

*На правах рукописи*

**ИВАНОВ**  
Андрей Анатольевич

**РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДИНАМИКИ  
НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ В АЛТАЙСКОМ КРАЕ  
(КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ, ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ,  
РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ АСПЕКТ)**

Специальность: 14.01.27-Наркология

**А В Т О Р Е Ф Е Р А Т  
д и с с е р т а ц и и**

**на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук**

Томск

2012

Работа выполнена в Федеральном государственном бюджетном учреждении «Научно-исследовательский институт психического здоровья» Сибирского отделения Российской академии медицинских наук.

**Научный руководитель:**

доктор медицинских наук, профессор,  
член-корреспондент РАМН

**Бохан Николай Александрович**

**Официальные оппоненты:**

д-р мед. наук, профессор

**Селедцов Александр Михайлович**  
ГБОУ ВПО Кемеровская государственная  
медицинская академия  
Минздравсоцразвития России

д-р мед. наук

**Кривулин Евгений Николаевич**  
ГБОУ ВПО «Челябинская государственная  
медицинская академия  
Минздравсоцразвития России

**Ведущее учреждение:** ГБОУ ВПО Новосибирский государственный медицинский университет Минздравсоцразвития России.

Защита состоится 11 декабря в 14 часов на заседании совета по защите докторских и кандидатских диссертаций Д 001.030.01 при Федеральном государственном бюджетном учреждении «Научно-исследовательский институт психического здоровья» Сибирского отделения Российской академии медицинских наук по адресу: 634014, Томск, ул. Алеутская, 4.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН.

Автореферат разослан 9 ноября 2012 г.

**Ученый секретарь совета по защите докторских и кандидатских диссертаций Д 001.030.01**  
кандидат медицинских наук

 О. Э. Перчаткина

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

**Актуальность исследования.** На протяжении десяти «нулевых лет» сложности наркологической ситуации приобрели интернациональное признание и особое звучание практически во всех субъектах Российской Федерации (Иванец Н. И. и др., 2007; Семке В. Я., Бохан Н. А., 2008; Немцов А. В., Давыдов К. В., Разводовский Ю. Е., 2009; Казаковцев Б. А., 2011). Данные государственной статистики свидетельствуют о стабильно высоком уровне учтенной распространенности злоупотребления психоактивными веществами (Кошкина Е. А., Киржанова В. В., 2009; Брюн Е. А., 2010).

Основные тенденции наркологической ситуации в РФ за последние годы по-прежнему характеризуются доминированием алкоголизма, алкогольных психозов и употребления алкоголя с вредными последствиями, что составляет 81,8 % от общего числа лиц, зарегистрированных наркологической службой. Частота возникновения и распространенность алкогольных психозов является наиболее точным индикатором динамических тенденций алкоголизации населения и отражает алкогольную ситуацию в стране (Артемьев И. А., Миневич В. Б., 1989; Гофман А. Г., Орлова М. А., Меликсетян А. С., 2011; Новиков Е. М., Левочкина О. В., 2011).

Последние 5 лет отличаются некоторым снижением учтенной распространенности наркологических расстройств – среднегодовой темп снижения показателя в РФ составил 0,6 %, при этом распространенность алкоголизма снизилась на 1,8 %, токсикомании – на 4,4 %, а показатель распространенности наркомании увеличился на 0,6 % (Кошкина Е. А., 2011).

При этом «...высока динамичность современной наркологической ситуации, интенсивно происходит формирование новых форм аддиктивного поведения, переход из одной в другую» (Благов Л. Н., 2008; Клименко Т. В., 2009; Альтшулер В. Б., Кравченко С. Л., 2010). Средний уровень наркотизации населения в Сибирском федеральном округе (СФО) значительно выше, чем в других федеральных округах. Показатель распространенности острых отравлений наркотическими веществами и алкоголем со смертельным исходом характеризует напряженность наркологической ситуации.

Исследуемые статистические показатели (распространенность алкоголизма и наркоманий, смертность и летальность учтенного контингента наркологических больных) логично связаны между собой, выявляют тенденцию роста алкоголизма и наркоманий, что отражает взаимосвязь явлений, обусловленных потреблением психоактивных веществ (Немцов А. В., 2008). В настоящее время распространены тяжелые и ассоциированные формы наркологических расстройств, возрастает удельный вес смертности, обусловленной

употреблением алкоголя и наркотиков в структуре общей смертности населения (Немцов А. В., Левчук Н. М., Давыдов К. В., 2010; Бохан Н. А., Артемьев И. А., Мандель А. И., 2010; Говорин Н. В., Сахаров А. В., 2011).

Отмечаются особенности аддиктивного поведения среди населения городской и сельской местности (Козырев С. Н., 1995; Пятницкая И. Н., Найденова Н. Г., 2002; Погосов А. В., 2003; Агарков А. А., 2003). Анализ материалов государственной статистики не дает полного представления о распространенности потребления психоактивных веществ, в связи с этим особую ценность приобретают исследования в отдельных регионах, городах, селах (Спектор Ш. И., Богданов С. И., Сенцов В. Г., 2006; Казаковцев Б. А., 2011). Вследствие этого исследование клинико-эпидемиологических показателей, медико-социальных особенностей наркологической ситуации в популяции с учетом регионального аспекта, изучение основных направлений в реабилитационном процессе нельзя считать завершенными. В контексте изложенного определены цель и задачи настоящего исследования.

**Цель исследования:** установить региональные особенности динамики наркологической ситуации среди населения Алтайского края с последующей разработкой комплекса дифференцированной терапии и реабилитации.

### Задачи исследования:

1. Изучить динамику наркологической ситуации среди населения Алтайского края за 2000—2011 гг. Проанализировать заболеваемость алкоголизмом, алкогольными психозами и наркоманиями по основным источникам выявления.
2. Исследовать распространенность острых отравлений наркотическими веществами и алкоголем со смертельным исходом среди населения Алтайского края за 2000—2010 гг.
3. Изучить показатели смертности и летальности при алкоголизме, алкогольных психозах и наркоманиях в Алтайском крае за 2000—2010 гг.
4. Исследовать структуру смертельных исходов, связанных с употреблением алкоголя и наркотиков, за 2000—2011 гг.
5. Обосновать направления деятельности наркологической службы с разработкой и оценкой эффективности лечебно-профилактических программ.

### Основные положения, выносимые на защиту:

1. Особенности динамики наркологической ситуации в Алтайском крае характеризуются разнонаправленными тенденциями – сокращением вновь регистрируемой заболеваемости по основным формам зависимости (алкогольной и наркотической), ростом злоупотребления алкоголем среди женщин и подростков, кратным различием распространенности наркоманий и алкоголизма в сельских административных территориях.

2. Современная трансформация наркологической ситуации заключается в расширении спектра наркотических средств суррогатами «новой волны», регистрации дезоморфиновой наркомании, увеличении частоты алкогольных энцефалопатий, исходов алкогольных психозов в деменцию.

3. Смертность от коморбидных соматических заболеваний при наркологических расстройствах обнаруживает тенденцию к росту. В структуре смертельных исходов у больных наркоманией доминируют болезни системы кровообращения, у больных алкоголизмом – полиорганная недостаточность.

4. Разработанный немедикаментозный реабилитационный комплекс, включающий поэтапную психотерапевтическую программу и системную оксигипертермию для улучшения соматопсихического состояния больного, позволяет повысить эффективность терапии при алкогольной и наркотической зависимостях.

**Научная новизна исследования.** Впервые определен региональный профиль наркологической ситуации, в том числе среди женского и подросткового населения, на территории Алтайского края за 2000—2011 гг. Дана оценка показателям смертности и летальности при отравлениях наркотическими веществами, наркоманиях, алкоголизме и алкогольных психозах в Алтайском крае за период 2000—2011 гг. по данным диспансерного учета и госпитализации. Впервые в региональном аспекте выявлены особенности клинической картины алкогольных психозов в настоящее время, заключающиеся в увеличении процентного соотношения острых алкогольных энцефалопатий, исходе алкогольных психозов в деменцию, росте числа повторных психотических эпизодов. Впервые проанализирована структура смертельных исходов при наркоманиях в Алтайском крае. Выявлен 3-кратный рост смертности от соматических заболеваний в структуре общей смертности больных наркоманией. Представлен расчет показателя численности скрытых потребителей инъекционных наркотиков для населения Барнаула, никогда не обращавшихся за наркологической помощью в государственные наркологические учреждения.

Разработан немедикаментозный реабилитационный комплекс, включающий лечебно-реабилитационную и профилактическую программу для населения Алтайского края, зависимого от употребления психоактивных веществ.

**Практическая значимость исследования.** Знание региональных особенностей динамических колебаний численности наркологических расстройств, а также заболеваемости, смертности и летальности при алкоголизме и наркоманиях позволяет планировать работу наркологической службы Алтайского края.

Полученные данные о трансформации клинической картины алкогольных психозов, развивающихся на фоне алкоголизма с коморбидной соматической патологией, позволяют прогнозировать вероятность развития и исхода психотического состояния.

Данные о смертности и летальности при наркологических расстройствах могут быть использованы в совершенствовании лечебных и реабилитационных мероприятий у больных алкоголизмом и наркоманией.

Применение немедикаментозного реабилитационного комплекса в лечении наркологических больных позволяет повысить эффективность применяемых моделей лечения и профилактики, увеличить длительность ремиссий у больных алкоголизмом и наркоманией.

Представленный региональный профиль наркологической ситуации Алтайского края на протяжении 12-летнего периода имеет значение для дальнейшего научного изучения проблемы и может быть использован в проведении обучающих мероприятий для специалистов.

**Внедрение результатов исследования.** Результаты исследования используются Главным управлением Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности в плане профилактики, диагностики, лечения и реабилитации больных с наркологическими расстройствами в рамках действующей краевой целевой программы «Комплексные меры противодействия злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту в Алтайском крае» на 2009—2013 гг., подпрограммы «Профилактика, лечение и реабилитация лиц, больных алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией на 2007—2011 гг.», краевой целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями».

Разработанный немедикаментозный реабилитационный комплекс, включающий лечебно-реабилитационную и профилактическую программу, внедрен в Государственном учреждении здравоохранения «Алтайский краевой наркологический диспансер», в краевых наркологических диспансерах в гг. Барнауле, Бийске, Заринске, Рубцовске.

По итогам исследования разработано методическое пособие для врачей различных специальностей «Организация наркологической помощи в Алтайском крае» (Барнаул, 2009), издан информационный сборник статистических и аналитических материалов «Острые отравления химической этиологии: организация и ведение токсикологического мониторинга в Алтайском крае (Барнаул, 2011). За период ведения токсикологического мониторинга были подготовлены региональные межведомственные нормативно-правовые акты (приказы): «О совершенствовании системы учета острых отравлений, закончившихся летальным исходом, в Алтайском крае» (совместно с КГУЗ «Алтайское краевое бюро судебно-медицинской экспертизы»); «О мерах по совершенствованию оказания медицинской помощи лицам с отравлениями непищевыми спиртосодержащими жидкостями» (совместно с Управлением Алтайского края по здравоохранению).

Материалы диссертации включены в программу обучения интернов и клинических ординаторов по специальностям «психиатрия» и «психиатрия-наркология», а также используются при реализации образовательных программ в рамках циклов последипломного образования по психиатрии и психиатрии-наркологии для врачей в ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития России.

**Апробация работы.** Основные результаты работы доложены на региональных, межрегиональных и международных конференциях, в том числе на межрегиональной научно-практической конференции «Актуальные вопросы охраны психического здоровья детей и подростков» (Барнаул, 15—16 июня 2005 г.); межрегиональной научно-практической конференции «Психическое здоровье населения Сибири: клинико-динамические и превентивные аспекты» (Барнаул, 25—26 мая 2006 г.); межрегиональной научно-практической конференции «Роль государства и общества в усилении борьбы с пьянством, алкоголизмом и наркоманией» (Чита, 30—31 мая 2007 г.); межрегиональной научно-практической конференции «Вопросы охраны психического здоровья, обеспечения доступности и качества оказания психиатрической помощи» (Барнаул, 29—30 мая 2007 г.); региональной научно-практической конференции с международным участием «Актуальные проблемы возрастной наркологии» (Челябинск, 2008 г.); Второй Всероссийской конференции с международным участием «Современные проблемы биологической психиатрии и наркологии» (Томск, 4—6 марта 2008 г.); конференции «Охрана психического здоровья работающего населения России» (Кемерово, 16—17 апреля 2009 г.); конференции «Психическое здоровье населения – межведомственный подход» (Новокузнецк, 13—14 мая 2009 г.); региональной междисциплинарной научно-практической конференции «Актуальные вопросы современной наркологии» (Барнаул, 15 ок-

тября 2009 г.); региональной конференции с международным участием «Эпидемиологические исследования в области изучения неинфекционных болезней человека и доказательная медицина» (Барнаул, 2010 г.); научно-практической конференции «Наркология-2010» (Москва, 2010 г.); межрегиональной научно-практической конференции «Актуальные проблемы наркологических расстройств и их профилактика» (Улан-Удэ, 29 сентября 2011 г.); XV научной отчетной сессии, посвященной 30-летию ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН «Актуальные вопросы психиатрии и наркологии» (Томск, 6—7 сентября 2011 г.); научно-практической конференции «Актуальные вопросы оказания специализированной наркологической помощи населению» (Москва, 1—2 ноября 2012 г.).

**Публикация результатов исследования.** Материалы диссертации опубликованы в 18 научных и учебно-методических работах, в том числе 4 – в рецензируемых журналах, включенных в перечень ВАК РФ для публикации результатов диссертационных исследований.

**Объем и структура диссертации.** Работа изложена на 166 страницах машинописного текста, состоит из введения, пяти глав, заключения, выводов, списка используемой литературы, включающего 215 источников, в том числе 185 отечественных и 30 иностранных, приложения. Диссертация иллюстрирована 22 таблицами и 18 рисунками, описанием клинических наблюдений.

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Для оценки наркологической ситуации, сложившейся в Алтайском крае, исследование проводилось с использованием эпидемиологического подхода – путем анализа данных официальной статистической отчетности Алтайской краевой наркологической службы за 2000—2011 гг. и анализа смертности от острых отравлений алкоголем и наркотиками по материалам Алтайского краевого бюро судебно-медицинской экспертизы.

В соответствии с поставленной целью и задачами был определен объект исследования (дизайн проводимого исследования представлен на рис. 1).

В работе использовались диагностические категории Международной классификации болезней десятого пересмотра (МКБ-10), а также следующие методы исследования: 1) клинико-эпидемиологический; 2) клинико-психопатологический, позволивший оценить динамику клинических проявлений психотических форм алкоголизма; 3) клинико-динамический (оценка динамики клинических проявлений наркологической патологии в процессе применения психотерапевтических и физиотерапевтических методов лечения); 4) клинико-статистический.



Рис. 1. Структура материала и дизайн исследования

По Международной классификации болезней 10-го пересмотра (Психические расстройства и расстройства поведения, класс V, адаптированный для использования в Российской Федерации. – М., МЗ РФ, 1998) диагноз больных формулировался как «Психические расстройства и расстройства поведения, вызванные употреблением алкоголя; синдром отмены с делирием» (F10.40; F10.41 или F10.21; F10.23), а также «Психические расстройства и расстройства поведения, вызванные употреблением наркотиков» (F11.22; F11.30).

Смертельные исходы в соответствии с отчетной формой классифицировались по рубрикам: несчастный случай; соматическое заболевание; психическое заболевание; самоубийство; неуточненные причины, в том числе от наркотических веществ (T40—T40.9), от алкоголя (T51).

Систематизация данных из архивных историй болезни по 5 202 случаям алкогольных психозов у больных, госпитализированных в отделение неотложной наркологической помощи Алтайского краевого наркологического диспансера с 2002 по 2010 г., а также по больным, госпитализированным в отделение неотложной наркологической помощи с диагнозом «острый алкогольный психоз» в течение года повторно (n=60) и всех случаев летальных исходов с 2004 по 2010 г. при алкогольном абстинентном синдроме и острых алкогольных психозах (n=60) осуществлялась при помощи стандартизованной карты, включавшей социально-демографические и клинические признаки: пол; возраст; образование; род занятий; семейное положение; диагноз психотического расстройства по МКБ-10 (по по-

следному эпизоду); давность злоупотребления алкоголем на момент госпитализации; сезонность; сопутствующие соматические заболевания; сопутствующие психические заболевания; сопутствующие неврологические заболевания; временной промежуток от формирования зависимости до развития психоза; посмертный клинический диагноз; судебно-медицинский диагноз.

Использовалась методика «Количественная оценка структуры и динамики патологического влечения к алкоголю у больных алкоголизмом» (Чередниченко Н. В., Альтшулер В. Б., 1992, 2008).

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

При анализе наркологической ситуации среди населения Алтайского края за период с 2000 по 2011 г. выявлено выраженное сокращение вновь регистрируемой заболеваемости по основным формам зависимости – алкогольной и наркотической (опиоидной), как среди взрослых, так и среди подростков.

За период 2005–2011 гг. распространенность наркомании среди населения края стабилизировалась. Несмотря на тенденцию к снижению (на 17,1 %), показатель зарегистрированных больных наркоманией превышает таковой показатель по РФ в 1,5 раза. Заболеваемость наркоманией в 2010 г. оказалась самая низкая за истекшее десятилетие – 24,5 на 100 тысяч населения (рис. 2).

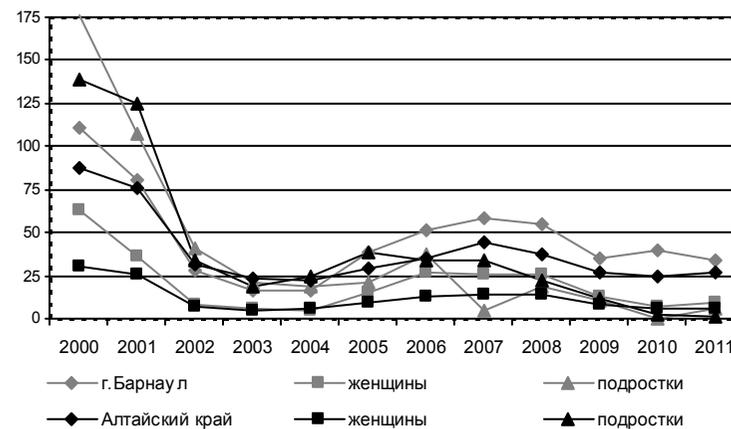


Рис. 2. Заболеваемость наркоманиями среди населения Барнаула и Алтайского края в 2000-2011 гг. (на 100 тысяч населения)

Число вновь зарегистрированных больных наркоманией вследствие употребления каннабиноидов за 2000—2010 гг. увеличилось почти в 3 раза за счет взрослого контингента.

Распространенность алкоголизма в Алтайском крае составила 1 674 на 100 тысяч населения или 1,7 % от общей численности населения края. После 2003 г. наметилась устойчивая тенденция снижения показателя первичной заболеваемости больных алкоголизмом: в 2010 г. к уровню 2003 г. он уменьшился в 1,6 раза и составил 112,3 на 100 тысяч населения, оставаясь выше аналогичного показателя по РФ в 1,4 раза (76,9 на 100 тысяч населения). В меньшей степени это относится к женскому и подростковому алкоголизму.

В 2011 г. произошел рост злоупотребляющих алкоголем подростков, особенно жителей Барнаула. Количество подростков, злоупотребляющих алкоголем (4 044,5 на 100 тысяч населения), возросло почти до максимального уровня, зарегистрированного в 2006 г. Количество женщин, употребляющих алкоголь с вредными последствиями, остаётся на прежнем уровне.

В структуре наркологической заболеваемости Алтайского края стабильно высоким остается количество больных алкогольными психозами – 54,6 на 100 тысяч населения, что в 1,4 раза выше показателя заболеваемости алкогольными психозами по СФО (39,9 на 100 тысяч населения) и в 1,6 раза выше показателя по РФ (33,5 на 100 тысяч населения). Вместе с тем прослеживается умеренная тенденция к стабилизации показателей, отсутствие зарегистрированных заболеваний у подростков (рис. 3).

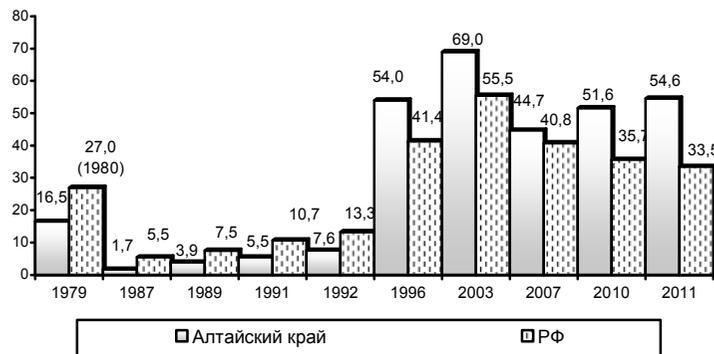


Рис. 3. Заболеваемость алкогольными психозами в Алтайском крае и РФ за период с 1979 по 2011 г. (данные на 100 тысяч населения)

Мы разделяем точку зрения ряда российских исследователей (Артемьев И. А., Миневич В. Б., 1989; Немцов А. В., 2011; Гофман А. Т., Орлова М. А., Меликсетян А. С., 2011) относительно того,

что частота возникновения и распространенность алкогольных психозов является наиболее точным индикатором алкогольной ситуации в стране.

Изучено соотношение частоты форм алкогольных психозов у больных, госпитализированных в отделение неотложной наркологической помощи с 2002 по 2010 г. За этот период было пролечено 5 202 пациента с острым алкогольным психозом. Подавляющее большинство случаев составляли алкогольные делирии, их удельный вес в структуре алкогольных психозов оставался практически неизменным – от 76,9 до 83,2 % (табл. 1).

Таблица 1  
Структура алкогольных психозов по всем случаям госпитализации в наркологические отделения АКНД за 2002–2010 гг.

Показатель	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Пролечено всего	2726	2558	2681	2709	2672	2464	2665	2346	2540
Алкогольные психозы (абс., %)	976	906	954	851	871	668	612	595	654
Алкогольный делирий (абс., %)	35,8%	35,4%	35,6%	31,4%	32,6%	27,1%	23,0%	25,4%	25,7%
Алкогольный делирий (абс., %)	761	697	776	688	699	523	510	467	536
Алкогольный галлюциноз (абс., %)	77,9%	76,9%	81,3%	80,8%	80,3%	78,3%	83,2%	79%	82,1%
Алкогольный галлюциноз (абс., %)	197	158	158	145	160	115	87	119	98
Алкогольный галлюциноз (абс., %)	20,2%	17,4%	16,6%	17,0%	18,4%	17,2%	14,2%	19,9%	15,1%
Алкогольный параноид (абс., %)	16	30	14	18	7	6	8	3	10
Алкогольный параноид (абс., %)	1,6%	3,3%	1,5%	2,1%	0,8%	0,9%	1,3%	1,2%	1,5%
Острая алкогольная энцефалопатия (абс., %)	2	21	3	0	2	9	5	7	9
Острая алкогольная энцефалопатия (абс., %)	0,2%	2,3%	0,3%	–	0,2%	1,3%	0,8%	1,2%	1,4%
Алкогольная деменция (абс., %)	0	0	0	0	0	0	1	1	1
Алкогольная деменция (абс., %)	–	–	–	–	–	–	0,2%	0,2%	0,2%
Интоксикационные психозы (абс., %)	0	0	3	1	2	1	2	3	4
Интоксикационные психозы (абс., %)	–	–	0,3%	0,1%	0,3%	0,1%	0,3%	0,5%	0,6%

Установлено, что частота алкогольных галлюцинозов также не менялась и колебалась в пределах от 15 до 20 %. Соотношение делирия и галлюциноза соответствовало 4:1. Алкогольные параноиды на протяжении 9 лет диагностировались в диапазоне частот от 0,8 до 3,3 %. С 2007 г. стала прослеживаться устойчивая тенденция к увеличению числа острых алкогольных энцефалопатий – от 0,8 до 1,4 %. С 2008 г. регистрируются случаи исхода алкогольных психозов в алкогольную деменцию (0,2 %).

В отделении неотложной наркологической помощи, развернутом на базе Алтайского краевого наркологического диспансера, обследована группа больных из 60 человек, госпитализированных в течение 2008 г. повторно с диагнозами: алкогольный делирий – 50 чело-

век, алкогольный галлюциноз – 8 человек, острая алкогольная энцефалопатия – 2 человека. Средний возраст больных составлял  $49,4 \pm 8,17$  года (в том числе по возрастным периодам: от 27 до 45 лет – 60 %, от 46 до 60 лет – 20 %; старше 60 лет – 20 %).

Выявилась следующая динамика в развитии основных форм алкогольных психозов. Больные, повторно перенесшие алкогольный делирий, были старше по возрасту ( $47 \pm 9,2$  года) больных, повторно перенесших алкогольный галлюциноз ( $36 \pm 4,8$  года). Алкогольный галлюциноз по сравнению с алкогольным делирием манифестировал в более раннем возрасте ( $34 \pm 4,8$  и  $44 \pm 8,6$  года соответственно) через 5 лет зависимого употребления алкоголя на фоне прогрессивного течения алкоголизма. Развитие делирия происходило в среднем через 14 лет после формирования синдрома отмены.

Из числа пролеченных больных алкогольными психозами процент повторного поступления в 2010 г. по сравнению с предыдущим годом резко возрос (практически в 2 раза) и составил 20,6 % по сравнению с 10,4 % в 2009 г.

Летальность больных острыми алкогольными психозами в условиях наркологического стационара со сплошным круглосуточным приемом составила 0,6 % от общего числа пролеченных больных с данной нозологией. Летальность больных при алкогольном абстинентном синдроме составила 0,1 %, при алкогольном делирии – 0,8 %, при острой алкогольной энцефалопатии – 27,9 %.

Причиной смертельных исходов являлась обширная органопатология, диагностируемая при патолого-анатомической экспертизе: пневмония двухсторонняя, сливная, абсцедирующая встречалась при алкогольном делирии в 40,7 % случаев, при острой алкогольной энцефалопатии – в 64,7 %. Острая коронарная недостаточность стала причиной смерти при алкогольном абстинентном синдроме в 92,6 % случаев; кардиомиопатия обнаруживалась в 40,7 % случаев при алкогольном делирии и в 70,6 % случаев при острой алкогольной энцефалопатии.

Факторами, повышающими риск смерти у больных острыми алкогольными психозами, являются следующие: повторные психотические эпизоды в анамнезе; употребление некачественного самодельного алкоголя; длительный запой или ежедневная форма пьянства; поступление в зимний период; наличие сопутствующей патологии внутренних органов.

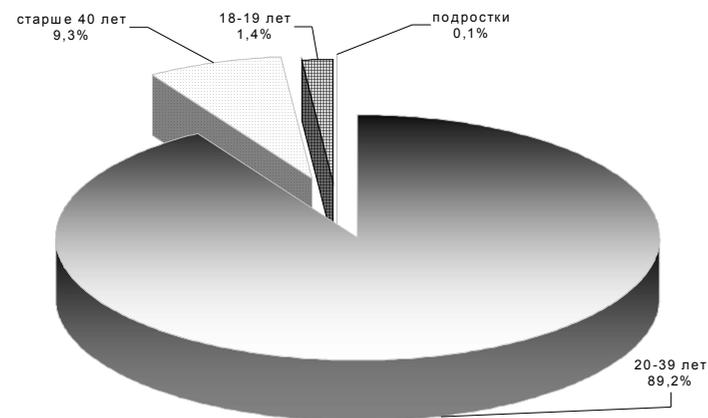
Установлено, что смертность от острых отравлений алкоголем по Алтайскому краю за период с 2000 по 2010 г. достигала максимального пика в 2005 г. ( $45,5$  на 100 тысяч населения). Несмотря на последующее снижение до  $21,5$  на 100 тысяч населения, смертность от отравлений алкоголем в 2010 г. остается выше показателя по РФ в 1,6 раза ( $13,4$  на 100 тысяч населения).

По данным токсикологического мониторинга прирост отравлений этиловым спиртом составил 20,9 %.

Потребление дешевой суррогатной алкогольной продукции с токсическим действием этанола способствует формированию коморбидной соматической патологии и отравлениям, социальной дезадаптации больных, поздним обращениям за медицинской помощью. Наиболее явно коморбидность отразилась в таких нозологических формах болезни, как алкогольная энцефалопатия, алкогольная кардиомиопатия, алкогольная пневмония.

Таким образом, увеличение в общей структуре алкогольных психозов процентного соотношения острой алкогольной энцефалопатии (от 0,8 до 1,4 %), а также исход психозов в алкогольную деменцию (0,2 %), кратный рост повторных поступлений в стационар с алкогольными психозами (20,6 %) свидетельствуют об утяжелении клинической картины алкогольных психозов, увеличении в их структуре тяжело протекающих делириев, связанное с употреблением суррогатов алкоголя и с коморбидными заболеваниями.

В 2011 г. в наркологической ситуации Алтайского края наблюдается ряд новых тенденций. Во-первых, отметим, что изменилась возрастная структура наркотической зависимости: значительно сократилась возрастная группа 18—19-летних наркозависимых (1,4 %), доля подростков снизилась до 0,1 %, но одновременно увеличилось число больных в возрасте старше 40 лет (9,3 %). Самый высокий показатель зарегистрированных больных наркоманией (89,2 %) отмечается в возрастном интервале 20—39 лет (рис. 4).



**Рис. 4. Структура зарегистрированных больных наркоманией в 2011 г. по возрасту**

В то же время подчеркнем, что по-прежнему остаётся на высоком уровне число подростков, употребляющих ненаркотические вещества с вредными последствиями.

Современная тенденция роста распространенности наркотической и алкогольной зависимостей у женщин привела к следующим гендерным соотношениям наркологических расстройств среди населения Алтайского края: соотношение мужчин и женщин, больных наркоманиями, составляет 5:1; соотношение мужчин и женщин, больных алкоголизмом, составляет 6,3:1.

Особенностью сложившейся наркологической ситуации в Алтайском крае во втором полугодии 2010 г. и в течение 2011 г. является рост в 2,8 раза числа больных героиновой наркоманией, перешедших на употребление наркотического средства кустарного изготовления – дезоморфин. Впервые стали регистрироваться лица, изначально употребляющие дезоморфин, доля которых составила 2 % от числа лиц, обратившихся в стационары диспансера.

Драматичность ситуации в регионе отражает и тот факт, что распространенность наркоманий и алкоголизма в сельских административных территориях Алтайского края в высокой степени интенсивна и имеет различный характер.

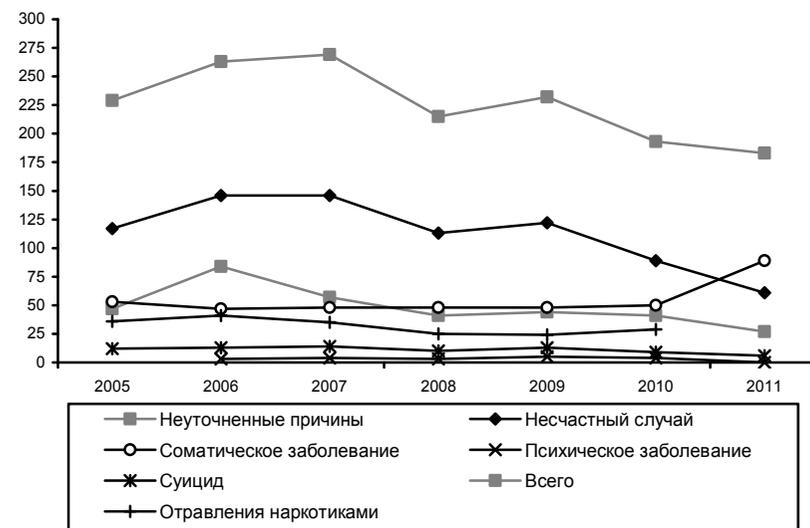
В 2011 г. максимальный показатель распространенности наркоманий (Волчихинский район – 407,9 больных на 100 тысяч населения) превышал минимальный (Романовский район – 15,2 больных на 100 тысяч населения) в 26,8 раза. Наиболее высокие показатели учтенной распространенности алкоголизма и алкогольных психозов, превышающие среднестатистические показатели по Алтайскому краю в 2–2,6 раза, были зафиксированы в Усть-Пристанском, Угловском, Солонешенском районах.

В тех районах, где доминирует употребление населением наркотиков, распространенность алкоголизма не столь значительна и, напротив, в районах с высокой распространенностью среди населения алкогольной зависимости регистрируются умеренные и низкие показатели распространенности наркотической зависимости.

Еще одним показателем наркологической ситуации в регионе являются данные о смертности в состоянии наркотического опьянения, при этом они служат наиболее полным и объективным показателем, так как насильственные виды смерти подвержены патолого-анатомическому исследованию и судебно-медицинской диагностике.

Показатель смертности от острых отравлений наркотическими веществами среди населения Алтайского края за период с 1997 по 2006 г. вырос в 17,5 раза – с 0,6 до 10,5 на 100 тысяч населения. В дальнейшем показатель смертности от отравлений наркотиками обнаруживает спад до 4,1 на 100 тысяч населения в 2010 г. (для сравнения: в РФ – 5,9).

В течение 2008–2011 гг. происходит снижение общей смертности больных наркоманией, в основном за счет показателей «несчастный случай – травмы, отравления, утопления» (33,3 %) и «неуточненные причины» (14,8 %). Количество смертельных исходов по психическим заболеваниям (1,0–2,1 %) и суицидам (5,3–3,3 %) меняется незначительно (рис. 5).



**Рис. 5. Структура смертельных исходов больных наркоманией в Алтайском крае за 2005–2011 гг.**

На этом фоне смертность от соматических заболеваний обнаруживает тенденцию к трехкратному росту – от 16,0 до 48,6 % в структуре общей смертности больных наркоманией.

При наркотической зависимости в структуре смертельных исходов от соматических заболеваний доминируют болезни системы кровообращения – от 86,8 до 100 % случаев, из них преобладает внезапная сердечная смерть (56,2–78,0 %); острая коронарная недостаточность диагностируется в пределах 20,8–31,9 %; болезни печени (цирроз и панкреатит), туберкулез органов дыхания и сепсис встречаются в меньшем числе случаев – от 2,1 до 5,7 %.

Причиной смертельных исходов при алкоголизме является обширная органопатология, диагностируемая при проведении патолого-анатомической экспертизы: пневмония двухсторонняя, сливная, абсцедирующая развивалась при алкогольном делирии в 40,7 % случаев и в 64,7 % случаев – при острой алкогольной энцефалопатии;

острая коронарная недостаточность явилась причиной смерти при алкогольном абстинентном синдроме в 92,6 % случаев; кардиомиопатия обнаруживалась в 40,7 % случаев при алкогольном делирии, в 70,6 % случаев – при острой алкогольной энцефалопатии.

Для реальной оценки наркологической ситуации, анализа периодов роста и спада наркотизации населения, определения величины скрытого контингента лиц, систематически употребляющих инъекционные наркотики, необходимо изучение латентного потребления наркотиков в популяции.

При выявлении скрытого контингента лиц, регулярно употребляющих психоактивные вещества, пользуются разными показателями. Так, для гипотетического расчета числа женщин, злоупотребляющих алкоголем и нуждающихся в диспансеризации, томские ученые (Миневич В. Б., Красик Е. Д., Артемьев И. А. и др., 1990) использовали показатель смертности, связанный с алкоголизацией (травмы, суициды, отравления). Известно применение «номинационного» метода, при котором учитывается полученная от наркозависимых информация о других лицах, употребляющих наркотики. Для Москвы соотношение между состоявшимися под диспансерным наблюдением больными с диагнозом наркомании и рассчитанной численностью регулярных потребителей наркотиков оказалось равным 1:7 (Вышинский К. В., 1999). По другим экспертным оценкам средний по стране поправочный коэффициент для выявления латентного уровня наркомании составляет 2,5 (Брюн Е. А., 2010).

В своем исследовании для выявления латентной наркотизации мы взяли за основу разработанную в НИИ психического здоровья СО РАМН (Мандель А. И., 2000; Бохан Н. А., Мандель А. И., 2002) формулу кратности соотношений, показывающую во сколько раз число лиц, умерших от передозировки наркотика и ранее на учете в наркологической службе не состоявших (N), больше числа лиц, также умерших от передозировки наркотика, но на учете состоявших (M).

Расчет по формуле  $K=N/M$  позволяет нам определить значение коэффициента K, умножив на которое количество больных, состоящих на учете, можно выявить численность потребителей инъекционных наркотиков, близкую к действительной. Такой расчет наиболее реально отражает ситуацию, так как в бюро судебно-медицинской экспертизы, данными которого мы воспользовались, сосредоточена полная информация по числу смертельных исходов от отравления наркотиками в городе.

В соответствии с проведенными вычислениями средний коэффициент кратности за 6-летний период (с 2005 по 2010 гг.) для административного центра Алтайского края г. Барнаула составляет 1,9 (от 1,3 до 3,0), т. е. реальная численность потребителей инъекцион-

ных наркотиков в Барнауле предположительно в 2 раза превышает данные официальной статистики и составляет в 2011 г. 8 190 человек. Это число включает латентных потребителей наркотиков, никогда не обращавшихся за наркологической помощью в государственные наркологические учреждения.

Медико-социальная реабилитация наркозависимых проводится в едином реабилитационном процессе в условиях круглосуточных стационаров, дневного стационара, отделениях медико-социальной реабилитации в соответствии с приказом МЗ РФ № 500 и разработанной нами программой «Поэтапное психотерапевтическое воздействие на поведение больных алкоголизмом и наркоманией в малых динамических группах в условиях стационара».

На основе лечебно-технологического поэтапного процесса «купирование абстинентного синдрома» – «восстановительно-реабилитационное лечение» (40–60 дней) – «загородный реабилитационный центр» (6–8 месяцев) разработан немедикаментозный реабилитационный комплекс, включающий программу «Поэтапное психотерапевтическое воздействие на поведение больных наркоманией и алкоголизмом в малых динамических группах в условиях стационара» с использованием мотивационной терапии, когнитивно-поведенческой психотерапии, гештальттерапии и физиотерапевтического воздействия с оксигенотерапией и гипертермией для улучшения соматопсихического состояния больного (рис. 6).



Рис. 6. Схема лечебно-реабилитационного процесса для наркологических больных

Одной из приоритетных задач в повышении эффективности комплексного лечебно-реабилитационного процесса является поиск и внедрение новых средств и технологий, повышающих эффективность реабилитации, способствующих улучшению соматопсихического состояния больных, усилению биологической сопротивляемости и купированию аффективных нарушений.

Решению этих задач соответствуют возможности оксигипертермических физиотерапевтических капсул «Альфа Окси СПА». Ядром этой технологии является новая лечебно-реабилитационная методика – системная оксигипертермия, представляющая собой сочетание общей термотерапии (суховоздушной сауны) и оксигенотерапии. Сочетанное воздействие многих физиотерапевтических факторов оказывает системный оптимизирующий эффект на гомеостаз организма.

На этапе проведения исследования пролечено 292 пациента (162 больных наркоманией, 130 больных алкоголизмом). В обследуемую группу вошли 104 больных алкоголизмом мужчин, составившие 80 % от числа всех пролеченных больных с данным диагнозом. При подсчете эффективности использовалась методика «Количественная оценка структуры и динамики патологического влечения к алкоголю у больных алкоголизмом» (Чередниченко Н. В., Альтшулер В. Б., 1992, 2008).

Синергичное воздействие общей термотерапией и оксигенотерапией способствовало улучшению соматопсихического состояния больного с синдромом отмены алкоголя после 3—5 процедур. Тревожно-депрессивная и дисфорическая симптоматика, диссомнические расстройства, поведенческие нарушения в значительной степени редуцировались.

Вегетативные расстройства, проявления эмоциональной лабильности и дисфории уменьшались на 2-е сутки лечения, затем равномерно снижались практически до полного редуцирования. Депрессивные и тревожные расстройства редуцировались к 5-му или 6-му сеансу. Влечение к психоактивным веществам носило обсессивный осознанный характер, но без эмоциональной напряженности и импульсивности. Больные заинтересованно участвовали в психотерапевтических сессиях, эмоционально включались в работу группы, не требовали досрочной выписки и, как правило, заканчивали стационарные реабилитационные программы.

На этапе постабстинентных проявлений повышались работоспособность, концентрация внимания, уменьшалась истощаемость, нормализовалось артериальное давление, снижалась тревога. У больных появлялась мотивация на длительный курс реабилитации, они более реалистично оценивали окружающую действительность и свой статус.

На всех этапах лечебно-реабилитационного процесса соблюдаются основные принципы: индивидуальность, непрерывность, этапность, взаимосвязь «пациент – врач – родственники». Эффективность использования реабилитационного комплекса: отказ от употребления ПАВ от 1 года до 2 лет зарегистрирован у 40 % пациентов (данные по РФ – 24,5 %), более 2 лет – у 24 % (по РФ – 19,6 %).

## ВЫВОДЫ

1. При анализе наркологической ситуации среди населения Алтайского края за период с 2000 по 2011 г. выявлено выраженное сокращение вновь регистрируемой заболеваемости по основным формам зависимости – алкогольной и наркотической (опиоидной), как среди взрослых, так и среди подростков. Тенденция не распространяется на наркомании вследствие употребления каннабиноидов – число вновь зарегистрированных больных увеличилось за обозначенный период в 3 раза.

1.1. За период 2005—2011 гг. распространенность наркомании среди населения края стабилизировалась, в 2010 г. заболеваемость наркоманией – самая низкая за истекшее десятилетие (24,5 на 100 тысяч населения). Наметилась устойчивая тенденция снижения показателя первичной заболеваемости алкоголизмом – в 2010 г. к уровню 2003 г. он уменьшился в 1,6 раза и составил 112,3 на 100 тысяч населения, оставаясь при этом выше аналогичного показателя по РФ в 1,4 раза. Произошел рост злоупотребляющих алкоголем подростков, жителей Барнаула (4 044,5 на 100 тысяч населения).

1.2. Интенсивность распространенности наркоманий и алкоголизма в сельских административных территориях Алтайского края различна: максимальный показатель распространенности наркоманий – 407,9 больных на 100 тысяч населения (Волчихинский район) превышает минимальный – 15,2 больных на 100 тысяч населения (Романовский район) в 26,8 раза. Районы, в которых доминирует употребление наркотиков, распространенность алкогольной зависимости занимает средние позиции и, напротив, в районах с высокой распространенностью алкоголизма показатели распространенности наркотической зависимости умеренные и низкие.

1.3. Особенностью сложившейся наркоситуации в Алтайском крае в 2010—2011 гг. является рост в 2,8 раза числа больных героиновой наркоманией, перешедших на употребление наркотического средства кустарного изготовления – дезоморфин, регистрируются лица, изначально употребляющие дезоморфин.

1.4. Определен показатель численности латентных потребителей инъекционных наркотиков – для населения Барнаула он составляет 1,9, т. е. реальная численность потребителей инъекционных наркотиков опийной группы предположительно в 2 раза превышает данные официальной статистики и составляет в 2011 г. 8 190 человек. Данное число включает скрытых потребителей наркотиков, никогда не обращавшихся за наркологической помощью в государственные наркологические учреждения.

2. В структуре наркологической заболеваемости стабильно высоким остается количество больных алкогольными психозами – 54,6 на 100 тысяч населения, что выше показателя заболеваемости алкогольными психозами по СФО (39,9 на 100 тысяч населения) и в 1,6 раза выше показателя по РФ (33,5 на 100 тысяч населения).

2.1. Соотношение частоты форм алкогольных психозов у больных, госпитализированных в отделение неотложной наркологической помощи в 2002—2010 гг. (n=5 202), подтверждает доминирование в структуре психотических расстройств алкогольных делириев (76,9–83,2 %); алкогольные галлюцинозы диагностируются с частотой от 15 до 20 %, алкогольные параноиды – от 0,8 до 3,3 %, острые алкогольные энцефалопатии – от 0,8 до 1,4 %.

Увеличение в общей структуре алкогольных психозов процентного соотношения острых алкогольных энцефалопатий, случаи исхода психозов в алкогольную деменцию (0,2 %), рост числа повторных госпитализаций по поводу алкогольных психозов (20,6 %) свидетельствуют об утяжелении клинической картины алкогольных психозов.

2.2. Алкогольный галлюциноз по сравнению с алкогольным делирием манифестирует в более раннем возрасте ( $34\pm 4,8$  и  $44\pm 8,6$  года соответственно) и за короткие сроки – через 5 лет зависимого употребления алкоголя на фоне прогрессивного течения алкоголизма; развитие делирия происходит в среднем через 14 лет после формирования алкогольного абстинентного синдрома.

3. Летальность больных острыми алкогольными психозами в условиях наркологического стационара со сплошным круглосуточным приемом составила 0,6 % от общего числа пролеченных с данной нозологией. Летальность больных при алкогольном абстинентном синдроме составила 0,1 %; при алкогольном делирии – 0,8 %; при острой алкогольной энцефалопатии – 27,9 %. Факторами, повышающими риск смертельных исходов, являются: алкогольные психозы в анамнезе; употребление некачественного алкоголя; длительный запой или ежедневная форма пьянства; поступление в зимний период; наличие сопутствующей патологии внутренних органов.

4. Смертность от острых отравлений алкоголем по Алтайскому краю за период с 2000 по 2010 гг. достигала максимума в 2005 г. (45,5 на 100 тысяч населения) с последующим снижением до 21,5 на 100 тысяч населения в 2010 г., при этом оставаясь выше показателя по РФ в 1,6 раза (13,4 на 100 тысяч населения). Показатель смертности от острых отравлений наркотическими веществами среди населения Алтайского края колебался от максимальных значений (10,5 на 100 тысяч населения) в 2006 г. до минимальных (2,8 на 100 тысяч населения) в 2011 г.

5. В 2008–2011 гг. на фоне снижения общей смертности больных наркоманией за счет показателей «несчастный случай – травмы, отравления, утопления» (33,3 %) и «неуточненные причины» (14,8 %) происходит рост смертности от соматических заболеваний с 16,0 до 48,6 % в структуре общей смертности больных наркоманией.

5.1. При наркомании в структуре смертельных исходов от соматических заболеваний доминируют болезни системы кровообращения – от 86,8 % до 100 % случаев, из них преобладает внезапная сердечная смерть (56,2–78,0 %); острая коронарная недостаточность диагностируется в 20,8–31,9 %; болезни печени (цирроз и панкреатит), туберкулез органов дыхания и сепсис встречаются от 2,1 до 5,7 % случаев.

5.2. Причиной смертельных исходов при алкоголизме является обширная органопатология, диагностируемая при патологоанатомической экспертизе: пневмония двухсторонняя, сливная, абсцедирующая развивалась при алкогольном делирии в 40,7 % случаев и в 64,7 % случаев – при острой алкогольной энцефалопатии; острая коронарная недостаточность явилась причиной смерти при алкогольном абстинентном синдроме в 92,6 % случаев; кардиомиопатия обнаруживалась в 40,7 % случаев при алкогольном делирии и в 70,6 % случаев – при острой алкогольной энцефалопатии.

6. На основе лечебно-технологической цепочки «купирование абстинентного синдрома» – «восстановительно-реабилитационное лечение» (40–60 дней) – «загородный реабилитационный центр» (6–8 месяцев) разработан немедикаментозный реабилитационный комплекс, включающий программу «Поэтапное психотерапевтическое воздействие на поведение больных наркоманией и алкоголизмом в малых динамических группах в условиях стационара» с использованием мотивационной терапии, когнитивно-поведенческой психотерапии, гештальттерапии и физиотерапевтического синергичного воздействия общей термотерапией и оксигенотерапией для улучшения соматопсихического состояния больного.

На всех этапах лечебно-реабилитационного процесса соблюдаются основные принципы: индивидуальность, непрерывность, этапность, взаимосвязь «пациент – врач – родственники». Отказ от употребления ПАВ от 1 года до 2 лет (40 % пациентов) и более 2 лет (24 % пациентов) является критерием эффективности использования реабилитационного комплекса.

#### Список работ, опубликованных по теме диссертации

1. Ятченко Е. В., Иванов А. А., Корнев В. В. Оказание наркологической помощи детям в амбулаторно-реабилитационном центре «Родник» // Актуальные вопросы охраны психического здоровья детей и подростков : материалы межрегиональной научно-практической конференции (Барнаул, 15—16 июня 2005 г.). – Барнаул, 2005. – С. 168—171.
2. Иванов А. А., Корнев В. В., Нейфельд Е. А. Эпидемиология наркоманий в Алтайском крае // Психическое здоровье населения Сибири: клиничко-динамические и превентивные аспекты : материалы межрегиональной научно-практической конференции (Барнаул, 25—26 мая 2006 г.) / под ред. В. Я. Семке. – Барнаул; Томск : Изд-во Алт. ун-та, 2006. – С. 227—232.
3. Иванов А. А., Неверова Г. Ю., Рыбалко М. И. Опыт применения семейной психотерапии у больных алкоголизмом и опишной наркоманией в условиях дневного стационара ГУЗ «Алтайский краевой наркологический диспансер» // Психическое здоровье населения Сибири: клиничко-динамические и превентивные аспекты : материалы межрегиональной научно-практической конференции (Барнаул, 25—26 мая 2006 г.) / под ред. В. Я. Семке. – Барнаул; Томск : Изд-во Алт. ун-та, 2006. – С. 232—237.
4. Иванов А. А., Нейфельд Е. А. Латентная наркотизация среди населения Алтайского края // Социальные и медицинские последствия пьянства, алкоголизма и наркомании : материалы межрегиональной научно-практической конференции «Роль государства и общества в усилении борьбы с пьянством, алкоголизмом и наркоманией» (Чита, 30—31 мая 2007 г.) / под ред. Н. В. Говорина. – Чита : «Экспресс-изд-во», 2007. – С. 186—188.
5. Иванов А. А. Эпидемиология наркоманий в Алтайском крае (1997—2006) // Вопросы охраны психического здоровья, обеспечения доступности и качества оказания психиатрической помощи : материалы межрегиональной научно-практической конференции (Барнаул, 29—30 мая 2007 г.). – Барнаул; Томск : Изд-во Алт. ун-та, 2007. – С. 168—171.
6. Иванов А. А., Корнев В. В., Нейфельд Е. А. Особенности распространения наркомании в Алтайском крае // Вопросы наркологии. – 2007. – № 6. – С. 80—82.
7. Иванов А. А., Бубнов В. И. Опыт применения физиотерапевтической мультифакторной установки «Альфа Окси СПА» в комплексной реабилитации наркологических больных в условиях стационара // Современные проблемы биологической психиатрии и наркологии : тезисы докладов Второй Всероссийской конференции с международным участием / под ред. В. Я. Семке, Т. П. Ветлугиной. – Томск : Изд-во «Иван Федоров», 2008. – С. 90—91.
8. Иванов А. А., Неверова Г. Ю. Роль интраличностных ресурсов в эффективности реабилитации больных наркоманией // Охрана психического здоровья работающего населения России : тез. докл. конф. (Кемерово, 16—17 апреля 2009 г.) / под ред. Т. Б. Дмитриевой, В. Я. Семке, А. А. Корнилова. – Томск; Кемерово : Изд-во «Иван Федоров», 2009. – С. 117—121.
9. Иванов А. А., Корнев В. В. Организация наркологической помощи в Алтайском крае: методическое пособие / под ред. В. А. Елыкомова. – Барнаул : Изд-во ООО «Азбука», 2009. – 99 с.
10. Иванов А. А., Шкрובהва В. А., Милосердов Е. П., Царева Л. В. Опыт использования тестирования на наркотики для выявления потребителей психоактивных веществ в Алтайском крае // Психическое здоровье населения – межведомственный подход : тез. докл. конф. (Новокузнецк, 13—14 мая 2009 г.) / под ред. В. Я. Семке. – Томск; Новокузнецк : Изд-во «Иван Федоров», 2009. – С. 57—59.
11. Иванов А. А., Неверова Г. Ю. Социально-психологический портрет больных наркологического профиля // Эпидемиологические исследования в области изучения неинфекционных болезней человека и доказательная медицина : материалы региональной конференции с международным участием – Барнаул, 2010. – С. 59—63.
12. Иванов А. А. Основные закономерности распространения наркоманий в Алтайском крае за 1995—2009 гг. // Наркология-2010 : материалы научно-практической конференции. – М., 2010. – С. 65—66.
13. Социально-гигиенический мониторинг. Острые отравления химической этиологии: организация и ведение токсикологического мониторинга в Алтайском крае (обзор за 1997—2007 гг. с дополнением 2008 г.) / И. П. Салдан, А. А. Ушаков, В. А. Елыкомов, Е. А. Жалыбина, А. А. Иванов, Т. Н. Карпова, С. А. Панчук, А. С. Катунина, Л. А. Скрипкина, А. Ю. Ла, Е. В. Ниринова, Н. Н. Громач // Информационный сборник статистических и аналитических материалов. – Барнаул, 2009. – 106 с.

14. Социально-гигиенический мониторинг. Острые отравления химической этиологии: организация и ведение токсикологического мониторинга в Алтайском крае (обзор за 1997—2010 гг. с дополнениями 2007—2010 гг.) / И. П. Салдан, А. А. Ушаков, В. В. Яковлев, Е. А. Жалыбина, А. А. Иванов, Т. Н. Карпова, С. А. Панчук, А. С. Катунина, Л. А. Скрипкина, А. Ю. Ла, Е. В. Ниროнова, Н. Н. Громак // Информационный сборник статистических и аналитических материалов. – Барнаул, 2011. – 71 с.
15. **Иванов А. А., Корчагина Г. А., Фадеева Е. В. Результаты применения метода экспресс-тестирования для диагностики случаев употребления наркотических веществ в работе наркологической службы Алтайского края // Вопросы наркологии. – 2011. – № 4. – С. 24—27.**
16. Иванов А. А., Корнев В. В. Организация наркологической помощи в Алтайском крае // Актуальные проблемы наркологических расстройств и их профилактика : тез. докл. межрегиональной научно-практической конференции (Улан-Удэ, 29 сентября 2011 г.). – Улан-Удэ : Изд-во ГУЗ РЦМП МЗ РБ, 2011. – С. 130—135.
17. **Бохан Н. А., Иванов А. А., Мандель А. И. Латентная наркотизация населения и острые отравления наркотическими веществами // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2012 – № 6 (75). – С. 27—29.**
18. **Бохан Н. А., Иванов А. А., Мандель А. И. Региональная динамика и исходы заболеваемости алкогольными психозами // Наркология. – 2012. – № 8. – С. 38—44.**