

С.И. Богданов, Ю.Н. Ружников

Свердловская областная наркологическая больница

Медико-социологические характеристики больных наркоманией в Свердловской области

Рост потребления наркотиков в России в последние годы приобретает «лавинообразный» характер [1, 2]. В то же время ситуация с массовым злоупотреблением наркотиками имеет свои существенные региональные особенности [3]. Поэтому изучение распространения наркоманического процесса в конкретном регионе имеет как теоретическое, так и практическое значение.

Целью настоящего исследования является сравнительный анализ потребления наркотических веществ в г. Екатеринбурге — административном центре Свердловской области, и в других городах и районах Свердловской области.

Актуальность работы определяется данными медицинской и криминальной статистики, свидетельствующими об отчетливых негативных тенденциях в сфере злоупотребления наркотиками в Свердловской области.

Материалы и методы исследования

В течение всего 1999 г. углубленно изучались эпидемиологические аспекты злоупотребления наркотиками в г. Екатеринбурге и в других городах и районах Свердловской области. Использовались данные Свердловского областного центра по лечению наркоманий «Наркопомощь». Центр «Наркопомощь» является структурным подразделением Свердловской областной наркологической больницы. Для анализа ситуации применялась адаптированная методика, разработанная экспертами-эпидемиологами группы по борьбе со злоупотреблением наркотиками и их незаконным оборотом при Совете Европы (группа Помпиду) [4], концептуальной основой которой являются представления о необходимости создания и внедрения единой стандартизированной системы сбора и анализа сопоставимых данных, позволяющей динамично отслеживать ситуацию со злоупотреблением наркотиками на местном, государственном и международном уровнях. Город Екатеринбург является одним из десяти городов России, участвующих в европейском проекте «Сеть городов». Задача проекта — исследование эпидемиологии злоупотребления психоактивными веществами (ПАВ) в крупных городах Европы и России. Координацию работы осуществляет эксперты Группы Помпиду Совета Европы [5, 6, 7].

В ходе исследования осуществлялись сбор и выкопировка данных с помощью стандартной анкеты, содержащей 22 основных вопроса. Анкеты заполнялись посредством собеседования с исследуемыми. Учитывались случаи обращения за помощью в течение одного календарного года (с 1 января по 31 декабря). Если исследуемый контактировал с охваченным анкетированием медицинским учреждением более одного раза в году, регистрировался только первый контакт. Вероятность двойного учета одного больного отсутствовала, так как все данные на больного кодировались и тщательно сверялись. Структурный анализ проводился, исходя из достоверного числа наблюдений. Учитывая, что в исследовании осуществлен не 100-процентный охват специализированных ЛПУ, можно расценивать изучаемый контингент как выборку, а не как генеральную совокупность.

Для сбора и обработки данных использовались клинко-эпидемиологический и математический (работа с базой данных Excel) методы.

База исследования

Исследование проводилось на базе головного наркологического учреждения области — Свердловской областной наркологической больницы (СОНБ). В СОНБ помощь больным наркоманиями оказывается в 4 этапа:

1. *Этап консультирования.* В областном центре по лечению наркомании проводится первичное консультирование, определяется степень тяжести заболевания и тактика лечения.

2. *Стационарный этап.* В одном из четырех стационаров СОНБ проводится комплексное лечение острого абстинентного и раннего постабстинентного синдрома (детоксикация, медикаментозная терапия и немедикаментозная терапия, психологическое консультирование и психокоррекция, индивидуальная и групповая психотерапия). Госпитализация в среднем длится 2–3 недели, включая детоксикацию.

3. *Этап амбулаторного поддерживающего медикаментозного лечения.* Длительность амбулаторного поддерживающего лечения составляет 4–6 недель.

4. *Этап медицинской реабилитации.* Мероприятия осуществляются на базе областного центра по лечению наркоманий.

В областном центре по лечению наркоманий также проводится психологическое консультирование родителей, осуществляется динамическое наблюдение за больными, получающими поддерживающее лечение и реабилитацию.

Исследуемые группы

В течение 1999 г. в Свердловский областной центр по лечению наркоманий «Наркопомощь» СОНБ, впервые в данном году, обратилось за медицинской помощью 456 больных наркоманией из г. Екатеринбурга (группа А) и 241 больной наркоманией из других городов и районов Свердловской области (группа В).

Результаты исследования

1.1. Обращаемость за помощью

В течение года динамика обращений за помощью в обеих группах была неравномерной.

На представленной гистограмме видно, что основные тенденции обращаемости в обеих группах совпадают (нарастание к середине весны, к середине лета и к середине

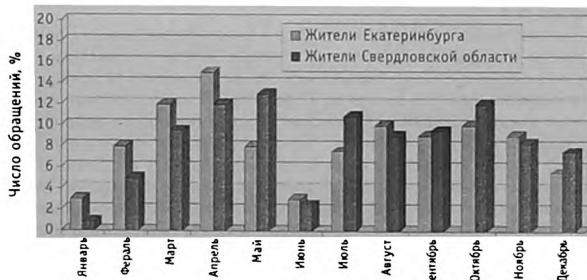


Рис. 1. Распределение обращений в СОНБ в течение 1999 г.

осени), но у жителей области они выражены более рельефно (рис.1).

Таким образом, число обращений за помощью в обеих группах в течение года носит неравномерный циклический характер. При этом в группе В цикличность обращений выражена более отчетливо.

В областной центр по лечению наркоманий из группы А ранее обращался лишь каждый восьмой (12%) пациент, а из группы В — каждый тринадцатый (7,5%). В других наркологических учреждениях города и области лечилось 22% екатеринбуржцев и 14,5% жителей других городов и районов области. Среди пациентов группы В никогда не лечились прежде 81%, у жителей Екатеринбурга этот показатель ниже на 10% (71%).

На основании этого можно сделать следующие выводы: а) основная масса первичных обращений в обеих группах приходится на больных, которые ранее не обращались за медицинской помощью; б) для жителей области получение специализированной лечебной помощи представляет определенное затруднение.

Средний временной интервал между последним обращением за помощью и настоящим обращением в обеих группах составляет чуть более года (12,5 мес. в группе А и 12,7 мес. в группе В), т.е. в обеих группах больные прибегают к повторному лечению редко, в среднем 1 раз в год.

Основным мотивом обращения за помощью в группе А декларировалось собственное желание (96%). В группе В по собственному желанию обратилось 85% пациентов. В остальных случаях жители других городов и районов области обращались в больницу по настоянию семьи (7%), по направлению нарколога или другого врача, в связи с угрозою преследования органами внутренних дел, суда, прокуратуры и др.

Таким образом, структура причин обращения за помощью у больных наркоманиями из других городов и районов Свердловской области отличается большим полиморфизмом по сравнению с жителями Екатеринбурга.

1.2. Социально-демографическая характеристика лиц, обратившихся за лечением

Соотношение мужчин и женщин в исследуемых группах неодинаково (82% мужчин и 18% в группе А и 85% мужчин и 15% женщин в группе В). Более высокий удельный вес женского наркотизма в Екатеринбурге можно трактовать как неблагоприятную тенденцию развития наркоманической ситуации в крупном городе по сравнению с ситуацией в других городах и районах области (рис.2).

Средний возраст обратившихся в обеих группах практически совпадает (22,9 года в группе А и 22,7 — в группе В). Подавляющее большинство обратившихся было в возрасте от 18 до 30 лет (в группе А — 87%, группа В — 83%). В возрастном интервале до 18 лет



Рис.2. Распределение по полу

разница в группах составила 1,2%. В более старших возрастных группах (после 30 лет) разница оказалась также незначительной (6,5% в группе А и 9,3% в группе В) (рис.3).

Таким образом, возрастные параметры у потребителей наркотиков г. Екатеринбурга и других городов и районов Свердловской области совпадают.

Большая часть обратившихся проживает с родителями (74% в группе А и 72% в группе В). В группе В больше наркоманов, имеющих свои семьи, чем в группе А (20,7% против 16% соответственно). Закономерен в этом плане и больший процент больных, проживающих совместно с потребителями наркотиков у наркоманов группы В (12% против 9% в группе А) (рис.4).

Пациенты группы В в основном являются жителями городов, только 2% из них проживают на селе. Таким образом, можно заключить, что наркомания в Свердловской области в целом это болезнь городов (крупных, средних и небольших).

Группа А представлена всеми районами Екатеринбурга, группа В — жителями более половины административных образований области (65%).

Основная масса обратившихся из обеих групп (91% группы А и 89,6% группы В) была русской национальности. Этнический состав наркоманов из Екатеринбурга оказался более разнообразен по сравнению с жителями других городов и районов области (13 национальностей против 8).

Большинство обратившихся из обеих групп – безработные (71% в группе А и 63% в группе В). Процент занятости у жителей области был выше за счет наличия постоянного места работы и учебы (рис.5).

Уровень образования в обеих группах достаточно высок (10,5 классов школы в среднем). У жителей г. Екатеринбурга выше удельный вес лиц с высшим и незаконченным высшим образованием (15% против 11% в группе В). Число больных, имеющих менее 8 (9) классов, в обеих группах незначительное, и составляет 5–6% (рис.6).

Таким образом, высокий уровень образования наркоманов в Свердловской области позволяет говорить о хороших возможностях их социальной адаптации при отказе от наркотиков.

1.3. Характеристика структуры и особенностей потребления наркотиков

Первичным наркотиком у пациентов группы В в подавляющем большинстве случаев остаются препараты конопли (78,3%). У наркоманов г. Екатеринбурга данный показатель меньше на 14,3% (64%). Эту разницу можно объяснить преобладанием употребления кокаина (11,3% в группе А против 4,3% в группе В), опиатов (11% против 5,8%) и амфетаминов (6% против 2,5%) на этапе первичной наркотизации (рис.7).

Таким образом, начало наркотизации более наркогенными препаратами в г. Ека-

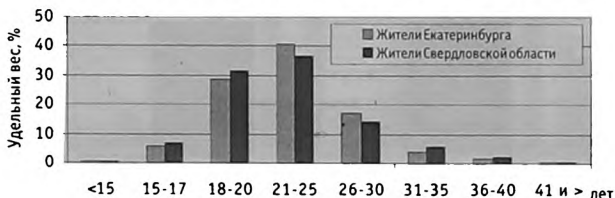


Рис.3. Возрастная структура первично обратившихся

теринбурге может являться основной причиной увеличения темпов формирования наркомании в областном центре.

В структуре дальнейшего выбора наркотика в обеих группах резко падает уровень наркотизации препаратами конопли (в среднем до 30%). Прием опиатов, в свою очередь, у жителей Екатеринбурга достигает 50%, а у жителей других городов и районов области превышает 60% (61,7%). Разница более чем в 10% обусловлена появлением достаточно большого числа проб героина в группе В (18,4%). Основным наркотиком в ситуации выбора является опий-сырец (в среднем 43%). Удельный вес наркотизации кокаином, препаратами из эфедрина и амфетаминами в этой фазе падает.

Наркотизация движется от преобладания потребления препаратов конопли (первая фаза наркотизма) в направлении наркотизации опиатами (во второй фазе наркотизма им является в основном опий-сырец). В настоящее время в городах области в ситуации выбора наркотика предпочтение отдается героину (почти 1/5 часть потребителей области на этой стадии знакомится с героином).

Основным наркотиком в обеих группах является опий. Он представлен только двумя разновидностями — опиум-сырцом и героином. Опиум-сырец в группе В продолжают употреблять до 25% всех наркоманов, на долю героина приходится 73%. Лишь 2% потребителей обратилось по поводу зависимости от препаратов конопли. Среди всех потребителей наркотиков г. Екатеринбурга 93% употребляют героин, на долю приема опиум-сырца пришлось лишь 6%, единичные обращения были связаны с зависимостью от препаратов эфедрина и конопли.

Можно утверждать, что в г. Екатеринбурге завершился переход на прием исключительно героина. В других городах и районах Свердловской области часть наркоманов продолжают наркотизироваться опиум-сырцом.

Жители г. Екатеринбурга начинают употреблять наркотики в среднем на 1 год раньше жителей других городов и районов области (17,3 и 18,1 года соответственно), они чаще (на 7,3%) начинают наркотизироваться в возрасте до 15 лет. Основной возраст начала наркотизации в обеих группах — 15-20 лет (69% в группе В и 59% в группе А). Возрастная разница при начале наркотизации последующим наркотиком составляет 1,2 года (18,7 и 19,9 года). Возраст начала приема основного наркотика в Екатеринбурге и других городах и районах области в принципе не отличается (20,9 лет в группе А, 21 год в группе В) (рис.8).



Рис.4. Структура проживания
(соотношение «Проживающие с потребителем наркотиков»
исчислялось отдельно от других параметров гистограммы)



Рис. 5. Структура занятости

Таким образом, возрастная структура начала употребления наркотиков в первых двух фазах наркотизма в г. Екатеринбурге значительно отличается от показателей в других городах и районах области. В то же время возраст начала наркотизации основным наркотиком в обеих группах практически совпадает.

Срок от начала регулярного приема основного наркотика до момента обращения у наркоманов группы В составил 1,3 года, в то время как в группе А — 1,5 года. У 70% больных группы В срок регулярного приема не превышает 1 года, в то время как у жителей Екатеринбурга этот показатель менее 60%. Жители других городов и районов области обращаются за медицинской помощью в среднем на 1 год раньше по сравнению с жителями Екатеринбурга (разница в возрасте высчитывалась от начала первичной наркотизации до момента обращения за лечением).

На этом основании можно предположить, что темп формирования наркотической зависимости у жителей других городов и районов области более высокий по сравнению с жителями Екатеринбурга.

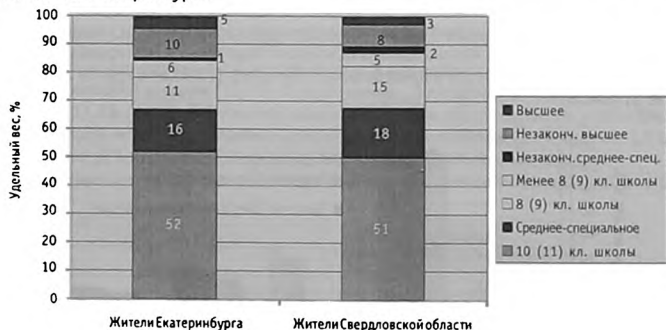


Рис. 6. Уровень образования

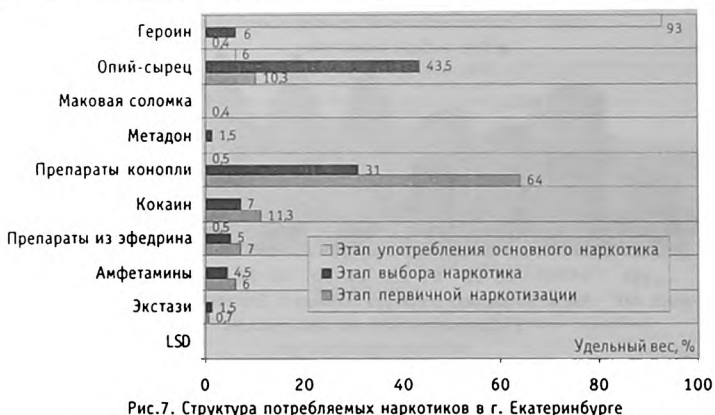


Рис.7. Структура потребляемых наркотиков в г. Екатеринбурге

Основная масса пациентов обращалась за помощью в фазе активной ежедневной наркотизации (90% — группа А, 82% — группа В). Жители других городов и районов области чаще обращались на прием в состоянии месячной ремиссии (7,5% против 1% соответственно).

Наиболее распространенный путь употребления основного наркотика в обеих группах — инъекционный (89,5% в группе А, 92% в группе В). Наркоманы Екатеринбурга чаще используют интраназальное (вдыхание через нос) употребление героина (9% против 4,6% в области) (рис.9).

1.4. Риск распространения инфекционных заболеваний

На момент обращения внутривенно употребляли наркотик 90% в группе А и 85% в группе В. В прошлом применяли наркотик внутривенно 90% екатеринбуржцев и 92,5% жителей других городов и районов области.

Средний возраст при первой инъекции наркотика в обеих группах составил 20 лет (19,8 лет в группе А и 20,3 года в группе В) (рис.10).

Использовали общие приспособления для инъекционного введения в течение последнего месяца 25% из группы А и 20% группы В. Совместное использование инъекционного инструментария в прошлом практиковали 46% жителей других городов и районов области и 37,5% жителей Екатеринбурга.

Никогда не проводилось исследование на ВИЧ-инфекцию у 43% из группы А и у 50,2% из группы В. У обследованных в единичных случаях были положительные результаты (в обеих группах).

Таким образом, почти поголовное использование инъекционного пути введения наркотиков в Екатеринбурге и других городах (районах) области, высокий удельный вес совместного использования приспособлений для инъекций среди больных обеих групп, низкий уровень обследования на ВИЧ-инфекцию в среде наркоманов в настоящее время являются хорошей основой для молниеносного распространения инфекционных заболеваний, передающихся через кровь (ВИЧ-инфекция, гепатиты В, С, D и т.д.).



Рис.8. Возрастная структура больных г. Екатеринбурга в зависимости от этапа наркотизации

Следует также учитывать, что потребители наркотиков, в силу особенностей их социального функционирования, весьма коммуникабельны. По нашим данным, наркоманическое окружение у каждого из наркоманов в среднем составляет в Екатеринбурге — 57–63 чел., у жителей области — 65–67 чел. Это еще один веский аргумент в пользу высокой степени опасности быстрого распространения ВИЧ-инфекции (и других инфекционных заболеваний, передающихся через кровь) среди наркоманов Свердловской области.

Заключение

Число обращений за помощью в обеих группах в течение года носило неравномерный циклический характер. Основная масса первичных обращений в обеих группах приходится на больных, которые ранее не обращались за медицинской помощью. Для жителей области получение специализированной лечебной помощи представляет определенное затруднение. В обеих группах больные прибегают к повторному лечению редко (в среднем 1 раз в год). Структура причин обращения за помощью у жителей других городов и районов области отличается большим полиморфизмом по сравнению с жителями Екатеринбурга.



Рис.9. Характеристика способов введения наркотиков

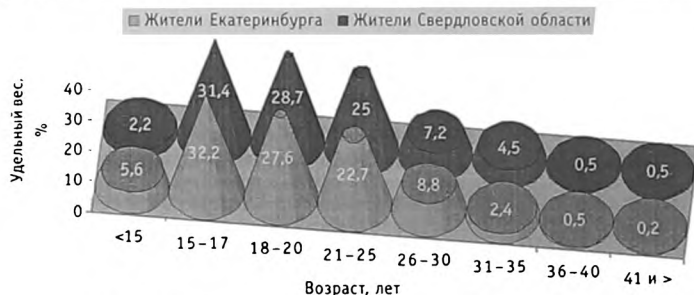


Рис.10. Возрастная структура лиц, первично употребивших наркотики внутривенным способом

Удельный вес женщин, страдающих наркоманией, в Екатеринбурге выше, чем в других городах и районах области. Данный факт можно трактовать как злокачественную тенденцию развития наркоманической ситуации в крупном городе по сравнению с ситуацией в других городах и районах области. Возрастные параметры наркотизма в обеих группах совпадают. Большая часть обратившихся проживает с родителями, что дает хорошие возможности по привлечению к лечению родителей больных. Наркоманы в других городах и районах области чаще создают семьи с потребителями наркотиков, чем в Екатеринбурге.

Наркомания в Свердловской области в целом — это болезнь городов (крупных, средних и небольших). Из сельской местности пациенты практически не обращаются.

Большинство обратившихся из обеих групп — безработные. Процент занятости у наркоманов других городов и районов области несколько больше, чем в Екатеринбурге. Таким образом, можно предположить, что социальные последствия потребления наркотиков у наркоманов Екатеринбурга более выражены, чем у жителей других городов и районов области.

Уровень образования в обеих группах достаточно высок. Число больных, имеющих менее 8 (9) классов, составляет относительно малый процент. Таким образом, высокий уровень образования наркоманов в Свердловской области позволяет говорить о хороших возможностях их социальной адаптации при отказе от наркотиков.

Первичным наркотиком в Свердловской области в большинстве случаев продолжают оставаться препараты конопли. Однако в Екатеринбурге отмечена тенденция дебютной наркотизации более наркогенными препаратами (кокаин, опиаты, амфетамины и др.). В связи с этим в ближайшее время можно ожидать повышение темпов формирования наркомании в областном центре.

Основным наркотиком в ситуации выбора в обеих группах является опий-сырец. Удельный вес наркотизации кокаином, препаратами из эфедрина и амфетаминами в этой фазе падает.

Наркотизация в своем развитии движется от преимущественного потребления препаратов конопли (первая фаза наркотизма) в направлении превалирования потребления опиатов (вторая фаза наркотизма). В группе В активную роль в ситуации

выбора наркотика начинает играть героин (почти $\frac{1}{5}$ часть потребителей группы В на этой стадии знакомится с героином).

Основным наркотиком в обеих группах являются опиаты. В г. Екатеринбурге завершился переход на прием исключительно героина. В других городах и районах Свердловской области часть наркоманов продолжают наркотизироваться опиум-сырцом.

Возрастная структура начала употребления наркотиков в первых двух фазах наркотизма в группе А значительно отличается от таковой в группе В. В то же время возраст начала наркотизации основным наркотиком в обеих группах совпадает.

Срок от начала регулярного приема основного наркотика до момента обращения за помощью в группе В меньше, чем в группе А. Жители других городов и районов области обращаются за медицинской помощью в среднем на 1 год раньше, чем жители г. Екатеринбурга. На этом основании можно предположить, что темп формирования наркотической зависимости у жителей области более высокий по сравнению с жителями Екатеринбурга.

Наиболее распространенный путь введения наркотика в обеих группах — инъекционный. Превалирование использования инъекционного пути введения наркотиков в Свердловской области, высокий удельный вес совместного использования приспособлений для инъекций среди больных обеих групп, низкий уровень обследования на ВИЧ-инфекцию в среде наркоманов в настоящее время являются основой для молниеносного распространения инфекционных заболеваний, передающихся через кровь (ВИЧ-инфекция, гепатиты В, С, D и т.д.).

Следует также учитывать, что потребители наркотиков, в силу особенностей их социального функционирования, весьма коммуникабельны. Это еще один веский аргумент, в пользу быстрого распространения ВИЧ-инфекции и других инфекционных заболеваний, передающихся через кровь, среди наркоманов.

Литература

1. Езоров В.Ф., Кошкина Е.А., Корчагина Г.А., Шамота А.З. // Рус. мед. журн. – 1998. – Т. 6. – № 2. – С. 109–114.
2. Энтин Г.М., Шамота А.З., Овчинская А.С., Ашихмин О.А. // Вопросы наркологии. – 1999. – № 1. – С. 71–78.
3. Карпец В.В., Кошкина Е.А., Рохлина М.Л., Карпец А.В. // Там же. – С. 85–94.
4. Hartnoll R. Drug treatment reporting systems and the first treatment demand indicator. Definitive Protocol. – Strasbourg: Council of Europe. – 1994. – 25 p.
5. Кошкина Е.А., Шамота А.З., Корчагина Г.А. и др. Методы изучения распространенности потребления психоактивных веществ среди различных групп населения: Пособие для врачей психиатров-наркологов. – М.: НИИ наркологии МЗ РФ, 1997. – С. 82.
6. Кошкина Е.А., Карпец А.В. // Материалы Международной конференции психиатров. 16–18 фев., Москва. – М., 1998. – С. 324–325.
7. Koshkina E., Karpets V., Karpets A. Orenburg report. Annual update 1997 and trends 1994–1997//Pompidou Group project on treatment demands: treated drug users in 22 European cities. – Strasbourg, 1998. – P. 38–39.