

Утверждаю
Заместитель Министра
здравоохранения
Российской Федерации
А.Д.ЦАРЕГОРОДЦЕВ
21 января 1997 года

Согласовано
И.о. Начальника
Управления научных
учреждений
Н.Н.САМКО
21 января 1997 года

ОРГАНИЗАЦИЯ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ АЛКОГОЛИЗМА И НАРКОМАНИЙ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ N 97/19

Методические рекомендации составлены по материалам исследований в рамках Республиканской целевой программы (договор N 113/055/002 от 07.02.94) в Государственном научном центре наркологии Минздрава России.

Краткая аннотация

Методические рекомендации посвящены описанию новых концептуальных подходов и принципов организации профилактической работы, осуществляемой структурами и специалистами наркологической службы на региональном и локальном уровнях.

Основной методологической линией, сформулированной в Рекомендациях, является "системный подход", позволяющий все этапы и уровни профилактических действий объединить в целостную систему профилактики, выделить группы риска в качестве приоритетных целей и разработать адресные программы с учетом социальных, половозрастных и культурных особенностей контингента.

Организационные аспекты профилактической работы представлены не только на основе анализа эмпирического опыта, но они логически вытекают из методологических предпосылок.

Важной стороной содержания данных Рекомендаций является установка на тесное взаимодействие структур наркологической службы с первичным звеном общесоматической сети здравоохранения, учреждениями и специалистами народного образования, правоохранительными органами, общественными и самостоятельными организациями.

Рекомендации предназначены для врачей психиатров-наркологов, психологов, педагогов и других специалистов, участвующих в оказании наркологической помощи населению.

Описание метода

Основными методами, обосновывающими содержание Рекомендаций, являются: системный анализ, монографический метод, метод экспертных заключений.

Методологические предпосылки профилактической работы сформулированы с учетом изменений, происходящих за последний период в здравоохранении в целом и в системе наркологической службы, в частности: децентрализация управленческой модели

здравоохранения, делегирование организационной и финансовой компетенции по вертикали сверху вниз, приоритет первичного звена в общей системе охраны здоровья населения.

Новизна исследования заключается в новой стратегии профилактики на основе системного подхода с учетом изменившихся социально-экономических условий, правовых норм и структурной перестройки здравоохранения, а главное, в отказе от морализаторской концепции проблем наркологии, в переходе от "медикоцентрических" на "человекоцентрические" позиции.

Впервые профилактическая деятельность описывается и структурируется как подсистема общей системы здравоохранения с адресным разведением конкретных методов и средств в отношении различных слоев населения, лиц из группы риска, наркологических пациентов, членов семей. Вводится понятие созависимой семьи, описываются дифференцированные подходы и способы профилактики в рамках семейной и детско-подростковой наркологии. В документе по-новому раскрываются возможные механизмы взаимодействия структур наркологической службы и общесоматической сети в системе профилактики заболеваний, связанных с зависимостью.

I. Предмет профилактики заболеваний, связанных с зависимостью

Высокая напряженность наркологической ситуации в России и связанные с ней огромные людские и экономические потери требуют самых активных действий в плане приспособления специализированной службы к создавшимся условиям.

Эти действия должны быть организованы на основе положений формирующейся концепции здравоохранения, согласно которой в структуре национальных приоритетов медицины и здравоохранения ведущее место занимает профилактическое направление, обеспечивающее достойное качество жизни отдельного человека и различных социальных слоев общества. В то же время изменившиеся условия требуют новых подходов к концептуальным построениям и вытекающим из них профилактическим действиям. Утверждение профилактического направления на данном этапе не может являться "повторением пройденного"; это новый виток спирали, влекущий за собой необходимость структурной и функциональной перестройки системы профилактики.

В указанную систему входят три блока (подсистемы): первичная, вторичная, третичная профилактика. Первичная профилактика (превенция) осуществляет собственно предупреждение болезней, существование человека в физическом и духовном состоянии, обеспечивающим достойное качество жизни. Цели первичной профилактики реализуются путем оптимизации экологической и социальной среды, в которую включен человек, а также обеспечением ему образа жизни, способствующего сохранению здоровья и долголетия.

Вторичная профилактика направлена на предупреждение хронизации заболеваний, обострений и рецидивов, осложнений и малигнизации болезненного процесса.

Третичная профилактика (реабилитация больных) направлена на предупреждение инвалидизации, снижение личностного и социального статуса пациентов.

Апроксимируя приведенные нами определения, можно говорить о том, что первичная профилактика - это предупреждение возникновения болезней; вторичная профилактика - предупреждение утяжеления и рецидивирования болезненного процесса, стабилизация ремиссий; третичная профилактика - предупреждение инвалидизации и других негативных последствий болезни.

Поскольку вторичная и третичная профилактика в своих действиях опираются на собственный инструментально-методический аппарат, отличающийся от такового в первичной профилактике, содержание их деятельности описывается, в основном, в работах клинического и

медико-социального направления и является преимущественно прерогативой лечебных и реабилитационных учреждений. В то же время между этими тремя блоками профилактики нельзя проводить непреодолимую границу. Напротив, между их функционированием имеет место взаимопроникновение и взаимопересечение, а также индискретность на последовательных этапах каждого вида деятельности. Именно на основе такого целостного подхода можно описать и структурировать систему профилактики наркологических заболеваний и сформулировать те или иные профилактические программы.

Первичная профилактика обеспечивается мерами, подавляющее большинство которых реализуется вне круга собственно медицинских проблем. В основном и главным успешность первичной профилактики зависит от состояния экологической и социальной среды, степени материального благополучия населения, его общей и социальной культуры, тем, насколько состояние здоровья отдельного человека и общества в целом приобрело значимость приоритетной ценности. Одним словом, главным условием для предупреждения заболеваний и обеспечения достойного качества жизни является создание комфортной психологической, социальной, экономической, экологической среды обитания. В отношении психического и наркологического здоровья это правило имеет важнейшее значение. Но, несмотря на превалирующую значимость немедицинских факторов в осуществлении первичной профилактики, участие в этом процессе врачей, в том числе и наркологов, не только не может быть исключено, но должно рассматриваться в качестве важного раздела в работе по первичной профилактике.

Дело в том, что преобладание немедицинских средств организации профилактической работы соотносится в первую очередь с макроэкономическим и макросоциальными уровнями, с социальной политикой государства. Что касается уровня микросоциального (малых групп, семьи, учебных заведений, производственных коллективов и т.д.), то никакие просветительские, информационные, оздоровительные и т.п. программы не могут осуществляться вне сферы медицинской, медико-педагогической, психосоциальной компетенции. Это справедливо, тем более что в условиях Российской социокультурной среды медицинские работники являются едва ли не самыми осведомленными специалистами не только в сфере клинической наркологии, но и в медико-социальной, медико-психологической области, в общей системе деятельности по формированию трезвого образа жизни.

Данные Методические рекомендации посвящены медицинским, а также сопряженным с медицинскими аспектами профилактики и предназначены в качестве методического ориентира врачам психиатрам-наркологам в их собственной работе, а также в работе по взаимодействию с врачами общесоматической сети, общественными и государственными структурами.

II. Основные направления профилактической работы территориальной наркологической службы

Основу проведения информационной, воспитательной, просветительской работы в области профилактики заболеваний, связанных с зависимостью, должно оставлять в первую очередь утверждение четкой позиции общества и государства в отношении потребления алкогольных напитков. При этом важно разграничивать возможность уменьшения употребления алкоголя в рамках традиционных ритуалов и установку на абсолютную трезвость лицам из групп риска с формирующейся и сформировавшейся зависимостью. В сфере профилактики наркоманий должна пропагандироваться установка на исключение даже "пробных" приемов наркотических веществ.

Подобный подход влечет за собой необходимость последовательной кропотливой просветительской работы в плане научно-популярного объяснения сущности заболеваний, связанных с зависимостью, их эволюции от поведенческих девиаций в сторону формирования болезни, имеющей в своей основе биологические и психические механизмы и проявляющейся специфической клинической картиной, характерным стереотипом развития.

Проведение профилактической просветительской работы должно опираться на дифференцированные методы, ориентированные на различные половозрастные, социальные и профессиональные группы населения. В этой работе необходимо использовать созданные и разрабатываемые программы антиалкогольного, антинаркотического и антитабачного воспитания детей и подростков с широким использованием в этих целях дошкольного и школьного воспитания. Ограждение подрастающего поколения от всех видов наркотизма - основа основ алкогольной и антинаркотической политики государства.

Важным моментом является усиление социального контроля за лицами, чье поведение на почве злоупотребления спиртными напитками и наркотиками связано с нарушениями норм морали и права. В аспекте профилактики необходимость этого определяется тем, что каждый алкоголик, в особенности наркоман, является источником экспансии наркотизма.

Реализация приведенной выше установки должна обеспечиваться комплексом социально-правовых мер, ставящих заслон приобщению несовершеннолетних к пьянству и наркотизации, мер по пресечению пьянства на рабочих местах, неукоснительным соблюдением санкций к лицам, управляющим транспортными средствами в состоянии алкогольного или наркотического опьянения.

При проведении профилактической работы в современных условиях с учетом предшествующего опыта следует отказаться от опоры лишь на социальный прессинг и авторитарно-репрессивные меры. В соответствии с новой стратегией целесообразно использовать принцип комплементарности, постепенной конвергенции позиций: алкогольные традиции - строгое трезвенничество.

Профилактическая работа постоянно должна опираться на анализ наркологической ситуации в регионе и ее движущих механизмов. Инструментом такого анализа могут явиться континуальные медико-социальные, эпидемиологические обследования населения, скрининг наркологического пространства, анализ показателей санитарной статистики.

Профилактические мероприятия должны осуществляться при постоянном соблюдении конституционных и деонтологических норм. Упор здесь делается на то, что здоровье человека, в том числе в наркологическом плане, является важнейшей социально-экономической ценностью.

Профилактическая работа должна иметь конкретную адресную направленность и это связано с необходимостью учета и анализа факторов, значимых для формирования аддиктивного поведения, и заболеваний, связанных с зависимостью.

III. Профилактическая работа в "группах риска"

В комплексе факторов риска, которые должны учитываться при проведении профилактической работы, важное значение имеет семейная обстановка. Болезнь одного из членов семьи нарушает всю структуру отношений между ее членами и способствует возникновению "синдрома созависимости". Искажение психологической атмосферы созависимой семьи имеет свои закономерности, достаточно изученные и потому предсказуемые. С учетом этих закономерностей разрабатываются программы специфических форм помощи больному и его семье, меры профилактики. И поскольку страдают все члены семьи больного, то в плане вторичной профилактики следует лечить и реадaptировать не только больного, а всю семью.

Созависимость существенно редуцируется при систематическом лечении, для проведения которого можно рекомендовать программы групповой психотерапии созависимости, разработанной в ГНЦ наркологии, а также программы Ал-Анон.

Наличие алкоголизма или другого вида химической зависимости у одного родителя и созависимости у другого формирует дисфункциональную семью, в которой страдают дети. Жизнь

в дисфункциональной семье приводит к тому, что дети неизбежно берут на себя так называемые "роли выживания": герой семьи, козел отпущения, потерянный ребенок, талисман. В соответствии с этим профилактическая, психологическая помощь детям должна быть дифференцированной, учитывающей характер сформировавшейся роли.

В плане развития аналогичного заболевания группу высокого риска представляют дети больных алкоголизмом, наркоманиями, токсикоманиями. По нашим данным, 70% сыновей и не менее 15% дочерей больных алкоголизмом отцов по достижении зрелого возраста сами заболевают алкоголизмом и наркоманиями. Изучение семей больных наркоманиями показало частое, неслучайное внутрисемейное и интраиндивидуальное сочетание алкоголизма и наркоманий. Единство предрасположенности к любым формам химической зависимости подтверждается и биологическими исследованиями.

Одним из затрудняющих моментов в организации "алкогольной" помощи семье является низкая мотивация или полное отсутствие таковой у самих нуждающихся в этой помощи. Для преодоления этих трудностей необходимы усилия в плане изменения общественного мнения, принятия концепции алкоголизма и других форм химической зависимости как семейной болезни с обязательным лечением наряду с самим больным всей его семьи. Вплотную к проблеме семейного алкоголизма, а часто и внутри нее примыкает феномен женского алкоголизма. Определение распространенности алкоголизма среди женщин затруднено вследствие психологической закрытости пациенток по сравнению с мужчинами. Однако объективно установлена тенденция постоянного роста числа заболеваний, связанных с зависимостью среди женского населения за последние десятилетия и в настоящее время; по данным разных источников, соотношение женского и мужского алкоголизма в среднем по Федерации равняется 1:6.

Как отмечалось, алкоголизм женщин отрицательно сказывается на детях, приводя к заметным нарушениям их психики: невротическим расстройствам, отчуждению, девиантному поведению, задержке психического развития, проблем - в семейном и, в частности, материнском алкоголизме.

Кроме того, с материнским алкоголизмом связана проблема алкогольного синдрома плода, также имеющая важное значение как направление профилактической работы и проявляющаяся в конечном результате в физическом недоразвитии ребенка, в разного рода уродствах, патологии внутренних органов, задержках психического развития и умственной отсталости. Несомненно, что все эти сведения должны быть включены в содержание просветительской профилактической работы.

Прямым следствием семейной отягощенности алкоголизмом в сочетании с влиянием референтной среды является алкоголизм подростков.

Проблема эта также трудно измерима, как и распространенность алкоголизма у женщин. Подростки, злоупотребляющие алкоголем, и больные "ранним алкоголизмом" чаще всего попадают к наркологу через инспекцию по делам несовершеннолетних. Система выявления таких подростков в школах, профтехучилищах, техникумах, в общемедицинской сети в завершеном виде пока не сложилась. Несмотря на разные показатели распространенности подросткового алкоголизма, основывающиеся на различных методиках выявления, за последние годы объективно установлена четкая тенденция роста пораженности подростковой среды заболеваниями, связанными с зависимостью, что должно актуализировать профилактическую работу в данной возрастной группе населения.

Главное направление наркологического просвещения среди подростков - заблаговременное, опережающее формирование достаточного объема объективной информации о психоактивных веществах, адекватного образовательному и культурному уровню объектов профилактики в конкретной локальной ситуации. Следует решительно отказаться от обеднения

содержательной стороны антиалкогольной и антинаркотической пропаганды путем сведения ее лишь к лобовому запугиванию, изъять из арсенала пропагандистских материалов плакаты, где нетрезвый человек изображается в облике свиньи. Подобный подход, приводящий подчас лишь к оживлению поисковой активности молодежи и не подкрепленный конструктивной медико-психологической работой, себя исчерпал. Условия эффективности наркологического просвещения - его облигатное сочетание с обучением технике поведения в ситуациях повышенного риска приобщения, технике отказа, сохраняющего необходимое общение, технике психофизиологической регуляции, особенно в стрессовых ситуациях. В этой работе не обойтись без использования приемов современных психокоррекционных и психотерапевтических техник: групповой личностно-ориентировочной психотерапии, поведенческой терапии, континуальной психотерапии, ролевых игр, психокоррекционных тренингов и др.

IV. Профилактика наркоманий и токсикоманий среди подросткового населения

Установлено, что в крупных городах и иных территориальных образованиях с компактным расселением жителей 20 - 25% подросткового населения являются потребителями наркотиков. Это объясняется как особенностями пубертатного периода, ростом в последние годы числа детей и подростков с девиантным и делинквентным поведением, а также нестабильностью социально-политической ситуации и проблемами экономического характера. При проведении первичной профилактики допустим определенный социальный прессинг (психосоциальная интервенция), чтобы больные и лица из группы риска (под влиянием негативного стимулирования в том числе) неизбежным образом обращались за помощью и включались в лечебные программы. Однако медицинские учреждения безусловно не должны брать на себя административно-репрессивные функции, т.к. в противном случае наркологические структуры начинают отождествляться молодежью и родителями с правоохранительными органами, что отталкивает потенциальных пациентов. В то же время задачи органов здравоохранения в плане первичной профилактики велики. Они касаются общего оздоровления детей и подростков, предупреждения патологии при беременности и в родах. У подавляющего большинства лиц из групп риска по наркоманиям и токсикоманиям выявляются минимальная мозговая дисфункция, органические поражения головного мозга, аффективная неустойчивость, личностные аномалии, прослеживающиеся с раннего периода онтогенеза. В данном случае профилактика различного рода дизонтогений и связанных с ними различных вариантов девиантного поведения у детей и подростков есть необходимая точка приложения для первичной медицинской профилактики наркотизма.

Кроме того, в осуществлении первичной профилактики заболеваний, связанных с зависимостью, компетенция специалистов психиатров-наркологов необходима для обеспечения подготовки педагогов, воспитателей и родителей в их деятельности по воспитанию и просвещению несовершеннолетних в плане предупреждения потребления наркотических веществ.

Тактика вторичной профилактики в отношении лиц, страдающих наркоманиями и токсикоманиями, имеет свою специфику, отличающуюся от соответствующих подходов в отношении общесоматических и даже психических заболеваний. В данной сфере неприемлема группировка контингентов по нозологической и синдромальной принадлежности, а также внутренняя группировка по тяжести состояния. Практика показывает, что объединение в одном отделении больных с противоположными установками (желанием лечиться и уклонением от лечения) приводит к тому, что имеющаяся у части пациентов позитивная установка разрушается и эти больные возвращаются в круг привычной наркотизации.

Более рациональным представляется подход, в соответствии с которым контингенты дифференцируются на макроуровне по степени необходимого социального прессинга для привлечения больных в лечебные программы.

Для группы больных, у которых установка на лечение хорошо сформирована, предусматриваются такие организационные формы лечебных программ, которые опираются на конфиденциальность, добровольность, нестеснение и другие щадящие социальный статус принципы. Очевидно, что ряд больных не сможет удержаться в лечебной программе, организованной таким образом, и будет продолжать наркотизацию. Для этой группы пациентов должны быть предусмотрены иные, более жестко регламентированные формы организации лечебного процесса: закрытые учреждения, специализированные учебно-профессиональные учреждения, функционирующие по типу коммун.

Вместе с тем режим содержания, оказание лечебно-профилактической помощи должны быть дифференцированными по этапам, по мере продвижения пациента к состоянию интеграции в здоровую среду.

V. Профилактическая работа среди взрослого населения

Формирование групп риска среди взрослых осуществляется путем наркологического скрининга, прежде всего в общей лечебно-профилактической сети.

Другим полем для проведения скрининга и ранней диагностики являются организованные коллективы. Базовой структурой этого раздела работы должна явиться система социально-психологической помощи на предприятиях и учреждениях.

Эта служба организуется в виде специальной структуры на крупных предприятиях или на кооперативных началах для нескольких предприятий или учреждений малого и среднего бизнеса. Возглавляет группу освобожденный дипломированный психолог. Остальные члены группы - сотрудники данного же учреждения, которые работают в группе за дополнительное вознаграждение. Работу группы консультируют специалисты со стороны. В наших условиях консультативная поддержка наиболее реальна со стороны учреждений и специалистов наркологической службы и психотерапевтов. Основной тактикой работы этих групп является сбалансированное воздействие в форме позитивного и негативного стимулирования, движение от очень мягкого до достаточно жесткого психологического прессинга.

Более трудным, но не менее важным делом являются профилактические действия по месту жительства.

Эти действия могут осуществляться также организованной группой добровольцев, которые действуют в качестве развивающейся сети в поселке, городе или регионе, побуждая местные власти претворять в жизнь принципы профилактики. Группа должна состоять не больше чем из 15 человек; внутри этой группы, как правило, имеется одна инфрагруппа, которая специально занимается поиском новых добровольцев до тех пор, пока каждый из ее членов не станет организатором новой группы и так до полного охвата территории. Такие группы могут действовать в любой организации - государственной, муниципальной, религиозной, общественной и т.д. Высшая цель подобного рода групп - побуждать людей отказаться от любых наркотиков в своей жизни и всеми возможными средствами предупредить их потребление.

Члены указанных групп проводят работу с населением с помощью разработанной для нее наркологами и психологами специальной памятки, содержащей инструкцию о видах и характерах рекомендуемой их деятельности. В отношении этих групп со стороны работников наркологической службы требуется методическая помощь, консультирование и тактичная координационная работа.

Следующее ответственное направление профилактической работы - создание системы "наркологической бдительности", нацеленной на возможно раннее выявление всех случаев злоупотребления алкоголем и приобщения к наркотикам. Необходимо организовать обучение преподавателей, воспитателей, врачей, работников правоохранительных органов, всех

работающих с детьми и взрослым населением, особенно с родителями, в целях формирования у них навыков распознавания прямых и косвенных признаков "особых отношений" с психоактивными веществами, а также представлений о модусе поведения при их обнаружении.

VI. Организационные аспекты профилактической работы, осуществляемой структурами наркологической службы

В предыдущих разделах сформулированы методолого-методические ориентиры профилактической работы. Они позволяют проводить ее на основе поливариантности и многообразия форм и методов профилактики с учетом конкретных условий: напряженности наркологической ситуации в регионе, половозрастного и социального состава населения, а также с опорой на сложившийся позитивный опыт и оправдавшие себя формы работы.

Впредь до введения новых нормативных актов, регламентирующих оптимизацию структур наркологической службы, целесообразно перераспределить некоторые функции существующей инфраструктуры наркологических учреждений с утверждением приоритетов добровольности и конфиденциальности при обращении за помощью, работы с группами риска, ранней диагностики, выхода во внеклиническую среду, установление на основе новых подходов взаимодействия с учреждениями общесоматической сети, учреждениями дошкольного воспитания и образования, правоохранительными и административными органами, общественными организациями, администрацией предприятий и учреждений.

Очевидно, что при переходе на добровольность обращения объем участковой работы будет сокращаться, за счет чего могут быть усилены звенья, обеспечивающие первичную, вторичную и третичную профилактику. Задача специалистов профилактического звена сводится к реализации усилий на трех уровнях - на уровне первичной профилактики просветительская деятельность среди населения, в организованных коллективах, учреждениях общесоматической сети, учебных заведениях. При этом адресация санитарно-просветительских действий должна быть дифференцирована по двум направлениям: непосредственно к населению, а также к специалистам ненаркологов, работающим с населением. В указанном втором направлении важным аспектом является обеспечение ранней диагностики и формирование групп повышенного риска с последующим вовлечением этих групп в профилактические программы.

Оргметодотделы головных территориальных наркологических учреждений должны разработать типовые планы совместной работы наркологов, врачей общесоматической сети, педиатров, специалистов медико-генетических консультаций, врачей медико-санитарных частей. В этих планах важно предусмотреть создание системы обучения основам наркологии участковых врачей поликлиник, а в дальнейшем по мере их институирования - врачей общей практики, семейных врачей.

В штате наркологических учреждений целесообразно выделить специалистов, ответственных за работу во внемедицинской сфере.

В частности, как показывает опыт, воспитательная работа в школах и дошкольных учреждениях по предупреждению аддиктивного поведения детей и подростков не может осуществляться педагогами без их предварительной подготовки по медицинским аспектам данной проблемы.

Важным каналом профилактики, связанным с зависимостью, являются средства массовой информации, но при этом важно, чтобы профилактическая публицистика была представлена в них не от случая к случаю, а систематически, в виде постоянной колонки в областной и районной газете и постоянной тематической передаче по радио и телевидению.

Не останавливаясь в данных Рекомендациях на работе стационарных наркологических структур, осуществляющих вторичную профилактику, здесь лишь следует подчеркнуть важность

таких внебольничных структур, как хорошо оснащенные кабинеты детоксикации, которые должны быть развернуты на всех уровнях наркологической помощи, вплоть до кабинетов районных наркологов. В этом плане специалисты ФАП также должны быть обучены методикам купирования алкогольной абстиненции и по возможности в ранние сроки. Не менее важным звеном, обеспечивающим вторичную профилактику, является работа психотерапевтов, психологов, социальных работников, направленная на предупреждение рецидивов и закрепление ремиссий. Подробное содержание этой работы отражено в уже имеющихся директивных и инструктивных документах.

Третичная профилактика больных с заболеваниями, связанными с зависимостью, также не должна быть исключена из сферы деятельности наркологических учреждений. Организационные аспекты третичной профилактики сформулированы в "Положении о государственном реабилитационном центре".

В предлагаемом методическом документе рекомендации представлены не в прескриптивной, а в дискрептивной форме, представляющей возможность создания многообразных структур и поливариантных форм деятельности. Отказ от консервативных унитарных моделей объясняется многообразием региональных и локальных условий, а самое главное - положениями формирующейся концепции здравоохранения, которая включает в себя принцип делегирования компетенции с вышестоящих уровней на нижестоящие и новые подходы к планированию и финансированию ЛПУ.
