

и изменчивы по форме и степени, а с улучшением состояния зрительно-нервного аппарата может перейти к нормальной трихромазии.

Дальнейший анализ полученных результатов выявил, что в группе сотрудников после командировки в качестве отдельного и актуального вида глазной патологии выявлена ангиопатия сетчатки, частота возникновения которой имеет тенденцию к увеличению с возрастом, частотой командировок и продолжительностью профессиональной деятельности. Так, у сотрудников, старше 35 лет, имеющими более 2 командировок и стаж работы более 10 лет, процент ангиопатии сетчатки увеличивается с 12 до 48% ($p \leq 0,05$).

Ангиопатия может быть в любом органе, но не все сосуды доступны обследованию так, как сосуды на глазном дне. Глаз является единственным органом, где можно увидеть кровеносные сосуды в их естественном состоянии и наблюдать за их изменениями, не нарушая целостности органа. Ангиопатия сетчатки может стать проявлением любого заболевания, которое влияет на состояние сосудов и, по сути, является иллюстрацией этого процесса в организме. Длительно существующие ангиопатии могут привести к необратимым изменениям в органах в результате хронического нарушения кровообращения.

© В.Д. Менделевич, 2013

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПУТЕМ ОРГАНИЗАЦИИ ЛЕЧЕНИЯ В ОБЩЕМЕДИЦИНСКОЙ СЕТИ

ВЛАДИМИР ДАВИДОВИЧ МЕНДЕЛЕВИЧ, докт. мед. наук, зав. кафедрой медицинской и общей психологии ГБОУ «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, тел. 8-843-238-60-74, e-mail: mend@tbit.ru

Реферат. Цель исследования — проанализировать потенциальную эффективность модели оказания наркологической помощи, построенной на привлечении врачей-интернистов из общемединской сети к консультированию, краткосрочным интервенциям и назначению медикаментозной терапии больным с алкоголизмом и никотинизмом. **Материал и методы.** Основным методом являлся клиничко-аналитический. **Результаты и их обсуждение.** Оценивались объективные и субъективные барьеры на пути внедрения данной модели в отечественное здравоохранение. Сделан вывод о том, что неэффективность действующей узкопрофессиональной модели оказания наркологической помощи диктует необходимость смены парадигмы, что способно расширить доступность и востребованность такой помощи, привлечь в программы лечения максимально возможное число нуждающихся и улучшить качество оказания помощи лицам с коморбидными соматическими заболеваниями.

Ключевые слова: терапия наркологических расстройств, алкоголизм, никотинизм, наркомания, общественное здравоохранение.

INCREASE OF EFFICIENCY OF THERAPY OF ADDICTIVE DISORDERS BY THE ORGANIZING TREATMENT IN THE GENERAL MEDICAL NETWORK

VLADIMIR D. MENDELEVICH

Abstract. Aim. In article the model of addiction treatment, including involvement of general practitioners is analyzed. It includes consultation, short-term interventions and pharmacotherapy of alcoholism, tobacco dependence and drug addiction. **Material and method.** Analytic. **Results and conclusion.** The conclusion that the inefficiency of contemporary addiction treatment model show that it need changes of a paradigm is drawn. Introduction of new model is capable to expand availability and a demand of such help, to attract the greatest possible number of the needing in treatment programs and improve quality of assistance to the persons being in general medical practice.

Key words: therapy of addictive disorders alcoholism, tobacco dependence, drug addiction, public health care.

По существующему порядку (Приказ МЗ РФ от 15.11.2012 № 929) [5] и первичную, и специализированную медицинскую помощь наркологически больным предписано оказывать сертифицированным врачам-наркологами. Врач-интернист не может самостоятельно назначать лечение по поводу наркологического заболевания.

Выводы:

1. Психосоциальные нагрузки у сотрудников ОВД, вернувшихся из командировки, приводят у части пациентов к развитию астенопии и ангиопатии сетчатки.

2. Пациентам с вновь возникшими нарушениями со стороны органа зрения показано углубленное исследование врачами других специальностей.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Каляев, А.В.* Актуальные вопросы организации терапевтической помощи в медицинских учреждениях системы МВД России: нормативно-правовые аспекты / А.В. Каляев // Медицинский вестник МВД. — 2006. — № 2. — С.2—4.
2. *Королева, Е.Ю.* Заболеваемость сотрудников органов внутренних дел: некоторые подходы к анализу и моделированию / Е.Ю. Королева // Труды Академии управления МВД России. — 2009. — № 1 (9). — С.14—16.
3. *Морозов, Д.В.* Ведомственное здравоохранение укрепляется / Д.В. Морозов // Медицинский вестник МВД. — 2010. — № 2. — С.3—8.
4. *Волков, В.В.* Пороговые таблицы Юстовой для исследования цветового зрения и результаты их клинического использования / В.В. Волков // Вестник офтальмологии. — 2007. — № 3. — С.3—9.

С увеличением числа лиц, употребляющих психоактивные вещества, произошел рост количества пациентов с коморбидными соматическими заболеваниями. Все чаще такие пациенты оказываются в поле зрения врачей общей практики, помещаются в общесоматические стационары в связи с хирургической, инфекционной, терапевтической и иной патологией.

Можно утверждать, что врачи-интернисты контактируют с наркологически больными значительно чаще, чем наркологи и отношение к ним со стороны пациентов не носит однозначно негативного оттенка.

Имеются данные [1] о том, что из числа больных, поступающих в стационар скорой медицинской помощи, у 16,7% обнаруживается алкоголизм, у 3,5% — употребление алкоголя с вредными последствиями. Кроме того, по данным биохимических исследований у 10,3% в крови обнаруживаются каннабиноиды, у 5,3% опиаты, у 4,5% — психостимуляторы. При этом лечение по поводу злоупотребления алкоголем получают до поступления в общемедицинский стационар только 7,3% пациентов, а состоит на учете в наркологическом диспансере всего 3,2% обследованных. Подобная тенденция отмечается и отечественными, и зарубежными коллегами. Распространенность связанных с употреблением алкоголя заболеваний в системе первичной медицинской помощи, по данным американских авторов, составляет от 20% до 36% [16]. Кроме того, известно, что число курящих среди соматически больных велико, к примеру, у лиц с патологией дыхания. Особенно распространено курение среди пациентов закрытых стационаров, например, туберкулезных и, особенно, психиатрических.

Таким образом, современная ситуация с терапией наркологических заболеваний в РФ характеризуется низкой востребованностью специализированной помощи, низкой обращаемостью пациентов в наркологические учреждения, высоким уровнем латентного контингента больных, существенным негативным влиянием наркологической патологии на состояние соматического здоровья пациентов, исходы терапии их заболеваний, высокой летальностью. Можно утверждать, что модель узкоспециализированной помощи наркологическим больным в настоящее время не позволяет вовлекать в программы терапии максимально возможное число нуждающихся и не способствует решению основных проблем общественного здравоохранения. Вследствие этого, насущным становится вопрос о расширении границ оказания первичной наркологической помощи за счет привлечения врачей общей практики (врачей-интернистов) и наделение их соответствующими полномочиями и должностными обязанностями. Подобные модели существуют и активно развиваются во многих государствах [7—9, 11—12, 14, 19, 21]. Особая роль в них отводится раннему выявлению и краткосрочным психологическим интервенциям лицам, имеющим проблемное употребление ПАВ. В рамках консультирования упор делается на обсуждении необходимости изменений проблемных моделей потребления ПАВ. Считается, что врачи общей практики даже с минимальной специальной подготовкой в области диагностики и лечения, к примеру, алкогольной и никотиновой зависимости способны обеспечивать эффективные краткосрочные вмешательства в рамках оказания первичной медицинской помощи.

Отдельной темой в современной медицине остается тема возможного переноса акцента в терапии болезней зависимости (без коморбидной психической патологии) со специализированной службы на общую врачебную практику. Данный подход исходит из необходимости применения холистического принципа в лечении больного и максимально широкого охвата пациентов с привлечением их в программы терапии. Такая модель ориентирована не столько на коррекцию или купирование феномена зависимости, сколько на уменьшение

вредных (соматических) последствий употребления с целью стабилизации общего состояния здоровья человека и на профилактику возможных рецидивов или ухудшения прогноза основного заболевания.

В отечественной наркологии стратегия привлечения врачей-интернистов к оказанию первичной наркологической помощи до настоящего времени не столь распространена как в странах мира. На пути внедрения новой модели возникают объективные и субъективные барьеры [2, 4, 6, 10]. К объективным относятся юридические нормы, ограничивающие возможности врачей-интернистов лечить наркологические заболевания. К субъективным — неготовность врачей общемедицинской сети заниматься терапией наркологических расстройств в силу отсутствия специальной подготовки и времени. Однако, если исходить из позиции целесообразности, то важно осознать, что большая часть наркологических больных (не менее 75%) никогда не окажется в поле зрения врачей-наркологов, и что значительная их доля могла бы получать медицинскую помощь у врачей соматических специальностей. Наркологи могли бы при создании образовательной программы по наркологии для интернистов с самого начала сформулировать четкие критерии разделения полномочий между врачами разных специальностей, определить те состояния, при которых пациента надо обязательно передавать врачу-наркологу или психиатру.

Вероятно, при разработке образовательной программы по наркологии для врачей-интернистов следовало бы несколько расширить список целей терапии, включив в него также и стремительно набирающую популярность во многих европейских странах метод так называемого «контролируемого употребления алкоголя» [18]. Подобный подход может использоваться как самостоятельно в качестве способа уменьшения вреда соматическому здоровью, так и как первый этап формирования трезвости у тех пациентов, которые не готовы к полному воздержанию от алкоголя.

Перенос акцента на первичную помощь зависимым с наркологической на общемедицинскую сеть позволяет избежать тяжелых последствий интоксикации ПАВ (передозировок, психозов), повысить эффективность терапии основных соматических заболеваний, снизить летальность, а также расширить число пациентов, которым может и должна быть оказана такая помощь. Несомненно, врач-интернист не может и не должен самостоятельно лечить синдром зависимости (рубрика по МКБ-10 — F1x.2), или расстройства личности и поведения (рубрика по МКБ-10 — F1x.7) или психотические расстройства, или деменцию в силу отсутствия знаний и навыков в области психиатрии и наркологии. Однако, с нашей точки зрения, ничто не мешает ему назначать патогенетическую терапию наркологических расстройств по поводу «пагубного (с вредными последствиями) употребления» (рубрика по МКБ-10 — F1x.1), что не требует углубленных знаний в области психиатрии и наркологии. Безусловно, к лечению никотинизма и злоупотребления алкоголем с вредными последствиями должны быть допущены врачи любой лечебной специальности. Вопрос об участии врачей-интернистов в терапии наркомании более дискуссионен. Однако, следует иметь в виду, что подобные модели с успехом применяются в мировой медицинской практике [13, 15, 17, 20].

Если исходить из приоритета принципов общественного здравоохранения, то в сфере терапии наркологи-

ческих расстройств необходимо переформулировать цели [3, 18]. Лечение феномена зависимости, обычно реализуемое в наркологических учреждениях, не должно идти в ущерб комплексной терапии, проводимой в общемедицинской сети. Можно констатировать, что наступает время смены приоритетов в области лечения зависимостей. Для больных алкоголизмом это ориентация на уменьшение вредных последствий для функционирования ЖКТ, ССС, для зависимых от никотина — дыхательной системы, онкологической патологии, для наркозависимых — инфекций, передающиеся при использовании нестерильного инструментария при потреблении наркотиков.

В настоящее время нет серьезных оснований запрещать врачам-интернистам принимать участие в лечении злоупотребления алкоголем и/или табаком. Это не противоречит Приказу от 12.02.2007 года МЗСР РФ № 110 «О порядке назначения и выписывания лекарственных препаратов, изделий медицинского назначения и специализированных продуктов питания». В данном документе указано, что «назначение лекарственных средств общего характера при амбулаторном и стационарном лечении в медицинской организации независимо от организационно-правовой формы производится врачом, непосредственно осуществляющим ведение больного, в том числе частнопрактикующим, имеющим лицензию на медицинскую деятельность...». При этом известно, что лекарственные препараты, включенные в стандарты лечения и используемые на практике при терапии наркологических заболеваний, не входят в список средств, регулируемых ФЗ РФ № 3 от 08.01.1998 года «О наркотических средствах и психотропных веществах» и, следовательно, могут выписываться больным врачами любой лечебной специальности.

Для того, чтобы реализовать более универсальную и эффективную модель оказания наркологической помощи лицам с наркологической патологией с привлечением врачей-интернистов необходимо, во-первых, законодательно разрешить данной категории медиков лечение части неосложненных наркологических расстройств (никотинизм, алкоголизм), во-вторых, несколько расширить цели терапии лиц, злоупотребляющих ПАВ; в-третьих, разработать и внедрить обучающую программу краткосрочного усовершенствования врачей-интернистов с упором на раннюю диагностику проблем, связанных с употреблением ПАВ и назначением специализированного противоалкогольного и антитабачного медикаментозного лечения. Эту работу с успехом могут выполнить наркологи. Таким образом, следует признать, что недостаточная эффективность действующей узкопрофессиональной модели оказания наркологической помощи диктует необходимость смены парадигмы. Внедрение новой модели, делающей основной упор на привлечении врачей-интернистов, способно расширить доступность и востребованность такой помощи, привлечь в программы лечения максимально возможное число нуждающихся. Кроме того, внедрение новой модели может улучшить качество оказания помощи лицам, находящимся в общемедицинской сети.

ЛИТЕРАТУРА

1. Егоров, А.Ю. Злоупотребление алкоголем у больных, экстренно госпитализированных в больницу скорой помощи / А.Ю. Егоров, Е.М. Крупицкий, А.Г. Софронов [и др.] // Обзор психиатрии и медицинской психологии. — 2013. — № 1. — С.36—43.
2. Зобин, М.Л. Снижение вреда при алкогольных проблемах: расширение возможностей лечения. / М.Л. Зобин. — URL: <http://www.narcom.ru/publ/info/1020>
3. Менделевич, В.Д. Психопатологизация наркологических расстройств как доминирующая парадигма отечественной наркологии / В.Д. Менделевич // Независимый психиатрический журнал. — 2010. — № 3. — С.21—27.
4. Менделевич, В.Д. Пути модернизации наркологической службы: время выбирать профессиональный подход / В.Д. Менделевич // Наркология. — 2013. — № 3. — С.77—83.
5. Приказ от 15 ноября 2012 МЗ РФ № 929н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «Наркология». — URL: <http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=LAW;n=143979>
6. A qualitative study of GPs' attitudes to drug misusers and drug misuse services in primary care / A. McKeown, C. Matheson, C. Bond // Family Practice. — 2003. — Vol. 20 (2). — P.120—125.
7. An intervention for treating alcohol dependence: relating elements of Medical Management to patient outcomes with implications for primary care / D.B. Ernst, H.M. Pettinati, R.D. Weiss [et al.] // Ann. Fam. Med. — 2008. — Vol. 6 — P.435—440.
8. Alcohol screening and brief intervention in primary care: Absence of evidence for efficacy in people with dependence or very heavy drinking / R. Saitz // Drug Alcohol Rev. — 2010. — Vol. 29(6). — P.631—640.
9. Attitudes and management of alcohol problems in general practice: descriptive analysis based on findings of a world health organization international collaborative survey / P. Anderson, E. Kaner, S. Wutzke [et al.] // Alcohol and alcoholism. — 2003. — Vol. 38(6). — P.597—601.
10. Bioethical differences between drug addiction treatment professionals inside and outside the Russian Federation / V. Mendeleevich // Harm reduction journal. — 2011. — Vol. 8. — P.15.
11. Brief physician advice for problem drinkers: Long-term efficacy and benefit-cost analysis / M.F. Fleming, M.P. Mundt, M.T. French [et al.] // Alcoholism: Clinical and Experimental Research. — 2002. — Vol. 26. — P.36—43.
12. Brief alcohol intervention for general hospital inpatients: a randomized controlled trial / J. Freyer-Adam, B. Coder, S.F. Baumeister [et al.] // Drug Alcohol Depend. — 2008. — Vol. 93(3). — P.233—243.
13. Drug addicts and the GP / J.G. Ball // British Medical Journal. — 1988. — Vol. 7 (May). — P.1328.
14. Effectiveness of medical counseling for alcoholic patients and patients with excessive alcohol consumption seen in primary care. [Article in Spanish] / F. Garcia, R. Moral, P. de Torres P. [et al.] // Atencion Primaria. — 2003. — Vol. 31 — P.146—154.
15. General practitioner centered scheme for treatment of opiate dependent drug injectors in Glasgow / L. Gruer, Ph. Wilson, R. Scott [et al.] // British Medical Journal. — 1997. — Vol. 314. — P.1730.
16. New therapies for alcohol problems: application to primary care / D.A. Fiellin, M.C. Reid, P.G. O'Connor // American Journal of Medicine. — 2000. — Vol. 108 (3). — P.227—237.
17. Problem drug users: a problem for the GP s? / J. Cohen // Practitioner. — 1994. — Vol. 238. — P.715—718.
18. Should abstinence be the goal for alcohol treatment? / P. Owen, G.A. Marlatt // American Journal on Addictions. — 2001. — Vol. 10 (4). — P.289—295.
19. The effectiveness of brief alcohol interventions in primary care settings: a systematic review / E.F. Kaner, H.O. Dickinson, F. Beyer [et al.] // Drug Alcohol Rev — 2009. — Vol. 28. — P.301—23.
20. Treatment of drug dependent patients in general practice / M. Olgiati, M. Meili // Ther Umsch. — 1997. — Vol. 54 (7). — P.397—399.
21. WHO mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings. — 2010. — 121 P.