

## Психическое здоровье в XXI веке: состояние, проблемы

ТАЗЛОВА Р.С.

д.м.н., профессор, зав. курсом психиатрии медицинского института  
Якутского государственного университета (ЯГУ), Республика Якутия (Саха)

ЛЕБЕДЕВ Ю.В.

к.м.н., доцент, ЯГУ, Республика Якутия (Саха)

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) утверждает, что психическое здоровье, на которое так долго не обращалось внимание, имеет чрезвычайно важное значение для благополучия отдельных людей, общества и стран. Как известно, ВОЗ внесла в определение здоровья обязательное психическое благополучие, определив здоровье как не только отсутствие физического страдания или увечья, но и полное физическое, психическое и социальное благополучие.

В конце XX и в начале XXI века уже никто не сомневается, что здоровье людей в целом зависит от психического состояния. Здоровье населения в XXI веке будут определять психосоматические и саморазрушающие заболевания человека. Причина у данных заболеваний одна — это низкий уровень качества жизни и крайняя неудовлетворенность ее условиями. Таким образом, общесоматическая медицина по существу соединилась с медицинской, занимающейся психическими и поведенческими расстройствами личности.

По данным ВОЗ, психические и особенно поведенческие расстройства являются очень распространенными и касаются более 25% всех людей в определенные возрастные периоды. Они универсальны, поражают людей всех стран и любого общества, лиц всех возрастов, богатых и бедных, в городской и сельской местности. В настоящее время каждая четвертая семья имеет хотя бы одного члена, который страдает поведенческими и психическими расстройствами; 12% инвалидности в мире дают именно эти заболевания.

Проблемы психического здоровья накапливались годами. В настоящее время факторами, серьезно угрожающими психическому здоровью населения РС(Я), по нашему мнению, являются: бытовое пьянство, все ухудшающееся общее состояние здоровья подрастающего поколения и несоответствие организационных форм психиатрической помощи изменившейся структуре психических расстройств.

**Бытовое пьянство.** Длительное время, почти до последней четверти XX в., клинические проявления алкогольной болезни не рассматривались в связи с бытовым пьянством. Получалась парадоксальная ситуация, при которой не освещалась с клинических позиций тесная взаимосвязь бытового пьянства как вредной привычки с развитием алкоголизма — тяжелой, с трудом поддающейся лечению болезни. Клиническая практика показывает, что бытовое пьянство не следует рассматривать как вредную привычку, так как оно по существу является преалкогольной стадией болезни. В рамках бытового пьянства формируются все предикторы (пресимптомы) алкоголизма, что в значительной степени и обуславливает постепенность, хорошо изве-

стный «скрытый» характер развития этого тяжелого заболевания.

Это положение хорошо иллюстрирует работа Э.Е. Бехтеля «Донозологические формы злоупотребления алкоголем» [2], где он выделяет случайное употребление, умеренное, систематическое (алкогольная акцентуация) и привычное пьянство (преалкоголизм), дает характеристику трансформации основных симптомов при употреблении спиртных напитков и злоупотреблении ими (табл. 1). Наибольшее практическое значение, с нашей точки зрения, имеют потребляемые одновременно количества алкоголя, частота алкогольных эпизодов в году, месяце, неделе, а также толерантность к спиртным напиткам, контроль интенсивности и характер опьянения, готовность откликнуться на предложение выпить, воздержание от выпивки после состоявшейся подготовки, динамика привычки, изменения структуры личности (табл. 1).

Из табл. 1 совершенно четко следует, что по мере формирования бытового пьянства в форме систематического и привычного повышается толерантность, формируются периодичность эпизодов, высокая конформность, невозможность отказаться от выпивки. На стадии бытового пьянства намечаются и изменения личности в плане сужения интересов, формирования четкой алкогольной направленности. Таким образом, в клинических проявлениях бытового пьянства отчетливо определяются основные предикторы алкогольной болезни, а именно: повышение толерантности, проявления психической зависимости (выраженная конформность, невозможность отказаться от выпивки при определенных условиях, стереотип алкогольного поведения).

Переход бытового пьянства в алкогольную болезнь зависит от социальных факторов, психологических предпосылок, а также в значительной степени от возраста, пола, биохимической индивидуальной ранимости пьющих. Установлено, что чем в более раннем возрасте начинается злоупотребление, тем больше опасность заболевания. При прочих равных условиях у лиц женского пола наблюдается более злокачественное течение алкоголизма.

Бытовое пьянство в РС(Я) и, особенно, в г. Якутске имеет широкое распространение. По нашему наблюдению, подавляющее большинство студенчества употребляет спиртные напитки не реже одного раза в неделю (алкогольная акцентуация), а подавляющее большинство работающих — не реже 2—3 раз в неделю (бытовое пьянство).

Показатели болезненности и заболеваемости алкоголизмом в РС(Я) выше, чем по Российской Федерации. Болезненность на 100 тыс. населения в 2002 г. составляла 1837,8 (в РФ за 2001 г. — 1520,0), заболеваемость — 208,6 (РФ — 140,0).

Следует отметить, что борьбу с алкоголизмом надо начинать с бытового пьянства.

**Сравнительная трансформация основных симптомов  
при употреблении спиртных напитков и злоупотреблении ими**

Симптоматика	Случайное употребление алкоголя	Умеренное употребление алкоголя	Систематическое пьянство (алкогольная акцентуация)	Привычное пьянство (преалкоголизм)
Частота алкогольных эпизодов	Несколько раз в году	1–4 раза в месяц	1–2 раза в неделю	2–3 раза в неделю
Потребляемое количество алкоголя в мл (водки)	50–150, максимально 250	100–250, максимально 300–400	200–300, максимально 500	300–500, максимально 500 и более
Толерантность к спиртным напиткам	Минимальная	Умеренная	Высокая	Очень высокая
Периодичность эпизодов	Отсутствует	Относительна	Имеется	Четкая
Механизм регуляции интенсивности опьянения	Чувство насыщения	Главным образом путем насыщения	Насыщение редко и при больших количествах	Позднее насыщение, тяжелые формы опьянения
Характер опьянения	Незначительное	Умеренное	Выраженное	Глубокое и длительное
Конформность	Низкая, контрдоводы	Зависит от значимости ситуации	Высокая, поддерживает инициативу	Очень высокая, всегда готов поддержать компанию
Воздержание от выпивки после состоявшейся подготовки	Возможно и несколько облегченно	Воспринимается спокойно	Затруднено, оставляет неудовлетворенность	Практически невозможно, снижает настроение до дисфории
Динамика привычки	Отсутствует	Выражена умеренно	Четко выражена	Очень четкая
Изменение структуры личности	Отсутствует	Отсутствует	Практически отсутствует	Умеренное

Примечание: таблица составлена по Э.Е.Бехтелю [2]

*Ухудшение физического здоровья подрастающего поколения* является еще одним из основных факторов снижения психического здоровья взрослого населения.

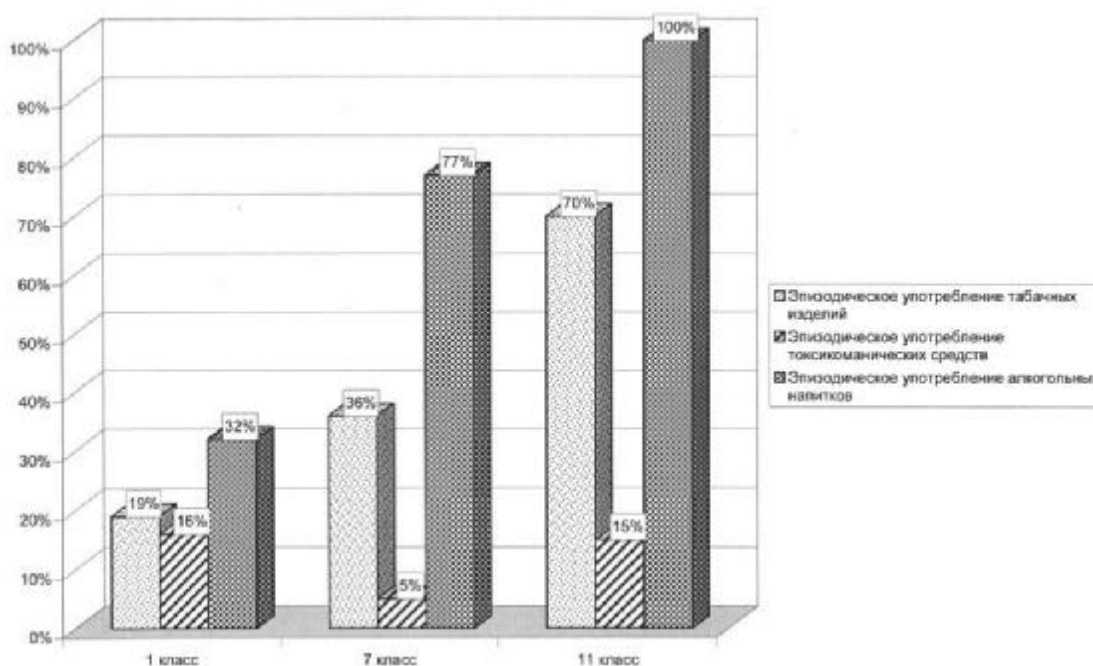
В государственном докладе о состоянии здоровья населения Российской Федерации 1996 г. обращено особое внимание на здоровье подрастающего поколения. В докладе отмечено, что в среднем по России лишь 10% выпускников школ могут считаться абсолютно здоровыми. 45–50% имеют серьезные морфофункциональные отклонения, у каждого второго школьника выявлено сочетание нескольких хронических заболеваний. В том же докладе отмечается, что в среднем по России у студентов вузов за время обучения частота хронической патологии увеличивается с 49 до 69%. Н.А. Агаджанян [4] отмечает, что у учащихся прослеживается тенденция к астенизации — понижению массы тела при небольшом увеличении роста.

В Республике Саха (Якутия) большое внимание уделяется изучению здоровья подрастающего поколения. М.В. Ханды (1997) отмечает, что РС(Я) имеет самые неблагоприятные показатели здоровья детского населения в РФ, связывает это с экстремальными природно-климатическими условиями, слабо развитой социально-экономической инфраструктурой при интенсивном освоении природных богатств. Постоянный мониторинг детей школьного возраста (Д.А. Алексеев, Л.С. Имичева, 2000) показал, что среди выпускников школ Якутии лишь 6% здоровых, 47% имеют хроническую патологию, увеличивается количество школьников с низким физическим развитием.

Целенаправленное изучение здоровья студентов Якутского госуниверситета проводится с 1985 г. В 1987 г. А.А. Безродных, В.И. Гагарин, К.В. Гоголев отметили значительный процент физически ослабленных студентов на первом курсе, до 40% студентов зачисляются в группы с облегченной программой по физкультуре [1]. По данным студенческой поликлиники г. Якутска за 1998–2000 гг. здоровье студентов ухудшается, растет как болезненность, так и заболеваемость [5]. Таким образом, у подрастающего поколения РС(Я), включая школьников и студентов физическое здоровье ухудшается, а, следовательно, возникают невротические проявления, психопатизация личности, т.е. снижаются в целом адаптационные возможности, психологическая устойчивость, социальная адаптация. Подростки и молодежь попадают в группу риска по развитию психических и поведенческих расстройств.

В отчетах ВОЗ [6] отмечает чрезвычайно высокий уровень невротических расстройств (более 20%) у детей в различных странах. Особую значимость имеют системные неврозы у детей. В частности, 1% детей в мире страдают невротическим заиканием. Ранее проведенные отечественными учеными исследования по изучению распространенности неврозов среди детей [9] показали, что 20% школьников от общего количества обследованных страдают неврозами, особенно высока заболеваемость среди мальчиков 7–14 лет.

Следует констатировать, что употребление спиртных напитков во всем мире стало нормой поведения людей в



Распространенность вредных привычек среди учащихся средней школы Якутска

определенных условиях. Дети, подростки, молодежь, как известно, копируют стиль жизни, поведения своих родителей и ближайшего окружения.

Из литературных источников известно, что при проведении исследований с широким охватом высших учебных заведений России установлено среди студенчества употребление табачных изделий в 65,5% случаев, алкогольных напитков — в 80,3%, наркотических средств — в 10,3% (В.А. Ляхович, А.И. Маркова, 1994). В 1998 г. Н.В. Соловьева отмечает, что от 21 до 26% студентов ведут подрывающий здоровье образ жизни.

Нами проведены исследования по динамике формирования вредных привычек в период школьного обучения в одной из школ г. Якутска (рисунок). Оказалось, что среди учеников первого класса эпизодическое употребление табачных изделий отмечается в 19% случаев, токсикоманических средств — 15%, алкогольных напитков — 32%. У учащихся одиннадцатого класса употребление табачных изделий увеличивается до 70%, алкогольных напитков — до 100%, т.е. у подрастающего поколения в сложившихся условиях рано формируется склонность к употреблению алкогольных и других психоактивных веществ. Анкетирование относительно употребления наркотических средств, проведенное среди учащихся 11 класса, выявило эпизодическое употребление алкоголя в 6% случаев.

*Изменение структуры психических расстройств.* А.К. Хохлов с соавторами [10] отмечают, что в большинстве стран мира происходят существенные и быстрые перемены в картине психического здоровья населения, особенно за последнюю четверть века. Так, в 15 развитых странах показатели распространенности психических болезней за период 1900—1993 гг. выросли в 10 раз. Авторы отмечают особенно значительный рост неврозов (в 61,7 раза), алкоголизма (в 58,2 раза), олигофрении (в 30 раз).

В отчете ВОЗ за 1997 г. анализируется современное состояние психического здоровья населения земного шара [6].

Всего населения на земном шаре 5,8 млрд чел., из них 7% (380 млн) составляют лица старше 65 лет. Снижается ежегодный прирост населения, средняя продолжительность жизни равна 65 годам (63 у мужчин, 67 у женщин).

Нами составлена таблица «Психические заболевания», где представлены в сравнительном аспекте данные по отчету ВОЗ за 1997 год и по РС(Я) за 1999, 2002 гг. (табл. 2).

Из табл. 2 видно, что в 1997 г. 17,6% населения земного шара имеют те или иные психические расстройства. Из 1022 млн больных у 740 млн представлены аффективные и тревожные расстройства (72,31%).

Табл. 2 отчетливо показывает изменения структуры психических расстройств: если раньше психическое здоровье определялось распространенностью шизофрении и эпилепсии, то в настоящее время — тревожно-аффективными расстройствами (740 млн) и саморазрушающими заболеваниями (148 млн). Однако, показатели по РС(Я) за 1999 и 2002 гг. значительно отличаются от общемировых. Оказалось, что болезненность психическими расстройствами составляла в 1999 г. всего 3,4% населения Республики, а в 2002 г. снизилась на 0,1%. К уровню мировых показателей приближается лишь алкогольная патология.

Последнее обстоятельство связано с тем, что *организационные формы* психиатрической помощи РС(Я) совершенно не соответствуют изменившейся структуре психических расстройств.

В настоящее время психиатрическая служба РС(Я) не имеет в необходимом количестве отделений пограничных состояний, кабинетов психотерапевтов и медицинских психологов. В связи с этим огромное количество больных с пограничными состояниями невротического уровня не получают своевременной помощи и «успешно» пополняют ряды алкоголиков и наркоманов.

Для перспективного развития психиатрической помощи населению РС(Я) имеются определенные законодательные акты МЗ РФ по психиатрической службе, приня-

Таблица 2

№	Нозологическая форма	Отчет ВОЗ, 1997 г.			Республика Саха (Якутия)					
		Болезненность		Заболеваемость	1999 г.			2002 г.		
		Абс., млн	%		Абс., млн	Болезненность		Заболеваемость	Болезненность	
				Абс., чел.		%	Абс., чел.		Абс., чел.	%
1	Деменция	29	0,5	2,6	1958	0,16		1743	0,18	151
2	Алкоголизм	120	2,0	75,0	17912	1,71		18093	1,84	2504
3	Наркомания	28	0,48		804	0,07		744	0,07	
4	Шизофрения	45	0,77	4,5	3023	0,31	117	2722	0,27	128
5	Аффективные расстройства	340	4,1	122,8	255	0,03	32	305	0,03	
6	Тревожные расстройства	400	6,8		2193	0,22	393	2766	0,28	514
7	Умственная отсталость	60	1,2		7242	0,73	526	6354	0,64	321
	Итого	1022	17,6		33387	3,4		32727	3,3	
Примечание										

тые в последние 8 лет: Приказ №27 от 13.02.1995 г. «О штатных нормативах учреждений, оказывающих психиатрическую помощь», Приказ №294 от 30.10.1995 г. «О психиатрической и психотерапевтической помощи психически больным», Приказ №148 от 06.05.1998 г. «О специализированной помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением». Основным из них, несомненно, является Приказ №27, который предусматривает введение в штатное расписание должностей медицинских психологов, психотерапевтов, социальных работников, т.е. по существу обеспечивает возможность оказания психиатрической помощи в полном объеме: от купирования психических расстройств до социальной реабилитации. К сожалению, в связи с финансовыми затруднениями этот приказ не действует пока на территории РС(Я).

В заключение следует отметить, что психическое здоровье населения РС(Я) под большой угрозой и справиться с грузом накопившихся проблем можно лишь на государственном уровне путем принятия экстренных, неотложных мер.

В связи с изложенным необходимо:

1. *Министерству здравоохранения РС(Я):*

а) ввести в действие на территории РС(Я) Приказ №27 от 13.02.1995 г. «О штатных нормативах учреждений, оказывающих психиатрическую помощь», т.е. создать условия для оказания специализированной помощи от купирования психических расстройств до социальной реабилитации;

б) для развития и совершенствования своевременной квалифицированной помощи больным с пограничной патологией приступить к реализации Приказов МЗ РФ №294 от 30.10.1995 г. «О психиатрической и психотерапевтической помощи психически больным» и №148 от 06.05.1998 г. «О специализированной помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением»;  
в) совершенствовать законодательную базу наркологической помощи. В частности, законодательно обеспечить проведение каждому стационарному больному полного курса антиалкогольной терапии.

2. *Министерству образования РС(Я):*

а) в программу всех школьных дисциплин, особенно естественно-гуманитарного цикла, включить пропаганду культуры здоровья, здорового образа жизни;

б) обеспечить школы и другие учебные заведения научно-популярной литературой, наглядными пособиями по формированию отрицательного отношения к алкоголю и другим психоактивным веществам, воспитанию культа здоровья;

в) обязать директоров школ, учебных заведений РС(Я) организовать кабинеты здоровья с красочным, наглядным, запоминающимся оформлением, с акцентом на красоту здорового человека, на основные принципы здорового образа жизни, творческого долголетия.

### Список литературы

1. Безродных А.А., Гагарин В.И., Гоголев К.В. Общее состояние здоровья и принципы организации диспансерного наблюдения за студентами в условиях Крайнего Севера (Якутск) // Научные основы охраны здоровья студентов. Сб. научных трудов. — М.: Рос. университет Дружбы народов, 1987. — С. 93—98.
2. Бехтель Э.Е. Дозологические формы злоупотребления алкоголем. — М.: Медицина, 1986.
3. Доклад о состоянии здравоохранения в мире 2001 г. Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда// Всемирная организация здравоохранения. — М.: Весь мир, 2001. — 212 с.
4. Здоровье студентов/ Под ред. акад. Н.А. Агаджаняна. — М.: Рос.университет Дружбы народов, 1997. — С. 199.
5. Николаева Е.Л., Николаева Л.С., Потапова А.Н. Отчет студенческой поликлиники г.Якутска (1998—2000 годы). — Машинопис, 2001. — 40 с.
6. Отчет ВОЗ. Масштаб неврологических и психиатрических проблем в последнем десятилетии XX века и тенденции их будущего развития в свете статистически-эпидемиологических данных ВОЗ// Журнал неврологии и психиатрии. — 1999. — Т. 99, № 9. — С.46—47.
7. Тазлова Р.С. Саморазрушающие заболевания человека. — Якутск: ЯГУ, 1998. — 38 с.
8. Тазлова Р.С., Лебедев Ю.В. Психическое здоровье и структура психических расстройств (сравнительный аспект)// Состояние и перспективы развития психиатрической службы Республики Саха (Якутия). — Якутск, 2000. — С. 18—21.
9. Ушаков Г.К. Учебник по детской психиатрии. — М.: Медицина, 1973.
10. Хохлов Л.К., Шипов А.А., Горохов В.И. Психическое здоровье населения и современные экологические и социокультуральные влияния// Интернет. Zdorovi. NTM. 17.09.99.



# Наркологическая ситуация в Республике Саха (Якутия) и вопросы профилактики саморазрушающих заболеваний человека

КАТЫШЕВЦЕВА П.А.  
ТАЗЛОВА Р.С.

гл.врач Якутского республиканского наркологического диспансера, Республика Саха (Якутия)  
д.м.н., профессор, зав. курсом психиатрии и наркологии ЯГУ, Республика Саха (Якутия)

Алкоголизм, наркомания, токсикомания развиваются, как известно, по единым патофизиологическим и нейробиохимическим механизмам, находятся в тесном динамическом взаимодействии, определяется нами как саморазрушающие заболевания человека. В настоящее время можно говорить об эпидемии саморазрушающих заболеваний человека, так как утрачивается нравственно-психологическая толерантность по отношению к алкоголю и другим наркоманическим средствам у женщин, подростков и даже детей. Систематическое употребление наркоманических средств стремительно сдвигается к более раннему возрастному периоду. Тенденцию к росту саморазрушающих заболеваний определяют ничем не ограниченное распространение бытового пьянства, изменение структуры психических расстройств, абсолютное преобладание психических расстройств непсихотического характера, широкая реклама пивного пьянства, недостаточное финансирование профилактических программ по здоровому образу жизни, недостаточное внимание к наглядной агитации и пропаганде культа здоровья, иными словами, отсутствие целенаправленной государственной политики данной патологии.

Задачей настоящего исследования является изучение динамики болезненности и заболеваемости алкоголизмом, наркоманиями, токсикоманиями в Республике Саха (Якутия) за 10 последних лет (1994—2003 гг.).

**Болезненность и заболеваемость алкоголизмом.** Как известно, наркологическую ситуацию в регионе определяет алкогольная болезнь. На рис. 1 представлена динамика болезненности алкоголизмом в РС (Я) в сравнительном аспекте с показателями по РФ за 10 лет. В 1994 г. показатели по Якутии, хотя и незначительно, но были ниже общероссийского, начиная с 1997 г. они неуклонно повышаются и превышают общероссийский показатель, в 2003 г. по сравнению с 1994 г. на 19,2%. Пик роста болезненности по РФ приходится на 1996 г. (2011,0 чел. на

100 тыс. населения), в РС (Я) — на 2001 г. (2010,0 чел. на 100 тыс. населения). Это объясняется, с нашей точки зрения, интенсивностью развития частных коммерческих предприятий по продаже вино-водочных изделий на различных территориях РФ.

Динамика заболеваемости алкоголизмом на 100 тыс. населения представлена на рис. 2, из которого видно, что показатели заболеваемости стабильно высокие (1994 г. — 186,5; 2003 г. — 209,2), превышающие общероссийский.

Таким образом, по РС (Я) в динамике отмечается как рост болезненности, так и заболеваемости, что указывает на достоверность показателей по данной патологии. При этом пик болезненности и заболеваемости по алкоголизму совпадают по временным параметрам (1999—2001 гг.).

Показатели болезненности и заболеваемости алкогольными психозами до последнего десятилетия XX века наиболее достоверно отражали динамику развития данной патологии в регионе. Однако примерно с середины 90-х годов прошлого столетия положение резко изменилось в связи с развитием сети частных наркологических кабинетов анонимного лечения и оказанием платных услуг некоторыми лечебно-профилактическими учреждениями.

**Болезненность алкогольными психозами** в Республике Саха (Якутия) в сравнительном аспекте с Российской Федерацией представлена на рис. 3. До 1996 г. отмечается рост болезненности, затем в течение двух лет стабильные показатели, а с 1999 г. — неуклонное снижение. В середине 90-х годов болезненность алкогольными психозами в РС (Я) превысила общероссийский показатель в 2 раза, затем наблюдается неуклонное снижение и с 2001 г. становится значительно ниже общероссийского.

На рис. 4 представлена динамика заболеваемости алкогольными психозами за 1994—2003 гг. Заболеваемость по РС (Я) ниже общероссийского показателя, но с 2000 г. отмечается рост и в 2002 г. уже приближается к общероссийскому.

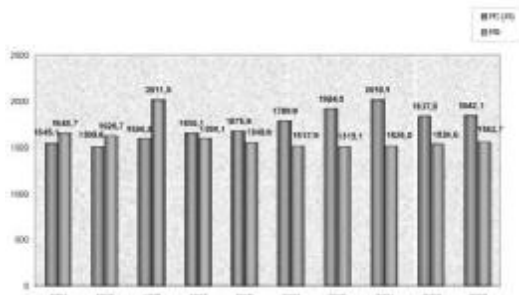


Рис. 1. Динамика болезненности алкоголизмом в РС (Я) на 100 тыс. населения. Слева по годам — РС, справа — РФ

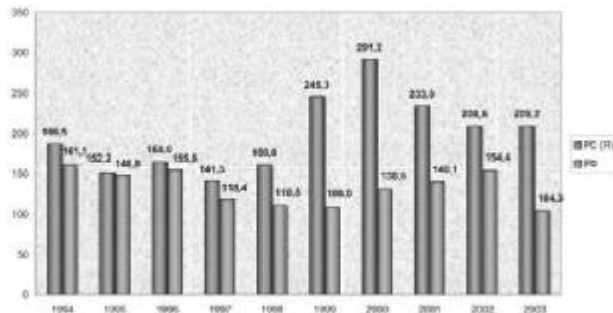


Рис. 2. Динамика заболеваемости алкоголизмом в РС (Я) на 100 тыс. населения. Слева по годам — РС, справа — РФ

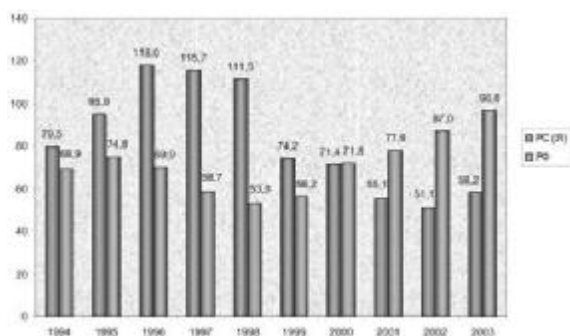


Рис. 3. Динамика болезненности алкогольными психозами в РС (Я) на 100 тыс. населения. Слева по годам — РС, справа — РФ

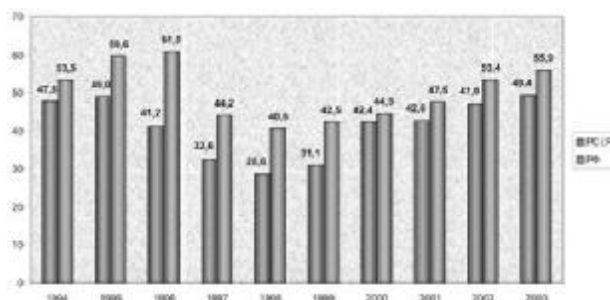


Рис. 4. Динамика заболеваемости алкогольными психозами в РС (Я) на 100 тыс. населения. Слева по годам — РС, справа — РФ

Сравнивая динамику заболеваемости и болезненности алкогольными психозами, можно констатировать, что показатели роста заболеваемости указывают на утяжеление алкогольной ситуации в Якутии, а низкие показатели болезненности отражают недостаточный диспансерный учет, связанный с несовершенной законодательной базой.

Таким образом, основные показатели по алкоголизму и алкогольным психозам определяют лишь тенденции и не отражают истинную «алкогольную ситуацию» в РС (Я).

*Динамика болезненности и заболеваемости наркоманией* представлена на рис. 5 и 6.

Из рис. 5 видно, что начиная с 1995 г. прослеживается неуклонный рост показателя по наркомании в РФ и к 2002 году по сравнению с 1994 г. увеличение составляет 10,6 раза. По РС (Я) показатели также повышаются, но менее интенсивно, чем по РФ, наиболее высокий показатель отмечается в 2000 г., а затем идет снижение, однако, показатель болезненности в 2003 г. по сравнению с 1994 г. увеличился в 3,4 раза.

Заболеваемость наркоманией в динамике за 1994—2003 гг. представлена на рис. 6. Заболеваемость по РФ неуклонно повышается, и в 2000 г. показатель увеличился в 5,3 раза, а затем стремительно стал снижаться, данный феномен требует специального исследования. Менее значительным за данный период отмечается рост заболеваемости наркоманией в РС (Я) — к 2001 г. увеличение составило в 2,8 раза, а с 2003 г. отмечается резкое снижение, что, с нашей точки зрения, связано с несовершенством законодательной базы и диспансерного учета по обращаемости.

Абсолютные показатели по болезненности наркоманией в РС (Я) представлены в табл. 1. На конец 2003 г. на диспансерном учете в наркологических учреждениях с диагнозом *наркомания* состояло 645 чел., из них 84 жен-

щины, 11 подростков. Особо следует отметить, что из 645 зарегистрированных наркоманов 508 (78,8%) используют парентеральное введение наркотиков. Следует отметить широкий ореол распространенности данной патологии в г. Якутске и промышленных районах, особенно в Мирнинском (297). Несмотря на то, что показатели болезненности и заболеваемости по наркоманиям в РС (Я) значительно ниже общероссийских, но, учитывая распространенность по громадной территории, вовлеченность «в процесс» женщин, подростков и даже детей, диспансерный учет в основном инъектирующихся наркоманов, ситуацию по наркоманиям в РС (Я) следует считать крайне напряженной.

*Болезненность и заболеваемость токсикоманией в РС (Я)* представлена на рис. 7 и 8.

Болезненность токсикоманией значительно превышает общероссийский показатель. С 1997 по 1999 гг., как видно из рис. 7, показатели стабильно высокие, начиная с 2000 г. отмечается неуклонная тенденция к снижению, несмотря на это, в 2002 г. показатель по Якутии почти в 2 раза выше российского.

В табл. 2 представлена болезненность токсикоманией в абсолютных цифрах. Табл. 2 констатирует закономерности, отмеченные в диаграмме, и подчеркивает большой удельный вес больных детско-подросткового возраста (57%).

Заболеваемость токсикоманией в РС (Я) значительно выше общероссийского показателя, в динамике определяются те же закономерности, что и по болезненности.

В заключение следует отметить, что наркологическая ситуация в РС (Я) по болезненности и заболеваемости алкоголизмом, наркоманией, токсикоманией достаточно напряженная и с каждым годом усложняется.

*Организационные аспекты наркологической службы.* Наркологическая служба РС (Я) в настоящее время пред-

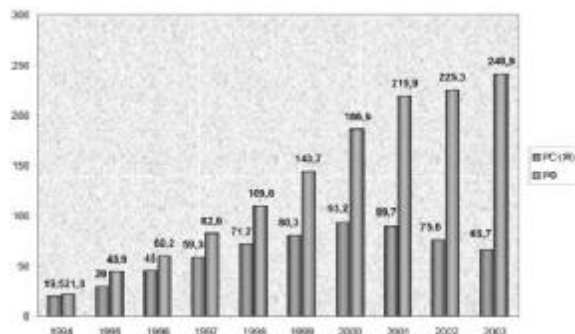


Рис. 5. Динамика болезненности наркоманией в РС (Я) на 100 тыс. населения. Слева по годам — РС, справа — РФ

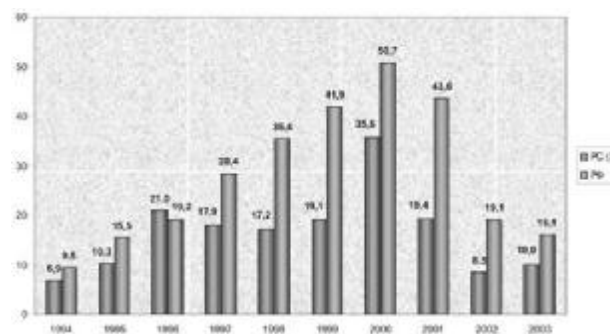


Рис. 6. Динамика заболеваемости наркоманией в РС (Я) на 100 тыс. населения. Слева по годам — РС, справа — РФ

Болезненность наркоманий в РС (Я) в абсолютных числах (1999—2003 годы)

Контингент	1999 г.	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.
Состоит всего	804	922	885	744	645
Женщин	64	91	95	79	84
Подростков	13	20	15	10	11
Детей	2	3	4	—	—

Болезненность токсикоманий в РС (Я) в абсолютных числах (1999—2003 годы)

Контингент	1999 г.	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.
Состоит всего	206	170	161	140	119
Женщин	21	28	12	8	3
Подростков	66	43	45	44	40
Детей	45	30	30	20	28

ставлена четырьмя наркологическими диспансерами, 30 наркологическими кабинетами с общим коечным фондом 255, т.е. наркологическая помощь максимально приближена к населению. Обеспеченность врачами-наркологами 0,6 на 10 000 (РФ — 0,36), наркологическими койками — 2,6 на 10 000 населения (РФ — 2,0).

Организационно-методическим центром наркологической службы РС (Я) является Якутский республиканский наркологический диспансер (ЯРНД), в структуре которого в последние годы открыты отделения неотложной помощи, профилактики наркологических заболеваний, а также кабинеты медицинского психолога. В то же время назрела острая необходимость строительства типового наркологического диспансера в г. Якутске. Наркологическая помощь больным осуществляется на современном уровне, используются все известные методы диагностики и лечения. Широко проводится профилактическая работа среди организованных контингентов на предприятиях, в средних, высших учебных заведениях, школах и других целевых группах населения. Активно осуществляется мониторинг вредных привычек среди молодежи, данные которого позволяют постоянно совершенствовать профилактические мероприятия. В поликлиническом отделении ЯРНД организован и систематически функционирует кабинет-музей, являющийся центром наглядной агитации для учащейся молодежи.

Для коренного улучшения наркологической ситуации необходимо на федеральном уровне совершенствовать законодательную базу по диспансеризации и лечению наркологических больных, контроль за исполнением принятых решений, постановлений, законов, в полном объеме осуществлять финансирование программ по профилактике и здоровому образу жизни.

На региональном уровне необходимо повысить исполнительскую дисциплину, в частности исполнение Приказов № 27 от 13.02.1995 г. «О штатных нормативах учреждений, оказывающих психиатрическую помощь», № 201 от 21.06.2002 г. «Об утверждении штатных нормативов медицинского и иного персонала наркологических учреждений и наркологических подразделений в составе других лечебно-профилактических учреждений», об организации реабилитационных центров для проведения третьего этапа лечения и профилактики рецидивов наркологических заболеваний.

### Список литературы

1. Кошкина Е.А., Киржанова В.В. Основные тенденции распространенности наркологических расстройств в Российской Федерации в 2002 г. // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2004. — №4. — С. 140—142.
2. Тазлова Р.С. Саморазрушающие заболевания человека. — Якутск: ЯГУ, 1998. — С. 38.

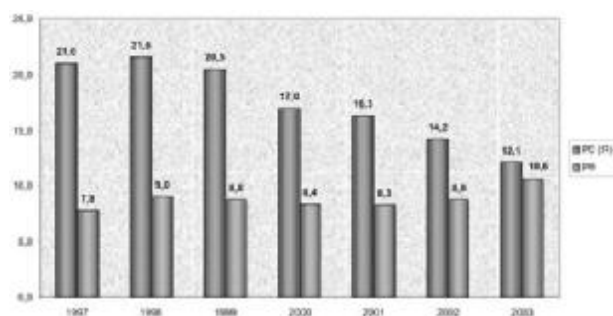


Рис. 7. Динамика болезненности токсикоманий в РС (Я) на 100 тыс. населения. Слева по годам — РС, справа — РФ

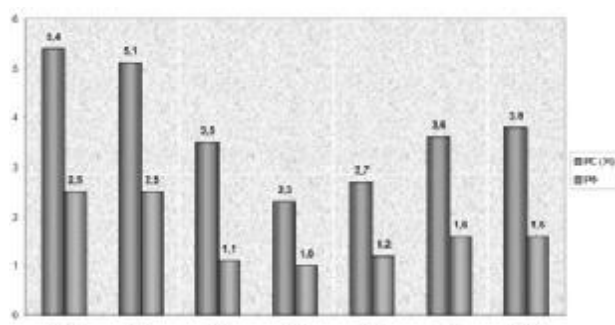


Рис. 8. Динамика заболеваемости токсикоманий в РС (Я) на 100 тыс. населения. Слева по годам — РС, справа — РФ

# Алкогольные психозы по данным отделения неотложной помощи ГУ Республиканского наркологического диспансера

АФОНСКАЯ М.И.

врач психиатр-нарколог, зав. отделением, Государственное учреждение здравоохранения Республики Саха (Якутия), Якутский Республиканский наркологический диспансер (ЯРНД)

МАТВЕЕВА Н.П.

врач-ординатор, Государственное учреждение здравоохранения Республики Саха (Якутия), ЯРНД

В последние годы в Республике Саха (Якутия) наблюдается рост таких важных показателей, как заболеваемость алкогольными психозами, что наиболее точно отражает распространенность и степень тяжести течения хронического алкоголизма. По данным НИИ наркологии МЗ РФ (Е.А. Кошкина, 2002 г.), в период с 1991 г. по 2002 г. заболеваемость алкогольными психозами выросла в 4 раза (в 1991 г. она составила 10,6 чел. на 100 тыс. населения, а в 2002 г. — 42,5 чел. на 100 тыс. населения). Анализ статистических данных наркологических учреждений и кабинетов по РС (Я) свидетельствует о высоком уровне обращаемости за лечением по поводу алкоголизма различных групп населения.

Из рис. 1 видно, что по РС (Я) отмечается постепенный, но неуклонный рост заболеваемости алкогольного психозами (с 41,5 чел. на 100 тыс. населения в 1999 г. до 49,4 чел. на 100 тыс. населения в 2003 г.).

Однако в сравнительном аспекте по РФ отмечается более интенсивный рост заболеваемости по данной патологии: в 1999 г. она составляла 31,2 чел. на 100 тыс. населения, т.е. была ниже, чем показатель по РС(Я), а в 2003 г. — 53,4 чел. на 100 тыс. населения, т.е. выше, чем по РС(Я).

В связи с ростом алкогольных психозов и других неотложных состояний в 1994 г., согласно нормативным документам, на базе ГУ ЯРНД было открыто отделение неотложной помощи, рассчитанное на 15 коек.

Нами проведен анализ алкогольных психозов среди мужчин за 1995—2003 г., по данным отделения неотложной помощи.

Из рис. 2 видно, что всего в отделение было госпитализировано с алкогольными психозами 1574 чел. Самое большое количество больных поступало в

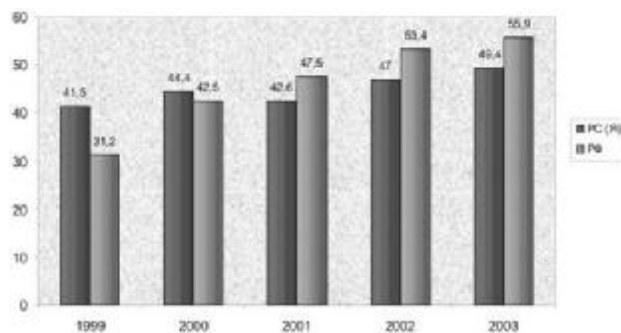


Рис. 1. Заболеваемость алкогольными психозами на 100 тыс. населения

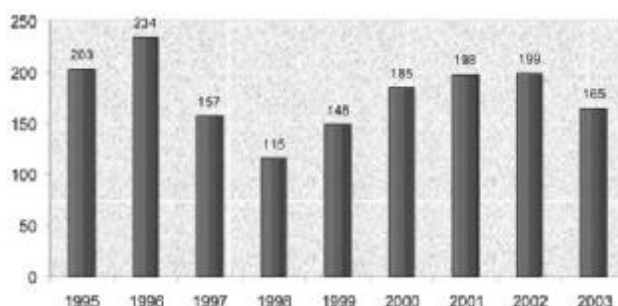


Рис. 2. Динамика показателя алкогольных психозов по данным ЯРНД (абс.)

1995—1996 гг. (203—234 чел.), в 1997—1998 г. количество больных с алкогольными психозами резко снизилось. В последующем с 2000 г. по 2002 г. вновь постепенно увеличивалось количество больных, а с 2003 г. имеется тенденция к снижению.

Процентные соотношения по типам психозов представлены на рис. 3.

Из рис. 3 видно, что с убывающей частотой наблюдаются: алкогольный галлюциноз — 68%, алкогольный делирий — 28%, острая алкогольная энцефалопатия — 3% и алкогольный параноид — 1%.

Из диаграммы на рис. 4, где представлена удельная частота случаев алкогольного делирия по годам, в различных по возрастному составу группах, видно, что самое большое количество делириев наблюдается у больных в возрасте 30—39 лет и 40—49 лет.

*Клинический пример.* Больной «Н», 1971 г. рождения, якут, образование среднее, не работает, холост. ДЗ: Алкогольный делирий. Из перенесенных заболеваний: ничем раньше особо не болел. Впервые попробовал алкоголь в 10-м клас-

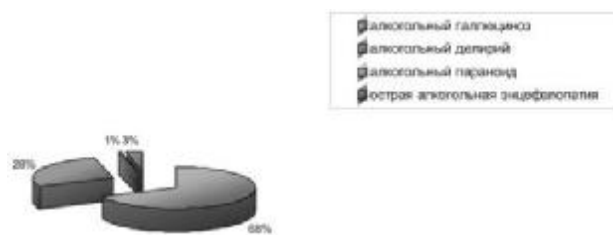


Рис. 3. Структура и соотношение алкогольных психозов у больных алкоголизмом мужчин



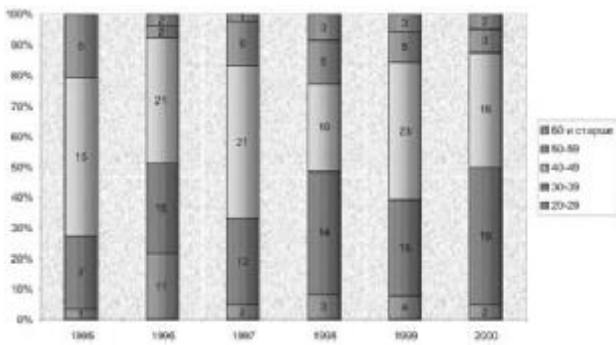


Рис. 4. Показатели частоты алкогольных делириев по возрастным группам в динамике 1995–2000 г.

се на дискотеке. Злоупотребляет с 21 года, опохмеляется с 28 лет, запои с длительностью до 15 дней. Толерантность до 1 бутылки водки. Лечился от алкоголизма в 1999 г., находился в ремиссии больше одного года. На этот раз в запое находился в течение 2 недель, два дня не пил, на третий нарушился сон, появились тревога, страх. К вечеру испытывал слуховые обманы восприятия: слышал голоса знакомых, незнакомых, разного содержания, когда закрывал глаза, видел «дьяволов, рыцарей, древних людей», стал беспокойным, в последующем дезориентировался в месте, времени, уставившись в одну точку, бессвязно разговаривал с мнимыми собеседниками, что-то обирал в постели. Проведено дезинтоксикационное, седативное лечение, витаминотерапия, ноотропы, симптоматическое, сенсбилизирующее с последующим пролонгированным методом лечения, психотерапия. Проведено 20 койко-дней. Выписан в удовлетворительном состоянии с восстановленной критикой, с установкой на трезвость.

На рис. 5 представлена динамика частоты случаев острого алкогольного галлюциноза с 1995 г. по 2003 г. Количество больных колеблется от 73 до 164 чел. в год. Если сравнить первые два года и последние 2 года, то отмечается снижение динамики. Самое большое количество больных наблюдается в возрасте 30–39 лет и 40–49 лет, но в динамике последние годы отмечается снижение числа алкогольных галлюцинозов в данных возрастных группах. А в возрастной группе 20–29 лет наблюдается в динамике возрастание числа случаев алкогольных галлюцинозов.

**Клинический пример.** Больной «Ж» 1977 г. рождения, русский, образование среднее, работает водителем в ЧП. Доставлен скорой помощью впервые в жизни. Рос и развивался соответственно возрасту. Окончил 10 классов, от-

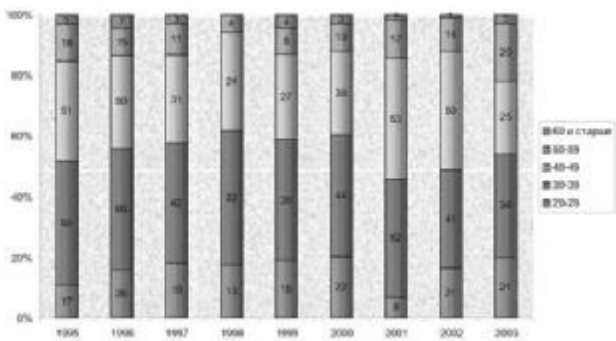


Рис. 5. Показатели алкогольных галлюцинозов по возрастным группам

служил в рядах СА, окончил автошколу. Ранее перенес сотрясение головного мозга. Был женат, разведен 2 года назад по причине пьянства, имеет одного ребенка, в настоящее время живет с отцом. Алкоголь начал употреблять с 17 лет, амнестический синдром с 23 лет, синдром похмелья, запойное пьянство с 25 лет, с продолжительностью в течение недели. Толерантность до двух бутылок водки. На этот раз после очередного запоя находился в перерыве два дня, нарушился сон, стал вести себя неадекватно, от чего-то настораживался, к чему-то прислушивался, высказывался о том, что его могут убить. Родным говорил, что его зря госпитализируют, что слышит голоса больных, шушуканье о нем «сегодня есть, завтра нет». В отделении получил дезинтоксикационное, психотропное, седативное, витаминотерапию, в последующем с признаками улучшения состояния, восстановлением критики, с установкой на дальнейшее лечение переведен в плановое отделение. Провел в ЯРНД 10 койко-дней.

По диаграмме из рис. 6 видно, что намного реже у больных алкоголизмом мужчин встречается алкогольный параноид: от 1 до 8 чел. в год, в основном в возрастной группе 40–49 лет.

**Клинический пример.** Больной «Ч» 1957 г.р., якут, образование среднее специальное. ДЗ: Алкогольный параноид. Окончил 9 классов, затем курсы бухгалтеров. В школе учился хорошо, в 10-м классе переболел туберкулезом, в армии не служил. Работал бухгалтером, строителем на стройке, разнорабочим. В последние 3 года нигде не работает, живет один, два года назад развелся с женой. Алкоголь начал употреблять с 22 лет, опохмеляется, пьет запоями с 29 лет, запои длительные. Толерантность до одной бутылки водки, отмечается снижение толерантности, изменился характер опьянения, в пьяном состоянии агрессивный. В последнее время родные заметили изменения в поведении: стал замкнутым, никого домой не пускает, сидит с топором, говорит родным, что его хотят убить, просит сообщить в милицию, боится выходить из дома, оставаться один, в отделении на всех смотрит с подозрением, ни с кем не общается, говорит, что кто-то за ним следит, гоняется, больше находится в пределах постели, общий фон настроения снижен. Ночью спит с лекарствами, но чувство сна отсутствует. В отделении получил дезинтоксикационное, витаминотерапию, симптоматическое, психотропное, антидепрессанты, седативное. Провел 42 койко-дня. Состояние улучшилось, успокоился, восстановилась критика, сон, улучшилось настроение.

Из рис. 7 видно, что в связи с массивной алкоголизацией стали встречаться такие тяжелые осложнения, как алкогольные энцефалопатии. Наблюдались в 49 случаях,

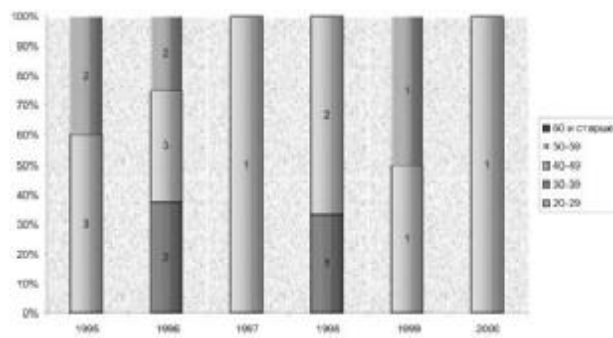


Рис. 6. Показатели алкогольных параноидов по возрастным группам

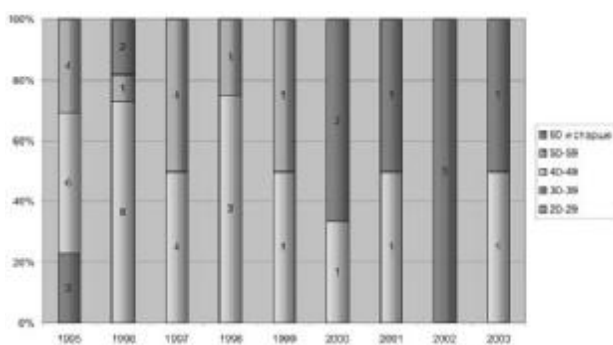


Рис. 7. Показатели острых алкогольных энцефалопатий по возрастным группам

хотя отмечается снижение в динамике. Больше всего встречается в возрасте от 40 до 49 лет и от 50-59 лет. Особенно заметно больше было в 1995—1996 гг.

*Клинический пример.* Больной Б. 1945 года рождения, образование среднетехническое. Диагноз: Острая алкогольная энцефалопатия, полинейропатия, корсаковский синдром. Рост и развивался соответственно возрасту. После 9-го класса окончил техническое училище, работал мотористом. В настоящее время дворник. Страдает хроническим бронхитом, был женат, жена умерла 3 мес. назад. Алкоголем злоупотребляет с 25 лет, опохмеляется, запои бывают до трех недель, толерантность до одной бутылки водки. Ранее от алкоголизма не лечился. Последние запои продолжались в течение 3 мес. после смерти жены. Затем нарушился сон, стал отмечать слуховые обманы восприятия, перешел в делириозное состояние, перестал самостоятельно передвигаться, появились патологические неврологические знаки: косоглазие, патологические рефлексы Бабинского, Россолимо, температура поднялась до 38—39°С, состояние после просветления вновь периодически ухудшалось. Получил дезинтоксикационное, витамины, ноотропы, антибиотики, сосудорасширяющее, метаболическое, седативное, симптоматическое. В динамике состояние улучшилось, стал самостоятельно двигаться, полностью обслуживать себя, появилась критика, но отмечается забывчивость, снижение интеллекта. Проведено 60 койко-дней.

Клинико-статистическая и социальная характеристика больных мужчин с алкогольными психозами дана в табл. 6 за 2001—2003 гг. Как видно из таблицы, преобладают по национальному составу якуты и русские. С высшим образованием — 6,5%, остальная часть — со средним образованием. На тяжесть алкогольной болезни указывает значительное снижение социального статуса госпитализированных больных. Трудовой деятельностью заняты 33 % больных.

### Принципы лечения алкогольных психозов

Лечение алкогольных психозов проводится по общепринятому принципу. Современная тактика лечения, особенно острого алкогольного делирия, независимо от степени его тяжести предусматривает проведение форсированного диуреза (применение массивной инфузионной терапии в объеме 40—50 мл/кг под контролем АД, электролитного баланса, сахара крови и диуреза). Во всех случаях следует помнить о необходимости восполнения электролитных потерь, метаболических нарушений, витаминного обмена, поддержания состояния сердечно-сосудистой, дыхательной выделительной систем, об улучшении мозгового кровообращения, о мероприятиях, направленных на профилактику гипоксии и отека головного мозга. Препаратами выбора для купирования алкогольных психозов, как и многие авторы, считаем группы бензодиазепинов, из психотропных предпочтение отдается галоперидолу с корректорами. При тяжелых делириях, острых алкогольных энцефалопатиях введение нейролептиков противопоказано. Конкретный выбор препаратов и растворов для инфузионной, лекарственной, немедикаментозной терапии должен осуществляться с учетом имеющихся в каждом конкретном случае нарушений.

### Выводы

1. По данным ЯРНД, наблюдается постепенный, но неуклонный рост алкогольных психозов.
2. В сравнительном аспекте с РФ заболеваемость алкогольными психозами в РС(Я) увеличивается менее интенсивно в период с 1999 по 2003 гг.
3. По данным отделения неотложной помощи ЯРНД, наиболее часто наблюдается алкогольный галлюциноз, затем алкогольный делирий, значительно реже — алкогольный параноид и в единичных случаях острые алкогольные энцефалопатии Гайе—Вернике.
4. В отделении неотложной помощи проводится полный курс медикаментозного лечения алкогольных психозов.
5. Обращает на себя внимание низкий социальный уровень больных алкогольными психозами, которые не имеют постоянного местожительства, постоянной работы и нередко необходимых документов.

### Список литературы

1. Иванец Н.Н. Лекции по наркологии. — М., 2000.
2. Снежневский А.В. Справочник по психиатрии. — М., 1985.
3. Малин Д.И., Медведев В.М. Клиническая наркология. — М., 2003.
4. Фридман Л.С., Флемин Н.Ф., Роберте Д.Г., Хайцман С.Е. Наркология. — М., 1998.
5. Шабанов П.Д. Руководство наркологии. — М., 1998.

# Диспансерный учет наркологических больных в зависимости от хозяйственно-производственной деятельности районов Республики Саха (Якутия)

КАТЫШЕВЦЕВА П.А.  
ТАЗЛОВА Р.С.  
БЕЛОЛЮБСКАЯ Р.М.

гл.врач Якутского республиканского наркологического диспансера, Республика Саха (Якутия)  
д.м.н., профессор, зав. Курсом психиатрии и наркологии ЯГУ, Республика Саха (Якутия)

**В** настоящее время в составе Республики Саха (Якутия) имеются 35 районов, из них 13 сельскохозяйственных и 22 промышленных, смешанных, городских.

В сельскохозяйственных районах население в основном занимается оленеводством, мясо-молочным производством, пушным промыслом, рыболовством, а также национальными ремеслами. В данных районах проживают в основном коренные жители Якутии, всего среднегодовое население составляет 176 144 чел., т.е. около 18% от общего количества жителей Якутии.

На рис. 1 представлена болезненность алкоголизмом в сельских районах РС (Я). Как видно из рис. 1, болезнен-

ность по алкоголизму за последние 4 года имеет стабильные показатели, не превышающие общероссийский.

На рис. 2 представлена заболеваемость алкоголизмом в сельских районах РС (Я), которая более чем в 2 раза выше общероссийского уровня.

В табл. 1 представлены болезненность и заболеваемость алкоголизмом по сельским районам. Достаточно высокие показатели болезненности, превышающие общероссийский, отмечаются в Жиганском, Момском, Эвено-Бытантайском, а также Сунтарском и Горном районах. Причем показатель заболеваемости превышает общероссийский уровень в Анабарском, Сунтарском, Таттинском районах — в 3 раза, в Амгинском — в 4 раза, в Жиганском — в 7 раз.

Таблица 1

Болезненность и заболеваемость хроническим алкоголизмом сельских районов РС (Я) за 2000—2003 годы (на 100 тыс. населения)

Наименование улусов	Болезненность				Заболеваемость				Ср/год насел. (чел.)
	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	
Амгинский	1491,1	14,93,9	1483,0	1170,0	135,7	176,4	322,4	423,3	17009
Анабарский	763,1	1157,3	972,5	1339,1	—	526,0	—	328,4	3958
Верхневилуйский	1199,0	1160,1	1192,9	1236,3	63,8	50,0	55,1	46,3	21597
Горный	2000,0	1990,4	2016,4	2043,7	185,6	148,4	201,6	264,3	11352
Жиганский	1937,5	1515,8	1886,2	2400,9	182,4	—	493,0	793,1	4665
Момский	2076,9	2214,9	2130,0	2010,1	113,7	291,4	118,3	97,6	5124
Намский	1381,1	1424,6	1505,1	1627,6	221,1	171,9	221,9	186,1	20952
Оленекский	1976,1	1773,9	1578,7	1442,9	23,4	23,7	23,6	—	4228
Сунтарский	2480,9	2578,9	25,29,3	2527,5	330,6	210,4	188,9	325,6	25796
Таттинский	823,8	901,1	657,7	652,7	101,8	56,7	34,0	317,8	17620
Усть-Алданский	808,0	902,9	781,6	771,9	307,1	138,6	122,0	73,5	21764
Чурапчинский	1659,7	1747,8	1823,3	1620,4	462,1	698,1	341,9	77,4	19378
Эвено-Бытантайский	1821,4	1563,1	1886,1	1850,1	106,0	690,7	332,8	111,0	2703
Всего	1515,7	1552,9	1531,2	1514,1	217,1	214,2	182,9	215,7	176144
РФ	1619,2	1520,2	1534,6	1562,7	130,6	140,1	154,4	104,3	

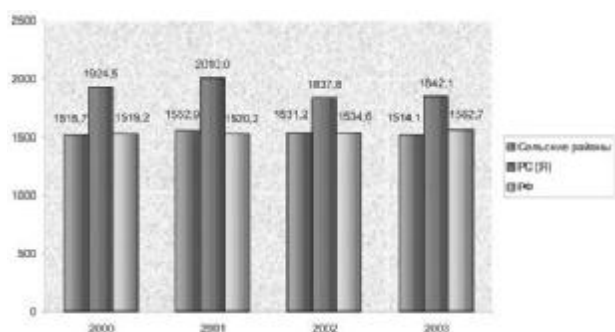


Рис. 1. Динамика болезненности хроническим алкоголизмом населения сельских районов РС (Я) в 2000—2003 гг.

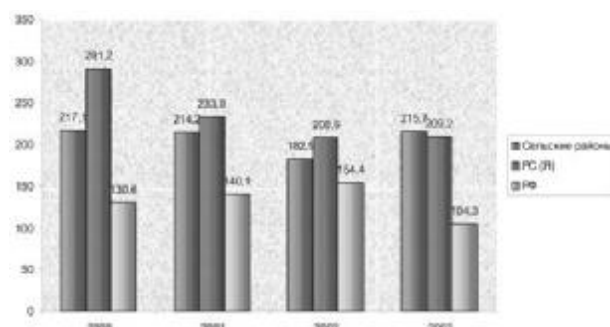


Рис. 2. Уровень заболеваемости хроническим алкоголизмом населения сельских районов РС (Я) в 2000—2003 гг.

Таблица 2

**Болезненность и заболеваемость хроническим алкоголизмом городских, промышленных и смешанных районов РС (Я) за 2000—2003 годы (на 100 тыс. населения)**

Наименование улусов	Болезненность				Заболеваемость				Ср/год насел. (чел.)
	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	
Абыйский	1320,7	1305,4	1198,0	1172,3	133,4	—	—	39,1	5118
Алданский	2164,4	1990,5	1966,4	1990,4	60,9	86,3	110,0	166,2	49337
Аллаиховский	1733,3	1960,8	1919,7	1982,5	—	68,4	—	23,6	4237
Булунский	2548,0	2569,1	2443,3	2480,6	130,9	97,7	161,5	82,3	9716
Верхнеколымский	2363,6	2298,7	2210,6	2085,2	—	123,4	177,5	283,6	5995
Верхоянский	1547,1	1635,3	1560,0	1621,9	136,1	235,4	118,0	101,4	14798
Вилуйский	1735,5	1731,9	1863,9	1895,8	90,5	100,8	185,7	81,5	28221
Кобяйский	1962,9	1834,1	1366,7	1447,8	6,1	118,5	121,3	175,3	15403
Ленский	1116,0	1171,3	1227,5	1310,7	172,6	150,1	167,2	219,2	42419
Мегино-Кангаласский	3881,4	3507,9	3567,8	2997,6	342,2	75,8	210,1	61,2	32660
Мирнинский	1456,1	1564,3	1322,5	1663,4	317,5	245,1	154,8	133,8	89696
Нерюнгри	840,5	1161,9	669,9	810,1	124,3	115,1	117,0	78,5	105796
Нижнеколымский	2243,9	1968,1	2025,6	1067,4	227,8	—	—	355,8	7589
Нюрбинский	2447,6	2540,2	2881,1	2645,5	121,8	98,0	158,0	182,3	26876
Оймяконский	1937,5	2149,2	2180,6	2322,0	249,4	307,9	249,0	119,6	15892
Олекминский	2752,5	2930,6	2846,8	2916,1	371,2	418,2	428,7	188,1	28703
Среднеколымский	2276,5	2384,5	2750,9	3689,2	159,1	106,5	289,0	469,2	9325
Томпонский	1063,9	1141,8	1265,3	1266,3	96,2	76,1	124,2	142,0	16900
Усть-Майский	2167,7	2171,7	2057,7	1827,3	—	—	—	—	14995
Усть-Янский	1788,0	2868,0	3122,9	2776,8	12,8	895,0	481,5	301,2	13613
Хангаласский	1445,0	2062,1	1521,4	1589,6	279,6	193,8	404,9	129,8	34662
Якутск	2804,0	2718,3	2350,5	2261,0	636,4	400,8	298,8	336,7	234010
Всего	1998,7	2109,9	1904,9	1913,7	304,0	237,2	214,3	207,8	805956
Итого по РС (Я)	1924,5	2010,0	1837,8	1842,1	291,2	233,0	208,6	209,2	
РФ	1519,2	1520,2	1534,6	1562,7	130,6	140,1	154,4	104,3	



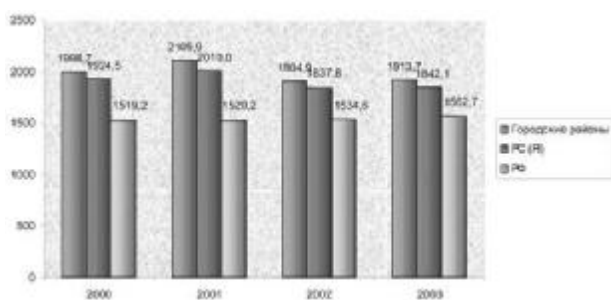


Рис. 3. Болезненность хроническим алкоголизмом населения городских, промышленных районов РС (Я) в динамике 2000–2003 гг.

В ряде районов (Анабарском, Жиганском, Оленекском и других) в некоторые годы в связи с отсутствием врача-нарколога заболеваемость вообще не регистрировалась.

Таким образом, заболеваемость алкоголизмом в сельских районах характеризуется как высокая, а в некоторых даже сверхвысокая. Последнее обстоятельство, несомненно, связано с бесконтрольным ввозом и продажей спиртных напитков на этих территориях, отсутствием культурного досуга жителей, безответственностью, а иногда и прямым попустительством пьянству местных властных структур.

В рис. 3 представлена болезненность алкоголизмом городских, промышленных и смешанных районов Республики Саха (Якутия), где проживают 805 956 чел., или 82% населения Республики. Как видно из рис. 3, уровень болезненности алкоголизмом населения городских и промышленных районов РС (Я) также выше общероссийского.

На рис. 4 представлена заболеваемость алкоголизмом в городских, промышленных районах, из которого видно, что и заболеваемость выше общероссийского уровня в 2 раза.

В г. Якутске с пригородными населенными пунктами обеспечена наиболее совершенная организационная структура наркологической помощи населению, поэтому эта территория является эталонной. Из табл. 2 видно, что болезненность по г. Якутску с пригородными населенными пунктами несколько превышает общероссийский показатель. При этом заболеваемость в 3 раза выше общероссийского уровня, т.е. заболеваемость не соответствует болезненности, что связано с несовершенством законода-

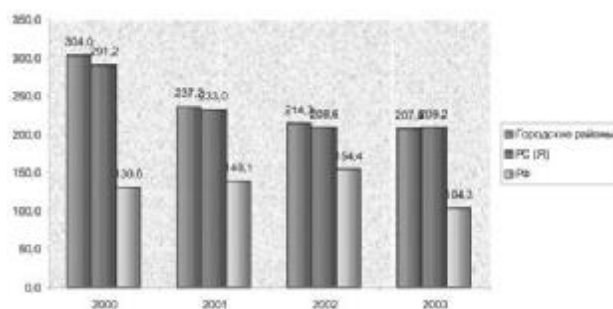


Рис. 4. Заболеваемость хроническим алкоголизмом населения городских, промышленных районов РС (Я) в динамике 2000–2003 гг.

тельной базы по диспансерному учету (по обращаемости). В целом ряде районов имеются высокие показатели болезненности (Булунский, Мегино-Кангаласский, Нюрбинский, Среднеколымский и другие), и в то же время низкие показатели заболеваемости не соответствуют высоким показателям болезненности (Абыйский, Аллаиховский, Булунский и другие), что указывает на недостаточный диспансерный учет заболеваемости.

Традиционно считалось, что в сельских районах заболеваемость алкоголизмом ниже, чем в городских, промышленных и смешанных районах Республики. Однако, в настоящее время сельские районы по заболеваемости сравнялись с городскими, а в ряде сельских районов отмечается сверхзаболеваемость.

Таким образом, следует указать, что наркологическая ситуация в подавляющем большинстве районов не просто напряженная, а кризисная, требующая принятия Правительством РС (Я) неотложных мер по ограничению ввоза, производства и продажи спиртных напитков, организации культурного досуга населения, принятию административных мер к нерадивым руководителям районов.

### Список литературы

1. Годовые отчеты ЯРНД за 2000–2003 гг.
2. Кошкина Е.А., Киржанова В.В. Основные тенденции распространенности наркологических расстройств в Российской Федерации в 2002 г.// Психиатрия и психофармакотерапия. — 2004. — № 4. — С. 140–142.

# Сравнительный анализ эпидемиологических показателей наркомании в Мирнинском районе Республики Саха (Якутия) за 1992 и 2002 годы

КАТЫШЕВЦЕВА П.А.	гл.врач Якутского республиканского наркологического диспансера, Республика Саха (Якутия)
ПРОТОДЬЯКОНОВ А.П.	к.м.н., рук. территориального управления Федеральной службы в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Республике Саха (Якутия)
ЧАХОВА Н.Д.	ведущий специалист территориального управления Федеральной службы роспотребнадзора по Республике Саха (Якутия)
ПЕЩЕРСКАЯ Е.К.	врач-нарколог амбулаторной службы центральной районной больницы, г. Мирный

**Цель исследования** — изучение распространенности наркомании в Мирнинском районе, сравнив 1992 и 2002 гг. и ВИЧ-инфекции в популяции наркоманов Мирнинского района Республики Саха.

Методы исследования:

1) анализ медицинской документации Якутского республиканского наркологического диспансера, Мирнинского районного наркологического диспансера 1992 и 2002 гг.;

2) анализ карт эпидемиологического обследования очагов ВИЧ-инфекции ФГУ «ЦГСЭН в Мирнинском районе РС(Я)» за 2002 г.

## Результаты

1. В 1992 г. в Мирнинском районе на учете состояло 12 лиц, с диагнозом *наркомания*, в том числе с инъекционным потреблением 4 или 30%, остальные больные — с гашишной наркоманией. По возрасту 67% составляли лица до 30 лет. Женщин среди больных не было. Больные проживали в двух населенных пунктах района: г. Мирный (6 больных) и Удачный (6 больных). Число больных наркоманией в Мирнинском районе в 1992 г. составило 12,5 на 100 тыс. населения, в РС(Я) — 11, в РФ — 22.

В 2002 г. учтено 307 больных наркоманией, из них 271, или 88,3% — внутривенно вводящие потребители наркотиков (ВВПН). Доля больных с гашишной наркоманией составила 11,7%. Наиболее поражена возрастная группа до 30 лет — 79,8%. Больные проживали в трех городах (Мирный, Айхал, Удачный) и шести поселках. Женщины составили 14%, причем все ВВПН. Число наркоманов на 100 тыс. населения составило 344,6, что превышало аналогичный показатель в Республике (75,7) в 4,5 раза, в РФ (225,3) в 1,5 раза.

Распределение приведенных показателей в разрезе отдельных населенных пунктов неоднородно. Наибольшее количество больных наблюдалось в г. Мирный (включая пп. Новый, Заря, Тас-Юрях) — 181, или 58,9% от общего числа (486,6 на 100 тыс. населения); в г. Айхал — 34, или

11,1% (209,9); в г. Удачный — 84, или 27,4% (459,0); в п. Чернышевский — 6 или 1,95% (90,9); в п. Светлый — 1, или 0,3% (20,4); в п. Алмазный — 1, или 0,3% (45,5).

Потребители инъекционных наркотиков (ПИН) из состоящих на диспансерном учете составили в г. Мирный — 87,8%; в г. Айхал — 97,1%; в г. Удачный — 98,8 %, в п. Чернышевский — 67%.

Больных в возрасте до 30 лет: в г. Айхал — 30, или 88,2%; в г. Удачный — 72, или 85,7%, в том числе в возрасте 18—19 лет — 5, в возрасте 15 лет — 3 (из них 2 женщины); в г. Мирный — 67,2%, в том числе 16—17 лет — 2, 18—19 лет — 15 чел.

Распределение по полу: женщин в Айхале — 4, или 11,76%; в г. Удачный — 21, или 25%, из них более половины (57,1%) инфицированы ВИЧ; в г. Мирный — 18, или 9,5%, причем 83,3% — до 30 лет.

Из ныне состоящих диспансерных больных, страдающих наркоманией, 6,8% учтено за период с 1993—1996 гг.; 25,7% — за период 1997—1999 гг.; 67,1% — за 2000—2002 гг. Эти данные свидетельствуют о темпах нарастания заболеваемости наркоманией за последние годы.

2. Результаты анализа эпидкарт показали, что в 1992 г. ВИЧ-инфекция не регистрировалась. В 2002 г. на ВИЧ обследовано 86,9% учтенных наркоманов. Инфицированность ВИЧ-инфекцией этой группы лиц Мирнинского района в среднем составила 26,9% из числа обследованных, в т.ч. популяция наркоманов г. Айхала поражена ВИЧ на 64,7%; г. Удачного — на 39,3%; г. Мирного — на 9%.

## Заключение

Распространение наркомании в Мирнинском районе Республики Саха (Якутия) отражает характерные тенденции эпидемического процесса в целом по стране. За истекшее десятилетие произошло не только количественное увеличение распространения наркомании, но и качественное изменение ее характеристик: увеличение доли ВВПН, вовлечение женщин, подростков; высокая распространенность ВИЧ-инфекции в популяции наркоманов.

# Скрининговое обследование наркоманов на ВИЧ за период наблюдения ВИЧ-инфекции на территории Республики Саха (Якутия) (1996-2003 гг.)

**СОБАЧЕВСКИЙ А.А.** врач-эпидемиолог, Якутский республиканский Центр по профилактике и борьбе со СПИДом, Республика Саха (Якутия)

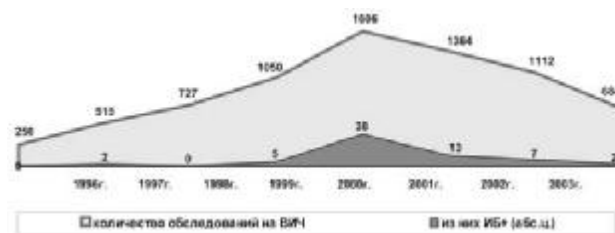
**ЯКОВЛЕВ П.Н.** д.м.н., зам. гл. врача Якутский республиканский Центр по профилактике и борьбе со СПИДом, Республика Саха (Якутия)

**А**нализ скринингового обследования населения на ВИЧ на территории Республики Саха (Якутия) за все годы наблюдения ВИЧ-инфекции показал, что направление на обследование на ВИЧ-инфекцию необходимо проводить более обоснованно.

До 2000 г. направление на обследование на ВИЧ в ЛПУ проводилось по принципу «чем больше, тем лучше». В 1999 г. объем обследований достиг 27,4% от проживающего населения, из них плановые обследования составляли только 8,0%, и обследование «групп риска» — 8,1%, в то время как обследование по прочим причинам (код 118) достигало 54,0%. Как показывали многочисленные проверки лечебно-профилактических учреждений, направление на обследование на ВИЧ по прочим причинам (код 118) проводилось необоснованно (при направлении на санаторно-курортное лечение; на прием к стоматологу; на хирургическое вмешательство; на любую госпитализацию; в дом престарелых, дом ребенка; при поступлении в вуз и т.д.).

Специалистами Якутского республиканского центра по профилактике и борьбе со СПИДом проводилась большая организационно-методическая работа по обоснованности направления на обследование на ВИЧ клиници-

стами лечебно-профилактических учреждений: было подготовлено 2 Приказа Министерства здравоохранения Республики Саха (Якутия) ( в 1999 и 2000 гг.), осуществлялись проверки ЛПУ, готовились и рассылались инструктивно-методические письма, проводились семинарские занятия со специалистами ЛПУ, ежеквартально проводился анализ скрининга по результатам отчетной формы № 4 по всем административным территориям с обязательным доведением результатов работы до специалистов ЛПУ.



Результаты скринингового обследования на ВИЧ больных наркоманией на территории РС (Я) за все годы наблюдения

Объем скринингового обследования населения РС (Я) на ВИЧ

1996 г.	1997 г.	1998 г.	1999 г.	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.
21,3%	24,9%	26,1%	27,4%	26,1%	16,4%	15,1%	15,4%

Эпидемиологический мониторинг количества ВИЧ-инфицированных граждан в РС (Я) на 01.12.2004 г.

№ п/п	Район	Выявлено ВИЧ (граждане РФ + иностранцы)	Установленный внутривенный путь заражения	%
1	Алданский	11	3	27,3
2	Ленский	63	51	81,0
3	Мирнинский	201	133	66,2
4	Нерюнгринский	56	30	53,6
5	Оймяконский	33	21	63,6
6	Якутск	90	37	41,1
Итого		482	287	59,5

## Заболееваемость наркоманией в РС (Я)

№ п/п	Район	Абсолютное число			На 100 тыс. населения			Относительное увеличение (+) или уменьшение (-), разы		
		2001 г.	2002 г.	2003 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.
1	Алданский	5	1	—	9,8	2,0	—	-1,97	-4,3	—
2	Ленский	10	5	5	22,4	11,5	11,8	+1,2	+1,4	+1,2
3	Мирнинский	67	38	34	76,4	42,6	37,9	+3,9	+5,0	+3,8
4	Нерюнгринский	30	10	14	28,3	9,4	13,2	+1,5	+1,0	+1,3
5	Оймяконский	7	1	—	40,7	6,1	—	+2,1	-1,4	—
6	г. Якутск	67	22	40	29,3	9,5	17,1	+1,5	+1,1	+1,7
По РС (Я)		192	84	98	19,4	8,5	10,0			

## Болезненность наркоманией в РС (Я)

№ п/п	Район	Абсолютное число			На 100 тыс. населения			Относительное увеличение (+) или уменьшение (-), разы		
		2001 г.	2002 г.	2003 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.
1	Алданский	18	16	14	35,3	32,0	28,4	-2,5	-2,3	-2,3
2	Ленский	45	31	31	100,8	75,0	73,1	+1,1	-1,01	+1,1
3	Мирнинский	298	307	297	339,8	344,4	331,1	+3,8	+4,6	+5,0
4	Нерюнгринский	69	73	72	65,1	68,9	68,1	-1,4	-1,1	+1,04
5	Оймяконский	28	27	24	162,6	164,0	151,0	+1,8	+2,2	+2,3
6	г. Якутск	389	257	175	169,8	111,1	74,8	+1,9	+1,5	+1,1
По РС (Я)		886	744	645	89,7	75,6	65,7			

## Расчетное количество обследований на ВИЧ на примере 2003 г.

№ п/п	Район	Фактическое количество обследований	Болезненность наркоманией (абс. числа)	Расчетное число обследований	%
1	Алданский	18	14	28	64,3
2	Ленский	30	31	62	48,4
3	Мирнинский	364	297	594	61,3
4	Нерюнгринский	67	72	144	46,5
5	Оймяконский	10	24	48	20,8
6	г. Якутск	163	175	350	46,6
Итого		652	613	1226	53,2



Проведенная работа позволила снизить объем скринингового обследования по поводу ВИЧ на территории РС(Я) до 15,1% в 2002 г. и до 15,4% в 2003 г. в основном за счет снижения необоснованного направления на обследование по коду 118 (прочие причины).

Незначительный рост объема обследований в 2003 г. произошел за счет увеличения числа обследования беременных женщин в связи с выходом Приказа МЗ РФ №50 об обязательном обследовании беременных женщин, плановых обследований и обследования иностранных граждан.

Обследования лиц «групп риска» (больные наркоманией, гомо- и бисексуалисты, больные ЗППП, контактные, лица в местах лишения свободы) в 2003 г. достигли 19,7% по сравнению с 1998 г. (8,0%).

Снижение числа серопозитивных и общего числа обследований по 102 коду произошло за счет снижения заболеваемости наркоманией.

При обследовании больных наркоманией показатель серопозитивных на 100 тыс. обследований составил: в 1997 г. — 388,3, в 1998 г. — 0, в 1999 г. — 476,2, в 2000 г. — 2366,1, в 2001 г. — 953,0, в 2002 г. — 629,5, в 2003 г. — 292,4.

Процент внутривенного пути передачи ВИЧ-инфекции среди выявленных инфицированных составил: Алданский — 27,3; Ленский — 81,0; Мирнинский — 66,2; Нерюнгринский — 53,6; Оймяконский — 63,6; г.Якутск — 41,1.

Длительность наблюдения и кратность обследования наркоманов, согласно временным инструктивно-методическим указаниям «Организация мероприятий по профилактике и борьбе со СПИД в РСФСР», утвержденным зам. министра здравоохранения Е.Н.Беляевым 22 августа 1990 г., составляет 1 раз в 6 мес. до снятия с учета.

#### **Выводы**

1. Скрининговое обследование парентерально вводящих наркотики наркоманов по анализируемым территориям РС(Я) проводится на низком уровне и охватило в 2003 г. в среднем 53,2 %.

2. Если учитывать требования приказа МЗ №295, где указано на необходимость обследования на ВИЧ не только пациентов с установленным диагнозом *наркомания*, а также с подозрением на заболевание, то кратность обследования данной категории населения как «группы риска» будет еще значительно ниже.

# Поведение подростков в период социальных и экономических изменений (по данным социологических исследований)

СЛЕЗКО Н.А.

врач отдела профилактики, Якутский республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИДом, Республика Саха (Якутия)

ЧЕРНЫХ Т.Г.

врач отдела профилактики, Якутский республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИДом, Республика Саха (Якутия)

Эпидемия ВИЧ-инфекции продолжает свой рост как на территории России, так и на территории Якутии. Если анализировать развитие эпидемии в Республике, то до 2003 г. рост числа ВИЧ-инфицированных, главным образом регистрировался среди инъекционных потребителей наркотиков; с 2003 г. активизировался половой путь передачи.

Сегодняшняя молодежь является наиболее уязвимой группой населения и очень быстро вовлекается в эпидемиологический процесс.

С целью изучения социального поведения молодежи Республики Якутским республиканским центром по профилактике и борьбе со СПИДом проведено социологическое исследование методом анонимного анкетирования. Данной работой был охвачен 1161 чел., их них 705 городских и 456 районных жителей. Возрастной диапазон опрошенных от 12 до 19 лет. Результаты социологического исследования показали:

1. Сексуальные контакты имели 43% опрошенных. Среди юношей половые контакты имеют 56%, среди девушек — 27%.

Начало половой жизни среди подростков — жителей города приходится в среднем на 13—14 лет, в районах — на 14—15 лет; 26% подростков, живущих половой жизнью, имели 3 и более половых партнеров, превалируют мальчики; 38% предпочитают постоянного полового партнера, в этой группе большинство составили девочки.

Мотивом первой половой близости 20% респондентов назвали любовь, из них большинство девушек. В 40% подростками движет обычное ребяческое любопытство, желание познать неизведанное, испытать себя, желание самоутвердиться.

При этом в зависимости от возраста выявляется следующая закономерность:

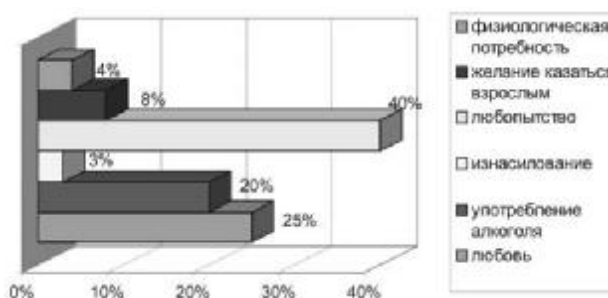


Рис. 2. Причины вступления в сексуальный контакт

в 13—14 лет ведущим мотивом сексуально-полового поведения выступает интерес, любопытство;

в 15—16 лет — жажда переживаний, физиологическая потребность;

в 17 лет и старше доминирует любовь.

Наиболее известным средством контрацепции является презерватив, который назвали 50% опрошенных как мальчиков, так и девочек; 25% девочек знают о гормональных контрацептивах.

На практике применяют презерватив, что наиболее приемлемо для подростков, меньше половины респондентов, следовательно, 65% подростков, живущих половой жизнью, имеют реальный риск заражения заболеваниями, передающимися половым путем (ЗППП), ВИЧ-инфекцией и др. При этом с возрастом частота использования презерватива увеличивается в городе на 11%, среди сельской молодежи на 2%.

2. Внутренний мир подростка весьма сложен и разнообразен, в этот период они самоутверждаются, доказывают взрослость, стараются перешагнуть черту, отделяю-

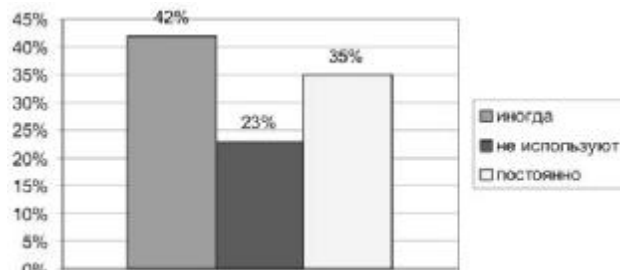


Рис. 1. Частота использования презервативов среди опрошенных

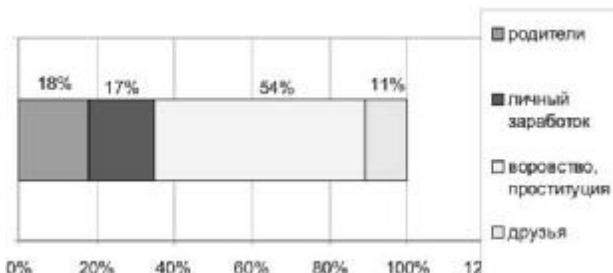


Рис. 3. Источник денег на приобретение наркотиков (среди употребляющих ежедневно или 2—3 раза в неделю)

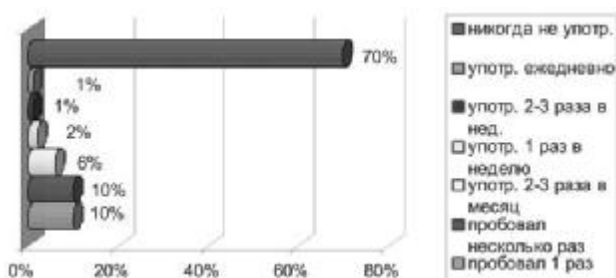


Рис. 4. Кратность потребления наркотических веществ среди респондентов

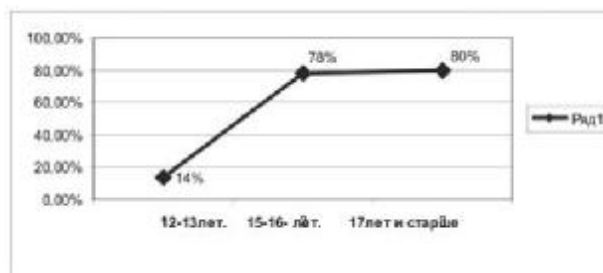


Рис. 6.

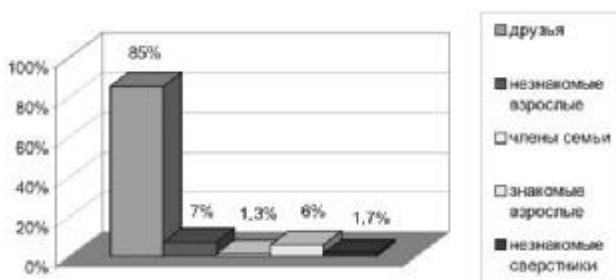


Рис. 5. Лица, предлагающие попробовать наркотики подросткам

щею подростка от взрослого, а употребление алкоголя, табака и наркотиков связано с самостоятельной взрослой жизнью.

Так, интерес к наркотикам у подростков возникает в возрасте 11–14 лет.

Уже в анкетах 12-летних школьников появляются утвердительные ответы о наличии друзей, употребляющих наркотики.

Из рис. 4 видно, что 30% респондентов знакомы с наркотиками по личному опыту. Среди опрошенных 41% имеют друзей и знакомых, которые употребляют наркотики. Доля потребителей наркотиков более высока среди 15–17-летних юношей; 4% респондентов употребляют наркотики еженедельно. Этим подростков уже можно записать в «профессиональные» наркоманы. Установлено, что патологическое пристрастие у подростков развивается быстрее, чем у взрослых. Как только подросток начинает употреблять наркотики, у него не только прекращается развитие, но и происходит деградация личности. Веду-

щим мотивом поведения является добыча средств на приобретение зелья, и чаще всего этим источником является воровство или проституция (рис. 5)

Подростковый возраст — это революция как для самого подростка, так и для его окружения. И часто взрослые — родители, педагоги — не хотят понять внутренний мир подростка, отторгая его, тогда подросток начинает искать понимание среди сверстников. Этому способствует и то, что его психика характеризует полное отождествление себя с группой и подчинение ей. Чаще всего (в 90%) подросток первый раз пробует наркотик «за компанию» и в 85% предлагают попробовать наркотики друзья.

В современной подростковой среде сегодня стало «модным» употреблять алкоголь. Так, 80% опрошенных употребляет алкогольные напитки, первое употребление относится к 11-летнему возрасту.

Исследование не выявило разницы между юношами и девушками: так, 82% юношей и 79% девушек ответили утвердительно относительно употребления алкоголя.

Это не отражает действительной картины потребления наркотиков и алкоголя среди подростков, но весьма настораживает. Молодежь подросткового возраста практикует достаточно рискованную модель поведения.

Быстрые социальные и экономические изменения в России и в нашей Республике, произошедшие за последние годы, повлияли на социальное поведение населения — это рост проституции, наркомании, алкоголизма, более раннее начало половой жизни у подростков при половых контактах с множеством партнеров и т.д. Все это является движущей силой эпидемического процесса, в результате которого заболеваемость ВИЧ-инфекцией приобрела массовый характер.

# Особенности эпидемиологического процесса наркомании и ВИЧ-инфекции в Оймяконском районе Республики Саха (Якутия)

**ПРОТОДЬЯКОНОВ А.П.** к.м.н., рук. территориального управления Федеральной службы в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Республике Саха (Якутия)

**КАТЫШЕВЦЕВА П.А.** гл.врач Якутского республиканского наркологического диспансера, Республика Саха (Якутия)

**ЧАХОВА Н.Д.** ведущий специалист территориального управления Федеральной службы Роспотребнадзора по Республике Саха (Якутия)

**Цель исследования** — изучение динамики заболеваемости наркомании в Оймяконском районе в 2000—2003 гг.: и распространенности ВИЧ-инфекции среди наркозависимых Оймяконского района в 2000—2003 гг.

## Материалы исследования

1. Анализ медицинской документации Якутского республиканского наркологического диспансера, наркологического кабинета Оймяконской центральной районной больницы в 2000—2003 гг.

2. Анализ карт эпидемиологического обследования очагов ВИЧ-инфекции ФГУ «ЦГСЭН в Оймяконском районе РС (Я)»

## Результаты

На 1 января 2000 г. на учете в наркологическом кабинете Оймяконской ЦРБ состояло 2 внутривенных потребителя наркотиков. Изменение ситуации наступило в марте 2000 г., когда у двух 18-летних пациентов хирургического отделения были обнаружены антитела к ВИЧ. При эпидемиологическом расследовании обстоятельств заражения было установлено, что молодые люди являются инъекционными потребителями психостимуляторов (эфедрона). При первом же обследовании контактных с ними лиц ВИЧ-инфекция была установлена у двух половых партнеров и трех партнеров по внутривенному введению наркотиков.

В связи с осложнением ситуации в районе были приняты меры по активному выявлению как ВИЧ-инфекции, так и наркомании. Во время рейдов милиции устанавливались лица, употребляющие наркотики, организовывалось их обследование на ВИЧ-инфекцию. По эпидемиологическим показаниям было принято решение о расширении контингентов, подлежащих обследованию на ВИЧ-инфекцию, врачи всех специальностей были привлечены к активному выявлению лиц, употребляющих наркотики.

Данные меры привели к выявлению в течение 2000 г. 23 лиц, больных наркоманией, и 22 случаев ВИЧ-инфекции. Всем выявленным наркоманам был выставлен диагноз *эфедроновая наркомания с внутривенным потреблением*. Данная нозоформа на территории Республики отмечается только в Оймяконском районе.

В 2000 г. число больных с диагнозом *наркомания*, установленным впервые в жизни, в Оймяконском районе составило 136,3 на 100 тыс. населения и в 3,8 раза превысило республиканский показатель (35,6). Число зарегистрированных наркоманов на учете в наркологическом кабинете Оймяконской больницы на 100 тыс. населения составило 142,0 и превысило аналогичный республиканский показатель (92,3) в 1,5 раза.

В основном это были молодые люди в возрасте до 30 лет — 22 чел., или 92%, в том числе подростков 17 лет — 2. Среди данного контингента преобладали неработающие — 18 чел., или 72%. Доля женщин составила почти треть больных — 25%. Инфицированность ВИЧ была установлена у 14 наркоманов, что составило 58,3% от всех состоящих на учете.

Число наркозависимых, состоящих на диспансерном наблюдении за период с 2001—2003 гг., варьировало от 142,0 до 164,6 на 100 тыс. населения.

Параллельно с высокой регистрацией наркомании в 2000 г. в Оймяконском районе был отмечен один из высоких уровней заболеваемости ВИЧ-инфекцией в Якутии, составил 113,5 на 100 тыс. населения и был в 8,7 раза выше республиканского показателя (13,1).

В течение 2001—2003 гг. распространенность ВИЧ-инфекции среди учтенных наркоманов составляла в 2001 г. — 57,14%; в 2002 г. — 48,2%; в 2003 г. — 45,8%. Полученные данные подтверждают опыт мирового сообщества о быстрой диффузии ВИЧ среди лиц, практикующих внутривенное введение наркотиков

За период 2000—2003 гг. на территории района всего выявлено 32 случая ВИЧ-инфекции, внутривенное потребление наркотиков в качестве фактора риска установлено у 27 ВИЧ-инфицированных, т.е. наркогенный путь заражения установлен в 84,4%, причем 10 инфицированных лиц с установленным внутривенным потреблением наркотиков остались вне пределов диспансерного наблюдения врача-нарколога, что служит косвенным признаком реальной распространенности наркомании, значительно превышающей статистические данные.

Установление ВИЧ-инфекции у пяти женщин, не употребляющих наркотики и не имеющих половых партнеров — инфицированных инъекционных наркоманов, свидетельствует о проникновении ВИЧ в благоприятные слои населения.

## Заключение

К особенностям эпидемического процесса в Оймяконском районе можно отнести параллельное выявление ВИЧ-инфекции и наркомании у лиц, практикующих рискованное поведение. Все состоящие на учете больные наркоманией являются в 100% внутривенными потребителями наркотиков (препаратов эфедры). Получены эпидемиологические данные о более широком распространении наркомании против официально установленной. Отмечена высокая распространенность ВИЧ-инфекции среди популяции наркозависимых, от 45,8 до 57,1%. В течение эпидпроцесса ВИЧ-инфекции можно ожидать второй волны гетеросексуальной передачи вируса от инъекционных наркоманов их половым партнерам.



# Алкоголизм женщин в Республике Саха (Якутия)

ГУСЯКОВА В.В.

врач психиатр-нарколог, зав. Амбулаторно-поликлиническим отделением,  
Государственное учреждение здравоохранения Республики Саха (Якутия), ЯРНД

Природой организм женщины предназначен для легкой миссии: вынашивания плода, кормления ребенка и воспитания детей. На протяжении длительного времени женщины своим поведением не давали повода для беспокойства, наоборот, они всегда были главной силой в борьбе с пьянством.

Но, как показывают клинико-эпидемиологические исследования практически во всех странах мира, доля женского алкоголизма неуклонно растет.

В табл. 1 представлены данные по распространенности женского алкоголизма в Республике Саха (Якутия) в динамике (1991—2003 гг.) и в Якутске за 30 лет с 1970 г., поскольку г. Якутск является эталонной территорией по оказанию медицинской помощи.

Отмечается опережающий рост женского алкоголизма по сравнению с мужским. Так, за 20 лет общий алкоголизм в абсолютных цифрах увеличился в 2 раза, а женский — в 3 раза. По отношению к алкоголизму мужчин женский алкоголизм возрос на 2—3% с учетом роста общего алкоголизма по Якутску.

По Республике Саха (Якутия) рост общего алкоголизма в абсолютных показателях на 4751 чел., а женского — на 1014 чел., т.е. в 1,5 раза, а по отношению к росту общего алкоголизма — на 2%.

Кроме общих причин возникновения заболевания алкоголизмом у женщин имеются дополнительные причины, которые носят социальный и личностный характер. В настоящее время изменился социальный статус женщины: она трудится наравне с мужчинами во всех сферах жизни, что делает ее независимой.

Женщина сталкивается со многими трудными вопросами, требующими ответственных решений, с чрезмерными нагрузками, и нередко она ищет релаксации в алкоголе, наравне с мужчинами. Существует мнение, что «женщина за свою эмансипацию расплачивается алкоголизмом». Большую роль играют факторы, заложенные в последние десятилетия в жизни общества: соблюдение «питьевных» обычаев, широкая доступность алкогольных напитков в любое время суток, терпимое отношение к пьющим женщинам.

Провоцирующим фактором пьянства женщин являются нарушение и нестабильность социальных связей: отсутствие семьи, безработица, потеря или отсутствие детей, вдовство, одиночество.

Несколько лет назад в ЯРНД лечились чаще всего женщины, имеющие доступ к спиртному в силу своей профессии (продавцы винных магазинов, официантки), а также жены наших пациентов, среди больных алкоголизмом женщин большинство не имело образования, профессии. В настоящее же время от алкоголизма лечатся женщины, имеющие одно и даже два высших образования, но не востребованные обществом.

Большое значение для развития алкоголизма имеют индивидуальные биологические и личностно-психологические преморбидные особенности женщины. В большей степени подвержены алкоголизации женщины с невротизацией, выраженной акцентуацией характера.

Большое значение для развития алкоголизма в целом и у женщин в частности имеют климатогеографические факторы. В последние годы эти вопросы широко изучаются (под руководством профессоров Тазловой Р.С., Кершенгольца Б.М.). Показано, что природно-климатические особенности на Севере создают предпосылки для развития алкоголизма в Якутии.

Особенности климатических условий Севера (холодный фактор, короткий световой день в зимнее время, туманы и т.д.) приводят к нарушению адаптационных механизмов в организме человека (теория стресса, сформированная Г.Селье, углубленно разработана для экстремальных территорий советскими учеными Л.Х.Гаркави, Е.Б.Квакиной, М.А.Уколовой (1979 г.)). К факторам, обуславливающим алкогольную зависимость, можно отнести и популятивно-генетическую особенность метаболизма этанола в организме у представителей коренного населения Республики Саха (Якутия).

Значительную роль в алкоголизации населения Якутии играет экономическая политика государства (огромный завоз спиртных напитков на Север, широкая реклама алкогольной продукции в СМИ, строительство новых промышленных объектов по выпуску алкогольных напитков).

Таблица 1

Динамика распространенности женского алкоголизма в сравнительном аспекте по годам

Показатели	РС (Я)				Якутск							
	1991 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	1970 г.	1980 г.	1981 г.	1999 г.	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.
Состояло на учете	15630	20391	18596	18663	2354	2470	2790	5570	6160	6226	5097	5291
Из них женщин	1949	2963	3125	3097	241	280	332	769	921	917	845	851
% женщин	12,4	14,5	16,8	16,5	10,2	11,3	12,0	15,6	14,9	14,2	14,6	16,8

Таблица 2

Численные данные по анонимному лечению в амбулаторно-поликлиническом отделении ЯРНД

Показатель	2002 г.	2003 г.	За 6 мес. 2004 г.
Общее число пролеченных больных	1150	1425	792
Из них женщин	103	163	121
% от всех пролеченных	9,0	9,0	15,2

Алкоголизация женщин наносит непоправимый вред обществу и прежде всего, в семьях. Ответственная за воспитание детей, пьющая женщина подает дурной пример своим детям, прививая им с детства ритуалы пьянства («питейные» обычаи, частые застолья, одиночное пьянство и т.д.).

Будучи беременной и продолжая злоупотреблять алкоголем, будущая мать наносит огромный вред своему будущему ребенку. Известно, что алкоголь через плаценту поступает в организм плода, вызывает у него зависимость даже в утробе матери. После рождения такой ребенок, лишившись алкоголя (если он не вскармливается грудью, где он получал бы у пьющей матери алкоголь через молоко), начинает проявлять симптомы отмены, своеобразную абстиненцию (постоянно возбужден, кричит, плохо спит, плохо ест и т.д.). В будущем, как было отмечено в литературе, такие дети трудно поддаются воспитанию и обучению, им плохо даются точные науки.

Течение алкоголизма у женщин имеет свои особенности. Женщины, страдающие зависимостью от алкоголя, чаще дают рецидивы, быстрее, по сравнению с мужчинами, «приходят» к финалу болезни, приобретая разрушающие изменения личности (деградируют) и теряют профессиональные навыки, их лечение также имеет некоторые особенности.

Женщины долгое время скрывают свое пьянство, пьют в одиночку или в «узком» кругу и обращаются за медицинской помощью к наркологу в более поздние сроки, что затрудняет успех лечения.

Трудности лечения кроются и в эйфоризирующем действии алкоголя, что имеет большую притягательную силу, и многие женщины с сожалением расстаются с пьянством. Кроме того, алкоголь является антистрессорным препаратом, и в семьях, где женщина подвергается наибольшему действию отрицательных факторов (одиночество, пьянство мужа, болезни детей и т.д.), создаются дополнительные трудности при лечении.

Наиболее успешно лечение проходит в анонимных условиях, которое проводится в ЯРНД с 2002 г. (табл. 2).

Результаты проводимого комплексного лечения больных алкоголизмом женщин выражаются в увеличении периодов ремиссии (свыше 0,5 года — у 43% пролечившихся) и снижении частоты соматоневрологических осложнений.

Положительную роль в лечении женщин играют социальные факторы (работа, где женщина востребована и пользуется уважением, семья, где ее ценят и любят, близкое окружение, состоящее из трезвенников).

#### Предложения

1. Выработать в обществе нетерпимое отношение к пьянству женщин.
2. Пропагандировать в каждой семье антиалкогольное воспитание.
3. Создать антирекламную пропаганду алкогольным напиткам на телевидении, особенно пива.
4. Ограничить продажу алкогольной продукции, запретить продажу спиртосодержащих напитков в районе учебных и лечебных заведений и в ночное время.
5. Активизировать работу по профилактике пьянства и алкоголизма на государственном уровне, в СМИ и органах здравоохранения.
6. Активизировать работу женсоветов по борьбе с пьянством.

#### Список литературы

1. Бабаян Э.А., Горнопольский М.Х. Алкоголизм у женщин. — 1981.
2. Воздвиженский А.И. Алкоголизм у женщин. — М.: Знание, 1989.
3. Кершенгольц Б.М. Эзимиологические аспекты алкогольных гепатитов и восприимчивость человека к этиловому спирту на Севере. — 1981.
4. Портнов А.А., Пятницкая И.Н. Женский алкоголизм. — 1972.
5. Тазлова Р.С. Саморазрушающие заболевания человека.
6. Штерева Л.В. Клиника и лечение алкоголизма у женщин. — 1976.
7. Энтин Г.Ш. Лечение алкоголизма и организация наркологической помощи. — 1979.