

Е.А. Кошкина, Ю.Н. Ружников, С.И. Богданов
Свердловская областная наркологическая больница

Опыт прогнозирования наркоманической ситуации в г. Екатеринбурге (на основе анализа первичного обращения за медицинской помощью больных наркоманиями в 1999 г.)

Выраженный динамизм изменений, связанных с потреблением наркотиков, как по России в целом [1, 2], так и в Свердловской области [3], заставляет ученых и практиков искать эффективные инструменты и методы для работы на опережение, т.е. пришло время прогнозировать развитие ситуации, а не только констатировать произошедшие за истекший год изменения.

Такую возможность дает программа «Системы учета лечения злоупотребления наркотиками и показатель первичного обращения» (методика Р. Хартнолла), представленная нам группой Помпиду при Совете Европы [4].

Как показала практика, сам по себе анализ первичной обращаемости (т.е. обращений, сделанных впервые в данном году) весьма хорош для отслеживания наркоманических тенденций в обществе.

В то же время для прогноза ситуации с потреблением наркотиков более важна аналитическая оценка тех обращений, которые были сделаны впервые в жизни. Именно эта часть пациентов несет на себе те новые особенности и своеобразие наркотизма, которые необходимы для прогностической оценки.

Материалы и методы

Мы использовали «Карту для сбора основных данных об обратившихся за лечением» Группы Помпиду при Совете Европы, содержащую 22 основных вопроса. Карты заполнялись в день обращения. Вероятность двойного учета отсутствует, так как каждому анкетизируемому оформлялась новая амбулаторная карточка и присваивался свой индивидуальный номер. Данные по первичной обращаемости собирались в г. Екатеринбурге с 1 января по 31 декабря 1999 г. и обработаны в строгом соответствии со стандартными «Руководящими принципами экспертов-эпидемиологов Группы Помпиду Совета Европы». В настоящем исследовании все процентные соотношения рассчитаны исходя из достоверного числа наблюдений.

База исследования

Исследование проводилось на базе головного наркологического учреждения области — Свердловской областной наркологической больницы (СОНБ).

Результаты исследования

Всего в 1999 г. отмечено 456 первичных обращений пациентов, жителей г. Екатеринбурга. Из них 324 (71%) обратились за медицинской помощью впервые в жизни. Данную часть обращений в дальнейшем мы будем обозначать как «абсолютно первичные обращения» (АПО). Общая группа первичных обращений (456 пациентов, обратившихся за медицинской помощью в течение 1999 г., включавших в себя и группу АПО), будет обозначаться как группа «первичных обращений» (ПО).

Социально-демографическая характеристика лиц, обратившихся за лечением

■ Число мужчин ■ Число женщин



Рис.1. Соотношение мужчин и женщин, обратившихся за медицинской помощью впервые в жизни

Соотношение мужчин и женщин в группе АПО составило 81% и 19% соответственно. В группе ПО доля женщин несколько меньше (18%) (рис.1).

Таким образом, в группе АПО отмечается тенденция роста удельного веса женского наркотизма.

В течение года число обращений было неравномерным. Можно выделить три условных пика обращаемости: март–апрель, август и октябрь, когда число обращение достигало 10% и более. Также имеются месяцы, когда обращаемость не превысила 4% случаев (январь и июнь) (рис.2).

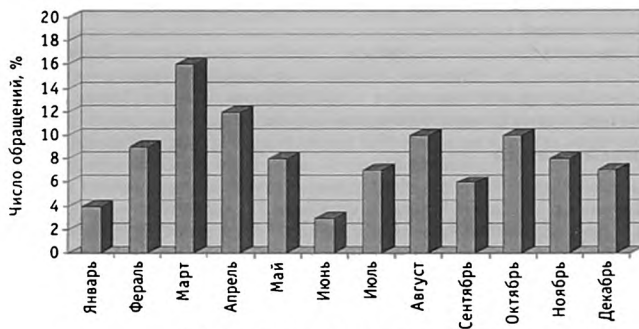


Рис.2. Распределение обращений в течение 1999 г.

Отмечается выраженный сезонный характер «абсолютно первичной обращаемости», с периодами резкой активизации весной, в конце лета и в октябре.

Мотивом обращения за медицинской помощью у мужчин в 96,5% случаев было названо «собственное желание». У женщин этот показатель несколько меньше (95,2%) за счет увеличения доли внешних причин обращения (инициатива семьи).

Этот факт можно интерпретировать как наличие большей степени критичности в отношении мотива обращения за помощью у женщин, нежели у мужчин.

Средний возраст обратившихся в группах ПО и АПО практически совпадает (22,9–22,7), в то же время в группе АПО имеется выраженная возрастная-половая разница — 23,2 года у мужчин и 20,9 лет у женщин (разница 2,3 года).

Таким образом, женщины обращаются за медицинской помощью в более молодом возрасте, чем мужчины, и эта возрастная разность превышает 2 года.

Женщины-наркоманы из группы АПО почти на 2% чаще имеют свою семью, чем мужчины. Причем почти 30% (27,4%) женщин проживают совместно с потребителями наркотиков. У мужчин этот показатель более чем в 4 раза ниже (6,6%).

Отсюда можно сделать вывод, что женщины чаще, чем мужчины, начинают употреблять наркотики в группе с мужем или партнером, и в дальнейшем остаются более зависимы от партнера-наркомана.

Обратившиеся за помощью мужчины и женщины проживают во всех административных районах Екатеринбурга.

Большинство обратившихся мужчин проживают в административных районах, приближенных к местонахождению Свердловской областной наркологической больницы (Кировский, Октябрьский). Женщины же, напротив, в большинстве своем были из отдаленных, по отношению к больнице, районов (Чкаловский, Ленинский). Относительно небольшое количество пациентов обоего пола обращалось из районов, где имеются отделения городской наркологической больницы (Верх-Исетский, Орджоникидзевский, Железнодорожный) (рис.3).

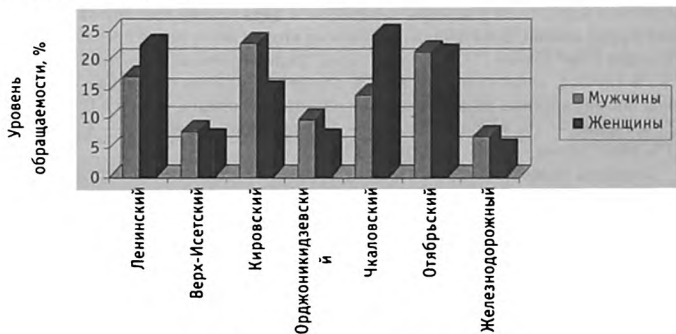


Рис.3. Распределение обращаемости по административным районам г. Екатеринбурга

Исходя из вышеприведенных данных можно предположить, что женщины выбирают лечебное учреждение, которое расположено дальше от места жительства (фактор психологической защиты). Мужчины же предпочитают получать медицинскую помощь по месту жительства.

Национальный состав в мужской группе АПО весьма полиморфен, представлен десятью различными национальностями. Обратившиеся женщины были только 2 национальностей, из них 98,4% составили пациенты русской национальности.

Эти данные дают право сделать вывод, что у женщин нерусской этнической принадлежности меньше возможности получить наркотическую зависимость. У мужчин национальная принадлежность существенно не влияет на распространенность наркоманий.

Более половины потребителей наркотиков из группы АПО (68,5%) не имеют работы. Число безработных несколько выше у мужчин по сравнению с женщинами (69,6% и 62,9% соответственно). Эта разница в основном объясняется большим процентом заня-

тости учебной на дневных отделениях в учебных заведениях у женщин. Уровень наличия постоянной работы у обоих полов приблизительно одинаково низок (18,3% у мужчин и 17,7% у женщин).

Таким образом, у женщин—потребителей наркотиков, показатель занятости несколько выше, чем у мужчин, что связано с продолжающейся учебной. Этот факт также можно отнести и к более высокой адаптивной способности женщин-наркоманок (женщины более продолжительное время могут сочетать учебу с потреблением наркотиков).

Другим подтверждением этого предположения является и более высокий образовательный ценз в группе женщин, особенно по показателям наличия среднего специального, незаконченного высшего и высшего образования (32,3% у женщин против 28,4% у мужчин).

Характеристика структуры и особенностей потребления наркотиков

Первичным наркотиком у женщин в более чем 70% случаев (71,4%) являются препараты конопли. У мужчин этот показатель меньше почти на 10% (62,1%). Спектр первичных наркотиков у женщин невелик — 4 вида (кроме препаратов конопли, это опий-сырец, кокаин, амфетамины). Причем на втором месте после препаратов конопли у женщин стоит кокаин (14,3%). Опий сырец среди первичных наркотиков встречается в 9,5% случаев, амфетамины — в 4,8% случаев. У мужчин первичная наркотизация представлена восемью разновидностями наркотиков: опиаты — 14,6% (опий-сырец — 12,6%, героин — 1%, маковая соломка — 1%), препараты эфедрина — 4,9%, кокаин — 9,7%, амфетамины — 7,8%, экстази — 1%).

Структура первичной наркотизации у мужчин и женщин имеет определенные различия. У женщин спектр предложений первичного наркотика ограничен в связи с первоначально пассивным и разборчивым наркоманическим поведением. Мужчины менее разборчивы и более активны в ситуации первичной наркотизации.

При рассмотрении структуры потребления «последующего» (по времени начала приема) наркотика нужно отметить значительную разницу в наркотизации препаратами конопли (38,3% мужчин и 26,2% женщин). В то же время у женщин выше удельный вес потребления маковой соломки, кокаина, амфетамина и препаратов из эфедрина.

Основным наркотиком у женщин группы АПО являются исключительно опиаты (95,2% — героин, 4,8% — опий-сырец). Соответственно, основной путь введения (88,7%) это инъекционный и сочетание инъекционного и интраназального путей. Интраназальный путь, как единственный, был отмечен менее чем у 10% потребителей (9,7%). У мужчин в числе основных наркотиков фигурировали препараты эфедрина и конопли.

Таким образом, единственный вид наркоманий у женщин группы АПО — опийная (преимущественно героиновая) наркомания с преобладанием инъекционного пути введения наркотика.

Необходимо также отметить, что 37% мужчин и 32,2% женщин изначально наркотируются только одним видом наркотика. Употреблением не более двух наркотиков ограничились 23% мужчин и 33,9% женщин, 40% мужчин и 33,9% женщин употребляли 3 и более видов наркотиков.

Таким образом, если среди мужчин группа лиц, ограничившаяся приемом не более 2 видов наркотика, значительно меньше по сравнению с группой мононаркоманов и полинаркоманов, то среди женщин дифференциации по этим признакам не отмечается.

Изменение способа употребления наркотиков в зависимости от фазы наркотического опыта происходит следующим образом. Если в фазу потребления первичного наркотика удельный вес инъекционного пути в обеих группах не превышает в среднем 18% (20,4% у мужчин и 9,5% у женщин), то при начале употреблении последующего наркотика уже 47% мужчин и 61,8% женщин (в среднем в обеих группах — 50,6%) вводят наркотик внутривенно. С начала употребления основного наркотика внутривенный путь введения становится основным и достигает в среднем в обеих группах 88,3% (87,2% у мужчин и 88,7% у женщин).

Таким образом, ситуация, связанная с путями введения наркотика, напрямую зависит от фазы наркотического опыта и движется от преимущественно неинъекционного способа приема наркотика — к инъекционному, как основному.

В 88% случаев больные обоих полов обращались за помощью, продолжая систематическую наркотизацию, т.е. перед обращением за помощью больные в основном не предпринимали попыток снизить интенсивность наркотизации.

Анализ возрастных особенностей пациентов в различных фазах наркотизации также представляет интерес. Средний возраст первичного употребления любых наркотиков в обеих группах составил 17,3 года (17,5 — у мужчин и 16,4 — у женщин). Возраст при начале использования последующего наркотика составляет в среднем уже 18,7 года (19,1 — у мужчин и 17,9 — у женщин). Средний возраст первого употребления основного наркотика в группе АПО для обеих полов составил 20,8 года. В группе женщин этот показатель почти на 2 года меньше, чем у мужчин (19,4 и 21,2 года соответственно). Женщины чаще мужчин пробуют основной наркотик и в детском (до 15 лет — разница более 3%), и в подростковом возрасте (здесь разница достигает 12%), и в возрасте до 20 лет.

В то же время срок регулярного приема основного наркотика, до момента обращения за помощью, у женщин в среднем на полгода меньше, чем у мужчин (1,1 года у женщин против 1,5 лет у мужчин). Около 80% женщин на момент обращения имеют стаж систематической наркотизации до 1 года (у мужчин этот показатель составляет порядка 60%).

Таким образом, от первой пробы наркотика до начала приема основного наркотика проходит в среднем 3,5 года (3,7 года у мужчин и 3 года у женщин).

Если сопоставить средний возраст при обращении за помощью и средний возраст при начале приема основного наркотика, то мы увидим, что эта разница составит в среднем 1,9 года (у мужчин — 2 года, у женщин — 1,5 года). В то же время женщины гораздо ранее мужчин обращаются за помощью, имея сравнительно небольшой срок регулярного приема наркотика, т.е. темп формирования зависимости от основного наркотика, а также темп проявления мотивации на лечение у женщин выше, чем у мужчин, и эта разница составляет в среднем полгода.

Интересен анализ группы мужчин и женщин, употребляющих только один наркотик.

Женщины данной группы употребляют только героин. Возраст первого употребления героина составил в среднем 19,4 года. У женщин же, употреблявших героин интраназально, возраст первичного приема составлял 18,1 года. К моменту обращения их возраст составил в среднем 20,3 года. Около половины (40%) пациентов этой группы проживают с потребителями наркотиков.

В группе мужчин 94% употребляют героин, 5% — опий-сырец и 1% — препараты конопли. Процент неупотребляющих наркотик внутривенно тот же, что и у женщин (24%). Возраст первого употребления героина составил 21,9 года. Возраст при обращении в среднем составил 23,4 года. В группе мужчин с потребителями наркотика проживало чуть более 8% (8,4%).

Таким образом, в группе изначально мононаркотического приема основным (а у женщин единственным) наркотиком является героин. Преобладающим путем введения наркотика в обеих группах является внутривенный, иногда перемежающийся с интранозальным. Возраст первичного приема героина у женщин на 1,5 года меньше, чем у мужчин. Временной промежуток от начала приема героина до обращения за помощью у женщин составил менее года (0,9 года), в группе мужчин — 1,5 года, т.е. темп развития наркотической зависимости и возникновение мотивации на лечение у женщин, употребляющих исключительно героин, выше, чем у мужчин. Сожительство с потребителями героина является довольно значительным фактором для поддержания женской героиновой наркомании. Способ употребления основного наркотика (больше число женщин в этой группе использует неинъекционный способ приема) существенно не влияет на темп формирования наркомании у женщин.

Риск распространения инфекционных заболеваний среди потребителей наркотиков

Несмотря на то, что основным путем употребления наркотиков остается внутривенный (за последние 30 дней до обращения за помощью 88,3% пациентов делали себе инъекции наркотиков), использование чужих шприцев и игл сокращается (за последние 30 дней до обращения их использовали в среднем 19,8% пациентов обеих групп). В то же время настаивает, что в группе женщин использование чужих шприцев почти в 2 раза выше, чем в группе мужчин (29% у женщин, 17% у мужчин). Инъекционный путь введения наркотика женщины также избирают в среднем на 1,4 года раньше, чем мужчины. Почти половина больных наркоманиями не обследовались на ВИЧ-инфекцию.

Таким образом, в среде первичных наркоманов остается высокий уровень опасности широкого распространения ВИЧ-инфекции и других инфекций, передающихся через кровь. Уровень риска выше у женщин, которые чаще используют чужие шприцы.

Практически все пациенты (99%) обращались с целью проведения купирования абстинентного синдрома. Только единичные обращения (1%) были связаны с желанием получить консультацию.

Для выявления степени наркоманического окружения наших пациентов мы просили их назвать примерное число знакомых им наркоманов. В итоге получилось, что каждый наркоман контактирует с 52–56 другими. Причем женщины в этом отношении оказались более коммуникабельны, их наркоманское окружение в среднем на 10 человек больше чем у мужчин (50–55 — у мужчин, 62–65 — у женщин).

Обсуждение результатов

В группе абсолютно первичных обращений отмечается тенденция роста удельного веса женского наркотизма. Отмечается выраженный сезонный характер «абсолютно первичной обращаемости», с периодами резкой активизации весной, в конце лета и в октябре. Женщины более критичны в отношении мотива обращения за помощью, нежели мужчины. Имеется выраженная возрастно-половая разница в группе АПО у мужчин и женщин. Женщины обращаются за медицинской помощью в более молодом возрасте, чем мужчины, и эта возрастная разница превышает 2 года. Женщины-наркоманы из группы АПО в большем проценте случаев, нежели мужчины, имеют свою семью. При этом почти 1/3 женщин проживают совместно с потребителями наркотиков. У мужчин этот показатель более чем в 4 раза ниже. Т.е. женщины чаще, чем мужчины, начинают употреблять наркотики в группе с мужем или партнером и в дальнейшем остаются более

зависимы от партнера-наркомана. И мужчины и женщины обращались за помощью из всех административных районов Екатеринбурга. Большинство обратившихся мужчин проживают в административных районах, приближенных к местонахождению наркологической больницы. Женщины же, напротив, в большинстве своем были из отдаленных, по отношению к больнице, районов. Исходя из этого можно предположить, что женщины выбирают лечебное учреждение, которое расположено дальше от места жительства (фактор психологической защиты). Мужчины же предпочитают идти за медицинской помощью туда, где эта помощь территориально приближена к месту жительства. Национальный состав в мужской группе АПО весьма полиморфен, а у женщин представлен лишь двумя национальностями. В связи с этим можно сделать вывод, что у женщин нерусской этнической принадлежности меньше возможности получить наркотическую зависимость. Для мужчин национальная принадлежность существенно не влияет на распространенность наркоманий. Более половины потребителей наркотиков из групп АПО не имеют работы. Число безработных несколько выше у мужчин по сравнению с женщинами. Эта разница в основном объясняется большим процентом женщин, занятых учебной работой на дневных отделениях в учебных заведениях. Уровень наличия постоянной работы у обоих полов приблизительно одинаково низок. Более высокий показатель занятости женщин можно объяснить и более высокой адаптивной способностью женщин-наркоманок. Другим подтверждением этого предположения является и более высокий образовательный ценз в группе женщин, особенно по показателям наличия среднего специального, незаконченного высшего и высшего образования.

Первичным наркотиком у женщин в более чем 70% случаев являются препараты конопли. У мужчин этот показатель меньше почти на 10%. Спектр первичных наркотиков у женщин представлен лишь четырьмя видами, а у мужчин — восемью разновидностями наркотиков. Скорее всего, у женщин спектр предложений первичного наркотика ограничен первоначально пассивным и разборчивым наркоманическим поведением. Мужчины менее разборчивы и более активны в ситуации первичной наркотизации. Основным наркотиком у женщин группы АПО являются исключительно опиаты (в основном героин), с преимущественно внутривенным способом введения. У мужчин в списке основных наркотиков фигурировали препараты из эфедрина и препараты конопли. Преимущественный путь введения наркотика напрямую зависит от фазы наркотического опыта — от инъекционного способа к инъекционному, как основному. Обращение за помощью носит в основном спонтанный (со стороны больных) характер, что подтверждается отсутствием у основной их части попыток снижения дозы либо перехода на более редкий прием наркотика перед обращением. Таким образом, от первой пробы наркотика до начала приема основного наркотика проходит в среднем 3,5 года. Средний возраст при обращении за помощью и средний возраст от начала приема основного наркотика отстоят друг от друга у мужчин на 2 года, у женщин на 1,5 года. Женщины гораздо ранее мужчин обращаются за помощью, имея сравнительно небольшой срок регулярного приема наркотика, т.е., темп формирования зависимости от основного наркотика, а также темп проявления мотивации на лечение у женщин выше, чем у мужчин, и эта разница составляет в среднем полгода. В группе изначально мононаркотического приема основным (а у женщин единственным) наркотиком является героин. Преобладающим путем введения наркотика в обеих группах является внутривенный. Возраст первичного приема героина у женщин в этой группе на 1,5 года меньше, чем у мужчин. Временной промежуток от начала приема героина до обращения за помощью у женщин составил менее года, в группе мужчин — 1,5 года, т.е. темп развития

наркотической зависимости и возникновение мотивации на лечение у женщин, употребляющих исключительно героин, выше, чем у мужчин. Сожительство с потребителями героина является довольно значительным фактором для поддержания женской героиновой наркомании. Способ употребления основного наркотика (большее число женщин в этой группе использует неинъекционный способ приема) существенно не влияет на темп формирования наркомании у женщин.

В группе женщин использование чужих шприцев почти в 2 раза выше, чем в группе мужчин. Инъекционный путь введения наркотика женщины также избирают в среднем на полтора года раньше, чем мужчины. Почти половина больных наркоманиями не обследовались на ВИЧ-инфекцию. Таким образом, в среде первичных наркоманов остается высокий уровень опасности широкого распространения ВИЧ-инфекции и других инфекций, передающихся через кровь. Уровень риска выше у женщин, которые чаще используют чужие шприцы.

Каждый наркоман контактирует в среднем с 50–60 другими. Причем женщины в этом отношении оказались более коммуникабельны, их наркоманское окружение в среднем на 10 человек больше, чем у мужчин.

Выводы

1. Растет удельный вес женского наркотизма.
2. Обращения за медицинской помощью носят выраженный сезонный характер.
3. Имеются существенные отличия наркотизма у мужчин и женщин.
4. Основной наркотик в г. Екатеринбурге — героин.
5. Основной путь введения наркотика — внутривенный.
6. Выбор основного наркотика у наркоманов г. Екатеринбурга осуществляется достаточно быстро (средний срок от первой пробы любого наркотика до начала приема основного наркотика составляет 3,5 года).
7. Темп развития наркотической зависимости у жителей Екатеринбурга высокий (от начала приема основного наркотика до обращения за помощью проходит в среднем от 1,5 до 2 лет).
8. Риск распространения ВИЧ-инфекции в среде наркоманов остается достаточно высоким.

Заключение

Демографическая и социально-экономическая ситуация в Екатеринбурге, а также его географическое положение способствуют распространению немедицинского потребления наркотиков среди населения. В городе и регионе наблюдается обострение криминальной активности в сфере наркобизнеса.

Все негативные признаки ухудшения наркоманической ситуации в областном центре налицо (раннее начало наркотизации, активное вовлечение в наркотизацию женщин).

В то же время наркотизм в Екатеринбурге неоднороден. На его характер существенно влияют половозрастные, социальные и другие факторы, изучение которых может помочь в практической работе нарколога.

Изучение сезонности обращений за помощью позволяет прогнозировать нагрузку врачей на наркологическом приеме и работу в стационарах (графики отпусков сотрудников и т.д.).

Знания особенностей женского наркотизма могут помочь улучшению оказания специализированной помощи женщинам-наркоманкам, заболевание которых протекает более злокачественно, чем у мужчин.

Изучение возрастной динамики наркотизма дает возможность оценить тяжесть состояния конкретного пациента на приеме.

Более низкий уровень использования грязных игл и шприцев (по сравнению с другими регионами России, ближнего и дальнего зарубежья) дает нам право надеяться на меньший уровень распространения ВИЧ-инфекции в Екатеринбурге, но только при условии активной работы по обмену шприцев и другим программам минимизации вреда от наркотиков среди наркоманов города.

Литература

1. Энтин Г.М., Шамота А.З. и др. // Вопросы наркологии. – 1999. – № 1. – С. 71–78.
2. Карпец В.В., Кошкина Е.А., Рохлина М.Л., Карпец А.В. // Там же. – С. 85–94.
3. Богданов С.И., Павловская Г.П. // Уральское медицинское обозрение. – 1999. – № 2. – С. 19–23.
4. Кошкина Е.А., Шамота А.З. и др. // Методы изучения распространенности потребления психоактивных веществ среди различных групп населения: Пособие для врачей психиатров-наркологов. М., 1997. – С. 44–82.

В.Н. Куренной, Ф.Р. Сафаров

Отдел по борьбе с незаконным оборотом наркотиков ГУВД Свердловской области

Некоторые аспекты преступности, связанной с незаконным оборотом наркотиков в Свердловской области

С начала 90-х гг. наркоситуация в Свердловской области ежегодно обостряется, увеличивая в значительных масштабах уровень преступности, связанной с наркотиками. На наркорынке области значительно увеличилась доля «жестких» наркотиков, создались условия для распространения СПИДа через среду наркоманов.

Целью нашей работы явился анализ ситуации, складывающейся на наркотическом рынке области.

Изучение информации о каналах поставок наркотиков на территорию Свердловской области показывает, что большая часть наркотических средств растительного происхождения (героин, опий, гашиш, марихуана) поступает в основном из среднеазиатских республик СНГ (Таджикистан, Киргизия, Казахстан), а также из Афганистана, реже — из республик Кавказского региона. Наркотики доставляются преимущественно автомобильным транспортом в большегрузных автофургонах с фруктами и овощами. На территории РФ транспортировка наркотиков указанным способом осуществляется по трассам Курган–Челябинск–Екатеринбург и Омск–Тюмень–Екатеринбург. При доставке наркотиков железнодорожным транспортом используются в основном пассажирские поезда сообщением Бишкек–Екатеринбург, Алма-Ата–Екатеринбург, Ташкент–Екатеринбург, Акмола–Санкт-Петербург, Петропавловск–Нижний Тагил. Также используется смешанный канал доставки: из Казахстана рейсовыми автобусами в Омск или Новосибирск, далее железнодорожным транспортом до Екатеринбурга. Транспортировка наркотических средств по внутренним каналам осуществляется железнодорожным транспортом сообщением Оренбург–Екатеринбург и Нижневартовск–Екатеринбург.

Кокаин доставляется на территорию Свердловской области преимущественно из стран Балтии, реже — из Москвы и Санкт-Петербурга.