

Динамика алкогольных заболеваний по Южному административному округу г. Москвы за 1994—2004 гг.

КОПОРОВ С.Г.

к.м.н., главный врач наркологического диспансера №1 УЗ ЮАО, Москва

Проведен проспективный анализ данных по заболеваемости и болезненности алкоголизмом среди взрослых мужчин и женщин, а также подростков обоих полов за 11-летний период с 1994—2004 гг в Южном административном округе (ЮАО) г. Москвы. Подчеркивается существенный рост числа алкогольных психозов, рост процента больных алкоголизмом женщин. Выявлена тенденция ежегодного уменьшения длительности ремиссий и числа ремиссий свыше 1 года при общем снижении внимания к алкогольным проблемам вследствие приоритета решения проблем по неалкогольным наркоманиям. Выдвинут ряд рациональных предложений, касающихся положения о наркодиспансерах (в частности, вопросов учетности больных наркологического профиля, усиления медико-социальной работы и пересмотра статистических расчетов по ремиссиям, как показателя эффективности работы наркодиспансеров).

Население Южного административного округа г. Москвы обслуживает наркологический диспансер №1 УЗ ЮАО. За анализируемые 11 лет население округа снизилось с 1337 тыс. чел. в 1994 г. до 1283 тыс. чел. в 2004 г., в том числе подростковое население соответственно с 55,0 до 45,2 тыс. чел. (табл. 1).

Общее число больных, состоящих на диспансерном и профилактическом учете, в сумме по поводу алкогольных психозов, хронического алкоголизма и злоупотребления алкоголем в течение этого периода ежегодно снижалось — в абсолютных числах с 19 398 чел. в 1994 г. до 14 734 чел. в 2004 г., на 1000 чел. населения — соответственно с 14,5 до 11,5, т.е. на 20,7%. Число женщин, при этом, как в абсолютных цифрах, так и в отношении к мужчинам ежегодно продолжало возрастать, в абсолютных числах — с 2087 чел. (1994 г.) до 2487 чел. (2004 г.), в процентах ко всем состоящим — соответственно с 10,8 до 16,9%. Что касается подростков, как в абсолютных числах, так и на 1000 чел. подросткового населения значительный рост состоящих на диспансерном и профилактическом учете отмечается в 1996—1997 гг. — почти в 2 раза, с 391 чел. (7,2 на 1000 подросткового населения) в 1994 г. до 713—744 чел. (13,0—13,5 на 1000 подросткового населения) в 1996—1997 гг. Однако в дальнейшем число состоящих на учете подростков значительно снизилось и в 2002 г. составляло лишь 113 чел. (2,2 на 1000), но в 2004 г. вновь возросло до 353 чел. (7,8 на 1000 подростков), т.е. вернулось к уровню 1994 г. (табл. 1).

Уменьшение числа состоящих на диспансерном учете больных алкогольной патологией сопровождалось ростом числа больных различными формами наркотической зависимости, прежде всего опиоидной (героиновой). Число их возросло с 1031 чел. — 0,8 на 1000 населения в 1994 г. до 6882 чел. — 5,7 на 1000 чел. населения в 2001 г. и к 2004 г. несколько снизилось — до 4084 чел. — 3,2 на 1000 чел. населения. И если в 2001 г. эти больные составляли 32,7% от всех состоящих на диспансерном и профилактическом учете, то в 2004 г. — 21,7% (табл. 1). Эти данные соответствуют данным по России в целом и по субъектам Федерации [3, 4, 8—10, 16—20, 22].

При анализе заболеваемости и болезненности алкогольными психозами по Южному округу Москвы можно констатировать их высокий уровень: для впервые установленного диагноза — от 0,28 (1998 г. и 2004 г.) до 0,48 (1995 г.) и для состоящих на учете — от 0,35 (2004 г.) до

0,72 (2000 г.) (табл. 2, рис. 1, 2). Что, в целом, соответствует данным по России и по Москве [4, 8, 9, 17, 20, 22].

В период, предшествующий противоалкогольным мероприятиям 1985 г., впервые диагностированные алкогольные психозы составляли в среднем 0,20 на 1000 чел. населения, а состояло на диспансерном учете — 0,35. Потребление алкоголя составляло 13—14 л безводного алкоголя на душу населения в год. После осуществления противоалкогольных мероприятий 1985—1990 гг. потребление алкоголя снизилось до 8—10 л на душу населения в год. В эти годы резко сократилось число алкогольных психозов. На учет ежегодно бралось лишь 0,05—0,08 на 1000 чел. населения, а состояло на учете 0,11—0,15 чел., т.е. по сравнению с периодом, предшествующим противоалкогольным мероприятиям, снизилось в 3—4 раза [11—13].

Однако в послереформенный период потребление алкоголя в России быстро достигло уровня 1984 г., а в 1993—1994 гг. превысило его, остановившись на 14,3—14,6 л на душу населения в год [11—13, 20]. Одновременно в 3—4 раза увеличилось число алкогольных психозов, которое достигло максимума в 1995—1996 гг. Это четко иллюстрируется и по данным наркологического диспансера №1. В 1995—1996 гг. взято на учет больных алкогольными психозами 0,48—0,47 на 1000 чел. населения, а всего состояло на учете в 1996 г. — 0,72 (табл. 2, рис. 1, 2).

В последующие годы, несмотря на то, что потребление алкоголя на душу населения в год не превышало уровня 1984 г., в пределах 14,0—14,5 л [12, 20], число как впервые взятых на учет по поводу алкогольных психозов, так и состоящих на учете, оставалось стабильно высоким. При этом больные алкогольными психозами на протяжении 11 лет составляли значительный процент среди впервые взятых на диспансерный учет больных алкогольной патологией — от 20,3% (1994 г.) до 38,9% (2001 г.), что позволяет говорить о более тяжелом течении хронического алкоголизма в настоящее время по сравнению с дореформенным периодом.

Интерес также представляет динамика числа и процента женщин, состоящих на диспансерном учете по поводу алкогольных психозов и хронического алкоголизма за 11 лет. Если общее число больных за этот период снизилось с 18 122 чел. в 1994 г. до 14 183 чел. в 2004 г., т.е. на 21,7%, то число больных женщин за этот период увеличилось с 1997 чел. до 2439 чел., т.е. на 18,2%, что по отношению ко всем состоявшим на диспансерном учете

Таблица 1

Численность населения Южного административного округа г. Москвы и контингенты, состоявшие на диспансерном и профилактическом учете в НД №1 в 1994–2004 гг.

Годы		1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Все население ЮАО, в тыс. чел.		1337	1313	1310	1301	1270	1271	1296	1211	1280	1283	1283
В том числе подростки 15–17 лет, в тыс. чел.		55,0	55,0	55,0	55,0	55,0	50,3	52,6	51,9	52,1	50,5	45,2
Состояло на диспансерном и профилактическом учете по поводу алкогольных психозов, хронического алкоголизма, злоупотребления алкоголем	Абс.	19398	19151	19133	16003	15468	15575	14844	14134	14130	14945	14734
	На 1000 чел. населения	14,5	14,6	14,6	12,3	12,2	12,3	11,5	11,7	11,0	11,6	11,5
В том числе женщин	Абс.	2087	2141	2384	1892	1872	1917	1975	2034	2082	2212	2487
	% ко всем состоявшим на учете	10,8	11,2	12,6	11,8	12,1	12,5	13,3	14,6	14,7	14,8	16,9
В том числе подростков	Абс.	391	580	713	744	561	327	324	257	113	295	353
	На 1000 чел. населения	7,2	10,5	13,0	13,5	10,2	6,5	6,2	5,0	2,2	5,8	7,8
Состояло на диспансерном и профилактическом учете по поводу наркоманий, токсикоманий и злоупотребления наркотическими веществами	Абс.	1031	1211	1960	2557	3315	4043	4530	6882	3553	3760	4084
	На 1000 чел. населения	0,80	0,92	1,5	2,0	2,6	3,2	3,5	5,7	2,8	2,9	3,2
Всего состояло на диспансерном и профилактическом учете в 1994–2004 гг.	Абс.	20429	20368	21093	18560	18783	19618	19376	21016	17683	18705	18818
	На 1000 чел. населения	15,3	15,5	16,1	14,3	14,8	15,4	15,0	17,4	13,8	14,6	14,7
% состоящих на учете по поводу наркоманий, токсикоманий, злоупотребления наркотическими веществами от всех состоящих		5,0	5,9	9,3	13,8	17,6	20,6	23,4	32,7	20,1	20,1	21,7

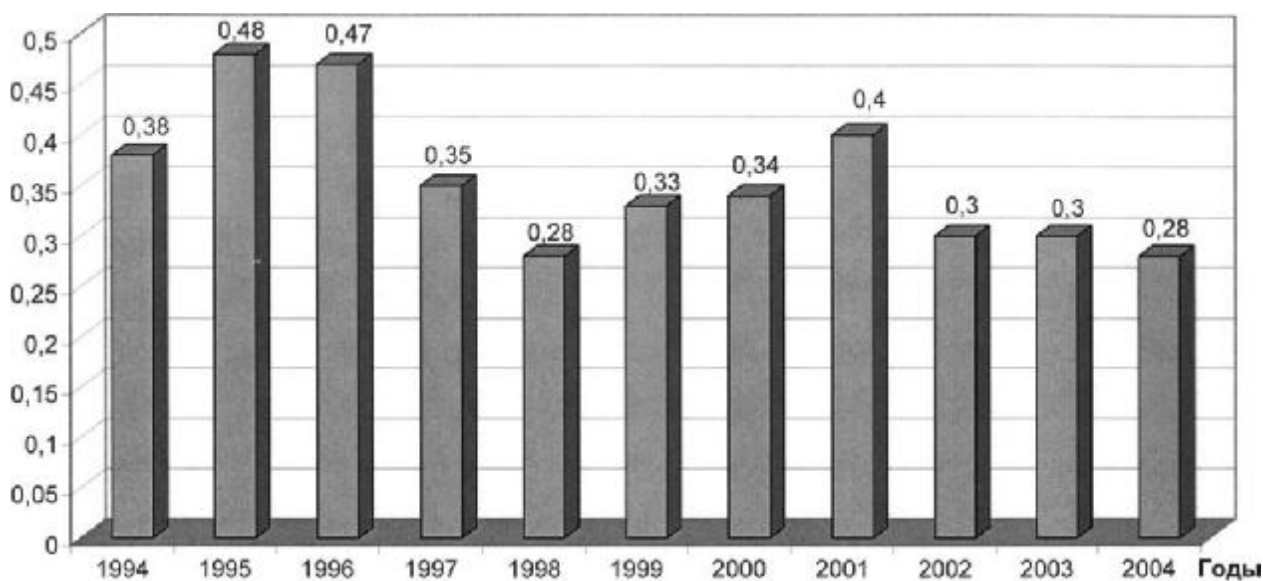


Рис. 1. Динамика заболеваемости алкогольными психозами по ЮАО за 1994–2004 гг. (на 1 тыс. чел. населения)

Таблица 2

Число больных алкогольными психозами и хроническим алкоголизмом (синдромом алкогольной зависимости), впервые взятых на учет и состоящих на диспансерном учете, и число лиц, состоявших на профилактическом наблюдении в связи со злоупотреблением алкоголем по НД №1 г. Москвы, в абсолютных числах и на 1000 чел. населения

Годы		1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Взято на диспансерный учет больных алкогольными психозами	Абс.	508	630	616	458	352	418	446	494	423	431	362
	На 1000 чел. населения	0,38	0,48	0,47	0,35	0,28	0,33	0,34	0,40	0,30	0,30	0,28
Состояло на диспансерном учете больных алкогольными психозами	Абс.	868	837	959	771	673	721	857	771	702	708	443
	На 1000 чел. населения	0,66	0,63	0,72	0,54	0,53	0,57	0,66	0,64	0,57	0,55	0,35
Взято на диспансерный учет с впервые установленным диагнозом «хронический алкоголизм»	Абс.	1990	1003	1189	927	812	921	815	825	932	1187	988
	На 1000 чел. населения	1,05	0,77	0,90	0,70	0,64	0,72	0,63	0,66	0,70	0,90	0,77
Всего состояло на диспансерном учете больных алкогольными психозами и хроническим алкоголизмом	Абс.	18122	17963	17930	14855	14675	14782	14304	13671	13837	14379	14183
	На 1000 чел. населения	13,7	13,6	13,6	11,4	11,6	11,6	11,0	11,3	10,8	11,2	11,1
В том числе женщин и % ко всем состоящим на диспансерном учете	Абс.	1997	2051	2206	1727	1776	1843	1902	1920	2017	2164	2439
	%	11,1	11,4	12,3	11,6	12,1	12,5	13,3	14,0	1,46	15,0	17,2
Состояло на профилактическом наблюдении в связи со злоупотреблением алкоголем	Абс.	1276	1194	1203	1148	793	509	540	463	293	566	551
	На 1000 чел. населения	0,98	0,92	0,93	0,88	0,62	0,40	0,42	0,40	0,23	0,44	0,43
В том числе женщин и % ко всем состоящим на профилактическом наблюдении	Абс.	90	90	178	165	96	72	73	114	65	48	34
	%	7,1	7,5	14,8	14,4	12,0	14,0	13,0	19,0	22,2	8,6	6,2
В том числе подростков и % ко всем состоящим на профилактическом наблюдении	Абс.	391	580	713	744	561	327	324	257	113	295	353
	%	30,7	48,5	59,3	64,8	70,7	64,2	60,0	42,9	38,6	52,1	62,3

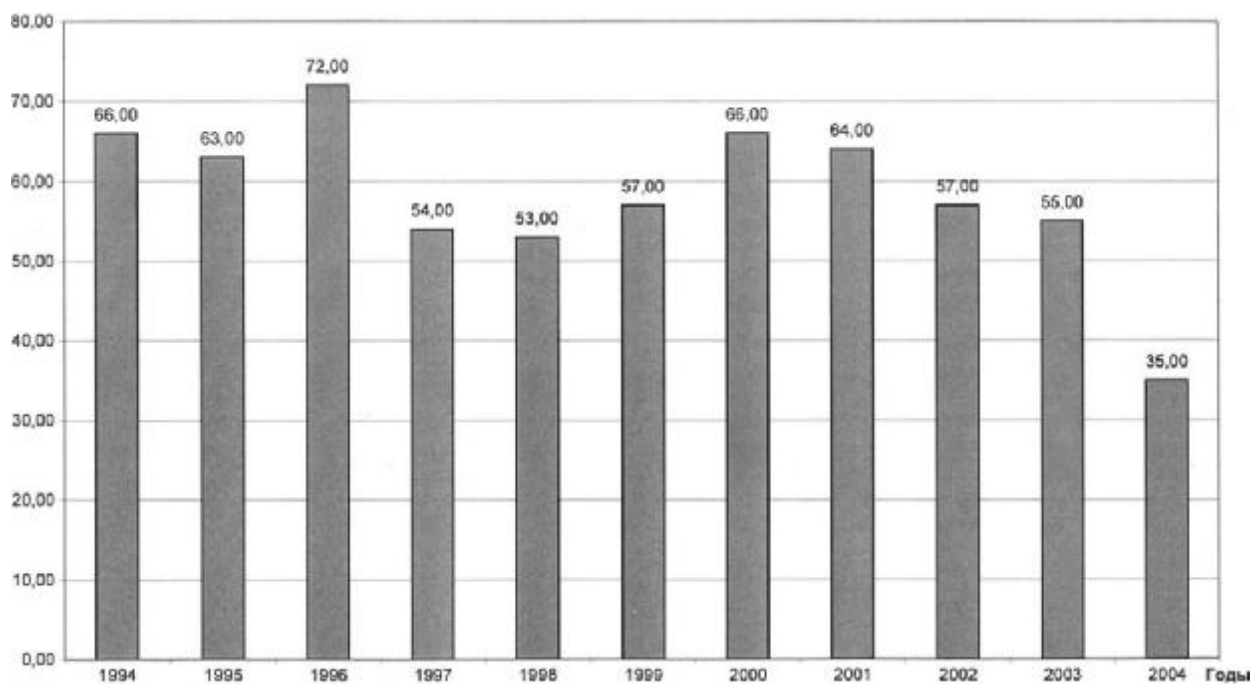


Рис. 2. Заболеваемость алкогольными психозами по ЮАО за 1994–2004 гг. (на 1 тыс. чел. населения)

Таблица 3

**Длительность ремиссий у больных алкоголизмом, состоявших на диспансерном учете.
Число снятых с учета больных алкогольными психозами и хроническим алкоголизмом,
в том числе по причине смерти**

Годы		1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Больные алкоголизмом в ремиссии от 1 года до 2 лет	Абс.	2397	2455	1395	1443	2038	1959	1844	1346	1893	1638	1544
	%	13,9	14,3	11,4	10,0	13,8	13,3	13,0	9,8	13,6	11,4	10,9
Больные алкоголизмом в ремиссии от 2 до 3 лет	Абс.	1582	1530	1795	1340	1019	2367	1268	964	1100	885	700
	%	9,2	8,9	10,3	9,0	7,0	16,0	8,9	7,1	8,0	6,2	4,9
Больные алкоголизмом в ремиссии свыше 3 лет	Абс.	613	323	286	743	395	460	541	340	210	86	120
	%	3,6	1,9	1,7	5,0	2,7	3,1	3,8	2,5	1,5	0,6	0,8
В сумме ремиссии свыше 1 года		4592	4308	3971	3526	3452	4786	3653	2650	3203	2609	2515
% к состоявшим на учете		26,7	25,1	23,2	24,0	23,5	32,4	25,7	19,4	23,1	18,2	16,6
Больные алкогольными психозами	Состояло/снято с учета	865/25	837/16	959/16	711/16	673/6	721/5	857/8	771/14	702/8	708/4	443/1
	% снятых от состоявших	2,9	1,9	1,7	2,3	0,9	0,7	0,9	1,8	1,1	0,6	0,2
	В том числе в связи со смертью	18	12	9	10	4	2	3	2	6	4	1
	% от состоявших	2,10	1,43	0,94	1,41	0,55	0,28	0,35	0,26	0,85	0,57	0,23
Больные хроническим алкоголизмом	Состояло/снято с учета	17254/1972	17126/1793	17039/1999	14144/2099	14002/1417	14061/1276	13447/1757	12900/1938	12670/1180	13836/1071	14377/1544
	% снятых от состоявших	11,4	10,5	11,7	14,8	10,1	9,1	13,1	15,0	9,3	7,7	10,7
	В том числе в связи со смертью	666	819	951	644	486	305	450	414	216	480	510
	% от состоявших	3,9	4,8	5,6	4,5	3,5	2,3	3,3	3,2	1,7	3,5	3,5
	% снятых в связи со смертью от всех снятых с учета	33,8	45,7	47,6	30,7	34,4	23,9	25,6	21,4	18,3	48,8	33,0

больным хроническим алкоголизмом и алкогольными психозами составило 11,1% в 1994 г. и 17,2% — в 2004 г. (табл. 2). Таким образом, можно констатировать как абсолютный, так и относительный рост хронического алкоголизма среди женского населения ЮАО Москвы.

Число лиц, состоявших на профилактическом наблюдении в связи со злоупотреблением алкоголем, как следует из табл. 2, за 11 лет значительно (на 56,2%) уменьшилось — с 1276 чел. (0,98 на 1000 чел. населения) в 1994 г., до 551 чел. (0,43 на 1000 чел. населения) в 2004 г. По отношению к состоящим на диспансерном учете, число состоящих на профилактическом учете составляло в 1994 г. 7,0%, а в 2004 г. — 3,9%. При этом процент женщин, состоящих на профучете, по отношению ко всем состоящим, составлял от 7,1% (1994 г.) до 22,2% (2002 г.) и лишь незначительно превышал процент женщин, состоявших на диспансерном учете. Число подростков, состоявших на профучете, значительно превышало число взрослых. Лишь

в 1994—1995, 2001—2002 гг. подростков было менее 50% из числа состоящих на профучете, а в остальные годы превышало 50% и максимально составляло в 1998 г. 70,7% (табл. 2). Поскольку группа профилактического наблюдения — это результат, в основном, активного выявления лиц, злоупотребляющих алкоголем, то можно говорить о снижении активности работы диспансера в этом направлении (обусловленное, возможно, изменившимися социально-экономическими условиями в стране за этот период) и особенно в организованных взрослых коллективах.

При рассмотрении длительности ремиссий у больных хроническим алкоголизмом, состоявших на диспансерном учете (табл. 3), учитывались критерии:

- ремиссии от 1 года до 2 лет;
- ремиссии от 2 до 3 лет;
- ремиссии свыше 3 лет (снятие с наркологического учета;
- в сумме все ремиссии свыше 1 года.

При этом мы исходим из принципа, что ремиссия, т.е. полное воздержание от алкоголя, определяется либо сроком «от и до», либо «свыше». Не может быть ремиссии до 1 года, так как это не определяет ее срока — это может быть 11 мес., 6 мес., 1 мес. — это уже не ремиссии, а сроки воздержания от алкоголя. Учет больных проводится один раз в год (в январе) и здесь определяется минимальная ремиссия от 1 года (12 мес.) и до 2 лет, от 2 лет до трех и свыше лет. Естественно, что более длительные ремиссии включаются в сумму «свыше одного года». Процент ремиссий рассчитывается на число больных, состоящих на диспансерном учете на 1 января текущего года. Как следует из данных табл. 3, до 2002 г. ежегодное число ремиссий было сравнительно одинаково и составляло в среднем за 9 лет (1994—2002 гг.): от 1 года до 2 лет — 12,6%; от 2 до 3 лет — 9,4%; свыше 3 лет — 2,9%; в сумме свыше 1 года — 24,9%, что соответствует средним отчетным данным по регионам России — около 25,0% [7—9, 17, 20, 22]. Но за последние два года анализируемого периода число ремиссий снизилось. С нашей точки зрения, это связано не с абсолютным ухудшением ситуации в области лечения больных, а с тем, что с утратой определенных механизмов привлечения больных в диспансер для динамического наблюдения и лечения (в том числе быстрый рост частнопрактикующей наркологии), начал накапливаться контингент больных, уклоняющихся от посещения диспансера (часть которых может находиться в ремиссии), что привело к уменьшению количества лиц, у которых оцениваются длительности ремиссии. Поскольку расчет производится по отношению ко всем состоящим на учете, естественно этот процент снизился.

Несомненно, существенными являются данные о снятии с наркологического учета больных алкогольными психозами и хроническим алкоголизмом, в том числе в связи со смертью (табл. 3).

Как следует из табл. 3, число больных алкогольными психозами, снимаемых в течение одного года с наркологического учета, невелико — составляет от 0,2 до 2,9% от всех состоявших на диспансерном учете и включает в большинстве случаев умерших в стационаре.

Процент снятых с диспансерного учета больных хроническим алкоголизмом достаточно стабилен на протяжении всех 11 лет наблюдения, колеблется от 7,7% от всех состоявших в 2003 г. до 15,0% в 2001 г. и в среднем составляет 11,2%. При этом процент снятых с учета в связи с трехлетним воздержанием от алкоголя (условно — «выздоровлением») колеблется от 5,0% всех состоявших в 1997 г. до 0,6% в 2003 г. Такое снижение, с нашей точки зрения, объясняется указанными выше причинами.

В связи со смертью ежегодно снималось с учета значительное число больных хроническим алкоголизмом от 216 чел. (2001 г.) до 951 чел. (1996 г.) всех состоявших, что составляет от 1,7 до 5,6% соответственно. В среднем за 11 лет ежегодно снималось с учета в связи со смертью 3,6% больных хроническим алкоголизмом от состоявших на диспансерном учете, а от всех снятых с учета это составляло 48,8% (2003 г.) — 18,3% (2002 г.) — в среднем 33,0% ежегодно (табл. 3). Таким образом, треть снимаемых с диспансерного учета больных хроническим алкоголизмом снимается в связи со смертью, а из числа всех состоящих на диспансерном учете больных хроническим алкоголизмом ежегодно умирают 3,6%.

Несмотря на то, что в настоящее время:

алкоголизм, наряду с другими психическими заболеваниями, отнесен государством к социально значимым заболеваниям и больным алкоголизмом гарантирована бесплатная медицинская помощь;

широко развита сеть медицинских учреждений с хорошей материально-технической базой, где такая помощь оказывается, в том числе и на анонимной основе;

научных исследований по алкоголизму проводится значительно больше, чем по наркоманиям;

выполняются определенные профилактические мероприятия;

имеющийся крен в сторону противодействия распространению наркоманий привел к значительному снижению внимания к противодействию распространению алкоголизма.

Исходя из вышеприведенного, представляется целесообразным определить следующие необходимые мероприятия по улучшению алкогольной ситуации.

1. На государственном уровне приоритеты профилактики алкоголизма и наркоманий должны быть уравнены и принята единая программа профилактики этих заболеваний в трудовых и учебных коллективах, включающих программу «снижения вреда».

2. Необходимо пересмотреть положение о наркологических диспансерах, рассмотреть и решить вопрос о необходимости диспансерного наблюдения только для небольшой части больных, устойчиво криминогенных или имеющих тяжелые расстройства здоровья, осложнивших основное заболевание. Это высвободит медицинский персонал наркологических учреждений от лишней работы и позволит усилить проведение медико-социальных мероприятий с наблюдаемым тяжелым контингентом.

3. Для получения более достоверных данных по ремиссиям у больных наркологического профиля, с нашей точки зрения, при расчете ремиссии необходимо исключать группу больных, уклоняющихся от наблюдения, сведения по которым (положительные и отрицательные) в диспансере отсутствуют.

Список литературы

1. Гольдштейн Р.И. Анализ случаев алкоголизма с длительными ремиссиями // Журнал неврологии и психиатрии. — 1981. — №2. — С. 83—85.
2. Гофман А.Г. Клиническая наркология. — М., 2003. — 214 с.
3. Дмитриева Т.Б., Игонин А.Л., Клименко Т.В., Пищикова Л.Е., Кулагина Н.Е. Злоупотребление психоактивными веществами (клинические и правовые аспекты). — М., 2003. — 317 с.
4. Егоров В.Ф., Кошкина Е.А., Корчагина Г.А., Шамота А.З. Наркологическая ситуация в России (по данным официальной статистики за 1996 г.) // Русский медицинский журнал. — 1998. — Т.6, №2. — С. 109—114.
5. Иванец Н.Н., Анохина И.П., Стрелец Н.В. Современное состояние проблемы наркоманий в России // Вопросы наркологии. — 1997. — №3. — С. 3—12.
6. Иванец Н.Н. Руководство по наркологии. — М., 2002. — 504 с.
7. Кошкина Е.А., Корчагина Г.А., Шамота А.З. Основные показатели Деятельности наркологической службы в России в 1997 г. // Вопросы наркологии. — 1998. — №3. — С. 4—12.
8. Кошкина Е.А., Корчагина Г.А., Шамота А.З. Заболеваемость и болезненность алкоголизмом и наркоманиями в Российской Федерации: Пособие для врачей психиатров-наркологов. — М., 2000. — 276 с.

9. Кошкина Е.А. Наркологическая ситуация в Российской Федерации в 1999–2002 гг.// Наркология. — 2004. — №1. — С. 16–21.

10. Михайлов В.И. Динамика показателей учтенной распространенности наркологических расстройств (без алкоголизма) среди мужчин и женщин в Российской Федерации в 1991–2000 гг.// Профилактика и реабилитация в наркологии. — 2002. — №1. — С. 4–7.

11. Немцов А.В. Алкогольная ситуация в России. — М., 1995. — 134 с.

12. Немцов А.В. Потребление алкоголя в России во второй половине 1990-х годов// Вопросы наркологии. — 2001. — №2. — С. 59–64.

13. Нечаев А.К. Потребление алкоголя и смертность от сердечно-сосудистых заболеваний// Вопросы наркологии. — 1992. — №3–4. — С. 86–90.

14. Шамота А.З., Авербах Я.К. К оценке некоторых показателей эффективности наркологической службы// Проблемы клиники, терапии, патогенеза алкоголизма. — М., 1988. — С. 170–174.

15. Энтин Г.М., Динеева Н.Р. Формализованная оценка распространенности алкоголизма по социальным критериям// Вопросы наркологии. — 1996. — №3. — С. 77–80.

16. Энтин Г.М., Овчинская А.С. Динамика наркологических заболеваний населения Южного административного округа г.Мо-

сквы в 1994–1996 гг. Сообщение первое. Алкогольные психозы, хронический алкоголизм, злоупотребление алкоголем// Социальная и клиническая психиатрия. — 1998. — №1. — С. 30–35.

17. Энтин Г.М., Шамота А.З., Овчинская А.С., Ашихмин О.А. Ситуация с потреблением алкоголя и наркотиков в России в 1994–1997 гг.: динамика и прогноз// Вопросы наркологии. — 1999. — №1. — С. 71–78.

18. Энтин Г.М., Овчинская А.С., Чернобровкина Т.В., Варламов В.И. Героиновая наркомания в России в конце XX века// Проблемы современной наркологии и психиатрии в России и за рубежом. Теория и практика. Обмен опытом/ Республканский сборник научных трудов. — М., 1999. — С. 68–75.

19. Энтин Г.М., Овчинская А.С., Варламов В.И. Угрожающий рост героиновой наркомании// Социальная и клиническая психиатрия. — 2001. — Т.11, №2. — С. 49–52.

20. Энтин Г.М., Гофман А.Г., Музыченко А.П., Крылов Е.Н. Алкогольная и наркотическая зависимость: Практическое руководство для врачей. — М., 2002. — 327 с.

21. Энтин Г.М., Копоров С.Г. Наркомания. Распространение и реальные пути борьбы на современном этапе// Наркология. — 2003. — №8. — С. 39–48.

22. Энтин Г.М., Копоров С.Г. Алкогольная ситуация в России и эффективность опосредованной стресспсихотерапии при лечении больных синдромом алкогольной зависимости// Наркология. — 2004. — №11. — С. 25–32.

DYNAMIC CHARACTERISTIC OF ALCOHOL DISEASES IN SOUTH ADMINISTRATION REGION OF THE MOSCOW IN 1994–2004

KOPOROV S.G.

Cand.med.sci., head of narcological dispensary №1, Moscow