

Совокупность социальных и клинических признаков, определяющих особенности течения алкоголизма у лиц без определенного места жительства

ЯСЕНЕЦКАЯ Н.Н.

психиатр-нарколог приемного отделения, Наркологическая клиническая больница № 17
Департамента здравоохранения г. Москвы

Изучались клинические и социальные характеристики течения алкоголизма у лиц без определенного места жительства (БОМЖ). Установлена меньшая прогрессивность хронического алкоголизма и более редкие случаи алкогольных психозов у лиц из группы БОМЖ по сравнению с лицами, имеющими постоянное место жительства.

Особое место среди больных с зависимостью от психоактивных веществ (ПАВ) занимают лица БОМЖ. До 80-х годов прошлого века данная категория была малочисленна и составляла исключительно группу, преследуемую в уголовном или политическом плане.

После 90-го года из-за общеизвестных социальных и правовых дестабилизирующих факторов количество больных данной категории резко возросло. Имеется утверждение, что развитие алкогольной болезни приводит к социальной дезадаптации больных и как результат этого — превращает их в лиц БОМЖ (П.Д. Шабанов, 1999).

Однако мы не имеем права утверждать, что все они являются зависимыми от ПАВ, в том числе и от алкоголя, так как в стране не проводились исследования по данному вопросу.

Наше сообщение носит предварительный характер, предметом исследования является категория лиц, состоящая исключительно из пациентов наркологического стационара.

Можно предполагать, что лица БОМЖ, страдающие алкогольной и наркотической зависимостью, рассредоточены в ДНП, центрах социальной адаптации, вокзалах, подворьях монастырей, у городских свалок, в жилом фонде, подлежащем сносу и т.д. Они занимаются попрошайничеством, собирательством цветного металла, бытовых отходов и т.д.

Правоохранительные организации, органы здравоохранения, а также общественные институты рекомендуют к исполнению приказы и иные директивные документы о порядке оказания помощи лицам БОМЖ, которыми мы руководствуемся в своей практике.

Практически отсутствуют литературные источники, посвященные проблеме наркозависимости у лиц БОМЖ. Поэтому считаю уместным перечислить документы, которые координируют работу с этой категорией лиц:

- Циркулярное письмо № 23-16/39 от 02.02.1998 г. «Об упорядочении взаимодействия органов социальной защиты населения, здравоохранения и внутренних дел в работе с лицами БОМЖ».

- Постановление правительства города Москвы № 70 от 23.01.2001 г. «О работе с лицами БОМЖ, профилактике бродяжничества и попрошайничества в городе Москве».

- Приложение к Постановлению правительства г. Москвы от 23.01.2001 г. «Городская комплексная программа мер по профилактике бродяжничества и попрошайничества в городе Москве на 2001—2002 г.».

- Приказ № 82 от 19.02.2001 г. «О работе с лицами БОМЖ, профилактике бродяжничества и попрошайничества в городе Москве».

- Приказ № 443 от 08.10.2001 г. «О медицинском обеспечении специального общегородского мероприятия «Попрошайка» 8—12 октября 2001 года».

- Приказ № 206 от 24.04.2003 г. «Об открытии здравпункта по оказанию медицинской помощи лицам БОМЖ».

В нашей больнице прослеживается тенденция к ежегодному увеличению количества поступлений лиц БОМЖ.

Так, если в период 1995—1996 гг. число поступлений было соответственно 177 и 295, то в период 2003—2004 гг. составило соответственно 528 и 536. Таким образом, отмечается значительное увеличение числа поступлений этих больных за 10-летний период, а именно с 0,9 до 2,1% от общего количества поступлений в больницу и в 2—3 раза в абсолютном значении. Объектом исследования была группа выписанных из нашей больницы за период 2002—2004 гг. Подвергнуты анализу 1317 статистических карт, которые оформлены и соответствуют 392 лицам БОМЖ.

В большинстве своем эти лица, поступая в лечебное учреждение, не всегда нуждаются в неотложных мероприятиях и могли бы получать лечение в НД, но ввиду отсутствия у них средств и возможности приобретения медикаментов для лечения в амбулаторных условиях они вынуждены обращаться в наркологический стационар. Соотношение мужчин и женщин 1:17.

Из 392 больных, выписанных в 2002—2004 гг., только четверо имели постоянный доход, что составляет 1% от общего числа лиц БОМЖ. Остальные имеют случайные заработки и сомнительные доходы.

90% всех лиц БОМЖ — бывшие москвичи, по тем или иным причинам потерявшие прописку (регистрацию), и только 10% — приезжие из других регионов Российской Федерации.

После проведения анализа некоторых социологических характеристик необходимо рассмотреть и клинические критерии, оказывающие опосредованное влияние на прогрессивность течения хронического алкоголизма, переход от 2-й к 3-й стадии болезни и присущее этому этапу возникновение алкогольных психозов. Кроме того, изучалось утверждение о существовании закономерности обращения в стационар в холодное время года и высокой доле сопутствующей соматической патологии у данной категории больных.

Общее число госпитализации за 3 года было соотнесено с общим количеством больных лиц БОМЖ в возрастных группах (табл. 1).

Из приведенной таблицы видно, что наиболее представительной оказалась группа больных в возрасте от

Таблица 1

Возраст	Число больных		Количество госпитализаций	
	Абс.	%	Абс.	%
15—30 лет	35	8,9	74	5,6
31—40 лет	73	18,6	177	13,4
41—50 лет	137	34,9	527	40,0
51—60 лет	118	30,1	401	30,4
60 лет и более	29	7,4	138	10,5
Итого	392	100	1317	100

Таблица 2

Стадии алкоголизма	Лица БОМЖ		Общее число пролеченных больных	
	Абс.	%	Абс.	%
1	0	0	195	0,3
2	288	76,2%	53984	90,9%
3	90	23,8 %	5166	8,7%
Итого	378	100 %	59345	100%

41 до 50 лет, которая дала наибольшее число поступлений, затем следовала группа больных от 51 до 60 лет.

При сравнении с общим числом пролеченных больных установлено, что возрастная группа от 15 до 40 лет составляет 50 %, после 41 года — также 50 %, тогда как у лиц БОМЖ — 27 % и 73 % соответственно.

Таким образом, большая доля больных, а это две трети от общего числа лиц БОМЖ, приходится на более зрелый возраст в отличие от больных, имеющих постоянную прописку в г. Москве.

По статистическим данным, в изучаемый период соотношение мужчин и женщин равно 1:8. У нашего контингента это соотношение составляет 1:17. Как видно, из этого количества женщин лиц БОМЖ в 2 раза меньше.

По уровню образования наши больные не отличаются от всех остальных больных, пролеченных в нашей больнице за исследуемый период времени.

Мы не обнаружили ожидаемого увеличения частоты поступления и выписки больных в зимние месяцы года, и относительное количество по месяцам находилось в пределах от 5,2 до 8,4% к числу больных лиц БОМЖ.

При сравнении этапов заболевания (стадий) у лиц БОМЖ и всех, прошедших курс лечения в нашей больнице за анализируемый период времени, выявляются тенденции представленные в табл. 2.

Из вышеприведенной таблицы становится ясно, что количество больных во 2-й стадии больше, чем в 1-й и 3-й стадиях, тогда как 3-я стадия хронического алкоголизма у лиц БОМЖ более представительна, а именно 23,8% в сравнении с общим числом прошедших через стационар 8,7%.

Соотношение страдающих наркоманий у сравниваемого контингента практически одинаковое. У лиц БОМЖ 3,6%, у всех остальных, прошедших курс лечения, 3,2%.

Другим клиническим критерием, указывающим на особенность течения хронического алкоголизма, принято считать частоту возникновения алкогольных психозов. Известно, что в анализируемый отрезок времени среди общего контингента пролеченных больных (70 175 чел.) количество алкогольных психозов составило 1007 случаев, или 1,4%. В то же время у изучаемого контингента в этот же период времени обнаружены только 3 случая изменения психического состояния, характерного для алкогольного делирия, это составляет 0,2% к общему числу пролеченных 1317 лиц БОМЖ.

Таким образом, у нашего контингента больных алкогольные психозы обнаружены в 7 раз реже и это несмотря на то, что среди них чаще встречаются лица с 3-й стадией хронического алкоголизма (табл. 2). Следовательно, течение алкогольной болезни протекает с меньшей прогрессивностью.

В результате проведенной работы на этом этапе было обнаружено следующее: на первом месте находилось поражение желудочно-кишечного тракта у лиц БОМЖ и в группе прошедших лечение (соответственно 73,1 и 63%), затем следовали поражение систем органов кровообращения (52,5 и 34,1%), на третьем месте находились болезни органов дыхания (37,5 и 13%). Достаточно часто обнаруживались травматические поражения: у лиц БОМЖ — 3,8%, а в группе пролеченных больных в целом — 0,5%.

Таким образом, пациенты в группе БОМЖ чаще имели сочетанную патологию (от 10 до 20%) в основных классах заболеваний.

Инвалидность у лиц БОМЖ составляет 3%, в то время как у другой группы – 4,2%.

Это указывает на то, что при большем количестве заболеваний у лиц БОМЖ оформленной группы инвалидности меньше.

В заключение можно утверждать, что в двух сравниваемых группах обнаружено сходство по уровню образования и по соотношению алкогольной и наркотической зависимости.

Значимые различия были обнаружены по следующим социальным и клиническим характеристикам: женщин в 2 раза меньше, лица БОМЖ в абсолютном большинстве не заняты общественно полезным трудом, имеют более

зрелый возраст, у них чаще отмечается третья стадия хронического алкоголизма, единичные случаи возникновения психотических расстройств алкогольного генеза. Эти данные указывают на меньшую прогрессивность течения алкогольной болезни у исследуемой группы в сравнении с брутальным характером формирования заболевания у постоянно проживающих в городе Москве. При высоком уровне соматических заболеваний они имеют меньше случаев оформленных групп инвалидности.

Данный материал может быть использован для составления реабилитационной концепции и плана мероприятий по оказанию необходимого объема наркологической помощи лицам БОМЖ.