

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ВОПРОСЫ МЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ

Том XX

№ 4

2014

Москва-Павлодар

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Главный редактор профессор, доктор медицинских наук А.Л. Катков;
Главный редактор профессор, доктор медицинских наук В.В. Макаров;
профессор, доктор медицинских наук А.А. Аканов; доктор медицинских наук
С.А. Алтынбеков; Н.Е. Мирошниченко (ответственный секретарь); профес-
сор О.Т. Жузжанов; профессор Н.Т. Измаилова; кандидат психологических наук
Г.А. Макарова; доктор медицинских наук С.А. Нурмагамбетова; Л.Н. Марки-
на (редактор); доктор медицинских наук Ю.А. Россинский; А.К. Тастанова;
доктор медицинских наук А.Ю. Толстикова; кандидат медицинских наук
А.А. Кусаинов

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Доктор медицинских наук М. Асимов (Алматы); профессор Н.А. Бохан (Томск);
профессор М.Е. Бурно (Москва); академик, доктор медицинских наук, профессор
М.Х. Гонопольский (Хайфа); кандидат медицинских наук А.Т. Ескалиева (Павло-
дар); доктор медицинских наук, профессор В.Ю. Завьялов (Новосибирск); доктор
медицинских наук, профессор Н.А. Корнетов (Томск); доктор психологических
наук, профессор Р. Кочунас (Вильнюс); доктор медицинских наук, профессор
Г.М. Кудьярова (Алматы); доктор медицинских наук И.Е. Куприянова (Томск);
доктор медицинских наук, профессор Х. Пезешкиан (Висбаден); кандидат ме-
дицинских наук Л.А. Степанова (Томск); профессор, доктор медицинских наук
М.К. Телеуов (Астана)

Регистрационное свидетельство № 8864-Ж от 14.12.2007 г.
выдано Министерством культуры и информации
Республики Казахстан

Регистрационное свидетельство ПИ № 77-7054 от 10.01.2001 г. выдано
Министерством Российской Федерации по делам печати,
телерадиовещания и средств массовых коммуникаций

Журнал основан в 1995 году
Периодичность: ежеквартально

Адрес редакции: 140001, Казахстан, г. Павлодар, ул. Кутузова, 200
Телефон (факс): 8 (7182) 60-50-93
E-mail: neovitae@mail.ru

ВОПРОСЫ МЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ

СОДЕРЖАНИЕ

ПСИХИАТРИЯ

УЧРЕДИТЕЛИ:

Профессиональная
Психотерапевтическая
Лига

Àyüàííàà Ä.Ä., Íðèëóóèày Ì.Á.

Вторичное формирование алкогольной зависимости на фоне ядерной психопатии (описание клинического случая) 5-9

Æíëäñááêíàà Ä.Ò.

Анализ эффективности дифференциального диагноза астенических нарушений в клинике химических зависимостей 10-13

Æíëäñááêíàà Ä.Ò.

Клинико-психопатологический метод. К вопросу о его практическом применении 14-17

НАРКОЛОГИЯ

РГКП
«Республиканский
научно-практический
центр медико-
социальных проблем
наркомании»

Êñèíà Ì.Ø., Áàðàðíàà Í.Á., Êóááðèà Ë.Ò.

Эпидемиология алкоголизма в Республике Казахстан 18-23

Ñäáàðèñíàà Ä.Á.

Организация услуги «Дома на полпути» в г. Павлодаре для лиц, прошедших курс лечения от наркотической зависимости 23-28

Ïàðððèí Í.Ñ.

Сравнительный анализ уровня социальной дезадаптации и связанных с ним особенностей криминального поведения лиц с алкогольной и опийной зависимостями 29-32

Ïàððíàð- Ì.À., Àëäñàíàðíà Ä.À.

Оценка социо-экономической эффективности реализации программ заместительной метадоновой терапии наркотической зависимости на примере Гомельской области 33-80

Том XX
№ 4
2014 год

Ðàçð ìà 81-82

выходит
4 раза в год

*Áéáëíàðàðèy è æðíàëó «Áíððíñ ìáðàëüííé ìà-
äèèí è ýêèíàð» çà 2014 ãíä* 83-84

VOPROSY MENTAL'NOY MEDETSINY I ECOLOGII

CONTENT

PSYCHIATRY

FOUNDERS:

Professional Psychotherapeutic League

Ayaganova D.À., Prilutskaya Ì.V.
Re-formation of alcohol dependence on the background
of a nuclear psychopathy (case report) 5-9

Zholdasbekova À.Ò.
Analysis of the effectiveness of the differential
diagnosis of asthenic disorders clinic chemical
dependencies 10-13

Zholdasbekova À.Ò.
Clinico-psychopathological method. On the question of
its practical application 14-17

NARCOLOGY

Kisina Ì.Sh., Gafarova N.V., Kuderina L.Ò.
The epidemiology of alcoholism in Kazakhstan Republic 18-23

RPSE «Republican Research- and-Practical Center of Medical-Social Drug Addiction Problems»

Sadvàkasova G.À.
Organization of services «halfway house» in Pavlodar
for persons receiving treatment for drug addiction 23-28

Patyutko N.S.
Comparative analysis of the level of social exclusion and
related features of criminal behavior of persons with
alcohol and opiate dependence 29-32

Petrovich Ì.À., Alexandrov À.À.
Assessment of the socio-economic efficiency programs
of methadone substitution for drug dependence as an
example of the Gomel region 33-80

Summary 81-82

*Bibliography of the journal «Issues of mental medicine
and ecology» for 2014* 83-84

Volume XX
№ 4
2014

Published 4 times
in a year

УДК 616.89; 615.832.9; 615.851

ВТОРИЧНОЕ ФОРМИРОВАНИЕ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ НА ФОНЕ ЯДЕРНОЙ ПСИХОПАТИИ (описание клинического случая)

Д.Е. Аяганова

врач-психотерапевт отделения психотерапии и реабилитации РГКП «Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании», г. Павлодар (Казахстан)

М.В. Прилуцкая

врач-психотерапевт отделения психотерапии и реабилитации РГКП «Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании», г. Павлодар (Казахстан)

Введение

Īñèðîîàðèÿ – группа психических болезней, относящихся к так называемой малой или пограничной психиатрии, проявляющихся дисгармоничным складом личности, от которого страдают или сами больные, или общество. Чёткая грань между психопатией и вариантами «нормальных» характеров отсутствует. Отнесение психопатии к психическим заболеваниям условно, так как, в отличие от болезней, имеющих закономерное развитие (возникновение, течение, исход), психопатии стабильны, присущи человеку в течение всей жизни (хотя степень выраженности патологических черт характера может колебаться) и обычно не сопровождаются симптомами резких нарушений психической деятельности (бред, галлюцинации и др.) [8, 9].

Распространённость пьянства и алкоголизма у психопатических личностей достигает 40% (Дунаевский В.В., Стяжкин В.Д., 1991). Причины этого в том, что патологические черты характера, носителем которых является психопат, как правило, вызывают социальную дезадаптацию личности, создающую, в свою очередь, благоприятный фон для развития бытового пьянства, а затем и алкоголизма. Независимо от варианта психопатии и соответствующего набора аномальных личностных особенностей взаимоотношения психопата и его ближайшего окружения характеризуются напряжённостью, конфликтностью, неспособностью считаться с чужим мнением, социальной изолированностью [7]. Колебания настроения, сниженный самоконтроль, импульсивность, потребность в немедленном отреагировании и снятии напряжения, поиски лёгкого получения удовольствий делают понятной частоту злоупотребления алкоголем у психопатов. С другой стороны, предпосылками разви-

тия алкоголизма у них являются ослабление морального чувства, этическое снижение, общая незрелость, что выражается в эгоцентризме, эгоизме, неприятию существующих нравственных и правовых норм, безответственности и т.д. [1, 2, 5]. Алкоголизм у психопатов начинается обычно в молодом возрасте и, как правило, сразу принимает злокачественное течение. Пьянство очень скоро становится брутальным, быстро формируются психическая, а затем – физическая зависимость, абстинентный синдром. Развивающийся алкоголизм заостряет уже имеющиеся патологические черты характера, ускоряет и утяжеляет социальную декомпенсацию. Вследствие этого злоупотребляющий алкоголем психопат очень быстро теряет социальные связи: бросает учёбу, часто меняет места работы, оставляет семью, ведёт паразитический образ жизни. Снижение или потеря семейно-социального контроля в свою очередь отрицательно сказывается на динамике алкоголизма, обуславливая быстрое развитие признаков деградации личности [4, 5]. У психопатов очень часто отмечается преобладание измененных форм опьянения, что наряду с такими чертами, как эмоциональная черствость, грубость, жестокость, агрессивность, ведёт к совершению противоправных действий. Сочетание алкоголизма с психопатией прогностически весьма неблагоприятно. Лечение малоэффективно и при наличии у больных соответствующего желания. Неспособность за длительное время сохранять одну линию поведения, эмоциональная неустойчивость, импульсивность быстро приводят к рецидиву. Отсутствие стойких семейно-социальных связей делает подчас невозможным осуществление в отношении этих больных долгосрочных реабилитационных программ [3, 6].

Данные положения подкрепляет клинический случай пациента, страдающего одним из наиболее ярких вариантов психопатий – ядерной.

Êëèíè-âñêéé ñëó-àé

Ï àöèáí ò Ê., 49 ääð, поступил в клинику по направлению врача-нарколога с диагнозом: Алкогольной зависимостью.

При поступлении предъявлял жалобы на влечение к алкоголю, сопровождающееся перепадами настроения.

Äàííúâ ääèíîî àíàí íàçà (íáúâäèíáíú äàí-íúâ ñóáúâèðèäáíîî è íáúâèðèäáíîî àíàí íàçíà): наследственность неотягощена. Со слов матери пациента – отягощена алкоголизмом отца. Родился в полной семье, вторым ребёнком из 4 детей. Был желанным, ожидаемым. Родился доношенным ребёнком, в срок, с резус-несовместимой кровью. С рождения часто болел. В возрасте 1 месяц перенёс менингит, выраженный судорожный синдром, неоднократно проводились спинномозговые пункции.

Отец по характеру молчаливый, часто был занят своими делами, работал экскаваторщиком, в данное время на пенсии (со слов матери они с его отцом развелись, когда пациенту исполнилось 7 лет, по причине алкоголизации отца, с этого времени ничего о нём не знает). Мать – женщина спокойная, малообщительная, работает заведующей клинической лаборатории в психиатрическом диспансере до настоящего времени. Воспитанием детей занималась, в основном, мать, воспитание строилось по принципу гиперопеки.

В детский сад пошёл в возрасте 3 лет, адаптировался с трудом, предпочитал играть один, был разборчив в еде. Перестал посещать детский сад, так как практически не ел и однажды опрокинул тарелку с кашей на голову воспитателя. С раннего детства отмечает потребность в одиночестве и тишине. Характеризует себя как малообщительного, замкнутого человека (со слов матери – с 5 лет стал расторможенным, неусидчивым, постоянная потребность «выхвалиться»). Отношения с отчимом не сложились сразу – однажды отчим избил его за незначительную провинность.

В 6 лет пошёл в школу, учился хорошо, часто прогуливал уроки, в это время уединялся и читал книги по патанатомии, биологии (со слов матери интереса к учёбе и чтению не было, больше предпочитал ухаживать за бездомными животными). В старших классах поведение не страдало, но отмечает, что зачастую был защитником слабых и боролся за справедливость. Со сверстниками не дружил (мать

отмечает частые черепно-мозговые травмы (ЧМТ) с потерей сознания по причине школьных драк, «всё детство был битый, мятый»). С того времени мать не отпускала от себя, везде брала его с собой. Позрел, пациент часто уходил из дома, отсутствовал по несколько дней, крал деньги у родных, возвращался самостоятельно. Однажды был проконсультирован в психиатрическом диспансере, тогда предлагали оформить инвалидность, диагноз указать не может.

Со слов пациента, он «с первого класса дружил с одной девочкой, которая в 15 лет забеременела, и они вместе уехали к бабушке в Свердловскую область. Через 2 месяца вернулся и закончил 10 классов. После рождения дочери зарегистрировали брак и сообщили родителям». Мать этот биографический факт не подтверждает.

Первое употребление табака отмечает в 15-летнем возрасте, ощущение не запомнил. Приём табака в течение полугода быстро систематизировался по 1-2 сигареты в день, в настоящее время выкуривает до 20 сигарет в день.

Первая проба алкоголя произошла в 17 лет, употребил спирт, дозу не помнит.

Сразу после окончания школы устроился на работу токарем, затем – сантехником, разнорабочим, проработав так 2 года. В 19 лет родился 2 ребёнок. Через год – по собственному желанию – был призван в армию («испытывал необходимость чувствовать себя полноценным мужчиной»), служил в г. Ростове в течение 6 месяцев, откуда был демобилизован по семейным обстоятельствам, руководство учло наличие 2 детей. Со слов матери – после школы сразу был призван в армию, отслужил 2 года. Женился после демобилизации, тогда только родился первый сын. Будучи на службе, получил специальность механика.

В течение 3-4 месяцев находился дома, ничем не занимался. В этот период впервые, со слов пациента, побывал в морге по приглашению мало знакомого санитара, когда заходил к матери в клинику. Обстановка и атмосфера понравились, почувствовал себя там хорошо и устроился работать санитаром. Там же употребляет спирт в дозе 50 граммов – один, для смелости, ощущения не помнит. Постепенно приём алкоголя систематизировался, стал употреблять до 100 граммов спирта в сутки 4 раза в неделю – в день дежурства. Через полгода толерантность возросла до 350 граммов в сутки в 3 приёма и сохраняется до настоящего времени (общий стаж алкоголизации – 30 лет). Периоды воздержания до 3-4 месяцев. Запойные периоды отрицает. Со слов матери – злоупотреблять алкоголем пациент стал сразу же после возвращения

со службы в армии. Работал до первого аванса заработной платы. Количество выпитого алкоголя возросло, запойные периоды длятся по 5-6 дней. В опьянении пациент агрессивен, дисфоричен, возбудим, склонен к физическому насилию. Отмечает наличие палимпсестов.

Со слов же пациента – в возрасте около 21 года поступает в Алма-атинский медицинский институт. Со 2 курса учится заочно по специальному разрешению деканата. Закончив институт, устроился врачом-патологоанатомом в морг, где проработал 1,5 года. В работе часто ошибался, делал неверные заключения и в 1992 г. уезжает один в Россию. Проживает там, по собственному утверждению пациента, до настоящего времени со старшей дочерью, внучкой и правнучкой. Работает патологоанатомом в морге в течение 18 лет. Супруга с 2 детьми продолжает жить в Казахстане. Разведён. Мать пациента его обучение в медицинском институте и наличие высшего образования отрицает. После развода в возрасте 24 лет, по объективным данным, пациент уезжает в северный российский город, где работал на стройке и получил тяжёлую ЧМТ, долгое время находился на лечении. Женится повторно и уехал на Урал, где устроился санитаром в морг (по настоянию матери уволен через 2 года, изменился по характеру, «озверел»). Когда дочери от повторного брака исполнилось 1 год, избил тещу, за что был осужден на 2 года. После освобождения из мест лишения свободы пациент продолжает злоупотребление алкоголем. Начинает посещать церковь, в течение года живёт там, пока в состоянии алкогольного опьянения не учинил драку в церкви. Неоднократно терял документы, не имел постоянного места жительства. Возвращался в Казахстан, затем снова уезжал в Россию. Разведён, живет на иждивении матери. Документов, прописки нет.

С его слов в 2007 г. впервые проходил курс лечения в реабилитационном центре в г. Хабаровске в течение 2 недель – «поддержать организм». Оказался там случайно по совету малознакомого человека, «находясь на отдыхе в этом городе». В наркологическом диспансере не лечился. На диспансерном («Д») учёте не состоит. Судимость пациент отрицает.

Со слов матери пациента – он проходил лечение в психоневрологическом диспансере дважды, «кодирован» от алкоголизма дважды, воздержания не было. Последнее лечение проходил за 2 недели до настоящей госпитализации. После лечения находился под присмотром матери.

Из выписки нарколога: употребляет алкоголь около 20 лет. Количественный и ситуационный контроль утрачен. Похмельный синдром сформирован,

проявляется нарушением сна, слабостью, тошнотой, гиподинамией. Пьянство носит запойный характер, запои длятся до 7-10 дней. Толерантность к алкоголю составляет 0,5-1,7 литра. Амнестическая форма опьянения – по типу палимпсестов.

Í áúâê ò èáí ú é ñ ò à ò óñ ì ð è ì ñ ò ó ì è á í è è: состояние соответствует периоду воздержания. Телосложение нормостеническое, удовлетворительного питания. Кожные покровы обычной окраски, влажные. Поверхностные вены на предплечьях и кистях сохранены. В эпигастральной области имеется послеоперационный рубец. Слизистые оболочки чистые. Зрачки – 2-3 мм, реакция на свет – обычная. Сердечные тоны ясные ритмичные, АД 120/80 мм ртутного столба. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, при пальпации безболезненный, печень выступает из-под края рёберной дуги на 0,5 см. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное. Стул – б/о. Выраженных признаков органической патологии со стороны нервной системы не обнаружено.

Ë ç ì á ð á í á ñ , í í ú ò ç á á í è á á á í è é í ò ì á - á á ò : болезнь Боткина, туберкулёз, венерические заболевания, ЧМТ пациент отрицает. В 1995 году пациент был оперирован по поводу «резекции желудка», в 2005 г. была проведена операция по удалению аппендикса. Непереносимость к лекарственным препаратам пациент отрицает.

Ý ì è á á í à ì í á ç: Контакт с инфекционными больными пациент отрицает. За последний месяц жидкий стул, не связанный с абстинентным синдромом отрицает. За пределы РК не выезжал.

Ï ñ è ð è - á ñ è è é ñ ò à ò óñ ì ð è ì ñ ò ó ì è á í è è: Сознание ясное. В месте, времени, собственной личности пациент ориентирован полностью. Внешний вид опрятный. Походка неуверенная. Выражение лица напряжённое. Сидит беспокойно, постоянно меняет позу. В беседе многоречив, на вопросы отвечает в плане заданного, говорит хорошо модулированным голосом, сам разговор поддерживает. Эмоциональный фон лабильный. Настроение повышенное. Отмечает, что за период употребления алкоголя заметно изменился по характеру, стал более раздражительным, нервным. Суждения поверхностны. Мышление последовательное, в несколько замедленном темпе. Интеллектуальный уровень соответствует воспитанию и полученному образованию. Мнестические функции явно не нарушены, хотя периодически пациент ссылается на забывания. Су-

ицидальных мыслей не высказывает. Критика к своему состоянию и заболеванию в целом формальна, недостаточна. Активной психической симптоматики (бреда, галлюцинации и прочее) нет. Установка на лечение носит формально-положительный характер.

Ēàáíðà ò íðí úà àà í í úà: в норме.

Í àèðí ò èçè ì è ì àè-àñè íà í àñè àáí àà í è à: ЭЭГ – лёгкие изменения биоэлектрической активности головного мозга регуляторного характера с активацией ствола и раздражением коры. ЭХО-ЭС – смещение срединных структур не выявлено. Гидроцефальные признаки не выражены. Сигнал М-эхо расщеплён. Нормотензия. Тонус резистивных сосудов резко повышен.

Ī à ò í ñè ò í è ì àè-àñè íà è ññè àáí àà í è à: Медленное вработывание и неравномерное распределение внимания, память ослаблена, отмечается бессвязность мышления, повышенные показатели по шкале достоверности.

Ī ñ í í ò ð ñ ì à è à è è ñ ò í à:

- заключение врача-терапевта: Алкогольная кардиомиопатия. Язвенная болезнь желудка.
- заключение врача-невропатолога: Церебрастения гипертензионная?

À è í à ì è è à ç à á í è à à á í è ÿ

В клинику пациент поступил в состоянии возбуждения, в условиях исключаяющих употребление, в сопровождении матери. На 6 сутки госпитализации был переведён в отделение психотерапии и реабилитации. При переводе жалоб не было. На следующий день в беседе с психотерапевтом предъявлял жалобы на шум в отделении, холод, отсутствие условий для него, указывая на специфику профессии врача-патологоанатома, проговаривал о выписке. В течение недели у пациента сохранялся сниженный фон настроения, он не следил за своим внешним видом, держался обособленно ото всех. Хотя при этом требовал к себе особого внимания со стороны медицинского персонала. От медикаментозной терапии отказывался. После перевода его в индивидуальную палату с усиленным наблюдением (по его настоянию), настроение выровнялось, стал посещать психотерапевтические группы. В работе психотерапевтических групп занимал позицию активного слушателя, часто не понимал суть обсуждаемой темы, был многословен, обстоятелен, часто соскальзывал на другие темы. Эмоциональ-

но лабилен, проявлял вербальную агрессию не адекватную ситуации.

По настоянию матери проведен сеанс суггестивной психотерапии.

Последние две недели госпитализации психотерапевтические группы посещал избирательно. Зачастую покидал сессии досрочно. На предоставление его на клинический разбор согласился с удовольствием, настроен на то, чтобы «задать ряд вопросов директору медицинской организации». При сборе анамнеза давал противоречивые данные, путался в датах, часто соскальзывал на отвлечённые темы. Много говорил о ненависти к наркозависимым лицам, о несправедливости в отделении реабилитации, о неверной тактике лечения зависимости. Накануне клинического разбора настаивал на выписке, не дожидаясь приезда матери, манипулируя отказом от представления на клинический разбор.

Ñ è í à ð í ì à è ù í à ÿ ñ ò ð è è ò ò ð à á í à ò ò í è ì à è-àñè í ì ñ ñ ò ò ÿ í è è à à í í ú í à è è á í ò à:

- Синдром зависимости;
- Синдром патологического влечения к алкоголю;
- Психопатический синдром истероидного радикала.

Ведущим синдромом, определяющим тяжесть текущего статуса, является психопатический синдром.

Ē ð ó à à è ò ò à ð á í ò è à è ù í í à í à è à á í í ç à:

- а) Расстройство зрелой личности;
- б) Эндогенные расстройства;
- в) Деградация личности алкогольного генеза.

На основании дифференциально-диагностических критериев, перечисленных в таблице 1, можно верифицировать диагноз: Психопатия истероидного круга (ядерный вариант), период декомпенсации. Вторичная алкогольная зависимость.

Прогноз в данном случае является неблагоприятным, так как психопатия, являясь основным диагнозом, находится в состоянии декомпенсации в результате наложения токсического и травматического неблагоприятия центральной нервной системы.

Заключение

Данный клинический случай иллюстрирует сочетание психопатического синдрома и химической зависимости, что регулярно встречается в практике врача-нарколога. Однако примечательным остаётся тот факт, что «ядерная» психопатия создаёт достаточно иллюстративную картину множественных поведенческих расстройств, маскируя и «подчиняя» себе динамику алкогольной зависимости.

Àèò òáðäíòèàèüíí-àèäáííñòè-àñèèà èðè òáðèè
íñèòííàðè-àñèíáí ñèíäííà

Дифференциально-диагностический критерий	Психопатический синдром	Психопатоподобный синдром
Нозологическая группа	Расстройство зрелой личности	Эндогенные расстройства (шизоаффективное, шизотипическое расстройство, шизофрения), деградация личности в рамках алкогольной зависимости
Триада ганнушкина	Характерна	Есть лишь единичные критерии
Динамика	Периоды компенсаций – декомпенсаций, наличие фаз	Динамика повторяет течение основного заболевания (шизофрении, зависимости)
Взаимосвязь с зависимостью	Психопатический синдром первичен	Психопатоподобный синдром вторичен
Период формирования	Раннее детство	Зрелый возраст
Влияние терапии	Устойчивость к лечебному воздействию	Яркость снижается при лечении основного заболевания

Ñíñíè è ñíííüçíàáíííé èè òáðàòòó:

1. Àèüò òóèáð Á.Á. Íñíááíííñòè àèèíáííèççíà ó æáííèí. // Á èí.: Ðóèíáííñòáí íí íñèòèàðèè (Ííà ðááàèèèè Òèááííà Á.С.). – Í.: Íáàèèíà, 1999. – Ò. 2. – Ñ. 279-282.
2. Àèüò òóèáð Á.Á. Íàòíííèè-àñèíá áèá-áíèà è àèèíáíèþ. – Í.: Èíèàæ, 1994. – 216 ñ.
3. Çáíáàè- Á.Á. È áííðíó í ðíèè ñííàðíááàðàðèáííó íáðòóáíèè á íàðíáííá àèèíáííèççíà. // Á ñá.: Íðíáèè ù àèèíáííèççíà. – È., 1967. – Ñ. 5-18.
4. Èááíáö Н.Н., Èáííèí Á.È. Áçàèííáýçü ííèàçàðàèèèè ðíáááèèè òííòè àèèíáííèççíà ñ íáèíòíðííèè ðááííáèèííèè òáèèðíàíè. // Æóðí. íááðííàð. è íñèòèàðèè. è í. Ñ.Ñ. Èíðñàèíá. – 1983. – Ò. 8. – Ñ. 122-1227.
5. Èááíáö Н.Н., Ñáá-áíèí È. Í. Òèííííèè àèèíáííèççíà. – Í., 1996. – 47 ñ.
6. Ííàèèíá Á. Í. Èèèèèè è èá-áíèà ððííè-àñèíáí àèèíáííèççíà ó èèñííðáííáèèííèè ðááàèèèèèèè-àñèíèè è èðòàèè èñòáðè-àñèíáí èðòáá: Áàðíðáð. àèñ. èáíá. íá. íáóè. – Í., 1978. – 15 ñ.
7. Bernardi S., Faraone S.V., Cortese S., Kerridge B.T., Pallanti S., Wang S., et al. The lifetime impact of attention deficit hyperactivity disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC) Psychol Med. 2012; 42: 875-887.
8. Laucht M., Becker K., El-Faddagh M., Hohm E., Schmidt M.H. Association of the DRD4 exon III polymorphism with smoking in fifteen-year-olds: a mediating role for novelty seeking? J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2005; 44: 477-484.
9. Miller E., Stephen J., Tudway J. Assessing the component structure of four self-report measures of impulsivity. Personality & Individual Differences. 2004; 37: 349-358.

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОГО ДИАГНОЗА АСТЕНИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ В КЛИНИКЕ ХИМИЧЕСКИХ ЗАВИСИМОСТЕЙ

А.Т. Жолдасбекова

врач-психотерапевт отделения психотерапии и реабилитации РГКП «Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании», г. Павлодар (Казахстан)

Аннотация

Астения является психическим расстройством – психопатологическим синдромом, который характеризуется повышенной психической утомляемостью, физической слабостью, некоторым снижением когнитивного функционирования, вегетативной и эмоциональной лабильностью [2, 11, 12]. При астении часто могут наблюдаться и разнообразные неприятные телесные ощущения, такие как головокружение, головная и мышечно-суставная боль [1, 3, 4, 5].

Астения считается полиморфным синдромом. Различают астению, которая сопровождается сенсорной гиперестезией (непереносимостью обычных раздражителей, шума, яркого света, острых запахов, протопатических ощущений), и варианты синдрома со снижением болевого порога, чувствительности к привычным сенсорным сигналам, мышечной и головной болью, тяжестью в руках и в ногах. Неприятные телесные ощущения при астении обычно носят характер гиперпатий – чрезмерных, воспринимаемых как дискомфорт или боль, связанных с вегетативной лабильностью и функциональными нарушениями со стороны внутренних органов протопатических ощущений (гиперестезий) [6, 8, 9, 10].

Этиология астенических синдромов различна. Появлению астении могут предшествовать органические или функциональные нарушения в организме человека.

Наиболее частые причины, вызывающие развитие органического варианта астенического синдрома, – инфекционные, эндокринные, психические, онкологические, гематологические заболевания, а также нарушения функции желудочно-кишечного тракта.

Функциональные астении обычно ассоциированы с переутомлением, стрессами, беременностью и родами, употреблением алкоголя и наркотиков. Астению как психическое расстройство при заболеваниях внутренних органов и психической сферы следует отличать от мышечной слабости при патологиях, сопровождающихся нарушением нейромы-

шечной проводимости и развитием миопатий. Астенический синдром следует дифференцировать от мышечной слабости вследствие парапареза или полиневрита; от миастении при синдроме Ламберта-Итона, при генетических миопатиях; от миопатии, связанной с длительной терапией кортикостероидами; от дерматомиозита; от миопатий, обусловленных множественным склерозом, болезнью Шарко – Мари-Тута, амиотрофическим латеральным склерозом [3, 7, 10].

Астенический синдром образует континуум различных по этиологии и патогенезу состояний:

- состояния истощения (реакции психики на стрессы, психоэмоциональные и физические перегрузки, например неврастения);
- состояния выгорания (расстройства, связанные с длительной деятельностью во фрустрирующих условиях);
- соматогенные астении (принято различать астенические состояния, сопровождающиеся повышенной температурой, и астенические состояния метаболического, эндокринного, гематологического, опухолевого происхождения);
- органические астении (церебрастении) – состояния, связанные с метаболическими, дисциркуляторными, атрофическими мозговыми нарушениями;
- астенодепрессивный синдром (различают резидуальные депрессии и депрессии истощения Киелхольца);
- эндогенная витальная астения (юношеская астеническая несостоятельность, процессуальная астения при шизофрении).

В наркологии астения также является одним из самых распространенных симптомокомплексов и требует дифференциальной диагностики с синдромами, являющимися стержневыми для болезней зависимости [2, 4, 5].

Öäëü ðàáî ò ù – анализ эффективности дифференциальной диагностики астенического синдрома у пациентов с химическими зависимостями в ближайший постабстинентный период, проходящих стационарное наркологическое лечение.

Í à ò äðèàè è ì á ò íáü èññèääíààíèý

Í áüàè ò èññèääíààíèý: 56 пациентов с установленным диагнозом: Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ (ПАВ). Синдром зависимости. Воздержание в условиях, исключающих употребление (F10-19.21). Диагноз установлен соответственно критериям Международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ-10). Все пациенты прошли курс стационарного лечения в наркологическом отделении психотерапии и реабилитации. Выборка была сформирована сплошным методом. Набор материала осуществлялся в течение февраля месяца 2013 года.

Í ðää ì á ò í ì èññèääíààíèý была эффективность дифференциального диагноза астенического синдрома, возникающего в ближайший постабстинентный период химических зависимостей.

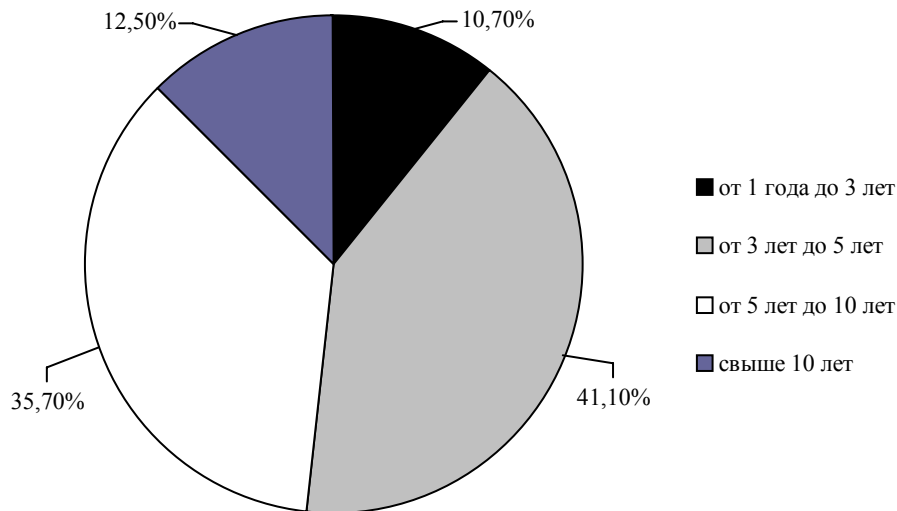


Рисунок 1. Ðàñ ì ðääääèàè à ðóííü ì í ñ ò à æ ó í í ò ðääèàíèý Í ÁÄ

Ðàçóýü ò à ò ü è è ò íáñ ó æ ääíèà

Все пациенты исследуемой группы прошли второй этап медико-социальной реабилитации (МСР) с применением технологий интегративно-развивающей психотерапии. Средняя продолжительность пребывания пациентов в программе МСР составила $36,8 \pm 14,5$ дня, что соответствовало периоду становления ремиссии в рамках раннего постабстинентного периода.

Во всех случаях в актуальном психическом статусе присутствовала клиника астенического синдрома.

При анализе медицинских карт пациентов выявлены следующие варианты астенического симпто-

По своему äèçàèíó исследование представляет собой наблюдательное, ретроспективное лонгитюдное.

Í á ò íáü èññèääíààíèý: при исследовании применялись клинико-психопатологический (в т.ч. анамнестический), статистический (элементы описательной статистики с частотным анализом) методы.

Õàðàè ò äðèñ ò èèà èññèääóá ì í é äðóííü

По половому признаку группа была представлена преимущественно мужчинами – 48 пациентов (85,7%). Средний возраст группы составил $28,6 \pm 5,3$ года.

По наркологическим диагнозам группа распределилась следующим образом: F10.21 – 19 человек (33,9%), F11.21 – 24 человека (42,9%) и F19 – 13 человек (23,2%).

Наибольшее число пациентов имели длительный стаж наркотизации и алкоголизации. Распределение по стажу наркотизации представлено на рисунке 1.

мокомлекса: гиперстенический вариант (повышенная возбудимость, раздражительность, эмоциональная неустойчивость, нетерпеливость, несдержанность, недостаточный самоконтроль) – 36 человек (64,3%), гипостенический вариант (апатия, вялость, психофизическая истощаемость) – 20 человек (35,7%) (рисунки 2, 3).

Перечисленные симптомы не являются специфичными лишь для астенического синдрома и встречаются при таких синдромах, как аффективные расстройства, синдром патологического влечения к психоактивным веществам (ПАВ), психопатоподобный синдром.

Между тем, для подбора адекватной терапии необходима четкая синдромальная оценка. Одним

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД. К ВОПРОСУ О ЕГО ПРАКТИЧЕСКОМ ПРИМЕНЕНИИ

А.Т. Жолдасбекова

врач-психотерапевт отделения психотерапии и реабилитации РГКП «Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании», г. Павлодар (Казахстан)

Важное место в наркологической теории и практике занимает клинико-психопатологический метод.

Психопатологический метод включает в себя:

- 1) целенаправленную беседу с пациентами, респонс по определённым правилам, в котором нужно коснуться их психического состояния в сейчас и в прошлом, психофизиологического развития, наследственной отягощённости по линии психиатрической и иной патологии, биографии, семейной ситуации, перенесённых ранее заболеваний;
- 2) динамическое наблюдение за их поведением, межличностными отношениями, аффектами, экспрессивными проявлениями, реакцией на используемые методы терапии;
- 3) беседы с родственниками пациента и лицами, хорошо его знающими, а также сбор и оценку сведений из других источников (характеристики из учебных учреждений, места работы, письменная и художественная продукция пациентов, аудио и видеозаписи и другие методы);
- 4) клинико-психологический эксперимент (изучение состояния внимания, памяти, расстройств мышления и интеллекта с помощью специальных заданий, моделирующих, в том числе, естественные жизненные ситуации);
- 5) анализ, оценку, синтез полученных сведений, сбор катamnестических сведений для контроля адекватности выводов о состоянии пациента и прогностических гипотез;
- 6) катamnестическое исследование, которое применяется вместе с другими, доступными параклиническими методами изучения головного мозга и других систем организма, консультациями различных специалистов.

Общая психопатология изучает семиотику и существует как система устоявшихся знаний [7, 8, 9, 10].

На современном этапе развития психиатрии и наркологии клиническое исследование больных с психическими расстройствами включает три группы методов.

1. Клинико-психопатологическое исследование – качественная описательная характеристика психопатологической симптоматики.

2. Клинико-статистическое исследование – количественная оценка выраженности психопатологических симптомов и синдромов в условных баллах с помощью унифицированных стандартизованных оценочных систем (шкал).
3. Операциональная диагностика рубрик психических расстройств международных статистических классификаций и диагностических руководств с использованием единых стандартных критериев диагностики.

Ведущим методом является клинико-психопатологическое исследование, направленное на выявление всех имеющихся психопатологических симптомов и синдромов [6].

В ходе изучения больного, как правило, сочетаются два подхода к исследованию.

Во-первых, это гибкий, не имеющий шаблона индивидуально ориентированный опрос и осмотр. Такой подход к изучению симптоматики применяется в начале исследования для получения предварительной характеристики состояния. Уточняется тип психического расстройства (психоз, не психотическое расстройство, слабоумие), оценивается установка пациента на сотрудничество с врачом, выясняется наличие опасных тенденций (суицидальные тенденции, агрессивность, склонность к уходам из дома или лечебного учреждения). На завершающем этапе исследования такой принцип используется для уточнения особенностей выявленных симптомокомплексов, их более детальной характеристики.

Во-вторых, обязательно проводится направленное структурированное изучение психопатологической симптоматики. Признаки психического расстройства анализируются по сферам психической деятельности (перцептивные, когнитивные, эмоциональные, личностные и бихевиоральные нарушения) и по ведущим кластерам психопатологических симптомов и синдромов (нарушения сознания, галлюцинаторно-параноидные, шизоаффективные, аффективные, соматоформные, обсессивно-компульсивные, тревожно-фобические, аномалии личности, деменция и умственная отсталость, нарушения психологического развития, злоупотребление алкоголем и психоактивными веществами) [11, 14].

В ходе клинико-психопатологического исследования проводится анализ полученных данных с использованием категориального аппарата общей психопатологии.

В первую очередь выделяются и квалифицируются психопатологические симптомы как признаки патологического состояния.

В связи с многозначностью симптома (может входить в структуру разных синдромов, отражать поражение разных сфер психической деятельности, иметь различную нозологическую принадлежность) и практическим отсутствием в психиатрии патогномичных симптомов психопатологический анализ состояния опирается на выделение и диагностику психопатологических синдромов [12].

Под синдромом в общей патологии понимается комплекс симптомов, объединённых общим патогенезом и имеющих совместное закономерное развитие. Соответственно, развитие синдрома определяют как синдромокинез, а закономерную смену синдромов – как синдромотаксис.

В общей психопатологии существенными являются понятия позитивных психопатологических симптомов и синдромов как качественно новых, собственно психопатологических феноменов, которые появляются только во время болезни, и негативных психопатологических симптомов и синдромов как признаков снижения, угнетения, недостаточности, дефекта психических функций и сфер психической деятельности [13].

Между позитивными и негативными психопатологическими синдромами существуют закономерные связи. В частности, позитивные симптомы возникают только на фоне негативных.

Диагностика психопатологических синдромов осуществляется с использованием разработанных по единым принципам и утверждённых, вошедших в официальные руководства и синописы глоссариев позитивных и негативных психопатологических симптомов и синдромов. В них даётся подробная описательная характеристика различных клинических вариантов психопатологических феноменов.

Развитие психического расстройства осуществляется по закономерным стадиям или этапам. Эти этапы (стадии) характеризуются определёнными регистрами тяжести позитивных и негативных психопатологических синдромов. Такой регистр представляет собой группу позитивных или негативных синдромов, характеризующих определённый этап развития психического расстройства [16].

Регистры тяжести позитивных и негативных синдромов объединяются в более крупные таксономические единицы, определяемые как круги тяжести позитивных и негативных психопатологических син-

дромов. Диапазон этих кругов, их тяжесть и размах возрастают последовательно для непсихотических психогенных, аффективных, эндогенно процессуальных и органических расстройств.

Отдельно анализируется течение расстройства с определением активности течения (темпы нарастания и диапазон колебаний регистров тяжести позитивной симптоматики) и прогрессивности течения (темпы нарастания регистров тяжести негативной симптоматики) [15].

Направленное психопатологическое исследование осуществляется по определённым описанным в клинических руководствах алгоритмам изучения симптоматики. Для унификации этой процедуры разработаны схемы клинических интервью. С целью выявления симптоматики тех или иных кластеров психопатологической симптоматики созданы диагностические опросники.

Клинико-психопатологический метод клинической психиатрии апеллирует не столько к личности больного в её онтогенетическом аспекте, сколько ставит целью типологизировать проявления аномального поведения больного в рамках психопатологии. Патокинез (синдромокинез) в определённой последовательности образует клиническую картину болезни, позволяющую очертить нозологические границы.

Транскультуральные исследования вносят поправки в трактовку определённых форм поведения, которые в одной культуре считаются нормальными, а в другой – относятся к аномальным.

Традиционно закрепившееся разделение заболеваний на соматические и психические часто приводит к механическому делению пациентов на две соответствующие категории, «вынося за скобки» тех, кто соответствует расплывчатому определению «психосоматики».

В детской и подростковой психиатрии, где процессы роста и физического развития синхронно связаны с развитием психики, синтетический подход просто необходим. Эволюционный принцип онтогенетического метода позволяет не только видеть клинические признаки болезней с их характерным возрастным оформлением, но и предвидеть девиации в развитии последующих критических периодов как результата развития предыдущих. С другой стороны, учёт историко-генетических корней стадийности развития человеческой психической деятельности помогает явственно представить не только внутреннюю картину болезни, но и отыскивать актуальные для каждого периода конфликтные ситуации, обладающие стрессорными психогенными свойствами, а также дифференцировать процессуальные психопатологические об-

-
-
2. American Psychiatric Association *DSM-IV Diagnostic and Statistical Manual Disorders*, fourth Edition. – 1994.
 3. American Psychiatric Association *DSM-IV-TR Diagnostic and Statistical Manual Disorders*, fourth Edition, Text Revision. – 2000.
 4. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, fifth edition (DSM-5). Arlington VA: American Psychiatric Association; 2013.
 5. Bunge M. *Philosophy of Science, Volume 2: from Explanation to Justification*. revised. New Brunswick: Transaction; 1998.
 6. First M.B., Spitzer R.L., Gibbon M., Williams J.B.W. *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I) – Clinician Version*. Washington DC: American Psychiatric Press; 1997.
 7. Fulford K.W., Thornton T., Graham G. *Oxford textbook of philosophy and psychiatry*. Oxford: Oxford University Press; 2006.
 8. Gallagher S., Zahavi D. *The Phenomenological Mind*. Oxford: Routledge; 2008.
 9. Jaspers K. *Allgemeine Psychopathologie*, fünfte unveränderte Auflage. Berlin Heidelberg: Springer; 1948.
 10. Kim K., Berard T. Typification in society and social sciences: the continuing relevance of Schutz's social phenomenology. *Hum Stud*. 2009; 32: 263-289.
 11. Langenbach M. Phenomenology, intentionality and mental experiences: Edmund Husserl's *Logische Untersuchungen* and the first edition of Karl Jaspers's *Allgemeine Psychopathologie*. *Hist Psychiatr*. 1995; 6: 209-224.
 12. Oulis P., Mavreas V., Mamounas J., Stefanis C. Clinical characteristics of auditory hallucinations. *Acta Psychiatr Scand*. 1995; 92(2): 97-102.
 13. Ratcliffe M. Phenomenology as a form of empathy. *Inquiry*. 2012; 55(5): 473-495.
 14. Schwartz M.A., Wiggins O.P. Typifications: the first step for clinical diagnosis in psychiatry. *J Nerv Ment Dis*. 1987; 175: 65-77.
 15. Stanghellini G. The grammar of the psychiatric interview. *Psychopathology*. 2007; 40(2): 69-74.
 16. Wilson T.D. *Strangers to Ourselves: Discovering the Adaptive Unconscious*. Cambridge Mass: Belknap Press; 2002.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ АЛКОГОЛИЗМА В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

М.Ш. Кисина	врач – методист организационно-методического отдела (ОМО) РГКП «Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании», г. Павлодар, (Казахстан)
Н.В. Гафарова	руководитель организационно-методического отдела (ОМО) РГКП «Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании», г. Павлодар, (Казахстан)
Л.Т. Кудерина	статистик организационно-методического отдела (ОМО) РГКП «Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании», г. Павлодар, (Казахстан)

Общепринятые статистические показатели заболеваемости и болезненности алкоголизмом слабо отражают реальную ситуацию, поскольку число выявленных и учтённых больных в большой степени зависит от активности наркологической службы. Это особенно сказывается в последнее время (начиная с 1990 г.), когда перестала действовать жёсткая система обязательного диспансерного учёта, активного выявления и полупринудительного привлечения к лечению больных алкоголизмом. Поэтому для оценки наркологической ситуации используется ряд косвенных показателей: динамика потребления алкоголя в том или ином регионе, заболеваемость алкогольными психозами, преступность, аварии на транспорте, травматизм, число разводов и др. Каждый из этих показателей в отдельности, естественно, неоднозначен и дискуссионен, но в комплексе они достаточно информативны.

Среди названных показателей наибольшего внимания заслуживает заболеваемость алкогольными психозами, поскольку она отражает распространённость алкоголизма (алкогольные психозы возникают только у больных алкоголизмом) и его тяжесть. Во время антиалкогольной кампании 1985-1987 годов, когда потребление алкоголя через государственную торговлю снизилось с 10 литров абсолютного алкоголя на душу населения, регистрируемого в 1984 г., до 3,2 литра в 1987 г., то есть в 3 раза, число больных алкоголизмом, состоящих на учёте, продолжало возрастать и достигло в 1987 году 2008,6 на 100 000 населения. За это же время заболеваемость алкогольными психозами снизилась в 3,2 раза, а по статистическим данным 1988 года – в 4 раза (Егоров В.Ф., 1996). Снизились и некоторые другие по-

казатели наркологической ситуации (разводы, прогулы на работе, производственный брак, дорожно-транспортные происшествия и др.). За период с июня 1985 года по май 1986 года, по сравнению с аналогичным периодом 1984-1985 годов, общее число умерших от травм, отравлений, несчастных случаев отмечено на 25% меньше. За этот же период число умерших от отравлений алкоголем и его суррогатами уменьшилось на 32% (Егоров В.Ф., 1996). Попытки представить факт снижения числа алкогольных психозов в качестве артефакта (например, как изменение диагностических установок) несостоятельны. В дальнейшем, когда антиалкогольная кампания по разным причинам была свёрнута, и потребление алкоголя стало быстро расти до исходного уровня (особенно крепких напитков), заболеваемость алкогольными психозами к 1992 г. увеличилась, по сравнению с 1988 годом, в 2,5 раза, а в последующие годы возрастала ещё более стремительно. Одновременно произошло ухудшение и вышеупомянутых показателей наркологической ситуации – особенно дорожно-транспортных происшествий.

Как уже упоминалось выше, характерным индикатором остроты эпидемиологической ситуации в отношении алкоголизма можно считать частоту алкогольных психозов, выявляемость которых, ввиду выраженности клинических симптомов, близка к 100%. На основе этого показателя был даже предложен метод определения предположительного числа лиц, больных алкоголизмом, среди населения путём умножения числа лиц, перенесших алкогольные психозы за год, на определённый коэффициент.

На основании изменения показателя выявленной заболеваемости алкогольными психозами на достаточно крупных территориях в динамике можно судить о характере изменения эпидемиологической ситуации в отношении алкоголизма.

Потребление алкоголя является главным индикатором алкогольной ситуации, как в нашей стране, так и во всём мире. Официальным показателем принято считать среднедушевое потребление алкоголя. Уровень потребления алкогольных напитков на душу населения в Республике Казахстан (РК) в последние годы имеет тенденцию к росту.

Казахстан, по данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), является самой пьющей страной в Центрально-Азиатском регионе. В среднем, на каждого жителя РК приходится по 6 литров чистого спирта в год, а вместе с неучтённым потреблением – 11 литров. Для сравнения – в соседних Кыргызстане и Туркмении пьют в 2 раза, а в Узбекистане и Таджикистане – в 3 раза меньше. Хотя в таких странах СНГ, как Россия, Украина и Беларусь на одного человека приходится по 15 литров спирта. Степень алкоголизации населения напрямую зависит от доступности алкоголя, которая определяется его ценой, временем и местами продаж.

Распространённость потребления алкоголя составляет 41,8% (50,9% – мужчины и 32,6% – женщины).

Распространённость потребления алкоголя составляет 42% (51,4% – мужчины и 32,2% – женщины) среди респондентов Республики Казахстан.

Согласно итогам социологического исследования распространённости поведенческих факторов риска среди взрослого населения в возрасте 18 лет и старше по Республике Казахстан, опрошенные респонденты предпочитают пить пиво – в городе – 27,3% (37,5% – мужчины и 16,9% – женщины, мужчины пьют в 2,2 раза больше, чем женщины), такая же картина и в селе – пьют пиво 30,2% (40,1% – мужчин и 19,9% – женщин). Крепкие спиртные напитки употребляют 18,5% городских респондентов (25,7% – мужчин и 11,1% – женщин), 22,3% сельских респондентов (30,0% – мужчин и 14,3% – женщин). Таким образом, население больше пьёт пиво (30,2%), вино пьют меньше – 20,3%, крепкие спиртные напитки потребляют 22,3% сельских респондентов, городские респонденты пьют крепких спиртных напитков меньше, чем сельские респонденты на 4%. Мужчины пьют крепкие спиртные напитки и пиво больше, чем женщины в 2-2,3 раза (в селе и городе, соответственно). Энергетические напитки пьют 10,4% городских и 12,8% сельских респондентов.

Столь же значимым индикатором, характеризующим распространённость злоупотребления алкоголем среди населения, являются показатели концентрации и поведенческие факторы риска, связанные с употреблением наркотических веществ и заболеваниями алкоголизмом и алко-

Годы	Общая		мужчины		женщины		сельских		городских	
	абсолютное число (чел.)	на 100 тыс. населения	абсолютное число (чел.)	на 100 тыс. населения	абсолютное число (чел.)	на 100 тыс. населения	абсолютное число (чел.)	на 100 тыс. населения	абсолютное число (чел.)	на 100 тыс. населения
2004	52193	347,7	4202	31,8	436,3	550	14,8	544,7	501	13,6
2005	53667	354,3	5165	38,4	544,7	501	13,6	544,7	501	13,6
2006	50225	328,1	6621	83,4	2943	319,1	399	10,8		
2007	49225	318,0	6621	83,4	2943	319,1	399	10,8		
2008	51864	330,9	5688	42,6	2595	322,7	234	6,1		
2009	50956	320,7	5850	71,0	2695	322,7	234	6,1		
2010	49186	301,3	5824	68,9	2718	323,0	278	7,0		
2011	47568	287,3	5290	61,7	3022	377,3	252	6,2		
2012	46431	276,5	5127	59,0	2221	294,6	141	3,3		
2013	41080	241,1	5055	57,4	1641	231,1	66	1,4		

Таблица 1

*Êííðèíááí ð áíëüíúñ ñ ïñèðè-áñèè ì è è ïíááááí-áñèè ì è ðáññòðíéñðáà ì è,
áúçááííú ì è óííððááéáíéá ì áééíáíéý, ññò ì ýù èð ì á ó-, ðá á ì áðéíéíáè-áñèèð ì ðááíéçàòèýð*

*Êíèè-áñðáí èè, ïáðáíáñ èð ïñèðíðè-áñèèð ðáññòðíéñðáà
ñðááè èííðèíááíðà ì áðèáíð ì á ñ ïñèðè-áñèè ì è è ïíááááí-áñèè ì è ðáññòðíéñðáà ì è,
áúçááííú ì è óííððááéáíéá ì áééíáíéý, ìáðíáýù èðñý ì ì á àèñíáíñáðíú ì
è èííñèùðàðèáíú ì ì áðèáíéá ì*

Некоторое снижение численности находящихся под наблюдением наркологических диспансеров лиц, больных алкоголизмом, объясняется тем, что в последние годы получила широкое развитие сеть частных лечебных подразделений и врачей-наркологов – индивидуальных предпринимателей. Однако сведения в государственной отчётности о количестве пролеченных больных в таких учреждениях отсутствуют. В то же время, по мнению специалистов, лечение в полном объёме больные алкоголизмом в этих структурах не получают, что вносит определённый вклад в рост числа алкогольных психозов.

Заболеваемость алкогольными психозами, по данным официальной статистики, немного уменьшилось в период с 2004 года по 2013 год – с 2,3 в 2004 г. до 2,1 в 2013 г. на 100 наблюдаемых лиц на конец года. Наиболее высокий уровень числа лиц, перенесших психотические расстройства, среди контингента пациентов с психическими и поведенческими расстройствами, вызванными употреблением алкоголя, находящихся под диспансерным и консультативным наблюдением, был в 2006 и 2011 гг. – 2,4 на 100 наблюдаемых на конец года.

Данные медицинской статистики дают возможность получить достаточно объективное представ-

ление об основных тенденциях и региональных различиях распространённости наркологических заболеваний, хотя они не полностью охватывают весь контингент больных, имеющийся в популяции. Тем не менее, данные статистических отчётов позволяют проводить межрегиональные сравнения со средними показателями по Республике Казахстан, поскольку показатели распространённости наркологических заболеваний колеблются по разным регионам в достаточно большом диапазоне. Необходимо помнить о возможности влияния различных факторов на данные статистической отчётности – это социально-демографические характеристики населения, социально-экономические условия, доступность помощи, её ресурсное обеспечение. Однако ранговые места отдельных территорий отражают напряжённость ситуации с распространённостью употребления психоактивных веществ (ПАВ). Наиболее достоверным индикатором распространённости алкоголизма среди населения является показатель числа больных с алкогольными психозами, поступивших в стационары. В таблице 4 представлено ранжирование территорий в 2012-2013 гг. только по этому показателю.

Таблица 4

Êîòåðå ñíæèíåíèå ÷èñëåííîñòè íàõîäÿùèõñÿ ïîä íàáëþäåíèåì íàðêîëîãè÷åñêèõ äèñïàíñåðîâ ëèö, áîëüíûõ àëêîãîëèçìîì, îáúÿñíÿåòñÿ òåì, ÷òî â ïîñëåäíèå ãîäû ïîëó÷èëà øèðîêîå ðàçâèòèå ñåòü ÷àñòíûõ ëå÷åáíûõ ïîäðàçäåëåíèé è âðà÷åé-íàðêîëîãîâ – èíäèâèäóàëüíûõ ïðåäïðèíèìàòåëåé. Îäíàêî ñâåäåíèÿ â ãîñóäàðñòâåííîé îò÷ётности о количестве пролеченных больных в таких учреждениях отсутствуют. В то же время, по мнению специалистов, лечение в полном объёме больные алкоголизмом в этих структурах не получают, что вносит определённый вклад в рост числа алкогольных психозов.

Регион	Среди пациентов с П 10 перенесли психотические расстройства			
	Абсолютное число (чел.)		На 100 наблюдаемых лиц по состоянию на конец года	
	2012 год	2013 год	2012 год	2013 год
Республика Казахстан	3619	4163	1,7	2,1
Акмолинская область	336	296	2,8	2,5
Актюбинская область	125	138	1,6	1,7
Алматинская область	122	122	1,6	1,6
Атырауская область	42	40	0,5	0,6
Восточно-Казахстанская область	386	263	1,4	1,0
Жамбылская область	187	163	2,1	1,8
Западно-Казахстанская область	224	159	2,9	2,2
Карагандинская область	697	725	3,6	3,8
Костанайская область	224	330	2,8	4,1
Кызылординская область	8	8	0,1	0,1
Мангистауская область	35	26	1,8	1,3
Павлодарская область	863	708	6,1	5,4
Северо-Казахстанская область	194	248	2,2	3,3
Южно-Казахстанская область	32	557	0,2	3,5
г. Алматы	122	102	0,3	0,3
г. Астана	22	278	0,2	2,8

Приведённые данные свидетельствуют о том, что показатель числа больных с алкогольными психозами, поступивших в стационары в Павлодарской, Костанайской, Карагандинской, Южно-Казахстанской, Акмолинской областях и городе Астане выше, чем в среднем по Республике Казахстан.

Распространение алкоголизма среди населения имеет не только тяжёлые медицинские последствия, но и оказывает существенное влияние на социальные и демографические процессы. Статистика свидетельствует об увеличении числа женщин, больных алкоголизмом. В 80-х годах XX века соотношение мужчин и женщин, больных алкоголизмом, было 9-10 : 1, в 2000 г. оно изменилось до 5 : 1.

В конце 2013 года в Республике Казахстан насчитывалось 26154 женщины, больных алкоголизмом и состоящих на учёте в наркологических диспансерах, что составляет 294,7 на 100 тыс. женского населения.

Следует учесть, что выявление больных алкоголизмом женщин представляет большие трудности, так как женщины значительно дольше скрывают своё состояние, и в результате – они гораздо позже обращаются за медицинской помощью. В социальном плане женский алкоголизм в большей степени, чем мужской, сказывается на потомстве – алкоголизм матери способствует приобщению к алкоголю детей и подростков.

Особенности учёта больных алкоголизмом подростков определяются, в первую очередь, отсутствием чётких критериев диагностики раннего алкоголизма. Вопросы выявления, формы учёта и диагностики в подростковой наркологии остаются во многом нерешёнными.

Сократилось число общего контингента подростков, находящихся под диспансерным и консультативным наблюдением по поводу психических и поведенческих расстройств, вызванных употреблением алкоголя, с 7986 человек в 2004 году до 1882 человек в 2013 году. Наблюдается снижение показателя на 32,7% в расчёте на 100 тыс. населения – с 829,2 в 2004 году до 271,6 на 100 тысяч населения в 2013 году. Выше республиканского данный показатель в 6 регионах: наиболее высокий – в г. Алматы (1814,4).

Отмечается сокращение численности контингента детей до 14 лет, находящихся под диспансерным и консультативным наблюдением по поводу психических и поведенческих расстройств, вызванных употреблением алкоголя, с 721 в 2004 году до 313 в 2013 году. Наблюдается снижение показателя на 34,5% в расчёте на 100 тыс. населения – с 19,4 в 2004 году до 6,7 на 100 тысяч населения в 2013 году. Выше республиканского данный показатель в г. Алматы (76,0) и в Восточно-Казахстанской области (9,1).

Согласно итогам социологического исследования распространённости поведенческих факторов риска среди детей 11-14 лет и подростков 15-17 лет по Республике Казахстан:

- распространённость потребления алкогольных напитков среди детей низкая по РК, среди городских детей доля она составляет 6,7% (больше среди мальчиков – 9,5% и меньше среди девочек – 3,8%); среди сельских детей потребление составляет 6,2% от числа опрошенных лиц (больше среди мальчиков – 7,8% и меньше среди девочек – 4,6%);
- дети при потреблении алкогольных напитков предпочитают пиво; так, доля потребляющих пиво среди городских детей составляет 5,2% от числа опрошенных лиц (мальчики пьют в 2,6 раза больше – 7,6% и меньше среди девочек пьющих пиво – 2,9%); среди сельских детей доля потребляющих пиво составляет 5,1% от числа опрошенных лиц (6,9% – мальчики и девочки – 3,4%).

Вино и крепкие алкогольные напитки дети потребляют в 3,7 раза меньше, чем пиво. Так, потребление вина среди городских детей составляет 1,4% от числа опрошенных лиц (1,8% – мальчики и 0,9% – девочки), потребление среди сельских ещё ниже и составляет 0,9% от числа опрошенных *ёёё* (0,8% – мальчики и девочки – 1,0%). Потребление крепких спиртных напитков среди городских детей составляет 1,6% от числа опрошенных лиц (2,6% – мальчики и девочки – 0,6%), потребление крепких спиртных напитков среди сельских детей ещё меньше и составляет 0,7% (мальчики – 0,9% и 0,4% – девочки). Таким образом, вино и крепкие напитки дети потребляют меньше, чем пиво, в 3-4 раза;

- начали потреблять алкогольные напитки до 10 лет 16,2% городских и 20,2% сельских детей, среди них доля мальчиков больше, чем доля девочек. Основная доля сельских детей начинали пить после 15 лет – 50,4% (47,0% – мальчики и 55,0% – девочки), среди городских начали потреблять алкогольные напитки в этом возрасте – 43,4% опрошенных детей, в возрасте от 10 лет начали потреблять алкогольные напитки 40,4% городских и 29,4% сельских опрошенных детей. Таким образом, до 10 лет начинала потреблять спиртные напитки небольшая доля детей – 16,25% городских и 20,2% сельских опрошенных детей. Основная доля начинала потреблять спиртные напитки позже – после 10 лет – 40,4% городских и 29,0% сельских опрошенных детей, ещё позже – после 15 лет начинали потреблять спиртные напитки 43,4% городских и 50,4% сельских опрошенных детей.

Nĩēñíē ēñĩēūçĩááííē ēē òáðà ò ó ò ú:

1. *Íàðēíēĩāē-āñēāy ĩĩĩũ ĩāñāēáíēþ Ðāñĩóáēēēē Ēàçàõñ ò á ĩ çà 2004-2005 āĩũũ (Ñ ò à ò ēñ ò ē-āñēēēēē ñáĩðíēē), Íāāēĩüäð, 2006.*
2. *Íàðēíēĩāē-āñēāy ĩĩĩũ ĩāñāēáíēþ Ðāñĩóáēēēē Ēàçàõñ ò á ĩ çà 2006-2007 āĩũũ (Ñ ò à ò ēñ ò ē-āñēēēēē ñáĩðíēē), Íāāēĩüäð, 2008.*
3. *Íàðēíēĩāē-āñēāy ĩĩĩũ ĩāñāēáíēþ Ðāñĩóáēēēē Ēàçàõñ ò á ĩ çà 2008-2009 āĩũũ (Ñ ò à ò ēñ ò ē-āñēēēēē ñáĩðíēē), Íāāēĩüäð, 2010.*
4. *Íàðēíēĩāē-āñēāy ĩĩĩũ ĩāñāēáíēþ Ðāñĩóáēēēē Ēàçàõñ ò á ĩ çà 2010-2011 āĩũũ (Ñ ò à ò ēñ ò ē-āñēēēēē ñáĩðíēē), Íāāēĩüäð, 2012.*
5. *Íàðēíēĩāē-āñēāy ĩĩĩũ ĩāñāēáíēþ Ðāñĩóáēēēē Ēàçàõñ ò á ĩ çà 2012-2013 āĩũũ (Ñ ò à ò ēñ ò ē-āñēēēēē ñáĩðíēē), Íāāēĩüäð, 2014.*
6. *Ðóēĩáĩāñ ò á ĩ ĩ à ð ē í ē ĩ ā ē // ĩ ü ð ā ā ē ò ē ē á ē Í. Í. Ē ā ā ĩ ö ā. – ĩ.: Ē Ą ĩ ð ā ē ò ē ē ā- ĩ, 2002. – ĩ ò ĩ.*
7. *Ā ā ò ò ā ē ĩ ā Ā. Ā., Ñ ē ā ē ĩ ā ā ò. Ē., Ā ā ĩ ð ū - ā ā Ā. Ñ. Ē ç ó - á ĩ ē ā ð ā ñ ĩ ð ĩ ñ ò ð á ĩ á ĩ ĩ ñ ò ē ĩ ĩ ā ā ā ĩ - ā ñ ē ē ò ò ā ē - ò ĩ ð á ð ē ñ ē ā (ò ā ā ā ē ĩ ē ò ð á ĩ ē ā, ò ĩ ĩ ò ð á ā ē ā ĩ ē ā ē ç ē ĩ ĩ ò ð á ā ē ā ĩ ē ā ā ē ē ĩ ā ĩ ē ā ĩ, ē ç á ú ò ĩ - ĩ ā y ĩ ā ñ ñ ā ò ā ē ā, ĩ ā ð ā - ò ē ĩ ĩ ā ē ĩ ĩ ā ĩ ē ò á ĩ ē ā, ĩ ē ç ē ā y ò ē ç ē - ā ñ ē ā y ā ē ò ē á ĩ ĩ ñ ò ū, ĩ ā ā ē ò ē ĩ ñ ē ā y ā ē ò ē á ĩ ĩ ñ ò ū, ē ĩ ò ĩ ð ĩ ð ĩ ā ĩ ĩ ĩ ñ ò ū ē ĩ ĩ ò ē ā ā ò ē y ĩ ā ñ ā ē ā ĩ ē y ē ā ā ā ĩ ē þ ç ā ĩ ð ĩ ā ĩ ĩ ĩ á ð á ç ā ē ē ç ĩ ē) ĩ ā ñ ā ē ā ĩ ē y ĩ ā ĩ ā ñ ò ð á ñ ē ĩ ē ĩ ā ē ā ñ ò ē Ð Ē. Ð ā ç ó ē ū - ò à ò ū 5- ā ĩ ĩ ā ò ē ĩ ĩ ā ē ĩ ĩ ā ĩ ē ñ ñ ē ā ā ĩ ā ā ĩ ē y: ĩ ā ò ĩ ā ē - ā ñ ē ā ð ā ē ĩ ĩ ā ĩ ā ò ē ē. – Ą ē ĩ ā ò ū, 2013.*
8. *Ā ā ĩ ð ĩ ā Ā. Ō., Ē ĩ ø ē ē ĩ ā Ā. Ā. // Ā ĩ ĩ ð ĩ ū ĩ ā ð ē ĩ ē ĩ ā ē. – 1996.*
9. *Ā ā ð ĩ ĩ ā ē ñ ē ē ĩ ē ā ĩ ā ē ē ñ ò ā ē ē ĩ ĩ ñ ĩ ē ā ū ā ĩ ē þ ā ð ā ā ĩ ĩ ā ĩ ĩ ĩ ð á ā ē ā ĩ ē y ā ē ē ĩ ā ĩ ē y ĩ ā 2012-2020 ā ĩ ā ū. – Ē ĩ ĩ ā ĩ ā ā ĩ, 2012.*

УДК 364-787.26;364-57

**ОРГАНИЗАЦИЯ УСЛУГИ «ДОМА НА ПОЛПУТИ»
В г. ПАВЛОДАРЕ ДЛЯ ЛИЦ, ПРОШЕДШИХ КУРС ЛЕЧЕНИЯ
ОТ НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ**

Г.А. Садвакасова

главный врач клиники РГКП «Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании», к.м.н., г. Павлодар

К сожалению, лечение наркотической зависимости только в виде снятия «ломки», далеко не всегда решает проблему. После этого встает вопрос: что делать дальше, как справиться с тягой к наркотикам и не попасть через короткий промежуток времени обратно в наркологическую клинику. Перепробовав различные способы лечения наркомании, поняв, что это лечение, не всегда даёт ожидаемый эффект, большинство людей приходят к выводу, что вообще решение этой проблемы бесполезно, и опускают руки.

В рамках совместной программы UNODC-ВОЗ по лечению и уходу за наркозависимыми лицами, UNODC приступило к осуществлению глобального проекта под названием Treatnet II – Лечение наркозависимости и последствий на здоровье. Данный проект оказывает содействие государствам-членам в повышении и укреплении технического потенциала для предоставления всесторонних и эффективных

услуг по лечению и реабилитации наркозависимых в разных географических регионах.

В рамках данного проекта была представлена возможность организации «Дома на полпути» – специального общежития, в котором выпускникам реабилитационных программ, чтобы вернуться к нормальной, полноценной жизни в обществе, предоставляется помощь – в поиске жилья, трудоустройстве, в решении семейных проблем, в профессиональном обучении и т.д. Это своего рода адаптация к «внешнему миру» и его требованиям.

В «Доме на полпути» (далее по тексту – «Доме») таким людям в первые полгода после завершения лечения обеспечиваются щадящие и структурированные условия жизни, поддержка группы и помощь специалистов в поиске решений проблем.

Чтобы помочь участникам наших реабилитационных программ решить проблемы в семье, на работе, вернуться к нормальной, полноценной жизни

в обществе, мы взаимодействуем с различными общественными, государственными организациями и объединениями (системы социального обеспечения, агентства по найму, благотворительные и т.д.).

Для выпускников при «Доме» работает специальная программа поддержки, включающая занятия в малых группах, индивидуальные консультации и специальные лекционные курсы, а также участие в рабочих мероприятиях программы, выпускных и юбилейных празднованиях и т.д.

Основную проблему на первом этапе лицам, вышедшим из программы медико-социальной реабилитации (МСР), приходится решать в поиске недорого жилья. В г. Павлодаре на рынке арендного жилья достаточно высокие цены, особенно с учётом наличия в таких квартирах ремонта, мебели и средств связи (телефон, интернет, кабельное ТВ).

Достаточно часто молодые люди, которые выходят из программы Республиканского научно-практического центра медико-социальных проблем наркомании (РНПЦ МСПН), в первое время снимают квартиры вместе. И у нас уже имелся опыт совместного проживания реабилитантов. Имелся и опыт (причём как положительный, так и отрицательный) совместного проживания женщин и мужчин. Поэтому первоначально рассматривался вариант отдельного проживания лиц мужского и женского пола – как профилактика распространения ИППП, ВИЧ. Но в последующем было принято решение ввести в программу «Дома» пакет регламентирующих документов, которые носили больше терапевтический характер, – это:

- 1) соглашение о прохождении программы ресоциализации и адаптации в центре «Дом на полпути»;
- 2) правила проживания и поведения в центре «Дом на полпути»;
- 3) правила внутренней жизни;
- 4) расписка о добровольном согласии на ограничение некоторых личных прав и свобод на период прохождения программы ресоциализации и адаптации в центре «дом на полпути» (см. Приложения 1-4).

При вхождении в программу каждый участник информировался об ограничениях, что давало возможность регулировать процесс пребывания в «Доме».

Поиск жилья занял около полутора месяцев, и в феврале 2014 года был составлен договор на аренду четырехкомнатной квартиры в таком районе города, который был достаточно приближенным к ос-

новным объектам: РНПЦ МСПН, СПИД-центр, остановки трамвая и автобуса и т.п.).

Арендованное жильё представляло собой квартиру площадью около 70 кв. метров на первом этаже пятиэтажного дома в удручающем состоянии – отсутствие сантехники, электропроводки, стекол в окнах. Более того, стены местами были разрушены. Абсолютно не пригодный для жилья вариант, но при этом высокий энтузиазм молодых людей, которые «загорелись» и с удовольствием принялись ремонтировать квартиру, приводя её в порядок.

Ремонт предполагалось делать только своими силами, и для хозяина квартиры мы оказались хорошей находкой: абсолютно бесплатно рабочие руки, только материал предоставлял. Первый поток молодых людей (два парня и две девушки) были мастера на все руки – каждый имел опыт работы в строительных бригадах по ремонту жилых помещений. И за три недели квартира приобрела достаточно пригодный для проживания вид.

Второй проблемой оказалась проблема обставить квартиру мебелью, необходимой бытовой техникой (холодильник, стиральная машина, телевизор). На нашу просьбу откликнулись сотрудники РНПЦ МСПН – нашлось всё необходимое и даже более – старые шкафы, пять кроватей, диван, навесные полки, холодильник, телевизоры. В последующем комуто из ребят из дома переслали шторы, постельное бельё, посуду и т.п. И в начале марта ребята полноценно вошли в «Дом».

За девять месяцев существования проекта в программе «Дом на полпути» приняли участие двенадцать человек, прошедших полный курс лечения в клинике РНПЦ МСПН. В среднем каждый из участников проекта проживал в «Доме» по три-шесть месяцев. Основным критерием для длительного срока проживания в «Доме» являлось добровольная работа ребят в качестве консультантов по зависимости на безвозмездной основе в РНПЦ МСПН.

Практически все участники программы сумели качественно трудоустроиться. И здесь огромную роль сыграл принцип самоподдержки и самопомощи ребят – бывшие участники программы, пройдя опыт трудностей в оформлении прописки, с трудоустройством, а также стигматизацией общества по отношению к бывшим наркозависимым лицам, активно делились своим опытом. У нас имелся своего рода «каталог» малых предприятий (ТОО и ИП), в которых можно было трудоустроиться с минимальным пакетом документов. Одни ребята, проработав по три-четыре месяца после выхода из РНПЦ МСПН, уезжая домой, трудоустроивали других лиц на свои места.

Базовым принципом программы «Дом на полпути» являлась работа консультантов по зависимости из числа молодых людей, имеющих качественную и длительную ремиссию. Принцип «равный равному» и еженедельные собрания терапевтического сообщества (ТС) выстраивали атмосферу поддержки и взаимопомощи, чего всегда не хватает лицам с наркозависимостью, прошедшим лечение и реабилитацию в РНПЦ МСПН. «Дом» стал для ребят моделью нормативной семьи, где каждый несёт свою ответственность, каждый вносит вклад в совместное проживание и каждый окружен доверием и пониманием. Каждую пятницу на ТС ребята расписывали обязанности каждого на неделю. Сюда входили генеральная уборка дома, соблюдение порядка в комнате и в санузлах, приготовление пищи, покупка и доставка продуктов питания. Всё расписывалось на главном стенде. Контроль над исполнением обязанностей возлагался на старшего в «Доме», которого ребята выбирали сами, в основном из числа «старожилов».

Как уже говорилось выше, программу прошли двенадцать человек – семь мужчин и пять женщин. Все участники программы иногородние (Астана, Алматы, Караганда, Усть-Каменогорск, Кокшетау, Экибастуз). Практически все имеют работу; четверо уже вышли из программы, двое самостоятельно снимают жильё, и продолжают приходить в «Дом» на еженедельные собрания ТС; две участницы вернулись в родные города. Один участник не смог трудоустроиться, поскольку имел вторую группу инвалидности по состоянию здоровья. В последующем он тоже вернулся в родной город. Трое ребят на данный момент продолжают работать в качестве консультантов по зависимости: двое в Павлодаре и одна по возвращению домой в местном наркологическом диспансере.

По окончании проекта ребята однозначно настроены продолжать проживание в «Доме» на тех же принципах. Проект «Дом на полпути» для многих стал отправной точкой в социум, и самое главное он даёт огромную надежду всем тем, кто планирует выход после лечения из РНПЦ МСПН.

Приложение 1

СОГЛАШЕНИЕ

о прохождении программы ресоциализации и адаптации
в центре «Дом на полпути»

№ _____

г. Павлодар

« ____ » _____ 20__ г.

РГКП «Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании» в лице

_____ (ФИО)

с одной стороны и _____,
удостоверение личности № _____ выдано _____
именуемый «Участник», с другой стороны, заключили настоящее Соглашение о нижеследующем:

1. Предмет соглашения

Прохождение программы ресоциализации и взаимопомощи в Центре «Дом на полпути» для закрепления результатов лечения после прохождения программы реабилитации в Республиканском научно-практическом Центре медико-социальных проблем наркомании г. Павлодар.

2. Общие положения

Центр ресоциализации и адаптации «Дом на полпути» создан в рамках проекта Treatnet II «Лечение наркозависимости и последствий на здоровье», программы UNODC-ВОЗ по лечению и уходу за наркозависимыми. Проект оказывает содействие в повышении и укреплении технического потенциала для предоставления всесторонних и эффективных услуг по лечению и реабилитации наркозависимых.

3. Права и обязательства Центра

3.1. Центр имеет право:

3.1.1. Требовать от «Участника» неуклонного участия во всех мероприятиях, предусмотренных программой ресоциализации.

-
-
- 3.1.2. Требовать от «Участника» неукоснительного соблюдения обязательств, предусмотренных в расписке о добровольном согласии.
 - 3.1.3. Требовать от «Участника» соблюдения в полном объеме Правил поведения в Центре.
 - 3.1.4. При нарушении требований, предусмотренных распиской о добровольном самоограничении, «Участник» может быть исключен из программы.
 - 3.2. Центр обязуется:
 - 3.2.1. Обеспечить «Участнику» на территории Центра все необходимые условия для успешного прохождения программы.
 - 3.2.2. Принять меры к:
 - социально-бытовой и культурной адаптации;
 - содействию в восстановлении трудовых навыков в системе реальной хозяйственной деятельности;
 - содействию в восстановлении здоровья;
 - содействию в восстановлении или повышении образовательного статуса;

4. Права и обязанности «Участника»

- 4.1. «Участник» имеет право:
 - 4.1.2. Получать интересующую информацию относительно прохождения им программы
 - 4.1.3. Подавать предложения по совершенствованию работы Центра.
- 4.2. «Участник» обязан:
 - 4.2.1. Неукоснительно соблюдать Правила поведения в Центре.
 - 4.2.2. Последовательно придерживаться добровольных самоограничений, предусмотренных «Распиской о добровольном согласии».

5. Срок действия соглашения

- 5.1. Соглашение заключается сроком на _____ месяцев и действует с момента его подписания.
- 5.2. Соглашение может быть пролонгировано по соглашению сторон.

6. Дополнительные условия.

- 6.1. Приложение к соглашению:
 - 6.1.1. Расписка участника программы реабилитации и взаимопомощи.
 - 6.1.2. Правила проживания и поведения.
 - 6.1.3. Правила внутренней жизни.

(подпись)
М. П.

(подпись)

Приложение 2

Приложение к соглашению № _____

от «__» _____ 20__ г.

ПРАВИЛА ПРОЖИВАНИЯ И ПОВЕДЕНИЯ В ЦЕНТРЕ «ДОМ НА ПОЛПУТИ»

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

- 1.1. Условия размещения и проживание регулируются настоящими правилами и соглашением о прохождении программы ресоциализации и адаптации, подписанными участниками.
- 1.2. Центр «Дом на полпути» предоставляет участнику программы ресоциализации и адаптации место в комнате общежития и право пользования комнатой отдыха и помещениями общего назначения.

2. ПРАВА ПРОЖИВАЮЩИХ В ЦЕНТРЕ

- 2.1. Проживающие в Центре имеют право пользоваться сотовой связью, интернетом.
 - 2.2. Иметь наличные деньги.
-
-

-
-
- 2.3. Делать личный закуп.
 - 2.4. Пользоваться услугами амбулаторной службы.

3. ОБЯЗАННОСТИ ПРОЖИВАЮЩИХ В ЦЕНТРЕ

- 3.1. В интересах обеспечения порядка, соблюдения санитарных норм лица, проживающие в Центре, обязаны соблюдать чистоту в жилых комнатах, проводить ежедневную влажную уборку комнат в соответствии с графиком дежурства, проводить еженедельные генеральные уборки, убирать за собой мусор, а также производить уборку в помещениях общежития согласно установленному графику.
- 3.2. Соблюдать распорядок дня, установленный в Центре.
- 3.3. Не покидать центр после 23:00, кроме случаев связанных с выполнением служебных обязанностей.
- 3.3. В целях организации жизни, выстраивания ситуации составлять план конкретных действий на неделю, с последующим анализом запланированных дел.
- 3.3. Присутствовать на терапевтических сообществах Центра.

4. ПРОЖИВАЮЩИМ В ЦЕНТРЕ ЗАПРЕЩАЕТСЯ

- 4.1. Употреблять наркотические средства, спиртные напитки.
- 4.2. Допускать действия, ведущие к моральному или физическому унижению достоинства других проживающих, использовать ненормативную лексику.
- 4.3. Допускать действия, препятствующие нормальной работе Центра.

5. ВХОД В ЦЕНТР

- 5.1. Любое лицо, не являющееся участником программы, не имеет права заходить в помещение Центра без получения соответствующего разрешения.
- 5.2. Для получения права на вход гость должен быть занесен в специально подготовленный список «гостей», который утверждается руководством центра.

6. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

- 6.1. Правила поведения в Центре могут быть изменены по решению руководства.

Подпись «Участника» _____

Подпись сотрудника _____

Приложение 3

Приложение к соглашению № _____

от «__» _____ 20__ г.

ПРАВИЛА ВНУТРЕННЕЙ ЖИЗНИ

Центра ресоциализации и адаптации «Дом на полпути»

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

- 1.1. В Центре ресоциализации и адаптации «Дом на полпути» проживает и осуществляет свою деятельность терапевтическая группа, состоящая из лиц мужского и женского пола. Участники объединены посредством общих интересов по освобождению от разрушительного поведения, восстановлению социального статуса, утраченных либо несформированных социальных навыков. Правила регулируют внутреннюю жизнь Центра.

2. ЦЕЛЬ СОЗДАНИЯ И ЗАДАЧИ ЦЕНТРА

- 2.1. Центр создан в целях содействия дальнейшему продвижению услуг для лиц имеющих проблемы с зависимостью от ПАВ в Республике Казахстан, для укрепления физического и психологического состояния граждан, оказавшихся в сложной жизненной ситуации при прохождении лечения от зависимости.
- 2.2. Задачи Центра:

-
-
- 2.2.1. Оказание помощи в решении бытовых и психологических проблем, формирование устойчивой мотивации на ресоциализацию, изменение уклада жизни, здорового круга общения;
 - 2.2.2. Реализация интеллектуального, творческого, духовного развития в соответствии с индивидуальными способностями и возможностями.

3. УСЛОВИЯ ПРИНЯТИЯ В ЦЕНТР

- 3.1. Прохождение полного курса программы медико-социальной реабилитации «Республиканского научно-практического центра медико-социальных проблем наркомании» (3 этапа).
- 3.2. Согласие на ограничение некоторых личных прав и свобод на период нахождения в Центре.
- 3.3. Участник программы ресоциализации и адаптации дает письменное Согласие о том, что он согласен выполнять все, изложенное в Правилах.

4. ПОВЕДЕНИЕ ЧЛЕНА ЦЕНТРА

- 4.1. Участник программы, прежде всего, должен внимательно прочитать и усвоить правила Центра.
- 4.2. Участнику программы рекомендуется активно участвовать в жизни сообщества.
- 4.3. Участнику программы выполнять распоряжения старшего Центра.
- 4.4. Участнику программы рекомендуется находиться в постоянном мире и дружбе со всеми членами группы, стараясь быть со всеми приветливым и уважительным.
- 4.5. Участникам программы запрещено употребление наркотиков, употребление спиртных напитков, сексуальные отношения и сквернословие на территории Центра.
- 4.6. Участник программы на время испытательного срока (10 дней) запрещается покидать территорию Центра после 20.00 часов.
- 4.7. Усердное и прилежное соблюдения правил для членов группы – залог их будущего изменения.
- 4.8. В случае неоднократного нарушения правил участник исключается из программы.

5. УСТРОЙСТВО ЦЕНТРА

- 5.1. Координатор деятельности главный врач Садвакасова Г.А.
- 5.2. Организацией и управлением внутренней жизни руководят психолог Камалов А.М., консультант Журбин А.Ф.

Подпись «Участника» _____

Подпись сотрудника _____

Приложение 4

Приложение к соглашению № _____

от «__» _____ 20__ г.

РАСПИСКА

О добровольном согласии на ограничение некоторых личных прав и свобод на период прохождения программы ресоциализации и адаптации в центре «Дом на полпути»

Я, _____
участник программы ресоциализации и адаптации в центре «Дом на полпути», будучи ознакомлен сотрудниками Центра с условиями ограничения, желая успешно пройти программу ресоциализации и адаптации и восстановить адекватный для меня социальный статус, добровольно налагаю на себя ряд правовых ограничений и обязуюсь неукоснительно соблюдать правила поведения в Центре на период проживания в Центре ресоциализации и адаптации «Дом на полпути». Я понимаю, что сам несу ответственность за негативные последствия, которые могут наступить в случае нарушения мною правил поведения, установленных в Центре.

Подпись «Участника» _____

Подпись сотрудника _____

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ УРОВНЯ СОЦИАЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ И СВЯЗАННЫХ С НИМ ОСОБЕННОСТЕЙ КРИМИНАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ЛИЦ С АЛКОГОЛЬНОЙ И ОПИЙНОЙ ЗАВИСИМОСТЯМИ

Н.С. Патютко

врач-нарколог КГП на ПХВ «Областной наркологический центр», г. Петропавловск (Казахстан)

Антисоциальный аспект алкоголизма, наркомании и токсикомании в обществе нашёл своё отражение в многочисленных исследованиях психиатров, наркологов и криминологов. Выявлена достоверная взаимосвязь диагнозов алкоголизма, наркомании и социопатии, подтверждённая последовательным или одновременным установлением данных расстройств у одной и той же личности (Schubert D.S., Wolf A.W., Patterson M.B., 1988; Weisner C.A., 1992). Ряд авторов указывает не только на корреляцию наркотизации и криминальности в обществе, но и на различную криминальность отдельных групп психоактивных веществ (ПАВ), обусловленную особенностью их клинических эффектов (Габияни А.А., 1988; Пятницкая И.Н., 1994). Ведётся активный поиск соотношения криминальной активности с социобиологическими и психопатологическими факторами, влияющими на формирование личности, среди которых рассматриваются также и наркологические расстройства (Фирсаков С.В., 1996).

Основываясь на практических наблюдениях и сведениях, накопленных психиатрами и наркологами, Пятницкая И.Н. (1994) приходит к выводу о том, что антисоциальность наркологических больных предопределена двумя факторами. Первый – потребность в деньгах при отсутствии или низком уровне легальных заработков, связанных с социальной дезадаптацией больных. Второй фактор – личностные изменения, наступающие в результате наркотизации, особенно искажение эмоциональной сферы.

Целью данной работы является исследование некоторых социально-биографических характеристик больных алкоголизмом и опийной наркоманией, совершивших противоправные действия, а также сравнительный анализ криминального поведения в зависимости от употребляемого психоактивного вещества по материалам судебно-наркологической экспертизы в Северо-Казахстанской области Республики Казахстан (РК).

Ì à ò à ð è à è ù è ì à ò ì à ù è ñ ñ è à à ì à à ì è ù

В качестве **исследуемых групп** отобрано 764 больных алкоголизмом и 814 больных опийной нар-

команией, проходивших амбулаторную судебно-наркологическую экспертизу в Областном наркологическом центре (г. Петропавловск, РК) за период 2007-2013 годов в связи с привлечением их к уголовной ответственности. В группе исследуемых лиц учитывались статьи Уголовного кодекса (УК) РК, по которым наиболее часто привлекались к ответственности испытуемые лица. Из исследования были исключены больные, имеющие клинические признаки коморбидной психической патологии, и лица с сочетанным употреблением нескольких ПАВ.

I группу составили 676 мужчин и 88 женщин с синдромом зависимости от алкоголя (F 10.2) в возрасте от 21 года до 47 лет. Длительность заболевания на момент проведения судебно-наркологической экспертизы (СНЭ) составляла от 3 до 20 лет. Ранее зарегистрированы на адресном диспансерном учёте в ОНЦ г. Петропавловска 292 больных (38,2%), в том числе ранее лечились принудительно в наркологической организации для принудительного лечения – 106 человек (13,9%), принудительно в местах лишения свободы – 36 человек (4,7%).

Во II группу вошли 738 мужчин и 76 женщин с синдромом зависимости от опиоидов (F 11.2) в возрасте от 18 до 39 лет. Длительность заболевания составила от 1 года до 16 лет, число ранее зарегистрированных наркопотребителей – 442 человека (54,3%), лечившихся в наркологической организации для принудительного лечения – 42 человека (5,2%), в местах лишения свободы – 74 человека (9,1%).

В социально-биографических характеристиках исследуемых лиц учитывались наиболее значимые в развитии социальной и микросоциальной дезадаптации больных факторы: род занятий, семейное положение, наличие (отсутствие) постоянного места жительства, ранее совершенные противоправные действия. Социально-биографическая характеристика исследуемых групп представлена в таблице 1.

При сравнительном анализе социально-биографических характеристик исследуемых групп было установлено, что лица, больные алкоголизмом и опийной наркоманией, совершившие противоправные действия, имеют низкий уровень социальной занятости, соответственно: 55,8% больных алко-

*Ḍàñî ḍàááàéáíèá èññèááíóá ì úḍ èèö ÿî ñîḍèàëüíî-áèîãḍàóè-áñèè ì ḍàḍàéòáḍèñòèèá ì
è ÿî áèää ì óîî ḍḍááëÿá ì úḍ ÌÁÁ*

ОЦЕНКА СОЦИО-ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ МЕТАДОНОВОЙ ТЕРАПИИ НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ НА ПРИМЕРЕ ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Авторы: М.А. Петрович, А.А. Александров

Научный консультант: С.И. Осипчик

Краткая аннотация по содержанию исследования

Программы снижения спроса и предложения на наркотические средства, активно реализуемые во многих странах в последнее время, не позволяют избежать комплексных проблем, связанных с наркопотреблением. На этом фоне программы снижения вреда относятся к инновационным социальным технологиям, которые вкупе со снижением спроса и предложения позволяют эффективно снижать и вызванные наркопотреблением издержки общества, связанные со здоровьем.

Снижение вреда представляет собой комплекс принципов, действий, программ, услуг и мероприятий, направленных на уменьшение негативных последствий от употребления наркотиков как в отношении конкретного человека, так и различных социальных групп и общества в целом.

Целями снижения вреда являются пропаганда и поддержание здоровья потребителей инъекционных наркотиков (далее – ПИН), решение социальных проблем, решение проблем, связанных с законом/общественной безопасностью, решение экономических проблем (в том числе связанных с ростом безработицы, потерей трудоспособного населения, снижение затрат государственных средств на решение проблем наркопотребления). Подход снижения вреда не отрицает необходимости борьбы с наркобизнесом силами правоохранительных органов или применением программ, направленных на достижение полного отказа от употребления наркотиков.

В Республике Беларусь при содействии ПРООН реализуются различные программы снижения вреда (программы обмена шприцов, распространение презервативов, аутрич-работа, опиоидная заместительная терапия (далее – ОЗТ) и иные виды лечения наркозависимости, информационно-образовательные кампании, социальное сопровождение, распространение информации о лечении (ВИЧ, ВГ, ТБ, наркомании) и доступе к нему, вакцинация от вирусного гепатита В, доступ к оказанию первичной медицинской, психологической и социальной помощи).

Доказательные данные результатов сотен исследований в области общественного здравоохранения показывают, что обмен шприцев, опиоидная заместительная терапия, аутрич-работа и другие программы снижению вреда способствуют значительному снижению уровня и скорости распространения заболеваний (наркомании, ВИЧ и др.), помогают установить контакт между службами медико-социальной помощи и людьми, в них нуждающимися. Такое взаимодействие приводит ко многим положительным результатам, как с точки зрения охраны здоровья, так и с точки зрения социальной защиты населения. Финансовые ресурсы здравоохранения и социального обслуживания ограничены (не говоря уже о политической поддержке не всегда популярных среди населения проектов). Сложности могут быть связаны и с тем, что интересы наркопотребителей могут вступать «в конкуренцию» с интересами других нуждающихся социальных групп, особенно в регионах с ограниченными финансовыми ресурсами, где, как правило, и должны работать данные программы.

Чтобы судить о том, насколько хорош тот или иной проект, руководители государственных структур, администраторы медицинских учреждений, бизнесмены и другие все чаще используют такие методы, как анализ экономической эффективности (так же называемый анализом эффективности затрат) и анализ рентабельности (так же называемый анализом затрат и результатов). Несмотря на различия, оба метода позволяют определить экономическую ценность той или иной программы.

В данном издании представлены результаты работы по социо-экономической оценке программы ОЗТ метадонем в Республике Беларусь, на примере Гомельской области, где данная программа применялась 5 лет.

В Гомельской области за 5 лет до начала ЗМТ было зарегистрировано самое большое в республике число наркопотребителей и наркозависимых.

Цель исследования – выявление наиболее объективных, информативных и доступных показателей, позволяющих вычислить основные виды общественных затрат (потерь) от наркопотребления и наркопреступности в регионе и оценка социально-эконо-

мической эффективности программы опиоидной заместительной терапии.

В процессе исследования использовались теоретические (анализ, синтез, дедукция, индукция, сравнительный, типологический, проблемно-хронологический, статистический, моделирование) и эмпирические (анкетирование, интервьюирование, экспертные оценки) методы.

Данное исследование является одной из первых работ, проведенных совместно специалистами в области экономики и здравоохранения.

Впервые были получены данные о социо-экономических результатах применения ЗМТ в течение 5 лет на примере Гомельской области, которые могут быть использованы для оценки ее эффективности в других регионах.

Впервые проведено интервьюирование пациентов кабинетов ЗМТ организаций здравоохранения Гомельской области, которое выявило существенные изменения в их социальных характеристиках по сравнению с их жизнью до начала ЗМТ и с лицами, не получающими такого лечения.

Проведен анализ нормативной правовой базы регулирования программы ЗМТ и даны рекомендации по ее совершенствованию.

Даны рекомендации по объему охвата программами ЗМТ в регионах для достижения противодействия распространению ВИЧ среди ПИН.

Проведенное исследование позволяет сделать несколько выводов, необходимых для принятия взвешенных управленческих решений.

Во-первых, применение заместительной терапии в Гомельской области в течение 2008-2012 гг. не только снизило криминальную активность и смертность

наркозависимых участников программы ЗМТ, но и способствовало снижению уровня латентного наркопотребления в популяции.

Во-вторых, установлено, что затраты на применение ЗМТ на 1 пациента в сутки в размере 1,3 доллара США обеспечивают сокращение расходов на негативные последствия наркозависимости, связанные с криминальным поведением, безработицей и медицинскими проблемами (ВИЧ, ВГ, ТБ) на 8 долларов США.

В третьих, показано, что при сопоставимых затратах на диспансерное наблюдение и программу ЗМТ, последняя является более клинически эффективным способом организации оказания наркологической помощи пациентам, страдающим синдромом зависимости от опиоидов (с точки зрения достижения длительности ремиссии/воздержания от потребления «уличных» опиатов).

Показано, что реализация программы ЗМТ в республике снижает инвестиционную привлекательность белорусского рынка опиоидных наркотиков, выводя из оборота наркодиллеров примерно 12 600 000 дол. США в год. Снижение инвестиционной привлекательности рынка способствует снижению поставок опиоидов в страну.

В результате исследования, исходя из изучения нормативно-правовой базы, научной литературы по проблеме, а также анализа зарубежной и отечественной практики исследования социально-экономических последствий наркомании, проведена научная оценка результатов применения программы ЗМТ и показана ее социально-экономическая эффективность в одном из регионов республики – Гомельской области.

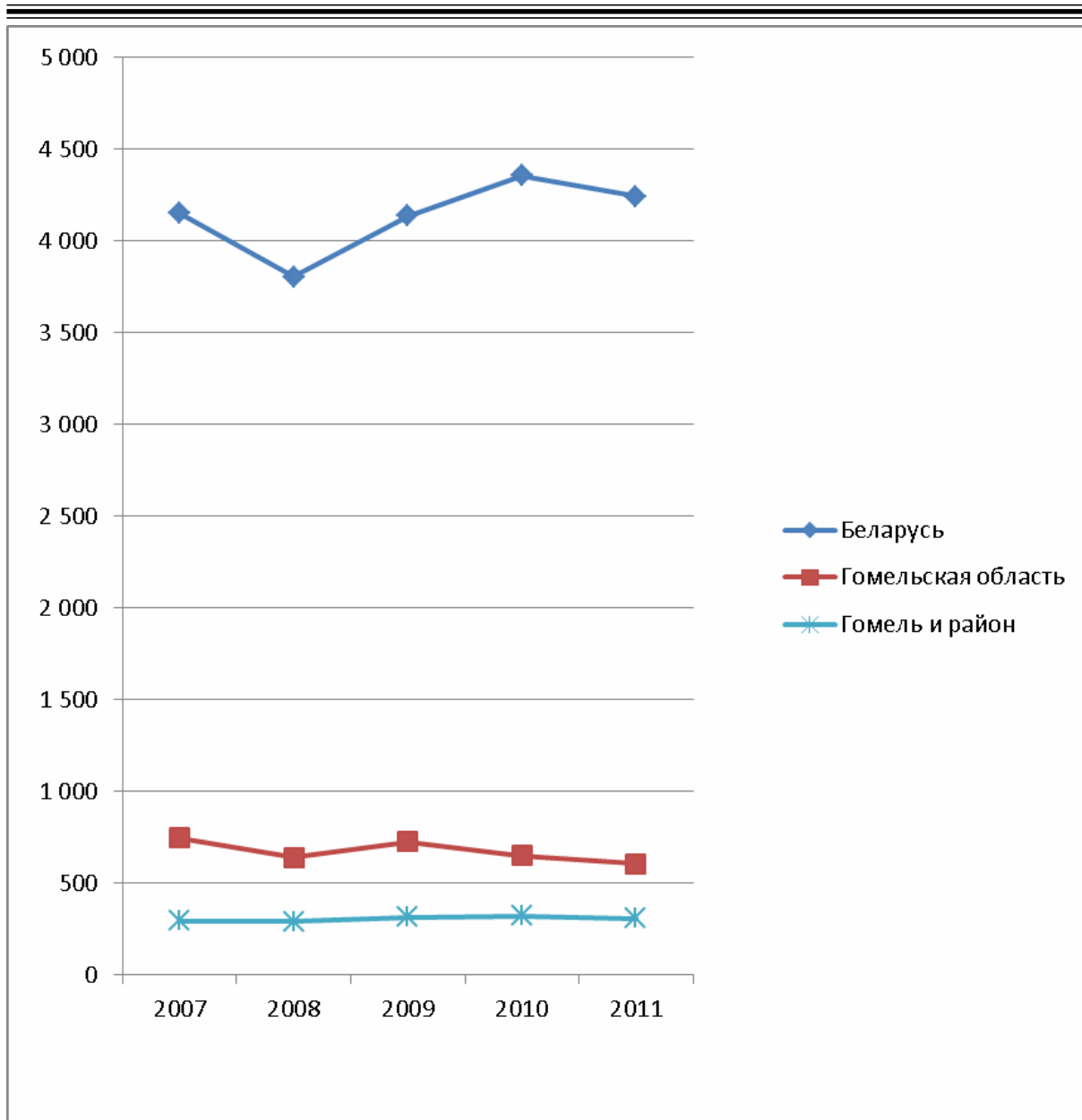
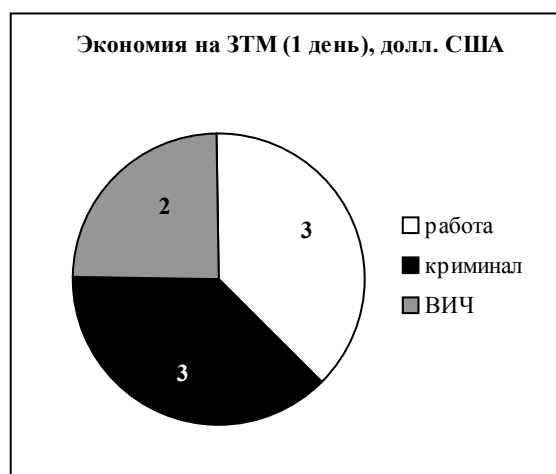
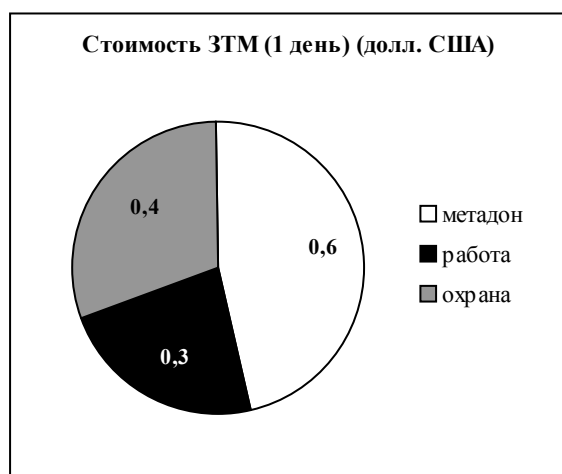


Рисунок 2. *×èñëí çàäââñòðåäèââííûõ ïäñòðîéâíèé, ñâúçàííûõ ñ íâçàéíííì ïáíðèðíì ïàðéíðèéâ (ñó-âââ) â 2007-2011 ää.*



1. Список используемых сокращений

ВИЧ	– вирус иммунодефицита человека
АРВ	– антиретровирусная терапия
ТБ	– туберкулез
ВГ	– вирусный гепатит
ПАВ	– психоактивные вещества
ОЗТ	– опиоидная заместительная терапия
ЗМТ	– заместительная метадонная терапия
ПИН	– потребители инъекционных наркотиков
Минздрав	– Министерство здравоохранения Республики Беларусь
ПНД	– психоневрологический диспансер
ОНД	– областной наркологический диспансер
МВД	– Министерство внутренних дел Республики Беларусь
МЛС	– места лишения свободы
ООН	– Организация Объединенных Наций
ПРООН	– Программа развития ООН
ВОЗ	– Всемирная организация здравоохранения
УНПООН	– Управление по наркотикам и преступности ООН
ЮНЭЙДС	– Программа по ВИЧ/СПИДу ООН
ВВП	– валовый внутренний продукт

2. Введение

Под наблюдением наркологической службы Министерства здравоохранения Республики Беларусь (далее – Минздрав) на 01.01.2013 г. находилось 10118 пациентов, зависимых от наркотиков (далее – наркозависимых), преимущественно зависимых от опиоидов, и 4961 лиц, употребляющих наркотические средства (далее – наркопотребители).

Основным методом лечения такого хронического расстройства как синдром зависимости от опиоидов (далее – опиоидная зависимость) во всем мире является опиоидная заместительная терапия (далее – ОЗТ), которая в случае применения лекарственного средства метадон, как заместителя «нелегальных» наркотиков, называется заместительная метадонная терапия (далее – ЗМТ).

Опиоидная заместительная терапия (ОЗТ) – это метод лекарственного лечения наркотической зависимости, представляющий собой назначение пациенту лекарственных средств группы опиоидов в постоянной дозировке для длительного приема под контролем медицинских работников.

Показаниями для назначения ЗМТ в Республике Беларусь являются установленный диагноз опиоидной зависимости и возраст старше 18 лет, но при наличии ВИЧ-инфекции возможно и более раннее начало лечения.

Метадон – лекарственное наркотическое средство группы опиоидов, разрешенное к контролируемому обороту, включенное в список 2 Республиканского перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих государственному контролю в Республике Беларусь (далее – Республиканский перечень).

Согласно статьи 17 Закона Республики Беларусь от 01.07.2012 г. «О наркотических средствах, психотропных веществах и их прекурсорах» в медицинских целях могут приобретаться, реализовываться и использоваться наркотические средства, включенные в списки 2 и 3 Республиканского перечня, в порядке, установленном Министерством здравоохранения.

С 1999 года по инициативе Программы развития Организации Объединенных Наций (далее – ПРООН) предпринимались попытки внедрения проекта ОЗТ бупренорфином среди потребителей инъекционных наркотиков (далее – ПИН) в г. Светлогорске, Гомельской области в связи с наибольшим числом случаев ВИЧ среди жителей города и с высокой долей ВИЧ-инфицированных ПИН.

В 2002–2004 гг. ПРООН совместно с Минздравом изучал предложения по реализации пилотного проекта ОЗТ метадонном, который был поддержан Министерством внутренних дел Республики Беларусь (далее – МВД).

Подготовка к реализации пилотного проекта ЗМТ была начата в начале 2005 г. в связи с началом реализации проекта ПРООН «Профилактика и лечение ВИЧ/СПИДа в Республике Беларусь», финансируемого грантом Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией (далее – Глобальный фонд), которым было предусмотрено внедрение в Республике Беларусь ЗМТ в районах с высокой распространенностью наркомании. Предполагалось в течение 5 лет реализации проекта создать 5 центров ЗМТ, которыми планировалось охватывать 250 пациентов или 5% от общего числа зависимых от опиоидов (5000 пациентов на начало 2005 г.).

Минздрав решил, что до начала широкого применения ЗМТ в Республике Беларусь целесообразно провести пилотный проект по ее оценке эффективности для 50 пациентов с наркоманией в Гомельской области.

Пилотный проект ЗМТ в Беларуси проводился в течение 2 лет с октября 2007 г. в Гомельском областном наркологическом диспансере для 50 пациентов с ВИЧ/СПИД и сопутствующими соматическими заболеваниями.

Применение ЗМТ в рамках пилотного проекта было разделено на 2 этапа: подбор дозы метадона в

условиях наркологического стационарного отделения и амбулаторное применение метадона (контроль состояния пациентов, коррекция врачом дозировки, исследования мочи на наркотики).

Во время реализации проекта для оценки его эффективности ежеквартально использовались стандартизированные инструменты. С пациентами пилотного проекта работали психологи и социальный работник, их консультировали гинеколог, инфекционист, фтизиатр, терапевт. ВИЧ-инфицированные участники ОЗТ посещали собрания группы взаимопомощи.

В рамках пилотного проекта ЗМТ получали 115 пациентов, из них 114 – с вирусными гепатитами и 39 – с ВИЧ-инфекцией, среди которых 10 были на антиретровирусной терапии (далее – АРВ терапия). Среди пациентов ОЗТ не было зафиксировано ни одного нового случая ВИЧ-инфекции.

В 2008 г. реализация пилотного проекта ЗМТ получила положительную оценку эксперта Всемирной организации здравоохранения (далее – ВОЗ).

В конце 2009 г. ЗМТ получали 74 пациента: 24 женщины и 50 мужчин. Отмечены снижение уровня рискованного инъекционного и сексуального поведения, в 96% полное прекращение потребления психоактивных веществ, улучшение социального статуса (восстановление семейных отношений – детей воспитывали 33 человека, 4 восстановили родительские права, трудоустроены – 34 человека (46% из 74 пациентов)).

За время проекта в места лишения свободы попало 6 человек, из них трое за ранее совершенные преступления (до начала ЗМТ). 1 пациент умер от СПИДа. Случаев утечки метадона в незаконный оборот не было.

За время пилотного проекта 15 человек прекратили ЗМТ по собственному желанию, из них на момент его окончания у 7 отмечалось стойкое воздержание от наркотиков.

Удержание в пилотном проекте ЗМТ соответствовало требованиям Минздрава (выше 80%): 19 пациентов из 115 (16,5%) были исключены за нарушение режима лечения, 3 пациента (2,6%) – совершили преступления за время нахождения в программе.

В октябре 2009 г. лечебно-контрольный совет Минздрава, оценив результаты пилотного проекта ЗМТ, пришел к выводу о возможности применения данного метода лечения опиоидной зависимости во всех наркологических организациях здравоохранения нашей страны.

С 2009 г. после окончания пилотного проекта в г. Гомеле новые кабинеты ЗМТ стали открываться в организациях здравоохранения во всех

регионах: в 2009 г. – 1, в 2010 г. – 5, в 2011 г. – 5, в 2012 г. – 2, в 2013 г. – 2.

Обычно команда кабинета ЗМТ включает врача, 2 медицинских сестер и психолога. Пациентам доступны психологическое консультирование, групповая терапия, с ними проводится социальная работа консультантом (выздоровливающий по 12 шагам), обеспечено обследование и лечение соматических заболеваний (в т.ч. ВИЧ, туберкулез (далее – ТБ)). Часть пациентов ЗМТ вовлечены в программы социального сопровождения для ПИН, живущих с ВИЧ: им оказывается содействие в трудоустройстве, прохождении курсов по приобретению специальности, созданы группы взаимопомощи для пациентов ЗМТ и для их родственников. Сотрудниками программ ЗМТ проводились поиск гуманитарной помощи семьям пациентов и организация помощи (медицинской и социальной) их детям и их досуга.

В мае 2013 г. 1-й кабинет ЗМТ для лечения пациентов с наркоманией, ТБ и ВИЧ был открыт в Гомельской областной туберкулезной больнице.

На начало июля 2012 г. в 16 медицинских учреждениях всех регионов Беларуси ЗМТ получали более 1000 пациентов, из них более 35% являлись ВИЧ-инфицированными, из которых более 50% получали антиретровирусную терапию (80% нуждающихся в ней). 60% пациентов были трудоустроены, при этом в некоторых программах работают до 90%.

На фоне ЗМТ у большинства пациентов улучшилась социальная адаптация: многие матери восстановили родительские права и вернули детей из интернатных учреждений, все больше пациенток ЗМТ рожают детей.

За преступления, совершенные во время получения ЗМТ и связанные с наркотиками, были осуждены лишь единицы. Случаев утечки метадона в незаконный оборот правоохранительными органами зафиксировано не было.

Хотя Беларусь имеет уже более чем пятилетний опыт применения ЗМТ, остались нерешенными вопросы по продолжению ее применения после прекращения финансирования за счет средств грантов Глобального фонда, которое будет окончено после 2015 года.

В 2012 г. на республиканской конференции, посвященной 5-летию применения ЗМТ в Беларуси, было принято решение провести оценку социо-экономической эффективности ЗМТ на примере Гомельской области.

Результаты проведенного исследования могут послужить доказательной основой для принятия управленческих решений в отношении программ ЗМТ наркомании в Республике Беларусь.

3. Нормативно-правовое и финансовое обеспечение организации программ заместительной терапии

*3.1. Íáçíð çàéí í íäà ò äëüñ ò äà Ðãñí óáéë è è Áä-
ëäðóñí ï í áííðíñà ì ää-áíëý íäðéí ì àíë è è íáíá-
õíäè ì úõ èç ì áíáíëé ï í íáññíá-áíëþ òñ ò íé-èáíñ-
ò è ïðíääà ì ì çà ì áñò è ò äëüííé ò äðàíë è è ïð è è ò
í ääðóíä ì í áííóáäñ ò ääí í íá ò è í áíñèðíäáíëä*

*3.1.1. Çàéí í íäà ò äëüñ ò äà Ðãñí óáéë è è Áäëäðóñí
ï í áííðíñà ì ää-áíëý íäðéí ì àíë è è*

В настоящее время вопросы оказания медицинской помощи пациентам, страдающим наркоманией (в Международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ-10) используется термин синдром зависимости от наркотических средств (далее – наркотики)), урегулированы целым рядом законодательных и нормативных правовых актов.

Статьей 30 Закона Республики Беларусь от 18.06.1993 «О здравоохранении» (далее – Закон о здравоохранении) регламентированы вопросы организации медицинской помощи лицам, страдающим наркоманией. В данной статье указано, что порядок признания лица больным хроническим алкоголизмом, наркоманией, токсикоманией, а также порядок и условия оказания ему медицинской помощи определяются Министерством здравоохранения Республики Беларусь (далее – Минздрав). Ей также установлено, что принудительное обследование в целях установления диагноза наркомании осуществляется на основании постановления органов внутренних дел, а принудительное лечение – по решению суда.

Применение принудительных мер безопасности и лечения к лицам, страдающим наркоманией, осуществляется в соответствии со статьей 107 Уголовного Кодекса Республики Беларусь. Там указано, что в случае совершения преступления лицами, страдающими наркоманией, суд при наличии медицинского заключения наряду с наказанием за совершенное преступление может применить к ним принудительное лечение. Лечение от наркомании осужденных к аресту, лишению свободы или пожизненному заключению проводится по месту отбывания наказания, а осужденных к иным видам наказания или иным мерам уголовной ответственности – по месту жительства путем принудительного амбулаторного наблюдения и лечения. Прекращение принудительного лечения производится судом на основании заключения медицинской комиссии учреждения, в котором лица находятся на излечении.

В соответствии со статьей 1 Закона Республики Беларусь от 01.07.2013 «О наркотических средствах,

психотропных веществах, их прекурсорах и аналогах» (далее – Закон о наркотиках и аналогах), наркомания – заболевание, обусловленное психической и (или) физической зависимостью от наркотиков или их аналогов.

Статья 29 Закона о наркотиках и аналогах рассматривает некоторые вопросы организации оказания медицинской и иной помощи лицам, потребляющим наркотики, и лицам, больным наркоманией. Так, лицам, потребляющим наркотики, и лицам, больным наркоманией, оказывается медицинская, психологическая, социальная, правовая и иная необходимая помощь в порядке, установленном законодательством. За лицами, больными наркоманией, в организациях здравоохранения устанавливается диспансерное наблюдение по основаниям и в порядке, установленным Минздравом.

Принудительная госпитализация и лечение в психиатрических стационарах находящихся в психиатрическом состоянии вследствие употребления наркотиков пациентов, страдающих наркоманией, осуществляется в соответствии с Законом Республики Беларусь от 07.01.2012 «Об оказании психиатрической помощи». Принудительная госпитализация осуществляется на период времени, необходимый для купирования состояния, которое послужило причиной госпитализации и лечения, вызванных им осложнений.

Порядок признания лица больным наркоманией определен постановлением Минздрава от 10.07.2002 № 53. Этим документом утверждены Положение о порядке признания лица больным хроническим алкоголизмом, наркоманией или токсикоманией и Инструкция о порядке диспансерного учета больных с зависимостью от алкоголя, наркотических и ненаркотических веществ и профилактического наблюдения лиц, употребляющих алкоголь, наркотические и ненаркотические вещества с вредными последствиями (без клинических проявлений заболевания).

Отдельного нормативного правового документа, устанавливающего гарантии предоставления медицинской помощи лицам, страдающим наркоманией, нет. На них распространяются положения статьи 4 Закона Республики Беларусь «О здравоохранении», согласно которой право граждан на доступное медицинское обслуживание обеспечивается предоставлением населению бесплатной медицинской помощи на основании государственных минимальных стандартов в области здравоохранения в государственных учреждениях здравоохранения. Первичная медицинская помощь, скорая медицинская помощь и стационарная помощь пациентам, страдающим наркоманией в соответствии с

постановлением Совета Министров Республики Беларусь (далее – Совмин) от 18.07.2002 № 963 «О государственных минимальных стандартах в области здравоохранения» предоставляется государственными организациями здравоохранения бесплатно. Кроме того, к основным видам услуг по оказанию стационарной, амбулаторно-поликлинической и скорой медицинской помощи, осуществляемых государственными организациями здравоохранения бесплатно (далее – Перечень бесплатных медицинских услуг) относятся медицинское освидетельствование врачом-психиатром-наркологом, диспансерное наркологическое наблюдение. Стационарное лечение при наркомании проводится, если имеются показания для госпитализации по направлениям в соответствии с критериями и порядком госпитализации, определяемыми Минздравом.

В перечень платных медицинских услуг, оказываемых гражданам Республики Беларусь государственными учреждениями здравоохранения, утвержденный постановлением Совмина от 10.02.2009 № 182 (далее – Перечень платных медицинских услуг), включены следующие услуги, которые могут оказываться по желанию наркозависимых пациентов: оказание наркологической и токсикологической помощи гражданам анонимно; назначение лекарственных средств лицам, признанным больными наркоманией, а также в связи с потреблением с вредными последствиями наркотиков.

В соответствии с Инструкцией о порядке и условиях оказания медицинской, в том числе психиатрической, помощи анонимно, утвержденной постановлением Минздрава от 24.07.2012 № 111, анонимно наркозависимым может оказываться психотерапевтическая наркологическая и токсикологическая помощь, а также назначение лекарственных средств лицам, признанным больными наркоманией, а также в связи с потреблением с вредными последствиями наркотических средств, психотропных, токсических и других одурманивающих веществ.

Основным нормативно-правовым документом, регулирующим оказание медицинской помощи в пенитенциарной системе осужденным, страдающим наркоманией, является постановление Министерства внутренних дел Республики Беларусь (далее – МВД) и Минздрава от 27.08.2003 № 202/39 «Об утверждении Инструкции по медицинскому обеспечению лиц, содержащихся в учреждениях уголовно-исполнительной системы Министерства внутренних дел Республики Беларусь». Главой 36 данной инструкции установлено, что администрация учреждения уголовно-исполнительной системы обеспечивает условия для проведения амбулаторного, а при необходимости и стационарного лечения боль-

ных наркоманией на период их нахождения в учреждении. Конкретный выбор методов лечения осуществляет врач психиатр-нарколог или врач-психиатр с учетом индивидуальных особенностей больных наркоманией, вида и стадии наркомании, сопутствующих заболеваний в соответствии с нормативными правовыми актами Минздрава и МВД.

Непосредственно методы и методики лечения наркомании определены соответствующим разделом клинического протокола оказания медицинской помощи пациентам с психическими и поведенческими расстройствами приказа Минздрава от 31.12.2010 № 1387.

В последние годы существенно модернизировались подходы по правовому регулированию вопросов профилактики и лечения наркомании: так, был отменен целый ряд нормативных правовых актов Минздрава и МВД (приказ Минздрава и МВД от 16.02.1998 № 27/40 «Об утверждении Инструкции о порядке выявления и учета лиц, допускающих немедицинское потребление наркотических или других средств, влекущих одурманивание, оформления и направления на принудительную изоляцию больных наркоманией», постановление Минздрава от 01.06.2006 № 39 «Об утверждении Инструкции по организации принудительного амбулаторного наблюдения и лечения лиц, осужденных к наказаниям, не связанным с лишением свободы, и признанных больными алкоголизмом, наркоманией или токсикоманией, но имеющих медицинские или возрастные противопоказания для помещения в лечебно-трудовые профилактории», постановление МВД и Минздрава от 28.12.2000 № 237/59), которые не отвечали современным реалиям: росту ВИЧ-инфекции, изменению наркосцены (переход от маковой соломки, героина и «уличного метадона» к опиатам, изготовленным из семян мака), изменению правового регулирования в сфере здравоохранения, появления новых эффективных методов лечения наркомании (ЗМТ, медицинская реабилитация).

Таким образом, проведенный анализ показал, что имеется ряд нормативных документов, регулирующих вопросы лечения наркомании, которые, тем не менее, нуждаются в переработке с учетом опыта их практического применения и изменений в текущей наркоситуации.

3.1.2. *Íáíáóîüè ì ùá èç ìáíáíèÿ çàèíííààðäëü-ñðàà òí íáññíá-áíèþ òñðíé-èáññðè ìðíáðà ì çà-ìáñðèèðäëüííé ìàðááíííáíé ðáððàìèè (ÇÌÒ)*

Финансирование программ ОЗТ осуществляется за счет средств грантов Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, и будет прекращено после 2015 года.

В случае принятия решения о возможности продолжения применения ЗМТ ее устойчивость может быть обеспечена двумя путями: государственным финансированием программ ЗМТ или применение ЗМТ в рамках оказания платных медицинских услуг по наркологии.

Первый сценарий потребует включения ЗМТ в Перечень бесплатных медицинских услуг (постановление Совмина от 18.07.2002 № 963). Это может быть произведено либо путем непосредственного изменения перечня, либо включения пациентов ЗМТ в одну из групп диспансерного наркологического наблюдения, определенных постановлением Минздрава от 10.07.2002 № 53. Индукция (подбор дозировки метадона) или детоксикация (снижение дозировки метадона) в стационарных условиях также могут быть бесплатными по аналогии с детоксикацией при наркомании с использованием психотропных средств, что потребует внесения их в данный перечень.

Для реализации этого сценария необходимо отработать механизм закупки лекарственного средства «метадон» за счет средств бюджета, по аналогии с механизмом закупки лекарственных средств для АРВ-терапии. В этой связи, следует рассмотреть вопрос о целесообразности включения лекарственного средства «метадон» в Перечень основных лекарственных средств, утвержденный постановлением Минздрава от 16.07.2007 № 65.

Второй сценарий требует включения ЗМТ в перечень платных медицинских услуг (постановление Совмина от 10.02.2009 № 182). Стоимость данной платной медицинской услуги должна покрывать затраты на применение ЗМТ: стоимость лекарственного средства (самая малая часть расходов), его транспортировку, оплату труда медицинских работников, оплату системы охраны кабинетов ЗМТ и пр. Должно быть определено будет ли такая оплата ежедневной (по факту оказания услуги или предоплата перед ее оказанием) или пациент должен оплатить часть курса ЗМТ (за неделю, месяц или другой срок). Также следует предусмотреть тактику врача, если пациент не может оплатить прием очередной дозы лекарства: прекращение терапии, приостановление ее, продолжение лечения до внесения оплаты или начало терапии на бесплатных (льготных) условиях (например, для лиц, зарегистрированных безработными, или освободившихся из мест заключения). При этом, осужденных наркозависимых, а также лиц с инвалидностью вследствие ВИЧ или других заболеваний, беременных женщин, лиц с сопутствующими тяжелыми психическими расстройствами (заболеваниями) целесообразно отнести к группе с бесплатным (льготным) обеспечением лекарствен-

ным средством (метадоном). Это потребует включения применения ЗМТ у этой особой группы в Перечень бесплатных медицинских услуг (постановление Совмина от 18.07.2002 № 963), а метадона – в перечень основных лекарственных средств (постановление Минздрава от 16.07.2007 № 65, в редакции постановления Минздрава от 26.03.2012 № 25), с указанием конкретных случаев его применения.

В случае принятия решения о нецелесообразности применения ЗМТ в Республике Беларусь необходимо в течение 2-го полугодия 2015 г. начать проведение детоксикации (снижение дозировки метадона) всем желающим пациентам программ ЗМТ в амбулаторных, а при необходимости и в стационарных условиях. В последнем случае потребуются передача лекарственного средства «метадон» в специализированные стационарные отделения для лечения наркомании, а также иные наркологические и психиатрические стационары. Для тех пациентов, кто примет решение после детоксикации пройти стационарную медицинскую реабилитацию в государственных организациях здравоохранения, необходимо предусмотреть плановые госпитализации в реабилитационные центры в регионах.

В целях обсуждения вопросов оценки эффективности ЗМТ в Республике Беларусь целесообразно провести круглый стол с привлечением всех заинтересованных, в том числе пациентов ЗМТ, их родителей, общественных организаций, занимающихся профилактикой ВИЧ/СПИД и наркомании, на котором обсудить возможные негативные моменты, которые возникнут в случае прекращения программ ЗМТ, в целях их предотвращения.

3.2. Íõáíèà í îðìàð èáííé áàçû òðìãðà ì ì Ñ Ì Ò è çàððàð çäðááí îððáíáí èÿ íà áá ðäàèèçàðèè p

3.2.1. Í îðìàð èáííèá çà ðäàèèçàðèè òðìãðà ì ì Ñ Ì Ò á Áäèððèè

Проведение ЗМТ полностью соответствует требованиям Закона о наркотиках и аналогах. В целях обеспечения гарантированного статьей 45 Конституции Республики Беларусь права граждан на охрану здоровья, в статье 18 Закона о наркотиках и аналогах предусмотрена возможность использования наркотиков в медицинских целях для облегчения боли и физического (психического) страдания, связанных с заболеванием и (или) медицинским вмешательством.

Метадон входит в список особо опасных наркотических средств и психотропных веществ, разрешенных к контролируемому обороту (список 2) (постановление Минздрава от 28 мая 2003 г. № 26 «Об утверждении республиканского перечня наркоти-

ческих средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих государственному контролю в Республике Беларусь»).

В соответствии со статьей 18 Закона о наркотиках и аналогах лекарственное средство «метадон» может быть приобретено, реализовано и использовано в медицинских целях в порядке, установленном Министерством здравоохранения. Данный порядок определен Инструкцией о порядке приобретения, хранения, реализации и использования наркотических средств и психотропных веществ в медицинских целях, утвержденной постановлением Минздрава от 28.12.2004 № 51.

Помещения, в которых осуществляется хранение лекарственного средства «метадон» и его медицинское применение, должны соответствовать требованиям Инструкции о требованиях к технической укрепленности и оснащению техническими системами охраны помещений, предназначенных для хранения наркотических средств и психотропных веществ, утвержденной постановлением МВД, Минздрава от 04.04.2005 № 105/9.

Порядок реализации пилотного проекта ЗТМ был определен постановлением Минздрава от 16.09.2005 № 31 «Об утверждении Инструкции о порядке проведения заместительной терапии метадонном в Гомельском областном наркологическом диспансере лицам с наркотической зависимостью, больным СПИД в рамках исполнения проекта международной технической помощи «Профилактика и лечение ВИЧ/СПИДа в Республике Беларусь» и приказом Минздрава от 04.09.2007 № 718 «О реализации в Гомельском областном наркологическом диспансере пилотного проекта по применению заместительной терапии лицам с наркотической зависимостью в рамках исполнения проекта международной технической помощи «Профилактика и лечение ВИЧ/СПИДа в Республике Беларусь».

Функционирование в Республике Беларусь кабинетов ЗТМ рассматривается, в том числе в рамках государственных мер по профилактике ВИЧ-инфекции, предусмотренных Государственной программой профилактики ВИЧ-инфекции на 2011-2015 годы, утвержденной постановлением Совмина от 04.07.2011 № 269.

В настоящее время основным документом, регламентирующим применение ЗТМ, является клинический протокол применения заместительной терапии у лиц с наркотической опиоидной зависимостью, утвержденный приказом Минздрава от 16.11.2010 № 1233 «О применении заместительной терапии у лиц с наркотической опиоидной зависимостью».

Штатное расписание кабинета ЗТМ, как структурного подразделения наркологической организа-

ции здравоохранения, определено постановлением Минздрава от 30.04.2008 № 81 «Об утверждении примерных штатных нормативов медицинского и фармацевтического персонала наркологических диспансеров, отделений и кабинетов».

Кроме клинического протокола применения заместительной терапии у лиц с наркотической опиоидной зависимостью в Республике Беларусь, применение лекарственного средства «метадон» предусмотрено:

- для лечения опиоидной зависимости – клиническим протоколом оказания медицинской помощи пациентам с психическими расстройствами (заболеваниями), утвержденным приказом Минздрава от 31.12.2010 № 1387,
- в качестве анальгетика при лечении сильной боли – клиническим протоколом «Фармакотерапия хронической боли у пациентов с онкологической патологией», утвержденным приказом Минздрава от 10.12.2010 № 1318, клиническими протоколами оказания паллиативной медицинской помощи детскому населению, утвержденными приказом Минздрава от 19.07.2013 № 811.

Таким образом, в настоящее время нормативная база, регулирующая ЗТМ, касается в основном клинических аспектов ее применения, не касаясь правовых и социальных последствий применения этого метода.

В случае принятия решения о возможности продолжения применения ЗТМ необходимо совершенствование ее нормативной правовой базы.

В настоящее время не разработано положение о кабинете заместительной терапии, нет табеля оснащения кабинета заместительной терапии.

Данные вопросы может урегулировать принятие приказа Минздрава, которым будут утверждены Положение о кабинете заместительной терапии наркомании и Примерный табель его оснащения изделиями медицинского назначения и медицинской техникой.

Необходимо определить нагрузку на врача-психиатра-нарколога и медицинскую сестру кабинета ЗТМ, т.е. внести соответствующие изменения в постановление Минздрава от 13.12.2007 № 161 «Об утверждении отраслевых норм времени обслуживания взрослого и детского населения врачами государственных организаций (подразделений) здравоохранения, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь, финансируемых за счет средств бюджета».

До настоящего времени не разработаны принципы диспансерного наблюдения пациентов заместительной терапии, что требует внесения изменений в постановление Минздрава от 10.07.2002 № 53.

Не решены вопросы социальной адаптации (трудоустройства) пациентов ЗМТ, что требует внесения изменений в Инструкцию о порядке проведения обязательных медицинских осмотров работающих, утвержденной постановлением Минздрава от 28 апреля 2010 г. № 47. Данная инструкция определяет, что наркомания относится к заболеваниям (состояниям), являющимися общими противопоказаниями к работе с вредными и (или) опасными условиями труда, в случае, если препятствует выполнению профессиональных обязанностей. В отношении лиц, страдающих наркоманией, находящихся в стабильной лекарственной ремиссии (в программе ЗМТ), специальных ограничений не установлено.

Кроме того, в соответствии с постановлением Минздрава от 28.04.2008 № 78, наркомания включена в перечень заболеваний и противопоказаний, препятствующих управлению механическими транспортными средствами, самоходными машинами. Однако, после специального лечения с положительными результатами и наличии стойкой ремиссии не менее 3 лет, вопрос о допуске к управлению при наличии у пациента зависимости от наркотических средств решается врачебно-консультационной комиссией областного наркологического диспансера. Это положение, в случае отсутствия признаков токсического (опьяняющего) действия метадона, можно применять и к пациентам программы ЗМТ.

Требуется также комплексный анализ нормативных правовых актов в области здравоохранения, связанных с организацией оказания медицинской и психологической помощи ПИН и наркозависимых, который мог бы выявить иные их положения, требующие пересмотра.

3.2.2. *Ñðààíèè òðàèóíàÿ ïòàíèà çà òðà ò àíñòàä- ñòðàà ïà ðààèèçàöèÿ ïðèàðàè ïà ÇÌÒ è à èííò- ðèèóííèè àðòèíà ïàðèèíí òðààèèðàèè*

В 2009 г. после двух лет применения ЗМТ и после окончания пилотного проекта в Гомельском областном наркологическом диспансере (далее – Гомельский ОНД) была проведена оценка затрат государства на оказание медицинской помощи пациентам, потребляющим наркотики в Гомельской области, что было предусмотрено пунктом 4 мероприятий Государственной программы комплексных мер противодействия наркомании, незаконному обороту наркотиков и связанных с ними правонарушениями в Республике Беларусь на 2009-2013 годы, утвержденной постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 30 октября 2008 г. № 1634 (далее – Государственная программа). Приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 31 декабря 2008 г. № 1185 был утвержден План реализации отдельных мероприятий Государственной программы, который предусматривал определение совокупности материальных затрат, связанных с лечением больных наркоманией, для дальнейшей оптимизации деятельности в данном направлении. Всего в Гомельской области в 2009 г. затраты, связанные с лечением наркомании и ее последствий и применением наркотических средств в системе здравоохранения, составили 972 824,8 тыс. рублей (без учета затрат на кабинет ЗМТ Гомельского ОНД и без учета затрат на лечение (антиретровирусная терапия (далее – АРВ-терапия) и лечение оппортунистических инфекций) потребителей инъекционных наркотиков (далее – ПИН), имеющих ВИЧ-инфекцию).

№ п/п	Вид затрат	Затраты, тыс. руб.
1	на оказание медицинской помощи пациентам, потребляющим наркотики с вредными последствиями и страдающими наркоманией, в специализированных организациях здравоохранения (наркологические кабинеты и отделения ЦРБ, диспансеры)	144 814,8
2	на оказание медицинской помощи пациентам, потребляющим наркотики с вредными последствиями и страдающими наркоманией, в иных (не наркологических) организациях здравоохранения	75 004,0
3	на оказание медицинской помощи пациентам, заболевания которых были связаны с потреблением наркотических средств (циррозы печени и вирусные гепатиты В и С, ТБ, ЗППП, сепсис, поражения сердца, вен и др. органов)	68 772,0
4	на обеспечение технической укрепленности и оснащение техническими системами охраны помещений, предназначенных для хранения наркотических средств и психотропных веществ	753 006,0
5	Итого	972 824,8

Итого в Гомельской области в 2009 г. непосредственно медицинские (прямые) расходы на всех наркологических пациентов (всего наблюдалось на начало 2009 г. 1151 наркозависимых) со-

ставили 288590,8. Соответственно, средние затраты на 1 диспансерного наркологического пациента составили 250,73 руб. в год или 0,687 тыс. руб. в сутки.

Общие расходы организаций здравоохранения в пересчете на 1 пациента, страдающего наркоманией, в Гомельской области в 2009 г. составили 845,2 тыс. руб. в год или 2,316 тыс. руб. в сутки.

По состоянию на 01.01.2009 курс доллара США к белорусскому рублю составил 2,2 тыс. В этой связи, затраты системы здравоохранения на 1 пациента в 2009 г. составили 1,05 доллара США в сутки.

На начало 2009 г. ЗМТ в г. Гомеле получали 47 пациентов, со средней дозировкой метадона около 100 мг в сутки. В течение года число пациентов колебалось в пределах 45-55 человек. После проведения ЛКС Минздрава в октябре 2009 г. начато увеличение набора в программу ЗМТ, и число пациентов достигло 84 по состоянию на 31.12.2009 г. В 2009 г. для

ЗМТ использовался раствора метадон (5 мг в 1 мл), который был расфасован во флаконы по 1000 мл. Соответственно, с учетом среднего количества пациентов в 2009 г. (50 человек) и средней дозировки метадона, получаемой пациентом ежедневно (100 мг в сутки или 20 мл раствора метадона 5 мг / 1 мл) среднесуточный расход метадона составлял около 1000 мл или 1 флакон. Годовой объем использования метадона для 50 пациентов в 2009 г. составил 365 флаконов.

Затраты на реализацию пилотной программы ЗМТ в Гомельской области в 2009 г. составили 40179,69 тыс. руб., что на 1 пациента составило 803,594 тыс. руб. в год или 2,202 тыс. руб. (1 доллар США при курсе доллара США к белорусскому рублю в 2,2 тыс. на 01.01.2009) за сутки.

Данные расходы не учитывают стоимость экспресс-тестов для определения наркотических средств и психотропных веществ, стоимость химико-токсикологических лабораторных исследований на их оп-

тами (с точки зрения достижения длительного воздержания от употребления нелегальных внутривенных наркотиков/ремиссии).

№	Статья расхода	Затраты, тыс. руб.
1	Оплата работы медицинского персонала кой сестры, выдающей метадон, транспортом организации здравоохранения к пациентам, находящимся на лечении в других стационарах г. Гомеля или в домашних условиях	13738,131
2	Приобретение одноразовых стаканчиков	331,688
3	Оплата услуг охранной сигнализации	2247,156
4	Канцелярские товары, вода питьевая	1347,711
5	Приобретение метадона (Стоимость 1 флакона раствора метадона (5 мг в 1 мл) 2009 г. – 22315,005 руб.)	22315,005
6	Итого	40179,69

ределение, а также стоимость доставки медицинской сестры, выдающей метадон, транспортом организации здравоохранения к пациентам, находящимся на лечении в других стационарах г. Гомеля или в домашних условиях. Проведенные расчеты показывают, что медицинские (прямые) затраты на ведение 1 пациента программы ЗМТ (à 2009 г. – 1,05 äîëëäð Ñ Ø Ä à ñò ò-èè) сопоставимы с затратами системы здравоохранения на 1 находящегося на диспансерном наблюдении наркозависимого пациента, не получающего этого лечения (à 2009 г. – 1,05 äîëëäð Ñ Ø Ä à ñò ò-èè).

4. Анализ статистических результатов и социально-экономической эффективности программы заместительной терапии

При этом следует учесть, что пациенты программы ЗМТ ежедневно осматриваются медицинской сестрой при выдаче метадона и не реже, чем раз в неделю врачом-наркологом при назначении (изменении дозировки) метадона (в среднем 50 посещения в год). В 2009 г. на 1151 диспансерного наркозависимого пациента Гомельской области приходилось 4064 посещения врача-нарколога (в среднем 4 посещения в год).

4.1. Таргетная стратегия в наркологии: анализ эффективности и социально-экономической эффективности программы заместительной терапии

При сопоставимых затратах ЗМТ является более эффективным способом организации диспансерного наблюдения за наркозависимыми пациен-

По согласованию с главным наркологом Министерства здравоохранения Республики Беларусь, координатором по вопросам ЗМТ и ППМР и ведущим экспертом был разработан график визитов в кабинеты заместительной метадоновой терапии (ЗМТ).
 Были разработаны инструменты для сбора данных:
 – анкета для заполнения пациентами ЗМТ (для оценки наиболее частых проблемных областей также использовались стандартизированные шкалы для самооценки потребления алкоголя, депрессии и тревоги);
 – форма для полуструктурированного интервью;
 – анкета для заполнения медицинским работником кабинетов ЗМТ.
 Проводился анализ доступных статистических данных для оценки социо-экономических последствий распространенности наркопотребления в Рес-

публике Беларусь и оценка влияния реализации программы заместительной терапии на наркопотребителей Гомельской области.

Совместно с координатором по вопросам ЗМТ и ППМР проведены визиты во все кабинеты ЗМТ Гомельской области: кабинет ЗМТ г. Гомеля (Гомельский областной наркологический диспансер); кабинеты ЗМТ в г. Светлогорске, г. Жлобине, г. Речице, г. Мозыре.

Во время визитов проводились анкетирование и интервьюирование специалистов программ ЗМТ в г. Гомеле и Гомельской области, с охватом бумажными анкетами и устными интервью пациентов программ ЗМТ.

Описание ситуации с ЗМТ в Беларуси

Опыт использования ЗМТ в Беларуси насчитывает более 5 лет, поэтому оценка ее социо-экономической эффективности важна не только для принятия решения о возможности продолжения финансирования из средств государственного бюджета, но и для оценки региональных практик ее применения, сильных и слабых сторон, возможностей повышения качества предоставления данного лечения.

Пилотный проект ОЗТ в Беларуси проводился в Гомельском областном наркологическом диспансере для 50 пациентов с ВИЧ/СПИД в течение 2 лет с октября 2007 г. до октября 2009 г., после анализа результатов которого лечебно-контрольным советом Министерства здравоохранения Беларуси применение ЗМТ было признано эффективным и раз-

решено к использованию в наркологических организациях.

С 2009 г. после окончания пилотного проекта стали открываться новые программы ОЗТ во всех регионах: в 2009 г. – 1, в 2010 г. – 5, в 2011 г. – 5, в 2012 г. – 2, в 2013 г. – 3 (в т.ч. кабинет в Гомельской туббольнице).

В соответствии с утвержденным Министерством здравоохранения Беларуси в 2010 г. приказом показателями для назначения ОЗТ являются установленный диагноз опиоидной зависимости и возраст старше 18 лет, но при наличии ВИЧ-инфекции возможно и ее ранее начало.

Для изучения влияния программ ЗМТ на наркопотребление, наркопреступность, социальные последствия наркомании проводились сравнительные оценки ситуации в течение 5 лет до и после начала ЗМТ.

Ситуация с наркопотреблением и наркоманией в Беларуси и возможные влияния на нее программы ЗМТ

1. ЗМТ и повышение охвата наркопотребителей помощью

За период с 2003 по 2012 г. общее число наблюдаемых наркологами наркопотребителей увеличилось на 80% (2003 г. – 8389, 2012 г. – 15079), наркозависимых – на 73% (в 2003 г. – 5978, 2012 г. – 10118), лиц, злоупотребляющих наркотиками, – на 79% (в 2003 г. – 2766, в 2012 г. – 4960).

На 1 июля 2013 г. под наблюдением наркологической службы Беларуси находились 15594 наркопотребителя, из них 10458 наркозависимых и 5109 злоупотребляющих наркотиками лиц, в течение 6 месяцев 2013 г. было взято под наблюдение 210 нар-

копотребителей, из них 960 наркозависимых и 1140 злоупотребляющих наркотиками.

Наиболее проблемными по числу наркопотребителей регионами Беларуси являются г. Минск (7291) и Гомельская область (2110).

За 1 полугодие 2013 г. число наблюдаемых на учете наркозависимых увеличилось на 367 или 3,6%, наркопотребителей – на 149 или на 3%.

За 5 лет до начала применения ЗМТ (2003-2007 гг.) число наркопотребителей, наблюдаемых наркологами Беларуси, выросло на 20% (на 1704 чел.), а за 5 лет после начала ее применения (2008-2012 гг.) число данных лиц выросло на 30% (на 3474 чел. или в 2 раза больше).

Вывод № 1: одним из показателей социальной эффективности ЗМТ в Беларуси является уменьшение латентности наркопотребления и повышение числа пациентов, охваченных наблюдением наркологов.

2. ЗМТ и повышение выявляемости наркопотребителей

Государственной программой комплексных мер противодействия наркомании, незаконному обороту наркотиков и связанным с ними правонарушениям в Республике Беларусь на 2009-2013 гг. предусмотрено по результатам ее реализации достичь увеличения выявляемости лиц, незаконно употребляющих наркотические средства, и сокращения их числа (увеличения числа прекративших потребление).

За 5 лет после начала применения ЗМТ число пациентов с впервые установленным диагнозом наркозависимости увеличилось на 43% (за 2008 г. – 1395, за 2012 г. – 2003), за 5 лет до ЗМТ рост выявляемости наркозависимых составил 23% (за 2003 г. – 909, за 2007 г. – 1122).

За 5 лет после начала применения ЗМТ выявляемость наркопотребителей увеличилась на 14% (за 2008 г. – 1781, за 2012 г. – 2030), до ЗМТ рост выявляемости наркопотребителей составил 17% (за 2003 г. – 1550, за 2007 г. – 1822).

Вывод № 2: После начала применения ЗМТ темп роста выявляемости пациентов с наркозависимостью был почти в 2 раза выше, чем до начала ее применения, при этом снизился темп роста выявляемости наркопотребителей (не имеющих зависимости).

3. Внедрение ЗМТ в Беларуси не только не привело к росту случаев наркомании и токсикомании среди молодежи, но и стабилизировало частоту злоупотребления опиатными наркотиками

За 5 лет применения ЗМТ снизилось более чем в 2 раза число лиц с впервые установленным диагнозом наркомании и токсикомании:

- несовершеннолетних (в возрасте до 18 лет) (за 2007 г. – 46 или 2,5 на 100 тыс. детского населения, за 2011 г. – 21 или 1,2),

- молодых людей в возрасте 18-19 лет (за 2007 г. – 135 или 43,5 на 100 тыс. населения соответствующего возраста, за 2011 г. – 63 или 24,8).

Вывод № 3: Утверждения противников ЗМТ о том, что данный метод лечения способствует росту наркомании, безосновательны.

4. Сокращение числа активных наркопотребителей

За время применения ЗМТ сократилось число лиц, продолжающих наркопотребление, и увеличилось число наркозависимых, снимаемых с учета по ремиссии: в 2004 г. с учета было снято 212 наркозависимых в ремиссии (3,4% от всех наблюдаемых 6129 пациентов); в 2007 г. – 4,4% от всех наблюдаемых 6873 пациентов), в 2011 г. с учета было снято 489 наркозависимых в ремиссии (5,3% от всех 9230 наркозависимых).

Вывод № 4: Стабилизация пациентов на ЗМТ способствует достижению длительных ремиссий и снятию с наркоучета.

5. ЗМТ и применение других методов лечения, ориентированных на полный отказ от употребления наркотических средств

За последнее десятилетие значительно возрос охват стационарным лечением больных наркоманией, стоящих под наблюдением наркологической службы: в 2004 г. – 14,3%, в 2012 г. – 25,4%.

До 2007 г. в Республике Беларусь не было государственных центров или отделений реабилитации наркозависимых пациентов.

За последние 5 лет (2007-2012 гг.) в стране открылось 4 новых государственных реабилитационных отделения мощностью 120 коек, в которых в 2012 г. реабилитацию прошли более 1000 наркозависимых.

Вывод № 5: Применение ЗМТ наряду с другими методами лечения наркомании, ориентированными на полный отказ от употребления наркотических средств, способствует сокращению числа лиц, незаконно употребляющих наркотические средства.

6. ЗМТ и стабилизация уровня преступности, связанной с незаконным оборотом наркотических средств

Начиная с 2003 г. в Беларуси последовательно снижается количество зарегистрированных наркопреступлений (преступлений, связанных с незаконным оборотом наркотиков): в 2003 г. их было 5599, в 2012 г. совершено 4207 наркопреступлений.

За 5 лет применения ЗМТ число наркопреступлений в Беларуси снизилось на 5,5% (за 2007 г. – 4452, за 2012 г. – 4207); за 5 лет до этого их число снизилось на 20% (за 2003 г. – 5599, за 2007 г. – 4452).

За 5 лет применения ЗМТ было стабильным число выявленных органами внутренних дел лиц, совершивших преступления, связанные с наркотиками по оконченному расследованием уголовным делам: в 2007 г. их было 2873, в 2011 г. – 2934.

За 5 лет применения ЗМТ число осужденных за наркопреступления снизилось на 3,1% (с 2846 в 2007 г. до 2757 в 2011 г.), при этом число молодых людей в возрасте до 30 лет осужденных за наркопреступления снизилось на 11,3% (с 1882 в 2007 г. до 1668 в 2011 г.), а их доля в общем количестве осужденных за наркопреступления снизилась на 5,6%.

Вывод: в течение последних пяти лет в республике снизился уровень преступности, связанной с незаконным оборотом наркотических средств, прежде всего, среди молодежи (до 30 лет).

7. ЗМТ и сокращение числа наркозависимых, совершающих преступления и осуждаемых к лишению свободы

За время применения ЗМТ снизилось число наркозависимых, снимаемых с учета в связи с осуждением: в 2006 г. с осуждением было снято 402 пациента (6,2% от состоящих на диспансерном учете), в 2011 г. с учета по осуждению было снято 460 наркопотребителей (4,2% от всех).

Вывод: за 5 лет отмечено снижение доли наркозависимых, снимаемых с наркологического учета в связи с осуждением.

ПРОБЛЕМА: Значительное число наркозависимых в связи с ограничением доступа к ЗМТ все же попадало в места лишения свободы и находилось там в течение продолжительного времени.

Наказание в виде лишения свободы за преступления, связанные с наркотиками, в течение последних 5 лет стало применяться реже: в 2007 г. в местах лишения свободы (в тюрьмах, в исправительных колониях для взрослых и в воспитательных колониях для несовершеннолетних) находилось 3683 лица, осужденных за наркопреступления, в 2011 г. – 3023 (на 18% меньше). Но в связи с общим сокращением числа заключенных (с 46787 в 2007 г. до 38 410 в 2011 г.) доля осужденных к лишению свободы за наркопреступления за 5 лет не изменилась и составляла 7,9%.

В тоже время, число заключенных с диагнозом наркомания в течение последних 10 лет увеличилось более чем в 2 раза (на 83% с 1286 на конец 2002 г. до 2353 в 2007 г. и на 14% с 2007 г. до 2682 в 2011 г.).

В связи с этим доля наркозависимых среди общего числа заключенных с 2007 г. по 2011 г. выросла с 5% до 7% (т.е. каждый 14 заключенный, находящийся в МЛС, страдает от наркозависимости).

Наказание в виде лишения свободы за преступления, связанные с наркотиками, в 2011 году было

назначено 1042 лицам (37% от всех 2757 осужденных за наркопреступления). Лица, осужденные в 2011 году за преступления, связанные с наркотиками к лишению свободы, распределились по срокам заключения: до 2 лет включительно – 301 осужденный, свыше 2 до 3 лет включительно – 284 осужденных, свыше 3 до 5 лет включительно – 146 осужденных, свыше 5 до 8 лет включительно – 192 осужденных, свыше 8 до 10 лет включительно – 109 осужденных, свыше 10 до 15 лет включительно – 10 осужденных.

Таким образом, при нахождении в местах лишения свободы в течение времени, предусмотренного минимальной санкцией, 1042 осужденных в 2011 г. за наркопреступления проведут по меньшей мере 3000 лет, и каждый год их пребывания будет оплачиваться из бюджета государства.

8. ЗМТ и смертность наркозависимых лиц

За 5 лет применения ЗМТ доля наркозависимых пациентов, снятых с учета в связи со смертью, по отношению ко всем состоящим на учете выросла незначительно (1,4% – в 2003 г., 1,5% – в 2007 г., 1,6% – в 2011 г.).

В большинстве случаев причинами смерти были ВИЧ/СПИД.

Вывод: повышение охвата ЗМТ ВИЧ-инфицированных наркозависимых приведет к росту приверженности к АРВ-терапии и к сокращению смертности от СПИД ассоциированных болезней.

9. ЗМТ и рост самостоятельной обращаемости наркопотребителей за наркологической помощью

Анализ динамики обстоятельств выявления новых случаев наркомании показал, что самостоятельная обращаемость самих пациентов составляла в 2004 г. 10,7%, в 2007 г. – 22,2% и достигла в 2012 г. – 44,6%.

Вывод: доступность ЗМТ привлекает в наркологические организации пациентов, которые ранее самостоятельно не обращались за помощью и не были в поле зрения органов милиции.

Результаты анализа наркоситуации в Гомельской области

1. Программа ЗМТ г. Гомеля (Гомельский областной наркодиспансер)

1.1. Пилотный проект (2007-2009)

С 1999 года по инициативе Программы развития ООН (ПРООН) предпринимались попытки внедрения проекта ОМТ среди потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) в г. Светлогорске, Гомельской области в связи с наибольшим числом случаев ВИЧ среди жителей города и с высокой долей ВИЧ-инфицированных ПИН.

В 2002-2004 гг. ПРООН неоднократно вносил в Минздрав предложения по реализации пилотного проекта «Улучшение здоровья наркозависимых с помощью терапии метадона», который был поддержан Министерством внутренних дел Республики Беларусь.

Подготовка к реализации пилотного проекта ОЗТ была начата в начале 2005 г. в связи с началом реализации проекта ПРООН «Профилактика и лечение ВИЧ/СПИДа в Республике Беларусь», финансируемого грантом Глобального фонда, которым было предусмотрено внедрение в Республике Беларусь ЗМТ в районах с высокой распространенностью наркомании.

В 2005 г. Министерством здравоохранения было принято решение что, до начала широкого применения ЗМТ, целесообразно провести в течение 2 лет пилотный проект по оценке эффективности ЗМТ в Гомельском областном наркологическом диспансере, с охватом 50 наркозависимых с ВИЧ/СПИД. В течение 2005-2007 гг. проводилась подготовка к применению ЗМТ: ремонт, оборудование и обучение.

Пилотный проект был начат 1 октября 2007 г.

На конец 2007 г. (год начала применения ЗМТ) в Гомельской области были зарегистрированы 1862 пациента (309 женщин или 16,5%) с наркоманией (1278) и потребителей наркотических средств (660). Среди них 1186 потребляли опий (63%), 590 – каннабис, 36 – психостимуляторы и 50 – разные наркотики. Среди наркопотребителей 62% (1141) были в возрасте 21-30 лет, 33% (625) – в возрасте 31-40 лет, а также по 2,5% – старше 40 лет (47 человек) и младше 20 лет (49 человек). Среди лиц старше 20 лет – не работают 1037 (56%), среди лиц младше 20 лет – не учатся и не работают 95 (5%), работают – 512 человек (27,5%), учатся 118 человек (6%), имеют инвалидность 100 человек (5,5%). Вдовы – 16 (1%), разведены – 530 (28,5%), женаты (замужем) – 325 (17%), холосты (не замужем) – 991 (53,5%). Среди всех 1862 наркопотребителей судимых было 1028 (55%), из них однократно – 61% от всех судимых (627) и 39% – два и более раз (401). При этом судимость, связанная с наркотиками, была у 692 пациентов (37% от всех наркопотребителей); 290 лиц были судимы за преступления, не связанные с наркотиками (15% от всех).

На основании утвержденных Минздравом критериев включения в пилотную программу ЗМТ 50 наркозависимых (16 женщин и 34 мужчины) с ВИЧ/СПИД начали получать ЗМТ в Гомельском областном наркологическом диспансере с конца сентября 2007 г.

Применение ЗМТ было разделено на 2 этапа: подбор дозы метадона в условиях наркологическо-

го стационарного отделения и амбулаторное применение метадона.

На амбулаторном этапе проводился анализ психического состояния пациентов, коррекция врачом дозировки метадона, исследования мочи на наркотики.

Во время реализации проекта для оценки его эффективности ежеквартально использовались стандартизированные опросники: индекс тяжести зависимости, шкала рискованного инъекционного сексуального поведения, опросник качества жизни. С пациентами пилотного проекта работали психологи и социальный работник.

ВИЧ-инфицированные участники ЗМТ посещали собрания группы взаимопомощи, их консультировали гинеколог, инфекционист, фтизиатр, терапевт.

В пилотную программу ЗМТ за 2 года ее реализации было включено 115 пациентов, из них 39 с ВИЧ-инфекцией, среди которых 10 были на АРВ терапии и 114 с вирусными гепатитами. Среди пациентов ЗМТ не было зафиксировано ни одного нового случая ВИЧ-инфекции.

В конце пилотного проекта ЗМТ получали 74 пациента: 24 женщины и 50 мужчин. Отмечено снижение уровня рискованного инъекционного и сексуального поведения, в 96% случаев – полное прекращение потребления психоактивных веществ, улучшение социального статуса (восстановление семейных отношений – детей воспитывали 33 человека, 4 восстановили родительские права, трудоустроены – 34 человека (46% из 74 пациентов)).

За время реализации пилотного проекта в места лишения свободы попало 6 человек, из них трое за ранее совершенные преступления (до начала ЗМТ). 1 пациент умер от СПИДа. Случаев утечки метадона в незаконный оборот зафиксировано не было.

За время выполнения пилотного проекта 15 человек прекратили ОЗТ по собственному желанию, из них на момент его окончания у 7 отмечалось стойкое воздержание от наркотиков.

Удержание в пилотном проекте ЗМТ соответствовало требованиям Минздрава (выше 80%): 19 пациентов из 115 (16,5%) были исключены за нарушение режима лечения, 3 пациента (2,6%) – совершили преступления за время нахождения в программе и попали в места лишения свободы.

В октябре 2009 г. Минздрав, оценив клинические результаты пилотного проекта ЗМТ в г. Гомеле, пришел к выводу о возможности применения данного метода лечения опиоидной зависимости в Беларуси.

С октября 2009 г. Гомельским областным наркологическим диспансером начат охват программой ЗМТ большего количества наркозависимых, не ограничиваясь критериями пилотного проекта.

Предварительные результаты применения ЗМТ в Гомельской области

1. Внедрение ЗМТ стабилизировало уровень опийной наркомании и потребления опиатов в Гомельской области.

За последнее десятилетие (с 2003 по 2012 г.) общее число наблюдаемых наркологами Гомельской области потребителей опиатов снизилось на 20% (в 2003 г. – 1524, в 2012 г. – 1207), число наркозависимых снизилось на 21% (в 2003 г. – 914, в 2012 г. – 724), число лиц, злоупотребляющих наркотиками, – на 19% (в 2003 г. – 610, в 2012 г. – 483).

За 5 лет до начала применения ЗМТ (2003-2007 гг.) общее число наркопотребителей, наблюдаемых в Гомельской области, снизилось на 22% (на 338 чел.), а за 5 лет после начала ее применения (2008-2012 гг.)

При этом число новых случаев злоупотребления опиатными наркотиками за 5 лет до начала применения ЗМТ (2003-2007 гг.) снизилось на 22% (на 136 чел.), за 5 лет ее применения (2008-2012 гг.) число данных лиц продолжило снижаться (на 11% или на 62 чел.).

Вывод 2: за время применения ЗМТ не было отмечено роста новых случаев эпизодического потребления наркотиков.

3. Внедрение ЗМТ повысило выявляемость наркомании в Гомельской области.

За 5 лет применения ЗМТ выявляемость наркозависимых в Гомельской области увеличилась на 17% (за 2008 г. выявлено 283 пациентов с наркоманией, за 2012 г. – 330), до ЗМТ рост выявляемости наркомании составлял 14% (в 2003 г. – 256, в 2007 г. – 293).

Вывод 3: Рост выявляемости связан с ростом самостоятельной обращаемости пациентов для участия в программах ЗМТ.

4. ЗМТ сократила криминальную активность наркопотребителей Гомельской области.

Начиная с 2003 г. в Гомельской области снижается количество зарегистрированных наркопреступлений: в 2003 г. их было 1168 (1 место в республике), в 2007 г. – 745 (снижение на 36% к уровню 2003 г.), в 2011 г. – 606 наркопреступлений (снижение на 18% к уровню 2007 г.).

число данных лиц снизилось на 11% (на 156 чел. или в 2 раза меньше).

Вывод 1: за время применения ЗМТ в Гомельской области число наркопотребителей, прежде всего, опиатных наркоманов, снизилось.

2. Внедрение ЗМТ в Гомельской области не только не привело к росту случаев эпизодического потребления опиатов, но и стабилизировало частоту злоупотребления опиатными наркотиками.

Лица, потребляющие опиатные наркотики, но без признаков наркомании, наблюдаются наркологами на профилактическом учете. За 5 лет применения ЗМТ доля эпизодических наркопотребителей среди всех лиц, наблюдаемых наркологами в связи с потреблением опиатов, осталась неизменной (40% – в 2003 г., 40% – в 2007-2008 гг. и 40% – в 2012 г.).

Снижается доля наркопреступлений, зарегистрированных в Гомельской области, среди всех преступлений в республике: в 2003 г. в области совершено 20,8% всех наркопреступлений, в 2007 г. – 17,9%, в 2011 г. – 14,3%.

В г. Гомеле и Гомельском районе число наркопреступлений с внедрением ЗМТ существенно не изменилось: 295 – в 2007 г., 309 – в 2011 г. (рост на 5%).

5. ЗМТ сократила распространенность ВИЧ-инфекции среди наркопотребителей Гомельской области.

В Гомельской области за 5 лет применения ЗМТ распространенность ВИЧ-инфекции среди зарегистрированных наркологической службой потребителей опиатных наркотиков (зависимость от которых является показанием к применению ЗМТ) снизилась на 12,1% (за 2008 г. – 641 случай (47% от всех зарегистрированных наркопотребителей), за 2012 г. – 421 (34,9%).

До применения ЗМТ на конец 2003 г. среди потребителей опиатов было зарегистрировано 770 случаев ВИЧ-инфекции (50,5%), на конец 2007 г. – 620 (52,3%), т.о. за 5 лет распространенность ВИЧ выросла на 1,8%.

Вывод: благодаря проводимым в 5 наиболее пораженных ВИЧ районах Гомельской области профилактическим мероприятиям, в том числе, применению ЗМТ, среди опиатных наркопотребителей

было зарегистрировано на 70 случаев ВИЧ-инфекции меньше, чем до ее начала.

6. ЗМТ снизило число случаев парентеральных вирусных гепатитов среди наркопотребителей и стабилизировало их распространенность.

В Гомельской области на фоне применения ЗМТ число случаев ВГС среди зарегистрированных наркологической службой потребителей опиатных наркотиков снизилось на 181 (с 901 случая – на конец 2003 г. до 720 – в 2012 г., при этом их доля (59,1% и 59,7%, соответственно, от всех зарегистрированных наркопотребителей) осталась неизменной).

Число случаев ВГВ среди зарегистрированных наркологической службой потребителей опиатных наркотиков снизилось на 123 (на конец 2003 г. – 803 случая (52,7% от всех зарегистрированных наркопотребителей), за 2012 г. – 680 (56,3%).

Вывод: благодаря проводимым профилактическим мероприятиям среди опиатных наркопотребителей, за 10 лет число зарегистрированных на конец года случаев ВГС стало на 181 меньше, а ВГВ – на 123 меньше.

Необходимо: учитывая незначительные изменения доли ПИН, имеющих ВГС и ВГВ, необходимо проведение дополнительных профилактических вмешательств (вакцинация от ВГВ, лечение вирусного гепатита С, предупреждение передачи гепатита С половым путем).

Ситуация с применением ЗМТ в Гомельском облнаркодиспансере

За время применения ЗМТ с 27.09.2007 г. в Гомельском облнаркодиспансере ее получали 494 пациента, из них 139 женщин, среди которых 329 жителей Гомеля, из них 92 женщины, остальные пациенты были из других городов области и находились на подборе дозировки.

За все время по различным причинам участие в программе ЗМТ прекратил 181 пациент (55% от всех), из них 52 женщины (55% от всех женщин). При этом некоторые пациенты, вышедшие из программы самостоятельно и исключенные из нее, повторно включались в программу ЗМТ по решению комиссии врачей-наркологов при наличии мест в первом случае и не менее чем через 6 месяцев после исключения во втором).

Важно сравнить доли пациентов (от всех пациентов, когда-либо получавших ЗМТ), прекративших участие в программе по различным причинам (длительное воздержание от сопутствующего ЗМТ приема опиатных наркотиков («медикаментозная ремиссия»), смерть, помещение в МЛС, смена места жительства), с частотой прекращения диспансерно-

го наблюдения (снятия с наркологического учета) по тем же причинам среди пациентов областного наркодиспансера за 2008-2012 гг.

По причине стойкой медикаментозной ремиссии прекратили ЗМТ 19,5% всех получавших ее пациентов; умерли 3% участников ЗМТ, в МЛС попали 8,5% пациентов, 25% прекратили ЗМТ по другим причинам.

Указанные показатели являются кумулятивными (за 5 лет и 9 мес. применения ЗМТ в Гомеле), поэтому для анализа взята годовая (2008-2012 гг.) динамика числа пациентов, получавших ЗМТ и прекративших получение, а также данные за 4 квартал 2007 г. и 6 мес. 2013 г.

За 4 квартал 2007 г. в программу ЗМТ (за 3 месяца ее предоставления) были включены 19 пациентов, из которых 3 (15%) были исключены за нарушения правил участия в программе и 1 прервал лечение самостоятельно.

Итого, на конец 2007 г. метадон получали 15 пациентов, т.о. удержание в программе ЗМТ (доля пациентов за вычетом суммы долей исключенных и внезапно прекративших) составило почти 80%.

За 2008 г. в программу ЗМТ были включены 53 пациента, 10 (14% от 68 – суммы получавших на конец предыдущего года и включенных за текущий год) были исключены за нарушения правил участия в программе; по 3 человека (по 4,5%) завершили лечение самостоятельно в плановом порядке (с намерением прекратить наркопотребление) из них прервали лечение досрочно (по заявлению); 4 пациента (6% от 68) прекратили ЗМТ из-за попадания в МЛС; 1 пациент (1,5% от всех участников) умер за время пребывания в программе. В итоге, на конец 2008 г. ЗМТ получали 47 пациентов, и удержание в программе составило 79%.

За 2009 г. в программу ЗМТ были включены 58 пациентов, 10 (9,5% от 105 – суммы получавших на конец 2008 года и включенных за 2009 год) из них были исключены за нарушения правил участия в программе; 1 человек (1%) завершил терапию самостоятельно в плановом порядке, 6 пациентов (6%) прервали лечение внезапно; 4 пациента (4% от 105) прекратили ЗМТ из-за попадания в МЛС; случаев смерти пациентов в данном году не было. В итоге, на конец 2009 г. ЗМТ получали 84 пациента, и удержание в программе выросло по сравнению с 2008 г. и составило 85%.

За 2010 г. в программу ЗМТ были включены также 58 пациентов, 7 (5% от 142 – суммы получавших на конец 2009 года и включенных за 2010 год) из них были исключены за нарушения правил участия в программе; 9 пациентов (6,5%) прервали лечение внезапно; по 3 пациента (по 2% от 142) прекратили

получение ЗМТ из-за попадания в МЛС и смерти, никто не завершал терапию самостоятельно в плановом порядке. С учетом этого, на конец 2010 г. ЗМТ получали 120 наркозависимых, удержание в программе было на уровне 2009 г. и составило 89%.

За 2011 г. в программу ЗМТ были включены 50 пациентов, 27 (16% от 170 – суммы уже получавших и вновь включенных) были исключены за нарушения правил участия в программе и 13 пациентов (8%) завершили терапию самостоятельно в плановом порядке (что по каждому из показателей было максимальным за время работы программы ЗМТ); 7 пациентов (4%) прервали лечение внезапно; 10 пациентов (6% от 170) прекратили получение ЗМТ из-за попадания в МЛС, 2 пациента (1%) умерло. На конец 2011 г. ЗМТ получали 111 пациентов, удержание в программе снизилось до уровня 2008 г. и составило 80%.

За 2012 г. в программу ЗМТ были включены 63 пациента (больше всего за время ее существования), 15 (9% от 174) были исключены за нарушения правил участия в программе; 10 пациентов (6%) завершили терапию самостоятельно в плановом порядке, 8 пациентов (4,5%) прервали лечение внезапно; 5 пациентов (3% от 170) прекратили получение ЗМТ из-за попадания в МЛС, 2 пациента (1%) умерли, 1 пациент вышел из программы по иным причинам. На конец 2012 г. ЗМТ в г. Гомеле получали 133 пациента, удержание в программе было максимальным за все время работы программы и составило 87%.

За 1 полугодие 2013 г. в программу ЗМТ были включены 28 пациентов, 7 (4% от 161) были исключены за нарушения правил участия в программе; по 2 пациента (1%) завершили терапию самостоятельно в плановом порядке и прекратили получение ЗМТ из-за попадания в МЛС и из-за смерти, никто из пациентов не прерывал лечения внезапно. На 1 июля 2013 г. ЗМТ в Гомеле получали 148 пациентов, из них 43 женщины (29%), удержание в программе за полугодие и составило 86%.

На 1 июля 2013 г. еще 13 пациентов находились в программе краткосрочной заместительной терапии (метадоновой детоксикации).

Проведение детоксикации (постепенного снижения дозы метадона) является одним из подходов, позволяющим пациентам, выходящим из программы ЗМТ, не вернуться к применению «уличных наркотиков». За время работы программы ЗМТ такое лечение получили 57 пациентов, выходящих из нее по разным причинам (31,3% от всех выбывших).

Анализ причин прекращения участия в программе ЗМТ показывает, что на первом месте стоит желание пациентов достичь полного воздержания от потребления наркотиков (включая прием наркоти-

ческих лекарственных средств): по данной причине окончило ЗМТ 64 пациента (35% от всех прекративших), в т.ч. 15 женщин (29% от всех прекративших ЗМТ женщин), из них планоно (со снижением дозы метадона) – 39, в т.ч. 14 женщин, досрочно (внезапно) – 25, в т.ч. 11 женщин.

28 пациентов (15,4% от всех прекративших) завершили ЗМТ из-за помещения в МЛС, из них 7 женщин, 10 пациентов умерло (5,5% от всех снятых с ЗМТ), из них 3 женщины; 79 человек (44% от всех прекративших) вышли из программы ЗМТ по другим причинам (смена места жительства, исключение по решению комиссии, беременность), из них 24 женщины (46% от всех прекративших ЗМТ женщин).

Подводя итог анализа динамики числа участников программы ЗМТ в Гомеле следует отметить высокий уровень удержания в программе (с 79% в 2009 г. до 89% в 2010 г., в среднем 84%), снижение доли исключенных из программы (с 15% до 5%) на 3 год предоставления ЗМТ, что указывает на необходимость ее получения пациентом в течение минимум 3 лет для достижения стабильного состояния и социальной адаптации.

Ежегодный уровень прекращения программы ЗМТ в связи с достижением стабильного состояния и воздержанием от наркотиков колебался от 1 до 8% от всех получающих ЗМТ и был в среднем 5%.

С диспансерного учета в связи со стойкой ремиссией по республике в целом в 2011 г. было снято 5,3% от всех наркозависимых, находящихся под наблюдением (в Гомельской области 4,5% в 2011 г.).

Ежегодный уровень смертности пациентов программы ЗМТ колебался от 0 до 2% от всех получающих ЗМТ и был в среднем 1%.

С диспансерного учета в связи со смертью по республике в 2011 г. было снято 1,6% пациентов (в Гомельской области – 2,0%). Чаще всего причиной смерти явились СПИД и ВИЧ-ассоциированные болезни.

В места лишения свободы ежегодно попадало от 2 до 6%, в среднем 4%, всех получающих за данный промежуток времени пациентов ЗМТ.

С диспансерного учета в связи с осуждением по республике в 2011 г. было снято 4,2% пациентов (в Гомельской области – 4,5%).

Из всех пациентов ЗМТ были судимы 323 (98% из 329), из них 86 женщин (97% из 92). Для сравнения среди всех наркозависимых и наркопотребителей Гомельской области 1080 (38%) имели судимость: однократно – 627 (22%), два и более раз – 453 (16%), за преступления связанные с наркотиками – 713 (66%), за иные преступления – 367 (34%).

На 01.07.2013 г. 4 пациента находились под условным осуждением.

Следует отметить, что среди пациентов ЗМТ ранее судимых было в 2,5 раза больше, чем среди учетных пациентов, но частота рецидива на ЗМТ у них была значительно ниже, чем у пациентов ее не получавших.

Сравнивая показатели, характеризующие прекращение диспансерного учета, в общей популяции наркозависимых пациентов по республике и по Гомельской области с причинами выхода пациентов из программы ЗМТ Гомельского областного наркологического диспансера **можно сделать следующие предварительные выводы.**

1. В программе ЗМТ пациенты характеризовались высоким уровнем удержания (в среднем 84% получающих ЗМТ продолжали ее в течение последующего года), что проявлялось следующим:

- соблюдением правил пребывания в программе,
- регулярным посещением медицинских работников,
- высокой приверженностью лечению.

1. Доля пациентов, ежегодно достигавших на программе ЗМТ медикаментозной ремиссии (длительного отсутствия потребления уличных опиатов) и планомерно прекративших участие в ней в связи с желанием прийти к полному воздержанию от приема наркотических средств (5%), сопоставима с ежегодной долей диспансерных пациентов, снимаемых с учета в связи с достижением ремиссии (до 5%).

2. Ежегодная доля пациентов программы ЗМТ, прекративших участие в ней в связи с осуждением (4%), сопоставима с ежегодной долей диспансерных пациентов, снимаемых с учета по этой причине (4,3%).

3. Ежегодный уровень смертности пациентов программы ЗМТ был в среднем в 2 раза ниже ежегодной доли диспансерных пациентов, снимаемых в Гомельской области с учета по этой причине (4-5%).

Ситуация с ЗМТ на момент проведения исследования

На 01.07.2013 г. в г. Гомеле и Гомельском районе на учете наблюдалось 500 наркозависимых и 468 наркопотребителей.

На 01.07.2013 г. ЗМТ были охвачены 30% учетных наркоманов.

Пациенты, получающие ЗМТ на 01.07.2013, име-

ли следующие демографические, социальные и клинические характеристики.

Средний возраст пациентов составлял около 35 лет, при этом участников в возрасте до 20 лет не было, в возрасте 20-30 лет – 13 (9%), из них 3 женщины, в возрасте 30-40 лет – 97 (66%), из них 35 женщин, старше 40 лет – 38 пациентов (25%), из них 5 женщин.

Для сравнения, среди наркозависимых и наркопотребителей, наблюдаемых на учете в Гомельской области на начало 2013 г., в возрасте до 20 лет было 9%, в возрасте 20-30 лет – 947 (43%), в возрасте 30-40 лет – 851 (39%), старше 40 лет – 198 пациентов (9%).

Таким образом, среди пациентов ЗМТ 81% составляли лица в возрасте 30 лет и старше, а среди «уличных» наркопотребителей 52% были младше 30 лет, что может отражать, как то, что среди состоящих на учете 40% наркопотребителей, не имеющих зависимости (более молодого возраста), так и то, что в программу ЗМТ отбирались пациенты с большим стажем наркопотребления и многими попытками лечения.

По длительности инъекционного потребления до включения в программу ЗМТ пациенты распределились следующим образом: до 5 лет – 3 человека, все мужчины; от 5 до 10 лет – 30 лиц, из них 13 женщин, от 10 до 20 лет – 94, из них 28 женщин, более 20 лет – 21, из них 2 женщины.

Проблема распространенности ВИЧ-инфекции среди зарегистрированных наркопотребителей наркологической службой потребителей опиатов и наркотиков (зависимость от которых является показанием к применению ЗМТ) нашла отражение и в количестве пациентов ЗМТ с ВИЧ-инфекцией.

На 01.07.2013 г. в г. Гомеле и Гомельском районе было зарегистрировано кумулятивно 905 и 139 случаев ВИЧ-инфекции.

Всего среди 329 наркозависимых пациентов ЗМТ было 157 ВИЧ-позитивных (48%), из них 20 женщин (21% из 92). Из 148 пациентов (48 женщин), получающих ЗМТ на 1 июля 2013 г., 45 (30%) являются ВИЧ-позитивными, из них 14 женщин (29%). В 2008 г. 47% всех зарегистрированных потребителей опиатов в Гомельской области имели ВИЧ-инфекцию (за 2007-2012 г. данный показатель в среднем составлял 43%), в 2012 г. их доля составляла 34,9%. Динамика числа ВИЧ-инфицированных участников программы ЗМТ в Гомеле следующая.

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Получали ЗМТ на конец данного периода	120	120	120	120	120	120	120
ВИЧ-инфицированные	2	7	10	23	30	42	45
Доля лиц с ВИЧ	1,3	4,9	7,9	19,2	27,0	31,6	30

С 2008 г. по 2012 г. доля ВИЧ-положительных среди участников ЗМТ увеличилась в 2 раза, что отражает повышение доступа данной группы ПИН к услугам по профилактике ВИЧ-инфекции.

Доля ВИЧ-положительных среди пациентов программы ЗМТ была сопоставима с долей таких лиц в популяции наркопотребителей области.

Среди всех ВИЧ инфицированных пациентов, начавших участие в ЗМТ, доля лиц, нуждающихся в начале АРВ-терапии, составляла 30,5% (48 пациентов), до начала ЗМТ получал АРВ-терапию 21 пациент (42% от нуждающихся), в программе ЗМТ начали получать АРВ-терапию 62 пациента (42% всех с ВИЧ), прекратили ее прием 22 пациента (14% всех с ВИЧ). Таким образом, за все время программы АРВ-терапию получали 83 пациента с ВИЧ-инфекцией (53%), из которых 73,5% не прервало прием.

Таким образом, участие ПИН с ВИЧ в программе ЗМТ является не только способом профилактики распространения ВИЧ, но способствует удержанию ПИН на АРВ-терапии и повышает приверженность ей.

Проводимая медицинскими работниками, психологами и социальными работниками Гомельского наркодиспансера работа по повышению приверженности к АРВТ пациентов программы ЗМТ состоит из 3 этапов.

1. Мотивационный этап – предоставление достоверной информации, формирование у участников программы заместительной терапии ответственного отношения к состоянию здоровья. На данном этапе работу по созданию приверженности осуществляют социальный работник, равный консультант, психолог.

2. Проведение диагностических исследований – определение иммунного статуса, вирусной нагрузки. На втором этапе работу по формированию приверженности осуществляют социальный работник, равный консультант, психолог, специалист лаборатории городского центра гигиены и эпидемиологии.

3. Работа по формированию и поддержанию приверженности – клиент с результатами диагностического исследования направляется на консультацию к инфекционисту; принимает участие в работе группы взаимопомощи; приглашается на тренинги по приверженности. На этом этапе работу по повышению приверженности проводят социальный работник, равный консультант, психолог, врач – инфекционист.

По состоянию на 1 июля 2013 г. из 45 ВИЧ-инфицированных пациентов ЗМТ нуждаются в АРВ-терапии (лечении СПИДа) по медицинским показаниям 25 (55%), из них женщин – 7; получают лечение 20 пациентов ЗМТ (80% нуждающихся), из них женщин – 7.

За время работы программы ЗМТ в Гомеле от СПИДа умерло 3 из 10 умерших пациентов, впервые выявился ВИЧ у 1 пациента, который был ВИЧ-негативным на момент включения в программу (данный пациент сообщает о возможном заражении от ВИЧ-инфицированного партнера).

Еще одной проблемой, связанной с инъекционным наркопотреблением, является распространение парентеральных вирусных гепатитов. В Гомельской области среди зарегистрированных наркологической службой потребителей опиатных наркотиков в среднем в 2007-2012 г. ВГС встречался в 58,2% и ВГВ отмечался у 55,1% пациентов.

В свою очередь среди всех пациентов, когда-либо получавших ЗМТ, вирусные гепатиты имели: С – 311 (95%), В – 62 (19%).

По состоянию на 01.07.2013 вирусный гепатит С имели 146 пациентов ЗМТ (99%), вирусный гепатит В – 48 ее участников (32%).

Высокий уровень распространенности вирусного гепатита С среди участников ЗМТ может быть связан как с обязательным обследованием на вирусные гепатиты перед включением в программу, так и отбором в программу лиц с длительным стажем инъекционного наркопотребления.

Среди всех пациентов, когда-либо получавших ЗМТ, туберкулез – у 9 пациентов ЗМТ и все 9 получали его лечение. Сейчас туберкулез выявлен у 2 пациентов ЗМТ и оба получают его лечение.

Важным эффектом ЗМТ на наркозависимых пациентов является их социализация (трудоустройство, прекращение криминальной активности), стабилизация их семейной обстановки (появление стабильных отношений, создание семей, восстановление родительских прав, рождение детей).

Из всех наркозависимых на момент начала ЗМТ: 26% имели постоянное место работы или учились, 52% не работали и не учились 6 мес. и более, 22% прекратили работать или учиться в последние полгода.

За время работы программы ЗМТ (1 октября 2007 г. – 1 июля 2013 г.) из 329 наркозависимых пациентов стали работать 186 (55%), а из 92 женщин – участниц трудоустроились 45 (48%).

Динамика трудоустройства пациентов ЗМТ была следующей: доля тех, кто работали (в т.ч. неофициально) или учились, была минимальной в начале (на конец 2007 г. – 33,3%), а затем занятость выросла с 52,2% в 2008 г. до 54,9% в 2012 г. (54% в среднем за 5 лет работы программы).

По состоянию на 01.07.2013 работали (официально или неофициально) или учились 80 пациентов ЗМТ (54,1%), не работали и не учились более 6 месяцев 58 (39,2%), имели инвалидность 6,7% (10).

Официально был трудоустроен 51 пациент, неофициально – 29; 51 работал на условиях полной занятости, 15 – частичной и 14 – сдельной.

Из тех, кто не работал, 6% были сотрудниками социальных служб (волонтерами) – аутрич-работниками или «равными консультантами».

По данным за 2012 г. в Гомельской области из всех зарегистрированных 2825 наркозависимых, больных токсикоманией, потребителей наркотических средств и токсикоманических веществ работали только 678 или 24%, а учились – 236 или 8,3% (всего 32,5%).

Таким образом, на момент начала ЗМТ по показателю занятости ее участники не отличались от общей популяции наркозависимых и наркопотребителей (26% и 32% соответственно).

Но в течение всего времени реализации программы ЗМТ охват занятостью пациентов увеличился более чем в 2 раза (с 26% до 54%).

Основные проблемы, связанные с трудоустройством участников программы ЗМТ, обусловлены тем, что большинство наркопотребителей не имеют профессиональных навыков: они не получены или утрачены.

Первой проблемой, связанной с трудоустройством большого количества пациентов ЗМТ, является отсутствие у многих образования.

Так, из 148 пациентов ЗМТ высшее образование – только у 3, среднетехническое и специальное (ПТУ, колледж) – у 94, среднюю школу закончили 37, базовую школу закончили 12 и не закончили 2 пациента, таким образом, 34,5% пациентов ЗМТ не получили никакой профессии.

Многие не имеют трудовых навыков, поскольку, имея профессию, большую часть жизни не работали или находились в заключении.

Среди пациентов ЗМТ ранее судимых было в 2,5 раза больше, чем среди учетных наркопотребителей Гомельской области (98% и 38%).

Часть клиентов программы еще не приступала к трудовой деятельности, другие работали не по специальности или долгое время вообще не были заняты. Большинство наркопотребителей устраивались на работу, но, как правило, долго не удерживались на новом месте. Они часто меняли работу, имели большие интервалы бездействия. Кроме того, у многих были утеряны документы (трудовая книжка, паспорт, военный билет и т.д.), имелись проблемы с правоохранительными органами. Часть имела заболевания препятствующие выполнению работ по целому ряду специальностей и профессий. По результатам проведения собеседований большинство участников программы заместительной терапии не устраивают предлагаемые размеры заработных плат.

В целом, следует отметить характерное для многих пациентов стремление иметь «легкие» деньги и отсутствие желания работать. Кроме того, само по себе наличие наркозависимости и наркологического учета уже ограничивает пациента к работе по большинству престижных и высокооплачиваемых специальностей, даже при наличии образования и навыков работы.

Для повышения охвата пациентов программы ЗМТ работой, учебой, получением новой профессии сотрудниками областного наркодиспансера реализовывалась программа социального сопровождения.

Социальное сопровождение участников программы ЗМТ включает:

- постановку социального диагноза (установление проблем);
- установление причин социального неблагополучия, определение характера и объема необходимой социальной помощи;
- предоставление информации о возможности получения консультативной помощи врачами различных специальностей;
- предоставление информационно-образовательных материалов;
- проведение лекций, видеолекториев, дискуссий;
- содействие в трудоустройстве, переподготовка, обучение, помощь в восстановлении документов;
- повышение уровня социальной адаптации пациента, формирование ответственного поведения;
- сотрудничество с семьей (родителями, супругами и детьми);
- оказание эмоциональной поддержки пациентам ЗМТ;
- содействие в получении адресной социальной помощи;
- сопровождение на этапе восстановления родительских прав.

За время работы программы ЗМТ 14% прошли обучение на профессиональных курсах и 40% были перенаправлены в управление по труду, занятости и социальной защиты населения Гомельского горисполкома, в итоге были трудоустроены 55% участников ЗМТ.

Важную роль в процессе социально-психологического сопровождения участников программы ЗМТ играют равные консультанты, деятельность которых направлена на привлечение ПИН к участию в программе, консультирование пациентов программы на этапе подбора дозы метадона, информирование участников ЗМТ о доступных медицинских и социальных услугах, сопровождение

пациентов к специалистам (врачу-инфекционисту, гинекологу), консультирование, при возникновении проблем, по вопросам приверженности к АРВ-терапии.

Улучшение семейной ситуации за счет работы с семьей привело к тому, что за время программы увеличилась доля тех, кто состоял в браке или имел постоянно партнера (с 40% до 55%, в среднем 43,4%).

Для сравнения в 2012 г. среди наркозависимых и наркопотребителей Гомельской области только 22,3% состояли в браке.

По состоянию на 01.07.2013 в официальном браке состояли 28 пациентов ЗМТ, с сожителем проживали 39 участников программы, 9 были в разводе и жили одни, 13 не были в браке и проживали самостоятельно, 59 не были в браке и жили вместе с родителями.

Вместе с укреплением семейных и партнерских отношений у пациентов ЗМТ повышалась ответственность за воспитание детей: если до начала программы участвовали в ней 20%, то за время программы доля пациентов, воспитывающих детей выросла до 45% всех.

По состоянию на 01.07.2013 детей воспитывали 56 участников программы, 5 было лишено родительских прав, 17 были лицами, обязанными возмещать расходы государства за содержание ребенка, изъятого из семьи помещенного в специальные учреждения, 74 ребенка были признаны находящимися в социально опасном положении.

Завершая предварительный анализ результатов применения ЗМТ в г. Гомеле, можно сделать следующие основные выводы:

1. Программа ЗМТ в г. Гомеле характеризуется высоким уровнем удержания на лечении (с 79% в 2009 г. до 89% в 2010 г., в среднем 84%).

2. Стабилизация состояния пациентов наступает к 3 году предоставления ЗМТ, на что указывает снижение доли исключенных из программы (с 15% на 1 году до 5% на 3 году), что требует активного развития реабилитационных программ для пациентов, находящихся на ЗМТ более 3 лет, и желающих полностью прекратить прием лекарств.

3. Участие в ЗМТ способствовало существенному снижению криминального поведения пациентов, 98% которых ранее были судимы. Среди пациентов ЗМТ ранее судимых было в 2,5 раза больше, чем среди учетных пациентов, но частота рецидива на ЗМТ у них была значительно ниже, чем у пациентов ее не получавших. Осуждение пациентов за преступления, совершенные ими до включения в программу ЗМТ, тем не менее, не препятствовало их повторному приему на лечение после освобождения

из мест лишения свободы. Преступления, совершенные во время участия в программе ЗМТ, как правило, не были связаны с оборотом наркотиков или с поиском средств для их приобретения.

4. Участие в ЗМТ более чем в 2 раза повысило уровень занятости пациентов, большинство было трудоустроено и имело полную занятость.

5. Среди участников программы ЗМТ понизился риск инфицирования ВИЧ, ВГ (за 5 лет выявлен 1 новый случай ВИЧ (половой путь)).

6. Среди участников программы ЗМТ увеличился уровень приверженности к АРТ (до 80%); среди учетных наркопотребителей – в 2 раза ниже (40%).

7. Все пациенты программы ЗМТ, у которых был выявлен туберкулез, получали его лечение и были ему привержены полностью.

8. Смертность среди участников ЗМТ была в 2 раза ниже (4%), чем в диспансерной группе пациентов с наркозависимостью (8%).

9. Улучшилось семейное положение участников ЗМТ: доля тех, кто состоял в браке или имел постоянно партнера была в среднем 43,4%, что почти в 2 раза выше, чем среди учетных пациентов (22,3% – в 2012 г.).

Проблемные моменты:

1. Охват ЗМТ наркозависимых в г. Гомеле в течение ее применения оставался недостаточным: хотя он и вырос в 8,7 раза (с 2,1% пациентов с диагнозом наркомания, состоящих на диспансерном учете, на конец 2007 г. до 18,4% на конец 2012 г.), но так и не превысил 20%.

2. Длительность применения ЗМТ повышает социализацию пациентов (работа, семья), что способствует лучшей приверженности АРВ-терапии, поэтому исключение ВИЧ-инфицированных пациентов на ранних стадиях ЗМТ за проявления зависимости (потребление наркотиков или алкоголя) или сочетанных психических расстройств (импульсивность, агрессивность вследствие патологии личности) негативно влияет как на репутацию программы, так и на прогноз жизни исключенного пациента.

3. Занятость участников программы ЗМТ (оптимальный период для трудоустройства, восстановление и приобретение трудовых навыков) в связи с социальной дезаптированностью большинства пациентов не может быть критерием ее эффективности, а отражает только наличие и развитие услуг по социальному сопровождению наркозависимых.

По результатам анализа анкет пациентов и результатов интервью можно указать следующие социальные результаты программы, которые были отмечены пациентами, как особо важные для их жизни:

- 1) улучшение отношений с родителями;
- 2) улучшение отношений с партнером (супругом);
- 3) появление постоянного источника дохода, не связанного с криминальной активностью или оборотом наркотиков;
- 4) выход из круга активных наркопотребителей;
- 5) повышение внимания к здоровью (лечение ВИЧ-инфекции).

Предложения пациентов по повышению качества и доступа ЗМТ:

1. Адаптация времени работы кабинета ЗМТ к работе пациента.

2. В случае длительного участия пациентов в программе ЗМТ без нарушений и социальной адаптации: возможность приема ЗМТ на дому, снятие ограничений по трудоустройству и, возможно, автовождению.

Ситуация с применением ЗМТ в 4 городах Гомельской области

После внедрения в Гомеле ЗМТ начала применяться в г. Светлогорске (с 2010 г.), г. Мозыре (с 2011 г.), г. Жлобине (с 2012 г.), г. Речице (с декабря 2013 г.).

г. Светлогорск

Кабинет ЗМТ психонаркологического диспансера Светлогорской центральной районной больницы (ЦРБ) начал работу с 1 июня 2010 г., обслуживает наркозависимых пациентов, проживающих в г. Светлогорске и Светлогорском районе, г.п. Октябрьском и Октябрьском районе.

1. Внедрение ЗМТ стабилизировало уровень опишной наркомании и потребления опиатов в г. Мозыре.

За последнее десятилетие (с 2003 по 2012 г.) общее число наркозависимых наблюдаемых наркологами Светлогорского психонаркологического диспансера снизилось на 48% (в 2003 г. – 640, в 2012 г. – 333).

За 5 лет до начала применения в Гомельской области ЗМТ (2003-2007 гг.) общее число наблюдаемых наркозависимых снизилось на 15% (с 640 до 545 – на 95 чел), а за 5 лет после начала ее применения (2008-2012 г.) число данных лиц снизилось на 28% (с 460 до 333 – на 123 чел.), темп снижения почти в 2 раза больше.

Учитывая то, что ЗМТ в Светлогорском районе применяется с середины 2010 г., был проведен анализ динамики численности наблюдаемых на учете наркопотребителей за 2 года до начала применения

ЗМТ (2008-2010 гг.) и 2 года после начала ее применения (2010-2012 гг.).

За 2008-2010 гг. общее число наблюдаемых наркопотребителей снизилось на 26% (с 480 до 355), а за 2010-2012 г. число данных лиц выросло на 1% (с 355 до 359), при этом число наркозависимых лиц за 2008-2010 гг. снизилось на 32% (с 460 до 313), а за 2010-2012 г. число данных лиц выросло на 1% (с 313 до 333), а лиц, злоупотребляющих наркотиками, – вначале выросло на 110% (с 20 до 42), а затем снизилось до 26 (на 38%).

Доля лиц, злоупотребляющих наркотиками и находящихся под профилактическим наблюдением, от общего числа всех наблюдаемых в Светлогорском районе наркопотребителей снизилась за 2 года применения ЗМТ с 11,8% до 7,2%, за 2 года до начала ее применения (2008-2010 гг.) был отмечен ее рост в 2,8 раза (с 4,2% до 11,8%).

Вывод 1: За время применения ЗМТ число наркопотребителей стабилизировалось.

Вывод 2: Рост числа наркозависимых на 1% связан с ростом самостоятельной обращаемости пациентов для получения ЗМТ.

Вывод 3: Внедрение ЗМТ в Светлогорском районе Гомельской области снизило частоту злоупотребления опиатными наркотиками.

2. На фоне внедрения ЗМТ число преступлений, связанных с незаконным оборотом наркотиков, в г. Светлогорске сократилось.

В 2007 г. в Светлогорском районе было зарегистрировано 135 наркопреступлений: в 2009 г. их было 114 (на 15% меньше, чем в 2007 г.), в 2010 г. – 90 (снижение на 21% к уровню 2009 г.), в 2011 г. в районе совершено 71 наркопреступление (снижение на 21% к уровню 2010 г.).

3. На фоне применения ЗМТ в Светлогорском районе сократилось число ВИЧ-инфицированных наркопотребителей.

В Светлогорском районе за 2 года после начала применения ЗМТ распространенность ВИЧ-инфекции среди зарегистрированных наркозависимых снизилась на 20,7% (за 2010 г. – 203 случая (64,9% от всех зарегистрированных наркопотребителей), за 2012 г. – 171 (51,4%).

На конец 2008 г. среди потребителей опиатов было зарегистрировано 331 случай ВИЧ-инфекции (72%), таким образом, за 2 года до применения ЗМТ распространенность ВИЧ снизилась на 38,7%.

Благодаря проводимым в Светлогорском районе (наиболее пораженном ВИЧ районе Гомельской области) профилактическим мероприятиям, в том числе, применению ЗМТ, число случаев ВИЧ-ин-

фекции среди наркозависимых уменьшилось на 32 (на 15,7%).

Следует отметить, что темп роста числа наркозависимых в 2012 г. по сравнению с 2011 г. (на 12,9% – с 295 до 333) был сопоставим с темпом роста числа ВИЧ-инфицированных наркозависимых за этот же промежуток времени (на 13,2% – со 151 в 2011 г. до 171 в 2012 г.).

Вывод 2: Применение ЗМТ в Светлогорском районе привлекает к лечению ВИЧ-инфицированных наркозависимых, что способствует в дальнейшем лучшей приверженности таких пациентов к АРВ-терапии.

4. На фоне ЗМТ стабилизировалось число случаев парентеральных вирусных гепатитов среди наркозависимых и снизилась их распространенность.

На фоне применения ЗМТ число случаев парентеральных вирусных гепатитов среди зарегистрированных наркологической службой наркозависимых было стабильным (281 – на конец 2010 г. и 283 – в 2012 г.), при этом доля пациентов с ВГ снизилась на 5% (89,8% и 85% соответственно от всех зарегистрированных пациентов). Число случаев ВГ среди зарегистрированных наркологической службой наркозависимых снизилось на 156 (с 437 случаев на конец 2008 г. (95,0% от всех)).

Вывод: охват наркозависимых наркологическим лечением, в том числе ЗМТ, снижает инъекционное наркопотребление, что способствует снижению риска инфицирования вирусными гепатитами.

Необходимо: в связи с тем, что доля ПИН, имеющих ВГС, составляет 85%, необходимо уделять дополнительное внимание лечению этой патологии.

Анализ результатов применения ЗМТ в Светлогорске

ЗМТ за 3 года ее реализации (с июня 2010 г. по июнь 2013 г.) получали 87 пациентов, из них 27 женщин (31% от всех). Прекратили получение ЗМТ 27 пациентов (31% от всех получавших), из них 7 женщин (25% от получавших ЗМТ женщин и 26% от прекративших): 8 были исключены из программы ЗМТ по решению ВКК (9% от всех получавших), из них 2 женщины; 1 женщина планомерно прекратила участие в программе ЗМТ; 7 пациентов досрочно прекратили участие в программе ЗМТ (по заявлению) (8% от всех ее получавших), из них 2 женщины; 6 мужчин прекратили ЗМТ из-за помещения в места лишения свободы (7% от получавших); умерли 7 пациентов (8% от всех), из них 2 женщины.

Несколько пациентов, прекративших участие в программе ЗМТ, были повторно по решению ВКК приняты на лечение после 6 месячного перерыва.

Удержание в программе ЗМТ составило 83% и соответствовало требованиям Минздрава для пилотного проекта (выше 80%): 8 пациентов (9%) были исключены за нарушение режима лечения, в места лишения свободы попали 6 пациентов (8% от всех 87 участников программы).

Анализ причин прекращения участия в программе ЗМТ г. Светлогорска показывает, что на первом месте стоит решение медицинских работников – 30% от всех прекративших, в т.ч., 29% от всех прекративших ЗМТ женщин, далее – досрочное прекращение ЗМТ по различным причинам и смерть – по 26% от всех прекративших (по 29% от всех прекративших ЗМТ женщин), 22% от всех прекративших завершили ЗМТ из-за помещения в МЛС, 1 женщина (3% от всех прекративших) вышла из программы ЗМТ планомерно (13% от всех прекративших получение ЗМТ женщин).

Подводя итог анализа причин прекращения участия в программе ЗМТ в г. Светлогорске, следует отметить более низкий уровень прекращения лечения женщинами (25% по сравнению с 33% у мужчин), более низкий уровень смертности по сравнению с общей популяцией наркозависимых (за 3 года умерло 8% участников, а с учета по причине смерти в г. Светлогорске ежегодно снимается до 5% наркозависимых жителей (т.е. 15% за 3 года)).

Основной причиной высокого уровня смертности среди зарегистрированных наркозависимых в г. Светлогорске является СПИД ассоциированные заболевания и последствия вирусных гепатитов.

Всего среди 87 наркозависимых пациентов ЗМТ в г. Светлогорске ВИЧ-инфекция была у 83 (95%), из них 26 составили женщины (96% из 27 женщин и 31% от всех ВИЧ-инфицированных). Из 60 пациентов (23 женщины), получающих ЗМТ на 1 июля 2013 г., 56 (93%) являются ВИЧ-позитивными, из них 22 женщины (82% от всех женщин).

За все время применения ЗМТ в г. Светлогорске 42 пациента с ВИЧ-инфекцией получали АРВ-терапию, в том числе 17 женщин. Среди пациентов ЗМТ не было зафиксировано ни одного нового случая ВИЧ-инфекции, при ежегодном тестировании на ВИЧ всех, ее не имеющих.

Среди всех пациентов, когда-либо получавших ЗМТ, туберкулез был у 4 пациентов ЗМТ и все получали его лечение. На начало июля 2013 г. туберкулез был у 2 мужчин – пациентов ЗМТ и оба получали его лечение.

Применение ЗМТ в г. Светлогорске способствовало социализации ранее безработных и криминализированных наркопотребителей.

Из всех пациентов ЗМТ г. Светлогорска были судимы 84 (96%), в том числе 25 женщин (93% из всех женщин – участниц программы).

За 3 года применения ЗТМ в г. Светлогорске начали работать 45 участников программы (51%), из них 16 женщин (59% от всех женщин).

Пациенты, получающие ЗТМ в г. Светлогорске в июле 2013 г., имели следующие демографические, социальные и клинические характеристики.

Средний возраст пациентов составлял около 40 лет (лица в возрасте 30 лет и старше составляли 81,7% пациентов ЗТМ): в возрасте 30-40 лет – 33 (55%), из них 17 женщин, старше 40 лет – 22 пациента (36,7%), из них 3 женщины, в возрасте 20-30 лет – 5 (8,3%), из них 3 женщины.

По длительности инъекционного потребления до включения в программу ЗТМ пациенты распределились следующим образом: до 5 лет – 5 человек (8,3%), в том числе 3 женщины; от 5 до 10 лет – 16 лиц (26,7%), из них 6 женщин, от 10 до 20 лет – 34 пациента (56,7%), из них 13 женщин, более 20 лет – 5 человек (8,3%), из них 1 женщина.

Таким образом, 65% пациентов употребляли наркотики более 10 лет до начала лечения и ни наличие ВИЧ-инфекции, ни тюремные заключения не изменили их рискованного поведения: это смогла сделать только ЗТМ.

Именно в г. Светлогорске, в связи с распространением ВИЧ-инфекции среди ПИН в середине 1990-х планировалось реализовать первые пилотные проекты ЗТМ. Проблема распространенности ВИЧ-инфекции среди зарегистрированных в г. Светлогорске наркозависимых требовала высокого уровня охвата ЗТМ наркозависимых, прежде всего, с ВИЧ-инфекцией, который является недостаточным: на 01.07.2013 г. ЗТМ получали менее 18% диспансерных пациентов.

Всего на 01.07.2013 г. среди 60 наркозависимых пациентов ЗТМ было 56 ВИЧ-позитивных (93%), из них 22 женщины (96% из 23). Доля ВИЧ-позитивных пациентов программы ЗТМ г. Светлогорска в 2 раза выше доли таких лиц в популяции наркопотребителей района, что отражает достаточно высокий доступ данной группы ПИН к услугам по профилактике ВИЧ-инфекции. Тем не менее, более 2/3 ВИЧ-позитивных наркозависимых, наблюдаемых наркологами г. Светлогорска, все еще не были охвачены данным эффективным методом лечения наркомании.

На 01.07.2013 г. в г. Светлогорске и Светлогорском районе было зарегистрировано кумулятивно 2920 и 389 случаев ВИЧ-инфекции.

На 01.07.2013 г. в применении АРВ-терапии по клиническим или иммунологическим показаниям нуждаются 52 человека (93% от всех 56 пациентов ЗТМ с ВИЧ), в том числе 20 женщин (100% от всех женщин с ВИЧ). Получали ее 46 пациентов (92% от

нуждающихся), в том числе 20 женщин (100% от женщин-участниц ЗТМ, имеющих ВИЧ и нуждающихся в терапии). На фоне применения ЗТМ в г. Светлогорске только 6 (11% из 52) ВИЧ-инфицированных ПИН не получают АРВ-терапию.

Таким образом, участие ПИН, имеющих ВИЧ, в программе ЗТМ является эффективным способом их удержания на АРВ-терапии.

Кроме ВИЧ-инфекции в популяции пациентов ЗТМ чаще, чем в общей популяции наркозависимых района (85%), встречались парентеральные вирусные гепатиты (В и С), так на 01.07.2013 г. все 100% пациентов ЗТМ г. Светлогорска были их носителями. При этом, с начала применения ЗТМ ни один из ее пациентов не получал терапию ВГС, что также могло влиять на высокую смертность данной группы.

ЗТМ существенно улучшило социализацию наркозависимых (охват трудоустройством, прекращение незаконной деятельности, прежде всего, связанной с оборотом наркотиков, стабилизация семейной обстановки).

На 1 июля 2013 г. из 60 наркозависимых пациентов ЗТМ 8 были инвалидами и не работали, 2 женщины были в отпуске по уходу за ребенком в возрасте до 3 лет, работали 43 участника программы или 81% от тех, кто по законодательству Республики Беларусь могут работать.

Официально были трудоустроены 37 пациентов (86% от работающих), 6 работали неофициально. При этом, все трудоустроенные официально работали на условиях полной занятости, по 3 – частичной и сдельной.

Таким образом, участники программы ЗТМ работали значительно чаще, чем представители общей популяции наркозависимых (86% и 32%, соответственно).

Одной из причин высокого уровня трудоустройства пациентов ЗТМ в г. Светлогорске является наличие у 90% образования. Так, из 60 пациентов ЗТМ высшее образование имели только 2, среднетехническое и специальное (ПТУ, колледж) – у 52. Только 6 (10%) пациентов ЗТМ закончили среднюю школу и не получили никакой профессии.

Несмотря на наличие профессии, многие участники ЗТМ не имели трудовых навыков, поскольку, большую часть жизни не работали или находились в заключении (более чем 95% пациентов ЗТМ были судимы).

Эти факты еще раз подчеркивают комплексность проблемы занятости пациентов ЗТМ и не обоснованность требования трудоустройства в течение первых 6 месяцев на лечение как условия ее продолжения.

По состоянию на 01.07.2013 г. никто из пациентов ЗМТ не был осужден условно, к наказаниям, не связанным с лишением свободы («химия») или исправительным работам. Осуждение к лишению свободы – у 7% участников ЗМТ за 3 года ее применения, в основном за деяния, совершенные до начала лечения, указывает на практически полное прекращение криминального поведения ранее неоднократно судимыми лицами, какими являются большинство наркозависимых пациентов.

3 пациента ЗМТ проходили принудительное амбулаторное лечение наркомании в соответствии со статьей 107 Уголовного Кодекса.

Улучшение семейной ситуации (пациенты, состоящие в браке или имеющие постоянного партнера) отмечалось у 60% участников ЗМТ. По состоянию на 01.07.2013 в официальном браке состояли 15 пациентов, с сожителем проживал 21 участник программы ЗМТ, по 12 были в разводе (не были в браке) и проживали самостоятельно или вместе с родителями. 2 мужчин проживали отдельно от семей (были в разводе) и выплачивали алименты. Для сравнения в 2012 г. среди наркозависимых и потребителей Гомельской области только 22,3% имели семью или отношения.

Все пациенты ЗМТ имели собственное жилье, где проживали самостоятельно, с семьей или родителями на постоянной основе.

По состоянию на 01.07.2013 г. 1 участница программы была лишена родительских прав, 1 – была лицом, обязанным возмещать расходы государства на содержание ребенка, изъятого из семьи и помещенного в специальные учреждения, только у 1 участника ребенок был признан находящимся в социально опасном положении.

Завершая предварительный анализ результатов применения ЗМТ в г. Светлогорске, можно сделать следующие основные выводы:

1. Программа ЗМТ в данном городе характеризуется высоким уровнем удержания на лечении (83% за 3 года ее применения).

2. 29% от всех прекративших получение ЗМТ были исключены из программы, что требует дальнейшего развития социального и психологического сопровождения наркозависимых пациентов.

3. Участие в ЗМТ способствовало существенному снижению криминального поведения пациентов, 96% которых ранее были судимы, что в 2,5 раза больше, чем среди учетных пациентов, но частота рецидива на ЗМТ у них была значительно ниже, чем у пациентов, ее не получавших.

4. Участие в ЗМТ более чем в 2,6 раза повысило уровень занятости пациентов (на конец 2012 г.

работали только 31% наркопотребителей, находящихся на учете в Гомельской области), более 80% были трудоустроены официально и на условиях полной занятости.

5. Учитывая то, что подавляющее большинство пациентов ЗМТ имели ВИЧ-инфекцию или ВГВ, можно говорить о том, что их участие в программе существенно сократило рискованное потребление инъекционных наркотиков и снизило риск передачи инфекций данным путем непораженным представителям данной уязвимой группы.

6. Уровень охвата АРВ-терапией нуждающихся участников ЗМТ (92%) в 2 раза выше, чем среди наркопотребителей, живущих с ВИЧ.

7. Все пациенты программы ЗМТ, у которых был выявлен туберкулез, получали его лечение и были ему привержены полностью.

8. Смертность среди участников ЗМТ (8% за 3 года) была ниже, чем в диспансерной группе наркозависимых пациентов (8% ежегодно).

9. Улучшение семейной ситуации пациентов ЗМТ проявилось в том, что доля тех участников ЗМТ, кто состоял в браке (25%) или имел постоянно партнера (35%), была 60%, что почти в 3 раза выше, чем в среднем по области среди наркозависимых и наркопотребителей (22,3%).

Проблемы реализации программы ЗМТ в г. Светлогорске:

1. Высокая распространенность ВИЧ-инфекции среди зарегистрированных в г. Светлогорске наркозависимых требует высокого уровня охвата наркозависимых ЗМТ (не менее 20%), прежде всего, с ВИЧ-инфекцией (до 40%). На 01.07.2013 г. охват ЗМТ был низким – ее получали только 18% диспансерных пациентов, страдающих зависимостью от наркотиков, и 32,7% диспансерных пациентов, страдающих наркозависимостью и имеющих ВИЧ-инфекцию.

2. Имеется лист ожидания пациентов для включения в ЗМТ, в котором находятся 3 пациента, о готовности войти в программу ЗМТ сообщают еще около 40 человек, в связи с чем, можно рекомендовать расширение охвата ЗМТ до 100 пациентов с выделением отдельной должности врача и дополнительной должности медсестры кабинета ЗМТ.

3. Для повышения уровня охвата АРВ-терапией и приверженности к ней пациентов ЗМТ с ВИЧ целесообразно развивать партнерские отношения с ВИЧ-сервисными общественными организациями, создавать группы взаимопомощи пациентов ЗМТ с ВИЧ, организовать психосоциальное сопровождение данных пациентов.

4. Необходимо информирование всех ВИЧ-инфицированных ПИН, наблюдаемых у инфекцион-

ста, о возможности получения ЗМТ, включение в г. Светлогорске консультации нарколога в обязательный перечень обследований перед началом получения АРВ-терапии.

5. Учитывая высокий уровень пораженности пациентов ЗМТ парентеральными вирусными гепатитами и высокий уровень смертности при коинфекции ВИЧ И ВГС, следует рассмотреть вопрос о возможности лечения гепатита хотя бы у части пациентов, получающих ЗМТ.

г. Мозырь

Кабинет ЗМТ психоневрологического диспансера Мозырской центральной районной больницы (ЦРБ) начал работу с 1 ноября 2010 г., обслуживает наркозависимых пациентов, проживающих в г. Мозыре и Мозырском районе, г.п. Калинковичи и г. Наровля.

1. Внедрение ЗМТ снизило уровень наркотизации в г. Мозыре, за счет повышения выявляемости и охвата лечением наркозависимых и стабилизации уровня злоупотребления опиатами.

Учитывая то, что ЗМТ в г. Мозыре применяется с конца 2010 г., был проведен анализ динамики численности наблюдаемых на учете наркопотребителей за 2 года до начала применения ЗМТ (2007-2009 гг.) и 2 года после начала ее применения (2010-2012 гг.).

За 2007-2009 гг. общее число наблюдаемых наркологами Мозырского ПНД наркопотребителей снизилось на 7,4% (с 229 до 212), за 2010-2012 г. число данных лиц выросло на 7,1% (с 211 до 226), при этом число наркозависимых лиц за 2007-2009 гг. выросло на 5,7% (с 88 до 93), а за 2010-2012 гг. число данных лиц выросло на 39% (с 95 до 131), число лиц, злоупотребляющих наркотиками вначале снизилось на 15,6% (со 141 до 119), а затем снизилось на 18,1% (со 116 до 95).

Доля лиц, злоупотребляющих наркотиками и находящихся под профилактическим наблюдением, от общего числа всех наблюдаемых Мозырским ПНД наркопотребителей снизилась за 2 года применения ЗМТ с 55,0% в 2010 г. до 42,0% в 2012 г., за 2 года до начала ее применения (2007-2009 гг.) было отмечено ее снижение (с 61,6% до 56,1%). Темп снижения доли злоупотребляющих наркотиками среди всех наблюдаемых лиц вырос за время применения ЗМТ в 2 раза (с 5,5% до 13%).

Вывод 1: В г. Мозыре число наркопотребителей на конец 2012 г. по сравнению с 2007 г. снизилось на 1,3% – с 229 до 226.

Вывод 2: Рост числа наркозависимых на 39% связан с ростом самостоятельной обращаемости пациентов для получения ЗМТ.

Вывод 3: Внедрение ЗМТ в г. Мозыре и Мозырском районе снизило частоту злоупотребления опиатными наркотиками.

2. На фоне внедрения ЗМТ число преступлений, связанных с незаконным оборотом наркотиков (наркопреступлений), в Мозырском и Калинковичском районах сократилось.

В 2007 г. в данных районах были зарегистрированы 85 наркопреступлений: в 2009 г. их было 91 (на 7% больше, чем в 2007 г.), в 2010 г. – 81 (снижение на 11% к уровню 2009 г.), в 2011 г. в Мозырском и Калинковичском районах количество наркопреступлений снизилось на 43% к уровню 2010 г. (совершено 46, из них – 37 и 9, соответственно, в каждом районе).

3. На фоне применения ЗМТ в Мозырском районе сократилось число ВИЧ-инфицированных наркопотребителей.

В Мозырском районе за 2 года после начала применения ЗМТ распространенность ВИЧ-инфекции среди зарегистрированных наркозависимых снизилась на 10,6% (за 2010 г. – 26 случаев (27,4% от всех зарегистрированных наркопотребителей), за 2012 г. – на 22 (16,8%)).

На начало 2008 г. среди потребителей опиатов было 30 случаев ВИЧ-инфекции (34,1%) и в 2009 г. – 24 (25,8%), таким образом, за 2 года до применения ЗМТ распространенность ВИЧ снизилась на 8,3%.

Благодаря проводимым в Мозырском районе профилактическим мероприятиям, в том числе, применению ЗМТ, в 2011-2012 гг. число случаев ВИЧ-инфекции среди наркозависимых уменьшилось на 10.

Следует отметить, что темп снижения доли ВИЧ-инфицированных наркозависимых в 2012 г. по сравнению с 2010 г. (на 10,6%) был в 2,4% больше темпа снижения данной доли до начала ЗМТ (на 8,3%).

Вывод 1: Применение ЗМТ в Мозырском районе привлекает к лечению наркозависимых с ВИЧ-инфекцией, что способствует снижению ее распространенности в данной уязвимой группе, несмотря на ее рост.

Анализ результатов применения ЗМТ в г. Мозыре
ЗМТ за 2,5 года ее реализации (с ноября 2010 г. по июль 2013 г.) получали 80 пациентов, из них 18 женщин (22,5% от всех). Прекратили получение ЗМТ 29 пациентов (36% от всех получавших): умерли 2 пациента (2,5% от всех), из них 1 женщина; 27 участников программы ЗМТ (33,7% от всех), из них 6 женщин (22% от прекративших и 33,7% от всех получавших женщин), ушли из программы по различным причинам (воздержание от сопутствующего приема опиатных наркотиков, смена места жи-

тельства, по решению ВКК за нарушения правил лечения).

За 2,5 года реализации программы ЗМТ в Мозыре никто из пациентов не попал в места лишения свободы и не прервал лечение внезапно.

Анализ причин прекращения участия в программе ЗМТ в г. Мозыре показывает, что на первом месте стоит решение медицинских работников: по данной причине окончило ЗМТ 30% от всех прекративших, в т.ч. 29% от всех прекративших ЗМТ – женщины.

Следует отметить, что программа ЗМТ в г. Мозыре по сравнению с другими городами Гомельской области характеризуется более тщательным отбором пациентов и исключением из нее за дисциплинарные нарушения или наличие зависимости от алкоголя.

В Мозырском ПНД имеется лист ожидания для включения пациентов в программу ЗМТ, в котором находятся 4 человека.

Несколько наркозависимых, прекративших участие в программе ЗМТ, ходатайствовали о повторном (по решению ВКК) принятии на лечение, но предпочтение было отдано приему на ЗМТ новых пациентов.

Возможно, именно данный «требовательный» подход в реализации ЗМТ в г. Мозыре позволил не допустить попадания пациентов в места лишения свободы и незапланированного прекращения ими лечения.

О готовности войти в программу ЗМТ г. Мозыря сообщают несколько десятков человек, в связи с чем, можно рекомендовать расширение охвата ЗМТ до 100 пациентов с выделением отдельной должности врача и дополнительной должности медсестры кабинета ЗМТ.

Удержание в программе ЗМТ составило 81% и соответствовало требованиям Минздрава для пилотного проекта (выше 80%): 15 пациентов (18,75%) были исключены из нее за нарушение режима лечения.

При отборе среди зарегистрированных наркозависимых в программу ЗМТ в г. Мозыре приоритетом являлось наличие ВИЧ-инфекции.

Среди 80 пациентов ЗМТ в г. Мозыре ВИЧ-инфекция была у 29 (36%), из них 5 составили женщины (28% от всех женщин и 17% от всех ВИЧ-инфицированных). Из 51 пациента (11 женщин), получающих ЗМТ по состоянию на 1 июля 2013 г., 22 (43%) были ВИЧ-положительными, из них 4 женщины (36% от всех женщин и 18% от всех с ВИЧ).

Среди ВИЧ-негативных пациентов ЗМТ не было зафиксировано ни одного нового случая ВИЧ-инфекции, при том, что у всех ее не имеющих проводилось обязательное ежегодное тестирование на ВИЧ.

54 пациента (67,5%), из 80 получавших ЗМТ, имели парентеральные вирусные гепатиты: 49 – С, в том числе 6 женщин, и 5 – ВГВ.

За время предоставления ЗМТ туберкулез был у 2 мужчин-пациентов. На начало июля 2013 г. туберкулез был у 1 мужчины.

Применение ЗМТ в г. Мозыре способствовало социализации ранее криминализированных и безработных наркопотребителей.

Из 80 пациентов ЗМТ г. Мозыря были судимы 60 (75%), в том числе, 13 женщин (72% из всех женщин участниц программы).

За время применения ЗМТ в г. Мозыре начали работать 14 участников программы (17,5%), из них 2 женщины (11% от всех женщин).

51 пациент, получавший ЗМТ в г. Мозыре в июле 2013 г., имел следующие демографические, социальные и клинические характеристики.

Средний возраст пациентов составлял около 35 лет (лица в возрасте 30 лет и старше составляли 68,6% пациентов ЗМТ): в возрасте 30-40 лет – 20 (39,2%), из них 4 женщины, старше 40 лет – 15 пациентов (29,4%), из них 3 женщины, в возрасте 20-30 лет было 16 (31,4%), из них 5 женщин.

Более 70% пациентов программы ЗМТ в г. Мозыре принимали нелегальные наркотики в течение 5 и более лет до начала лечения.

В г. Мозыре отмечен самый высокий в Гомельской области охват ЗМТ учетных наркозависимых: на 01.07.2013 г. ЗМТ получали почти 40% диспансерных пациентов, в том числе все имеющие ВИЧ-инфекцию.

Всего на 01.07.2013 г. среди 51 наркозависимого пациента ЗМТ было 22 ВИЧ-положительных (43%), из них 4 женщины (36% из 11). Доля ВИЧ-положительных пациентов программы ЗМТ г. Мозыря в 2,5 раза выше доли таких лиц в популяции наркозависимых, что отражает достаточно высокий доступ данной группы ПИН к услугам по профилактике ВИЧ-инфекции. Но более 60% наркозависимых, наблюдаемых в г. Мозыре, не были охвачены данным эффективным методом лечения наркомании.

На 01.07.2013 г. в г. Мозыре и Мозырском районе было зарегистрировано кумулятивно 318 случаев ВИЧ-инфекции, в г. Калинковичи и Калинковическом районе – 274, в г. Наровле – 42 случая.

На 01.07.2013 г. в применении АРВ-терапии по клиническим или иммунологическим показаниям нуждаются 17 человек (77% от всех 22 пациентов ЗМТ с ВИЧ), в том числе 4 женщины (все женщины с ВИЧ). Получали ее 4 пациента (23,5% от нуждающихся). Никто из женщин-участниц ЗМТ, нуждающихся в АРВ-терапии, ее не получал.

Таким образом, в г. Мозыре выявлена проблема мотивации наркозависимых, имеющих ВИЧ и уча-

ствующих в программе ЗМТ, которые нуждаются в получении АРВ-терапии, на ее применение.

Кроме ВИЧ-инфекции в популяции пациентов ЗМТ г. Мозыря были распространены парентеральные вирусные гепатиты, так на 01.07.2013 г. их носителями были: С – 21 пациент (4 женщины) и В – 2 мужчины.

ЗМТ существенно улучшило социализацию наркозависимых (охват трудоустройством, прекращение незаконной деятельности, прежде всего связанной с оборотом наркотиков, стабилизация семейной обстановки).

На 1 июля 2013 г. из 51 наркозависимого пациента ЗМТ 2 не работали по причине инвалидности, учились 2 пациента, работали 25 участников программы ЗМТ или 51% от тех, кто имел право работать.

Официально был трудоустроен 21 пациент (84% от работающих), 4 работали неофициально. Участники ЗМТ г. Мозыря работали значительно чаще, чем представители общей популяции наркозависимых района.

В течение времени реализации программы ЗМТ в г. Мозыре число работающих пациентов увеличилось более чем в 2 раза (с 12 до 25).

Основные проблемы, связанные с трудоустройством участников программы ЗМТ в г. Мозыре, вызваны тем, что часть пациентов не имеет профессиональных навыков, которые не были получены или утрачены; многие пациенты ЗМТ не имели какой-либо профессии.

Так, из 51 пациента ЗМТ высшее образование было у 6, среднетехническое и специальное (ПТУ, колледж) – у 29, среднюю школу закончили 6, базовую (9 классов) закончили 7 и не закончили 3 человека. Таким образом, почти треть пациентов ЗМТ не получили никакой профессии.

Многие не имеют трудовых навыков, поскольку, имея профессию, большую часть жизни не работали или находились в заключении.

Среди пациентов ЗМТ ранее судимых было в 2 раза больше, чем среди учетных наркопотребителей Гомельской области (75% и 38%).

Многие не могут трудоустроиться, т.к. наркозависимость и ВИЧ-инфекция являются противопоказаниями к целому ряду профессий.

Сложность решения проблемы занятости наркозависимых лиц в целом, даже находящихся в ремиссии (как пациенты программы ЗМТ), указывает на необходимость активного содействия их трудоустройству.

По состоянию на 01.07.2013 г. по 1 пациенту ЗМТ были осуждены к наказаниям, не связанным с лишением свободы («химия») и исправительным работам. Отсутствие осуждений к лишению свободы

участников ЗМТ, среди которых было 80% ранее судимых, за 2,5 года ее применения, указывает на полное прекращение криминального поведения.

Улучшение семейной ситуации (за время участия в программе появился партнер или супруг) отмечалось у многих пациентов. По состоянию на 01.07.2013 в официальном браке состояли 12 пациентов, с сожителем проживали 5 участников программы ЗМТ, 9 и 4 были в разводе или не были в браке, соответственно, и проживали самостоятельно, 21 проживал вместе с родителями. 1 мужчина выплачивал алименты.

44 пациента ЗМТ имели собственное жилье (дом или квартира), 7 снимали жилье самостоятельно или вместе с партнером.

По состоянию на 01.07.2013 среди участников программы ЗМТ не было лиц, лишенных родительских прав, лиц, обязанных возмещать расходы государства за содержание ребенка, изъятого из семьи и помещенного в специальные учреждения, лиц, у которых ребенок был признан находящимся в социально опасном положении.

Никто из пациентов не проходил принудительного амбулаторного лечения наркомании по основаниям, предусмотренным ст. 107 УК РБ.

Завершая анализ результатов применения ЗМТ в г. Мозыре, можно сделать следующие основные выводы:

1. В г. Мозыре обеспечен высокий уровень охвата ЗМТ наркозависимых пациентов, состоящих на диспансерном учете. На 01.07.2013 г. охват ЗМТ был высоким – ее получали 40% диспансерных пациентов, страдающих зависимостью от опийных наркотиков, и все наркозависимые пациенты, имеющие ВИЧ-инфекцию.

2. Программа ЗМТ в данном городе характеризуется высоким уровнем удержания на лечении (81% за 2,5 года ее применения).

3. Участие в ЗМТ способствовало полному прекращению криминального поведения пациентов, 80% которых ранее были судимы.

4. Более половины (51%) участников ЗМТ было трудоустроено.

5. Участие в программе ЗМТ большого количества пациентов с ВИЧ (43% от всех) инфекцией или вирусными гепатитами (45% всех) существенно сократило рискованное потребление инъекционных наркотиков и снизило риск передачи инфекций данным путем непораженным представителям данной уязвимой группы.

6. За время реализации программы среди пациентов, не имевших ВИЧ или ВГ, не было зарегистрировано новых случаев инфекций.

7. За 2,5 года работы программы ЗМТ не умер никто из ее участников.

8. Улучшение семейной ситуации пациентов ЗМТ проявилось в том, что доля тех участников ЗМТ, кто состоял в браке (23,5%) или имел постоянно партнера (9,8%), была 33,3%, что почти в 1,5 раза выше, чем в среднем среди наркозависимых и наркопотребителей области (22,3%).

Проблемы реализации программы ЗМТ в г. Мозыре

Более половины (51,7%) от всех прекративших получение ЗМТ были исключены из программы, что требует дальнейшего развития социального и психологического сопровождения наркозависимых пациентов.

Отмечен низкий уровень охвата АРВ-терапией нуждающихся в ней участников ЗМТ, живущих с ВИЧ, что возможно связано с низким охватом таким лечением наркозависимых, состоящих на учете в Мозырском ПНД.

Для повышения уровня охвата АРВ-терапией и приверженности к ней наркозависимых с ВИЧ, в том числе пациентов ЗМТ, целесообразно выяснить причины отказа от получения терапии, устранить те из них, которые связаны с приемом ЗМТ (лекарственное взаимодействие, необходимость приема метадона 2 раза в сутки), содействовать встречам данных пациентов с равными консультантами, созданию групп взаимопомощи пациентов ЗМТ с ВИЧ, развивать партнерские отношения с врачом-инфекционистом, общественными организациями. Особое внимание следует обратить на пациенток ЗМТ, живущих с ВИЧ.

Проблемы и достижения участников программы ЗМТ в г. Мозыре:

1. Ограничения, связанные с привязанностью к месту жительства, препятствуют получению высокооплачиваемой работы в командировках.

2. Отсутствие программы социальной поддержки пациентов снижает возврат их к трудовой деятельности или получение профессии.

3. Все опрошенные пациенты отмечают прекращение криминального поведения и потребление уличных и других наркотиков.

4. Пациенты активно сотрудничают с медперсоналом, в г. Мозыре создана общественная организация, помогающая наркозависимым.

г. Жлобин

Кабинет ЗМТ Жлобинского наркологического диспансера (НД) Жлобинской центральной районной больницы (ЦРБ) начал работу с 1 октября 2010 г.,

обслуживает наркозависимых пациентов, проживающих в г. Жлобине и Жлобинском районе.

1. Внедрение ЗМТ снизило уровень наркотизации в г. Жлобине, за счет повышения выявляемости и охвата лечением наркозависимых и стабилизации уровня злоупотребления опиатами.

За предшествующее десятилетие (с 2003 по 2012 г.) отмечается снижение общего числа наркозависимых, наблюдаемых наркологами Жлобинского НД, на 19,1% (в 2003 г. – 131, в 2012 г. – 106).

За 5 лет до начала применения ЗМТ в области (2003-2007 гг.) число наркозависимых, наблюдаемых в г. Жлобине, снизилось на 6,1% (с 131 до 123), а за 5 лет ее применения (2008-2012 г.) число данных лиц снизилось на 11,5% (с 122 до 106), темп снижения числа почти в 2 раза больше.

Учитывая то, что в г. Жлобине, как и в г. Мозыре, ЗМТ применяется с конца 2010 г. был проведен анализ динамики численности наблюдаемых на учете наркопотребителей за 2 года до начала применения ЗМТ (2007-2009 гг.) и 2 года после начала ее применения (2011-2012 гг.).

За 2007-2009 гг. число наблюдаемых наркологами Жлобинского НД наркопотребителей снизилось на 5,4% (с 202 до 191), за 2010-2012 г. число данных лиц выросло на 7,8% (с 180 до 194). При этом число наркозависимых лиц за 2007-2009 гг. снизилось на 13,8% (с 123 до 106), за 2009-2012 г. число данных лиц не изменилось (до 106). Темп увеличения числа лиц, находящихся под профилактическим наблюдением, и до внедрения ЗМТ, и после начала ее применения, был сходным (в 2007-2009 гг. на 7,6% – с 79 до 85 и на 8,0% – с 81 до 88).

Доля лиц, находящихся под профилактическим наблюдением, от всех наркопотребителей, наблюдаемых в Жлобинском НД, за время применения ЗМТ осталась прежней (45% – в 2010 г. и 45,3% – в 2012 г.), при этом за 2 года до начала ее применения (2007-2009 гг.) был отмечен рост пропорции злоупотребляющих наркотиками (с 39,1% до 44,5%).

Вывод 1: В г. Жлобине число наркозависимых на конец 2012 г. по сравнению с 2007 г. снизилось (на 13,8% – с 123 до 106).

Вывод 2: Рост числа наркозависимых в 2010-2012 гг. связан с ростом их обращаемости для включения в программу ЗМТ.

Вывод 3: Внедрение ЗМТ стабилизировало уровень злоупотребления опиатными наркотиками в г. Жлобине и Жлобинском районе.

2. На фоне внедрения ЗМТ число преступлений, связанных с незаконным оборотом наркоти-

ков (наркопреступлений), в Жлобинском районе сократилось.

В 2007 г. в Жлобинском районе было зарегистрировано 75 наркопреступлений: в 2009 г. их было 67 (на 9,3% меньше, чем в 2007 г.), в 2011 г. – 46 (на 31,3% меньше по сравнению с 2009 г.).

Таким образом, темп снижения числа наркопреступлений в районе за последние 2 года более, чем в 3 раза превысил таковой в 2007-2009 гг.

Анализ результатов применения ЗМТ в г. Жлобине

ЗМТ за 2,5 года ее реализации (с октября 2010 г. по июль 2013 г.) получали 28 пациентов, из них 5 женщин (17,85% от всех). Прекратили получение ЗМТ 9 пациентов (36% от всех получавших): умерли 2 мужчин; 1 мужчина попал в места лишения свободы; 2 участника программы ЗМТ ушли из программы из-за смены места жительства (планово), 2 прекратили лечение досрочно (внезапно) по заявлению и 2 человека были исключены из нее по решению ВКК (досрочно). Все женщины – участницы ЗМТ продолжили ее применение на 01.07.2013.

Удержание в программе ЗМТ в г. Жлобине составило 82%, что соответствовало требованиям Минздрава для пилотного проекта в Гомельском наркодиспансере (не менее 80%): по 7,1% пациентов были исключены из нее по решению ВКК за нарушения режима лечения и прервали лечение внезапно, а 3,5% (1) попали в места лишения свободы.

В Жлобинском НД имеется лист ожидания для включения пациентов в программу ЗМТ, в котором на 01.07.2013 г. находились 2 человека.

Следует отметить, что программа ЗМТ в г. Жлобине характеризуется четкой структурированностью, настроенностью пациентов, получающих заместительную терапию в течение длительного времени и социально стабильных на достижение полного воздержания от приема наркотиков.

В Жлобинском НД на 01.07.2013 г. 3 пациента находились в фазе снижения дозировки метадона, готовясь к выходу из программы ЗМТ.

Ранее 1 пациент ЗМТ прошел детоксикацию и завершил лечение.

Повторного принятия на лечение ранее прекративших участие в программе ЗМТ наркозависимых в Жлобинском НД не происходило.

Учитывая то, что среди наркозависимых г. Жлобина много потребителей неинъекционных наркотиков, а также то, что многие наблюдаемые на учете потребители опиатов не имеют длительного стажа наркопотребления, можно оценивать охват пациентов ЗМТ в г. Жлобине, как достаточный и для охвата

50 пациентов рекомендовать более активное информирование не состоящих на учете опийных наркоманов о возможностях получения данного вида лечения в Жлобинском НД.

При отборе среди зарегистрированных наркозависимых в программу ЗМТ в г. Жлобине приоритетом являлось наличие ВИЧ-инфекции.

Среди 28 пациентов ЗМТ в г. Жлобине ВИЧ-инфекция была у 23 (82%), из них 4 составили женщины (80% от всех женщин и 17,4% от всех ВИЧ-инфицированных). Среди ВИЧ-негативных пациентов ЗМТ не было ни одного нового случая ВИЧ-инфекции, при том, что у всех ее не имеющих проводилось обязательное ежегодное тестирование на ВИЧ.

У 100% пациентов, получавших ЗМТ, было выявлено наличие вирусного гепатита С, носительства вирусного гепатита В не отмечено.

Туберкулез был выявлен у 1 мужчины-пациента ЗМТ и он получал его лечение. На начало июля 2013 г. туберкулеза не было ни у кого.

Применение ЗМТ в г. Жлобине способствовало социализации ранее криминализированных и безработных наркопотребителей.

Из 28 пациентов ЗМТ г. Жлобине были судимы 12 (43%), в том числе 1 женщина (20% из всех женщин – участниц программы).

За время применения ЗМТ в г. Жлобине начали работать 18 участников программы (64%), из них 5 женщин (100% женщин).

19 пациентов, получавших ЗМТ в г. Жлобине на 01.07.2013, имели следующие демографические, социальные и клинические характеристики.

Средний возраст пациентов составлял около 35 лет (лица в возрасте 30 лет и старше составляли 84,2% пациентов ЗМТ): в возрасте 30-40 лет – 15 (79%), из них 4 женщины, старше 40 лет – 1 мужчина, в возрасте 20-30 лет было 3 пациента (15,8%), из них 1 женщина.

Все пациенты программы ЗМТ в г. Жлобине принимали нелегальные наркотики в течение 5 и более лет до начала лечения: от 5 до 10 лет – 13 пациентов (68,4%), из них 2 женщины; от 10 до 20 лет – 6 (3 женщины).

В г. Жлобине охват ЗМТ учетных наркозависимых на 01.07.2013 г. составил чуть менее 18% диспансерных пациентов.

Из 19 пациентов (5 женщин), получающих ЗМТ по состоянию на 1 июля 2013 г., 16 (84%) были ВИЧ-позитивными, из них 4 женщины (80% от всех женщин и 25% от всех пациентов с ВИЧ).

На 01.07.2013 г. в г. Жлобине и Жлобинском районе было зарегистрировано 1168 случаев ВИЧ-инфекции (кумулятивное число), из них в г. Жлобине – 866 случаев и Жлобинском районе – 302 случая.

Поскольку доля ВИЧ-положительных пациентов в общей популяции наркозависимых района неизвестна, это возможно свидетельствует о проблемах в доступе данной группы ПИН к услугам по профилактике ВИЧ-инфекции. Тем не менее, учитывая высокую долю ВИЧ-положительных среди пациентов ЗМТ, можно предположить, что большинство живущих с ВИЧ наркозависимых в г. Жлобине охвачены данным видом лечения.

На 01.07.2013 г. АРВ-терапию получали 9 пациентов (56% от всех 16 ВИЧ-инфицированных), из них 2 женщины (50% женщин с ВИЧ).

Поскольку не известна доля ВИЧ-положительных участников ЗМТ, которые нуждаются в получении АРВ-терапии, не было оценено влияние ЗМТ на охват нуждающихся данным лечением и приверженность к нему.

Все пациенты ЗМТ г. Жлобина имеют вирусный гепатит С.

ЗМТ существенно улучшило социализацию наркозависимых (охват трудоустройством, прекращение незаконной деятельности, прежде всего, связанной с оборотом наркотиков, стабилизация семейной обстановки).

На 1 июля 2013 г. из 19 наркозависимых пациентов ЗМТ 1 не работал по причине инвалидности, постоянно работали 13 участников программы (68%), периодически (сезонно) работали еще 5 пациентов.

Официально были трудоустроены 13 пациентов, имели полную занятость (72% от работающих), 5 работали неофициально (имели частичную занятость или сдельную оплату труда). Участники программы ЗМТ работали чаще, чем наркозависимые района в среднем.

Основные проблемы, связанные с трудоустройством пациентов ЗМТ в г. Жлобине, вызваны тем, что часть наркопотребителей не имела профессии, многие утратили полученные профессиональные навыки.

Так, из 19 пациентов ЗМТ высшего образования не имел никто и только 1 – среднетехническое и специальное (ПТУ, колледж). 18 не получили профессии: по 9 человек закончили среднюю и базовую школы.

Часть не имеет трудовых навыков, поскольку, имея профессию, большую часть жизни находились в местах лишения свободы и не работали (более 40% пациентов ЗМТ были ранее судимы).

Многие не могут трудоустроиться официально, т.к. ВИЧ-инфекция и наркозависимость являются противопоказаниями к целому ряду профессий. Кроме того, вследствие соматических заболеваний (1 пациент ЗМТ страдает онкологическим заболева-

нием) и проблем со здоровьем в связи с ВИЧ/СПИД часто нуждаются в стационарном лечении.

Тем не менее, высокий уровень занятости пациентов ЗМТ в г. Жлобине может свидетельствовать об отборе на терапию менее социально дезадаптированных пациентов и постоянной мотивировке неработающих участников к приобретению профессии и трудоустройству.

При анкетировании медицинским работником было указано, что трудовая занятость является важным условием пребывания на ЗМТ.

По состоянию на 01.07.2013 г. только 1 наркозависимый был осужден и попал в места лишения свободы, что указывает на значительно сокращение криминального поведения пациентов программы ЗМТ.

Улучшение семейной ситуации (за время участия в программе появился партнер или супруг) отмечалось у многих пациентов. По состоянию на 01.07.2013 в официальном браке состояли 4 пациента, с сожителем проживали 4 участника программы ЗМТ, по 5 человек были в разводе или не были в браке, соответственно, и проживали самостоятельно. Отмечено возникновение семей между участниками программы ЗМТ.

Все пациенты ЗМТ имели собственное жилье (дом или квартира).

По состоянию на 01.07.2013 среди участников программы ЗМТ не было лиц, лишенных родительских прав, лиц, обязанных возмещать расходы государства за содержание ребенка, изъятого из семьи и помещенного в специальные учреждения, лиц, у которых ребенок был признан находящимся в социально опасном положении.

Никто из пациентов не проходил принудительного амбулаторного лечения наркомании по основаниям предусмотренным ст. 107 УК РБ, не находился на «условном сроке», исправительных работах или «химии».

Завершая предварительный анализ результатов применения ЗМТ в г. Жлобине, можно сделать следующие основные выводы:

1. Программа ЗМТ в данном городе характеризуется высоким уровнем удержания на лечении (82% за более чем 2,5 г. ее применения).

2. Участие в ЗМТ способствовало почти полному прекращению криминального поведения пациентов, 40% которых ранее были судимы: в места лишения свободы попал только 1 наркозависимый пациент.

3. 68% участников ЗМТ было трудоустроены официально.

4. Участие в программе ЗМТ пациентов с ВИЧ-инфекцией (84%) или вирусным гепатитом С (100%)

существенно сократило потребление инъекционных наркотиков и снизило риск передачи инфекций данным путем непораженным представителям уязвимой группы (ПИН).

5. За время реализации программы ЗМТ среди пациентов, не имевших ВИЧ или ВГ, не было зарегистрировано новых случаев инфекций.

6. За 2,5 года работы реализации программы ЗМТ умер 1 ее участник.

7. Улучшение семейной ситуации пациентов ЗМТ проявилось в том, что доля тех участников ЗМТ, которые состояли в браке (21%) или имели постоянно партнера (21%), была 42%. Это почти в 2 раза выше, чем в среднем, среди наркозависимых и наркопотребителей области (22,3%).

Проблемы реализации программы ЗМТ в г. Жлобине:

Отмечен низкий уровень охвата ЗМТ наркозависимых, состоящих на диспансерном учете (менее 18%), и недостаточный – ПИН, имеющих ВИЧ.

Уровень охвата АРВ-терапией, нуждающихся в ней участников ЗМТ живущих с ВИЧ, и доля ВИЧ-позитивных наркозависимых требует уточнения для возможности сделать какие-либо выводы о роли ЗМТ.

Для повышения качества ведения пациентов на ЗМТ с ВИЧ-инфекцией (охват АРВ-терапией и приверженности к ней) целесообразно организовать более тесное взаимодействие с врачом-инфекционистом.

Учитывая малое количество пациентов, получавших ЗМТ в г. Жлобине, все выводы и предложения носят предварительный характер.

г. Речица

Кабинет ЗМТ психонаркологического диспансера Речицкой центральной районной больницы (ЦРБ) начал работу с декабря 2012 г., обслуживает наркозависимых пациентов, проживающих в г. Речице и Речицком районе (с населением около 100 тысяч жителей).

Поскольку применение ЗМТ в Речицком районе было начато только в конце 2012 г., был проведен анализ ситуации с наркопотреблением и его негативными последствиями за 5 лет до ее начала (2008-2012 гг.), а также – описание ситуации с применением ЗМТ по состоянию на 01.07.2013 г.

1. За 2008-2012 гг. в г. Речице и в Речицком районе отмечен рост числа пациентов, потребляющих опиаты и зависимых от них.

За последние 5 лет (с 2008 по 2012 г.) общее число наблюдаемых наркопотребителей выросло на

62% (с 71 до 115), при этом число наркозависимых лиц выросло на 16,9% (с 59 до 69, причем максимальным (79) оно было в 2010 г.), а лиц под профилактическим наблюдением по поводу употребления наркотиков – в 2,8 раза (с 12 до 46), причем рост произошел с 13 в 2009 г. до 25 в 2010 г. (на 92%), за 2012 г. на 84%.

Доля лиц, находящихся под профилактическим наблюдением, от общего числа всех наркопотребителей района выросла за 5 лет с 16,9% до 40%, что указывает на усиление работы по профилактике и выявлению злоупотребляющих наркотиками лиц, проводимой Речицким ПНД.

Вывод: общее число наркопотребителей выросло, как за счет охвата их профилактическим наблюдением, так за счет роста их выявления.

2. За 2007-2011 гг. в Речицком районе отмечен рост числа преступлений, связанных с незаконным оборотом наркотиков.

В 2007 г. в Речицком районе было зарегистрировано 31 наркопреступление. В 2009 г. – 48 (на 55% больше, чем в 2007 г.), в 2011 г. в районе было совершено 54 наркопреступления (рост на 74,1% к уровню 2007 г. и на 12,5% к уровню 2009 г.).

Вывод: рост наркопреступности в Речицком районе в течение последних 5 лет требует расширения охвата ЗМТ наркозависимых пациентов в целях сокращения их криминального поведения.

3. За 2008-2012 гг. в г. Речице и в Речицком районе отмечен рост числа наркозависимых, имеющих ВИЧ-инфекцию.

За 5 лет перед началом применения ЗМТ распространенность ВИЧ-инфекции среди зарегистрированных наркозависимых выросла на 20%.

На конец 2008 г. среди потребителей опиатов было зарегистрировано 35 случаев ВИЧ-инфекции (у 59,3% всех состоящих на учете), в 2010 г. – 45 случаев (57% от всех наркозависимых), за 2012 г. – 42 пациента с наркоманией и сопутствующей ВИЧ-инфекцией (60,9%).

Следует отметить, что динамика числа наркозависимых (рост на 33,9% – в 2010 г. по сравнению с 2008 г., снижение на 12,7% – в 2012 г. по сравнению с 2010 г.) была сопоставимой с динамикой числа ВИЧ-инфицированных наркозависимых (рост на 28,6% – с 2008 г. по 2010 г., снижение на 6,7% – с 2010 г. по 2012 г.). Это указывает на то, что взятые на учет новые пациенты с наркозависимостью уже были ВИЧ-инфицированы на момент их выявления. Группа наркозависимых с ВИЧ, еще не охваченных наблюдением наркологов, может быть привлечена к АРВ-терапии только путем активного предложения им получения ЗМТ.

Вывод 2: ухудшение в 2008-2012 гг. ситуации с потреблением наркотиков и распространением сопутствующей ВИЧ-инфекции среди наркозависимых Речицкого района требует более активного применения ЗМТ, прежде всего, среди наркозависимых с ВИЧ-инфекцией, что будет способствовать началу приема АРВ-терапии у таких пациентов и сокращению риска дальнейшей передачи ВИЧ в группу активных ПИН.

4. На фоне роста ВИЧ-инфекции среди наркозависимых выросла распространенность парентеральных вирусных гепатитов.

На конец 2008 г. вирусный гепатит С (ВГС) был зарегистрирован у 35 учетных потребителей инъекционных наркотиков (у 59,3% всех состоящих на учете), в 2010 г. – у 45 лиц (57% от всех наркозависимых), за 2012 г. – 42 пациента с наркоманией и вирусным гепатитом С (60,9%).

Вывод: охват наркозависимых наркологическим лечением, в том числе ЗМТ, снижает инъекционное наркопотребление, что способствует снижению дальнейшего распространения вирусного гепатита С.

Анализ результатов применения ЗМТ в Речице

ЗМТ за полгода года ее реализации (с 12.2012 по 06.2013) получали 15 пациентов, из них 4 женщины (27% от всех). Прекратили получение ЗМТ 2 пациента-мужчины (13% от всех получавших): 1 планомерно завершил участие в программе ЗМТ и 1 закончил ее прием по другим причинам, оба прекративших получение ЗМТ прошли этап постепенного снижения дозировки метадона с целью детоксикации и невозврата к наркотикам.

Удержание в программе ЗМТ составило за полгода ее применения 87% и соответствовало требованиям Минздрава (выше 80%).

Всего среди 15 наркозависимых пациентов ЗМТ в г. Речице ВИЧ-инфекция была у 13 (86,7%), из них 4 составили женщины (100% женщин, получавших ЗМТ, и 30,7% от всех ВИЧ-инфицированных).

На момент начала ЗМТ АРВ-терапию получали только 4 пациента с ВИЧ-инфекцией (30,7% от имеющих ВИЧ), в том числе 1 женщина (25%).

2 пациента, прекративших прием ЗМТ, были ВИЧ-инфицированы. Оба пациента ЗМТ, не имевших ВИЧ-инфекции на момент включения в программу, при повторном тестировании через 6 мес. были не заражены.

У всех 15 пациентов, получавших ЗМТ, был вирусный гепатит С.

Среди пациентов ЗМТ случаев туберкулеза отмечено не было.

ЗМТ в г. Речице применялась, прежде всего, среди ранее безработных и криминализированных наркопотребителей: на момент начала применения ЗМТ работали только 3 пациента (20%).

Из всех пациентов ЗМТ г. Речицы были судимы 10 (66,7%), в том числе 2 женщины (половина женщин – участниц программы).

Пациенты, получающие ЗМТ в г. Речице в июле 2013 г., имели следующие демографические, социальные и клинические характеристики.

Средний возраст пациентов составлял около 40 лет. Все пациенты были в возрасте 30 лет и старше: в возрасте 30-40 лет – 9 (69,2%), из них 3 женщины, старше 40 лет – 4 пациента (30,8%), из них 1 женщина.

Длительность инъекционного потребления наркотиков до включения в программу ЗМТ составила: от 10 до 20 лет – 9 пациентов (69,2%), из них 3 женщины, более 20 лет – 4 человека (30,8%), из них 1 женщина.

Охват ЗМТ наркозависимых, прежде всего, с ВИЧ-инфекцией, является эффективной мерой предупреждения дальнейшего ее распространения. На 01.07.2013 г. ЗМТ получали 16% диспансерных пациентов и 26% учетных наркозависимых, имеющих ВИЧ-инфекцию.

Из 13 пациентов (4 женщины), получавших ЗМТ на 1 июля 2013 г., ВИЧ-позитивными были 11 (84,6% от всех получающих), в т.ч. все 4 женщины. Доля ВИЧ-позитивных пациентов программы ЗМТ г. Речицы на 39% была выше доли таких лиц в общей популяции наркопотребителей района (60,9%), что отражает более высокий доступ данной группы ПИН к услугам по профилактике ВИЧ-инфекции. Тем не менее, 74% ВИЧ-позитивных наркозависимых, наблюдаемых в г. Речице, все еще не были охвачены данным эффективным методом лечения наркомании.

На 01.07.2013 г. в г. Речице и Речицком районе было 346 и 86 случаев ВИЧ-инфекции, соответственно (кумулятивный показатель).

На 01.07.2013 г. в применении АРВ-терапии нуждаются 6 человек (54,5% от всех 11 пациентов ЗМТ с ВИЧ), в том числе 3 женщины (75% от всех женщин с ВИЧ). Получали ее 4 пациента (66,7% от нуждающихся), в том числе – 1 женщина (33,3% от нуждающихся в терапии женщин с ВИЧ).

Кроме ВИЧ-инфекции все пациенты ЗМТ были заражены вирусным гепатитом С. При этом, ни до применения ЗМТ, ни после ее начала ни один из пациентов-участников программы не получал терапию ВГС.

ЗМТ существенно улучшило социализацию наркозависимых (охват трудоустройством, прекраще-

ние незаконной деятельности, прежде всего, связанной с оборотом наркотиков, стабилизация семейной обстановки).

За время применения ЗМТ в г. Речице начали работать 3 участника программы (20% от всех), из них 1 женщина (25% от всех женщин).

На 1 июля 2013 г. из 13 наркозависимых пациентов ЗМТ 1 женщина была в отпуске по уходу за ребенком в возрасте до 3 лет, работали – 6 участников программы или 50% от тех, кто имел право работать.

Все 6 работающих пациентов были трудоустроены официально и работали на условиях полной занятости.

Таким образом, только за полгода применения ЗМТ уровень занятости наркозависимых пациентов вырос в 2,5 раза (с 20% до 50%).

Одной из причин сложностей трудоустройства пациентов ЗМТ в г. Речице, является отсутствие у 46% специального образования: 5 человек закончили среднюю и 1 пациент ЗМТ базовую (9 классов) школу и не получили никакой профессии. Среднетехническое и специальное (ПТУ, колледж) образование получили 7 участников программы (54%).

Многие, имевшие профессию, участники ЗМТ не имели трудовых навыков, поскольку более чем 65% наркозависимых были ранее судимы.

2 пациента ЗМТ проходили принудительное амбулаторное лечение наркомании в соответствии со статьей 107 Уголовного Кодекса.

Эти факты еще раз подчеркивают комплексность проблемы занятости пациентов ЗМТ и не обоснованность требования трудоустройства в течение первых 6 месяцев на лечении как условия ее продолжения. Для социальной адаптации не имеющих образования, ранее не работавших, судимых наркозависимых пациентов требуются не только их собственные усилия, но создание поддерживающего окружения в рамках реализации подхода социального сопровождения (на принципах кейс-менеджмента).

Пациенты ЗМТ (учитывая короткий период ее применения) по своей семейной ситуации были сопоставимы с общей популяцией наркозависимых и потребителей Гомельской области (в 2012 г. семью или отношения имели 28,4% и 22,3%, соответственно). По состоянию на 01.07.2013 в официальном браке состояли 2 пациента, с сожителем проживали 3 участника программы ЗМТ, 2 были в разводе и проживали самостоятельно, 6 не были в браке и вместе с родителями.

Все пациенты ЗМТ имели собственное жилье, где проживали самостоятельно, с семьей или родителями на постоянной основе.

По состоянию на 01.07.2013 среди участников программы не было лиц, чьи дети признаны нахо-

дящимися в социально опасном положении, лишенных родительских прав, обязанных возмещать расходы государства за содержание ребенка, изъятого из семьи и помещенного в интернат.

Завершая предварительный анализ результатов применения ЗМТ в г. Речице, можно сделать следующие основные выводы:

Учитывая короткий срок получения пациентами ЗМТ и их малое число можно отметить некоторые сложности, с которыми необходимо работать в целях повышения качества и эффективности программы:

1. Необходимо повысить охват ЗМТ диспансерных наркозависимых пациентов, прежде всего, за счет имеющих ВИЧ-инфекцию.

2. С учетом высокой (84,6%) доли ВИЧ-позитивных лиц среди получающих ЗМТ необходимо предусмотреть предоставление комплекса услуг для данной группы пациентов (услуги снижения вреда, АРВ-терапия, налаживание контакта со специалистами общемедицинской практики);

3. Занятость пациентов ЗМТ является проблемой начального этапа всех новых программ ЗМТ, но побуждать к трудоустройству пациентов следует после стабилизации их психического и соматического состояния.

Общая ситуация с ЗМТ в 5 районах Гомельской области

В 5 районах, в которых применялась ЗМТ, на конец 2012 г. наблюдались 1142 наркозависимых или 90,8% от всех в области (1257).

На 01.07.2013 г. в 5 районах было зарегистрировано 6271 случай ВИЧ-инфекции или 86,8% от всех в области (7225).

В течение 5 лет (2007-2011 гг.) число преступлений, связанных с незаконным оборотом наркотиков (наркопреступлений), в 5 районах сократилось на 16,2% (с 628 до 526).

ЗМТ за 5,5 года ее реализации (с сентября 2007 г. по июль 2013 г.) получали 539 пациентов, из них 146 женщин (26,9% от всех пациентов). Из 539 пациентов ЗМТ были судимы 489 (90,7%).

Удержание в программе ЗМТ составило в среднем 83%, что соответствовало требованиям Минздрава для пилотного проекта.

Среди 539 пациентов ЗМТ ВИЧ-инфекция была у 305 (56,6%), АРВ-терапию получали 147 пациентов (48,2% от пациентов ЗМТ с ВИЧ).

В 5 районах на 01.07.2013 г. 25,4% наркозависимых, наблюдаемых на диспансерном учете, были охвачены ЗМТ (291 из 1142).

Из 291 пациента, получающего ЗМТ по состоянию на 1 июля 2013 г., 150 (51,5%) были ВИЧ-позитивными, АРВ-терапию получали 83 пациента (55,3% от пациентов ЗМТ с ВИЧ).

На 1 июля 2013 г. из 291 наркозависимого пациента ЗМТ работали 172 участника программы (59,1%), инвалидность имели 14. Участники программы ЗМТ работали чаще, чем наркозависимые области в среднем.

Улучшение семейной ситуации отмечалось у многих пациентов: по состоянию на 01.07.2013 133 участника ЗМТ состояли в официальном браке или проживали с сожителем (45,7% от всех участников).

По итогам анализа применения ЗМТ в 5 районах Гомельской области в 2007-2013 гг. можно отметить ее основные результаты:

1. Постоянное расширение программы позволило охватить ею в 5 районах к 01.07.2013 г. четверть наблюдаемых наркозависимых.

2. Приоритетным было включение в программу пациентов с ВИЧ-инфекцией (56,6% из всех, когда-либо получавших ее, 51,5% получавших по состоянию на 1 июля 2013 г.).

3. Увеличился уровень приверженности к АРТ среди участников ЗМТ (48,2% из всех когда-либо получавших ЗМТ пациентов с ВИЧ, 55,3% пациента с ВИЧ, получавших ЗМТ по состоянию на 1 июля 2013 г.).

4. Программа ЗМТ в 5 районах Гомельской области характеризуется высоким уровнем удержания на лечении (83%).

5. Участие в ЗМТ способствовало существенному снижению криминального поведения пациентов, 90,7% которых ранее были судимы.

6. Участие в ЗМТ более чем в 2 раза повысило уровень занятости пациентов, почти 60% были трудоустроены и имели полную занятость.

7. Улучшилось семейное положение участников ЗМТ: доля тех, кто состоял в браке или имел постоянного партнера, была в среднем 45,7%, что в 2 раза выше, чем среди учетных пациентов (22,3% в 2012 г.).

4.2. *Í òáí èà ñí ò è à è ù í í - y è í í í ì è - ã ñ è í é y ó ò à è - ò è á í ñ ò è ì ò í à ò à ì ì ù ç à ì ã ñ ò è ò à è ù í í é ò à ò à í è è*

1. Важнейшие методологические принципы оценки экономической эффективности ЗМТ

1. Экономический анализ и оценка полученных в рамках программ результатов не должны быть связаны с политическими оценками этой широкомасштабной акции, как сторонников, так и противников. Они должны быть объективными и обоснованными.

2. Экономическая результативность программы ЗМТ характеризует и ее социальную результативность, потому что экономические и социальные последствия регулирования процесса наркопотребления тесно связаны между собой.

3. Оценка экономической эффективности не является абсолютно единственной и абсолютно точной, потому что все социальные процессы и отношения детерминированы множеством самых разных факторов, учесть и измерить которые невозможно. В данном исследовании предлагается авторский вариант, который является одним из возможных.

4. Любая социально-экономическая оценка, как и предлагаемая, представляет собой определенную модель ситуации с множеством условий (ограничений), т.е. она в некотором смысле условна.

5. Экономическая результативность и социальная целесообразность являются важнейшими критериями любого общественного проекта, к числу которых относится и программа ЗМТ. Даже один из бывших наркопотребителей, вовлеченный в процесс общественного производства, – достаточное условие для того, чтобы рассматривать этот проект как социально приемлемый.

6. Экономическая эффективность программы ЗМТ тесным образом связана со временем, так как она формируется в условиях многих переменных во времени – цены, денежные доходы, спрос, предложение, медицинские и производственные технологии, этические нормы и принципы поведения в разных субкультурах и общества в целом, государственная политика и ряд других.

2. О стоимости человеческой жизни в контексте девиантного поведения

Стратегической целью в рамках программы ЗМТ является сохранение человеческой жизни. Человеческая жизнь и здоровье человека являются наивысшими ценностями существования человека как живого существа вообще. Такое утверждение справедливо в философском, социальном, политическом, экономическом и других измерениях. Однако, для общества безразлично, сколько стоит человеческая жизнь? Это особенно важно в контексте затрат на развитие человека, поддержание здоровья, обеспечение материальных и духовных условий проживания на достойном уровне.

Стоимость человеческой жизни складывается из индивидуальных затрат на ее материальное и духовное наполнение, прежде всего, исходя из представлений индивида. Кроме того, существует система и определенное количество общественных благ, формируемых и создаваемых на основе перераспреде-

ления получаемых обществом доходов (культура, здравоохранение, жилищно-коммунальные услуги, государственный аппарат, оборона и ряд других общественных потребностей). Строго говоря, стоимость человеческой жизни довольно условная величина, потому что жизнь человека нельзя считать рыночной категорией. Однако во многих конкретных личных и общественных ситуациях этот параметр имеет исключительное значение.

Стоимость человеческой жизни как конкретный показатель имеет значение для страховых организаций, силовых структур, здравоохранения, деятельность которых связана с риском для здоровья и жизни. Под «стоимостью» жизни в некоторых случаях понимают объем материального возмещения в связи с гибелью человека на транспорте, производстве, в силовых структурах или в других обстоятельствах, который население считало бы справедливым и оправданным.

Применительно к исследуемой проблеме стоимость человеческой жизни имеет исходное фундаментальное значение. Совершенно очевидно, чем выше стоимость человеческой жизни, тем более развитым в технико-технологическом и экономическом измерениях является общество. Также верно обратное утверждение. Поэтому потеря каждой человеческой жизни или здоровья человека от наркомании, алкоголизма или других асоциальных причин означает соответствующие потери для общества. Кроме того, решение поставленной в данном исследовании стратегической задачи невозможно без определения методологических основ оценки стоимости человеческой жизни. Между тем, это сложная методологическая проблема, которая в мировой практике может решаться путем использования нескольких подходов. Объективные методы определения стоимости человеческой жизни можно разделить на группы, исходя из показателей, на основании которых делается оценка. К таким показателям относятся:

- совокупный пожизненный доход (среднедушевой пожизненный доход человека);
- средний ВВП на душу населения;
- совокупный пожизненный доход и средний ВВП на душу населения, скорректированные исходя из вероятности смерти в том или ином возрасте;
- общественные издержки на воспроизводство человека;
- баланс накопленных и потребленных человеком материальных благ и услуг [1, 2, 3].

В некоторых из предлагаемых подходов используется показатель вероятности преждевременной или ожидаемой смерти, что действительно важно

для страховых, кредитных и ряда других организаций. Но, по нашему мнению, исследуя проблему оценки стоимости жизни в контексте девиантных субкультур, в том числе и наркоманов, было бы некорректным и негуманным снижать стоимость человеческой жизни наркозависимого человека по сравнению с другими.

Стоимость человеческой жизни – это выраженное в денежном эквиваленте количество создаваемых и, соответственно, потребляемых материальных и других благ и услуг. В рыночных условиях по сути, это цена человеческой жизни, потому что она состоит из таких элементов, как потребности и спрос человека на продукты питания, одежду и обувь, предметы досуга и культуры, страховые денежные запасы, покупка недвижимости, а также товаров, которые прямо не связаны с биологической необходимостью для человека – алкоголь, наркотики, табак и другие. Люди изначально все равны в своих правах на удовлетворение материальных, духовных, социальных, экономических и других потребностей. Однако в силу большого количества причин социального, природно-климатического, политического, экономического, исторического и другого характера такой показатель стоимости жизни является разным по странам, регионам, социально-профессиональным группам и т.д. Чем больше при прочих равных условиях производит и потребляет человек, тем больше стоимость (цена) его жизни.

Для данного исследования исходным параметром в оценке стоимости жизни жителя Республики Беларусь взято количество потребляемых в течение года материальных благ и услуг. Стоимость человеческой жизни – это, по сути, стоимость средств существования человека с учетом имеющихся в обществе стандартов и общественных возможностей. Для получения конкретных показателей стоимости человеческой жизни взяты официальные статистические данные Национального статистического комитета Республики Беларусь, что придает им достоверность и официальный характер.

Приведенные данные свидетельствуют, что за период с 2005 по 2012 годы стоимость человеческой жизни в Республике Беларусь увеличилась в 8,5 раза, а по городу Минску – в 7,8 раза. Следует отметить, что вследствие ряда экономических и других различий существуют и некоторые территориальные различия в стоимости человеческой жизни жителей Республики Беларусь. Региональные различия по 2012 году в коэффициентах относительно среднего по стране показателя являются такими:

Брестская обл. – 0,83;

Витебская – 0,89;

Гомельская – 0,84;

В среднем за год гражданин Республики Беларусь создает продуктов, товаров, услуг на сумму 115,376 млн. рублей (по данным за 2012 год). Это средний показатель, включающих как активно трудоспособных, так и работающих пенсионеров, работающих неполный рабочий день, других лиц до и послетрудоспособного возрастов. Этот тезис приводится как контрдовод для утверждений, что и в местах лишения свободы люди заняты общественным производством. Однако нужно учитывать и тот неоспоримый факт, что осужденные – это активная трудоспособная часть населения, которая могла бы еще более значительно увеличить ВВП страны. Поэтому **упущенную экономическую выгоду в сумме 259942 млн. рублей следует считать реальным показателем социально-экономических издержек вследствие преступлений, связанных с наркоманией.**

Социально-экономическая эффективность ЗМТ

Наркозависимость всегда граничит с преступлениями по производству (изготовлению) необходимых для потребления наркотических средств. Эта статья преступлений в последние 5 лет занимает ведущее место в совокупности всех преступлений. Незаконный оборот наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров в совокупности преступлений, связанных с наркотиками, занимал: в 2007 г. – 93,3%, 2008 г. – 93,7%, 2009 г. – 92,6%, 2010 г. – 93,6%, 2011 г. – 93,6%, в 2012 г. – 96,2%. Таким образом, эту сферу нужно рассматривать как область преступного оборота, где обращаются большие деньги. Во-вторых, такая деятельность приносит огромный ущерб здоровью конкретных людей, а также исключает из сферы трудовой деятельности большое количество людей, как наркопотребителей, так и созависимых граждан, имеющих непосредственные контакты с ними.

За период 2007-2012 гг. в Республике Беларусь численность осужденных за преступления, связанные с наркотиками, сократилась с 2846 до 2253 человек, т.е. на 593 человека. Если считать издержки по содержанию одного осужденного за год в сумме 158,1 млн. рублей, то подобное сокращение можно оценить суммой 93753 млн. рублей за 2012 год. Всего по состоянию на 01.07.2013 года в Республике Беларусь было зарегистрировано 15594 наркопотребителя. По своему потенциалу в связи с наркопотреблением – это малопродуктивная часть общества. Медики констатируют, что 90% потребителей наркотиков составляют лица в возрасте от 19 до 40 лет, однако не работают примерно 52% нарко-

потребителей. При этом условии, что их трудовые возможности используются обществом на 48%, общественные экономические потери составляют примерно 93557 млн. рублей. **А при условии, что данный контингент не занят в общественном производстве полностью, упущенная обществом экономическая выгода составляет 1799173 млн. рублей.** Но и качество труда наркомана несравнимо с качеством труда обычного среднего человека, более того, труд наркомана – сложно поддающееся оценке явление. Кроме того, при оценке примерных затрат не учтены затраты на содержание осужденных в местах лишения свободы, потери общества в результате противоправных действий, связанных с наркотиками, расходы на лечение и т.д.

За время применения ЗМТ с 27.09.2007 г. в Гомельском облнаркодиспасере ее получали 494 пациента, из которых по различным причинам участие в программе ЗМТ прекратил 181 пациент (55% от всех). Ежегодный уровень прекращения программы ЗМТ в связи с достижением стабильного состояния и воздержанием от наркотиков колебался от 1 до 8% от всех получающих ЗМТ и был в среднем 5%.

С диспансерного учета в связи со стойкой ремиссией по республике в целом в 2011 г. было снято 5,3% от всех наркозависимых, находящихся под наблюдением (в Гомельской области 4,5% в 2011 г.).

На конец 2012 г. ЗМТ в г. Гомеле получали 133 пациента, удержание в программе было максимальным за все время работы программы и составило 87%. На наш взгляд, эти два показателя – достижение стабильного состояния и воздержание от наркотиков (в среднем 5%) и показатель удержания в программе (в данном случае 87%) являются основополагающими для оценки социально-экономической эффективности программы. Первый показатель – 5% характеризует «чистую» социально-экономическую эффективность или рентабельность проекта, потому что означает возврат человека к полноценной социально-экономической жизни, его участие в трудовой деятельности. Если учесть, что в Республике Беларусь на 1 июля 2013 г. под наблюдением наркологической службы Беларуси находились 15594 наркопотребителя, то при достижении 5-процентной эффективности от наркопристрастия может быть освобождено 780 человек. Это количество людей могло бы увеличить валовой общественный продукт примерно на 90000 млн. рублей в год (в ценах 2012 года). Показатель удержания в программе характеризует высокую степень мотивации ее участника к воздержанию от наркотиков и эффективность работы специалистов – организаторов программы. Высокий уровень удержания в программе характери-

2012 гг. уменьшилось по сравнению с 2003-2007 гг. с 1971 до 1793 человек, т.е. на 9%. Следовательно, ежегодный условный социально-экономический эффект, исходя из разницы 178 человек, составляет 115,376 млн. руб. $Ч178 \approx 20537$ млн. руб. Это стоимость потенциально возможной произведенной за год этими людьми товаров и услуг.

2. Количество наркоманов и наркопотребителей в период 2008-2012 гг. по сравнению с периодом 2003-2007 гг. уменьшилось как по младшей возрастной группе до 20 лет, так и по группе старше 20 лет. Если в 2003-2007 гг. их количество в возрасте до 20 лет составляло 2301 человек, то за период 2008-2012 гг. – 1296 человек, т.е. на 1005 человек или 47,7% меньше. Это весьма существенный социальный результат здравоохранительной деятельности в целом и реализации проекта ЗМТ в Гомельской области в частности. Сократилось и количество наркопотребителей и наркоманов в возрасте старше 20 лет: с 8955 чел. за период 2003-2007 гг. до 8421 чел. за период 2008-2012 гг. (на 6%).

3. Количество снятых с наркологического учета в связи с убытием в места лишения свободы (ст. 107 УК РБ) уменьшилось со 174 за период 2003-2007 гг. до 170 за период 2008-2012 гг. Исходя из затрат на содержание одного заключенного, социально-экономический эффект составил 158,1 млн. руб. $Ч4 \approx 632,4$ млн. рублей.

4. Если за период 2003-2007 гг. среднегодовое количество судимостей, связанных с наркотиками, составляло 701 человек, то за период 2008-2012 гг. – 642 человека, т.е. меньше на 59 человек. Применяв приведенную выше расчетную сумму в 158,1 млн. руб., получаем условную сумму эффекта в размере 9328 млн. руб.

5. Удельный вес неработающих наркоманов и наркопотребителей среди общего их количества в среднем за год в период 2008-2012 гг. уменьшился до 42,2% с 46,4% за период 2003-2007 гг. В среднем за год это составило по периодам: 844 чел. и 1025 чел., соответственно. Такое среднегодовое увеличение занятости на 181 человека в стоимостном выражении выражается суммой 20883 млн. рублей в год.

6. Количество ВИЧ-инфицированных среди ПИН, выявленных за период 2008-2012 гг. уменьшилось до 307 человек по сравнению с 513 за период 2003-2007 гг., т.е. на 40%. Учитывая, что стоимость каждого предотвращенного случая равна 359 долл. США (Kumaranayake et al., 2004) [7, с 13-14], общие затраты на профилактику составляют примерно 359 $Ч206 \approx 73954$ долл. США. Примерная стоимость 206 спасенных человеческих жизней, исходя из изложенных выше расчетов, составила примерно 800 тыс. долл. США, т.е. социально-экономический эффект – 726 тыс. долл. США.

Социально-экономический эффект 1 года применения ЗМТ у 250 пациентов в Гомельской области составил 726 тыс. долл. США., т.е. эффект 1 дня применения ЗМТ для 1 пациента составляет около 8 долл. США.

Стоимость 1 дня применения ЗМТ для 1 пациента составляет 1,3 долл. США, из которых стоимость метадона (в средней суточной дозировке 150 мг) составляет 0,6 долл. США, а оплата труда медицинских работников и затраты на охранную сигнализацию – всего до 0,7 долл. США.

Таким образом, для ЗМТ соотношение затраты – эффективность составляет 1:6, т.е. 1 доллар, вложенный в программы ЗМТ, приносит государству не менее 6 долларов социально-экономического эффекта.

Следует отметить, что реализация программы ЗМТ в Республике Беларусь снижает инвестиционную привлекательность белорусского рынка опиоидных наркотиков. Так, в среднем, затраты одного опиоидного наркопотребителя на покупку наркотика составляют от 20 до 50 долларов США в день. За год такой наркопотребитель тратит на покупку наркотика около 12 тыс. долларов США. С учетом количества участников программы ЗМТ в Беларуси в 1050 человек доход наркодилеров на территории Беларуси снижается на $1050 * 12 000 \text{ долл.} = 12 600 000$ долл. США. Снижение инвестиционной привлекательности белорусского рынка опиоидов снижает поставки опиоидов в республику.

Литература, использованная для экономического анализа:

1. Куклин А. А. Экономическая оценка жизни человека / А. А. Куклин, С. Е. Шипицына, Р. В. Нифантова; отв. ред. д-р экон. наук А. А. Куклин. – Екатеринбург: ИЭ УрО РАН, 2012. – 43 с.

2. Быков А. А. О методологии экономической оценки жизни среднестатистического человека (пояснительная записка) // Научно-практический журнал «Проблемы анализа риска». – 2007. – том 4, – № 2. – С. 24-35.

3. Быков А.А. К проблеме оценки социально-экономического ущерба с использованием показателя цены риска / А.А. Быков, М.И. Фалеев // Проблемы анализа риска. – 2005. – № 2, том 2. – С. 114-131.

4. Социальное положение и уровень жизни населения Республики Беларусь. Статистический сборник / Национальный статистический комитет Республики Беларусь, 2013. – 324 с.

5. Правонарушения в Республике Беларусь. Статистический сборник / Национальный статистический комитет Республики Беларусь, 2013. – 174 с.

6. Здравоохранение в Республике Беларусь. Официальный статистический сборник за 2011 год. – Минск: ГУ РНМБ, 2012. – 304 с.

7. Кертис М., Зеличенко А. (2011). Экономический анализ программ снижения вреда: пособие для адвокации. Вильнюс: Евразийская сеть снижения вреда (ЕССВ). 2011 год., – 56 с. – Точка доступа: www.harm-reduction.org.

5. Оценка числа больных наркоманией, нуждающихся в таком виде лечения, в масштабах республики

5.1. *À íàèèç ì áæäóíàððíàí ùððàèí ì áíàäòèé ïí íáíáí ó íòààðà èèð, ñððàààð ù èð íàððèí ì àíèèé, ïðíàðà ì à ì è çà ì àñð è ðàèüí í é ðàðàí èè*

По данным ВОЗ, ЗМТ получают лишь 10% нуждающихся в ней людей, в то время как различными рекомендациями по охвату программами ЗМТ наркозависимых лиц предусмотрен охват ими от 40 до 60% ПИН.

Согласно рекомендациям, данным в 2009 г. ВОЗ, УНПООН и ЮНЭЙДС в техническом руководстве для стран по разработке целей в рамках концепции обеспечения универсального доступа к профилактике, лечению и уходу в связи с ВИЧ-инфекцией среди потребителей инъекционных наркотиков, для того, чтобы можно было эффективно противодействовать распространению ВИЧ-инфекции из среды ПИН с наркозависимостью в общую популяцию, следует обеспечить доступ к одному из эффективных методов лечения наркомании заместительной терапии не менее 30-40% лиц, страдающих наркоманией.

В странах Европейского Союза единую стратегию противодействия наркомании и связанными с ней негативными последствиями разрабатывает Европейский центр мониторинга наркотиков и наркомании (EMCDDA).

В руководстве EMCDDA по профилактике и контролю за инфекционными заболеваниями среди потребителей инъекционных наркотиков указано, что показатели охвата ПИН профилактическими вмешательствами, в т.ч. и ЗМТ, необходимо рассматривать в контексте конкретной национальной (или местной) ситуации на основании качественно выполненной оценки потребностей. Там также указано, что в 2009 году, в среднем, каждый второй проблемный потребитель опиоидных наркотиков получал ЗМТ, при этом самый высокий охват ПИН составлял 68% на Мальте. Общее число пациентов ЗМТ в Европейском союзе выросло с 500 тыс. в 2003 г. до 670 тыс. в 2008 г. Среди всех стран половина сообщает об охвате менее чем 40% от оценочного числа

ПИН, но только в 4 странах охват составляет менее 10%. В руководстве центра указано, что неудовлетворенная потребность в программах ЗМТ или длительное время ее ожидания указывают на неудовлетворенную потребность в услугах и является признаком того, что охват услугами ЗМТ должен быть увеличен.

В других странах (Австралия, Канада, США) охват наркозависимых программами ЗМТ также высок. В Австралии из 80 тыс. регулярных ПИН (оценки 2006 г.), примерно 39 000 получали ЗМТ (оценки 2006 г.). В 2003 г. около 26% потребителей опиатов в Канаде получали ЗМТ (оценочное число ПИН в 2012 г. – 75-125 тыс.). В США до 25% (к 2004 г.) зависимых от опиатов пациентов (всего 1 млн.) получали ЗМТ. Данная пропорция сохранилась и в настоящее время, при том, что число зависимых от опиатов оценивалось в 2009 г. в 2,3 млн., что указывает на расширение доступа к программе ЗМТ.

Имеется все увеличивающееся количество доказательных данных о том, что более высокие уровни охвата ПИН программами ЗМТ являются более эффективными, чем более низкие уровни охвата.

В странах постсоветского пространства, в которых применяется ЗМТ (Украина, Казахстан) целевые уровни охвата (в % от всех ПИН) не установлены. По данным Международного альянса по ВИЧ/СПИДу в Украине, в 2010 году число ПИН оценивалось от 278 000 до 387 000 (в среднем – 332 500), а на 01.06.2013 ЗМТ получали 7710 пациентов, что составляло лишь 2,3% от оценочного числа ПИН. Целью Национальной программы по СПИДу в Украине является охват программами ЗМТ до 20 000 пациентов к концу 2013 года, что составляет 6% от оценочного числа ПИН. В Казахстане число ПИН по данным быстрой оценки ситуации, проведенной УНП ООН в 2008 г., составляет 129 100 человек. В соответствии с Национальным планом действий по расширению доступности опиоидной заместительной терапии в Республике Казахстан на 2010-2014 годы охват ЗМТ должен составить к 2015 г. 10 тыс. пациентов (или 7,7% ПИН). По данным официальной статистики на наркологическом учете на 01.01.2012 г. в Казахстане состояло 46766 потребителей наркотических средств, из них 30142 с наркозависимостью. По состоянию на 01.07.2013 г. ЗМТ получали 273 пациента или менее 1% от числа зарегистрированных наркозависимых.

В странах с ограниченными ресурсами (к которым можно отнести и Беларусь) могут применяться другие целевые показатели. Так, в рамках третьей Национальной программы по контролю ВИЧ, принятой в 2006 г. Министерством здравоохранения и благосостояния семьи Индии, было запланировано

охватить к 2011 г. заместительной терапией до 40 тыс. ПИН. С учетом того, что по оценкам в 2006 г. в Индии было 1112500 ПИН, планируемое число пациентов ЗМТ могло охватить 3,6% их популяции.

Таким образом, при расчете охвата ЗМТ наркозависимых пациентов в разных странах мира применяют подход, предусмотренный Техническим руководством ВОЗ, УНП ООН и ЮНЭЙДС, при котором оптимальное число пациентов ЗМТ в стране должно составлять 40% и более от оценочного числа зависимых от опиатов (регулярных потребителей инъекционных опиатов) (но не числа зарегистрированных или учетных (учтенных) ПИН).

*5.2. Í òáí èà ÷ èñèà áí èüí ù ò í àð èí ì à í è á é, í ó æ-
ä à ð ù è ò ñ ÿ á ç à ì à ñ ò è ò à è ü í í é ò à ð à í è è ÿ ì ð à ñ í ó á-
è è è à á ò à è í ì, ñ ó-á ò í ì ð à à è í à è ü í í é ð à ñ í ð ì ñ ò-
ð à í á í í ñ ò è í à ð è í ì à í è è è á í ç í í æ í ñ ò á é í à ð è í-
è í à è ÷ à ñ è í è ñ è ó á ú ÿ ÿ ì è à-á í è ð è ð à à à è è è ò à ò è è
í à ð è í ç à è ñ è ì ù ò í à ò è á í ò ì í á*

На уровне населения охват обычно определяется как та доля населения, требующая вмешательства, которая в действительности получает такое вмешательство. Процент проблемных потребителей опиоидных наркотиков, получающих опиоидную заместительную терапию, является одним из важнейших количественных показателей в области профилактики инфекционных заболеваний (ВИЧ и парентеральных вирусных гепатитов) среди потребителей инъекционных наркотиков.

Существующий в Республике Беларусь охват ЗМТ (ее получали 1050 пациентов) наркозависимых (10% от всех пациентов, состоящих на диспансерном наркологическом учете (на 01.07.2013 г. – 10485) и 3% от общего оценочного числа потребителей инъекционных наркотиков (по расчетам, произведенным Центром мониторинга за наркотиками и наркопотреблением Гродненского медицинского университета методом «повторного захвата» в 2009 г. их в среднем было 76300 (ДИ 69200-83400) или в 6 раз больше официального числа наркопотребителей) остается крайне низким. Это не позволяет рассчитывать, что в масштабах республики ЗМТ сможет существенно повлиять на распространение ВИЧ-инфекции или как-то заметно отразиться на ситуации с наркопотреблением и лечением зависимости от наркотиков, без расширения охвата до 40% от оценочного числа ПИН, рекомендованных ВОЗ, УНП ООН и ЮНЭЙДС в 2009 г.

При существующем объеме охвата ЗМТ является всего лишь одной из редко используемых моделей лечения наркозависимости, наряду с реабилитацией (медицинской и психосоциальной) и группами самопомощи «Анонимные наркоманы» (НА).

Указанными подходами (без ЗМТ) суммарно охвачено (по оценкам экспертов) не более 10% наркозависимых, зарегистрированных наркологической службой. Следует указать, что сбор данных о числе наркозависимых пациентов, завершивших реабилитацию в государственных и негосударственных центрах и участвующих в группах НА в масштабах республики не проводится и не мог быть осуществлен в рамках проведения настоящего исследования, для оценки альтернатив применению ЗМТ, в случае если будет принято решение о ее прекращении.

При оценке числа больных наркоманией, нуждающихся в ЗМТ в масштабах республик и регионов, следует учесть, что согласно позиции ВОЗ, УНП ООН и ЮНЭЙДС для достижения положительного результата в сфере ВИЧ и наркопотребления необходимо привлечь в программы ЗМТ в объеме не менее 40% от числа ПИН.

По состоянию на 01.07.2013 наркологической службой Республики Беларусь наблюдались: на диспансерном учете – 10485 наркозависимых и на профилактическом учете – 5109. По данным за 2012 г. из 15074 наркозависимых и проблемных наркопотребителей потребителями опиатов были 12076 или 80% (т.е. теми, кому потенциально показан прием ЗМТ).

При сохранении прежних пропорций доли потребителей разных видов наркотиков на 01.07.2013 наркологической службой могло наблюдаться 12475 зависимых и проблемных потребителей опиатов. Опиаты потребляются путем инъекций (случаи курения или вдыхания в Беларуси всегда были казуистикой), в связи с чем, число потребителей инъекционных опиатов на середину 2013 г. могло быть 74850 (для этого расчета число учетных наркопотребителей было умножено на коэффициент 6, предложенный при оценке числа ПИН в 2008 г. гродненскими учеными).

При взятии в расчет оценочного числа ПИН (75 тысяч) и их доли, нуждающихся в получении ЗМТ (40%), максимальное число пациентов ЗМТ могло бы составить в масштабах Беларуси до 30 тысяч пациентов.

Охват ПИН в регионах Беларуси программы метадоновой поддержки в этом (оптимальном) случае мог быть бы следующим: в г. Минске – 14 тысяч (40% от оценочного зависимых и проблемных потребителей опиатов (35 тысяч)), по областям – Брестская – 3,1 тысячи (из 7600), Витебская – 2 тысячи (из 5 тысяч), Гомельская – 4,1 тысячи (из 10 тысяч), Гродненская – 2,4 тысячи (из 6 тысяч), Минская – 3,2 тысячи (из почти 8 тысяч), Могилевская – 1,2 тысячи (из 3 тысяч ПИН).

Оптимальное число пациентов ЗМТ (при взятии в расчет 12475 пациентов – зарегистрированного

числа опиатных ПИН (доля которых как указано выше была примерно 80% от всех ПИН) и 40% – ПИН доли, нуждающихся в получении ЗМТ) могло бы составить до 5 тысяч пациентов.

Охват ЗМТ учетных пациентов в областях и г. Минске в данном случае мог быть бы следующим: г. Минск – 2300 (40% от 5800 – расчетного числа зарегистрированных опиатных ПИН), Брестская область – 500 (из 1270), Витебская область – 340 (из 850), Гомельская область – 675 (из 1700), Гродненская область – 400 (из 1000), Минская область – 520 (из 1300), Могилевская область – 215 (из 535).

Если от числа зарегистрированных опиатных зависимых (около 8,5 тысяч или 80% зависимых от опиатов среди всех 10485 наркозависимых) взять долю в 40%, то можно подсчитать, что в получении ЗМТ в Республике Беларусь нуждаются как минимум 3,3 тысячи пациентов.

Охват наркоманов в данном случае мог быть бы следующим: г. Минск – 1640 (40% от числа всех зависимых от опиатов (4100), которых 80% от всех состоящих на диспансерном учете 5120 наркозависимых), Брестская область – 300 (из 937 наркозависимых), Витебская область – 180 (из 560), Гомельская область – 420 (из 1322), Гродненская область – 270 (из 852), Минская область – 415 (из 1301), Могилевская область – 125 (из 393).

Ñiðàâî: í î. Äëü àü øàèçëî æ àí í ù ò ðàñ: à ò ì à áðàëèññü : èñëí çàðäààèð ò ðèð ì à à í í ù ò ì à 01.07.2013 ì à ð è í è ì à è : à ñ è í è ñ ö æ à í è Áðëàð ò ñ è ì à ð è í î ð ð à è ò à è ä è : à à. Ì è í ñ è à – à ñ à à í 7291 (5120 çàðèèè-ì ù ò è 2171 ì ð ì à è à ì í ù è ì ì ð ð à à è ò à è ü, ñ î ì ò à à ò ð ñ à à í í î), Áðàñ ò ñ è à ü ì à è à ñ ò ü – 1588 (937 è 651), Áè ò à à ñ è à ü ì à è à ñ ò ü – 1067 (560 è 507), Áí ì à è ü ñ è à ü ì à è à ñ ò ü – 2110 (1322 è 788), Áð ì à í à í è à ü ì à è à ñ ò ü – 1247 – (852 è 395), Ì è í ñ è à ü ì à è à ñ ò ü – 1621 (1301 è 320), Ì ì à è è à à ñ è à ü ì à è à ñ ò ü – 670 (393 è 277).

С учетом существования сети кабинетов ЗМТ во всех областях Беларуси и г. Минске можно предложить как минимум три сценария набора пациентов на ЗМТ для обеспечения каждого (максимального, оптимального или минимального) варианта охвата данным видом лечения пациентов.

В случае реализации минимального варианта необходимо включить в программы ЗТМ около 2300 зависимых от опиатов пациентов, причем по регионам их количество распределилось бы следующим образом.

В г. Минске необходимо включить в программу ЗМТ 1490 участников или 90% от их расчетного минимального количества (в дополнение к 150 наркозависимым, уже получающим ЗМТ), для чего требуется:

- а) открыть еще минимум 10-15 новых кабинетов ЗМТ с числом пациентов по 100-150 в каждом;
- б) или открыть 20 новых кабинетов ЗМТ с числом пациентов по 50-75 в каждом;
- в) или расширить штат сотрудников уже работающих 2 кабинетов ЗМТ, установив порядок работы в 2-3 смены (утро, обед и вечер), разведив, таким образом, потоки пациентов (до 150 в каждую смену), что позволит охватить максимум всех 900 пациентов (добрав 750 новых), а также открыть еще 2 новых кабинета с аналогичным указанному графиком работы в двух других филиалах Городского клинического наркологического диспансера.

В Брестской области необходимо охватить ЗМТ 250 наркозависимых или 83% от их расчетного минимального количества (к 50 уже получающим), для чего следует:

- а) охватить лечением еще 50-100 пациентов в г. Пинске;
- б) открыть еще минимум 2 новых кабинета ЗМТ (в г. Бресте (в Брестском областном наркологическом диспансере уже началась подготовка) и г. Барановичи) с числом пациентов по 50-100 в каждом.

В Витебской области надо запланировать привлечение к терапии еще 130 пациентов или 72% от их расчетного минимального количества (в дополнение к 50), для чего целесообразно открыть 2 новых кабинета ЗМТ (в г. Витебске и г. Орше) с числом пациентов по 50-75 в каждом.

В Гомельской области остается набрать всего 30% от расчетного минимального количества участников ЗМТ или 130 человек (вдобавок к 290 лицам, уже получающим ЗМТ), для чего желательно следующее:

- а) набрать плановое (50) количество пациентов в Гомельской областной противотуберкулезной больнице, в которой кабинет ЗМТ был открыт в конце 1 полугодия 2013 г.;
- б) и охватить необходимое количество в 50 пациентов в г. Речице (еще 30-40 пациентов) и г. Жлобине (еще 25-35 пациентов);
- в) или (в случае отсутствия в г. Речице и г. Жлобине наркозависимых пациентов, желающих получать ЗМТ) увеличить охвата ЗМТ пациентов в г. Гомеле до 200 (плюс 50), г. Светлогорске и г. Мозыре до 100 (плюс 40 в каждом).

Следует указать, что только в Гомельской области при реализации сценария с охватом ЗМТ минимального количества пациентов (40% от учетных зависимых от опиатов) не потребуются открытия новых кабинетов.

В Гродненской области охватить ЗМТ придется еще 100 зависимых или 37% от их расчетного минимального количества (170 пациентов получают ЗМТ), для этого можно запланировать;

- а) охватить лечением еще по 50 пациентов в каждом из работающих кабинетов ЗМТ – г. Гродно (к 150 имеющимся) и в г. Лиде (к 30);
- б) или открыть еще минимум 2 новых кабинета ЗМТ (в г. Волковыске и г. Слониме) с числом пациентов до 50 в каждом.

В Минской области остается набрать 155 человек или 37% от расчетного минимального количества участников ЗМТ (к 260 участникам программ ЗМТ), что может быть достигнуто путем:

- а) охвата лечением необходимого количества в 50 пациентов на кабинет в г. Слуцке (еще 20 пациентов) и г. Жодино (еще 30 пациентов);
- б) и дополнительно охвата лечением еще по 40-50 пациентов в каждом из кабинетов ЗМТ – Минском районе (к 150) и в г. Борисове (к 30);
- в) или открытия 1 кабинета ЗМТ в г. Солигорске для 100 пациентов.

В Могилевской области необходимо включить в программы ЗМТ еще 75 или 60% от их расчетного минимального количества (в дополнение к 50 получающим ЗМТ), для чего следует:

- а) дополнительно охватить лечением еще 25 пациентов в кабинете ЗМТ в г. Бобруйске (к 50 имеющимся);
- б) и открыть 1 новый кабинет ЗМТ в г. Могилеве для 50 пациентов.

Минимальный сценарий полностью соответствует существующим возможностям наркологической службы Министерства здравоохранения Республики Беларусь по лечению и реабилитации наркозависимых пациентов, поскольку в основном связан с расширением доступа к ЗМТ пациентов на базе уже работающих кабинетов, а открытие новых будет происходить в городах, где уже имеются специализированные организации (психоневрологические/наркологические диспансеры/отделения, центры «Психиатрия-наркология») (г. Минск, областные и районные центры).

В ряде организаций расширение возможно без привлечения дополнительного персонала, т.к. опыт Гомеля и Гродно показывает возможность охвата 150 пациентов в одном кабинете без открытия второго.

Наиболее сложным регионом для достижения минимального количества пациентов ЗМТ представляется г. Минск, в котором, несмотря на наличие более 4 тысяч учетных зависимых от опиатов и развитой сети филиалов Городского клинического наркологического диспансера, отмечается самый низкий (по состоянию на 01.07.2013) охват ЗМТ (10%).

В случае принятия решения о реализации сценариев с охватом ЗМТ оптимального или максимального числа пациентов, действия по расширению ЗМТ, предлагаемые по сценарию минимального охвата могут рассматриваться как первоначальный этап их выполнения.

Реализация сценариев с охватом ЗМТ оптимального или максимального числа пациентов потребует присоединения к работе наркологической службы других организаций здравоохранения: прежде всего, центральных районных больниц областей, в структуре которых уже есть кабинеты врача-нарколога, во-вторых, городских поликлиник (г. Минска и областных центров), на базе которых обычно располагаются кабинеты врачей – наркологов городского или областных наркодиспансеров, в-третьих, инфекционной и фтизиатрической служб, осуществляющих лечение ВИЧ и туберкулеза у наркозависимых пациентов, и наконец, организаций, осуществляющих принудительное лечение наркомании (медицинские части учреждений уголовно-исполнительной системы).

6. Заключение

Данное исследование является одной из первых работ, проведенных совместно специалистами в области экономики и здравоохранения.

Впервые были получены данные о социо-экономических результатах применения ЗМТ в течение 5 лет на примере Гомельской области, которые могут быть использованы для оценки ее эффективности в других регионах.

Впервые проведено интервьюирование пациентов кабинетов ЗМТ организаций здравоохранения Гомельской области, которое выявило существенные изменения в их социальных характеристиках по сравнению с их жизнью до начала ЗМТ и по сравнению с социальными характеристиками наркозависимых, не получающими такого вида лечения.

Проведенное исследование позволяет сделать несколько выводов, важных для принятия решения о возможности продолжения применения ЗМТ в Республике Беларусь.

Во-первых, применение ЗМТ в Гомельской области в течение 2007-2013 гг. не только снизило криминальную активность и смертность наркозависимых участников программы, но и не привело к росту наркомании и потребления наркотиков в популяции.

Во-вторых, установлено, что затраты 1 доллара на применение ЗМТ на 1 пациента в сутки обеспечивают сокращение расходов на негативные последствия наркозависимости, связанные с криминаль-

ным поведением, безработицей и медицинскими проблемами (ВИЧ, ВГ, ТБ) на 6 долларов.

Наконец, показано, что при сопоставимых затратах на диспансерное наблюдение и ЗМТ, последнее является более клинически эффективным способом организации оказания наркологической помощи пациентам, страдающим синдромом зависимости от опиоидов (с точки зрения достижения ремиссии/воздержания от потребления «уличных» опиатов), особенно в случае наличия сопутствующей ВИЧ-инфекции, ТБ, ВГ.

Показано, что реализация программы ЗМТ в республике на сегодняшнем уровне снижает инвестиционную привлекательность белорусского рынка опиоидных наркотиков, выводя из оборота наркодиллеров примерно 12 600 000 дол. США в год. Снижение инвестиционной привлекательности рынка способствует снижению поставок опиоидов в страну, делая опиоиды недоступными.

Решение о возможности продолжения применения заместительной терапии в Республике Беларусь является огромной ответственностью: ведь более тысячи ранее на работавших, многократно судимых, хронических больных наркозависимых пациентов, а также десятки тысяч близких им людей

(детей, супругов, родителей, коллег, друзей, соседей, специалистов, которые оказывают им помощь), жизни которых изменил этот метод лечения, ждут этого решения, надеются на то, что теми, кто его принимает, будет сделан рациональный выбор.

Для самих пациентов ЗМТ – это выбор свободы, здоровья, трезвости, работы, для их семей, детей и родителей пациентов – это выбор стабильности, спокойствия, благополучия, для общества – это выбор порядка, занятости, предупреждения распространения инфекций, наркотиков и преступности, для государства – это выбор экономически эффективного способа противодействия и преодоления таких социально негативных явлений, как потребление наркотиков и наркомафия, связанные с ними ВИЧ/СПИД, преступность, безработица, семейное неблагополучие.

Интервью с пациентами ЗМТ показали, что они не требуют у государства оплатить последствия их прежней жизни (поиска удовольствий от наркотиков), а осознают свою ответственность за свои жизни и судьбы и поэтому готовы участвовать (прежде всего, финансово, за счет средств, которые они, находясь на лечении, зарабатывают законным путем) в обеспечении непрерывности функционирования программ ЗМТ в стране.

7. Список использованной литературы

1. *Ńiáðáíáííá ñĩñð íyíèà íàðèííàè-àñéíé ñè òóàòèè à Ðãñíóáèèèà Áàèàðóññú: / Á.Á. Èàèààè÷ è äð. – Ì è íñè, 2012. – 49 ñ.*
2. *Íàðèíííððàáèáíèà è íàçàèíííúé íáíðíð íàðèíðèèíà à Ðãñíóáèèèà Áàèàðóññú à 2010 áíáó / Á.Á. Èàèààè÷ è äð.; Óáíðð ì ííèðíðèíàà çà íàðèíðèèíà è íàðèíííððàáèáíèàí Áðíáíáíñèíáí áíñóààðñðàáíííáí ì ààèòèíñèíáí óíèàáðñèðààðà. – Ì è íñè, 2012. – 141 ñ.*
3. *Íàðèíííððàáèáíèà è íàçàèíííúé íáíðíð íàðèíðèèíà à Ðãñíóáèèèà Áàèàðóññú à 2007 á. Óáíðð ì ííèðíðèíàà çà íàðèíðèèíà è íàðèíííððàáèáíèàí Áðíáíáíñèíáí áíñóààðñðàáíííáí ì ààèòèíñèíáí óíèàáðñèðààðà. – Ì è íñè: Áàèñýíñ, 2009.*
4. *Íð-àð ì íàðèíííððàáèáíèè è íàçàèííííí íáíðíðà íàðèíðèèíà à Ðãñíóáèèèà Áàèàðóññú à 2006 á./ Óáíðð ì ííèðíðèíàà çà íàðèíðèèíà è íàðèíííððàáèáíèàí Áðíáíáíñèíáí áíñóààðñðàáíííáí ì ààèòèíñèíáí óíèàáðñèðààðà; Á.Á. Èàèààè÷ è äð. – Ì è íñè: Áàèñýíñ, 2008. – 65 ñ.*
5. *Èàèààè÷: Á.Á., Áèíèòèàý Á.Á., Èàèààè÷: Ñ.Á., Ðàçáíáíáñèèé Þ.Á. Íàèíðíðá àñíàèð ù íàðèíííððàáèáíèà à Ðãñíóáèèèà Áàèàðóññú / Áííðíñú íàðèíííàèè. – 2013. – ¹ 3. – Ñ. 14-21.*
6. *Èàèààè÷: Á.Á., Áèíèòèàý Á.Á., Ðàçáíáíáñèèé Þ.Á., Èàèààè÷: Ñ.Á. Íàðèíííàè-àñèàý ñè òóàòèè à Ðãñíóáèèèà Áàèàðóññú è à, ðààèííàèííá íñíáíííñðè / Íàðèíííàèè. – 2012. – ¹ 11. – Ñ. 70-75.*
7. *Áèíèòèàý Á.Á., Ðàçáíáíáñèèé Þ.Á., Èàèààè÷: Á.Á. Íðáíèà ÷èñèáíííñðè è íúàèòèííúð ì ððàáèðàáèè íàðèíðèèíà à Áàèàðóññè ñ èñíèüçíáíèàí ì àðíàà ì ì àðííáí çàðààðà / Áííðíñú íàðèíííàèè. – 2011. – ¹ 5. – Ñ. 46-50.*
8. *Çàíàñðèðàèííáý ðàðàíèý íàðèííàíèè. Ííð à Áàèàðóññè: Ñáíðíèè. – Ì è íñè, 2012. – 200 ñ.*
9. *Ì íèí÷èí Ñ. Ì., Ì è èèðáíý, Á.È., Ñèðèíèí Í.È. Íðàáíèààèý ðàáíð ù èàáèíàðà çàíàñðèðàèíííè ðàðàíèè ì àðàáíííí. / Áííðíñú íðàáíèààèè è èíðíðíàðèçàèè çàðàáííððáííàèè. – 2013. – ¹ 1. – Ñ. 78-81.*
10. *ÁÍÇ, ÓÍÍ ÍÍÍ è Þ ÍÝÉÄÑ. Óàóíè-àñèíà ðóèíáíáñðáí àèý ñððáí ì ðàçðàáíðèà òàèè à ðàíèàð è íòáíòèè íáñíá-áíèý óíèàáðñèíáí áíñðóíà è ìðíðèèàèðèè, èà-áíèð è òíáó á ñáýçè ñ ÁÈ×-èíðàèèè ñðààè ì ððàáèðàáèè è íúàèòèííúð íàðèíðèèíà. – 2009. – 51 ñ. (Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users. Geneva: World Health Organization; 2009.)*

-
-
11. *Niiañò íay ríçèöèy ÁÍÇ, ÓÍÏ ÍÍÍ, Þ ÍÝÉÄÑ. Çà íañðè òðäèüíay ríääáðæ èääþ ùây òääàíèy áää-ääíèè íàðèáí ò íá ñ ííèíèáííé çààèñè ì ññòþ è á íðí òèèèè òèèè ÁÈ×-èí òáèèèè è ÑÏÈÄà. – 2004.*
 12. *Ðóèíáíñðáí íí íñèðíñíðèäèüííó ñííðíáíæüáíèþ òàðíàèíèíàè-ànèíáí èä-áíèy ííèíáííé çààè-ñè ì ññòè, ÁÍÇ. – 2009. – 134 ñ.*
 13. *Ðóèíáíñðáí íí íðí òèèèè òèèè è èíí òðíèþ çà èí òáèèèííú ì è çàáíèääáíèy ì è ñðáàè íí òðááè òáèèè è íúáèèèííú ò íàðèí òèèè Áäðííáèñèíáí òáí òðà íðí òèèèè òèèè è èíí òðíèy çàáíèääáíèè è Áäðííáèñèíáí òáí òðà ì ííè òíðèíá íàðèí òèèè è íàðèí íáíèè, Ñò íèáíèü ì, 2011. (European Centre for Disease Prevention and Control and European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (ECDC AND EMCDDA) Guidance «Prevention and control of infectious diseases among people who inject drugs», Stockholm, 2011).*
 14. *Aceijas C. et al. Estimates of injecting drug users at the national and local level in developing and transitional countries, and gender and age distribution. Sex Transm Infect. 2006 June; 82(Suppl 3): iii10–iii17.*
 15. *Connock M. et al. Methadone and buprenorphine for management of opioid dependence: a systematic review and economic evaluation. Health Technol Assess 2007; 11: 1-171 [iii-iv].*
 16. *Kermode M. et al. Opioid substitution therapy in resource-poor settings. Bulletin of the World Health Organization 2011; 89: 243-243.*
 17. *Nosyk B. A call for evidence-based medical treatment of opioid dependence in the United States and Canada. Health Aff (Millwood). 2013 Aug; 32(8): 1462-9.*
 18. *Wiessing L., et al. Estimating coverage of harm reduction measures for injection drug users in the European Union. National Institute on Drug Abuse; National Institutes of Health; US Department of Health and Human Services; 2011.*
-
-

РЕЗЮМЕ

ВТОРИЧНОЕ ФОРМИРОВАНИЕ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ НА ФОНЕ ЯДЕРНОЙ ПСИХОПАТИИ (описание клинического случая)

Д.Е. Аяганова, М.В. Прилуцкая

В статье описан клинический случай сочетания ядерной психопатии и алкогольной зависимости. Приведены критерии дифференциально-диагностического поиска. На конкретном примере разбираются особенности совместного патокинеза двух синдромов – синдрома зависимости и психопатического синдрома.

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОГО ДИАГНОЗА АСТЕНИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ В КЛИНИКЕ ХИМИЧЕСКИХ ЗАВИСИМОСТЕЙ

А.Т. Жолдасбекова

В статье приведены данные об астеническом синдроме, как о самом универсальном психопатологическом синдроме. Обосновывается необходимость точной дифференциальной диагностики астенического синдрома. На примере выборки пациентов наркологического стационара проводится анализ эффективности дифференциальной диагностики астенического синдрома в клинике химических зависимостей.

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД. К ВОПРОСУ О ЕГО ПРАКТИЧЕСКОМ ПРИМЕНЕНИИ

А.Т. Жолдасбекова

В статье дано описание одного из самых важных диагностических методов психиатрии и наркологии – клинико-психопатологического метода. Выделены компоненты, составляющие его структуру. Приведены закономерности использования данного метода при постановке многоосевого «функционального» диагноза.

ОРГАНИЗАЦИЯ УСЛУГИ «ДОМА НА ПОЛПУТИ» В г. ПАВЛОДАРЕ ДЛЯ ЛИЦ, ПРОШЕДШИХ КУРС ЛЕЧЕНИЯ ОТ НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Г.А. Садвакасова

В статье представлен опыт оказания социальных услуг для лиц с наркотической зависимостью, прошедших курс реабилитации, и проживающих в условиях структурирования времени, группы самоподдержки и помощи специалистов в поиске решений проблем.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ УРОВНЯ СОЦИАЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ И СВЯЗАННЫХ С НИМ ОСОБЕННОСТЕЙ КРИМИНАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ЛИЦ С АЛКОГОЛЬНОЙ И ОПИЙНОЙ ЗАВИСИМОСТЯМИ

Н.С. Патютко

Целью данной работы является изучение влияния наиболее значимых социально-биографических показателей на формирование криминального поведения у лиц, страдающих наркологическими заболеваниями, а также сравнительный анализ структуры и особенностей противоправных действий в зависимости от употребляемого психоактивного вещества по материалам судебно-наркологической экспертизы 764 больных алкоголизмом и 814 больных опийной наркоманией.

SUMMARY

RE-FORMATION OF ALCOHOL DEPENDENCE ON THE BACKGROUND OF A NUCLEAR PSYCHOPATHY (case report)

D.E. Ayaganova, M.V. Prilutskaya

This paper describes a clinical case of a combination of nuclear psychopathy and alcohol dependence. Shows the criteria of differential diagnostic search. On a concrete example understand the features of a joint patokinez of two syndromes – a syndrome of dependence and a psychopathic syndrome.

ANALYSIS OF THE EFFECTIVENESS OF THE DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF ASTHENIC DISORDERS CLINIC CHEMICAL DEPENDENCIES

A.T. Zholdasbekova

The article presents data on the asthenic syndrome, as the most universal psychopathological syndromes. Substantiates the necessity of accurate differential diagnosis of asthenic syndrome. For a sample of patients of narcological hospital analyzes the effectiveness of the differential diagnosis of asthenic syndrome in the clinic of chemical dependencies.

CLINICO-PSYCHOPATHOLOGICAL METHOD. ON THE QUESTION OF ITS PRACTICAL APPLICATION

A.T. Zholdasbekova

The article describes one of the most important diagnostic methods of psychiatry and narcology – clinical and psychopathological method. Isolated components that make up its structure. Regularities of use of this method at statement of the multiaxial «functional» diagnosis are given.

ORGANIZATION OF SERVICES «HALFWAY HOUSE» IN PAVLODAR FOR PERSONS RECEIVING TREATMENT FOR DRUG ADDICTION

G.A. Sadvakasova

The article presents experience of social services for drug addicts who have undergone rehabilitation, and living in the structuring of time, self-help groups and expert assistance in finding solutions to problems.

COMPARATIVE ANALYSIS OF THE LEVEL OF SOCIAL EXCLUSION AND RELATED FEATURES OF CRIMINAL BEHAVIOR OF PERSONS WITH ALCOHOL AND OPIATE DEPENDENCE

N.S. Patyutko

The aim of this work is to study the influence of the most significant socio-biographical figures on the formation of criminal behavior in individuals suffering from substance abuse and addiction, as well as a comparative analysis of the structure and characteristics of illegal actions depending on the substance use based on forensic drug testing of 764 alcoholic patients and 814 patients opium addiction.

**БИБЛИОГРАФИЯ К ЖУРНАЛУ
«ВОПРОСЫ МЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ»
ЗА 2014 ГОД**

Социальные эпидемии

Байкенов Е.Б. Агрессия у лиц с признаками компьютерной зависимости: гендерный и возрастной аспекты, Том XX, № 2, 2014

Байкенов Е.Б. Особенности времяпрепровождения детей и молодёжи с признаками компьютерной зависимости: результаты сравнительного анализа, Том XX, № 2, 2014

Байкенов Е.Б., Бикетова Л.А., Аманова Ж.Ш., Мусабекова Ж.К., Пак Т.В. Отчёт о результатах исследования рисков вовлечения в химические и нехимические аддикции среди детей и молодежи Республики Казахстан, Том XX, № 2, 2014

Бикетова Л. А. Психосоциальная реабилитация лиц с игровой зависимостью, Том XX, № 2, 2014

Бикетова Л.А. К вопросу о первичной профилактике химической зависимости в организациях образования Республики Казахстан, Том XX, № 2, 2014

Бикетова Л.А. Оценка потребности в технологиях аддиктологической помощи лицам с игровой зависимостью среди населения Республики Казахстан, Том XX, № 1, 2014

Бикетова Л.А. Программа первичной профилактики игровой аддикции среди младших школьников, Том XX, № 1, 2014

Бикетова Л.А. Семинар для специалистов, работающих в области первичной профилактики химической зависимости среди школьников, Том XX, № 1, 2014

Прилуцкая М.В. Исследование отношения к игре у посетителей букмекерских контор г. Павлодара (предварительные результаты), Том XX, № 2, 2014

Психотерапия

Гингер А., Гингер С. «Инструментарий» и технические приёмы психотерапии, Том XX, № 2, 2014

Нургазина А.З. Цели и мишени профилактически ориентированной групповой психотерапии подростков группы риска по наркологическому профилю, Том XX, № 1, 2014

Плоткин Ф.Б. Проблема структурирования времени: механизмы временной дезактуализации и пути решения. Сообщение 4, Том XX, № 1, 2014

Покатаева О.Г. Психоаналитическая трактовка внутриличностных конфликтов, Том XX, № 1, 2014

Психиатрия

Аукенова Г.Е., Каирбаева С.В., Оспан Т.Б. Об опыте лечения депрессивных состояний, Том XX, № 1, 2014

Аяганова Д.Е., Прилуцкая М.В. Вторичное формирование алкогольной зависимости на фоне ядерной психопатии (описание клинического случая), Том XX, № 4, 2014

Денискова Е.С. Сумасшествие как побег: экзистенциальный анализ случая Ивана Карамазова (на материале романа М.Ф. Достоевского «Братья Карамазовы»), Том XX, № 1, 2014

Жолдасбекова А.Т. Анализ эффективности дифференциального диагноза астенических нарушений в клинике химических зависимостей, Том XX, № 4, 2014

Жолдасбекова А.Т. Клинико-психопатологический метод. К вопросу о его практическом применении, Том XX, № 4, 2014

Прилуцкая М.В. Методы диагностики игровой зависимости (литературный обзор), Том XX, № 3, 2014

Наркология

Кисина М.Ш., Гафарова Н.В., Кудерина Л.Т. Эпидемиология алкоголизма в Республике Казахстан, Том XX, № 4, 2014

Кулиев Р.С. К вопросу о проблеме немедицинского использования холинолитических препаратов, Том XX, № 1, 2014

Кулиев Р.С. Особенности современного состояния вопроса о злоупотреблении холинолитиками (литературный обзор), Том XX, № 3, 2014

Маликов М.К. Патологическое влечение как основной компонент аддиктивной патологии (литературный обзор), Том XX, № 3, 2014

Отчёт о реализации глобального проекта UNODC TREATNET II в Республике Казахстан (2009-2014), Том XX, № 3, 2014

Патютко Н.С. Сравнительный анализ уровня социальной дезадаптации и связанных с ним особенностей криминального поведения лиц с алкогольной и опишной зависимостями, Том XX, № 4, 2014

Петрович М.А., Александров А.А. Оценка социо-экономической эффективности реализации программ заместительной метадоновой терапии наркотической зависимости на примере Гомельской области, Том XX, № 4, 2014

Садвакасова Г.А. Организация услуги «Дома на полпути» в г. Павлодаре для лиц, прошедших курс лечения от наркотической зависимости, Том XX, № 4, 2014

Психология здоровья. Валеология.

Бикетова Л.А. Взаимосвязь конструктивного прохождения кризисов детского возраста и формирования устойчивости к вовлечению в игровую зависимость, Том XX, № 1, 2014

Биркин А.А., Рыбкова С.Л., Эсауленко И.А. Эйфория – субъективный эквивалент сигнального градиента сознания. Экспериментальное подтверждение, Том XX, № 2, 2014

Обсуждения, дискуссии

Ескалиева А.Т., Гафарова Н.В., Кисина М.Ш., Мусабекова Ж.К. Наркотестирование в школах: быть или не быть, Том XX, № 1, 2014

Мусабекова Ж.К. Государственная антитабачная, антиалкогольная и антинаркотическая политика в Республике Казахстан, Том XX, № 3, 2014

Невирко Д.Д. Состояние, тенденции и прогноз наркоситуации в государствах-членах Организации Договора о коллективной безопасности (ОДКБ), Том XX, № 3, 2014

Стандарт организации оказания наркологической помощи населению Республики Казахстан (проект), Том XX, № 1, 2014