

Поэтому участие специалистов-медиков в экспертной оценке таких программ и методов представляется актуальным.

Учитывая «многопрофильность» наркомании как болезни, проблема поиска и внедрения новых медицинских методов, препаратов, освобождающих людей от зависимости на биологическом уровне и способствующих психологическому преодолению недуга, уже сейчас стоит крайне остро и требует привлечения к ее решению усилий многих медиков и фармацевтов. При этом современные методы, использующие нейрохирургическое вмешательство, могут рассматриваться как крайняя, исключительная мера освобождения людей от наркомании.

Как показывают результаты исследований, в передаче ВИЧ-инфекции и СПИД-ассоциируемых заболеваний доминирует парентеральный путь инфицирования, реализуемый при внутривенном введении наркотиков. В условиях распространения наркомании в городе и увеличения числа других неблагоприятных факторов наблюдается неуклонный рост числа ВИЧ-инфицированных.

Такое положение уже сейчас ставит проблему создания специализированных отделов при городском наркодиспансере для ВИЧ-инфицированных наркоманов. При условии сохранения эпидемии по ВИЧ-инфекции необходимость создания подобных специализированных центров (возможно — загородных) достаточно высока. Это требует осмысления, юридической проработки, подготовки общественного мнения, изыскания источников финансирования и решения многих других вопросов.

Таким образом, профилактика и борьба с наркоманией и сопутствующие ей медицинские, правовые, социальные и другие проблемы требуют кропотливой совместной работы специалистов многих направлений, всех заинтересованных сторон.

*Р.А. Хальфин, Ю.Н. Ружников*

*Уральская государственная медицинская академия,  
Свердловская областная наркологическая больница*

## **Наркологическая служба Свердловской области: состояние, перспективы и направления ее совершенствования**

В последние годы в нашей стране произошли значительные перемены, которые существенно — прямо или косвенно — затронули сферу деятельности наркологической службы.

Среди таких перемен необходимо назвать следующие:

1. Практически бесконтрольное наводнение рынка огромным количеством алкогольных напитков с одновременным значительным снижением их стоимости (в пропорции к стоимости основных продуктов питания), из-за чего годовое потребление алкоголя на душу населения увеличилось в 1,5–2 раза.

2. Ликвидация или снижение активности административных механизмов борьбы со злоупотреблением алкоголем, что, в свою очередь, лишило амбулаторное звено наркологической службы основного источника первичного выявления больных алкоголизмом и средства осуществления за ними активного диспансерного наблюдения.

3. Ликвидация лечебно-трудовых профилакториев, а вместе с ними и всего института принудительного лечения больных алкоголизмом и наркоманиями.

4. Разгосударствление промышленных предприятий, после чего их новые хозяева, во-первых, отобрали у наркологической службы занимаемые ею помещения, а во-вторых, ликвидировали фельдшерские наркологические пункты и общественные наркопосты, что практически привело к ликвидации промышленной наркологии как таковой.

5. Появление огромного количества негосударственных структур наркологического профиля. Например, только Свердловской областной медико-аккредитационной комиссией по лицензированию медицинской деятельности на 01.01.98 было выдано не менее 8 лицензий по специальности «наркология» различным юридическим лицам. При этом следует учесть, что лицензия выдается только на психотерапевтическую деятельность, однако частные фирмы занимаются в основном выведением больных из запоя и купированием наркотической абстиненции.

6. Сокращение бюджетного финансирования наркологических учреждений, нерегулярное получение медицинским персоналом заработной платы и ее низкий уровень.

Эти объективные обстоятельства, серьезно осложнившие деятельность наркологической службы, усугубились отсутствием должного внимания к проблемам алкоголизма и наркомании со стороны администрации многих регионов, руководителей местных органов здравоохранения.

До 1928 г. наркологическая помощь населению Свердловской области состояла лишь в неотложной госпитализации больных с алкогольными психозами в пермскую лечебницу. С 1931 г. такие больные стали поступать во вновь выстроенную Зауральскую психиатрическую больницу. С 1936 г. больные с алкогольными психозами, хроническим алкоголизмом и наркоманией стали направляться в Свердловскую областную психиатрическую больницу (СОПБ). В 1965 г. больные с хроническим алкоголизмом среди всей массы психических больных СОПБ № 1 составляли 5,6% (по области — 33–35%). В 1968 г. в СОПБ было организовано первое наркологическое отделение. К концу 1975 г. в области уже функционировало 8 наркологических отделений на 520 коек.

С открытием 22 декабря 1985 г. Свердловской областной наркологической больницы (СОНБ) наркологическая служба области приобрела самостоятельность.

Первоначально в структуре больницы функционировало мужское отделение на 80 коек, кабинет экспертизы алкогольного опьянения, организационно-методический отдел, а также кабинет консультативного приема больных.

Летом 1986 г. было создано наркологическое отделение при промпредприятии (на заводе ЖБИ) на 60 коек. С февраля 1987 г. функционирует женское отделение на 60 коек, был открыт блок для лечения больных с наркотической и токсикоманической зависимостью на 30 коек.

Учитывая высокую потребность в квалифицированной наркологической помощи, в 1988 г. больница была переведена на территорию санатория «Сосновый бор», где появились условия для расширения коечного фонда. В этом же году был открыт наркологический психотерапевтический центр для амбулаторного лечения больных с хроническим алкоголизмом, а также токсикореанимационное отделение на 6 коек. В июне 1989 г. создано отделение реабилитации для кризисных больных (суицидентов).

Создателем и первым главным врачом СОНБ был Хальфин Руслан Альбертович. В 1991 г. областная наркологическая больница вошла в состав объединения «Психиатрия», а с 09.10.2000 преобразована в наркологическую службу в составе Свердловской областной клинической психиатрической больницы.

В настоящее время в больнице функционирует 4 стационарных наркологических отделения, кабинет экспертизы опьянения, организационно-методический отдел, амбулаторный центр по лечению больных с зависимостью от наркотических средств, а также областной детско-подростковый наркологический кабинет. Отделения № 1 и № 2 принимают мужчин и женщин с острыми наркологическими заболеваниями, включая алкогольные психозы. Отделение № 3 специализируется на оказании стационарной наркологической помощи детям и подросткам. Наркологическое отделение № 4 является лечебно-реабилитационным.

Больница укомплектована квалифицированными кадрами, имеющими хорошую подготовку по психиатрии, наркологии и психотерапии, что позволяет достичь высокой результативности в оказании помощи больным с различного вида наркологической патологией.

В подразделениях больницы применяется широкий спектр лечебных методик. Наличие токсико-реанимационного отделения позволяет применять практически все виды детоксикации, в том числе гемосорбцию, плазмаферез, квантовую гемотерапию, гипербарическую оксигенацию, озонотерапию. Для лечения больных с хроническим алкоголизмом используются иглорефлексотерапия, магнитотерапия, лазеропунктура, сканотерапия, а также другие современные методы лечения. На всех этапах лечения больным проводится психотерапия, включая психодиагностику, различные модификации групповой психотерапии, индивидуальной психотерапии, стресс-психотерапии, а также используется полный набор суггестивных методик (эриксоновский гипноз, гипнотерапия, телесное ориентирование). С 1988 г. на базе данной больницы работает кафедра токсикологии и реанимации и проводится цикл психиатрии и наркологии факультетом усовершенствования врачей УрГМА, что позволяет в полном объеме осуществлять последипломную подготовку врачей психиатров-наркологов. С 1996 г. на кафедре токсикологии и профзаболеваний УрГМА регулярно проводятся циклы усовершенствования по теме «Интенсивная терапия в наркологии» для врачей, оказывающих неотложную наркологическую помощь. Ежегодно готовится от 20 до 30 специалистов. На базе больницы регулярно проводятся циклы усовершенствования для среднего медицинского персонала. Все наркологические отделения имеют сертификат V «Б» уровня.

На начало 2000 г. наркологическая служба Свердловской области была представлена двумя наркологическими больницами, двумя межрайонными наркологическими диспансерами, девятью наркологическими отделениями, тремя палатами неотложной наркологической помощи и двумя дневными стационарами. На 52 территориях, имеющих наркологическую службу, на 30 созданы врачебные участки, 19 укомплектованы фельдшерами; детско-подростковый прием ведут 9 врачей и 4 фельдшера; не имеют наркологической службы Гаринский, Таборинский, Каменский районы.

Общее число наркологических коек в области на 01.01.2000 составляет 822. С 1989 по 1993 г. коечный фонд сократился в 2,7 раза (с 2552 до 916). Одной из основных причин данной ситуации явилась практическая ликвидация промышленной наркологии в области. За тот же период (1989–1993 гг.) число наркологических коек при промышленных предприятиях сократилось с 1500 до 120, т.е. в 12,5 раз.

В 1999 г. в Свердловской области работало 108 психиатров-наркологов, 78 фельдшеров, 250 медицинских сестер. Обеспеченность врачами составляет 0,18 на одну тысячу населения. Хотя по приказу МЗ РФ № 270 от 29.09.97 только для амбулаторной службы необходимо 88,5 ставок психиатра-нарколога для обслуживания взрослого населения и 61,5 — детско-подростковых наркологов. Это не включая врачей наркологических стационаров.

По-прежнему основным персоналом наркологических учреждений являются врачи и средние медицинские работники, в то время как за рубежом давно широко используются психологи, специалисты по социальной работе, социальные работники, позволяющие реализовывать программы терапевтической занятости и реабилитации больных алкоголизмом и наркоманиями, а также обеспечивающие так называемую «уличную работу» — первичное выявление больных наркоманиями и привлечение их к дальнейшему лечению.

Судебно-наркологические экспертизы в отношении подсудимых и обвиняемых по постановлениям следователей и определениям народных судов Свердловской области проводятся в трех комиссиях, организованных в соответствии с приказом № 94-П от 30.12.94 Департамента здравоохранения Правительства Свердловской области:

1. Свердловская областная амбулаторная судебно-психиатрическая и судебно-наркологическая экспертная комиссия в составе Центра социальной и судебной психиатрии при объединении «Психиатрия» имеет 6,5 врачебных ставок (в том числе одна ставка психиатра-нарколога). Данное количество должностей занято четырьмя экспертами и одним совместителем.

2. Нижнетагильская амбулаторная судебно-наркологическая экспертиза при межрайонном Нижнетагильском наркологическом диспансере имеет 1,5 ставки, которые заняты психиатрами-наркологами.

9. Первоуральская амбулаторная судебно-наркологическая экспертиза при объединении «Психиатрия» (г. Первоуральск) имеет 0,5 ставки психиатра-нарколога.

Опыт работы Свердловской областной амбулаторной экспертной комиссии показывает, что освидетельствование испытуемых в соответствии со ст.97, п.«г» УК РФ (в прошлой редакции ст.62 УК РСФСР) целесообразно проводить в составе судебно-психиатрической экспертной комиссии. В процессе освидетельствования испытуемых опытными психиатрами-экспертами часто возникает необходимость назначения параллельно с судебно-наркологическим еще и судебно-психиатрического освидетельствования, что в пределах единой комиссии можно делать сразу же и этим существенно сократить сроки предварительного следствия. Анализ актов судебно-наркологических экспертиз также показывает, что их содержание и экспертное решение значительно выше и квалифицированное в комплексной комиссии, чем в изолированных судебно-наркологических комиссиях.

Освидетельствование для установления факта употребления алкоголя и состояния опьянения проводится в соответствии с приказом № 110-П от 02.03.89 Главного управления здравоохранения Свердловской области, который издан на основании приказа МЗ СССР от 08.09.88 № 694 и приказа МЗ РСФСР от 19.12.88 № 330.

В соответствии с данным приказом установление факта употребления алкоголя и состояния опьянения проводится врачами психиатрами-наркологами и врачами других специальностей во всех городах и районах Свердловской области.

В течение последних трех лет неоднократно ставился вопрос о возможности водителям транспорта допускать минимальное употребление спиртного, в связи с чем предполагалась установка предельно допустимых доз концентрации алкоголя в биологических жидкостях (по примеру зарубежных стран) и намечался выход новых приказов по экспертизе опьянения. Однако указанное предложение окончательно принято не было, новых приказов не издавалось и в настоящее время остаются в силе прежние инструктивные документы. В соответствии с вышеупомянутым приказом медицинское освиде-

тельство для установления факта употребления алкоголя и состояния опьянения в Свердловской области проводится либо в специально созданных кабинетах при наркологических учреждениях, либо психиатрами-наркологами или врачами других специальностей при ЦГБ и ЦРБ.

Материальная база кабинетов в связи с известными финансовыми затруднениями в настоящее время не достаточна, аппараты типа ППС-1 выработали свой ресурс в 1992–1994 гг.

Анализаторы типа ТДХ-4а2408 получили Свердловская областная наркологическая больница, Нижнетагильский межрайонный наркологический диспансер и Каменск-Уральский наркологический диспансер. Девять территорий оснащены анализаторами АКПЭ-01 и индикаторами алкоголя.

Следует отметить, что в соответствии с приказом № 256 от 29.11.94 «Об организации отделений (палат) неотложной наркологической помощи» указанные подразделения существуют в 22 городах и районах Свердловской области и охватывают территории с населением 3,4 млн человек. Определение состояния наркотического опьянения проводится в основном в лабораториях тех лечебно-профилактических учреждений, при которых находятся токсико-реанимационные, реанимационные отделения или палаты, что является большой нагрузкой для общесоматической лечебной сети, тем более, что данный вид обследования является достаточно дорогостоящим.

В целях лучшего использования существующей материальной базы и для повышения качества экспертной работы в г.Екатеринбурге предполагается объединить усилия бюро судебно-медицинских экспертиз и Свердловской областной наркологической больницы.

Таблица 1

**Заболееваемость алкоголизмом и алкогольными психозами  
в Свердловской области (1997–1999 гг.)**

| Заболееваемость                                                               | 1997   | 1998   | 1999   |
|-------------------------------------------------------------------------------|--------|--------|--------|
| <i>Первичная</i>                                                              |        |        |        |
| Количество больных, взятых на учет с впервые в жизни установленным диагнозом, |        |        |        |
| в т.ч.:                                                                       |        |        |        |
| с алкогольными психозами                                                      | 38,3   | 29,1   | 29,3   |
| хроническим алкоголизмом                                                      | 49,3   | 42,8   | 58,0   |
| <i>Общая</i>                                                                  |        |        |        |
| Количество наркологических больных, состоящих на диспансерном учете,          |        |        |        |
| в т.ч.:                                                                       |        |        |        |
| с алкогольными психозами                                                      | 65,0   | 56,9   | 64,2   |
| хроническим алкоголизмом                                                      | 1248,3 | 1161,8 | 1066,3 |

*Примечание.* Здесь и в табл.2 приводятся данные на 100 тыс. населения.

Некоторое уменьшение числа лиц с заболеванием алкоголизмом, состоящих под наблюдением у нарколога, нельзя, в полной мере, рассматривать как успех лечебной работы наркологической службы (табл.1), это лишь следствие снятия с учета больных, которые длительное время не обращались за медицинской помощью (в области под наблюдением состоит 56024 больных с диагнозом алкоголизм). Однако, если использовать известную формулу (1 случай алкогольного психоза на каждые 37 больных, страдающих алкоголизмом), можно предположить, что реальное число больных алко-

голизмом в Свердловской области колеблется в пределах 105–110 тыс. Несмотря на тенденцию некоторого снижения заболеваемости алкоголизмом в целом, удельный вес женского алкоголизма растет. В 2000 г. женщины в нозологической группе больных алкоголизмом составили 17,1%.

Таблица 2

Динамика первичной и общей заболеваемости токсикоманиями (1997–1999 гг.)

| Заболеваемость                                                               | 1997 | 1998 | 1999 |
|------------------------------------------------------------------------------|------|------|------|
| <i>Первичная</i>                                                             |      |      |      |
| Количество больных, взятых на учет с впервые в жизни установленным диагнозом | 4,5  | 3,2  | 1,5  |
| <i>Общая</i>                                                                 |      |      |      |
| Количество наркологических больных, состоящих на диспансерном учете          | 15,4 | 17,4 | 17,0 |

Отмечается также умеренный рост заболеваемости токсикоманиями, в основном за счет детей и подростков (табл. 2).

Ситуация в области и по России в целом по профилактическому учету злоупотреблений алкоголем и ненаркотическими веществами повторяет приведенные выше тенденции вызывает в последние годы тревогу как среди специалистов, так и у населения.

По экспертным оценкам, сегодня в России число лиц, допускающих немедицинское потребление наркотиков превышает 2 млн человек. Ежегодно увеличиваются темпы роста числа лиц этой категории: в 1997 г. прирост составил 54%, а в 1999 — 45,5%. Уровень заболеваемости наркоманией и токсикоманией (число больных с впервые установленным диагнозом на 100 тыс. населения) в 1999 г. вырос в 1,5 раза по сравнению с 1998 г.

Общая ситуация с потреблением наркотиков в области складывается следующим образом.

На конец 1988 г. в наркологической службе Свердловской области с диагнозом наркомания состояло 165 чел. (3,5 на 100 тыс. населения). До 1992 г. отмечался незначительный рост учетного контингента с интенсивностью до 0,5 случаев на 100 тыс. населения в год.

Первые признаки кардинального изменения наркоманической ситуации были отмечены в 1993 г., когда рост общей заболеваемости наркоманиями составил около 2 случаев на 100 тыс. населения за год (с 5,2 на 100 тыс. населения в 1992 г. до 7,0 в 1993 г.).

За шесть лет (с 1988 по 1993 г.) общая заболеваемость наркоманиями возросла в 2 раза, и абсолютное число больных наркоманиями, состоящих на учете, к концу 1993 г., составило 332 чел.

С 1994 г. отмечается резкий рост общей болезненности наркоманиями. Ежегодный рост учетного контингента стал превышать показатели предыдущего года на 100 и более процентов. В 1994 г. прирост составил 91%, в 1995 — 145%, в 1996 — 93%, в 1997 — 55%, в 1998 — 47%, в 1999 — 46%, т.е. в этот период число больных, состоящих на учете, увеличивалось ежегодно в 1,5–2,5 раза. За 6 лет, с 1994 по 1999 г., общая заболеваемость наркоманиями увеличилась в 16 раз.

Общее число больных наркоманиями, состоящих на учете в наркологической службе Свердловской области, на конец 1999 г. составило 9354 чел., или 210 на 100 тыс. населения.

С точки зрения соотношения показателей общей заболеваемости наркоманиями в Российской Федерации и в Свердловской области, ситуация развивалась также в 2 этапа. С 1988 по 1993 г. показатель общей заболеваемости в Свердловской области был достаточно низким и составлял лишь  $\frac{1}{4}$  среднего показателя общей заболеваемости наркоманиями по России. С 1994 г. начался процесс приближения величин данного показателя (соотношение показателей в 1994 г. составило 1:2,5, а в 1995 — 1:1,3). В 1996 г. показатель общей заболеваемости наркоманиями в Свердловской области впервые превысил среднероссийский показатель. С 1997 г. разрыв между этими показателями стремительно увеличивается в сторону превалирования болезненности наркоманиями в Свердловской области (в 1997 г. разрыв составил 12%, в 1998 — 13%, а в 1999 — 15%).

Изменения в структуре общей болезненности наркоманиями носят неоднородный характер. Среди несовершеннолетних больных наркоманиями и в женской популяции темпы роста общей заболеваемости намного опережают средний показатель по области.

Первые случаи заболевания наркоманией подростков зарегистрированы в Свердловской области в 1988 г. На этот период времени на учет состояло двое больных, возраст которых не достигал 18 лет (0,9 на 100 тыс. подросткового населения). До 1990 г. число подростков, больных наркоманией, снижалось, а в 1990 г. на учете в наркологической службе области несовершеннолетних наркоманов не было. Рост общей заболеваемости наркоманиями среди подростков стал отмечаться с 1991 г. (т.е. на 2 года раньше, чем в группе взрослых пациентов, где отчетливый рост стал отмечаться с 1993 г.). За шесть лет (с 1988 по 1993 г.) показатель болезненности среди подростков вырос в 15 раз (с 0,9 на 100 тыс. подросткового населения в 1988 г. до 13,2 в 1993 г.), а среди взрослых больных — лишь в 2 раза. Удельный вес подростков в общей численности учетных больных за это время вырос с 1,2% в 1988 г. до 8,1% в 1993 г. С 1994 г. темпы роста общей заболеваемости среди подростков приобрели галопирующий характер. За шесть последующих лет (с 1994 по 1999 г.) показатель болезненности наркоманиями у подростков вырос в 11 раз (с 43,3 на 100 тыс. подросткового населения до 470 в 1999 г.). Удельный вес подростков в общей численности учетных больных вырос с 8,1% в 1994 г. до 23,5% в 1996 г., в дальнейшем этот показатель стал снижаться и к 1999 г. вернулся к уровню 1994 г. (10,4%). За 12 лет общая заболеваемость наркоманиями среди подросткового населения увеличилась в 522 раза, а среди взрослого контингента — в 53 раза. Число подростков, состоящих на учете увеличилось за это время с 2 чел. в 1988 г. до 974 чел. в 1999 г.

Таким образом, темпы роста общей заболеваемости наркоманиями среди подростков Свердловской области в десять раз превосходят ее рост среди взрослого населения.

Свердловская область занимает второе место в Российской Федерации по уровню общей заболеваемости среди подростков.

Еще одним подтверждением неблагополучия наркоманической ситуации в Свердловской области является факт постановки на учет детей-наркоманов.

В 1994 г. впервые с 1988 г. было поставлено на учет 18 чел. больных наркоманиями, чей возраст не достигал 15 лет (1,9 на 100 тыс. детского населения). С этого времени отмечается медленное, но неуклонное увеличение этого показателя. За 6 лет рост его составил 79% (с 1,9 на 100 тыс. детского населения в 1994 г. до 3,4 в 1999 г.).

Кроме возрастного своеобразия, неблагополучие ситуации с наркоманиями в области характеризуется и половыми особенностями.

До 1993 г. в формах официальной статистики не учитывались женщины, больные наркоманиями. Данная графа была введена только в 1993 г., когда на учет состояло 30 женщин с диагнозом наркомания (1,2 на 100 тыс. женского населения). Рост болезненности наркоманиями среди женщин стал отмечаться с 1995 г. (4,0 на 100 тыс. женского населения), а к 1999 г. этот показатель составил уже 52,2 на 100 тыс. женского населения. За шесть лет (с 1994 по 1999 г.) общая заболеваемость наркоманиями среди женщин увеличилась в 47,5 раз. Число женщин, состоящих на учете с диагнозом наркомания, в 1999 г. составило 1286 чел. С 1994 г. стабильно увеличивается и удельный вес женщин в общей численности больных наркоманиями, состоящих на учете. За 6 лет этот показатель утроился (4,3% в 1994 г. и 13,8% в 1999 г.).

Таким образом, темпы роста болезненности наркоманиями среди женщин и их удельный вес в общем числе учетных больных за шесть последних лет возросли в три раза и превосходят эти показатели по сравнению с общей популяцией.

В течение 1988 г. в наркологической службе Свердловской области было поставлено на учет с впервые установленным диагнозом наркомания 65 чел. (1,37 на 100 тыс. населения). В дальнейшем отмечалось снижение данного показателя (до 0,66 на 100 тыс. населения в 1990 г.). К 1992 г. показатель первичной заболеваемости составлял 0,95 случаев на 100 тыс. населения. С 1993 г. в Свердловской области отмечается тенденция к росту первичной заболеваемости наркоманиями (за год показатель вырос в 3 раза и достиг в 1994 г. 2,8 на 100 тыс. населения).

В целом за шесть лет (с 1988 по 1993 г.) первичная заболеваемость наркоманиями возросла в 2 раза, и абсолютное число больных наркоманиями, вновь взятых на учет в течение 1993 г., составило 133 чел.

С 1993 по 1996 г. отмечался стабильный рост первичной заболеваемости наркоманиями. Число больных наркоманиями, впервые поставленных на учет в течение года, ежегодно удваивалось. Так, если в 1993 г. на учет было поставлено 133 чел. (2,8 на 100 тыс. населения), в 1994 г. — уже 331 чел. (7,0 на 100 тыс. населения), в 1995 г. — 886 чел. (19,7 на 100 тыс. населения), а в 1996 г. — 1431 чел. (30,0 на 100 тыс. населения). С 1997 г. прирост показателя учетного контингента увеличивался в среднем на 20 случаев (на 100 тыс. населения) в год, достигнув к 1999 г. 74,6 на 100 тыс. населения.

Таким образом, за 12 лет (с 1988 по 1999 г.), показатель первичной заболеваемости наркоманиями увеличился в 54,5 раза.

Число больных, поставленных на учет в течение года с впервые в жизни установленным диагнозом наркомания, в наркологической службе Свердловской области в 1999 г. достигло 3325 чел.

С точки зрения соотношения показателей первичной заболеваемости наркоманиями в Российской Федерации и в Свердловской области, ситуация развивалась следующим образом. С 1988 по 1993 г. этот показатель в Свердловской области был значительно ниже среднероссийского. С 1994 г. начался процесс сближения величин данного показателя. А уже в 1995 г. первичная заболеваемость наркоманиями в Свердловской области впервые превысила показатель по Российской Федерации (19,7 на 100 тыс. населения в Свердловской области, против 15,5 в РФ). С 1996 г. разница между этими показателями в области и РФ стала стремительно увеличиваться в сторону превалирования первичной заболеваемости в Свердловской области (в 1996 г. разрыв составил 45%, в 1997 г. — 22%, в 1998 г. — 47%, в 1999 г. — 78%).

Изменения в структуре первичной заболеваемости наркоманиями также носят неоднородный характер.

В 1988 г. на учет с впервые в жизни установленным диагнозом наркомания в течение года было поставлено 2 подростка (0,9 на 100 тыс. подросткового населения). До 1992 г. число подростков, поставленных на учет в течение года, не превышало 2 чел. на 100 тыс. подросткового населения. В 1992 г. в течение года было поставлено на официальный учет сразу 12 чел. этой возрастной группы (5,9 на 100 тыс. подросткового населения). С этого времени наблюдается резкий скачок заболеваемости подростковой наркоманией. С 1993 по 1995 г. показатель первичной заболеваемости наркоманиями ежегодно утраивался (10,8 на 100 тыс. подросткового населения в 1993 г., 36,9 — в 1994 г. и 129,8 — в 1995 г.). Рост заболеваемости наркоманиями среди подростков начался на год ранее, чем во взрослой популяции.

За шесть лет (с 1988 по 1993 г.) показатель болезненности среди подростков вырос в 12 раз (с 0,9 на 100 тыс. подросткового населения в 1988 г. до 10,8 в 1993 г.), а среди взрослых больных — лишь в 2 раза. Удельный вес подростков в общей численности учетных больных за это время вырос с 3,1% в 1988 г. до 16,5% в 1993 г. (рост в 5 раз).

С 1994 г. первичная заболеваемость среди подростков продолжала расти. За шесть последующих лет (с 1994 по 1999 г.) исследуемый показатель вырос в 6 раз (с 36,9 на 100 тыс. подросткового населения до 228,3). Удельный вес подростков в общей численности больных, взятых на учет в течение года, возрос с 22,7% в 1994 г. до 29,8% в 1995 г., в дальнейшем этот показатель стал снижаться и к 1999 г. вернулся к уровню 1993 г. (16,5%).

За 12 лет первичная заболеваемость наркоманиями среди подросткового населения возросла в 254 раза, а среди взрослого контингента — в 45 раз. Число подростков, поставленных на учет в течение года, увеличилось за это время с 2 чел. в 1988 г. до 473 чел. в 1999 г.

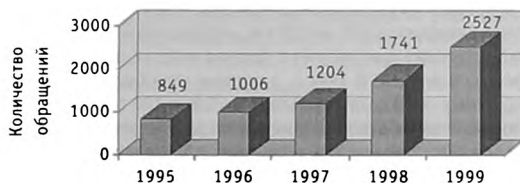
Таким образом, темпы роста первичной заболеваемости наркоманиями среди подростков Свердловской области в шесть раз превосходят ее рост среди взрослого населения.

Свердловская область занимает 6-е место в Российской Федерации по уровню первичной заболеваемости наркоманиями среди подростков.

В 1993 г. на официальный учет было поставлено 4 женщины с впервые в жизни поставленным диагнозом наркомания (0,2 на 100 тыс. женского населения). В 1994 г. этот показатель удвоился, а с 1995 г. отмечается резкий рост первичной заболеваемости наркоманией среди женщин. За шесть лет (с 1994 по 1999 г.) общая заболеваемость наркоманиями среди женщин увеличилась в 52 раза (с 0,4 на 100 тыс. женского населения в 1994 г. до 21,0 в 1999 г.). Число женщин, взятых на учет в течение года с впервые в жизни поставленным диагнозом наркомания, в 1999 г. составило 517 чел. С 1994 г. увеличивается и удельный вес женщин в общей численности выявленных больных наркоманиями. За 6 лет этот показатель вырос в 52,5 раза (с 0,4% в 1994 г. до 21,0% в 1999 г.).

Таким образом, темпы роста первичной заболеваемости наркоманиями среди женщин и их удельный вес в общем числе учетных больных за шесть последних лет возросли более чем в 50 раз и превосходят эти показатели по сравнению с общей популяцией десятикратно.

Данные официальной медицинской статистики по наркологии недостаточно точны. В связи с этим актуален поиск сведений, уточняющих истинное состояние наркомани-



Динамика обращаемости за помощью в Свердловский областной центр по лечению наркоманий

В 1995 г. на базе Свердловской областной наркологической больницы был открыт областной Центр по лечению наркоманий. Динамика ежегодной обращаемости в Центр за помощью выглядит следующим образом: ежегодный прирост обращений составил от 18 до 45% (см. рис.). Причем в 1997 г. уже функционировал областной детско-подростковый наркологический кабинет, показатели обращаемости в который в данном анализе не учитывались. Необходимо также отметить, что обращение в Центр за помощью основано на принципе добровольности.

Таким образом, данные обращаемости в Центр указывают на возрастающее количество потребителей наркотиков в обществе.

Прямым подтверждением усиления темпов наркотизации в Свердловской области служат увеличение удельного веса острых отравлений опиатами в общей структуре острых отравлений, а также увеличение количества смертельных отравлений наркотическими веществами, снотворными препаратами и барбитуратами.

За 5 последних лет удельный вес острых отравлений опиатами в Свердловской области повысился с 5% в 1994 г. до 21%, т.е. если раньше каждое двадцатое отравление имело своей причиной передозировку опиумом, то в настоящее время из пяти острых отравлений одно — это отравление опиатами. В большинстве случаев передозировки происходят у людей «неопытных», которые только начинают принимать наркотики.

Таким образом, значительное увеличение удельного веса острых отравлений опиатами говорит об активном вовлечении в наркотизацию новых групп людей.

Десятилетний анализ смертельных отравлений наркотическими веществами, снотворными препаратами и барбитуратами (отдельно отравление наркотическими веществами вычленил не удалось вследствие особенностей отчетной документации бюро судебно-медицинской экспертизы) в Свердловской области выявил следующую закономерность: смертность по этой причине с 1992 г. резко повысилась и продолжает неуклонно повышаться, за 8 последних лет количество смертельных отравлений увеличилось в 27 раз. Не исключено, что «виновником» такой ситуации стал Указ Президента РФ от 5 декабря 1991 г., отменивший уголовную и административную ответственность за потребление наркотических средств. Можно до бесконечности дискутировать о том, является ли преследование за прием (немедицинский) наркотиков ограничением свободы личности и т.д., но приходится констатировать, что в нашей стране еще ни разу ни один закон не ущемил свободу умирать. В последнее время участились также случаи истинных суицидов у наркоманов. Большинство из погибших — подростки и люди молодого возраста (ежегодно более 20 подростков в области гибнет вследствие употребления наркотиков).

Таким образом, выраженное увеличение смертельных отравлений группой наркотических веществ (в большей степени) и седативных препаратов (в меньшей) наглядно демонстрирует ухудшение демографической ситуации.

Еще одним подтверждением негативной наркоманической тенденции служит анализ распространенности ВИЧ-инфекции в Свердловской области. Данная проблема возникла в нашей области не так давно. До 1990 г. ВИЧ-инфицированных у нас не наблюдалось. По 1995 г. включительно в год выявлялось от 2 до 4 вирусоносителей. Ни одного наркомана среди них не было. В 1996 г. выявлено 6 ВИЧ-инфицированных и из них все 6 (100%) — наркоманы, употребляющие наркотик внутривенно. В 1997г. выявлено 65 ВИЧ-инфицированных, в их числе 59 (90,7%) — наркоманы. Если ранее преобладал половой путь передачи, связанный с гомо- и бисексуальными контактами, и ежегодное увеличение числа ВИЧ-инфицированных составляло 3–4 чел., то передача вируса наркотическим путем приводит к возникновению эпидемических вспышек с довольно значительным числом заразившихся в короткий период времени. Основным фактор риска заражения ВИЧ-инфекцией в среде наркоманов — это многократное использование игл, шприцев, общих емкостей (без стерилизации), а также покупка «готового» наркотика, контаминированного («очищенного») инфицированной кровью. Принимая во внимание широкое распространение наркомании в области и использование кустарно приготовленных наркотиков, контаминированных инфицированной кровью, а также общих игл и шприцев, прогноз заболеваемости ВИЧ-инфекции на ближайшие годы остается крайне неблагоприятным. По данным официальной медицинской статистики, на 01.09.2000 г. в Свердловской области количество ВИЧ-инфицированных превысило 2600 чел.

В свою очередь, ВИЧ-инфекция у наркоманов влечет за собой усугубление общей наркоманической ситуации (уменьшение продолжительности жизни, сложности с оказанием медицинской помощи, опасность заражения медицинского персонала при оказании помощи ВИЧ-инфицированным больным и т.д.).

Исходя из всего вышеизложенного можно сделать вывод, что потребление наркотиков распространилось в Свердловской области настолько, что уровень болезненности и первичной заболеваемости наркоманиями превысил среднероссийские показатели. Феминизация наркомании приобретает все более угрожающий характер. Темпы наркотизации среди лиц подросткового возраста значительно опережают «взрослую» наркоманию и намного превышают среднероссийские цифры. Уровень наркомании детского возраста в области беспрецедентен, с выраженными тенденциями к росту. Рост обращаемости за помощью в специализированные наркологические учреждения, увеличение удельного веса острых отравлений наркотиками в общей массе острых отравлений, резкий рост смертельных отравлений, связанных с употреблением наркотиков, учащение выявления у больных наркоманиями тяжелых инфекционных заболеваний (ВИЧ-инфекция, вирусные гепатиты), передающихся через кровь, также наглядно иллюстрируют резко выраженное ухудшение ситуации, связанной с употреблением наркотиков в Свердловской области.

Все негативные наркоманические тенденции налицо. Это говорит о том, что распространение наркоманий в ближайшее время будет увеличиваться.

По данным МЗ РФ, число дней работы наркологической койки в году снизилось в среднем по России с 311 в 1988 г. до 293 в 1996г., при уменьшении количества коек в 2,4 раза; а показатель общего числа больных алкоголизмом, поступивших в наркологические стационары (на 100 тыс. населения), вырос с 297,9 до 334,5. Отказ от минимальных

курсов лечения и полупринудительных форм работы с больными алкоголизмом привел к сокращению длительности пребывания одного больного в стационаре с 63,5 дней до 24,3, что, в сочетании с фактором утяжеления контингента, сразу же отразилось на качестве лечения, одним из показателей которого может служить процент повторных поступлений больных в стационар в течение года. Этот показатель для больных алкоголизмом увеличился с 16,1 до 27,2%.

Коечный фонд наркологических учреждений Свердловской области в течение 1999 г. использовался неравномерно — средняя работа койки, превышающая годовые показатели — 345,6, была только в двух стационарах (г. Асбест — 348,3, ГПБ № 29 — 364,4). В остальных стационарах койка работала от 252,1 до 340,3 дней в году. Среднее пребывание больных, с учетом нозологических форм, практически по всем стационарам укладывалась в пределы МЗСа.

Следует отметить, что летальность во всех стационарах в течение года колебалась в пределах от 0 до 0,4%. Низкую летальность следует расценивать как следствие успешной работы отделений по оказанию неотложной наркологической помощи. Во всех близлежащих областях (Пермской, Тюменской, Челябинской) эти цифры значительно выше.

Материальная база для оказания лечебной помощи в Свердловской области несовершеннолетним наркоманам в настоящее время остается недостаточной. Для осуществления диагностики и лечебного процесса имеется два отделения по 85 коек (Екатеринбург — 15, Нижний Тагил — 30, Каменск-Уральский — 30, Первоуральск — 10).

Детско-подростковый прием с последующим стационарированием больных с наркологической патологией возможен в городах: Екатеринбург, Асбесте, Каменск-Уральском, Нижнем Тагиле, Первоуральске, Верхней Салде, Серове, Березовском.

Амбулаторная и консультативная помощь детям и подросткам, страдающим наркоманией и токсикоманией, может быть оказана психиатром-нарколегом (взрослым) либо детско-подростковым психиатром на следующих территориях Свердловской области: городах Алапаевске, Карпинске, Краснотурьинске, Красноуфимске, Кушве, Невьянске, Верхней Салде, Нижней Туре, Ребе, Североуральске, Сухом Логу, Режу, а также в Артемовском, Верхотурском, Камышловском, Нижнесергинском, Слободотуринском, Тугулымском, Туринском районах.

Неотложная наркологическая помощь несовершеннолетним может быть оказана в следующих городах: Екатеринбурге, Нижнем Тагиле, Каменске-Уральском, Первоуральске, Асбесте, Ребе, Серове, Талице, Полевском, Реже, Невьянске, Кировграде, Кушве, Сысерти, Новой Ляле, Верхней Салде, Березовском, а также в Байкаловском, Артинском, Пишминском районах. Данный вид помощи осуществляется либо в наркологических учреждениях, либо на базе токсико-реанимационных отделений или палат при существующих ЦРБ и ЦГБ и охватывает  $\frac{2}{3}$  детско-подросткового населения Свердловской области.

С целью подготовки кадров для обслуживания детско-подросткового населения области в октябре 1998 г. и сентябре 1999 г. на базе Свердловской областной наркологической больницы были проведены сертификационные циклы силами преподавателей кафедр детской и подростковой психиатрии и наркологии Челябинской медицинской академии дополнительного образования. По завершении цикла 38 врачей получили удостоверение по специальности детско-подростковый нарколог.

Профилактическая работа среди несовершеннолетних по проблемам наркомании и токсикомании осуществляется в соответствии с основными положениями «Программы по противодействию злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту в Свердловской области» и областным законом «О профилактике наркоманий и токсикоманий на территории Свердловской области».

Вместе с тем серьезную тревогу вызывает то, что население крайне слабо осведомлено о последствиях употребления наркотических средств и психотропных веществ. В нашей области пока не сложилось понимание проблемы наркомании как реальной угрозы безопасности каждого гражданина, каждой семьи.

Большая роль в борьбе против наркотиков отводится средствам массовой информации, однако их информационно-пропагандистская деятельность не соответствует темпам и объему распространения этого социального зла, не носит массового и социального характера. К сожалению, не редки случаи как явной, так и латентной пропаганды СМИ употребления наркотических средств.

Несмотря на существующие финансовые трудности, указом Губернатора Свердловской области № 76 от 4 марта 1996 г. утверждена программа «По противодействию злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту в Свердловской области на 1996–1997 гг.», где, в частности, предусмотрен комплекс профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий в отношении лиц, страдающих наркоманиями. К выполнению основных положений данной программы привлечены и заинтересованные ведомства (ГУВД, департаменты здравоохранения, образования, социальной защиты, комитет по делам молодежи и др.), и их деятельность находится под контролем межведомственной рабочей группы по координации деятельности государственных, муниципальных и общественных органов Свердловской области. Указом Губернатора Свердловской области от 25 июня 1997 г. № 231 действие программы продлено на 1998–1999 гг. Аналогичная программа на 2000–2003 гг. находится в стадии утверждения.

27 ноября 1997 г. постановлением Правительства Свердловской области № 1016-П утверждена региональная программа «Психическое здоровье (1998–2005 гг.)», где предусмотрена подпрограмма «Неотложная наркологическая помощь».

Однако еще до принятия вышеуказанного постановления после проведенного в г. Екатеринбурге 23–25 мая 1995 г. Всероссийского совещания по оказанию неотложной наркологической помощи на 21 территории Свердловской области была организована данная служба. В результате деятельности отделений (палат) неотложной наркологической помощи в Свердловской области, в противовес общероссийским тенденциям, отмечалось снижение числа алкогольных психозов на 300 случаев ежегодно.

К положительным моментам следует отнести уменьшение числа смертельных исходов по причинам отравления этанолом (1993 г. — 3100 чел., 1995 г. — 1778, 1997 г. — 1578, 1999 г. — 1552).

3 декабря 1997 г. Областной Думой Законодательного Собрания Свердловской области принят областной закон «О профилактике наркоманий и токсикоманий на территории Свердловской области» (подписан Губернатором Свердловской области 19 декабря 1997 г. за № 78-03).

Закон определяет как основные направления государственного регулирования, так и полномочия органов государственной власти Свердловской области и органов местного самоуправления муниципальных образований, задачи иных организаций в сфере профилактики наркоманий и токсикоманий.

Остро стоит вопрос об организации реабилитационной службы для лиц, страдающих наркоманиями и токсикоманиями и прошедших первый этап лечения в наркологических стационарах. На настоящий момент единой системы реабилитационной службы в Свердловской области нет, а открывающиеся стихийно реабилитационные центры зачастую не выполняют своих прямых функций. Не отработана система лицензирования данных учреждений.

Открытие реабилитационных центров для наркологических больных должно проводиться по двум направлениям:

1. Медицинские реабилитационные центры должны работать в структуре существующих наркологических учреждений, т.е. в системе здравоохранения. Здесь будут находиться больные, которым уже проведен первичный этап лечения по снятию симптомов физической зависимости от психоактивных веществ. Основной акцент должен быть сделан на работу психотерапевтов и психологов.

2. Социально-реабилитационные центры могут существовать как самостоятельные структурные подразделения, так и в системе социальной защиты населения. В указанных центрах медицинская помощь должна быть сведена до минимума либо существовать только на уровне консультативной. Работа психотерапевтов, психологов и социальных работников должна быть направлена на адаптацию пациентов в обществе. Здесь следует проводить коррекцию поведения больных в микросоциальных группах (семья, трудовой коллектив).

Реабилитация лиц, прошедших курс лечения, имеет целью возвращение им способности жить без наркотических, токсических и других психоактивных веществ. Особого внимания заслуживают мероприятия, адресованные несовершеннолетним из группы риска, когда ближайшее социальное окружение провоцирует их на принятие наркотических средств.

Реабилитационная работа должна осуществляться в 3 этапа: медико-психологический, социально-психологический и социальный.

Задачей первого этапа является закрепление мотивации на отказ от употребления наркотических веществ. Данная работа может осуществляться как в амбулаторном режиме, так и в условиях загородного и закрытого реабилитационного стационара. На втором этапе должны быть поставлены задачи профилактики рецидива и социального патронажа, восстановления утраченных и создания новых социальных связей, помощи несовершеннолетним в завершении образования и в профессиональном обучении. Данная деятельность может поддерживаться общественными организациями антинаркотической направленности. На третьем, завершающем этапе будет происходить укрепление поддерживающего окружения за счет формирования групп само- и взаимопомощи при общественных организациях, объединяющих бывших потребителей наркотических и токсических веществ, а также трудоустройство и организация обучения для бывших наркоманов.

Опыт работы на первичном приеме, в стационаре наглядно показал, что без последующей фазы реабилитации все усилия врача часто остаются тщетными, безрезультатными. Больной вновь и вновь (в лучшем случае) обращается за первичной помощью (купирование острой фазы абстинентного синдрома) или же сам либо его родственники предпринимают попытки найти другое место, «где хорошо лечат от наркотиков».

Бессовестная, беспринципная реклама по телевидению, радио, в печатных изданиях, предлагающая «лечение наркомании за один день», спекулирует на надеждах и чаяниях родителей, родственников больных, в итоге же преследуя лишь одну цель — личное обогащение.

Учитывая все эти проблемы, в течение 1996–1999 гг. на базе областного центра по лечению наркоманий «Наркопомощь» проводится работа по медицинской реабилитации больных опийной наркоманией совместно с членами их семей.

Основной задачей работы являлось определение готовности к данному виду помощи у самих пациентов и у их близких родственников (родителей, опекунов, братьев, сестер,

жен, мужей и т.д.). Не менее важными задачами являлись: определение оптимального количества сеансов, времени каждого сеанса, конкретного наполнения каждой встречи с пациентом и его родственниками, подбор техник и методик.

К реабилитационной программе привлекались больные, прошедшие полный курс стационарного лечения (двухнедельный стационарный курс по купированию острых и подострых абстинентных проявлений), а также их близкие родственники (в основном ими оказывались матери пациентов). Обязательное участие близкого родственника было продиктовано следующими факторами:

1) наличием у него такого, в настоящее время широко известного патологического феномена, как созависимость;

2) именно близкий родственник часто является инициатором установки на прохождение курса реабилитации.

Каждая встреча состояла из двух частей. Первая половина была отведена непосредственно реабилитационным методикам, вторая половина предполагала проведение курса немедикаментозной терапии для пациента и его родственника.

Реабилитационные методики основывались на целом комплексе психотерапевтических техник (рациональная, индивидуальная и семейная психотерапия, элементы гештальт-терапии и трансактного анализа), применялись основные посылы методологии АА(NA), собственные наработки.

Немедикаментозные лечебные методики были представлены скэнar-терапией в сочетании с ОЛМ (одеяло лечебное многослойное), лэнar-терапией, лазеро-рефлексо-терапией.

Курс реабилитационных занятий предполагал 10 встреч (в среднем 2 встречи в неделю, т.е. длительность курса достигала 5–8 недель). Длительность каждой встречи была порядка 90–120 минут, причем половина встречи отдавалась теоретическим и психотерапевтическим аспектам, а вторая половина — непосредственно немедикаментозным методикам. По окончании каждого занятия пациенту и родителю давалось домашнее задание (письменное или рисунок).

В качестве следующего этапа реабилитации предлагались такие формы само- и взаимопомощи, как группы АА (NA), для родственников — Ал-Анон. К сожалению, группа АА в нашем городе пока имеет самые негативные впечатления от работы с наркоманами. Но опыт Москвы и Санкт-Петербурга показывает, что все группы NA вышли из АА. Будем надеяться, что и в нашем городе и других городах области группы NA появятся и наберутся опыта и сил.

Итак, можно выделить следующие проблемы реабилитации:

1. В настоящее время готовность к реабилитационным мероприятиям у наркоманов и их близких родственников крайне низкая.

2. Мотивация пациентов на реабилитационную работу ниже, чем у близких родственников.

3. Основной причиной отказа пациентов от реабилитации является отношение к своему заболеванию в момент выписки как к чему-то закончившемуся («я вылечился, я не наркоман»).

4. Во время реабилитационных занятий часто родители пытаются взять инициативу на себя, пытаются решить проблему ребенка сами, вместо него (подсказывают ответы, правильные с их точки зрения, не позволяют называть своих детей «наркоманами», настаивают на своем видении проблемы, часто категорически исключают свою вину за проблемы своих детей).

5. У пациента и родственников выражен настрой на быстрый чудодейственный метод: «когда кто-то другой решит мою проблему».

6. Отмечается относительная пассивность пациентов во время занятий, что связано в основном с наличием слабой личной мотивации на интенсивную интеллектуальную и эмоциональную работу.

7. Высокая активность родителей — при условии понимания ими фактора «разделения ролей», когда родитель определяет себя не как больного наркоманий (не отождествляет себя со своим ребенком), а как созависимого — приводит к прекращению результата: родители перестают пытаться пробивать головой стену, у них появляются силы и знания для того, чтобы помогать, а не мешать своим детям выздоравливать.

Вместе с тем катamnестическое наблюдение за пациентами и их родственниками, окончившими занятия по программе, показало, что их заявления о последующем участии в реабилитационных программах в большинстве случаев оказываются декларативными. Вопрос о том, почему пациенты неохотно включаются в дальнейший процесс реабилитации, требует специального анализа.

Приведенные данные, на наш взгляд, убедительно показывают, что лечебно-реабилитационные программы, подобные примененной, имеют потенциальную возможность реализации в амбулаторных условиях при детальной разработке соответствующего технологического процесса и необходимом обучении кадров лечебных учреждений. В результате применения программы значительная часть пациентов получает теоретические знания и практические навыки по дальнейшей реадaptации личности и по предупреждению рецидивов. Модели подобных программ применимы при всех формах химической зависимости — алкоголизме, наркомании, токсикомании.

Опыт проведения медицинской реабилитации показывает, что данная работа тяжела и в физическом и в моральном плане, отсюда простой вывод — дешевой она быть не может.

Приказ МЗ РФ № 76 от июня 1997 г. «О создании медицинских реабилитационных центров» предлагает открывать реабилитационные наркологические отделения на 40 коек в структуре наркологических больниц. В приказе определяются ставки психологов, социальных работников и т.д. таких отделений. К сожалению, учитывая экономическую обстановку в стране, все сокращающиеся бюджетные ассигнования, возлагать большие надежды на организацию таких реабилитационных отделений не приходится. Скорее всего, нужно поощрять инициативных компетентных людей, которые уже занимаются данной работой, а не декларируют на каждом углу: «Дайте нам денег, и мы избавим Россию от наркомании», на самом деле заботясь только о своем политическом имидже (в преддверии выборов) и личном материальном благополучии.

Одним из направлений развития наркологической службы в Свердловской области на ближайшие 2–3 года станет рациональное использование существующего коечного фонда — уменьшение числа коек в крупных стационарах и открытие отдельных палат наркологического профиля в соматических или психиатрических больницах отдельных муниципальных образований. При этом основной объем помощи наркологическим больным будет оказываться амбулаторно либо в условиях дневных стационаров.

В течение 3 лет в каждом муниципальном образовании должна стать доступной детско-подростковая наркологическая помощь (амбулаторная и стационарная) как за счет введения ставок детско-подросткового нарколога, так и за счет передачи этих функций детско-подростковым психиатрам.

До 2001 г. в каждом муниципальном образовании должен быть создан кабинет экспертизы алкогольного опьянения, снабженный современным оборудованием. В каждом округе будет организована экспертиза неалкогольного (наркотического) опьянения.

Остается актуальной и требует своей реализации установка и введение в действие автоматизированной сети по сбору и учету оперативной информации в системе «Наркопомощь».

В ближайшее время будет проведено углубленное социологическое исследование наркоситуации в Свердловской области (в рамках Программы группы Помпиду при Совете Европы).

*С.И. Богданов, Б.М. Тепляков*

*Свердловская областная наркологическая больница,  
Екатеринбургская городская наркологическая больница*

## **Обзор эпидемиологической ситуации по заболеваемости наркоманиями в г. Екатеринбург**

Как видно из данных, приведенных в табл.1, на конец 1988 г. в наркологической службе г. Екатеринбурга с диагнозом наркомания состояло 72 чел. (5,3 на 100 тыс. населения). До 1992 г. роста учетного контингента практически не наблюдалось (колебания общей заболеваемости — от 5,0 до 5,8 случаев на 100 тыс. населения).

*Таблица 1*

**Общая заболеваемость наркоманиями в г. Екатеринбург в 1988–1999 гг.**

| Кол-во больных, состоящих на учете | 1988      | 1989      | 1990      | 1991      | 1992      | 1993       | 1994        | 1995         | 1996         | 1997          | 1998         | 1999          |
|------------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|-------------|--------------|--------------|---------------|--------------|---------------|
| Всего,                             | 72<br>5,3 | 74<br>5,4 | 71<br>5   | 76<br>5,3 | 82<br>5,8 | 107<br>7,6 | 283<br>20   | 745<br>56,2  | 1416<br>107  | 1906<br>144,3 | 2641<br>200  | 4258<br>322,7 |
| в т.ч.:                            |           |           |           |           |           |            |             |              |              |               |              |               |
| взрослых                           | 72<br>7,1 | 73<br>7,2 | 71<br>6,8 | 74<br>7   | 80<br>7,6 | 102<br>9,7 | 206<br>20,4 | 513<br>50,5  | 950<br>93,4  | 1448<br>142,4 | 2152<br>209  | 3660<br>357,2 |
| детей                              | 0         | 0         | 0         | 0         | 0         | 0          | 17<br>6,6   | 10<br>4      | 14<br>5,6    | 13<br>5,3     | 12<br>5,2    | 19<br>8,2     |
| подростков                         | 0         | 1<br>1,7  | 0         | 2<br>3,5  | 2<br>3,5  | 5<br>8,8   | 60<br>107   | 222<br>394,4 | 452<br>855,6 | 445<br>783,6  | 477<br>822,8 | 579<br>1003,7 |
| женщин                             | н/д       | н/д       | н/д       | н/д       | н/д       | 12<br>1,7  | 13<br>1,8   | 71<br>10,2   | 166<br>24    | 254<br>36,7   | 350<br>50,6  | 649<br>94     |

*Примечание.* Здесь и в табл.2: в числителе — абсолютные данные, в знаменателе — на 100 тыс. населения.

Первые признаки изменения наркоманической ситуации были отмечены в 1993 г., когда рост общей заболеваемости наркоманиями составил 31% за год (с 5,2 на 100 тыс. населения в 1992 г. до 7,0 — в 1993 г.).

За шесть лет (с 1988 по 1993 г.) рост общей заболеваемости наркоманиями в г. Екатеринбурге составил 143,4%. Абсолютное число больных наркоманиями, состоящих на учете, к концу 1993 г. составило 107 чел.