имелось 162 стационара на 16 тыс. коек. Функционируют 11 крупных специализированных наркологических больниц (две из них в Москве, также в Калининграде, Калуге, Курске, Краснодаре, Екатеринбурге, Н. Новгороде, Саратове, Ярославле). Функционируют клиники научно-исследовательских и учебных медицинских институтов (в т.ч. Институт наркологии в Москве).

За год в наркологических стационарах получает помощь около 600 тыс. больных, из них около 100 тыс. — больные наркоманией. Кроме того, надо отметить, что около 25% больных наркоманией обычно поступает в течение года на повторное лечение.

Учитывая, что средняя длительность пребывания больного на койке составляет около 20 дней, в т.ч. больного наркоманией около 15 дней (норматив на 2001 г. — 17,5 дня), запланированная на 2001 г. стоимость одного койко-дня госпитализации следующая: клинический уровень — 0,966 от среднего базового норматива, стоимость койко-дня — 231,2 руб.; городской уровень — 0,879; ЦРБ — 0,546 (“дешевле” только во фтизиатрии).

**Реабилитационные структуры.** В соответствии с Приказом Минздрава № 76 от 18.08.97., реабилитационные стационарные структуры на конец 2001 г. функционировали в 35 регионах (из 89), что обеспечивало около 1000 коек для больных. В 2000 г. в Москве открыт Федеральный реабилитационный наркологический центр, создаются еще 5 базовых межрегиональных (федеральных, окружных) реабилитационных центров.

### Развитие наркологической службы за последние 10 лет

Министерство здравоохранения Российской Федерации осознает всю остроту и тяжесть проблемы наркомании, непосредственно угрожающей здоровью населения страны, ее экономическому, трудовому, культурному, военному потенциалу, правопорядку в ней, а в целом — общественному благосостоянию и национальной безопасности. В связи с этим Минздрав видит свою главную задачу в развитии отвечающей реальным потребностям общества специализированной наркологической службы, оказывающей медицинскую, психолого-психотерапевтическую, медико-социальную (реабилитационную) помощь лицам, вовлеченным в злоупотребление наркотическими средствами и другими психоактивными веществами (ПАВ).

Первым шагом в этой работе было создание в начале 90-х годов сети структур (специальных отделений, палат) неотложной наркологической помощи лицам с острой интоксикацией ПАВ, больным, находящимся в тяжелом абстинентном состоянии, вызванном отменой наркотиков. Сегодня повсеместно внедрены методы эффективной детоксикации в короткие сроки.

Еще одним целевым организационным действием Минздрава стало разворачивание во всех регионах специализированных химико-токсикологических лабораторий, позволяющих определять наличие в биологических средах организма (кровь, моча и др.) наркотиков и других ПАВ. Созданы федеральный и региональные учебно-методические центры по подготовке специалистов в области аналитической токсикологии.

Следующим приоритетным направлением явилось формирование системы помощи наиболее поражаемому нарко- и токсикоманиями контингенту — детям и подросткам, для обеспечения высокого качества работы с которыми были введены должности заместителей главных наркологов регионов по детско-подростковой наркологии. Во всех регионах открыты специальные отделения и палаты. Пересмотрена система подготовки врачей всех профилей по вопросам приобщения к ПАВ детей и подростков. Подростковая служба сотрудничает с детскими поликлиниками, подростковыми кабинетами районных ЛПУ. Социальные работники диспансеров налаживают доверительный контакт с подростками непосредственно “на улице”, в семье, взаимодействуют со службами милиции, социальной помощи, судами, местной администрацией.

Лечение наркомании в настоящее время организуется на основе разработанных учеными “Стандартов диагностики и лечения наркологических больных”, а также клинико-терапевтических методических рекомендаций и пособий, руководств по применению современных фармакотерапевтических средств, психо- и социотерапевтических подходов (в рамках комплексной поэтапной, максимально индивидуализированной терапии).

Особое внимание Минздрав России уделяет системе реабилитационной помощи больным наркоманией. С целью организации реабилитационных центров (отделений) Минздрав России в 1997 г. ввел их в номенклатуру учреждений здравоохранения, утвердил положение, штаты этих структур и обязал руководителей органов управления здравоохранением регионов приступить к их созданию.

Сегодня фактически в 35 регионах развернуто около 1000 бюджетных реабилитационных коек, ориентированных в подавляющем большинстве на 1,5—2-месячное пребывание больного на койке. В 40 регионах открытие реабилитационных центров (отделений, палат) запланировано до конца 2002 г. В большинстве территорий несомненный дефицит реабилитационного звена наркологической помощи обуславливается отсутствием необходимых финансовых средств и материальной базы.

#### **Нормативно-правовая база в наркологии**

В настоящее время Минздрав России активно работает над совершенствованием законодательной и нормативно-правовой базы в наркологии. В соответствии с распоряжением президента Российской Федерации и по поручению правительства Российской Федерации Минздрав совместно с другими заинтересованными министерствами и ведомствами разрабатывает проект Федерального закона “О противодействии распространению наркомании

в Российской Федерации”, призванного регулировать правоотношения, связанные с антинаркотической пропагандой, профилактикой наркомании, выявлением, лечением (в том числе принудительным) и социально-медицинской реабилитацией больных наркоманией.

#### **Научное сопровождение работы наркологической службы**

В настоящее время научно-исследовательские работы координируются в рамках отраслевой программы “Разработка эффективных методов и средств профилактики, диагностики и лечения наркологических заболеваний на основе медико-биологических, клинических и медико-социальных исследований” на 2001—2005 гг. Принята и Федеральная целевая программа “Комплексные меры противодействия злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту на 2002—2004 гг.” Основные направления НИР следующие:

#### *Медико-биологическое направление*

Основными задачами являются: изучение биологических механизмов зависимости и предрасположенности к ПАВ, маркеров предрасположенности и выявление групп риска в населении.

#### *Терапевтическое направление*

Разработка новых и совершенствование существующих комплексных лечебно-реабилитационных программ, главным звеном которых является медикаментозная составляющая. В медикаментозной терапии применяют:

- 1) средства, направленные на быстрое купирование абстинентного синдрома;
- 2) средства, снижающие интенсивность патологического влечения к ПАВ;
- 3) средства для предупреждения ранних рецидивов и достижения стабильных, длительных ремиссий.

Ниже приводится основной перечень эффективных средств, применяемых в наркологии.

*Ксефокам (Лорноксикам)* относится к фармакологической группе нестероидных противовоспалительных препаратов класса оксикамов, эффективно применяется при опийной наркомании.

В НИИ наркологии МЗ РФ изучалось влияние препарата на болевую симптоматику при опийном абстинентном синдроме (АС) в сравнении с трамалом. Общепринятые дозы и схема лечения следующие: ксефокам назначается с первого дня развития опийного АС в среднесуточной дозе 16 мг, в более тяжелых случаях доза увеличивается до 24 мг. В первые 4—5 дней препарат назначался в инъекциях по 2 мл 2—3 раза в сутки.

В дальнейшем внутрь в дозе 16 мг (1 табл. 2 раза в сутки) до полного купирования болевого синдрома. Длительность лечения 5—7 дней. В результате клинических испытаний подтвердилось, что ксефокам обладает высокой обезболивающей активностью, что позволяет рекомендовать включение его в комплексные терапевтические программы при лечении опийного АС.

*Ивадал (Золтидем)* относится к фармакологической группе небензодиазепиновых “гипнотиков” короткого действия (1—5 ч), класс имидазопиридинов.

Применяется при лечении больных алкоголизмом и героиновой наркоманией, для купирования расстройств

сна и АС. В НИИ наркологии МЗ РФ оценивалась возможность формирования лекарственной зависимости в сравнении с реланиумом, разработаны следующие нормативы доз и схема лечения: препарат назначается всем больным с первого дня развития АС в среднесуточной дозе 10 мг (1 табл. на ночь), длительность лечения 14 дней.

В клинических испытаниях НИИ наркологии МЗ РФ показано, что ивадал обладает выраженным гипнотическим эффектом, хорошо сочетается с другими психотропными препаратами. Отсутствие у препарата миорелаксирующего и седативного эффектов позволяет применять его в стационарных и амбулаторных условиях лечения болезней зависимости.

*Реланиум* относится к фармакологической группе анксиолитиков бензодиазепиновой структуры.

В наркологической практике применяется при лечении больных алкоголизмом и наркоманией, для купирования тревожных и диссомнических расстройств при синдроме отмены.

Дозы и схема лечения следующие: препарат назначается внутримышечно и внутрь в дозе до 30–40 мг, длительность лечения не превышает 7–10 дней.

Реланиум обладает выраженным анксиолитическим, седативным, миорелаксирующим и противосудорожным действием. Целесообразно его применение в стационарных условиях в комплексных терапевтических программах при лечении больных алкоголизмом и наркоманиями.

*Стресспант* относится к фармакологической группе природных транквилизаторов. Основными ингредиентами, ответственными за фармакологическую активность препарата, являются кава-лактоны.

Стресспант эффективно применялся при алкогольной зависимости. Изучалось влияние препарата на ПВА, тревожную симптоматику в рамках алкогольного абстинентного синдрома (ААС), в результате чего предложены следующие дозы и схема лечения: препарат назначается с первого дня развития ААС в среднесуточной дозе 150 мг (по 1 капс. 3 раза в день). Эффективен при монотерапии.

Обладает хорошим анксиолитическим и вегетостабилизирующими эффектами, достаточно быстро купирует патологическое влечение к алкоголю и аффективные расстройства в его структуре, умеренно действует на дисфорическую симптоматику.

*Клопиксол (Зуклопентиксол)* относится к фармакологической группе нейролептиков, производных тиоксантена.

В наркологической клинике применялся при лечении больных героиновой наркоманией. Изучалось влияние препарата на патологическое влечение к наркотику, психопатоподобную и аффективную симптоматику в постабстинентном состоянии в сравнении с галоперидолом, в результате чего предлагаются следующие дозы и схема лечения: клопиксол-акуфаз — начальная доза составляет 50 мг (1,0 мл внутримышечно); средняя доза — до 150 мг (3,0 мл внутримышечно). клопиксол (таблетированная форма): 75–100 мг на 3 раза; клопиксол-депо: 200–400 мг (1–2 мл).

Клопиксол быстро купирует психомоторное возбуждение, дезактуализирует патологическое влечение к наркотику, заметно снижает выраженность аффективной симптоматики; наиболее выраженное влияние оказывает на дисфорическую и психопатоподобную симптоматику, быстро купирует тревогу. Отсутствует затормаживающее влияние на психическую и двигательную активность; отмечается небольшая выраженность экстрапирамидных

расстройств. Рекомендован как для стационарного, так и для амбулаторного лечения.

*Рисполепт (Риспедирон)* относится к фармакологической группе атипичных антипсихотиков, производных бензизоксазола.

Применялся при лечении больных героиновой наркоманией. Изучалась эффективность препарата в отношении его влияния на патологическое влечение к наркотику, психопатоподобную и аффективную симптоматику, оценивалось его терапевтическое действие на формирование длительных и стабильных ремиссий, в результате чего предлагаются следующие дозы и схема лечения: препарат назначается в качестве единственного нейролептического средства в дозе от 0,002 до 0,006 г в сутки на 2–3 приема в течение дня.

Терапевтическое действие направлено на купирование патологического влечения к наркотику, психомоторного возбуждения, тревоги, дисфории, поведенческих нарушений. Рекомендуется включение рисполепта в комплексные терапевтические программы при лечении больных героиновой наркоманией. Длительное применение обеспечивает профилактику ранних рецидивов и формирование более длительных и стабильных ремиссий.

*Ципрамил (Циталопрам)* относится к фармакологической группе селективных ингибиторов обратного захвата серотонина, является представителем группы антидепрессантов со сбалансированным механизмом действия.

Применялся при лечении больных алкоголизмом, оценивалась эффективность препарата при терапии патологического влечения к алкоголю и аффективных (депрессивных) расстройств, связанных с алкогольной зависимостью. Терапевтическая доза составляет 20–40 мг в день.

В клинических испытаниях выявлена высокая эффективность ципрамила не только при терапии аффективных проявлений в структуре ААС и патологического влечения к алкоголю, но и при купировании патологического влечения с преобладанием поведенческого и идеаторного компонентов. Рекомендовано включение препарата в комплексные терапевтические программы при лечении больных с алкогольной зависимостью.

*Ремерон (Митразапин)* относится к фармакологической группе сбалансированных антидепрессантов, обладающих норадренергическим и специфическим серотонинергическим действием.

Применялся при лечении больных алкоголизмом. Оценивалась эффективность препарата при терапии патологического влечения к алкоголю и аффективных расстройств, связанных с алкогольной зависимостью.

Предложены следующие дозы и схема лечения: препарат назначается в таблетках по 30 мг 2 раза в день. Суточная доза — 30 мг.

Ремерон купирует патологическое влечение к алкоголю, оказывает антидепрессивное, анксиолитическое, гипнотическое и вегетостабилизирующее действие. Достаточно сбалансированы его седативный и стимулирующий эффекты. Рекомендовано включение ремерона в комплексные терапевтические программы как в условиях стационарного лечения, так и в амбулаторной практике.

*Антаксон (Налтрексона гидрохлорид)* относится к фармакологической группе активных конкурентных антагонистов опиатных рецепторов длительного действия.

Применялся при лечении больных алкоголизмом и опишной наркоманией. Проводилась оценка его влияния на патологическое влечение к алкоголю и наркотикам на различных этапах заболевания, в результате чего предложены следующие дозы и схема лечения: назначается в капсулах по 50 мг 1 раз в сутки. Недельная доза составляет 350 мг.

Антаксон влияет на патологическое влечение к алкоголю, при длительном применении увеличивается его терапевтическая эффективность. Применение антаксона при героиновой наркомании позволяет улучшить качество и длительность ремиссий. Рекомендовано его включение как достаточно эффективного и безопасного препарата в комплексные терапевтические программы наряду с использованием психофармакологического и психотерапевтического лечения.

*Налоксон (Налоксона гидрохлорид)* относится к фармакологической группе прямых антагонистов опиатных рецепторов короткого действия.

Применялся при лечении больных героиновой наркоманией и ее осложненных форм для купирования тяжелых и осложненных форм опиоидного АС.

Предложены следующие дозы и схема лечения: препарат применяется с первого дня развития опиоидного АС в комплексе: а) с обезболивающей и инфузионной терапией, б) с методом плазмафереза. Назначается в течение 2—4 дней подкожно в дозе 1,0 мл 0,4%-ного раствора.

Налоксон применяется в комплексном лечении опиоидного АС у больных героиновой наркоманией, особенно ее осложненных форм, что является перспективной и эффективной методикой.

*Инстенон* относится к фармакологической группе комбинированных препаратов с нейрометаболическим механизмом действия, который обусловлен входящими в его состав компонентами — гексобендина, этамивана и этофиллина.

Применялся при лечении больных алкоголизмом. Оценивалась ноотропная активность, его способность влиять на психопатологическую симптоматику и патологическое влечение к алкоголю на различных этапах заболевания.

Предлагаются следующие дозы и схема лечения: препарат назначается инфузионно капельно, по 2—4 мл 1 раз в сутки в течение первых 5—7 дней. В дальнейшем применяется в таблетированной форме в стандартной дозе — по 1 драже 3 раза в день.

При клинических испытаниях выявлена значительная ноотропная активность — препарат хорошо влияет на патологическое влечение к алкоголю и быстро купирует проявления астенического и астенодепрессивного симптомокомплекса в постабстинентном состоянии и в ремиссии. Активирующий эффект не выражен. Наиболее положительный терапевтический результат при применении инстенона наблюдается у больных переходной 2—3-й и 3-й стадии алкоголизма с явлениями алкогольной деградации и алкогольной энцефалопатии.

*Коаксил* относится к фармакологической группе антидепрессантов, механизм действия связан с обратным захватом серотонина.

Применяется при лечении больных алкоголизмом и героиновой наркоманией. Основное терапевтическое действие коаксила: выраженное купирующее действие на

патологическое влечение к ПАВ, антидепрессивное, вегетостабилизирующее. Нормализует поведение. Оценивалась эффективность препарата при наличии патологического влечения к ПАВ и аффективных расстройств.

Предложены следующие дозы и схема лечения: препарат назначается в таблетках по 12,5 мг 3—4 раза в день.

Рекомендовано включение коаксила в комплексные терапевтические программы как в стационаре, так и в амбулаторной практике.

#### ***Психотерапевтическая составляющая реабилитационных программ***

Современная психотерапия наркологических больных имеет отчетливую тенденцию к интеграции различных в научном и техническом плане направлений, объединению их в комплексные реабилитационные программы.

Большое значение имеет последовательность применения психотерапевтических методов в соответствии с клинической динамикой заболевания, что является отражением другого основополагающего принципа построения лечебных процедур в наркологии — динамического.

Результаты исследований, проведенных в НИИ наркологии МЗ РФ, согласуются с данными мировой литературы и показывают, что наибольшую лечебную эффективность в наркологической клинике обнаруживает сочетание приемов когнитивно-поведенческого, гуманистического и психодинамического методов психотерапии.

На основе этого положения разработана новая стратегия психотерапевтической курации наркологических больных.

*Когнитивно-поведенческая психотерапия* является главным элементом этой стратегии, особенно на стационарном этапе лечения больных. Данный метод реализуется путем создания в наркологическом отделении особой “психотерапевтической среды” — психологической атмосферы, оптимальной для проведения лечебно-реабилитационных мероприятий. Используется директивный стиль психологического воздействия с традиционными приемами рациональной и обучающей терапии.

*Бихевиористский (поведенческий) подход* особенно положительно зарекомендовал себя как инструмент удержания и дисциплинирования больного в терапевтическом процессе.

Определяя оба эти психотерапевтических подхода как базисные, следует указать на их существенные недостатки: они не в состоянии предложить решения индивидуальных проблем больных алкоголизмом и наркоманией и ограничены в возможности мотивирования больных к лечению, а также коррекции психических структур, блокирующих эту мотивацию.

Для поддержания трезвеннических установок недостаточно дать больному наркологические знания, смоделировать социально приемлемые формы поведения, заручиться поддержкой специалистов и близких людей. Необходимо придать больному импульс самоуправления и саморазвития. Данное обстоятельство диктует потребность включения в лечебный курс *личностно-ориентированной психотерапии*, среди различных форм которой наибольшую обоснованность имеет психодинамический метод.

Важным дополнением к описанной триаде служит *семейная психотерапия*. Она является наиболее эффективным методом выявления и коррекции известного феномена созависимости, характерного для семей наших боль-

ных. Наркологическое заболевание рассматривается при этом в контексте межличностных отношений в семье как в единой динамической системе.

Разработана “Концепция реабилитации наркологических больных в учреждениях здравоохранения”, где четко сформулированы понятия реабилитации в наркологии, ее цель и задачи, предложены принципы эффективной организации лечебно-реабилитационного процесса.

Сформулированные концептуальные представления о реабилитации в наркологии позволили разработать проект “Стандартов реабилитации наркологических больных” — нормативного документа, регламентирующего последовательность и содержание действий специалистов, участвующих в лечебно-реабилитационном процессе.

Разработаны базовая “Программа работы наркологических реабилитационных центров” и набор конкретных программ для различных специализированных структур.

Предложен ряд методических разработок по внедрению в наркологических учреждениях лечебно-реабилитационных программ, принципов и организационных элементов работы терапевтических сообществ.

Разработаны и приняты в качестве руководства к действию “Концепция реабилитации несовершеннолетних, злоупотребляющих ПАВ” (совместно с Минобразования России). Благодаря усилиям наркологической службы на местах в настоящее время в стране действует более 20 различных реабилитационных структур, существенно различающихся по принципам и формам их организации, численности и составу больных. Недавно созданный Федеральный научно-исследовательский наркологический реабилитационный центр призван стать координатором научно-методической и практической работы в сфере реабилитации наркологических больных. К новым комплексным заболеваниям в профилактике и лечении наркологических заболеваний относится “Программа взаимодействия наркологической службы и Русской Православной Церкви по вопросам социальной и духовной реабилитации”.

Особое внимание уделяется вопросам подготовки кадров для проведения лечебно-реабилитационной работы. Регулярно организуются циклы повышения квалификации врачей, психологов и социальных работников по различным ее аспектам, публикуются тематические методические рекомендации, пособия, научные статьи.

### *Профилактическое направление*

Проведенные научные исследования в области профилактики позволили разработать методологические основы первичной, вторичной и третичной профилактики наркоманий.

Сформулированы задачи профилактической деятельности, основные направления и организационные основы построения профилактических программ, разработана система технологий профилактики. В области первичной, вторичной и третичной профилактики выделены как медико-психологические (психотерапевтические), так социальные и педагогические технологии.

Медико-психологические технологии предусматривают систему действий специалистов, направленную на развитие адаптивной личности, способной эффективно развиваться, преодолевать жизненные трудности и проблемы.

Социальные и педагогические технологии связаны с грамотным представлением информации, созданием мотивации на здоровый образ жизни и, что особенно важно, формированием социально-поддерживающей системы.

На основе теоретических исследований разработаны профилактические программы для детей и подростков различных возрастов, для родителей, учителей, сверстников. Эти программы апробируются и внедряются в школах, медико-психологических центрах и вузах Москвы, в Самарской, Саратовской, Воронежской и других областях.

Наиболее полно представлены комплексные программы в Центре образования № 109 и школе № 102 Москвы, где в течение ряда лет определяется их эффективность.

Постоянно идет подготовка специалистов в области профилактики из числа врачей, психологов, педагогов, социальных работников, сотрудников инспекции по делам несовершеннолетних, волонтеров из молодежной среды: проведены системные семинары-тренинги в ряде регионов России (г. Жуковский, Поволжье, Самарская, Саратовская, Воронежская области); реализуется научно-практический модельный проект по созданию системы профилактики в малом городе (г. Сергиев-Посад).

Результаты научных исследований и практической работы в области профилактики отражены в ряде публикаций:

- монография “Профилактика наркоманий у подростков. От теории к практике” (авторы Н.А. Сирота, В.М. Ялтонский и др.);
- учебное пособие для студентов вузов “Наркотики: проблемы и их решение”;
- “Концептуальная программа первичной профилактики злоупотребления наркотиками и другими психоактивными веществами среди подростков и молодежи”;
- “Программа формирования здорового жизненного стиля”;
- пособие для врачей “Модель профилактики злоупотребления наркотиками и другими ПАВ среди детей и подростков в организованной и неорганизованной среде”.

### *Подростковая наркология*

Проблеме подростковой наркологии в настоящее время придается особое внимание.

Проведены исследования клиники и течения наркологических заболеваний у детей и подростков, разработаны психофармакологическая стратегия и дифференцированные методы психотерапии для этой группы больных.

Описаны новые формы наркологической патологии у несовершеннолетних с рекомендациями по их диагностике, лечению, профилактике.

Подготовлен ряд методических рекомендаций, пособий, сборников по раннему выявлению несовершеннолетних, употребляющих ПАВ: при проведении допризывной военно-врачебной экспертизы и профилактических медицинских осмотров.

Изучены криминальная активность и факторы риска развития безнадзорности у несовершеннолетних пациентов учреждений по оказанию наркологической помощи.

Разработаны методические рекомендации по определению групп риска по правонарушениям и безнадзорности у детей с аддиктивной патологией.

Разработан и внедрен ряд антинаркотических программ для несовершеннолетних в регионах Российской Федерации.

### Проблемы. Приоритеты на будущее

1. Одним из важнейших вопросов является подготовка квалифицированных кадров врачей психиатров-наркологов. Особое место отводится переоценке роли и места реаниматологов и психологов в терапевтических программах.

2. Необходимо совершенствование законодательной и нормативной базы в наркологии, в частности разрабатывается Федеральный закон “О противодействии распространению наркомании в Российской Федерации”.

Готовится приказ Минздрава России по штатным нормативам для наркологических учреждений, намечены пересмотр и обновление всей действующей документальной системы.

3. Актуальным вопросом является реформирование службы на основе разработанной концепции эффективной терапии и реабилитации в наркологии, которая должна явиться методологическим фундаментом процесса развития и совершенствования наркологической службы в Российской Федерации, оптимизации и перестройки ее организационных механизмов. При этом предполагается учитывать позитивный зарубежный опыт, подходы к организации специализированной службы, развиваемые в рамках так называемой социальной медицины и, преж-

де всего, социальной психиатрии. Планируется предложить новые организационные модели службы, учитывающие наличие дифференцированного контингента больных, приоритет реабилитационных программ, необходимость работы с семьями, ближайшим окружением.

4. Без фундаментально-прикладных исследований будущее наркологической службы малоперспективно, поэтому планируется дальнейшее развитие научно-исследовательской работы по приоритетным направлениям:

1) продолжение исследований, направленных на изучение предрасположенности к злоупотреблению ПАВ с выделением групп высокого риска;

2) совершенствование существующих и разработка новых методов и средств комплексного лечения и реабилитации больных с зависимостью от ПАВ;

3) в подростковой наркологии будет приоритетным изучение распространенности употребления ПАВ среди беспризорных и безнадзорных детей с целью разработки программ реабилитации для этого контингента; будет продолжена разработка новых методов лечения, реабилитации и профилактики наркологических заболеваний у детей и подростков и совершенствование организационных форм работы с ними;

4) в области профилактики предпочтение будет отдано исследованиям, направленным на установление социально-психологических факторов, способствующих началу употребления ПАВ, выделение групп социально-психологического риска и разработку программ работы с этим контингентом.

### PRESENT PROBLEMS OF ALCOHOL AND DRUG ADDICTION DISEASES

*Ivanetz N.N.*

*In article in form of the brief summary report is shown the situation with alcohol and drug addiction diseases in Russia to end 2000. The main directions and strategy of medical professional helpness (treatment and rehabilitation) and science fundamental-applied research are described.*