

A red balloon is shown in the upper left quadrant, being pierced by the needle of a syringe. The syringe is positioned diagonally from the bottom center towards the balloon. The background is a bright blue sky with scattered white clouds. The overall composition is symbolic, representing the impact of substances on society.

Е.А. Кошкина
Ш.И. Спектор
В.Г. Сенцов
С.И. Богданов

Медицинские,
социальные
и экономические
последствия

НАРКОМАНИИ И АЛКОГОЛИЗМА

Евгения Кошкина

**Медицинские, социальные и
экономические последствия
наркомании и алкоголизма**

«Когито-Центр»

2008

УДК 613.83
ББК 51.1(2).5

Кошкина Е. А.

Медицинские, социальные и экономические последствия
наркомании и алкоголизма / Е. А. Кошкина — «Когито-Центр»,
2008

В монографии представлены данные об историческом контексте проблемы наркомании и алкоголизма в различных странах мира и России. В работе проанализирована динамика показателей, характеризующие распространенность наркоманий и алкоголизма в Российской Федерации и одном из крупнейших промышленных регионов страны – Свердловской области, за период с 1998 по 2003 годы. Важное место в монографии отведено рассмотрению результатов оригинальных исследований, касающихся медицинских, социальных и экономических последствий, вызванных злоупотреблением наркотическими средствами и алкоголем. Для ученых, работающих в области проблем комплексного изучения человека, психологии, социальной медицины и экологии человека, для медицинских специалистов, работающих в области лечения и профилактики наркотической и алкогольной зависимости.

УДК 613.83
ББК 51.1(2).5

© Кошкина Е. А., 2008
© Когито-Центр, 2008

Содержание

| | |
|--|----|
| Глава 1 | 6 |
| 1.1. История наркотизма | 7 |
| 1.1.1. Наркомании за рубежом | 7 |
| 1.1.2. Наркомании в России | 10 |
| 1.1.3. Эпидемиология наркоманий в Российской Федерации в 1999–2003 гг | 12 |
| 1.1.4. Медико-социальные последствия злоупотребления наркотиками | 15 |
| 1.2. История алкоголизма | 17 |
| 1.2.1. Эпидемиология алкоголизма | 17 |
| 1.2.2. Эпидемиология алкоголизма в Российской Федерации в 1999–2003 гг | 18 |
| 1.2.3. Медико-социальные последствия злоупотребления алкоголем | 19 |
| 1.2.4. История борьбы с пьянством в России | 23 |
| 1.3. Организация наркологической службы Российской Федерации | 26 |
| 1.4. Экономические последствия, вызванные преждевременной смертностью от злоупотребления наркотиками и алкоголем | 29 |
| Глава 2 | 31 |
| 2.1. Эпидемиология наркоманий | 32 |
| 2.1.1. Заболеваемость наркоманиями в Свердловской области | 32 |
| 2.1.2. Болезненность наркоманиями в Свердловской области | 35 |
| 2.2. Эпидемиология алкоголизма | 39 |
| 2.2.1. Заболеваемость алкоголизмом в Свердловской области | 39 |
| Конец ознакомительного фрагмента. | 40 |

**Кошкина Е.А., Спектор Ш.И.,
Сенцов В.Г., Богданов С.И
Медицинские, социальные и
экономические последствия
наркомании и алкоголизма**

© Коллектив авторов, 2008

* * *

Глава 1

Обзор литературы

Данные археологии свидетельствуют о том, что человечество знакомо с опьяняющими и одурманивающими веществами с древнейших времен. При раскопках первобытных поселений находят остатки и семена растений, обладающих соответствующим действием. Путешественники и этнографы, наблюдавшие жизнь племен, находящихся на первых ступенях психо-социального развития, подтверждают их осведомленность о существовании подобных веществ [186].

1.1. История наркотизма

«В исследованиях этноботаника Ричарда Эванса Шульца (1969) отмечается, что только на американском континенте коренным населением было освоено от 80 до 100 различных видов растений с психоактивными свойствами, которые использовались в ритуально-религиозной и традиционной медицинской практике, а также воспринимались как особая духовная пища богов. Археологи находили психоактивные растения в специальных тайниках и захоронениях людей начиная с X–VIII веков до н. э. В одной из самых капитальных монографий по культурологии галлюциногенов Петера Ферста (1985) приводятся многочисленные данные о том, что психоактивные вещества использовались во все времена всеми народами» (цит. по обзору Е. А. Брюна [29]). Применение опиатов датируется периодом Шумерской цивилизации и описано в арабской литературе уже в X веке до н. э. В VI веке н. э. перуанцы хоронили тела умерших с листьями коки, считая это «необходимостью» для загробной жизни. Китайцы впервые описали свойства эфедрина как стимулятора около 5 000 лет назад [187]. Тогда же они стали использовать марихуану как лечебное средство для обезболивания при операциях [155], а позднее греческий историк Геродот засвидетельствовал ее психоактивные свойства [187]. Каннабис использовался в индийских религиозных церемониях, причем употребление его разрешалось только браминам [194]. Гашиш, наряду с опиумом, использовался Авиценной и другими арабскими врачами [155]. Применение галлюциногенов известно со времени ацтеков, которые использовали псилоцибин и мескалин при религиозных обрядах [187].

История приобщения людей к наркотикам в различных странах и в различные эпохи наиболее подробно рассмотрена И. Н. Пятницкой [155, 156], проследившей путь употребления наркотиков от мистического и сакрального (в качестве обязательного атрибута отправления древнейших верований и культов) через более широкое их применение в медицинских целях (в качестве лекарства для лечения различных болезней) к употреблению для получения удовольствия. Автор отмечает одну важную особенность в истории потребления наркотиков. Она заключается в том, что если переход от мистического и сакрального их применения к медицинскому длился тысячелетия, то переход от медицинского использования к наркотическому совершился очень быстро. Особенно высокими темпами распространялась наркотизация в Европе, где применение наркотиков имело небольшую историю. Так, «в Англии в 1860 г. опий убил в два раза больше англичан, чем прочие болезни, а к 1880 г. – 14 % населения» (R. Rearsall, 1965; цит. по [155]).

1.1.1. Наркомании за рубежом

Л. С. Фридман и соавт. [187] полагают, что основой широкого распространения применения опиатов как в медицинской практике, так и для злоупотребления ими, положили три события: выделение морфина, изобретение шприца для подкожных инъекций и синтез диацетилморфина (героина).

Подтверждение этому мы находим в представленном ниже хронологическом обзоре распространения злоупотребления наркотиками (с акцентом на производные опия) в мире. В одном из русских медицинских журналов второй половины XIX века отмечалось, что в организм больных парентеральным путем вводились преимущественно наркотические и возбуждающие средства. Широкое применение парентерального использования морфина для обезболивания раненых привело к тому, что в указанный период времени пристрастие к этому наркотику называли «солдатской болезнью», а морфинизм представлял собой типичную неалкогольную наркоманию [46, 146]. В Китае в 1937 г. число опиоманов составляло более четырех миллионов. В Германии в 1931–1942 гг. было зарегистрировано более четырех тысяч нарко-

манов (без учета больных алкоголизмом) [26]. После Второй мировой войны в США и Финляндии наблюдалось широкое распространение употребления героина [46]. По официальным данным специального комитета при Сенате, в 1956 г. в США насчитывалось более шестидесяти тысяч наркоманов (без алкоголиков). По подсчетам некоторых экспертов, в Штатах в то время фактически было не менее миллиона наркоманов. В начале 1950-х гг. отмечался рост наркоманий в Федеративной Республике Германия. В Индии в 1952 г. официально насчитывалось более двух миллионов опиоманов. В Индонезии и Бирме, по официальным и далеко не точным данным, проживало более полумиллиона курильщиков опия. По данным Комитета по наркотикам Организации Объединенных Наций, наиболее тяжелое положение с опиумом к началу 1950-х гг. сложилось в Иране, где до 20 % населения занималось производством и выращиванием опия. По официальным данным, в Иране в это время было зарегистрировано более полутора миллионов наркоманов [26]. К концу 1950-х гг. злоупотребление болеутоляющими медикаментами (в том числе опиатами) достигало в Швейцарии таких размеров, что о нем, как и об алкоголизме, можно было говорить как о массовом явлении [46]. В 1954 г. более полумиллиона японцев (из стомиллионного населения) вводили наркотик инъекционно [25]. В 1960-х гг. США вступили в эру терпимости к наркотическим веществам [187]. Результаты либерализации не заставили себя ждать. Поднявшаяся волна злоупотребления наркотиками среди молодежи быстро распространилась по всей территории США и перекинулась на другие страны и другие социальные группы [59, 159]. В конце 1950-х и в начале 1960-х гг. распространение героина было отмечено в Японии [11]. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) 1986 г., во всем мире принимали: опиум- 1,76 млн человек; героин – 0,75 млн человек [121]. Среди взрослого населения США пик употребления запрещенных наркотических веществ был отмечен в начале 1980-х гг. [187]. Злоупотребление наркотиками приобрело там в это время характер эпидемии [155, 156]. Данные общих опросов населения Западной Европы показывают, что в этот период в большинстве западноевропейских стран распространенность потребления наркотиков составляла 5-10 % [241]. К концу 1980-х гг. в Японии насчитывалось около полумиллиона наркоманов [11].

В конце 1980-х- начале 1990-х гг. в США наблюдался спад употребления незаконных наркотических веществ. Затем годовое употребление вновь стало увеличиваться [187]. В 1990-х гг. численность наркоманов в США составила 6 % от всего населения [8]. По данным Национального исследования злоупотребления наркотическими веществами (National Household Survey on Drug Abuse, NHSDA), в 1993 г. в США в течение жизни употребляли героин 2,3 млн человек [187]. В 1995 г. в США в возрасте 15 лет пробовали какой-либо наркотик 29 % подростков [235]. С героином экспериментировали не менее 3 % пятнадцатилетних американцев [224]. В Канаде в конце XX столетия героин употребляли около 20 тыс. человек. Численность наркоманов в Латинской Америке, к примеру, в Колумбии, составила 12 %, а в Перу и Боливии – 11 % от всего населения этих стран [8, 211].

По данным Отчета Европейского мониторингового центра по лекарствам и лекарственной зависимости (EMCDDA, 1998), в течение жизни использовали героин от 1 % до 2 % взрослого населения Европы. Частота встречаемости потребления наркотиков в городах Европы варьируется от 1,8 до 30 случаев на 1 тыс. населения в возрасте от 15 до 54 лет в малых городах и от 3,5 до 14,1 случая – в больших городах [201]. Доля непостоянных потребителей наркотиков в Швейцарии в 1992 г. в возрастной группе 17-30-летних составила 21 %, в возрастной группе лиц 31 года – 45 лет – 14 % [200]. В 1990 г. в ФРГ (в старых ее границах) на 70 млн жителей приходилось (по оценке Германского центра борьбы с наркотической опасностью) от 60 до 80 тыс. зависимых от нелегальных наркотиков [191]. По другим данным, к середине 1990-х гг. в ФРГ насчитывалось от одного до полутора миллионов лиц, потребляющих героин [159]. Тогда же в Италии проживало около 300 тыс. наркоманов, пристрастившихся к героину [52].

В США эпидемия гашишизма была спровоцирована войной во Вьетнаме. Эпидемия среди военнослужащих перебросилась на американский континент, каннабис стал быстро распространяться в школах и университетах страны. В конце 1960-х гг. в США 15 % школьников в возрасте от 10 до 15 лет в компаниях курили марихуану. Особенно неблагополучным оказался штат Калифорния, где 43 % учеников старших классов курили ее регулярно. Своего пика эпидемия достигла к концу 1970-х гг. Данные опросов выпускников школ, которые ежегодно проводятся в США, показывают, что в 1979 г. доля школьников, пробовавших марихуану хотя бы один раз в жизни, составляла 60,4 %. Затем начался спад, и в 1992 г. этот показатель сократился до 32,6 %. Одновременно значительно уменьшилось число молодых американцев, куривших марихуану ежедневно (с 10,7 % до 2,0 %). Плачевные результаты, связанные с последствиями применения этого наркотика, и ужесточение борьбы с наркоманией привели к резкому снижению уровня потребления марихуаны, особенно по сравнению с пиком, наблюдавшимся в 1979–1980 гг. Однако, по данным американских исследователей, в 1992 г. около 67 млн американцев хоть раз в жизни принимали марихуану [248].

В Новом Южном Уэльсе (Австралия) марихуану пробовали 580 тыс. человек, в том числе 295 тыс. регулярно употребляли ее в 2000 г.

В США Национальным институтом по профилактике злоупотреблений лекарственными средствами (National Institution of Drug Abuse, NIDA) с 1975 г. ежегодно проводится анкетирование выпускников государственных и частных школ для определения распространенности употребления наркотических веществ [248].

В 1994 г. в Польше, по разным оценкам, насчитывалось от 10 тыс. до 20 тыс. больных наркоманиями. При этом 90 % больных использовали внутривенный способ введения наркотика.

В 1999 г. в Украине общее количество наркоманов, взятых на учет медицинскими учреждениями, достигло 83 тыс. человек, из них 4 тыс. – это несовершеннолетние. Причем не менее 40 % от этого числа проживали в трех областях – Днепропетровской, Донецкой, Одесской. Для сравнения отметим, что в 1958 г. в наркологических учреждениях Украины было зарегистрировано всего 450 морфинистов (другие формы наркоманий в послевоенные годы практически отсутствовали), а к началу перестройки на учете состояло 25 тыс. человек. Подсчеты по специальной методике, предложенной харьковскими наркологами, дают большую цифру – 260 тыс. активных потребителей опиатов, что позволило исследователям говорить о «подлинной болезненности» по состоянию на 1997 г.

Среди азиатских стран особое место занимает Индия, на территории которой, согласно международной договоренности, производится опиум для официальной продажи другим государствам в размерах около 678 тонн в год. Потребителей героина в Индии насчитывается не более 1 % от общей численности населения. Среди жителей Таиланда и Бирмы доля наркоманов достигает 7 % [8].

В последние годы потребление нелегальных наркотиков обычно начинается раньше, чем это происходило в 1980-х гг., наиболее часто – в период между 13 и 17 годами. Многочисленные исследования показали, что лишь небольшое количество людей пробуют наркотики в возрасте старше 20 лет [200]. В 1992 г. в Великобритании в возрасте 15 лет пробовали какие-либо наркотики 21 % опрошенных. При этом количество подростков, пробующих наркотики, остается стабильным уже на протяжении более 20 лет [199]. В обзоре, опубликованном голландским Институтом проблем алкоголизма и наркомании в 1993 г., отмечалось, что потребление наркотиков среди голландских школьников в возрасте от 12 до 18 лет возросло с 1984 г. по 1992 г. почти на 200 % [52]. Остро стоит вопрос с распространением наркотиков в Скандинавских странах, особенно в Норвегии [96].

Группа Помпиду в Европе и Управление ООН по наркотикам и преступности весьма озабочены поиском новых технологий и инструментов, которые бы позволили адекватно оце-

нивать распространение злоупотребления наркотиками в Европе и во всем мире [36, 54, 80, 96, 118, 141].

Еще на заре XX века И. С. Левитов предугадал роль Азии в распространении наркотиков в мире и пророчески изобразил картину будущего России, связанного с наркотиками. В 1909 г. он писал: «В быстром распространении у нас наркотиков я вижу только симптомы грядущего влияния Азии на всю Европу. Россия, стоящая аванпостом между Азией и Европой и служащая как бы буфером для всех остальных европейских народов, должна сильнее и раньше всех почувствовать азиатский натиск...» [101, с. 23].

1.1.2. Наркомании в России

Распространение потребления наркотиков в России имеет свои особенности. По свидетельству крупнейшего отечественного психиатра В. А. Горового-Шалтана, ситуация с потреблением наркотиков в России в 1920-е гг. представляла следующую картину: «Рост морфинизма особенно велик в Ленинграде и Москве, но демократизация... может способствовать проникновению его и в провинцию, в деревню, как это наблюдается давно уже в Германии и во Франции. В Благовещенске и Амурской области наряду с курением опия и кокаинизмом широко распространено и злоупотребление морфием, главным образом среди пролетарских слоев населения... Жертвы берутся из медицинской среды, но у большинства наших пациентов начало морфинизации определенно связано с условиями военной службы, с периодом войны и революции» (В. А. Горовой-Шалтан, 1928; цит. по [155, с. 90]).

В 1924 г. известный социолог-криминолог М. Н. Гернет обследовал московских детей-беспризорников и установил, что практически все они были знакомы с кокаином. А. И. Рапорт в «Московском медицинском журнале» писал, что обследование, проведенное психиатрами в тюрьмах в 1920-х гг., показало: 21,2 % заключенных были кокаинистами [см. 155]. До начала 1930-х гг. подобная статистика и результаты обследований не скрывались, более того, в Москве при Центральном статистическом управлении существовал специальный отдел моральной статистики (его работой руководил М. Н. Гернет), который публиковал разнообразные отчеты на эту и подобные острые темы. Ситуация кардинально изменилась в 1930-е гг., когда разгрому подверглись отечественные социология и криминология. Уголовная и «нравственная» статистика стали закрытыми, а соответствующие эмпирические исследования были запрещены.

Жесткие меры в отношении лиц, злоупотребляющих наркотиками, характерные для сталинского режима, позволили достаточно радикально изменить ситуацию в стране. По официальным данным, заболеваемость наркоманиями в Московской области составляла в 1931–1933 гг. 0,2–0,1 случая на 10 тыс. населения; в Москве в 1926 г. – 0,37; в 1932 г. – 0,9; в 1940 г. – 0,09; в 1945 г. – 0,04; в 1950 г. – 0,03; в 1955 г. – 0,03 случая на 10 тыс. населения. Низкий уровень заболеваемости наркоманиями в 1930–1950 гг. в Москве и Московской области дал возможность В. В. Бориневичу сформулировать тезис о «почти полной ликвидации наркомании в СССР» [26].

В России в течение длительного времени не наблюдалось сколько-нибудь существенного роста наркоманий: в 1965 г. здесь насчитывалось 10,0 тыс. зарегистрированных больных наркоманиями. В 1975 г. число больных наркоманиями увеличилось в 1,5 раза и составило 14,8 тыс. человек. В 1985 г. число наркоманов практически не изменилось (14,5 тыс.). С 1985 г. стал отмечаться значительный устойчивый рост числа больных наркоманиями как в России, так и в СССР в целом. В СССР в 1975–1988 гг. заболеваемость наркоманиями выросла в 3,7 раза (с 1,9 до 7,1 случая на 10 тыс. населения соответственно). В 1988 г. в СССР на учете состояло около 50 тыс. больных наркоманиями. В 1988 г. произошло снижение до 5,0 случая на 100 тыс. населения. Выявлено также увеличение среди наркоманов доли женщин (она достигла 12 %) и

изменение возрастной структуры потребителей наркотиков. По частоте употребления первое место занимали кустарные препараты мака (до 54,3 % в 1988 г.). Соответственно снижался удельный вес ранее традиционных видов наркоманий, таких, как морфинная и кодеиновая наркомании [13, 14, 34, 86, 144, 155, 164]. Число больных наркоманиями в 1985–1991 гг. удвоилось, достигнув к началу 1991 г. 28,3 тыс. [34]. Ситуация в различных регионах варьировалась весьма значительно. Самый высокий уровень распространенности наркоманий, достигавший 47-107 случаев на 100 тыс. населения, к 1991 г. был зарегистрирован в Хабаровском, Приморском, Ставропольском и Краснодарском краях, в Туве, Амурской, Ростовской, Астраханской и Калининградской областях, в Кабардино-Балкарии и Северной Осетии. Подавляющая часть наркоманов была сосредоточена в городах (88,1 % в 1991 г.) [144].

Ведущими специалистами в области наркоманий из различных ведомств в ноябре-декабре 1991 г. по специальной программе было проведено исследование «Распространение наркоманий в стране». Анализ полученных в результате опроса данных показал, что 12 % населения в возрасте 16 лет и старше хотя бы один раз в жизни пробовали наркотики; около 0,9 % – принимали наркотики регулярно, при этом значительную часть из них можно отнести к больным наркоманиями. Таким образом, реальное число наркоманов в России могло достигать 1 млн человек. Полученные данные дали исследователям право сделать вывод, что в дальнейшем нужно ожидать роста и болезненности, и заболеваемости наркоманиями. При этом было обращено внимание на то, что распространение наркоманий будет идти как за счет регионов, где имеются растительные источники получения наркотиков, так и за счет регионов, где в настоящее время ситуация относительно благополучная. По мере выхода России на международный рынок может произойти сдвиг в структуре потребления наркотиков в сторону препаратов, быстро вызывающих психическую и физическую зависимость. В этих условиях распространение наркоманий может иметь характер эпидемии, не поддающейся контролю со стороны органов здравоохранения [15, 69, 194]. К сожалению, данный прогноз в дальнейшем полностью подтвердился.

Последнее десятилетие XX века в России отличалось большим политическим, социальным и экономическим напряжением. Все это не могло не отразиться на психологическом состоянии общества, и рост распространенности наркоманий как показатель, характеризующий общую стресс-согенную обстановку в стране, был предопределен. Данные официальной статистики по наркоманиям подтвердили это предположение.

В 1991–2000 гг. число больных наркоманиями, находящихся под наблюдением в наркологической службе, увеличилось в 9 раз (185,8 случая на 100 тыс. населения против 21,2 в 1991 г.). Общее число больных наркоманиями в России приблизилось к 270 тыс. человек. Согласно данным НИИ наркологии МЗ РФ, на прием в официальное наркологическое учреждение обращается только один больной из семи. Следовательно, можно предположить, что в действительности в России на конец 2000 г. имелось около 2 млн больных наркоманиями. Показатель заболеваемости наркоманиями составил 50,6 случая на 100 тыс. населения, и за десять лет он увеличился в 13 раз (с 3,9 в 1991 г.). Возросла и доля пациентов, которые обратились за помощью впервые в жизни, в сравнении с общим числом лиц, находящихся под диспансерным наблюдением (с 18 % в 1991 г. до 27 % в 2000 г.). За исследуемый период в 6,4 раза увеличилось число лиц, злоупотребляющих наркотическими веществами без явлений зависимости (с 13,5 случая на 100 тыс. населения в 1991 г. до 86,9 в 2000 г.). На конец 2000 г. в России под наблюдением в наркологической службе состояло более 125 тыс. пациентов (86,9 случая на 100 тыс. населения), злоупотребляющих наркотическими веществами.

Число лиц, впервые обратившихся за помощью в связи со злоупотреблением наркотическими средствами, в 2000 г. составило более 50 тыс. человек (35,3 случая на 100 тыс. населения). Численность указанных пациентов увеличилась за десять лет в 7,5 раза (с 4,7 случая на 100 тыс. населения в 1991 г.) [2, 30, 37, 64, 86, 144, 161, 173, 189].

Данные официальной медицинской статистики в этот период постоянно дополнялись данными эпидемиологических и социологических исследований. Так, по материалам социологических исследований, выборочных проверок комиссиями Минздрава России, данных главных специалистов по наркологии региональных органов здравоохранения, к 1993 г. в России наркотики употребляло более 11 % населения. Соотношение мужчин и женщин составляло 3:1. Количество «случайных» потребителей наркотиков варьировалось от 11 % до 15 %, а в крупных городах достигало 27,6 % (Москва). Среди потребителей наркотиков преобладали лица в возрасте до 30 лет с незаконченным высшим и средним образованием. По социальному положению это были преимущественно предприниматели (30,8 %). За ними следовали рабочие и безработные (по 17 % те и другие). Третье место занимали учащиеся и студенты (11,3 %). В группу реальной клиентуры черного рынка наркотиков входили 3 % взрослого населения, скрытно прибегали к его услугам еще 5,5 %, т. е. 8–9 % взрослого населения периодически нелегально употребляли наркотики [171].

Изменения в наркологической ситуации отразились и на структуре потребляемых наркотиков. С середины 1990-х гг. на наркотический рынок стали поступать «тяжелые» наркотики – героин, метадон, кокаин, амфетамины [164]. Наркомания стремительно молодела. Минимальный возраст начинающих потребление наркотиков снизился до 8-10 лет; большинство начинающих потреблять наркотики находились в возрастной группе 14-18-летних [84, 85].

1.1.3. Эпидемиология наркоманий в Российской Федерации в 1999–2003 гг

Динамика показателей заболеваемости всеми наркологическими расстройствами в последние годы характеризовалась положительным приростом. Так, показатель учтенной распространенности увеличился на 5 %, показатель первичной заболеваемости – на 7,9 %. Прирост общего показателя распространенности психических и поведенческих расстройств, вызванных употреблением ПАВ, в 1999–2003 гг. был обусловлен прежде всего увеличением распространенности наркоманий (на 55,7 %) и увеличением числа случаев употребления наркотиков с вредными последствиями (ВП) (на 10,8 %).

Одной из тенденций изучаемого периода является рост распространенности наркоманий. Этот показатель по стране в целом в исследуемый период увеличился в 1,6 раза. Число зарегистрированных больных наркоманиями в 2003 г. достигло 343 тыс. человек.

Увеличение распространенности этого тяжелого наркологического заболевания происходило с начала 1990-х гг., однако к концу десятилетия темпы роста данного показателя стали снижаться. Максимальный его прирост отмечался в 1995–1998 гг., составляя более 30 % в год [92]. С 1999 г. началось снижение темпов прироста: в 1999 г. этот показатель увеличился на 31,6 %, в 2000 г. – на 28,2 %, в 2001 г. – на 17,6 %, в 2002 г. – на 2,7 %, в 2003 г. – лишь на 0,6 %. Таким образом, в 2002–2003 гг. наметилась тенденция к стабилизации изучаемого процесса, что связано со значительным снижением уровня первичной заболеваемости наркоманиями в последние годы.

Рост наркоманий в стране в предыдущие десятилетия был обусловлен широким распространением наркотиков опийной группы, в том числе героина. Это подтверждается данными МВД об изъятии наркотиков и росте преступности, связанной с наркотиками [190].

В структуре зарегистрированных больных наркоманиями доля опийных наркоманов в рассматриваемый период была стабильно высока и достигала 88 %. Показатель распространенности опийной наркомании увеличился с 133,1 случая на 100 тыс. населения в 1999 г. до 213,5 случая в 2002 г. В 2003 г. этот показатель фактически остался на уровне 2002 г. и составил 213,1.

По данным научных исследований, в России, как и во всем мире, наиболее распространено потребление препаратов каннабиса [88, 91, 196]. Однако в связи с особенностями формирования зависимости от каннабиноидов обращаемость таких больных в наркологические учреждения за помощью невелика. Число зарегистрированных больных гашишной наркоманией в 2003 г. составило 20,8 тыс. человек, однако динамика этого показателя имела выраженную тенденцию к росту. Если в 1999 г. этот показатель составлял 9,7 случая на 100 тыс. населения, то в 2003 г. он увеличился в 1,5 раза и составил 14,6.

Кокаин и другие психостимуляторы не получили в нашей стране широкого распространения [88, 91, 196]. Доля пациентов с синдромом зависимости от этих веществ в 1999–2003 гг. составляла 2,6–1,6 % от общего числа зарегистрированных больных наркоманией.

Для рассматриваемого периода был характерен рост показателя распространенности полинаркомании и зависимости от других, не указанных выше, наркотиков – на 17,1 %. Данная ситуация требует более глубокого изучения.

Распространенность наркоманий в субъектах РФ варьируется в широких пределах. Так, в 2003 г. максимальный ее показатель отмечался в Самарской области- 657,1 случая на 100 тыс. населения, минимальный – в Архангельской области (17,9), т. е. показатели различаются в 36 раз.

По сравнению с 1999 г. учтенная распространенность наркоманий увеличилась в 75 субъектах РФ, а снизилось – лишь в четырех регионах. В 3 и более раза этот показатель вырос в следующих территориях: в Костромской (в 5 раз), Вологодской (в 4 раза) и Ивановской (в 3 раза) областях, т. е. в тех субъектах РФ, где их уровень в предыдущие годы был невысок.

Все федеральные округа продемонстрировали увеличение данного показателя, хотя и в разной степени. Наибольший прирост отмечался в Северо-Западном (на 75,8 %), Центральном (на 69,8 %) и Приволжском федеральном округах (на 69,0 %), минимальный – в Южном федеральном округе (на 38,2 %).

По уровню распространенности наркоманий субъекты РФ условно были разделены на 3 группы: с высоким уровнем (300,0 случая и более на 100 тыс. населения), средним (100,0–299,9 случая) и низким (менее 100,0 случая). По сравнению с 1999 г. увеличилась доля субъектов РФ с высоким и средним уровнем распространенности наркоманий и снизился удельный вес территорий с низким ее уровнем.

Наиболее высокие показатели этой патологии, кроме уже упомянутой Самарской области, сохранились в следующих субъектах РФ: Томской- 637,3, Кемеровской- 591,8, Тюменской- 538,8, Иркутской областях – 519,2, а также в Приморском крае – 552,3. Среди автономных округов по-прежнему лидирует Ханты-Мансийский автономный округ- 696,9 случая на 100 тыс. населения.

Исследуемый период характеризовался изменением тенденций в первичной заболеваемости наркоманиями. Максимальный показатель последней отмечался в 2000 г. – 50,7 случая на 100 тыс. населения. С 2001 г. началось его снижение, продолжающееся по настоящее время. В 2003 г. этот показатель составил 16,1 случая на 100 тыс. населения, т. е. по сравнению с 1999 г. он снизился в 2,6 раза.

Тенденция снижения общего показателя заболеваемости наркоманиями была обусловлена уменьшением числа первичных обращений больных опийной наркоманией, начавшимся в 2001 г. Показатель заболеваемости данной наркоманией снизился в 2003 г. по сравнению с 2000 г. в 3,6 раза. Первичная заболеваемость гашишной наркоманией в анализируемый период стабилизировалась на уровне 1,7–1,8 случая на 100 тыс. населения. Снижение заболеваемости наркоманией, вызванной употреблением психостимуляторов, других наркотических веществ, а также сочетанным приемом наркотиков (полинаркомания) из-за небольшого числа случаев этих расстройств, выявляемых впервые в жизни, значительного влияния на уменьшение общего показателя не имело. Данные государственной статистики подтверждаются дан-

ными эпидемиологических исследований [88, 91], свидетельствующими о заметном снижении в молодежной среде популярности внутривенных наркотиков, в основном героина. Среди молодежи растет сегодня популярность алкогольных напитков, особенно пива, а также стабильно высоким остается уровень употребления производных марихуаны.

В регионах страны, как и в России в целом, наблюдается снижение уровня первичной заболеваемости наркоманиями.

По сравнению с 1999 г. это происходит в подавляющем большинстве субъектов Российской Федерации, а по сравнению с наивысшим достигнутым уровнем в 2000 г. – практически во всех регионах. В 2003 г. наиболее высокий уровень заболеваемости наркоманиями отмечался в Приморском крае (52,0 случая на 100 тыс. населения), Кемеровской (49,3) и Иркутской областях (42,7). В 2003 г. не выявлено ни одной территории, где бы этот показатель превысил 100,0 случая на 100 тыс. населения, тогда как в 1999 г. таких территорий было три (Тюменская, Самарская и Ульяновская области; соответственно 110,0, 104,9, 103,0 случая). Удельный вес территорий с уровнем заболеваемости 30,0 случая и более на 100 тыс. населения снизился с 41,8 % в 1999 г. до 3,8 % в 2003 г. Наряду с этим произошло увеличение доли субъектов РФ, имеющих показатели ниже этого уровня (с 58,2 % до 96,2 %), т. е. в 2003 г. в подавляющем большинстве субъектов Российской Федерации уровень первичной заболеваемости наркоманиями составлял менее 30,0 случая на 100 тыс. населения.

Однако в 2003 г. (по сравнению с 2002 г.) в 17 субъектах РФ вновь наметился рост данного показателя. В основном это произошло в республиках Южного федерального округа (Карачаево-Черкесия, Калмыкия, Северная Осетия, Ингушетия, Адыгея, Кабардино-Балкария), а также в отдельных регионах Центрального (Московская, Ярославская, Калужская области), Приволжского (Кировская область, Республика Марий Эл), Дальневосточного (Республика Якутия, Амурская и Магаданская области) и Сибирского федеральных округов (Томская и Читинская области).

Удельный вес территорий, имеющих высокие показатели заболеваемости наркоманиями (выше 30,0 случая на 100 тыс. населения), снизился с 36,8 % в 1999 г. до 24,1 % в 2003 г. Доля же субъектов РФ с низкими показателями, напротив, возросла – с 24,1 % до 43,0 % соответственно. Удельный вес территорий со средним их уровнем практически не изменился.

Таким образом, анализ данных государственной отчетности свидетельствует о том, что за четырехлетний период выявлены следующие основные тенденции распространенности наркоманий. В 2002–2003 гг. наметилась стабилизация показателей распространенности наркоманий, которая была обусловлена снижением первичной заболеваемости (в основном за счет опийной наркомании). Снижение уровня заболеваемости наркоманиями и числа случаев первичного обращения лиц, употребляющих наркотики с вредными последствиями, отмечалось в большинстве субъектов РФ. Однако в 17 регионах в 2003 г. вновь наметился рост изучаемого показателя [41, 76, 122].

Следует, однако, помнить, что наркомания – это процесс, который находится «на свету» лишь одной и, как правило, незначительной своей частью. Условно «видимую» часть образуют факты, события, люди, отраженные в специальных учетных, статистических данных, прошедшие милицейские процедуры, побывавшие в судах, исправительных учреждениях, направленные на принудительное лечение и т. п. «Невидимая часть» по своему объему намного больше. Это соотношение рождает ассоциацию с айсбергом, большая часть которого, как известно, находится под водой и недоступна для наблюдения. Информационно-социальная модель указанных процессов имеет форму пирамиды. Верхушка пирамиды – это социальная группа, размеры и содержание которой, как отмечено выше, уже зафиксированы, т. е. они известны, например, специалистам или чиновникам и могут быть доступны для социологов. Далее идут «латентные страты». Они располагаются примерно в той же последовательности, в которой обычно происходит «восхождение» субъекта по условным ступенькам пирамиды.



Рис. 1. Информационно-социальная модель распространения нелегальных наркотиков

Постановка наркомана на учет, отбывание наказания за торговлю наркотиками – это финальные стадии соответствующих «карьер». Начинается все с групп риска, первых проб наркотиков или попыток заработать на незаконных операциях с наркотиками. Эти «первичные» группы, как свидетельствуют статистика, социологические измерения и наблюдения, гораздо шире, объемнее, чем «финальные», «верхушечные» группы, что и дает нам право использовать пример пирамиды (рис. 1).

При построении подобных пирамид важно четко придерживаться выбранного критерия стратификации. В одном случае это могут быть группы, где критерием является частота или интенсивность злоупотреблений психоактивными веществами (отдельно могут быть построены пирамиды по типам таких веществ: алкоголь, опиаты, ингалянты и т. д.); в других случаях за основу могут быть взяты юридические критерии – участие в незаконном обороте наркотиков или совершение преступления в состоянии алкогольного (наркотического) опьянения.

1.1.4. Медико-социальные последствия злоупотребления наркотиками

Распространение злоупотребления наркотическими веществами в России повлекло за собой резкое увеличение числа острых отравлений опиатами – суррогатами опия, а в последние два года рассматриваемого периода – героином, преимущественно «уличным», содержащим разнообразные добавки [3, 12, 71, 78, 152, 188, 193]. Острые отравления наркотиками бывают связаны с вариабельностью активно действующих доз опиатов в распространяемых на черном рынке формах, с потерей эффекта толерантности к опиатам после длительного перерыва и вследствие преднамеренных суицидальных или криминальных действий.

Возможны групповые отравления, описаны тяжелые и смертельные отравления у транспортеров наркотиков («body packers») при разрыве емкостей (капсул) с веществом в желудке, прямой кишке или во влагалище. Пострадавших находят дома, в притонах, подъездах, на улице, в общественных туалетах, кафе, в больничных палатах и т. п. [103, 140].

Опиаты угнетающе действуют на таламические области головного мозга, резко понижают возбудимость дыхательного и кашлевого центров, возбуждают центры блуждающих нервов, снижают основной обмен (за счет торможения окислительных процессов), оказывают гипотермическое действие [111, 218, 247].

Острое отравление опиатами развивается при парентеральном (внутривенном, внутриартериальном, сублингвальном и др.), пероральном, интрагастральном, ингаляционном, ректальном или вагинальном поступлении яда. В среднем максимальные токсический и терапевтический эффекты достигаются через 10 мин. при внутривенном введении, через 30 мин. при внутримышечном и через 90 мин. при подкожном способе введения или оральном приеме [32, 111]. Токсические эффекты опиатов качественно незначительно отличаются от терапевтических, они попросту более выражены [219]. Отравление опиатами протекает преимущественно по типу острого экзогенного отравления с первичными проявлениями в виде синдрома нару-

шения сознания по типу выключения и синдрома дыхательной недостаточности, которые и определяют тяжесть состояния больного [38, 112, 142, 155].

Злоупотребление наркотиками помимо случаев острых отравлений влечет за собой такие медико-социальные последствия, как преждевременные случаи смерти, связанные с этими и другими причинами [19].

В одном из исследований, проведенных в НИИ наркологии [164], было выявлено, что у 43,8 % больных возникали опасные для жизни отравления наркотиками, обусловленные их передозировками. Установлено также, что изменения личности по наркоманическому типу (морально-этическое и своеобразное интеллектуально-мнестическое снижение) были наиболее выражены у больных опийной наркоманией [21].

Рост числа случаев преждевременной смерти является одним из наиболее важных показателей, характеризующих тяжесть последствий, вызываемым каким-либо заболеванием.

Смертность наркоманов изучалась многими авторами в разных странах. Согласно результатам этих исследований, показатели смертности варьируются от 6,0 случая на 1000 человеко-лет до 44,2 случая [216, 221, 232, 234, 249]. На большом статистическом материале подтвержден также параллелизм роста наркоманий, убийств и самоубийств. Риск самоубийства возрастает при наркоманиях в 350 раз, а общая летальность увеличивается в 30 раз. Злоупотребление наркотиками укорачивает жизнь настолько, что в этом случае исчисляется уже не сокращение жизни, а ее длительность. И длительность жизни наркомана – не выше 5-10 лет. Уровень ежегодной смертности зарегистрированных больных достигает 3–5 % [155]. В 1991 г. в Швейцарии было зафиксировано 78 смертельных случаев от передозировки наркотиков, что в два раза превышало показатели предыдущего года [52]. Анализ причин смерти наркоманов в Варшаве в 1983–1992 гг. выявил, что внезапные случаи смерти вследствие травм и отравлений и по неизвестным причинам составляли 70 % от общего числа смертей. Зависимость от медикаментов как причина смерти была указана только в 5 % случаев [234].

За период с 1988 г. по 1997 г. общая смертность от употребления наркотиков в Российской Федерации увеличилась в 12 раз, причем среди детей этот показатель вырос в 42 раза [64]. По данным одного из российских исследований [35], в 1980–1992 гг. умерло 10 % наблюдаемой когорты потребителей внутривенных наркотиков. Причиной смерти в половине случаев (50,9 %) являлось какое-либо соматическое заболевание (включая инфекционное), наиболее часто диагностировалась острая сердечная недостаточность [62]. Несчастные случаи, отравления и травмы послужили причиной смерти 38,5 % больных. Результаты других исследований [178, 212, 244, 245] свидетельствуют, что структура причин смерти наркоманов несколько иная. Согласно одному из них, ведущая причина смерти – передозировка наркотика (в 69 % случаев); в двух других это были самоубийства – в 31 % и 35 % случаев. Чаще всего (в 66 % случаев) смерть наступала «на игле» или спустя 2(МЮ мин. после инъекции на фоне полиорганных изменений. В состоянии абстиненции погибло около 11 % наркоманов. В последние годы наркоманы все чаще начинают умирать от СПИДа [20, 22, 212, 244].

1.2. История алкоголизма

В большинстве стран мира алкоголизм встречается в настоящее время значительно чаще других наркологических заболеваний [144, 226].

1.2.1. Эпидемиология алкоголизма

О размахе злоупотребления алкоголем в дореволюционной России можно судить по следующим фактам. «До начала мировой войны, т. е. до середины 1914 г., Россия “утопала” в водке. Только в Ульяновской (Симбирской) губернии, за период с 1903 г. до 1915 г. выпито более 20 млн (20 149 763) ведер 40° водки, для изготовления которой было использовано около 2,5 млн (2 415 313) пудов хлеба и более 38,5 млн (38 651 950) пудов картофеля. Во всей России только за 1913 г. было изготовлено более 100 млн (107 705 485) ведер 40° водки из почти 146 млн (145 890 206) пудов картофеля, а за 1914 г. – чуть менее 125 млн (124 445 015) ведер водки из 161,5 млн (161 464 403) пудов картофеля. В 1909 г. на каждого россиянина приходилось 0,58 ведра 40° водки в год, к 1913 г. этот показатель повысился до 0,63 ведра на 1 человека в год. И хотя по потреблению алкоголя Россия в это время отставала от Западной Европы (во Франции, например, на человека в год приходилось 16,5 л 100° алкоголя против 3,8 л в России), в отличие от Запада (где пьют преимущественно легкие вина), в России потреблялась главным образом водка. Кроме того, на Западе было (и есть) гораздо лучшее питание, и удельный вес денег, затраченных на алкоголь, был неизмеримо ниже, чем в России. В то время как американец затрачивал на пищу в среднем 103 руб. в год, а француз 76 руб. – у русского крестьянина этот расход не превышал 26 руб. И если у англичанина на 100 руб. на алкоголь расходовалось 10 рублей, у американца – 1 руб. 65 коп., у русского крестьянина эта статья расходов доходила (Ульяновская губерния) до 23 руб., превышая затраты жителей российских городов (13 руб.). В результате этого в России смертность от пьянства доходила до 5,52 на 100 000 жителей (во Франции – 1,15). В России употреблялось большое количество суррогатов алкоголя, следствием чего явился громадный процент алкогольных отравлений, доходивших до 80 % от общего числа отравлений. Дополнительно к крепким алкогольным напиткам в России начала XX века в больших количествах употреблялось пиво. Так, в 1913 г. было выпито почти 82,5 млн (82 447 605) ведер пива на общую сумму в 96 млн руб. Естественно, что подобный масштаб злоупотребления алкоголем не мог не привести к росту нарушений общественного порядка. Так, в 1906 г. по всей России было составлено 54 159 “пьяных” протоколов, а в 1913 г. эта цифра выросла в 2,4 раза и дошла до 129 206» (цит. по [5, с. 96–97]).

Не случаен в связи с этим тот серьезный интерес к проблеме алкоголизма со стороны широких кругов общественности России – врачей, экономистов, юристов, педагогов, – который возник на рубеже XIX–XX веков. Известный юрист А. Ф. Кони в статье «О народной трезвости» рассматривал пьянство в России как истинное общественное бедствие, которое наравне с широко и глубоко внедряющимся сифилисом составляет все более и более нарастающую опасность вырождения народа в духовном и физическом отношении. Причем, касаясь роли государства, известный правовед утверждает, что дело должно идти не о водворении трезвости в стране, к чему едва ли призвана государственная власть, а о войне с пьянством как общественным злом.

Основы планомерного научного изучения различных аспектов проблемы пьянства и алкоголизма были заложены организованной в 1898 г. Комиссией по вопросам алкоголизма при Русском обществе охранения народного здравия. Проблемы алкоголизма обсуждались на II съезде российских психиатров в 1905 г. и на I Всероссийском съезде по борьбе с пьянством в 1910 г. [110].

Уровень заболеваемости алкоголизмом и распространенность алкоголизма зависят от сложного взаимодействия целого ряда социально-психологических и биологических факторов, относительная значимость которых существенно меняется в зависимости от территории и различных периодов развития общества.

Комитет экспертов ВОЗ по лекарственной зависимости уже в 1975 г. отметил, что в экономически развитых странах от 1,0 до 9,0 % лиц в возрасте 15 лет и старше предаются «неумеренному пьянству», ежедневно потребляя более 150 мл абсолютного алкоголя [125, 151].

Важно подчеркнуть, что в СССР с начала 1960-х гг. параллельно росту потребления алкоголя росла и заболеваемость алкоголизмом. Заболеваемость хроническим алкоголизмом в городах нашей страны в 1955–1975 гг. в среднем составляла 4,5–5,0, а в сельской местности–2,5–3,0 случая на 1000 населения.

Показатель заболеваемости алкоголизмом с 1965 г. по 1975 г. возрастал ежегодно в среднем на 12–13 %. Более высокий уровень распространенности алкоголизма фиксировался в РСФСР, на Украине, в Латвии, а также в Москве и в Ленинграде. Следует отметить, что именно в указанных регионах была лучше организована наркологическая помощь, включающая и активное выявление больных, и более полную их регистрацию [105, 106].

Изучению распространенности пьянства и алкоголизма в разных регионах страны был посвящен ряд специальных работ [27, 44, 94, 119, 123, 166].

К 1990 г. в целом по стране 2,7 % трудоспособного населения были зарегистрированы как больные алкоголизмом, среди мужчин этот показатель составлял 4,7 % [198].

Касаясь проблемы выявления больных алкоголизмом, следует отметить работы по обнаружению страдающих алкоголизмом в общемедицинской сети путем сплошного скринингового обследования пациентов [113, 114]. По данной методике среди амбулаторных больных выявлено 2,3 % страдающих алкоголизмом и 12,4 % пациентов из группы риска. В общесоциальных стационарах алкоголизм выявлен у 18,1 % представителей мужской популяции, в группу риска вошли 5,4 %.

С целью прогнозирования наркологической ситуации в отделении эпидемиологии НИИ наркологии МЗ РФ (руководитель Е. А. Кошкина) было проведено исследование заболеваемости алкоголизмом в трех районах Москвы в период с 1984 г. по 1988 г. [90]. Его результаты свидетельствовали о значительном ухудшении в 1988 г. показателей, отражающих численность больных алкоголизмом, в том числе с III стадией болезни.

Анализ данных специальной литературы за последнее десятилетие XX века показывает, что потребление алкогольных напитков и распространение алкоголизма среди населения находятся на предельно критическом уровне. Некоторое снижение, по официальной статистике, числа больных алкоголизмом объясняется, скорее, изменениями условий сбора статистической отчетности, а не реальным уменьшением контингента больных. Об этом свидетельствует растущий показатель больных алкогольными психозами. Число больных с впервые установленным диагнозом алкоголизма с 2000 г. начало увеличиваться, что также является доказательством ухудшения ситуации в этой сфере.

1.2.2. Эпидемиология алкоголизма в Российской Федерации в 1999–2003 гг

Число зарегистрированных специализированными амбулаторными учреждениями больных с психическими и поведенческими расстройствами, связанными с употреблением алкоголя, наркотиков и иных психоактивных веществ (ПАВ) (включая употребление с вредными последствиями – ВП) в 2003 г. составило 3 млн 462 тыс. человек, или 2,4 % от общей численности населения.

Распространенность алкоголизма (включая алкогольные психозы – АП) в 1999–2003 гг. по стране в целом имела стабильно высокий уровень (доля больных составляла 1,6 % от общей численности населения), и лишь в последние два года этот показатель проявил слабо выраженную тенденцию к росту. В 2003 г. число больных алкоголизмом, включая больных АП, составило 2 млн 364 тыс. человек. В этот же период наблюдалось значительное увеличение численности зарегистрированных больных АП: абсолютное их число возросло с 88 тыс. человек в 1999 г. до 138 тыс. в 2003 г., т. е. в 1,6 раза. В 1999 г. показатель госпитализации больных АП составлял 79,4 случая на 100 тыс. населения, в 2003 г. – уже 123,4 случая (увеличение в 1,6 раза). Также увеличилось число больных алкогольными психозами, госпитализированных в стационары впервые в жизни (с 41,1 до 65,5 случая в расчете на 100 тыс. населения). Распространенность употребления алкоголя с вредными последствиями в стране в целом сохранилась на уровне 1999 г.

Первичная заболеваемость является индикатором, наиболее чутко реагирующим на воздействие различных внешних причин. Показатель заболеваемости алкогольными психозами увеличился в 2003 г. по сравнению с 1999 г. в 1,8 раза. На треть увеличился показатель заболеваемости алкоголизмом (без учета больных алкогольными психозами). Показатель частоты первичных обращений по поводу употребления алкоголя с ВП также несколько вырос (на 7,4 %). Доля больных с АП среди всех впервые выявленных больных алкоголизмом увеличилась с 28,9 % в 1999 г. до 34,9 % в 2003 г., что свидетельствует о все более позднем выявлении страдающих алкоголизмом, когда у них уже развиваются такие серьезные осложнения, как алкогольные психозы.

Таблица 1

Динамика показателей, характеризующих алкогольную ситуацию в Российской Федерации в 1999–2002 гг. [162, 172]

| | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | Прирост показателей (2002 к 1999 в %) |
|--|-------|-------|-------|--------|---------------------------------------|
| Потребление абсолютного алкоголя на душу населения, литров | 7,9 | 8,1 | 8,3 | 8,7 | 10,5 |
| Первичная заболеваемость: | | | | | |
| алкоголизмом | 108,0 | 131,1 | 140,5 | 154,85 | 43,4 |
| алкогольным психозом | 31,2 | 42,5 | 47,7 | 53,55 | 71,6 |
| Смертность от случайных отравлений алкоголем | 20,6 | 25,8 | 28,6 | 31,3 | 51,9 |

Следует отметить, что рост первичной заболеваемости алкоголизмом и алкогольными психозами в 1999–2002 гг. коррелировал с увеличением показателей смертности от случайных отравлений алкоголем и ростом потребления алкоголя на душу населения (табл. 1).

Рост этих показателей не случаен и свидетельствует об обострении алкогольной проблемы в стране. Данные государственной статистики перекликаются с итогами социологических мониторинговых исследований. Так, о росте числа потребителей алкоголя в различных слоях населения начиная с 2000 г., а также об увеличении затрат населения на алкоголь в 1998–2001 гг. свидетельствуют результаты мониторинга, проводимого в Российской Федерации с 1992 г. [256].

Выявленные негативные тенденции требуют вмешательства на уровне государства.

1.2.3. Медико-социальные последствия злоупотребления алкоголем

Принято выделять три группы основных проблем, связанных с потреблением алкоголя [18].

1. Проблемы для пьющего, включающие последствия разового неумеренного потребления алкоголя (кратковременное функциональное расстройство и утрата самоконтроля, агрессивность, несчастные случаи, переохлаждение или перегрев организма по неосторожности, арест за пребывание в общественных местах в нетрезвом виде, отравление алкоголем). Второй составляющей этой проблемы являются: повышенный риск развития цирроза печени, некоторых видов рака, сердечно-сосудистых заболеваний, недостаточность питания, потеря трудоспособности, преждевременная смерть.

2. Проблемы для семьи пьющего. Конфликты в семье, невыполнение супружеских, материнских и отцовских обязанностей, материальные трудности, внутриутробное поражение плода, педагогическая запущенность детей, юношеский алкоголизм и преступность.

3. Проблемы для общества. Нарушение общественного порядка, дорожно-транспортные происшествия, несчастные случаи, снижение производительности труда, прогулы, экономический ущерб, связанный с расходами на лечение, пособиями, охраной правопорядка.

Практический интерес представляют сведения о распространенности пьянства и алкоголизма среди занятых в промышленном производстве. По данным ряда исследователей, именно категория работающих на промышленных предприятиях представляет собой группу высокого риска с точки зрения развития алкоголизма [17, 24, 43, 50, 90, 94, 104, 206, 226]. При этом наиболее высокие показатели заболеваемости алкоголизмом и наибольшее количество злоупотребляющих алкоголем выявлены на предприятиях, использующих труд малоквалифицированных рабочих и имеющих плохие условия труда. Высока также распространенность пьянства на предприятиях, характеризующихся подвижностью рабочих мест, отсутствием строгого регламента рабочего времени и контроля за ним, и на предприятиях с экспедиционным характером работы (сезонность, длительные командировки) и бытовой неустроенностью [183].

Особую тревогу вызывает злоупотребление алкоголем среди водителей транспорта, следствием чего является транспортный травматизм, который в 1,8 раза превышает бытовой и в 5,2 раза – производственный [65]. По данным экспертов [105], 75,2 % всех дорожно-транспортных происшествий происходит по вине водителей, и примерно каждый третий из них находился за рулем в нетрезвом состоянии.

Рост заболеваемости алкоголизмом порождает в мире все новые и новые социальные и медицинские проблемы. Эксперты ВОЗ отмечают, что приобщение к алкоголю все новых и новых групп населения является важнейшей тенденцией современной наркологии, катастрофически падает воздержание от алкоголя у женщин, доля пьющих молодых женщин приближается к таковой у мужчин, достигая 35-40 % в общем числе первичных больных [197, 215, 253].

Крупнейший психиатр начала XX века Э. Крепелин, считавший алкоголь главной причиной вырождения нации, назвал счастливым обстоятельством то, что составляющие половину населения женщины почти не причастны к алкоголизму, «но если эта напасть распространится и на них, то тогда нашим потомкам будет грозить полная гибель» [95, с. 9].

К сожалению, проблема женского алкоголизма нашу страну не миновала [16, 42, 49, 93, 106, 148, 153, 176]. Провоцирующими факторами для женского алкоголизма являются: традиции микросоциальной среды, влияние пьющего мужа, низкая толерантность к дисгармонии семейной и личной жизни [47, 102, 203, 204, 240].

Имеется четко выраженная корреляция между встречаемостью алкоголизма у женщин и их профессиональной деятельностью [72, 206, 226]. При обследовании в конце 1980-х гг. женщин, занятых в текстильной промышленности [100], выявлено, что 16 % злоупотребляют алкоголем, у 6,5 % определяются начальные признаки алкоголизма, у 3,0 % – выраженные его признаки. Система постановки на учет была неэффективна: только 16,8 % из числа выявленных больных состояли на учете.

С конца 1950-х- начала 1960-х гг. в большинстве развитых стран особую актуальность приобрела проблема девиантного поведения у подростков. В этот же период отмечается рост употребления алкогольных напитков несовершеннолетними [79, 81, 107, 145, 157, 205, 209]. Повышенный риск развития алкоголизма у лиц подросткового возраста, а также тяжелые медицинские и социальные последствия этого заболевания привели к необходимости глубокого изучения данной проблемы [220, 252]. Алкоголизацию подростковой популяции большинство исследователей рассматривает как существенный индикатор психического здоровья нации [106, 108, 109, 205, 213, 217].

К ранней алкоголизации относят знакомство с опьяняющими дозами алкоголя в возрасте до 16 лет. Появление первых признаков болезни до 18 лет свидетельствует о формировании подросткового алкоголизма [40, 148].

О высоком уровне злоупотребления алкоголем среди несовершеннолетних в России свидетельствуют целый ряд научных работ. В результате исследований было выявлено, что только 15,2 % подростков от 14 до 18 лет ни разу в жизни не пробовали спиртные напитки; 45,9 % употребляли алкоголь 1–3 раза в месяц, а 15 % – несколько раз в неделю [28, 53, 89, 97].

Многие подростки рассматривают вино как обязательный атрибут культа развлечений. Важность проблемы подросткового алкоголизма трудно переоценить, поскольку алкоголь вызывает быструю утрату психического и физического здоровья, десоциализацию личности [74, 147, 149].

Факторами риска развития алкоголизма у подростков являются органическая церебральная недостаточность, изначальная высокая толерантность к алкоголю; положительная первоначальная реакция на состояние алкогольного опьянения, отягощенная алкоголизмом наследственность; наличие гипертимных, эпилептоидных, истероидных акцентуаций характера [79, 115, 127, 231, 251].

Ряд авторов обращает внимание на важную роль нарушения структуры и функции семьи, педагогическую запущенность, отказ от учебы и трудовой деятельности, нервно-психическую отягощенность [53, 55, 134].

Проблемы, связанные с употреблением алкоголя, относятся к наиболее актуальным проблемам здравоохранения, так как алкоголизм наносит огромный экономический и моральный ущерб обществу, отрицательно влияя на благосостояние и здоровье населения [82, 104, 229, 230].

Потребление алкоголя относится к числу важнейших факторов риска, обуславливающих возникновение многих заболеваний и ухудшение их прогноза [10, 9, 45, 202]. Так, выявлено, что уровень общей заболеваемости лиц мужского пола с признаками алкоголизма на 20 % выше заболеваемости мужского населения в целом [82].

Результаты многочисленных эпидемиологических, клинических, патофизиологических, биохимических и патологоанатомических исследований свидетельствуют о роли алкоголя в развитии специфической сердечной патологии, некоронарогенного заболевания сердца, получившего название «алкогольная кардиомиопатия», или «алкогольная мио-кардиодистрофия» [143, 192, 210, 225]. Одним из наиболее специфических проявлений патогенного действия алкоголя на организм является поражение печени [61, 116, 117, 237, 255]. В связи с воздействием на секреторную функцию поджелудочной железы и ее клетки алкоголь является одним из ведущих этиологических факторов, способствующих развитию хронического панкреатита [23, 246]. Хроническое употребление алкоголя нередко приводит к развитию атрофического гастрита, нарушению функций кишечника и как следствие – к развитию недостаточности питания, расстройствам электролитного баланса и иммунной системы [227, 238]. Алкоголь отрицательно влияет на систему кроветворения, вызывая макроцитоз, нейтропению, нарушение свертываемости крови и т. д. [222]. У лиц, систематически злоупотребляющих алкоголем, изменения в системе клеточного и гуморального иммунитета, сосудистые изменения ведут к

повышенной восприимчивости к легочным заболеваниям [98]. Заболеваемость туберкулезом среди больных алкоголизмом мужчин в 3,4 раза выше, чем среди взрослого мужского населения в целом [233]. Непосредственным воздействием алкоголя, а также обменными нарушениями обусловлены различного рода повреждения центральной и периферической нервной системы [7, 214, 243]. Длительное злоупотребление алкоголем приводит к поражению половых желез как у мужчин, так и у женщин. В настоящее время не вызывает сомнения роль алкоголя как тератогенного фактора, приводящего к развитию врожденных уродств. Наиболее грубые повреждения плода, возникающие под влиянием этанола, описываются как алкогольный синдром плода, встречающийся в 20–50 % случаев рождения детей у родителей-алкоголиков. Дети, чьи родители, злоупотребляют алкоголем, болеют в дальнейшем алкоголизмом в 4–5 раз чаще, чем дети родителей-трезвенников [177, 208]. У больных алкоголизмом частота и длительность обострений хронических соматических заболеваний и средняя длительность одного случая временной утраты трудоспособности значительно выше, чем у работающих лиц, не злоупотребляющих алкоголем [77, 223].

В совокупности с другими биологическими и социальными факторами алкоголь способствует значительному повышению уровня инвалидности и смертности населения [158, 250]. Показатель смертности злоупотребляющих алкоголем в трудоспособном возрасте в 2–3 раза превышает таковой среди населения в целом, а основной причиной смерти пьющих являются отравления и несчастные случаи. Ведущее место несчастных случаев, отравлений и травм в структуре причин смерти больных алкоголизмом отмечается в ряде работ отечественных и зарубежных авторов [105, 133, 180, 242, 254]. Значительная часть травм, полученных в алкогольном состоянии, обусловлена дорожно-транспортными происшествиями [239].

Потребление спиртных напитков на душу населения остается высоким. В структуре продаж более 70 % занимают водка и ликероводочные изделия. Население расходует 2,5 % денежных доходов в год на покупку алкоголя. Существенный вклад в алкоголизацию населения вносит нелегальное производство алкогольной продукции. По оценкам экспертов, реальное потребление спиртных напитков на душу населения с учетом нелегальной продукции составляет 14–15 литров в год. В последнее десятилетие увеличилось также число женщин и подростков, больных алкоголизмом. Показатель впервые взятых под наблюдение больных алкоголизмом увеличился в 2000 г. по сравнению с 1990 г. среди всего населения – на 12 %, среди женщин – на 28 %, среди подростков – на 37 %. Очевидно, что активная алкоголизация женщин и подростков будет иметь долгосрочные негативные последствия для развития общества, в том числе последствия демографического характера. Изучение моделей потребления алкоголя свидетельствует о том, что наиболее типичными из них являются систематическое или эпизодическое употребление. Дозы употребляемого алкоголя различны, для представителей группы риска характерно нарастание дозы, даже при сохранении эпизодичности употребления. Как правило, употребление алкоголя является «социальным катализатором», который облегчает межличностное общение и соответствует сложившимся стереотипам поведения, но лица, злоупотребляющие алкоголем, особенно молодого возраста, не осознают опасности этого привычного стереотипа поведения. Модели потребления алкоголя подростками, как уже отмечалось, близки в поведенческом отношении к моделям потребления алкоголя взрослыми. Такие модели содержат в своей структуре различные риски (криминогенность, опасное сексуальное поведение, вероятность заражения инфекциями, передаваемыми половым путем, включая ВИЧ-инфицирование) [37, 85, 131, 132, 220].

Алкоголизм является проблемой не только медико-социальной, но и экономической, так как производство алкогольных напитков во многих странах мира служит одним из существенных источников национального дохода. По объемам производства и потребления алкогольных напитков в разных странах можно косвенно судить о распространенности алкоголизма,

поскольку существует определенная связь между производством и потреблением алкоголя, с одной стороны, и усилением пьянства и увеличением числа больных алкоголизмом – с другой.

Статистика производства и потребления алкогольных напитков является важной основой для изучения проблемы алкоголизма [106]. Об объеме потребления алкоголя в Великобритании говорит то, что налоги от продажи спиртного, получаемые государством, составляют 1 млн 11 тыс. фунтов стерлингов [236]. В 15 странах мира за 15 лет (1960–1975 гг.) потребление алкоголя возросло более чем на 40 %, в Дании и Ирландии – более чем на 80 %, в Финляндии – на 100 %, в Нидерландах – на 166 % [228]. В 1960 г. население мира потребило в общей сложности 65 млн гектолитров чистого спирта, в 1968 г. – 85 млн гектолитров [126].

1.2.4. История борьбы с пьянством в России

К сожалению, отечественная история, как и история некоторых зарубежных стран, дала миру ряд образцов того, как не надо проводить антиалкогольную политику. Так, в 1914 г., после начала Первой мировой войны, царское правительство ввело запрет на продажу крепких спиртных напитков. С введением этого запрета потребление алкогольных напитков в первое время снизилось, однако уже вскоре на рынке стали появляться растворы из денатурированного спирта, одеколон, возросли объемы самогонарения. После Октябрьской революции, уже в ноябре 1917 г., Военно-революционный комитет принял решение об уничтожении винных и спиртовых запасов, а в декабре была учреждена должность ответственного комиссара по борьбе с алкоголизмом и азартными играми. Трезвость рассматривалась большевиками как общепартийная норма и как одна из ближайших целей революции. Совнарком РСФСР 19 декабря 1919 г. принял постановление «О воспрещении на территории страны изготовления и продажи спирта, крепких напитков и не относящихся к напиткам спиртосодержащих веществ». За нарушение указанного постановления предусматривалось наказание в виде лишения свободы на срок не менее 5 лет с конфискацией имущества. С каждым годом усиливалась борьба с самогонарением, а в 1922 г. было принято постановление Совнаркома РСФСР, согласно которому в пользу сотрудников милиции отчислялась в качестве «открывательского вознаграждения» половина штрафа, взысканного с самогонщика. Постановлением ЦИК и СНК СССР от 28 августа 1925 г. была введена государственная монополия на изготовление и продажу спиртных напитков [124].

В целях борьбы с пьянством и алкоголизмом в 1920-е гг. в ряде районов страны на общественных началах стали создаваться группы по борьбе с алкоголизмом, впоследствии преобразованные в комиссии по оздоровлению труда и быта. В 1927 г. в соответствии с постановлением ВЦИК и СНК были созданы специальные комиссии по вопросам алкоголизма при исполкомах местных советов всех уровней. На эти комиссии возлагалась обязанность заниматься организацией и координацией борьбы с потреблением алкоголя, изысканием средств для создания лечебно-профилактических и культурно-просветительских учреждений, призванных противостоять распространению пьянства и алкоголизма. Советом Народных Комиссаров в 1926 г. издается декрет «О ближайших мероприятиях в области лечебно-предупредительной и культурно-просветительной работы по борьбе с алкоголизмом», обязывающий изучать причины и распространенность алкоголизма, наладить лечение больных и организовать изоляцию лиц, находящихся в алкогольном опьянении в публичных местах. На основании данного декрета Наркомздравом, НКВД и Наркомюстом была утверждена инструкция о принудительном лечении алкоголиков, представляющих социальную опасность. Такому лечению подлежали лица, обнаруживающие на почве алкоголизма явления психических расстройств, угрожающие безопасности семьи и окружающих. Принудительное лечение следовало осуществлять в амбулаторных или стационарных учреждениях системы здравоохранения. В 1931 г. в Ленинграде был открыт первый в стране медицинский вытрезвитель, основными задачами которого явля-

лись кратковременная изоляция граждан, задержанных в нетрезвом состоянии, угрожающем их личной безопасности и безопасности окружающих, а также оказание медицинской помощи с целью скорейшего и полного вытрезвления. В 1928 г. в Москве было создано Общество по борьбе с алкоголизмом, а в дальнейшем – и Всесоюзный совет противоалкогольных обществ.

В начале 1930-х гг. официальная государственная антиалкогольная политика сделала крутой поворот. Последовало указание перейти от узкой антиалкогольной работы к развернутой борьбе за оздоровление бытовых условий, так как, по мнению руководства страны, разрешение проблемы пьянства и алкоголизма должно было произойти само собой по мере роста благосостояния и культуры людей, поскольку при социализме нет почвы для этих буржуазных пережитков. Более того, местные администрации оказались заинтересованы в перевыполнении плана по производству алкогольных напитков: уже в 1932 г. были установлены бюджетные отчисления в размере 50 коп. с каждого декалитра произведенного спирта, из них 37,5 коп. шли в районный бюджет, а 12,5 коп. – в республиканский. Тем не менее, несмотря на увеличение производства алкоголя и ослабление мер государственного принуждения, уровень потребления алкоголя в 1930-1940-е гг. был сравнительно невысок (в 1940 г. он составлял 2,5 л чистого алкоголя на душу населения). В 1958 г. принято постановление ЦК КПСС и Совета Министров СССР «Об усилении борьбы с пьянством и наведении порядка в торговле крепкими спиртными напитками». Однако следует отметить, что до 1960-х гг. в СССР положение в отношении потребления алкоголя и его последствий было относительно стабильным. Среднедушевое потребление алкоголя не достигало того уровня, который отмечался в России перед Первой мировой войной, хотя продажа алкогольных напитков осуществлялась в продуктовых магазинах и в заведениях общественного питания на всем протяжении рабочего дня.

С 1960-х гг. в стране началось быстрое нарастание потребления алкогольных напитков и частоты связанных с этим медицинских последствий, несмотря на вводимые всевозможные ограничения по реализации спиртных напитков. В 1960 г. на душу населения в среднем потреблялось 3,9 литра алкоголя; в 1970 г. – 6,8 литра, а в 1980 г. – уже 8,7 литра. По мнению социологов, пьянство выполняло определенные социальные функции, обеспечивающие адаптацию личности к негативным явлениям, характерным для так называемого застойного периода. В связи с увеличением распространенности алкоголизма в 1972 г. было принято постановление ЦК КПСС и Совета Министров СССР «О мерах по усилению борьбы против пьянства и алкоголизма», на основании которого при исполкомах местных советов, в учреждениях и на промышленных предприятиях были созданы комиссии по борьбе с пьянством, а при органах здравоохранения – постоянно действующие комиссии по борьбе с алкоголизмом [181–184].

Особый размах борьба с алкоголизмом в нашей стране приобрела в 1980-е гг. Так, 17 мая 1985 г. было принято постановление ЦК КПСС «О мерах по преодолению пьянства и алкоголизма» и постановление Совета Министров «О мерах по преодолению пьянства и алкоголизма, искоренению самогонварения» [150].

Преодоление пьянства и алкоголизма рассматривалось в качестве социальной задачи величайшей политической важности. Но, к сожалению, основные противоалкогольные мероприятия проводились в жизнь, как правило, репрессивными методами, которые дали положительные результаты лишь в первые годы. Ретроспективно оценивая противоалкогольную кампанию, начатую в 1985 г., представители наркологической службы сходятся во мнении, что из-за неподготовленности она была по сути обречена на провал, хотя наряду с отрицательными имела и ряд позитивных сторон. Уровень потребления алкоголя с 1976 г. по 1984 г. можно условно считать «свободным», он определялся в основном культуральными, финансовыми и другими факторами. Уровень потребления с 1985 г. целесообразно называть «контролируемым». Он формировался под влиянием мер, определенных соответствующими постановлениями 1985 г. В 1987 г. в РФ отмечался самый низкий уровень душевого потребления – менее 4 литров абсолютного алкоголя (без учета самогонварения). Анализируя итоги антиалкоголь-

ной компании 1985 г., специалисты, работающие в области профилактики наркологических заболеваний, пришли к единодушному заключению, что «разгадка» ее провала кроется в полном несоответствии политических деклараций фактическим действиям руководства страны, поскольку огромные доходы от продажи спиртного в конечном счете одерживают верх над другими соображениями, а сиюминутная финансовая целесообразность возобладала над долговременными потенциальными преимуществами трезвости [1,58].

Необходимо также отметить, что, по расчетам Госкомстата, суммарное потребление самогона в стране (расчеты производились на основе оценки объема закупок населением сахара и результатов выборочных исследований семейного бюджета) в 1987 г. (когда государственная продажа алкогольных напитков в РФ сократилась до самого низкого уровня – 3,9 литра абсолютного алкоголя на душу населения) составило 6,1 литра [130].

Большое количество дешевого алкоголя, в том числе питьевого спирта, в 1990-х гг. стало поступать через частный сектор из-за рубежа, поэтому имеются основания для предположения, что уже в 1993 г. общий уровень потребления чистого алкоголя на душу населения составлял 10 литров [66].

1.3. Организация наркологической службы Российской Федерации

Важно подчеркнуть, что принимаемые в СССР партийные и правительственные постановления, направленные на борьбу с пьянством и алкоголизмом, являлись, по сути, основой формирования и совершенствования наркологической службы, ее дальнейшей дифференциации. Так, на основании постановления ЦК КПСС и Совета Министров СССР «Об усилении борьбы с пьянством и наведении порядка в торговле крепкими спиртными напитками» был издан приказ МЗ СССР от 31 декабря 1958 г. «О мерах по профилактике и лечению алкоголизма». Согласно этому приказу, при психоневрологических диспансерах, медико-санитарных частях и поликлиниках создавались наркологические кабинеты. Вопросы изучения алкоголизма стали включаться в планы исследований научных учреждений и кафедр медицинских вузов.

Приказом МЗ СССР № 131 от 5 февраля 1976 г. утверждается «Положение о наркологическом диспансере». С этого момента наркологическая служба организационно выделяется и становится самостоятельной. В структуре наркологического диспансера образуются как амбулаторные подразделения (участковые наркологические кабинеты, наркологические кабинеты и фельдшерские наркологические пункты на промышленных предприятиях), так и стационарные, в том числе отделения на промышленных предприятиях, дневные стационары, ночные профилактории. Создаются также специализированные подростковые кабинеты и экспертизы алкогольного опьянения. Вопросы организации наркологической службы в стране детально изложены в специальных монографиях [14, 39].

В настоящее время организационной основой наркологической службы является наркологический диспансер, образованный в системе лечебно-профилактической помощи на основании приказа Минздрава СССР № 131 от 5 февраля 1976 г. Это основное звено наркологической помощи населению, в основу его деятельности заложен территориальный принцип. Диспансер также организует свои отделения, кабинеты и на территории других лечебных учреждений (в поликлиниках, в медсанчастях и т. д.). Основные задачи и направления деятельности диспансера следующие: выявление и учет больных алкоголизмом и наркоманиями, проведение лечебно-профилактических мероприятий, диспансерное наблюдение.

В начале 1980-х гг. широкое распространение получило лечение больных алкоголизмом в наркологических отделениях при промышленных предприятиях. Организация отделений на промышленных предприятиях с лечебно-трудовым режимом предусматривалась на основании положения, утвержденного Минздравом СССР от 17 июня 1975 г. При наличии активной позиции медицинских работников, заинтересованности администрации предприятий, создании необходимых условий для лечения больных алкоголизмом в условиях наркологических отделений при промышленных предприятиях отмечалась достаточно высокая эффективность данной формы оказания медицинской помощи лицам трудоспособного возраста. Немаловажным моментом являлось также то, что создание наркологических отделений при крупных промышленных предприятиях позволяло не только проводить лечение, но и осуществлять медико-социальную реабилитацию страдающих алкоголизмом в условиях производства [4, 43, 73, 182].

Тем не менее в основе деятельности промышленной наркологии все-таки были заложены методы принуждения больных алкоголизмом к проведению лечебно-оздоровительных мероприятий и к диспансерному наблюдению.

Принудительное лечение и трудовое перевоспитание больных хроническим алкоголизмом осуществлялось и в учреждениях системы МВД СССР, в частности в лечебно-трудовых профилакториях (ЛТП). В лечебно-трудовые профилактории направлялись лица, системати-

чески злоупотребляющие спиртными напитками, уклоняющиеся от добровольного лечения или продолжающие пьянствовать после лечения, нарушающие трудовую дисциплину, общественный порядок, несмотря на принятые меры общественного или административного воздействия. Направление в ЛТП осуществлялось по постановлению народного суда на срок от 1 года до 2 лет. Принудительное лечение официально не являлось лишением свободы, но все же период пребывания в ЛТП большинство больных расценивало как «пребывание в колонии». Длительное разобщение с семьями и близкими, изоляция от общества, правовые и материально-бытовые ограничения нередко служили для больных алкоголизмом, находящихся в ЛТП, причиной нарушения режима. Кроме того, специальный режим содержания и принудительное лечение зачастую вызывали у них оппозиционное и пессимистическое отношение к проводимым лечебным мероприятиям. Указанные факторы, несмотря на большой объем противоалкогольной терапии, психотерапевтической и воспитательной работы, вынужденное воздержание от приема спиртных напитков, значительно снижали эффективность принудительного лечения: 23,0 % больных, прошедших курс лечения в ЛТП, поступали повторно. Следует также отметить, что, за редким исключением, в процессе принудительного лечения больных хроническим алкоголизмом практически не использовался метод социальной реабилитации [128].

Положение о дневном стационаре для больных алкоголизмом утверждено приказом Минздрава СССР № 1270 от 12 декабря 1980 г. Работа врачебного наркологического кабинета строится на основании Положения о наркологическом кабинете (утверждено Минздравом СССР 19 марта 1976 г.). Участковый психиатр-нарколог является ключевой фигурой наркологической службы, он организует наркологическую помощь населению своего участка. Объем и характер его деятельности представлены в Положении о враче – участковом психиатре-наркологе (утверждено Минздравом СССР 19 марта 1976 г.). Деятельность фельдшера-нарколога на промышленном, строительном, автотранспортном, сельскохозяйственном предприятии регламентировалась Положением о фельдшере-наркологе – помощнике врача психиатра-нарколога (утверждено Минздравом СССР 22 июня 1976 г.). Программа лечебной помощи больным определялась приказом Минздрава СССР № 291 от 23 марта 1976 г. Должность главного нарколога территории была введена в соответствии с Положением о главном внештатном наркологе республики, края, области, района, города (утверждено Минздравом СССР 20 марта 1978 г.). В дополнение к ранее принятым документам в 1980 г. введено в действие Положение об отделениях и палатах для лечения больных наркоманиями и токсикоманиями (утверждено Минздравом СССР 1 августа 1980 г.).

Важным дополнением к «Положению о наркологическом диспансере» явился приказ Минздрава СССР № 1078 от 14 августа 1985 г. и приказ № 1177 от 3 ноября 1987 г. В соответствии с этими документами в крупных городах с населением 800 тыс. – 1 млн человек были организованы межрайонные диспансеры, определен статус городских, областных, краевых и республиканских диспансеров с оргметодотделами. Должность участкового психиатра-нарколога стала определяться из расчета 1 врач на 850 больных, состоящих на учете. Должность фельдшера-нарколога определялась из расчета 1 фельдшер на 5 тыс. работающих в промышленности, строительстве, на транспорте, в сельском хозяйстве. Была введена должность врача по профилактике наркоманий и токсикоманий (1 должность на 500 лиц, состоящих на учете). Коечный фонд формировался в соответствии с приказом Минздрава № 850 от 25 июня 1985 г. В 1988 г. были сокращены и более конкретизированы сроки диспансерного наблюдения и учета. Они составили для больных алкоголизмом в случае ремиссии – 3 года, для больных наркоманиями – 5 лет, для больных, находящихся на профилактическом учете, в случае отказа от употребления алкоголя или наркотических веществ, – 1 год.

После принятия в 1985 г. упомянутых выше партийных и правительственных постановлений структура наркологической службы продолжала совершенствоваться. Так, число нарко-

логических диспансеров в 1988 г. увеличилось на 31 учреждение и достигло 540, что в 3,5 раза больше, чем в начале 1985 г. Более половины из них (297 учреждений) – это межрайонные диспансеры. Число подростковых наркологических кабинетов увеличилось до 208 (в 1966 г. – 134). Общее количество наркологических коек возросло с 130 693 в 1987 г. до 131 346 в 1988 г. [57, 58].

В начале 1990-х гг. была предложена новая концепция организации наркологической помощи. Основными ее принципами явились: добровольность обращения к врачу; уравнивание прав больных алкоголизмом с правами других больных; направленность наркологического учета на медицинские задачи, а не на ограничение прав больных; защита прав врача-нарколога, максимальное ограничение его деятельности границами медицинской компетенции; сочетание общедоступной бесплатной и платной наркологической помощи [67, 68].

Основываясь на деонтологических принципах, ряд авторов предлагает следующую концепцию преодоления алкоголизма: гуманизация отношений к наркологическому больному; отказ от директивных (репрессивных) методов воздействия на больных; повышение гарантий анонимности лечения и социальной защищенности; самоуправление в коллективах наркологических больных; расширение выбора больными методов лечения; замена директивных взаимоотношений врача и больного на партнерские; внедрение новых экономических и социальных механизмов лечебно-профилактической работы [169, 170]

В настоящее время наркологическая служба освобождается от давления жесткой идеологической и государственной регламентации. Появляются новые концепции и подходы к организации лечения, критически переоценивается опыт прошлого [6, 120, 138, 139].

Приоритетными направлениями развития наркологической службы на данном этапе являются следующие: преимущественное развитие амбулаторной помощи (стационарные отделения должны ориентироваться в основном на детоксикацию в течение 2–3 недель); организация загородных реабилитационных отделений для проживания в них больных в течение 2–3 лет; привлечение в наркологические учреждения необходимого числа психологов и специалистов по социальной работе с высшим образованием; развитие реабилитационных клубов; организация лечебно-производственных цехов при наркологических отделениях; совместная работа с церковью в организации борьбы с пьянством; расширение платных анонимных услуг населению [75].

Перспективная форма оказания медицинской помощи наркологическим больным – лечение в анонимных кабинетах. Это направление получило развитие в начале 1980-х гг. Сеть кабинетов была открыта в хозрасчетных поликлиниках, в наркологических диспансерах, на промышленных предприятиях. В период внедрения нового хозяйственного механизма и медицинского страхования стали оказываться дополнительные платные услуги в психиатрической и наркологической практике. Данные литературы свидетельствуют о том, что анонимное лечение играет важную роль в привлечении к избавлению от алкогольной зависимости лиц молодого возраста, социально значимых лиц из категории инженерно-технических и творческих работников, врачей, учителей [4, 33, 48, 83].

Подводя итоги, следует подчеркнуть, что миллионы представителей трудоспособного населения, в том числе молодежь, страдают различными наркологическими заболеваниями. Соответственно, перед наркологической службой стоят большие, ответственные практические задачи, для решения которых необходимо использовать положительный опыт прошлого и искать подходы к рационализации структуры наркологической службы и совершенствованию ее деятельности.

1.4. Экономические последствия, вызванные преждевременной смертностью от злоупотребления наркотиками и алкоголем

Кризис промышленности, крах социальной инфраструктуры, падение уровня жизни основной массы населения, расслоение общества по имущественному признаку обусловили резкий спад рождаемости и всплеск смертности, что привело к устойчивой депопуляции населения [2, 60, 136].

Социально-психологическая ситуация, сложившаяся в перестроечный и постперестроечный периоды, привела к ломке общественного сознания и смене жизненных ориентиров у десятков миллионов людей. Возникающие вследствие этого массовые проявления состояний психоэмоционального перенапряжения и психической дезадаптации стали, по существу, коллективной «экспериментальной моделью» социально-стрессовых расстройств у подавляющей части населения. В итоге отмечается резкое ухудшение психического и физического здоровья россиян. В результате влияния вышеописанного сложного комплекса причинно-следственных связей возрастает количество смертей, обусловленных злоупотреблением алкоголем и наркотиками [87, 112, 175, 195]. Свердловская область в этом плане входит в число «лидирующих»: в настоящее время в структуре причин смертности смертность от злоупотребления алкоголем и наркотиками с учетом смертности от ряда других несчастных случаев (в частности, дорожно-транспортных происшествий) занимает здесь второе место (после болезней сердечно-сосудистой системы), а в когорте населения трудоспособного возраста является преобладающей [167, 168, 188].

В результате произошедших в стране изменений Россия приблизилась к странам «третьего мира» уже не только по уровню, но и по структуре причин смертности: вклад сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний сократился, а доля умерших от внешних и управляемых нозологии выросла (к внешним причинам смерти относятся несчастные случаи, отравления, травмы, убийства и самоубийства). Стандартизованный коэффициент смертности от всех внешних причин превышает среднее значение по странам Европейского Союза примерно в 6 раз, от убийств – в 30 (!) раз, от самоубийств – в 4 раза, от дорожно-транспортных происшествий – в 2 раза. В структуре смертности от внешних причин ведущая роль принадлежит самоубийствам, далее следуют случайные отравления алкоголем [63, 129].

В Свердловской области по данным за 1999–2000 гг. проводилось исследование смертности населения от таких основных причин, как болезни системы кровообращения, новообразования, несчастные случаи и отравления. С его помощью было доказано, что у мужчин увеличения средней продолжительности жизни более чем на 7 лет можно добиться путем предотвращения смертности от несчастных случаев (отравлений и травм); осуществляя профилактику болезней сердца и сосудов, можно продлить жизнь на 5,5 лет; злокачественные новообразования сокращают данный показатель менее чем на два года. У женщин картина несколько иная. В этой половой группе наибольшее влияние на среднюю ожидаемую продолжительность жизни оказывают болезни сердца и сосудов (5 лет), далее следует (в равной мере – по 2,5 года) злокачественные новообразования и несчастные случаи [136]. Результаты этого исследования в основном совпадают с данными, полученными другими отечественными учеными [179].

Экономисты хорошо знают, что средняя продолжительность жизни поколения оказывает значительное влияние на объем душевого национального дохода. В связи с этим особое значение приобретает определение социально-экономического ущерба в связи с преждевременной смертностью населения. По оценкам Всемирного банка, один потерянный человеко-год обо-

дится обществу в 10 000 долларов США [51, 99, 185]. Даже если значительно скорректировать эту цифру для России, экономические потери за счет преждевременной смертности составят огромную сумму. Исследования, выполненные в Свердловской области в 1979, 1989 и 2000 гг., убедительно показали, что преждевременная смертность приносит обществу огромный социальный ущерб в виде невозполнимых демографических потерь, а также экономические потери в виде недоданного валового внутреннего продукта [135–137].

Глава 2

Эпидемиология наркоманий и алкоголизма в Свердловской области

Тенденции распространения злоупотребления наркотиками и алкоголем в различных территориях Российской Федерации характеризуются выраженными региональными особенностями. В связи с этим особую важность приобретает изучение распространения злоупотребления наркотиками и алкоголем в конкретных территориях. В нашем исследовании ситуация с наркоманиями и алкоголизмом рассматривается на примере крупного промышленного региона Российской Федерации – Свердловской области.

Распространенность наркологических заболеваний изучается по данным медицинской статистики – по обращаемости в государственные наркологические учреждения. Она включает в себя такие показатели первичной обращаемости за наркологической помощью, как число больных, впервые взятых под наблюдение в течение года (заболеваемость), а также число больных, находящихся под наблюдением на конец отчетного года (болезненность). Эти показатели изучаются в динамике, в различных группах населения. Величина их зависит от многих факторов: качества организации лечения и его доступности, терпимости общества к данной категории больных, надежности критериев диагностики, от официальной политики государства и позиции законодательства в отношении наркоманий и алкоголизма.

Официальные данные медицинской статистики представляют собой наиболее доступный инструмент, позволяющий анализировать динамику того или иного процесса, они также являются стандартным индикатором изменения последнего.

В этой главе рассматриваются показатели, характеризующие наблюдаемый контингент наркологических больных (его формирование, структуру, динамику). Они включают в себя данные об обращаемости наркологических больных; о численности больных, взятых под наблюдение в течение года (в том числе с впервые установленным диагнозом); о численности больных, состоящих под наблюдением на конец отчетного года, в том числе с разделением их по полу и возрасту.

2.1. Эпидемиология наркоманий

2.1.1. Заболеваемость наркоманиями в Свердловской области

Первичное обращение за лечением является важнейшим показателем тенденций в злоупотреблении наркотиками. В данных о первичной обращаемости мы можем обнаружить новые тенденции в характере потребления наркотиков, свидетельства об увеличении спроса на них и росте числа лиц, зависимых от наркотиков (табл. 2).

Как следует из данных, представленных в табл. 2, уровень заболеваемости наркоманиями в Свердловской области в 1998 г. оценивался как 51,9 случая на 100 тыс. населения и был в 1,6 раза выше среднероссийского показателя, а число больных, впервые в жизни взятых под наблюдение с диагнозом «наркомания», составляло 2319 человек.

Таблица 2

Заболеваемость наркоманиями в Свердловской области и в Российской Федерации в 1998–2003 гг.

| Год | Взято под наблюдение в течение года с впервые в жизни установленным диагнозом «наркомания»: | | |
|------|---|--|--|
| | Свердловская область | | Российская Федерация, число случаев на 100 тыс. населения |
| | Абс. | Число случаев на 100 тыс. населения | |
| 1998 | 2319 | 51,9 | 32,4 |
| 1999 | 3325 | 74,6 | 41,9 |
| 2000 | 3433 | 77,6 | 50,7 |
| 2001 | 2615 | 59,1 | 43,7 |
| 2002 | 788 | 18,1 | 19,1 |
| 2003 | 520 | 11,9 | 16,1 |

Таблица 3

Темпы прироста показателя заболеваемости наркоманиями в Свердловской области по отношению к предыдущему году

| Год | Число впервые выявленных больных наркоманиями | Темп прироста по отношению к предыдущему году, % |
|------|---|--|
| 1998 | 2319 | +43,1 |
| 1999 | 3325 | +43,4 |
| 2000 | 3433 | +3,2 |
| 2001 | 2615 | -23,8 |
| 2002 | 788 | -69,9 |
| 2003 | 520 | -34,0 |

Максимального уровня заболеваемость в Свердловской области достигла в 2000 г., когда в течение года было взято под наблюдение с впервые в жизни установленным диагнозом 3433 человека, что согласуется со среднероссийскими тенденциями.

В Свердловской области, как и в среднем по России, первичная обращаемость стала снижаться с 2001 г., вначале на 24 % по отношению к предыдущему году (по Российской Федерации – на 14 %), а затем на 69,4 % (по РФ – на 56,3 %). В 2002 г. первичная обращаемость в области вернулась к уровню 1995 г., а в России – к уровню 1996 г. В 2002 г., впервые за восемь лет, показатель заболеваемости наркоманиями в Свердловской области стал ниже среднероссийского. В 2003 г. число больных, взятых под наблюдение впервые в жизни с диагнозом «наркомания», составило 520 человек (11,9 случая на 100 тыс. населения).

Вышеописанные тенденции наглядно подтверждает динамика прироста показателя заболеваемости по отношению к предыдущему году (табл. 3).

Уровень заболеваемости в территориальных образованиях Свердловской области неоднороден. Наибольшие значения этого показателя в 2003 г. наблюдалось в десяти территориаль-

ных образованиях: г. Полевской (76,3 случая на 100 тыс. нас), пгт. Малышева (62,5), пос. Верх-Нейвинский (52,6), г. Нижний Тагил (22,6), г. Качканар (22,0), Сухоложском районе (22,0), Шалинском районе (19,6), Верхотурском уезде (15,6), г. Верхний Тагил (14,8). При этом в г. Полевской, пгт Малышева и в пос. Верх-Нейвинский заболеваемость наркоманиями превышала среднеобластной уровень в 5–6 раз.

Таблица 4

Заболеваемость наркоманиями среди женщин, проживающих в Свердловской области

| Год | Взяты под наблюдение с впервые в жизни установленным диагнозом «наркомания» | | | Доля женщин в общем числе первичных больных, % |
|------|---|----------------|--|--|
| | Всего, абс. | Из них женщины | | |
| | | абс. | Число случаев на 100 тыс. женского населения | |
| 1998 | 2319 | 349 | 14,1 | 15,0 |
| 1999 | 3325 | 517 | 21,0 | 15,6 |
| 2000 | 3433 | 566 | 24,0 | 16,5 |
| 2001 | 2615 | 515 | 22,4 | 19,7 |
| 2002 | 788 | 128 | 5,2 | 16,2 |
| 2003 | 520 | 67 | 2,7 | 12,9 |

Первичная заболеваемость наркоманиями в 2003 г. была равна нулю в городах Алапаевск, Верхняя Пышма, Верхняя Тура, Волчанск, Дегтярск, Нижняя Тура, в Алапаевском районе, Бисертском муниципальном образовании, Ирбитском районе, Камышловском районе, Слободотуринском районе, пгт Рефтинский.

Важным показателем для оценки ситуации с распространенностью наркоманий является изучение особенностей заболеваемости среди женщин (табл. 4).

Данные, представленные в табл. 4, свидетельствуют, что рост заболеваемости наркоманиями среди женщин продолжался в Свердловской области до 2000 г. включительно, когда рассматриваемый показатель достиг уровня 24,0 случая на 100 тыс. женского населения. С 2001 г. началось снижение первичной обращаемости в этой половой группе, и в 2003 г. заболеваемость среди женщин составила 2,7 случая на 100 тыс. женского населения. Доля женщин в общем числе первичных больных к 2001 г. возросла до 19,7 %. С 2002 г. этот показатель стал снижаться. В 2003 г. соотношение женщин и мужчин в общем числе первичных больных составляло 1: 7 (в 1998 г. – 1: 6, в 2001 г. – 1: 4).

Таблица 5

Заболеваемость наркоманиями среди детей (0-14 лет), проживающих в Свердловской области

| Год | Взяты под наблюдение с впервые в жизни установленным диагнозом «наркомания» | | | Доля детей в общем числе первичных больных, % |
|------|---|-------------|--|---|
| | Всего, абс. | Из них дети | | |
| | | Абс. | Число случаев на 100 тыс. детского населения | |
| 1998 | 2319 | 26 | 3,1 | 1,1 |
| 1999 | 3325 | 19 | 2,3 | 0,6 |
| 2000 | 3433 | 5 | 1,9 | 0,1 |
| 2001 | 2615 | 8 | 0,9 | 0,3 |
| 2002 | 788 | 0 | 0,0 | 0,0 |
| 2003 | 520 | 1 | 0,1 | 0,2 |

Таблица 6

Заболеваемость наркоманиями среди подростков (15–17 лет), проживающих в Свердловской области

| Год | Взято под наблюдение с впервые в жизни установленным диагнозом «наркомания» | | | Доля подростков в общем числе первичных больных, % |
|------|---|------------------|---|--|
| | Всего, абс. | Из них подростки | | |
| | | Абс. | Число случаев на 100 тыс. подросткового населения | |
| 1998 | 2319 | 383 | 191,5 | 16,5 |
| 1999 | 3325 | 473 | 228,3 | 14,2 |
| 2000 | 3433 | 298 | 143,8 | 8,7 |
| 2001 | 2615 | 191 | 92,2 | 7,3 |
| 2002 | 788 | 40 | 17,9 | 5,1 |
| 2003 | 520 | 15 | 6,7 | 2,9 |

О динамике заболеваемости наркоманиями детей и подростков свидетельствуют данные, приведенные в табл. 5, 6.

В 1998 г. заболеваемость наркоманиями среди детей составляла в Свердловской области 3,1 случая на 100 тыс. детского населения. В последующие годы уровень первичной обращаемости больных этой возрастной группы снижался, а в 2002 г. не было выявлено ни одного ребенка с наркоманией.

Первичная обращаемость подростков в 1998 г. составляла 191,5 случая на 100 тыс. подросткового населения, достигнув своего максимума к 1999 г. (228,3 случая). С 2000 г. началось выраженное снижение данного показателя. Доля подростков в общей численности больных наркоманиями в течение исследуемого периода постоянно снижалась (с 16,5 % в 1998 г. до 2,9 % в 2003 г.).

В целом данные о заболеваемости наркоманиями в Свердловской области наглядно демонстрируют, что наиболее высокий уровень распространения злоупотребления наркотиками наблюдается среди подростков. Общей тенденцией для всех половозрастных групп являлось снижение заболеваемости с 2000 г., однако среди подростков снижение заболеваемости было отмечено на год ранее. В 2002 г. показатели заболеваемости в различных половозрастных группах максимально сблизились на относительно низком уровне (рис. 2).

Таким образом, рост заболеваемости наркоманиями в Свердловской области продолжался вплоть до 2000 г. включительно, что отражает среднероссийские тенденции, однако уровень заболеваемости превосходил среднероссийский. Снижение первичной обращаемости в 2001–2003 гг. также отражало среднероссийские тенденции, однако темп снижения этого показателя в области был выше. В 2002 г. заболеваемость наркоманиями в Свердловской области стала ниже среднероссийского показателя. Кроме того, здесь отмечались выраженные половозрастные особенности заболеваемости наркоманиями. Так, общая динамика первичной обращаемости среди женщин отражала тенденции общей популяции, но сам показатель был намного ниже. Соотношение мужчин и женщин в течение исследуемого периода оценивалось как 1:5. Доля детей в общем числе первичных больных на начало исследования составляла чуть более 1,0 %, а в 2002 г. не было выявлено ни одного ребенка с наркоманией. Показатели заболеваемости наркоманиями среди подростков на начало исследуемого периода намного опережали таковые в других половозрастных группах, однако к 2002 г. сравнялись с ними. Резко сократилась доля подростков в общем числе первичных больных (с 16,5 % в 1998 г. до 2,9 % в 2003 г.). В целом снижение заболеваемости наркоманиями в группах – маркерах развития наркотической ситуации (среди женщин и несовершеннолетних), исчезновение из группы первичных больных детей, а также снижение этого показателя во всех других половозрастных группах можно трактовать как позитивную тенденцию в отношении дальнейшей динамики заболеваемости наркоманиями. Такой прогноз, естественно, должен быть обязательно подтвержден рядом других данных официальной статистики и данными дополнительных исследований.

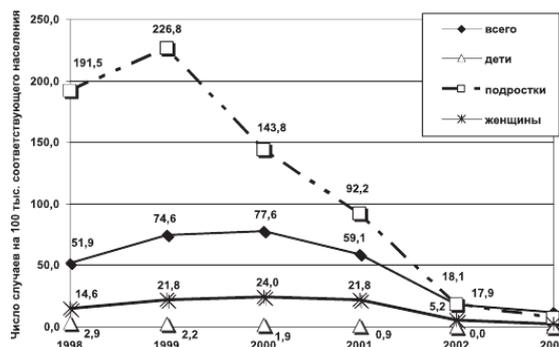


Рис. 2. Заболеваемость наркоманиями среди различных половозрастных групп населения Свердловской области

Важным критерием, определяющим напряженность ситуации, связанной с наркоманиями, является соотношение числа больных с впервые в жизни установленным диагнозом «наркомания» и общего числа лиц, состоящих под диспансерным наблюдением с этим диагнозом (табл. 7).

Таблица 7

Соотношение в Свердловской области числа больных с впервые в жизни установленным диагнозом «наркомания» и числа больных, состоящих под диспансерным наблюдением с этим диагнозом

| Год | Больные наркоманиями | | Доля первичных больных наркоманиями в общем числе больных, находящихся под диспансерным наблюдением, % |
|------|---|--|--|
| | Взяты под диспансерное наблюдение, абс. | Состоят под диспансерным наблюдением, абс. | |
| 1998 | 2319 | 6430 | 36,1 |
| 1999 | 3325 | 9354 | 35,5 |
| 2000 | 3433 | 11982 | 28,7 |
| 2001 | 2615 | 13522 | 19,3 |
| 2002 | 788 | 12381 | 6,4 |
| 2003 | 520 | 11589 | 4,5 |

Как видно из данных, приведенных в табл. 7, доля первичных больных наркоманиями от общего числа больных, находящихся под диспансерным наблюдением, в Свердловской области за исследуемый период значительно снизилась (с 36,1 % в 1998 г. до 4,5 % в 2003 г.).

2.1.2. Болезненность наркоманиями в Свердловской области

Следующим важным критерием оценки ситуации с наркоманиями является анализ болезненности наркоманиями. Данные показатели косвенно отражают ситуацию с распространением наркоманий в обществе (табл. 8).

Как видно из данных, представленных в табл. 8, уровень болезненности наркоманиями в Свердловской области с 1998 г. постоянно возрастал, достигнув своего максимума в 2001 г. (305,5 случая на 100 тыс. населения). С 2002 г. появилась отчетливая тенденция к снижению этого показателя. В то же время в Российской Федерации уровень болезненности продолжал расти.

Наибольший показатель болезненности в 2003 г. определялся в следующих десяти территориях Свердловской области: г. Полевской (943,4 случая на 100 тыс. населения), пгт Рефтинский (820,1), г. Качканар (534,0), г. Каменск-Уральский (500,0), г. Первоуральск (454,9), г. Дегтярск (445,8), Сухоложский район (445,1), Верхнесалдинский район (409,2), г. Асбест (388,0). Наименьшие показатели выявлены в девяти территориях: Камышловский район (37,2),

Бисертское муниципальное образование (33,9), г. Волчанск (33,1), Пышминский район (33,1), г. Нижняя Тура (23,6), Новолялинский район (22,1), Ирбитский район (17,1), Ачитский район (14,6), Алапаевский район (2,4). Нулевой показатель зарегистрирован в г. Верхняя Тура.

Таблица 8

Болезненность наркоманиями в Свердловской области и в Российской Федерации

| Год | Состоят под диспансерным наблюдением с диагнозом «наркомания» | | |
|------|---|-------------------------------------|---|
| | Свердловская область | | Российская Федерация, число случаев на 100 тыс. населения |
| | Абс. | Число случаев на 100 тыс. населения | |
| 1998 | 6430 | 143,8 | 109,9 |
| 1999 | 9354 | 210,0 | 144,4 |
| 2000 | 11982 | 270,7 | 186,6 |
| 2001 | 13522 | 305,5 | 221,3 |
| 2002 | 12381 | 284,3 | 225,3 |
| 2003 | 11589 | 266,1 | 241,0 |

О динамике болезненности наркоманиями среди женщин свидетельствуют данные, приведенные в табл. 9.

Как видно из представленных данных, уровень болезненности в 1998 г. составлял 33,2 случая на 100 тыс. населения. В дальнейшем отмечался поступательный рост (до 91,0 в 2001 г.), а в последние 2 года – снижение исследуемого показателя. Доля женщин в общем числе наблюдаемых больных к 2003 г. достигла своего максимума – 15,8 %, а соотношение женщин и мужчин, больных наркоманиями, составило 1: 5 (в 1998 г.– 1:7, в 2000 г.– 1: 6).

Данные о болезненности наркоманиями среди детей приведены в табл. 10.

Таблица 9

Болезненность наркоманиями среди женщин проживающих в Свердловской области

| Год | Состоят под наблюдением с диагнозом «наркомания» | | | Доля женщин в общем числе больных наркоманиями, % |
|------|--|----------------|--|---|
| | Всего, абс. | Из них женщины | | |
| | | Абс. | Число случаев на 100 тыс. женского населения | |
| 1998 | 6430 | 822 | 33,2 | 12,8 |
| 1999 | 9354 | 1286 | 52,2 | 13,8 |
| 2000 | 11982 | 1759 | 74,6 | 14,7 |
| 2001 | 13522 | 2095 | 91,0 | 15,5 |
| 2002 | 12381 | 1933 | 79,3 | 15,6 |
| 2003 | 11589 | 1834 | 75,2 | 15,8 |

Таблица 10

Болезненность наркоманиями среди детей (0-14 лет), проживающих в Свердловской области

| Год | Состоят под диспансерным наблюдением с диагнозом «наркомания» | | | Доля детей в общем числе больных наркоманиями, % |
|------|---|-------------|--|--|
| | Всего, абс. | Из них дети | | |
| | | Абс. | Число случаев на 100 тыс. детского населения | |
| 1998 | 6430 | 29 | 3,4 | 0,50 |
| 1999 | 9354 | 29 | 3,4 | 0,30 |
| 2000 | 11982 | 49 | 5,8 | 0,40 |
| 2001 | 13522 | 15 | 1,8 | 0,10 |
| 2002 | 12381 | 3 | 0,4 | 0,02 |
| 2003 | 11589 | 2 | 0,3 | 0,02 |

Максимальное число детей с диагнозом «наркомания» было отмечено в 2000 г., что составило 5,8 случая на 100 тыс. детского населения. К 2003 г. число таких детей сократилось до минимума (0,3 случая на 100 тыс. детского населения). Доля детей в общем числе больных

наркоманиями в течение всего исследуемого периода была незначительной и не превышала 0,5 %.

Данные о болезненности наркоманиями среди подростков приведены в табл. 11.

Таблица 11

Болезненность наркоманиями среди подростков (15–17 лет), проживающих в Свердловской области

| Год | Состоят под диспансерным наблюдением с диагнозом «наркомания» | | | Доля подростков в общем числе больных наркоманиями, % |
|------|---|------------------|---|---|
| | Всего, абс. | Из них подростки | | |
| | | Абс. | Число случаев на 100 тыс. подросткового населения | |
| 1998 | 6430 | 859 | 411,9 | 13,4 |
| 1999 | 9354 | 974 | 470,0 | 10,4 |
| 2000 | 11982 | 732 | 353,3 | 6,1 |
| 2001 | 13522 | 345 | 166,5 | 2,6 |
| 2002 | 12381 | 147 | 65,6 | 1,2 |
| 2003 | 11589 | 79 | 35,3 | 0,7 |

Из них следует, что численность подростков, находящихся под наблюдением с диагнозом «наркомания», составляла в 1998 г. 859 человек (411,9 случая на 100 тыс. подросткового населения). Своего максимума болезненность наркоманиями в этой возрастной группе достигла в 1999 г. (470,0 случая). С 2000 г. началось снижение данного показателя, в 2003 г. он составил 35,3 случая на 100 тыс. подросткового населения. Доля подростков в общем числе больных наркоманиями в течение исследуемого периода снизилась с 13,4 % до 0,7 %.

О динамике болезненности наркоманиями в различных половозрастных группах позволяют судить данные, представленные на рис. 3.

Они свидетельствуют о том, что снижение исследуемого показателя в 2002 г. обнаружилось во всех половозрастных группах, но наиболее выраженным оно было среди подростков. Относительно высокий уровень болезненности сохранялся среди взрослого контингента.

Таким образом, исходный уровень болезненности наркоманиями в изучаемый период в Свердловской области был существенно выше среднероссийского. До 2001 г. здесь проявлялись общероссийские тенденции болезненности, выражающиеся в постоянном росте этого показателя. Однако в 2002 г. в области произошло снижение уровня болезненности, чего не было отмечено в Российской Федерации. В 2003 г. снижение продолжилось.

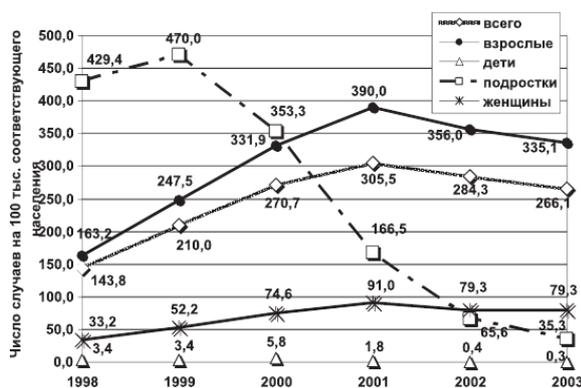


Рис. 3. Болезненность наркоманиями среди различных половозрастных групп населения Свердловской области

Кроме того, в исследуемой территории обнаружались и некоторые половозрастные особенности болезненности наркоманиями. Так, основные динамические показатели болезненности в женской популяции, совпадая с таковыми в общей популяции, отличались более высокой

интенсивностью динамики. К 2002 г. число детей, находящихся под диспансерным наблюдением, в области снизилось до минимума. Доля детей в общем числе больных наркоманиями в течение всего исследуемого периода была незначительной. Динамика болезненности наркоманиями среди подростков до 1999 г. отличалась крайне выраженной интенсивностью. Снижение болезненности в данной возрастной группе произошло уже в 2000 г., т. е. на два года ранее, чем в других половозрастных группах. В целом снижение данного показателя в 2002 г. обнаруживалось во всех половозрастных группах, но наиболее выраженным оно было среди подростков. Относительно высокий уровень болезненности сохранялся среди взрослых контингентов.

К косвенным факторам снижения уровня злоупотребления наркотиками можно отнести и то, что в Свердловской области в 2001–2002 гг. в 2,5 раза снизилось число признанных негодными к воинской службе по причине злоупотребления наркотиками (1367 и 514 человек соответственно). Возврат из войск по данной причине также снизился в 2,5 раза (с 46 человек в 2001 г. до 19 человек в 2002 г.). В то же время вновь стали регистрироваться случаи утаивания призывниками на призывной комиссии факта приема наркотиков. В предыдущие годы, напротив, отмечалось много случаев симуляции призывников в отношении наркотизации с целью получить отсрочку от армии.

Таким образом, вышеприведенные данные позволяют сделать следующие выводы.

1. Уровень заболеваемости и болезненности наркоманиями в Свердловской области на момент начала исследования был существенно выше среднероссийского.

2. Заболеваемость в области продолжала расти до 2000 г., что отражало среднероссийские тенденции, болезненность – до 2001 г. Динамика заболеваемости и болезненности наркоманиями в Свердловской области значительно превосходила среднероссийский уровень.

3. Снижение первичной обращаемости в области в 2001–2003 гг. отражало среднероссийские тенденции, однако по темпу снижения превосходило их. Снижение в Свердловской области болезненности наркоманиями в 2002–2003 гг. не являлось отражением среднероссийской тенденции. В 2002 г. уровень заболеваемости наркоманиями стал в Свердловской области ниже среднероссийского.

4. В области отмечались выраженные половозрастные особенности заболеваемости и болезненности наркоманиями, заключающиеся в более низком их уровне у женщин, более высоком – у подростков и незначительном – у детей. Темпы роста данных показателей и темпы их снижения у подростков выше таковых в общей популяции.

5. Динамика показателей заболеваемости, снижение доли женщин в общем числе первичных больных наркоманиями и увеличение соотношения мужчин и женщин в 2001–2003 гг. свидетельствовали о позитивных тенденциях в распространении наркоманий в Свердловской области. В то же время рост доли женщин в общем числе больных наркоманиями и снижение соотношения мужчин и женщин в последние годы говорят о наличии неблагоприятных изменений в ситуации с распространением здесь наркоманий.

2.2. Эпидемиология алкоголизма

2.2.1. Заболеваемость алкоголизмом в Свердловской области

Как уже говорилось выше, анализ показателей заболеваемости является важным для определения наиболее приближенных по времени тенденций в распространении наркологических заболеваний. Ниже приводятся динамические данные по заболеваемости алкоголизмом и алкогольными психозами в Свердловской области за период с 1998 г. по 2003 г. (табл. 12).

Как видно из приведенных в табл. 12 данных, уровень заболеваемости алкоголизмом и алкогольными психозами в Свердловской области в 1998 г. составлял 70,7 случая на 100 тыс. населения и был в 1,6 раза ниже среднероссийского показателя, а число больных, впервые в жизни взятых под наблюдение, было за исследуемый период самым низким – 3220 человек. Максимального уровня заболеваемость в Свердловской области достигла в 2002 г., что согласуется со среднероссийскими тенденциями. Однако в 2003 г. в Свердловской области наметилась тенденция к снижению данного показателя на фоне продолжающегося его роста в среднем по России. В течение всего исследуемого периода заболеваемость алкоголизмом и алкогольными психозами в Свердловской области не превышала среднероссийские показатели.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.