

*На правах рукописи*

**Сахаров  
Анатолий Васильевич**

**ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО АЛКОГОЛЬНОЙ  
ЗАВИСИМОСТИ В СУБЪЕКТЕ РФ  
(МОДЕЛЬ ИЗУЧЕНИЯ И СИСТЕМА МОНИТОРИНГА)**

Специальность: 14.01.27 – «Наркология»

**АВТОРЕФЕРАТ**  
диссертации

на соискание ученой степени  
доктора медицинских наук

Томск – 2012

Работа выполнена в Государственном бюджетном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Читинская государственная медицинская академия Минздравсоцразвития России».

**Научный консультант:**

доктор медицинских наук,  
профессор, заслуженный врач РФ

*Говорин Николай Васильевич*

**Официальные оппоненты:**

доктор медицинских наук,  
профессор,

*Мандель Анна Исаевна*  
ФГБУ «Научно-исследовательский институт  
психического здоровья» СО РАМН

доктор медицинских наук,  
профессор,

*Кокорина Наталья Петровна*  
ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная  
медицинская академия Минздравсоцразвития  
России»

доктор медицинских наук,  
профессор,

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

Ведущее учреждение: ФГБУ «Национальный научный центр наркологии Минздравсоцразвития России».

Защита состоится 11 декабря 2012 года в 10 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 РАМН по адресу: 634014, г. Томск, ул. Алеутская, 4.

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

Автореферат разослан 2 октября 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 проблемы.** В большинстве стран мира зависимость от алкоголя встречается в настоящее время значительно чаще других наркологических заболеваний, при этом РФ входит в число регионов с наиболее высокими показателями заболеваемости данной патологией (Бохан Н.А., 2000-2004; Семке В.Я., 2000-2007; Кошкина Е.А., 2000-2008).

По мнению ряда авторов (Гофман А.Г., 2003; Положий Б.С. и др., 2004; Сидоров П.И., 2006; Семке В.Я. и др., 2007; Кошкина Е.А. и др., 2008; Иванец Н.Н., 2008; Верткин А.Л. и др., 2008; Киселев А.С. и др., 2009), алкогольная ситуация в России, отличавшаяся высокой напряженностью в отдельные исторические периоды, в настоящее время обостряется вновь. Так, под наблюдением в наркологической службе состоит 2,3 % жителей, при этом у 82 % из них отмечаются алкогольные расстройства (Кошкина Е.А., 2010).

Совершенно понятно, что среди населения имеются больные алкоголизмом, не выявленные и не взятые на диспансерный учет, вследствие чего истинные показатели болезненности и заболеваемости, несомненно, выше учтенных. По оценкам некоторых авторов (Кошкина Е.А., 2001-2006; Шорин В.В. и др., 2005; Вострикова Н.Ю. и др., 2007; Разводовский Ю.Е., 2008), реальное число больных алкоголизмом среди населения примерно в 5 раз превышает количество больных, состоящих на учете у наркологов.

Одной из наиболее негативных тенденций последнего времени является высокий уровень распространенности потребления алкоголя, наркотиков и токсикоманических веществ среди детско-подросткового контингента (Семке В.Я., Бохан Н.А., Мандель А.И., 2002; Иванец Н.Н., Кошкина Е.А., Киржанова В.В., 2006; Семке В.Я., Бохан Н.А., Агарков А.П., 2008), что легко подтверждается данными государственной статистики. Поэтому важным аспектом является изучение условий формирования, клинических проявлений, течения и прогноза заболевания у больных различных возрастных и социальных групп (Семке В.Я., 2002; Рахмазова Л.Д., 2003).

Кроме того, показатели на территориях с напряженной алкогольной ситуацией отличаются от показателей в территориях с так называемой «спокойной» ситуацией более чем в 5 раз. В связи с этим, большое внимание должно уделяться комплексной оценке напряженности наркологической ситуации в каждом субъекте РФ, особенно выборочным обследованиям населения, которые позволят уточнить некоторые региональные особенности эпидемиологической ситуации и оценить влияние на неё различных факторов (Кошкина Е.А., 2000-2008).

В тоже время пьянство и алкогольная зависимость, в силу присущего им разрушительного потенциала, значительно усиливают негативные социальные процессы и самостоятельно порождают новые неблагоприятные условия и обстоятельства (Заиграев В.В., 2002; Бисалиев Р.В. и др., 2010; Inskip H.M. et al., 1998). Следовательно, возникает масса трудноразрешимых социальных, криминальных, экономических и медицинских проблем, которые напрямую или косвенно связаны с алкоголем (Говорин Н.В., 2007-2009).

Так, по данным А.В. Немцова (2003), 37 % всех смертей в России связаны

с алкоголем. По мнению других авторов (Харченко В.И. и др., 2004), алкогольная смертность вместе с жертвами сильно пьющих и больных алкоголизмом в сумме не превышает 25 % смертности взрослого населения. При этом смерти от насильственных причин – главный, и вероятно, наиболее явный источник смертности, в котором реализуется алкоголь (Немцов А.В., 1991, 2003; Говорин Н.В. и др., 2009). Конечно, алкогольная смертность в России не ограничивается только алкогольными отравлениями, а включает значительную долю смертей от соматических заболеваний, несчастных случаев, убийств и самоубийств (Бисалиев Р.В. и др., 2010).

При этом остается недостаточно изученной связь между смертностью и алкоголизацией населения в стране и ее регионах, отсутствует достоверная информация о наиболее неблагоприятных в данном отношении территориях страны; не разработаны и единые подходы к оценке алкогольной смертности.

Не стоит забывать и о росте алкогользависимой патологии в виде травматизма, алкогольных гепатитов и циррозов, мозговых и сердечных катастроф, спровоцированных пьянством (Говорин Н.В., 2007; Огурцов П.П. и др., 2008; Люсов В.А. и др., 2008). Пьянство и запойные состояния нередко являются истинными причинами, приводящими человека на больничную койку, создавая большую нагрузку в деятельности лечебных учреждений общемедицинской сети (Поплевченков Н.А., 1995; Полякова С.М., и др., 1997; Огурцов П.П. и др., 1998; Бохан Н.А., Коробицина Т.В., 2000; Энтин Г.М., 2002; Дробижев М.Ю., 2002; Верткин А.Л. и др., 2008; Тихоновская Е.Ю., Верткин А.Л., 2010; Reynaud M. et al., 1997; Aidan F., 1999). За всем этим стоят огромные экономические затраты государства.

Анализ научной литературы показывает, что исследований, объединяющих в себе эпидемиологические аспекты проблемы злоупотребления алкоголем, анализ причин, способствующих распространению этого тяжелого социального явления и изучение ущерба, наносимого обществу алкоголизмом, в России проводится недостаточно (Кошкина Е.А. и др., 2008; Спектор Ш.И., 2008). Между тем только комплексное изучение всех вышеперечисленных вопросов на региональном уровне позволит найти новые подходы к эффективной профилактике алкогольной зависимости в конкретном субъекте Российской Федерации.

Таким образом, неразработанность проблемы изучения алкогольной ситуации на региональном уровне, а также недостаточный анализ медицинских и социальных последствий данного заболевания обуславливает актуальность настоящего исследования.

**Цель исследования:** изучить эпидемиологическую ситуацию по алкогольной зависимости на региональном уровне на основе разработки новой методологии и организации наркологического мониторинга.

#### **Задачи исследования:**

1. Провести сравнительный анализ показателей наркологической патологии, вызванной употреблением алкоголя среди населения Забайкальского края, в том числе в подростковой популяции (согласно обращаемости).

2. Изучить распространенность, клинические и клинико-динамические особенности, коморбидность алкогольных расстройств в молодежной среде на контингенте призывного возраста.

3. Оценить распространенность наркологической патологии, вызванной употреблением алкоголя, среди пациентов крупного многопрофильного стационара.

4. Определить влияние алкогольного фактора на причины и уровень госпитализации в соматический стационар, рассчитать вызванные этим экономические затраты.

5. Разработать методологические подходы к изучению и оценке алкогольной смертности на региональном уровне.

6. Оценить влияние алкогольного фактора на уровень и причины смертности населения Забайкальского края, в том числе в лечебно-профилактических учреждениях.

7. Разработать организационную модель мониторинга алкогольной ситуации в отдельном субъекте РФ.

**Научная новизна.** Впервые в России создана модель изучения эпидемиологической ситуации по алкогольной зависимости, которая включала сбор целого спектра медицинских статистических показателей за продолжительный период времени (15-35 лет) для всестороннего анализа масштабов алкоголизации населения и социально-экономических последствий пьянства и алкоголизма.

Впервые получены данные по распространенности и клинической структуре алкогольных наркологических расстройств у лиц допризывного и призывного возрастов, в том числе коморбидных с психической патологией. Показано, что в абсолютном большинстве случаев наркологическая патология была диагностирована впервые при прохождении освидетельствования, при этом структура алкоголизации юношей с психическими расстройствами отличается от таковой у здоровых более высокой распространенностью алкогольных расстройств. Определены факторы риска и их вклад в формирование алкогольной зависимости в Забайкальском крае.

Впервые проведен углубленный научный анализ распространенности алкогольобусловленной наркологической патологии у пациентов соматического стационара, выявлены ее гендерные, возрастные и клинические особенности. Проанализированы случаи госпитализации в многопрофильный стационар, связанные с употреблением алкоголя, произведены расчеты экономических потерь учреждения здравоохранения в результате лечения данных пациентов.

Впервые в наркологии разработаны методологические подходы к изучению и оценке алкогольной смертности в отдельном субъекте РФ, рассчитан вклад алкогольного фактора в общую смертность населения, в том числе в смертность лиц трудоспособного возраста. Получены новые сведения о распространенности алкогольной болезни среди умерших в лечебно-профилактических учреждениях Забайкальского края.

На основе результатов исследования впервые в России определена и апробирована модель организации комплексного мониторинга алкогольной

ситуации в отдельном регионе РФ, который включает краевой, межрайонный и муниципальный уровни, построен на межведомственном и внутриведомственном взаимодействии и нацелен на сбор целого комплекса объективных показателей.

**Практическая значимость.** Разработанная модель изучения эпидемиологической ситуации по алкоголизму, включающая использование прямых и косвенных медицинских показателей, легла в основу создания методики мониторинга алкогольной ситуации в субъекте Российской Федерации, которая представляет собой надежный инструмент, позволяющий получать, пополнять, сопоставлять информацию о распространенности алкогольных расстройств и их последствий на региональном уровне.

Результаты мониторинга алкогольной ситуации в регионе дают возможность прогнозировать медико-социальные последствия и разрабатывать предложения для совершенствования мероприятий, способствующих их предотвращению; они широко используются различными органами государственного управления, в том числе для оценки эффективности работы органов местного самоуправления.

Установленная высокая распространенность употребления алкоголя с вредными последствиями и алкоголизма среди подростков и призывников, а также внедренный алгоритм диагностики данных расстройств позволяют улучшить работу Военно-врачебной комиссии и лечебных учреждений, занимающихся психиатрической и наркологической экспертизой лиц призывного возраста; привлечь внимание региональных органов власти, социальных и медицинских служб к проблеме профилактики аддиктивных расстройств среди молодежи, в том числе с психическими нарушениями.

Полученные данные о распространенности алкогольных расстройств у пациентов соматических стационаров и величине наносимого пьянством и алкоголизмом экономического и социального ущерба, включая весомый вклад в смертность населения, особенно трудоспособного возраста, используются для мотивации региональной власти на финансирование программ профилактики распространения злоупотребления алкоголем в регионе.

Эпидемиологические методы для оценки алкогольной ситуации (включая алкогольную смертность населения) в отдельном субъекте РФ, примененные в данной работе, могут использоваться для проведения дальнейших эпидемиологических исследований и оценки ситуации с употреблением алкоголя населением в других регионах страны.

**Внедрение результатов.** Полученные в результате работы материалы явились научным обоснованием и методической основой разработки и внедрения системы мониторинга алкогольной ситуации в Забайкальском крае. Мониторинг в настоящее время является одним из основных направлений деятельности Совета по противодействию пьянству и алкоголизму, который был утвержден Губернатором Забайкальского края Р.Ф. Гениатулиным 29.06.2010 года.

В результате была разработана оценочная карта алкогольной ситуации в

каждом районе Забайкалья и утверждены формы отчета для различных ведомств согласно Приложениям 1-6 к Распоряжению Министерства здравоохранения Забайкальского края № 1007 от 13.07.2010 года.

Совместно с Министерством экономического развития Забайкальского края были разработаны критерии оценки эффективности работы органов местного самоуправления муниципальных образований края по улучшению алкогольной ситуации в конкретном районе (служебная записка № А-05-259 от 29.03.2010 года).

Результаты исследования внедрены в практику Военно-врачебной комиссии Забайкальского края, Краевой психиатрической больницы № 1, Краевого наркологического диспансера, Городской клинической больницы № 1 города Читы. Полученные автором данные используются в учебном процессе кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии Читинской государственной медицинской академии.

### **Основные положения, выносимые на защиту**

1. Предлагается новая модель изучения эпидемиологической ситуации по алкогольной зависимости на региональном уровне, в основе которой лежит сбор и использование прямых и косвенных показателей, характеризующих распространенность алкогольных расстройств и величину их медицинских и социально-экономических последствий. Так, в Забайкальском крае результаты эпидемиологического анализа свидетельствуют о высоком уровне распространенности алкоголизма среди населения, при этом показатели употребления алкоголя с вредными последствиями значительно ниже, чем в РФ и СибФО, что обусловлено низкой выявляемостью данной нозологии, особенно в сельских районах региона.

2. Углубленный анализ распространенности алкогольных расстройств среди призывного контингента установил их наличие у 25,8 % лиц, в основном за счет употребления алкоголя с вредными последствиями. При этом фактор алкоголизации оказывал неблагоприятное влияние на социальное функционирование, поведение подростков и их нервно-психическую устойчивость. Установлена высокая коморбидность психических и наркологических расстройств среди лиц призывного возраста, при этом структура алкоголизации юношей с психическими расстройствами значительно отличается от таковой у здоровых более высокой распространенностью алкогольных расстройств, особенно при умственной отсталости.

3. Самыми значимыми медицинскими последствиями алкоголизации населения являются алкогольная смертность и величина госпитализаций, связанных с потреблением алкоголя, в соматические стационары. Алкогольная смертность методологически должна определяться как сумма прямых и косвенных алкогольных потерь; в Забайкальском крае она составляет 15,5 % в структуре общей смертности населения и 38,0 % в структуре смертности населения трудоспособного возраста. В результате исследования в многопрофильной больнице было установлено, что седьмая часть всех случаев стационарного лечения связана с употреблением алкоголя, лечебное учреждение тратит на такие явные случаи 8,95 % своего бюджета.

4. На основе углубленного клинико-эпидемиологического анализа предлагается методика организации мониторинга алкогольной ситуации в отдельном субъекте РФ, которая состоит из трех уровней (краевой, межрайонный и муниципальный), построена на межведомственном и внутриведомственном взаимодействии и позволяет совершенствовать мероприятия, способствующие снижению алкоголизации населения.

**Апробация работы.** Материалы диссертации и основные положения были доложены и обсуждены на отчетных сессиях НИИ психического здоровья СО РАМН (2007, 2011 гг.); на научно-практической конференции молодых ученых «Актуальные вопросы охраны здоровья населения регионов Сибири» (Красноярск, 3 июня 2008 г.); на Всероссийской школе молодых ученых в области психического здоровья (Суздаль, 30 сентября-3 октября 2009 г.); на I Российском национальном конгрессе по наркологии с международным участием (Москва, 24-27 ноября 2009 г.); на XV съезде психиатров России (Москва, 9-12 ноября 2010 г.); на научно-практической конференции с межрегиональным и международным участием в рамках форума «Здоровый образ жизни: практика и внедрение» (Улан-Удэ, 23-25 сентября 2010 г.); на межрегиональной научно-практической конференции «Демографическая политика Забайкальского края: оценка и перспективы развития» (Чита, 2010 г.); на научно-практической конференции «Вопросы теории и клинической практики в психиатрии, наркологии и психотерапии» (Тюмень, 25 марта 2011 г.); на Всероссийском конгрессе с международным участием «Психосоциальные факторы и внутренние болезни: состояние и перспективы» (Новосибирск, 12-13 мая 2011 г.); на межрегиональной научно-практической конференции «Актуальные проблемы наркологических расстройств и их профилактика» (Улан-Удэ, 29-30 сентября 2011 г.); на Российской научно-практической конференции «Актуальные вопросы психиатрии» (Чита, 25-26 октября 2011 г.); на региональных научно-практических конференциях «Медицина завтрашнего дня» (Чита, 2008-2012 гг.); на заседаниях Забайкальского общества психиатров, наркологов и психотерапевтов.

Апробация диссертации состоялась на расширенном заседании кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии ГБОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия Минздравсоцразвития России» 27.09.2011 года и на заседании проблемного совета ФГБУ «Научно-исследовательский институт психического здоровья» СО РАМН 21.12.2011 года.

**Публикация материалов исследования.** Основные материалы и положения работы были изложены в 54 печатных работах, в том числе в 4 монографиях, 1 атласе, 3 методических рекомендациях; в 21 научной статье в журналах, рекомендуемых ВАК РФ.

**Структура и объем диссертации.** Диссертация изложена на 353 страницах машинописного текста и состоит из введения, 7 глав, заключения,

выводов, практических рекомендаций, списка использованной литературы и приложения; иллюстрирована 75 таблицами и 89 рисунками, 11 клиническими примерами. Указатель литературы включает 406 источников, из них 305 отечественных и 101 иностранных авторов.

## ЭТАПЫ, МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Диссертация является многокомпонентным клинико-эпидемиологическим исследованием. Поставленные в исследовании задачи решались с помощью комплексной методики, которая последовательно реализовывалась в несколько этапов.

**Первый этап** был посвящен разработке программы и плана, определению предмета и объектов исследования.

**На втором этапе** исследования проводился сбор и анализ медицинских статистических показателей заболеваемости и болезненности алкогольными расстройствами в Забайкальском крае за период с 2000 по 2010 гг. Для анализа использовались следующие данные: заболеваемость и болезненность синдромом зависимости от алкоголя (F 10.2), алкогольными психозами (F 10.4-F 10.5) и употреблением алкоголя с вредными последствиями (F 10.1) (отдельно для всего населения региона, подросткового контингента, для каждого территориального образования). Заболеваемость населения алкогольной зависимостью и алкогольными психозами оценена за период с 1980 по 2010 гг. Все показатели были рассчитаны путем выкопировки данных из годовых отчетов ГУЗ «Краевой наркологический диспансер» Забайкальского края.

**На третьем этапе** в 2007 году было осуществлено обследование 1 145 подростков 1991 года рождения (мальчиков и девочек в возрасте 15-16 лет) – учащихся средних образовательных учреждений из 7 сельских районов (Александрово-Заводский, Борзинский, Краснокаменский, Оловянинский, Петровск-Забайкальский, Приаргунский, Сретенский) и 3-х городов (Чита, Краснокаменск и Борзя) Забайкальского края. На каждого подростка заполнялась специальная карта, включающая анамнестические сведения (пол, возраст, наследственность, бытовые условия жизни), а также подробный наркологический анамнез. Мальчиков среди обследованных было 46,8 % (536), девочек – 53,2 % (609). Средний возраст составил  $15,02 \pm 0,025$  лет.

**Четвертым этапом** стало изучение популяции призывников в Забайкальском крае.

Первая часть работы осуществлялась на базе Военно-врачебной комиссии Военного комиссариата Забайкальского края в период осеннего призыва 2009 года и весеннего призыва 2010 года. Было проведено обследование сплошным методом лиц призывного возраста, которые были признаны годными к военной службе в территориальных образованиях Забайкальского края. Всего за два призыва исследованием было охвачено 5 482 призывника: 2 530 за осенний призыв 2009 года и 2 952 за весенний призыв 2010 года.

Для проведения исследования была разработана специальная карта, в которую были включены следующие сведения: возраст, место проживания, условия проживания и воспитания, наследственность, образование, занятость,

семейное положение, бытовые условия жизни, возможное совершение криминальных действий и другие социальные характеристики, а также подробный наркологический анамнез, позволяющий, в том числе, верифицировать степень злоупотребления алкоголем.

Чтобы объективизировать полученные данные, осуществлялся анализ личных дел и характеристик обследованных призывников, особенно в части данных анамнеза, наследственности, соматического здоровья и употребления психоактивных веществ.

При обследовании лиц призывного возраста использовались также: а) анкета-опросник для установления алкогольных проблем (Морозов Л.Т., 2005-2012); б) тест AUDIT (Babor T. et al., 2001; Thomas F. et al., 2001); в) методика «Прогноз» на выявление уровня нервно-психической устойчивости (Психологические on-line тесты).

Возраст призывников составил от 17 до 27 лет (средний возраст –  $19,51 \pm 0,024$  лет). Лица призывного контингента были разделены на две группы, первую образовали молодые люди 1991-1992 годов рождения (в возрасте 18 лет), их было 43,8 % (2 403); вторую – 1982-1990 годов рождения, которые составили 56,2 % (3 079): в том числе, 19-20 лет – 30,3 %; 21-22 года – 17,8 %; 23-24 года – 6,8 %; 26-26 лет – 1,3 %.

Вторая часть работы заключалась в сборе информации по призывникам с психическими расстройствами. На базе Военно-врачебной комиссии был проведен анализ материалов личных дел подростков призывного возраста с психической патологией после прохождения ими военно-психиатрической экспертизы в стационарах Забайкальского края. Всего за два призыва сплошным методом было проанализировано 793 личных дела призывников с психиатрическими диагнозами. 76,5 % (607) юношей из данной группы были в возрасте 18 лет и 23,5 % (186) – старше 18 лет. Средний возраст составил  $18,62 \pm 1,03$  лет. Учитывались следующие сведения о подростке: диагноз, возраст, условия проживания и воспитания, наследственность, образование, совершение криминальных действий, вредные привычки и другие социальные характеристики.

Кроме того, для уточнения информации осуществлено обследование 18-летних призывников (1991-1992 гг. р.), проходивших психиатрическую экспертизу в ГУЗ «Краевая психиатрическая больница № 1» в течение 2010 г.

Всего в стационаре проходило обследование 349 таких лиц, при этом у 242 из них (69,3 %) была установлена психическая патология, и они были включены в исследование, остальные были признаны психически здоровыми (107). На каждого заполнялась карта, аналогичная той, что использовалась при обследовании здоровых призывников (с подробным наркологическим анамнезом), также применялись тест AUDIT и анкета-опросник для установления алкогольных проблем.

Чтобы оценить объективность проделанной работы, изучались аналитические таблицы об итогах медицинского обеспечения подготовки граждан к военной службе в Забайкальском крае на базе Военно-врачебной комиссии за 2005-2010 гг.

Выделение в диссертационном исследовании донологических форм

употребления спиртных напитков основано на классификации Э.Е. Бехтеля (1986). Автор описал 5 групп людей: абстиненты, случайно пьющие, ситуационно (умеренно) пьющие, систематически пьющие, привычно пьющие (предалкоголизм). Для постановки психиатрических и наркологических диагнозов использовались критерии МКБ-10.

**На пятом этапе** осуществлялось обследование пациентов на базе МУЗ «Городская клиническая больница № 1» города Читы. Это крупное многопрофильное учреждение, обеспечивающее в полном объеме экстренную и плановую стационарную медицинскую помощь населению. Мощность коечного фонда больницы рассчитана на 600 коек, где работают 9 специализированных отделений и 2 межрегиональных центра – ожоговый и токсикологический. Обследование госпитализированных пациентов осуществлялось сплошным методом в течение 30 календарных дней 2010 года.

Всего в МУЗ «Городская клиническая больница № 1» получало стационарную медицинскую помощь за данный период 954 человека. Из них 27 человек (2,8 %) отказались от обследования, 11 человек (1,1 %) не были обследованы ввиду тяжести своего состояния, поэтому в исследование были включены 916 человек.

Клиническое обследование больных врачом-наркологом включало выявление жалоб с оценкой соматического, психического и неврологического состояния пациентов; анамнестических сведений об особенностях алкоголизации пациентов и связи возникновения (обострения) соматического заболевания с приемом алкоголя.

При этом заполнялась специально разработанная карта обследования. В нее были включены: данные о пациенте (пол, возраст, наследственность, образование, занятость, семейное положение, бытовые условия жизни и другие социальные характеристики), профиль отделения, в котором находился госпитализированный больной, сведения об обстоятельствах поступления в стационар, включая связь с употреблением алкоголя, а также подробный наркологический анамнез. Чтобы получить объективные данные, осуществлялся анализ историй болезни обследованных, особенно в части обстоятельств обращения в стационар, выявления наркологической патологии, установленных соматических диагнозов и сроков стационарного лечения.

При обследовании пациентов также использовались: а) анкета-опросник для установления алкогольных проблем; б) тест AUDIT.

Мужчин среди обследованных пациентов было 49,3 % (452), женщин – 50,7 % (464). Возраст включенных в исследование больных стационара был от 15 до 89 лет. Средний возраст составил  $51,06 \pm 0,60$  лет (мужчин –  $48,64 \pm 0,83$  лет, женщин –  $53,41 \pm 0,86$  лет). Лиц в возрасте 20 лет и младше было 6,6 %; 21-30 лет – 11,6 %; 31-40 лет – 12,7 %; 41-50 лет – 12,7 %; 51-60 лет – 23 %; 61-70 лет – 16,8 %; 71-80 лет – 13,8 %; 81 год и старше – 2,8 %.

Дополнительно подверглись анализу все случаи направления населения в МУЗ «Городская клиническая больница № 1», не повлекшие за собой госпитализацию (т. е. осуществлен анализ сплошным методом журналов отказов в госпитализации за 30 календарных дней). При этом выявлялись обращения, причина которых связана с потреблением спиртного. Всего за

данный период было оформлено 878 отказов в госпитализации; 68,8 % (604) из них пришлось на хирургический профиль, 31,2 % (274) – на терапевтический.

Финансирование данного лечебного учреждения осуществляется из средств муниципального бюджета и средств обязательного медицинского страхования в соответствии с тарифами, утвержденными в регионе для реализации территориальной программы государственных гарантий. Стоимость одного койко-дня зависит от профиля отделения, при этом существует значительная разница между стоимостью, утвержденной в программе государственных гарантий и реальными затратами больницы, поэтому в расчетах стоимости лечения следует пользоваться двумя цифрами. Затраты на лечение больного складываются из произведения стоимости койко-дня в отделении и сроков лечения пациента.

**На шестом этапе** осуществлялся анализ смертности населения Забайкальского края за период с 1975 по 2010 гг.

В первой части работы были проанализированы данные, полученные из документов, хранящихся в ГУ «Государственный архив» Забайкальского края (с 1975 по 1994 гг.), Территориальном органе Федеральной службы Государственной статистики по Забайкальскому краю (с 1995 по 2010 гг.). Использовалась форма государственной статистической отчетности С-51 – «разработочные таблицы по естественному и механическому движению населения». Оценивалась как общая смертность населения, так и ее специальные показатели, в частности:

а) алкогольная смертность – психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя (F 10); дегенерация нервной системы, вызванная алкоголем (G 31.2); алкогольная полиневропатия (G 62.1); алкогольная кардиомиопатия (I 42.6); алкогольная болезнь печени (K 70); панкреатит алкогольной этиологии (K 86.0); случайное (с неопределенными намерениями) отравление (воздействие) алкоголем (X 45, X 65).

б) насильственная смертность – по причинам самоубийств, убийств, дорожно-транспортных происшествий, травм, отравлений, утоплений в воде, воздействия температуры.

в) смертность от основных групп соматической патологии – сердечно-сосудистых заболеваний, заболеваний пищеварительной, дыхательной и других систем, новообразований.

За период с 1995 по 2010 гг. подробно изучены половозрастная структура и территориальная принадлежность умерших. Применялся корреляционный анализ, что позволило проводить изучение связей между алкогольной смертностью и другими эпидемиологическими показателями.

Во второй части работы был организован анализ отчетов (формы № 42) в ГУЗ «Забайкальское краевое бюро судебно-медицинской экспертизы» за 2005-2010 гг. Кроме того, были проанализированы журналы регистрации трупов и статистические карты умерших в 2010 году из 13 крупных районов и населенных пунктов Забайкальского края. Всего в исследование было включено 1 679 случаев насильственных смертей, группой контроля стали 1 774 летальных исхода от соматической патологии в домашних условиях.

Третья часть раздела основывается на анализе отчетов и протоколов

вскрытий в ГУЗ «Краевое патологоанатомическое бюро» Забайкальского края за 2000-2010 гг. Всего в исследование вошло 12 433 результатов патологоанатомических исследований трупов людей, умерших в стационарах Забайкальского края. Была изучена частота причин смерти от алкогольной болезни (алкоголизм, хроническая алкогольная интоксикация) по результатам аутопсий умерших. Процент патологоанатомических исследований составил в 2005 году – 70 %, в 2006 – 70,2 %, в 2007 – 71,2 %, в 2008 – 70 %, в 2009 – 70,6 %, в 2010 – 70,8 %. Мужчины среди умерших составили 67,7 %, женщины – 32,3 %. Лиц в возрастной группе 15-24 года было 2,5 % от общего числа умерших, в группе 25-34 года – 3,9 %, 35-44 года – 10 %, 45-54 года – 23,5 %, 55-64 года – 21,3 %, 65-74 года – 25,9 %, 75 лет и старше – 12,9 %.

**Седьмой этап исследования** был посвящен научному обоснованию и внедрению системы мониторинга алкогольной ситуации в Забайкальском крае. Мониторинг стал одним из основных направлений деятельности Совета по противодействию пьянству и алкоголизму при Губернаторе Забайкальского края. Была разработана оценочная карта алкогольной ситуации в отдельном районе Забайкалья и утверждены формы отчета для различных ведомств, организован сбор информации и ее анализ.

Таким образом, адаптированные к задачам исследования источники и методы сбора информации представлены в таблице 1.

Таблица 1

**Источники и методы сбора информации, периоды и объемы исследований**

<b>Источники информации</b>	<b>Период наблюдений, объем и методы сбора информации</b>
1. Годовые отчеты наркологической службы Забайкальского края; ф. № 11	1980-2010 гг., 30 документов, 33 территории края, по 10 учетным признакам
2. Аналитические таблицы об итогах медицинского обеспечения подготовки граждан к военной службе в Забайкальском крае	2005-2010 гг., 6 документов, по 3 учетным признакам
3. Подростки 1991 г.р. из 7 сельских районов и 3 городов Забайкальского края	2007 г., 10 территорий, 1145 подростков, по 33 признакам
4. Призывники 1982-1991 гг. р., признанные годными к военной службе и прибывшие на Военно-врачебную комиссию Военного комиссариата Забайкальского края	2009-2010 гг., 5 482 призывника, сплошное наблюдение по 67 признакам
5. Личные военные дела подростков призывного возраста с психическими расстройствами	2009-2010 гг., 793 случая, сплошная выборка по 35 признакам
6. Призывники 1991-1992 гг. р., проходившие психиатрическую экспертизу в ГУЗ «Краевая психиатрическая больница № 1» Забайкальского края	2010 г., 242 подростка, сплошное наблюдение по 67 признакам
7. Пациенты МУЗ «Городская клиническая больница № 1» г. Читы	2010 г, 954 пациента, сплошное наблюдение по 70 признакам
8. Истории болезни пациентов МУЗ «Городская клиническая больница № 1» г. Читы	2010 г, 916 историй болезни, сплошная выборка

9. Журналы отказов в госпитализации в МУЗ «Городская клиническая больница № 1» г. Читы	2010 г., 878 отказов, сплошная выборка по 7 признакам
10. Отчеты бухгалтерии МУЗ «Городская клиническая больница № 1» г. Читы; ф. №62	2010 г., 2 документа, 22 учетных признака
11. Форма С-51 «разработочные таблицы по естественному и механическому движению населения» ГУ «Государственный архив» Забайкальского края (фонд архива № Р-1645, описи 5 и 19)	1975-1994 гг., сплошная выборка по 84 признакам
12. Форма С-51 «разработочные таблицы по естественному и механическому движению населения» ТО ФС Государственной статистики по Забайкальскому краю	1995-2010 гг., сплошная выборка по 84 признакам
13. Отчеты ГУЗ «Забайкальское краевое бюро судебно-медицинской экспертизы» (ф. № 42)	2005-2010 гг., сплошная выборка по 15 учетным признакам
14. Статистические карты и журналы регистрации трупов ГУЗ «Забайкальское краевое бюро судебно-медицинской экспертизы»	2010 г., 13 территорий края, 3453 летальных случаев, сплошная выборка по 25 признакам
15. Протоколы вскрытий в ГУЗ «Краевое патологоанатомическое бюро» Забайкальского края	2005-2010 гг., 12433 летальных случаев, сплошная выборка по 25 признакам
16. Отчетные формы по оценочной карте алкогольной ситуации в отдельном районе (приложения 1-6 к приказу № 1007 МЗ Забайкальского края)	2009-2010 гг., 12 документов, 33 территории края, по 46 учетным признакам

В качестве основных методов в диссертации использовались:

**клинико-эпидемиологический** – при анализе распространенности наркологической патологии, ее отдельных форм; основных параметров заболевания; социально-демографических характеристик;

**клинико-психопатологический** – для оценки симптомов, синдромов и состояний больных на разных этапах заболевания;

**клинико-динамический** – позволяющий проследить динамику изменений наркологического статуса подростков через 2-3 года, а также психического состояния призывников за время пребывания на экспертизе;

**клинико-катамнестический** – для ретроспективной оценки течения заболевания и факторов, влияющих на динамику заболевания, социальную и профессиональную адаптацию больных;

**исторический** – при анализе целого спектра медицинских статистических показателей с 1975 года по настоящее время;

**статистический** – метод применялся для объективизации полученных данных с использованием пакета прикладных статистических программ «Statistica-6.0» и пакета анализа Microsoft Excel.

Статистическая обработка полученных результатов включала описание выборки, нахождение средней арифметической, среднеквадратического отклонения и ошибки средней арифметической, определялись частоты встречаемости признаков, группировка данных. Достоверность различий

определялась по  $t$  критерию Стьюдента. Взаимное влияние изучаемых параметров устанавливалось с использованием коэффициента ранговой корреляции Спирмена. Использовался кластерный анализ, который позволил определить направление и значимость вклада признаков в развитие наркологической патологии.

Таким образом, многоаспектность поставленных задач, использованные методы исследования, большой объем и полнота проанализированной информации по разным направлениям исследований позволяют считать, что полученные результаты обеспечивают возможность достичь цели исследования.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

При разработке программы и плана, определении предмета и объектов исследования была предложена модель изучения эпидемиологической ситуации по алкогольной зависимости на региональном уровне, в основе которой лежал сбор и использование прямых и косвенных показателей, характеризующих распространенность алкогольных расстройств и величину их медицинских и социально-экономических последствий.

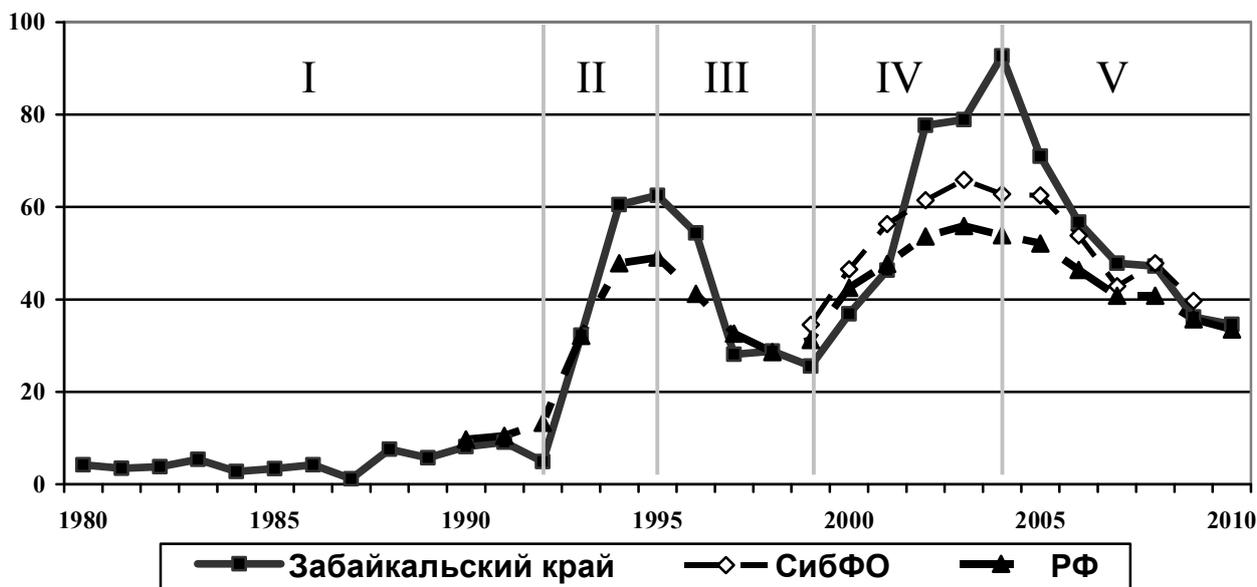
**Модель включала в себя три основных раздела:** 1) динамический анализ заболеваемости и болезненности алкогольными расстройствами (согласно обращаемости) и проведение эпидемиологических исследований по оценке реального уровня алкоголизации населения в различных группах населения; 2) анализ медицинских последствий алкоголизации населения: алкогольная смертность, направления в лечебные учреждения, связанные с употреблением алкоголя; 3) оценка масштабов социально-экономического ущерба от пьянства и алкоголизма.

Согласно задачам первого раздела, на начальном этапе проводился сбор и анализ медицинских статистических показателей заболеваемости и болезненности алкогольными расстройствами.

Так, за 2010 год в Забайкальском крае наркологические расстройства впервые были выявлены у 3 708 человек, показатель заболеваемости составил 332,0 на 100 тыс. человек населения. Лица с алкогольными расстройствами составили 60,7 % (2 251; 201,5 на 100 тыс. населения) от числа впервые выявленных лиц с наркологическими заболеваниями. Показатель заболеваемости алкогольными расстройствами за 6 последних лет в крае имеет четкую тенденцию к снижению (с 269,4 на 100 тыс. населения в 2005 году до 201,5 на 100 тыс. населения в 2010 году), он сопоставим с аналогичными показателями по Сибирскому Федеральному округу и Российской Федерации.

Показатель заболеваемости синдромом зависимости от алкоголя в крае в 2010 году составил 100,6 на 100 тыс. населения. В 2009 году он был равен 99,0 на 100 тыс. населения, что было на 22,4 % выше показателя по России и на 14,6 % выше показателя по СибФО. Отличия между районами края по данному показателю существенны – от 10,4 до 443,6 на 100 тыс. населения в 2010 году. Низкие показатели наблюдаются в тех районах, в которых отсутствуют врачи психиатры-наркологи.

Характерным индикатором остроты эпидемиологической ситуации в отношении алкоголизма являются алкогольные психозы. Рост заболеваемости алкогольными психозами в Забайкальском крае начался с 1993 года, максимальным показателем был в 2004 году (92,7 на 100 тыс. населения). Пик впервые выявленной заболеваемости психозами в РФ и СибФО пришелся на 2003 год. Показатель в Забайкалье в 2004 году превышал среднероссийский в 1,7 раза, окружной в 1,5 раза (рис. 1). За последние 6 лет заболеваемость алкогольными психозами снизилась в крае в 2,7 раза, достигнув в 2010 году 34,6 на 100 тыс. населения, показатель сравнялся со средним по СибФО и РФ.



**Рис. 1. Заболеваемость алкогольными психозами в Забайкальском крае, СибФО и РФ (на 100 тыс. человек населения)**

Можно выделить 5 динамических периодов заболеваемости алкогольными психозами в регионе (рис. 1): I – период относительного благополучия (1980-1992 гг.); II – первый период роста (1993-1995 гг.); III – период позитивных ожиданий (1996-1999 гг.); IV – второй период роста (2000-2004 гг.); V – период заметного снижения (2005-2010 гг.).

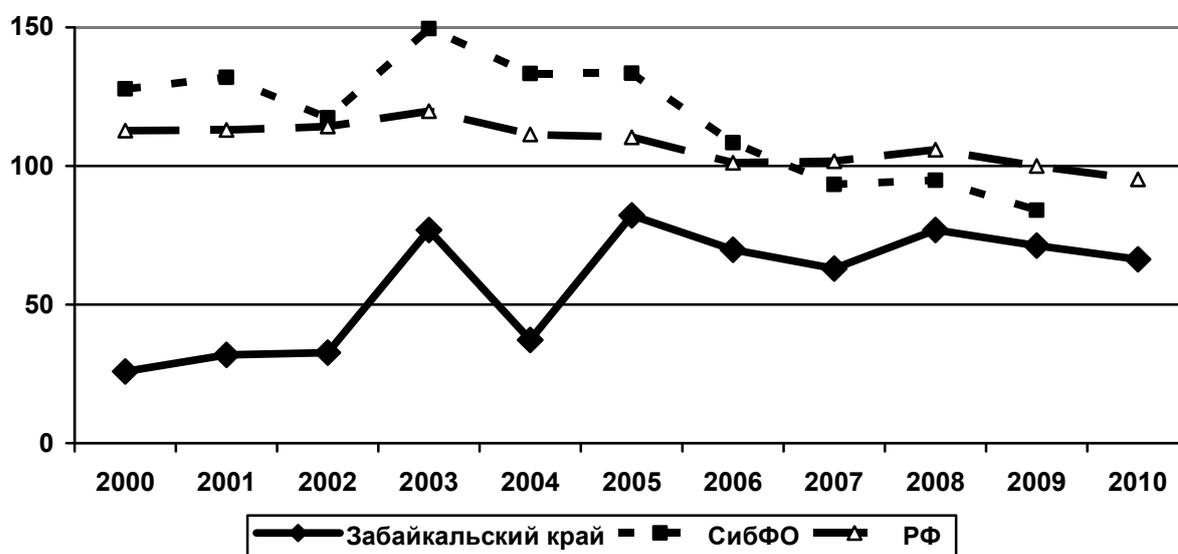
Еще одним важным показателем, характеризующим выявляемость лиц с алкогольными расстройствами, является соотношение между заболеваемостью алкогольными психозами и синдромом зависимости от алкоголя. Результаты расчета такого соотношения приведены в таблице 2. Если в 1980 году на 1 больного алкогольным психозом приходилось в среднем 43,9 взятого на учет больного алкоголизмом, в 1990 году – 11,7, то с 1993 года – не более 3. Следовательно, значительная часть больных синдромом зависимости от алкоголя не попадает в официальную статистику.

Таблица 2

**Соотношение заболеваемости алкогольными психозами и алкогольной зависимостью в Забайкальском крае**

Годы	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010
Соотношение	1 : 43,9	1 : 43,1	1 : 11,7	1 : 1,1	1 : 2,4	1 : 1,6	1 : 2,9

Выявляемость употребления алкоголя с вредными последствиями в Забайкальском крае все еще остается недостаточной: в 2009 году показатель был ниже уровня СибФО на 17,8 %, РФ – на 28,7 %. В 2010 году показатель в нашем регионе составил 66,3 на 100 тыс. населения, при этом, в сравнении с 2000 годом, он увеличился в 2,6 раза (рис. 2).



**Рис. 2. Заболеваемость употреблением алкоголя с вредными последствиями в Забайкальском крае, СибФО и РФ (на 100 тыс. человек населения)**

Структура заболеваемости алкогольными расстройствами в Забайкальском крае в 2009 году представлена в таблице 3. Полученные данные подтверждают вывод о недостаточной выявляемости в регионе пагубного употребления алкоголя.

Таблица 3

**Структура заболеваемости алкогольными расстройствами в Забайкальском крае, СибФО и РФ в 2009 году (в %)**

Нозологическая форма	Забайкальский край	СибФО	РФ
Алкогольные психозы	17,5	19,1	16,8
Синдром зависимости от алкоголя	48,0	40,5	36,2
Употребление алкоголя с вредными последствиями	34,5	40,4	47,0
Всего	100	100	100

Уровень заболеваемости алкогольными расстройствами среди подросткового контингента в Забайкалье в 2009 году составлял 346,7 на 100 тыс. населения и был в 2,8 раза ниже показателя по СибФО и в 2,4 раза ниже среднероссийского показателя. В 2010 году в крае заболеваемость алкогольной патологией подростков была равна 356,8 на 100 тыс. человек. При этом в 12 районах края этот показатель был равен нулю, в остальных наблюдались существенные отличия: от 64,4 до 1286,2 на 100 тыс. населения

соответствующего возраста. Все это указывает на крайне низкую эффективность выявления наркологической патологии, вызванной употреблением алкоголя, в данной возрастной группе.

В 2010 году заболеваемость подростков синдромом зависимости от алкоголя составила 2,3 на 100 тыс. населения, показатель за семь лет снизился в 13,5 раз, при этом он в 4,5 раза ниже аналогичного показателя в СибФО и в 2,8 раза ниже среднероссийского. Заболеваемость алкогольными психозами подростков в нашем регионе составила в 2004 году 8,5 на 100 тыс., в 2006 году – 3,1 на 100 тыс., в 2007-2009 гг. алкогольных психозов у подростков не регистрировалось, в 2010 году психоз наблюдался у 1 подростка (показатель – 2,3 на 100 тыс. подросткового населения).

Заболеваемость употреблением алкоголя с вредными последствиями подростков в Забайкальском крае выросла за последние 7 лет в 2,3 раза – с 155,8 на 100 тыс. подросткового населения в 2004 году до 352,3 на 100 тыс. в 2010 году. При этом данный показатель по-прежнему в 2,7 раза ниже, чем в СибФО и в 2,4 раза ниже, чем в Российской Федерации.

Важным критерием оценки ситуации с алкогольной патологией является анализ **болезненности алкогольными расстройствами**.

В 2010 году на территории Забайкальского края под диспансерным и профилактическим наблюдением находилось 25 722 человека с наркологическими расстройствами (2,3 % от численности населения), показатель болезненности составил 2 302,8 на 100 тыс. человек населения.

Лица с алкогольными расстройствами составили 81,4 % (20 944; 1875,1 на 100 тыс. населения; 1,9 % от численности населения) от всего числа зарегистрированных с наркологическими заболеваниями. Показатель болезненности алкогольными расстройствами за 6 последних лет в крае остается стабильным, в 2009 году он составлял 2019,5 на 100 тыс. населения и превышал на 13,7 % аналогичный показатель по СибФО, на 7,2 % – по РФ.

Структура болезненности алкогольными расстройствами в Забайкальском крае в 2009 году представлена в таблице 4. Представленные данные являются еще одним подтверждением недостаточной выявляемости в регионе употребления алкоголя с вредными последствиями.

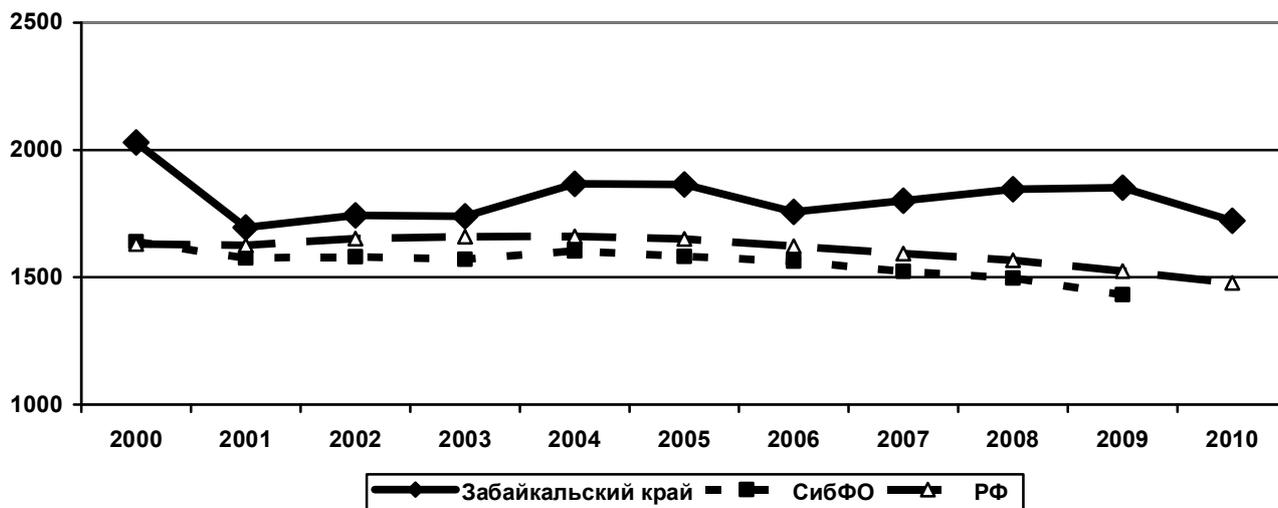
Таблица 4

**Структура болезненности алкогольными расстройствами в Забайкальском крае, СибФО и РФ в 2009 году (в %)**

Нозологическая форма	Забайкальский край	СибФО	РФ
Алкогольные психозы	3,0	4,4	4,0
Синдром зависимости от алкоголя	88,7	77,8	77,4
Употребление алкоголя с вредными последствиями	8,3	17,8	18,6
Всего	100	100	100

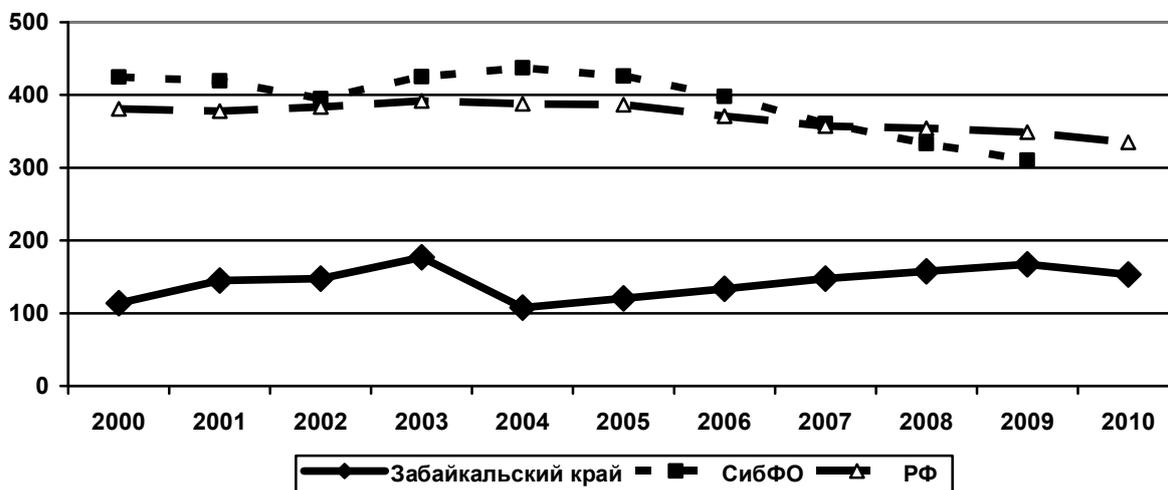
Показатель болезненности алкоголизмом с алкогольными психозами за 10 последних лет в крае остается стабильным, в 2009 году он был равен 1852,3 на 100 тыс. населения, что на 22,7 % выше показателя по СибФО и на 17,7 % –

по РФ (рис. 3). В 2010 году распространенность алкоголизма с психозами составила в Забайкальском крае 1772,0 на 100 тыс. населения, при этом в районах края данный показатель колеблется от 570,4 до 4245,9 на 100 тыс. населения.



**Рис. 3. Болезненность синдромом зависимости от алкоголя с алкогольными психозами в Забайкальском крае, СибФО и РФ (на 100 тыс. человек населения)**

Болезненность употреблением алкоголя с вредными последствиями в крае все еще остается существенно ниже уровня РФ (в 2,3 раза) и СибФО (в 2,0 раза). В 2010 году показатель составил 153,1 на 100 тыс. населения, в сравнении с 2000 годом, в прошлом году он в регионе вырос в 1,4 раза (рис. 4).



**Рис. 4. Болезненность употреблением алкоголя с вредными последствиями в Забайкалье, СибФО и РФ (на 100 тыс. человек населения)**

Уровень болезненности алкогольными расстройствами среди подросткового контингента в Забайкалье в последние годы существенно (в 2,4 раза) вырос, по сравнению с 2004 годом. В 2009 году показатель составлял 1087,9 на 100 тыс. подросткового населения, но был в 1,7 раза ниже показателя по СибФО и в 1,4 раза ниже среднероссийского показателя. В 2010 году в крае

болезненность алкогольной патологией подростков была равна 881,9 на 100 тыс. человек.

Болезненность подростков синдромом зависимости от алкоголя существенно снизилась в последние годы (в 5,5 раза) – с 75,0 на 100 тыс. подросткового населения в 2005 году до 13,6 на 100 тыс. в 2010 году, при этом показатели стали ниже, чем в СибФО и РФ. Болезненность подростков употреблением алкоголя с вредными последствиями в Забайкальском крае все еще остается ниже уровня РФ в 2,2 раза и окружного в 2,3 раза. В 2010 году показатель составил 866,0 на 100 тыс. подросткового населения, в сравнении с показателем 2004 года (315,9 на 100 тыс.), наблюдается рост в 2,7 раза.

Представленные данные свидетельствуют о недостаточной работе врачей психиатров-наркологов по выявлению лиц с пагубным употреблением психоактивных веществ, что обусловлено во многом несовершенством законодательной базы, в том числе по раннему выявлению наркологической патологии у подростков и проведении своевременных профилактических и лечебно-реабилитационных мероприятий.

Следовательно, в целях объективной оценки уровня алкогольной патологии в подростковой среде необходимы эпидемиологические исследования, результаты которых позволят определить масштаб проблемы и наметить меры по снижению уровня данных расстройств в молодежной среде.

Поэтому был проделан значительный труд по анализу алкогольной ситуации среди подростков и призывников в Забайкальском крае.

Так, в 2007 году при обследовании 14-15-летних (1991-1992 гг.р.) подростков употребление алкоголя с вредными последствиями было выявлено у 3,5 % (у 4,7 % мальчиков и 2,4 % девочек). Структура алкоголизации с учетом донозологических форм потребления алкоголя отражена в таблице 5.

Таблица 5

#### Гендерные особенности структуры алкоголизации 15-летних подростков

Структура алкоголизации	Мальчики		Девочки	
	абс.	%	абс.	%
1. Абстиненты (неупотребляющие)	349	65,1	394	64,8
2. Случайно пьющие	116	21,6	161	26,4
3. Ситуационно пьющие	46	8,6	39	6,4
4. Систематически пьющие	22	4,1 *	13	2,1
5. Привычно пьющие	3	0,6	2	0,3
Всего	536	100,0	609	100,0

Статистическая значимость различий между мальчиками и девочками обозначена: \* –  $p < 0,05$ ; \*\* –  $p < 0,01$ ; \*\*\* –  $p < 0,001$

Выявлено, что не употребляли спиртные напитки ни разу 54,1 % подростков (53,9 % мальчиков и 54,2 % девочек), единожды пробовали (чаще в последний год) – 10,8 % (11,2 % мальчиков и 10,5 % девочек). Регулярно употребляют алкоголь – 35,1 % подростков в возрасте 15-16 лет (34,9 % мальчиков и 35,3 % девочек).

В группе регулярно употребляющих алкоголь возраст первых его проб составил от 8 до 15 лет, средний возраст начала употребления алкогольных

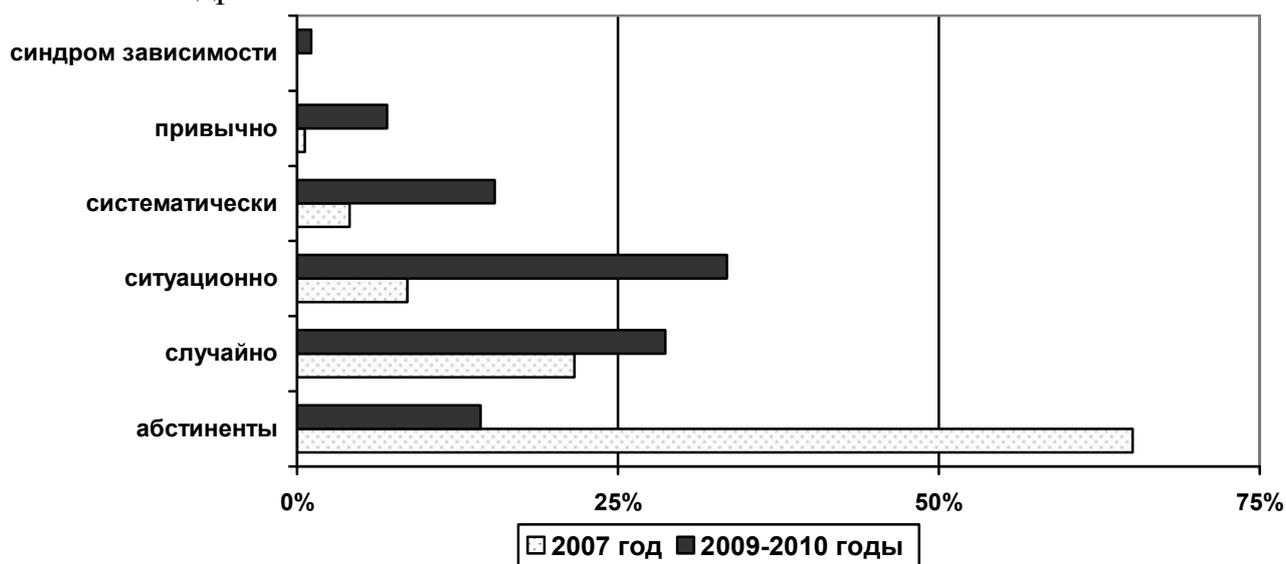
напитков был равен  $13,7 \pm 0,09$  лет (у мальчиков –  $13,6 \pm 0,105$  лет, у девочек –  $13,85 \pm 0,085$  лет). Таким образом, в возрасте 15 лет впервые попробовали алкоголь 30,9 % подростков данной группы, в 14 лет – 37,6 %, в 13 лет – 18,9 %, в 12 лет – 6,0 %, в 11 лет – 2,2 %, в 10 лет – 3,7 %, в 8-9 лет – 0,7 %. Из алкогольных напитков пиво предпочитали 62,2 % подростков, вино – 29,1 %, водку – 5,7 %, другой – 3,0 %.

Полученные данные наглядно демонстрируют, что начало профилактических мероприятий должно соответствовать 12-13-летнему возрасту детей, когда значительная масса из них еще не пробовала или только начинает пробовать алкогольные напитки.

Было выявлено, что пробовали наркотики, преимущественно каннабиноиды, 4,5 % подростков (5,8 % мальчиков и 3,4 % девочек), пробовали токсические вещества – 1,6 % (2,4 % мальчиков и 0,8 % девочек;  $p < 0,05$ ).

При обследовании **18-летних призывников** на базе Военно-врачебной комиссии в 2009-2010 гг. абстинентов было 14,3 %, случайно пьющих – 28,7 %, ситуационно пьющих – 33,5 %, систематически пьющих – 15,4 %, привычно пьющих – 7 %, больных синдромом зависимости от алкоголя – 1,1 %. Таким образом, употребление алкоголя с вредными последствиями (F 10.1) выявлено у 22,4 % исследуемого контингента, алкогольная зависимость (F 10.2) – у 1,1 %.

Структура алкоголизации подростков мужского пола 1991-1992 гг. рождения в динамике через 2-3 года представлена на рисунке 5. Как видно из рисунка, имеются значительные изменения ( $p < 0,001$ ) в структуре алкоголизации подростков мужского пола 1991-1992 гг. рождения в динамике через 2-3 года: в 4,4 раза стало меньше абстинентов и больше других групп – случайно пьющих – в 1,5 раза, ситуационно пьющих – в 3,2 раза, систематически пьющих – в 4,1 раза, привычно пьющих – в 13,5 раз, появились больные синдромом зависимости от алкоголя.



**Рис. 5. Структура алкоголизации мальчиков-подростков 1991-1992 гг.р. в Забайкальском крае в динамике через 2 года**

Выявленные изменения в структуре алкоголизации подростков из различных районов Забайкалья всего через два года наглядно демонстрируют

резкое ухудшение наркологической ситуации среди молодежи при отсутствии действенных программ профилактических мероприятий.

Наследственная отягощенность по алкогольной зависимости близких родственников среди абстинентов установлена в 5,2 % случаев, среди эпизодически пьющих – в 6,1 % случаев, среди употребляющих алкоголь с вредными последствиями – в 18,7 % случаев, среди больных алкогольной зависимостью – в 38,5 % случаев. У лиц с наследственной отягощенностью по алкогольной зависимости алкоголизм обоих родителей составил 20,5 %, отца – 61,2 %, матери – 16,0 %, других близких родственников – 2,3 %.

Осложнения течения беременности и родов у матерей призывников были установлены у 1,5 % незлоупотребляющих алкоголем, у 2,2 % злоупотребляющих и у 7,1 % больных алкоголизмом.

Воспитывались в условиях гипоопеки 14,2 % призывников, при этом данный показатель увеличивался с нарастанием тяжести алкоголизации (до 30,8 % у лиц с синдромом зависимости от алкоголя). Воспитывались в неполной семье 27,2 % 18-летних призывников. У 3,5 % призываемых лиц имелись указания на проживание в малообеспеченной, неблагополучной семье (данный показатель также увеличивался с утяжелением алкоголизации).

Средний возраст начала употребления спиртных напитков составил  $15,65 \pm 0,05$  лет, никогда не пробовали алкоголь – лишь 3,1 %. При этом возраст первого приема алкоголя постепенно снижался с нарастанием тяжести алкоголизации (от  $16,54 \pm 0,14$  лет у абстинентов до  $12,79 \pm 1,04$  лет у больных алкоголизмом). В настоящее время пиво предпочитали 71,4 % 18-летних призывников, вино – 16,4 %, водку и другие крепкие алкогольные напитки – 7,6 %, прочие – 1,5 %. Неприятности из-за приема спиртного в прошлом (драки, телесные повреждения, приводы в милицию, попадание в медвытрезвитель и т.д.) отметили 7,7 % обследованных, показатель закономерно изменялся с нарастанием тяжести алкоголизации.

Курящими являлись 72,8 % призывников, процент курящих увеличивался от группы абстинентов (47,7 %) до группы с синдромом зависимости от алкоголя (92,3 %). Средний возраст начала курения уменьшался от  $15,86 \pm 0,21$  лет у абстинентов до  $12,86 \pm 1,31$  лет у больных алкоголизмом. Количество лиц, употреблявших ранее каннабиноиды, составило 11,1 %, при этом показатель увеличивался с нарастанием тяжести алкоголизации – до 57,7 % у страдающих алкоголизмом.

При проведении теста «AUDIT» получены следующие результаты:

- 1) безопасное употребление алкоголя (получили от 0 до 7 баллов) – 74,2 %;
- 2) опасное употребление алкоголя (от 8 до 15 баллов) – 25,3 %;
- 3) вредное употребление алкоголя (от 16 до 19 баллов) – 0,5 %;
- 4) алкогольная зависимость (20 баллов и более) – 0,0 %.

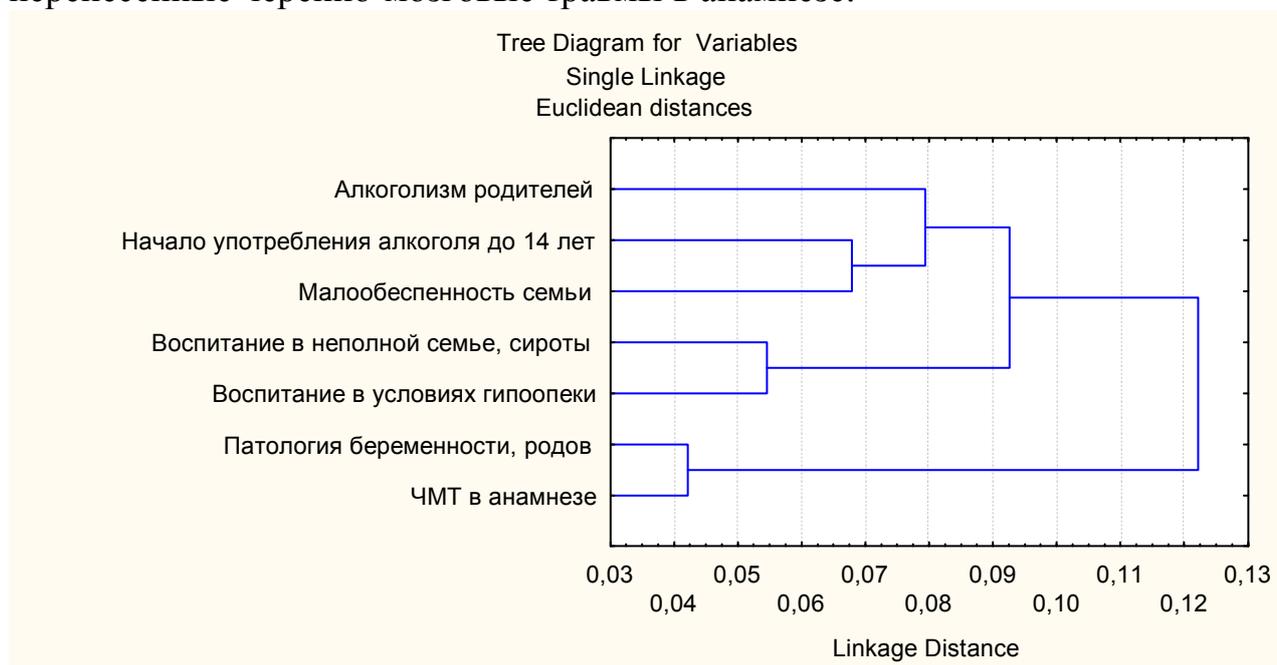
Т.е. злоупотребление алкоголем выявлено этим методом у 25,8 % призывников, что на 2,3 % выше результатов, полученных при клиническом обследовании лиц призывного возраста (23,5 %). При этом с нарастанием тяжести алкоголизации увеличивается и количество набранных баллов, поэтому результат теста в 8 баллов и более позволяет заподозрить злоупотребление алкоголем, а сам тест может активно использоваться с этой

целью психологами и врачами Военно-врачебных комиссий.

В результате анализа проведенной методики «Прогноз» средняя нервно-психическая устойчивость призывников составила  $6,95 \pm 0,07$  баллов. Низкий уровень НПУ (1-2 балла) получен у 0,4 % лиц призывного возраста, средний уровень (3-5 баллов) – у 15,1 %, высокий уровень (6-10 баллов) – у 84,5 %. При этом с нарастанием тяжести алкоголизации уменьшается количество полученных баллов по методике «Прогноз», следовательно, снижается нервно-психическая устойчивость.

Чтобы оценить вклад целой группы факторов в возникновение и развитие алкогольных расстройств у 18-летних призывников в Забайкальском крае был применен кластерный анализ. За основу бралась встречаемость описанных выше анамнестических данных у лиц с алкогольной зависимостью и употреблением алкоголя с вредными последствиями. Как видно из рисунка 6, четко определяются 3 кластера (3 группы среди исследуемых факторов).

Первый по значимости кластер составляют: алкоголизм родителей (лидирующий фактор), малообеспеченность семьи и раннее начало потребления спиртного. Действительно, они являются часто взаимосвязанными – алкоголизм родителей может приводить как к малообеспеченности семьи, так и к раннему приобщению ребенка к алкоголю. Второй по значимости кластер формируют воспитание в неполной семье (без семьи) и воспитание в условиях гипопеки, которые также являются часто взаимосвязанными. Третий кластер, имеющий наименьшее значение, образуют патология беременности и родов и перенесенные черепно-мозговые травмы в анамнезе.



**Рис. 6. Вклад основных групп факторов в возникновение и развитие алкогольных расстройств у 18-летних призывников в Забайкальском крае (кластерный анализ)**

Среди 19-26-летнего призывного контингента в Забайкальском крае наркологическая патология, связанная с употреблением алкоголя, была выявлена в 27,6 % случаев, в том числе синдром зависимости от алкоголя – в

2,2 %. Структура алкоголизации призывного контингента 1982-1990 гг. рождения, в сравнении с 18-летними, представлена в таблице 6.

Среди призывников 1991-1992 гг.р. было достоверно больше абстинентов (в 3,4 раза,  $p < 0,001$ ) и случайно пьющих (в 2,3 раза,  $p < 0,001$ ), но меньше пьющих ситуационно (в 1,7 раза,  $p < 0,001$ ) и систематически (в 1,3 раза,  $p < 0,001$ ), а также страдающих зависимостью от алкоголя (в 2 раза,  $p < 0,01$ ).

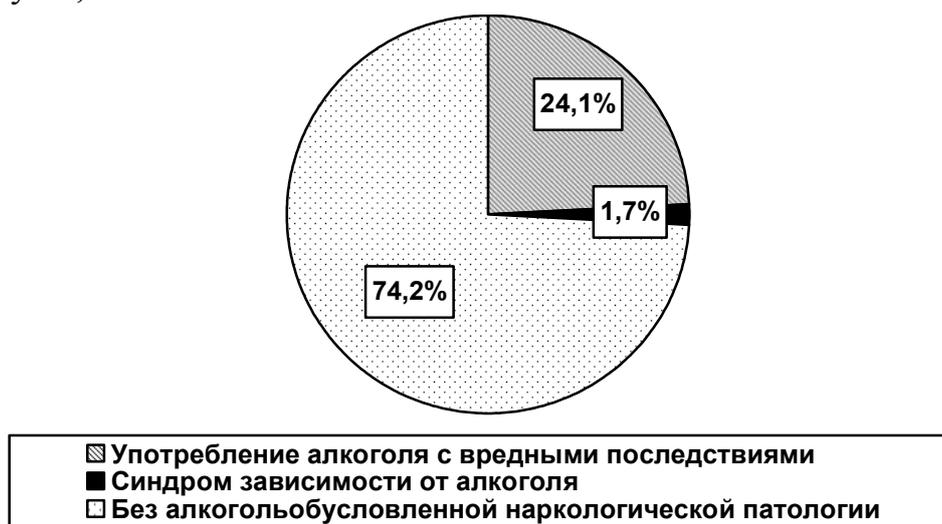
Таблица 6

**Структура алкоголизации лиц призывного возраста**

Структура алкоголизации	1991-1992 гг.р.		1982-1990 гг.р.	
	абс.	%	абс.	%
1. Абстиненты (неупотребляющие)	344	14,3	131	4,2 ***
2. Случайно пьющие	689	28,7	391	12,7 ***
3. Ситуационно пьющие	805	33,5	1708	55,5 ***
4. Систематически пьющие	370	15,4	598	19,5 ***
5. Привычно пьющие	169	7,0	183	5,9
6. Синдром зависимости от алкоголя	26	1,1	68	2,2 **
Всего	2403	100,0	3079	100,0

Статистическая значимость различий между группами обозначена: \* –  $p < 0,05$ ; \*\* –  $p < 0,01$ ; \*\*\* –  $p < 0,001$

Следовательно, при клиническом обследовании всех лиц призывного возраста, прибывших на Военно-врачебную комиссию за два призыва (5 482) наркологическая патология, вызванная приемом алкоголя, установлена в 25,8 % случаев (рис. 7). Употребление алкоголя с вредными последствиями (F 10.1) было выявлено у 24,1 % (1 320) призывников, синдром зависимости от алкоголя (F 10.2) – у 1,7 % (94). При этом среди обследованных с алкогольной зависимостью преобладали лица с I стадией заболевания – 57,4 %, II стадия определена у 42,6 %.



**Рис. 7. Выявленные психические и поведенческие расстройства вследствие употребления алкоголя у призывников всех возрастов**

Структура алкоголизации призывников с учетом донологических форм потребления алкоголя по классификации Э.Е. Бехтеля (1986) выглядела

следующим образом: абстиненты (неупотребляющие) – 8,7 %, случайно пьющие – 19,7 %, ситуационно пьющие – 45,8 %, систематически пьющие – 17,7 %, привычно пьющие – 6,4 %, синдром зависимости от алкоголя – 1,7 %.

В таблице 7 представлены некоторые характеристики призывного контингента в Забайкальском крае.

Как видно из таблицы, с утяжелением степени алкоголизации призывников наблюдалось увеличение частоты наследственной отягощенности по алкоголизму близких родственников, в первую очередь, родителей; такие дети чаще воспитывались в малообеспеченных неблагополучных семьях в условиях гипоопеки. Это подтверждает и кластерный анализ, исходя из которого, основными факторами в возникновении и развитии алкогольных расстройств у подростков в Забайкальском крае являются алкоголизм родителей, малообеспеченность семей и раннее приобщение к употреблению алкоголя. Фактор алкоголизации оказывал существенное влияние на социальное функционирование и поведение подростков: они хуже учились, реже занимались спортом, были склонны к девиантному и криминальному поведению, более частому курению сигарет и употреблению каннабиноидов. В итоге, это отражается на подготовленности к военной службе, приводит к снижению их нервно-психической устойчивости.

Таблица 7

**Некоторые характеристики обследованных призывников в зависимости от тяжести алкоголизации (в %)**

Характеристики	Структура алкоголизации		
	Без патологии n = 4068	Пагубное употребление n = 1320	Синдром зависимости n = 94
Наследственная отягощенность по алкоголизму	5,2	13,7 ***	29,8 ***
Воспитание в условиях гипоопеки	10,4	23,3 ***	30,9 ***
Низкая успеваемость в школе	6,4	11,7 ***	27,7 ***
Приводы в милицию	3,4	7,9 ***	9,6 *
Судимость	2,3	5,4 ***	4,3
Курение	68,8	83,2 ***	90,4 ***
Употребление каннабиноидов	11,1	25,7 ***	54,3 ***
Занятость спортом	60,9	40,8 ***	35,1 ***

Статистическая значимость различий с группой «без патологии» обозначена:

\* –  $p < 0,05$ ; \*\* –  $p < 0,01$ ; \*\*\* –  $p < 0,001$

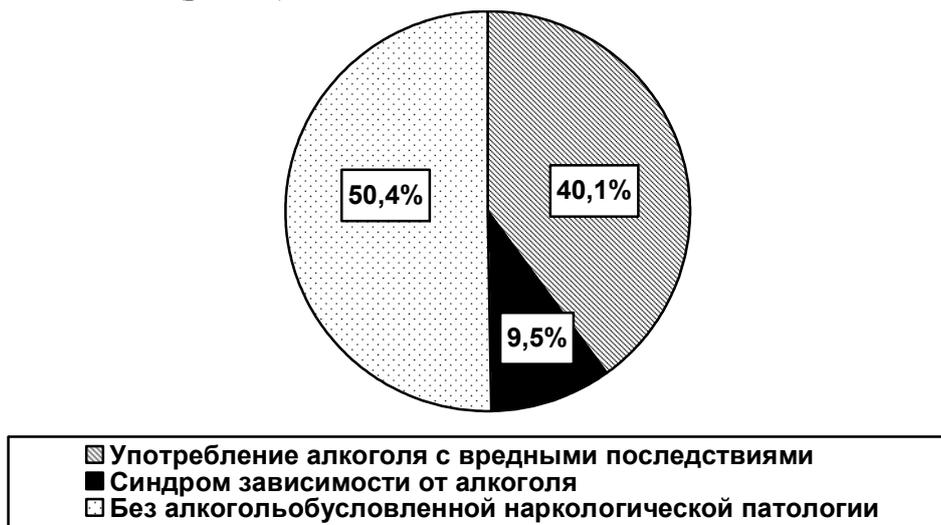
Полученные данные демонстрируют неблагополучную наркологическую ситуацию в молодежной среде Забайкалья и говорят о необходимости усиления мер по первичной профилактике потребления психоактивных веществ, в том числе алкоголя, а также установки психиатров Военно-врачебных комиссий на диагностику алкогольной патологии и требуют внедрения в работу психологов призывных комиссий тестов на выявление злоупотребления алкоголем.

Подтверждением **возможностей улучшения ситуации** по выявлению

наркологических расстройств среди призывников служат результаты проделанной работы на базе Военно-врачебной комиссии Забайкальского края. В период проведения исследования, как в последующем показали официальные отчеты, практически в 2 раза увеличилось число лиц, не призванных в ряды Вооруженных сил на основании статьи 19 расписания болезней, т.е. по наркологической патологии – с 3,5 % (46) в 2009 году до 6,1 % (74) в 2010 году, что, в основном произошло за счет роста выявления зависимости от алкоголя.

Были обследованы лица призывного возраста, направленные на стационарную психиатрическую экспертизу в ГУЗ «Краевая психиатрическая больница № 1. Структура психических расстройств у подэкспертных была следующей: транзитное расстройство личности (F 60) – 44,2 %, инфантильное расстройство личности (F 60.8) – 15,7 %, другие расстройства личности – 8,7 %, умственная отсталость (F 70-F 72) – 23,1 %, органическое непсихотическое расстройство (F 06.7-F 06.8) – 5,8 %, шизофрения (F 20) – 1,7 %, другие расстройства – 0,8 %.

Употребление алкоголя с вредными последствиями (F 10.1) диагностировано у 40,1 % 18-летних юношей с психическими расстройствами, синдром зависимости от алкоголя (F 10.2) – у 9,5 %. В совокупности наркологическая патология, вызванная употреблением алкоголя, составила в данной группе 49,6 % (рис. 8).



**Рис. 8. Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления алкоголя у подэкспертных с психическими расстройствами**

Структура алкоголизации призывников с психическими расстройствами с учетом донологических форм потребления алкоголя выглядит следующим образом: абстиненты – 4,5 %, случайно пьющие – 8,7 %, ситуационно пьющие – 37,2 %, систематически пьющие – 33,1 %, привычно пьющие – 7,0 %, алкоголизм – 9,5 %.

В сравнении со здоровыми 18-летними призывниками, в данной группе было меньше абстинентов и случайно пьющих, но больше пьющих систематически, а также страдающих алкогольной зависимостью. Следовательно, структура алкоголизации юношей с психическими расстройствами значительно отличалась от таковой у здоровых.

При этом есть существенные отличия в зависимости от конкретной нозологии: алкогольные расстройства у лиц с умственной отсталостью составили 62,6 %, с инфантильным расстройством личности – 36,9 %, с транзиторным расстройством личности – 54,2 %. Стоит отметить тяжесть алкоголизации больных умственной отсталостью – алкогольная зависимость выявлена у них в 17,9 % случаев.

У контингента лиц с психическими расстройствами отмечается сверхвысокая наследственная отягощенность по алкогольной зависимости близких родственников (81,9 %), они чаще воспитывались в неблагополучных и малообеспеченных семьях (66,4 %), в условиях гипоопеки (36,2 %), имели склонность к более частому криминальному поведению (имели судимость 12,1 %) и употреблению других психоактивных веществ (курят 89,9 %; употребляли каннабиноиды – 34,7 %, токсические вещества – 1,7 %).

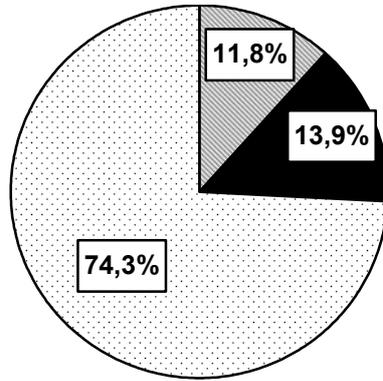
Все это указывает на высокую коморбидность психических и наркологических расстройств среди контингента призывного возраста, что обязательно должно учитываться психиатрами в своей работе.

Представленные данные подтверждают сохраняющуюся остроту проблемы высокой распространенности наркологической патологии среди подростков и призывников, при этом наглядно демонстрируют значение пьянства и алкоголизма, а также сложившейся неблагоприятной социально-экономической ситуации в отдельном регионе в ухудшении психического здоровья подрастающего поколения. Все это требует разработки и внедрения комплекса мероприятий, направленных на улучшение сложившейся ситуации.

Как уже говорилось выше, в России **имеющиеся статистические данные значительно занижают число заболеваний, ассоциированных с алкоголем**. Составить представление об эпидемиологии заболеваний из группы алкогольной поливисцеропатии еще труднее, поскольку соматические эквиваленты алкоголизма в России повсеместно не шифруются как связанные с алкогольным эксцессом или алкогольной болезнью.

В результате исследований, проведенных в крупном многопрофильном соматическом стационаре города Читы, установлено, что распространенность наркологической патологии, связанной с употреблением алкоголя, составила 25,7 %, в том числе синдром зависимости от алкоголя – 13,9 % (рис. 9).

При этом среди обследованных с алкогольной зависимостью преобладали лица со II стадией заболевания – 82,7 %, I стадия определена у 13,4 %, III стадия – у 3,9 %. Структура алкоголизации пациентов с учетом донозологических форм потребления алкоголя по классификации Э.Е. Бехтеля (1986) выглядела следующим образом: абстиненты (неупотребляющие) – 21,6 %, случайно пьющие – 32,4 %, ситуационно пьющие – 20,3 %, систематически пьющие – 8,3 %, привычно пьющие – 3,5 %, синдром зависимости от алкоголя – 13,9 %.



■ Употребление алкоголя с вредными последствиями  
 ■ Синдром зависимости от алкоголя  
 □ Без алкогольобусловленной наркологической патологии

**Рис. 9. Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления алкоголя у пациентов многопрофильной больницы**

Среди мужского контингента употребление алкоголя с вредными последствиями диагностировано в 19,9 %, алкогольная зависимость – в 24,3 % случаев, среди женского контингента – в 3,9 % и 3,7 % случаев соответственно, что указывает на наличие у 44,2 % мужчин и 7,6 % женщин ( $p < 0,001$ ) соматического стационара наркологической патологии.

Т.е. среди мужского контингента наркологическая патология существенно отличалась от женского не только частотой встречаемости (более чем в 5 раз чаще), но и тяжестью алкоголизации: мужчин с алкогольной зависимостью было выявлено почти в 7 раз больше.

Наркологическая патология, связанная с потреблением алкоголя, выявлена у 28,4 % обследованного контингента в возрасте от 15 до 30 лет; у 43,1 % лиц в возрасте от 31 до 50 лет; у 23,1 % лиц в возрасте от 51 до 70 лет; у 2,6 % лиц в возрасте 71 год и старше.

Лица с алкогольными расстройствами, в сравнении с не злоупотребляющими, были моложе, среди них весомо преобладали мужчины, они реже имели высшее образование, чаще были безработными или занятыми физическим трудом, курили и имели судимость, предпочитали крепкие алкогольные напитки.

При этом только 21,3 % больных с синдромом зависимости от алкоголя ранее обращались к врачам психиатрам-наркологам, в том числе и к частнопрактикующим, 15 % из них ранее проходили стационарное лечение в ГУЗ «Краевой наркологический диспансер», и лишь 13,4 % – состояли на диспансерном или профилактическом учете в наркологической службе.

Параллельно с клиническим обследованием пациентов соматического стационара проводились тесты на выявление злоупотребления спиртными напитками. Так, результаты теста «AUDIT» выглядят следующим образом:

- 1) безопасное употребление алкоголя (получили от 0 до 7 баллов) – 77,4 %;
- 2) опасное употребление алкоголя (от 8 до 15 баллов) – 15,9 %;
- 3) вредное употребление алкоголя (от 16 до 19 баллов) – 3,2 %;
- 4) алкогольная зависимость (20 баллов и более) – 3,5 %.

Злоупотребление алкоголем выявлено этим методом у 22,6 % (207) пациентов, что на 3,1 % ниже результатов, полученных при непосредственном

обследовании больных Городской клинической больницы № 1.

Отличия в распространенности наркологической патологии касаются также профиля отделения: максимальные показатели выявлены в токсикологическом (70,4 %) и ожоговом (76,5 %) центрах, далее идут отделения хирургического профиля (24,5 %), затем – терапевтического (17,6 %).

Среди мужской части пациентов вновь лидируют ожоговый и токсикологический центры, после идут отделения хирургического профиля (42,7 % в среднем), затем – терапевтического (34,2 % в среднем). Среди женской части пациентов наркологические расстройства диагностированы в значительно меньшем количестве, также лидируют ожоговый (50 %) и токсикологический (44,5 %) центры, минимальные показатели получены в отделениях хирургического профиля (5,3 %) и терапевтического (3,9 %).

Психические и поведенческие расстройства, связанные с приемом алкоголя, диагностированы в 100 % случаев при отравлении алкоголем, в 66,7 % – при отравлении уксусной кислотой и другими химическими жидкостями, в 87,5 % – при холодовой травме, в 40 % – при ожогах, в 75 % – при остром панкреатите, в 83,3 % – при колото-резаных ранениях и травмах органов брюшной и грудной полости, в 66,7 % – при черепно-мозговой травме, в 37 % – при переломах костей, а 40 % – при травмах глаза, в 50 % – при обострении хронического панкреатита, в 71,4 % – при циррозах печени.

Таким образом, подавляющее большинство алкогольобусловленной наркологической патологии в соматическом стационаре встречалось при травмах, отравлениях и заболеваниях желудочно-кишечного тракта.

Кроме того, 13,1 % всех случаев стационарного лечения и 13,4 % направлений в соматический городской стационар были непосредственно **связаны с употреблением или злоупотреблением алкогольными напитками**. У мужчин такая связь прослеживалась чаще – в 20,4 % случаев, у женщин значительно реже ( $p < 0,001$ ) – всего в 6,1 %. Среди лиц трудоспособного возраста на употребление спиртного, как причину данной госпитализации, были указания у 20,6 % больных, среди лиц пенсионного возраста – у 4,4 % ( $p < 0,001$ ).

При этом с нарастанием тяжести алкоголизации более тесной является связь между употреблением спиртного и поступлением в стационар: среди не злоупотребляющих она установлена только в 0,4 % случаев, тогда как среди употребляющих с вредными последствиями – в 27,8 % случаев, а у страдающих алкогольной зависимостью – уже в 68,5 % случаев (табл. 8).

Таблица 8

**Причинная связь госпитализации с приемом алкоголя (в %)**

Структура алкоголизации	Связь с употреблением алкоголя
1. Абстиненты (неупотребляющие)	0
2. Случайно пьющие	0
3. Ситуационно пьющие	1,6
4. Систематически пьющие	19,7
5. Привычно пьющие	46,9
6. Синдром зависимости от алкоголя	68,5

Пациенты, чья госпитализация была причинно связана с приемом алкоголя, проходили лечение в токсикологическом (30 %) и ожоговом (24,2 %) центрах, в травматологическом отделении (9,2 %), гнойной хирургии (5,8 %), хирургическом (12,5 %), кардиологическом (5 %), терапевтическом (10 %), офтальмологическом (1,7 %), урологическом (0,8 %), неврологическом (0,8 %).

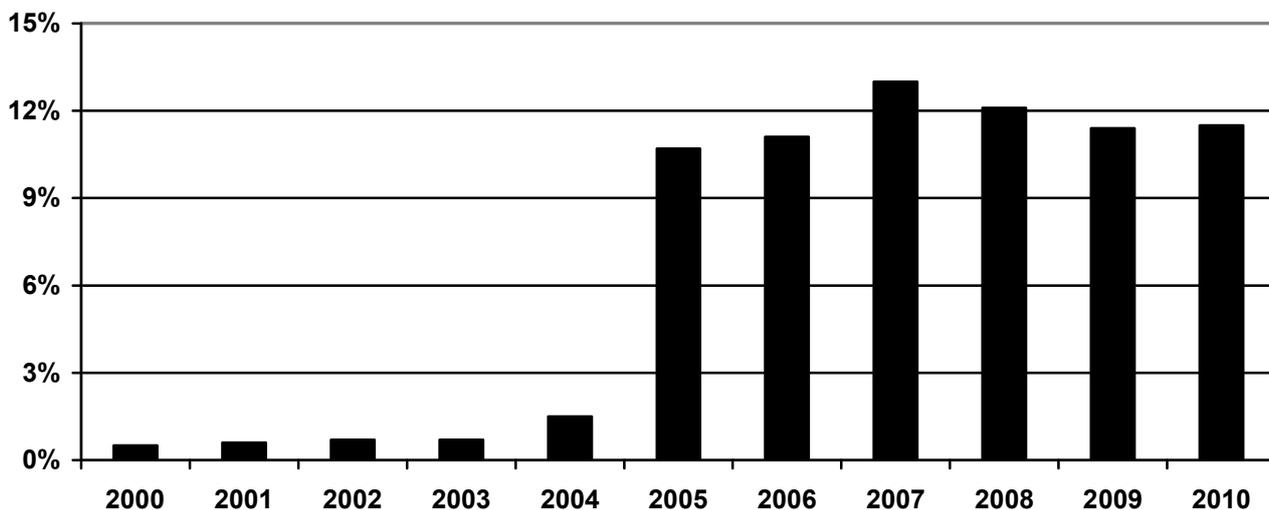
Соматическая патология, по поводу которой пациенты находились в многопрофильном стационаре, была представлена следующим образом: термическая травма – 25,8 %; острое отравление этанолом – 22,5 %; отравление другими веществами – 9,1 %; травмы – 14,2 % (переломы костей – 6,7 %, черепно-мозговая травма – 6,7 %, травма глаза – 0,8 %); колото-резаные ранения – 10,8 %; желудочно-кишечное кровотечение – 2,5 %; обострение панкреатита, панкреонекроз – 6,7 %; алкогольный цирроз печени – 1,7 %; стенокардия, инфаркт миокарда – 4,2 %; инсульт – 0,8 %; пневмония – 1,7 %.

Таким образом, среди пациентов соматического стационара, госпитализация которых была связана с потреблением алкоголя, преобладали мужчины трудоспособного возраста со средне-специальным или средним образованием, преимущественно безработные или занятые физическим трудом, предпочитающие крепкие спиртные напитки, страдающие синдромом зависимости от алкоголя или находящиеся на стадии преалкоголизма. Они проходили стационарное лечение по поводу отравлений алкоголем, отморожений, колото-резаных ран, травм, патологии поджелудочной железы и печени в отделениях соответствующего профиля.

Были рассчитаны **экономические затраты лечебно-профилактического учреждения** на пациентов, чья госпитализация была непосредственно связана с употреблением спиртных напитков. Экономические затраты, компенсируемые из Фонда ОМС, только на такие явные случаи составили 1 987 730,59 рублей. Экономический ущерб, рассчитанный исходя из реальных затрат больницы (которые складываются из средств Фонда ОМС и муниципального бюджета), составил за 30 дней 3 175 418,32 рублей, что составило за один календарный месяц 8,95 % бюджета больницы.

Приводимая информация была бы неполной, если не проанализировать **встречаемость алкогольобусловленной патологии среди умерших больных соматических стационаров.**

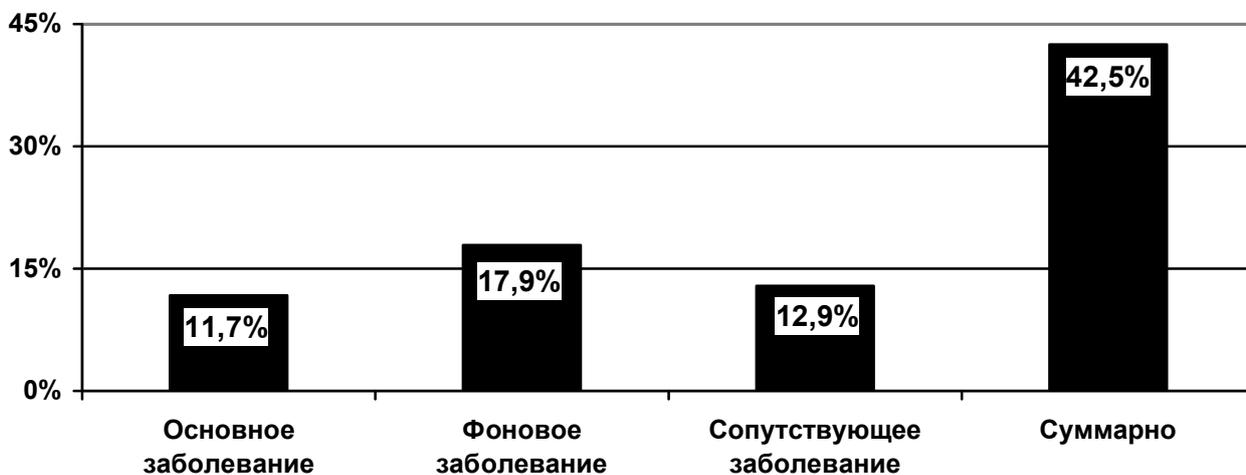
При анализе протоколов патологоанатомических вскрытий в лечебных учреждениях Забайкальского края было установлено, что за последние 6 лет хроническая алкогольная интоксикация и алкоголизм в качестве основного заболевания были диагностированы у 11,7 % умерших, что в 3,7 раза выше, чем за 2000-2004 годы (стали занимать 4-ю ранговую позицию вместо 11-ой в структуре причин смерти). Это связано с тем, что в 2005 году Минздравсоцразвития России обязал врачей-патологоанатомов, судебно-медицинских экспертов при вскрытии умерших и погибших в возрасте старше 15 лет обращать внимание на наличие признаков соматических нарушений алкогольной этиологии (рис. 10).



**Рис. 10. Распространенность алкогольной патологии среди причин смерти больных в ЛПУ Забайкальского края**

При этом непосредственной причиной смерти в данной группе в 65 % случаев стала алкогольная поливисцеропатия.

Алкогольная болезнь как фоновая патология, значительно отягощающая течение и прогноз заболеваний, была отмечена в 17,9 %; в 12,9 % случаев от общего числа аутопсий хроническая алкогольная интоксикация фигурировала как сопутствующая патология. Суммарно алкогольная болезнь была выявлена патологоанатомами в 42,5 % случаев (рис. 11), при этом преобладающим контингентом среди умерших были мужчины трудоспособного возраста.



**Рис. 11. Распространенность алкогольной болезни среди умерших больных в ЛПУ Забайкальского края**

Полученные данные убедительно свидетельствуют о масштабах алкогольного бремени для соматического многопрофильного стационара, демонстрируя не только роль алкогольного фактора в ухудшении соматического здоровья населения, и, следовательно, в росте лечебной нагрузки для ЛПУ, но и огромные экономические издержки учреждений здравоохранения и, соответственно, государства в устранении последствий пьянства и алкоголизма.

При этом необходимо более подробно информировать врачей соматических специальностей о вопросах алкогольной болезни и внедрять в их работу экспресс-методы выявления хронической алкогольной интоксикации.

Еще одним направлением исследования стало **изучение алкогольной смертности населения** в регионе.

В Забайкальском крае показатель общей смертности населения в 2010 году составил 13,8 на 1000 человек населения, данный показатель сопоставим с общероссийским (14,3 в 2010 году). При этом в структуре причин смертности в нашем регионе на втором месте (после болезней системы кровообращения) находится смертность от внешних причин (показатель в 1,8 раза выше, чем в РФ), хотя в России с 2006 года смертность от внешних причин стала занимать третью позицию. Особую озабоченность вызывает высокая доля смертности лиц трудоспособного возраста в общей смертности населения (38,9 % в Забайкалье в 2010 году). Основной контингент умерших в трудоспособном возрасте составляют мужчины. Так, мужчины в Забайкальском крае умирают в трудоспособном возрасте в 53,4 % (2009 год), женщины – только в 20,6 %. Аналогичный показатель у мужчин по РФ составляет 44,8 %.

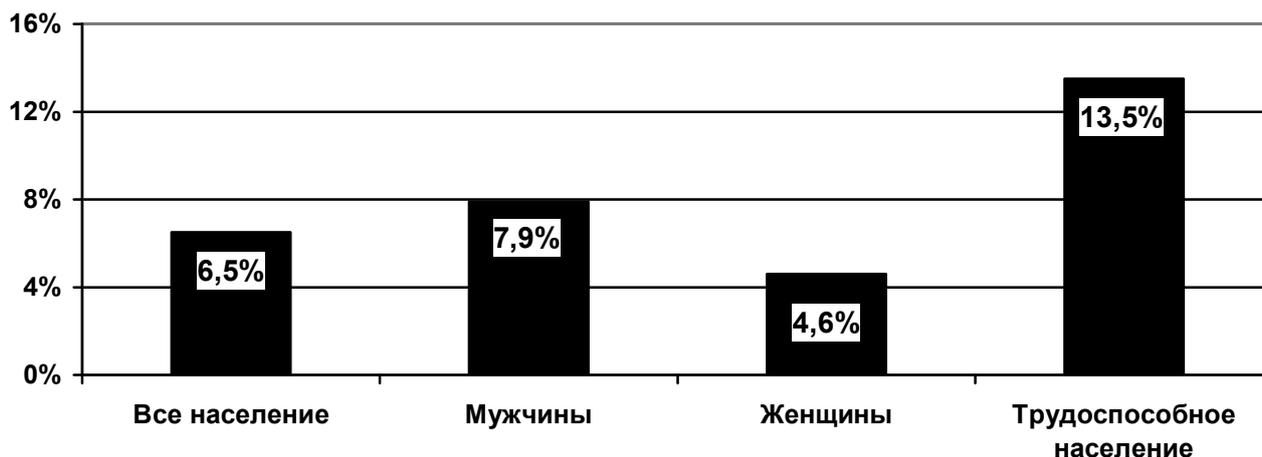
При этом на протяжении длительного времени органы статистики учитывали лишь три нозологии – смертность по причине алкоголизма, алкогольной болезни печени, отравлений алкоголем или его суррогатами. Только с 2005 года дополнительно стали собирать данные по летальным случаям в результате алкогольной кардиомиопатии, алкогольного панкреатита и алкогольной дегенерации нервной системы. Все названные выше причины смерти – это следствие прямого действия алкогольного фактора, поэтому их можно назвать **прямыми алкогольными потерями**.

Что касается смертности от острых отравлений алкоголем, то данные показатели в Забайкальском крае остаются существенно выше аналогичных по РФ – 29,4 и 10,1 на 100 тыс. населения в 2010 году соответственно.

Показатель смертности от психических и поведенческих расстройств, вызванных употреблением алкоголя, в Забайкалье составил в 2010 году 4,1 на 100 тыс. населения. Смертность от алкогольной болезни печени в регионе имеет тенденцию к постоянному росту с 1993 года; в целом, за 36 последних лет показатель увеличился в 47,2 раза (с 0,25 на 100 тыс. населения в 1975 году до 11,8 в 2010 году). Смертность по причине панкреатита алкогольной этиологии в нашем крае за шесть последних лет остается стабильной, показатель в 2010 году составил 0,5 на 100 тыс. населения. Чуть выше смертность в результате алкогольной дегенерации нервной системы – 1,3 на 100 тыс. населения в 2010 году. Показатель смертности по причине алкогольной кардиомиопатии, начиная с момента учета, имеет тенденцию к снижению в Забайкальском крае: с 59,1 на 100 тыс. населения в 2005 году до 31,1 на 100 тыс. населения в 2010 году.

Если суммировать показатели приведенных выше причин смертности, то в среднем за 2005-2009 гг. летальность от факторов, непосредственно вызванных алкоголем, составила в Забайкальском крае 6,5 % от всей смертности населения за указанный период (рис. 12). У мужчин прямые алкогольные потери были в 1,7 раза выше, чем у женщин (7,9 % и 4,6 %

соответственно). При этом в структуре смертности лиц трудоспособного возраста данный показатель был еще выше – 13,5 %.



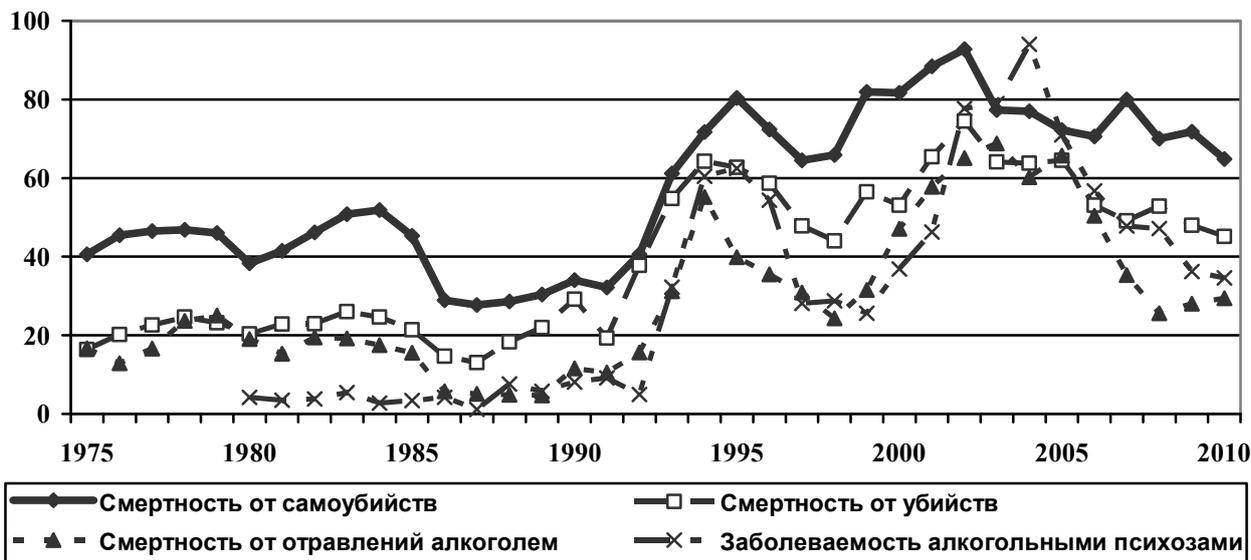
**Рис. 12. Прямые алкогольные потери в структуре смертности населения Забайкальского края (за 2005-2009 гг.)**

Алкогольная кардиомиопатия в структуре смертности населения от болезней системы кровообращения составила в среднем за пять лет 5,7 %, при этом ее доля в смертности лиц трудоспособного возраста по данной причине определялась уже величиной 20,9 %. Аналогично, смертность по причине алкогольного панкреатита и алкогольной болезни печени в структуре летальности от болезней системы пищеварения составили в среднем за 2005-2009 гг. 15,1 %, в смертности трудоспособного населения – 21,3 %.

Приведенные данные будут неполными и существенно заниженными, если не учитывать косвенную связь насильственных причин смертности с алкоголизацией населения. При анализе документов Забайкальского краевого бюро судебно-медицинской экспертизы установлено, что более чем в половине случаев насильственной смертности в крови обнаруживается алкоголь (от 53,5 % до 59 % за последние 6 лет).

При этом в 2010 году при самоубийствах алкоголь обнаруживался в 59,6 % случаев, при убийствах – в 73,3 % случаев, при транспортных травмах – в 56,2 % случаев, при воздействии низкой температуры – в 59 % случаев.

Обоснованность выделения косвенных алкогольных потерь, которые представляют собой смертность от внешних причин в алкогольном опьянении, исключая отравления алкоголем, подтверждается тесными корреляционными связями между насильственной смертностью, алкогольобусловленной смертностью и наркологической заболеваемостью (рис. 13). Так, корреляция (за 30-летний период) между показателем смертности по причине самоубийств и частотой умерших от случайных отравлений алкоголем, заболеваемостью населения алкогольными психозами в Забайкалье составила +0,905 ( $p < 0,0001$ ) и +0,784 ( $p < 0,0001$ ), а между распространенностью убийств в Забайкальском крае и данными показателями – +0,942 ( $p < 0,0001$ ) и +0,875 ( $p < 0,0001$ ) соответственно.



**Рис. 13. Заболеваемость алкогольными психозами и смертность от насильственных причин в Забайкальском крае (на 100 тыс. человек населения)**

Смертность от внешних причин, при которых в крови у умершего обнаруживался алкоголь, составила в среднем за 2005-2009 гг. в структуре всей смертности населения края 11,6 %. Если отсюда вычесть отравления алкоголем, то доля насильственной смертности, **косвенно связанной с приемом алкоголя**, в общей смертности населения равна 9,0 %. Следовательно, алкогольная смертность среди всех умерших, определяемая как сумма прямых алкогольных потерь и косвенных потерь по причине внешних факторов, в нашем регионе за период с 2005 по 2009 гг. составила 15,5 % (рис. 14).



**Рис. 14. Методология оценки алкогольной смертности (с указанием расчетов в Забайкальском крае в среднем за 2005-2009 гг.)**

В группе умерших трудоспособного возраста данный показатель был существенно выше – в 2009 году он составил 38,0 % (10,4 % – прямые алкогольные потери; 27,6 % – доля насильственной смертности в

трудоспособном возрастном интервале с обнаруженным алкоголем в крови, за исключением отравлений алкоголем) (рис. 15).



**Рис. 15. Алкогольная смертность в структуре смертности населения трудоспособного возраста в Забайкальском крае в 2009 году**

Кроме того, как показали специальные исследования в 13 крупных районах и населенных пунктах Забайкальского края, алкогольная смертность у умерших от соматических заболеваний в домашних условиях составила 10,4 % (13,8 % в трудоспособном возрасте), что полностью согласуется с полученными данными по смертности в лечебных учреждениях края. При этом алкоголь в крови определялся в 27,5 % случаев (в трудоспособном возрасте – в 33,8 %).

Среди причин насильственной смертности в Забайкальском крае преобладают самоубийства, отравления алкоголем и убийства. Основной контингент умерших от внешних факторов составляют мужчины трудоспособного возраста, которые в 70,4 % находились в состоянии алкогольного опьянения средней степени тяжести и выше. Алкогольная смертность у умерших от насильственных причин составила 66,5% (18,4% – прямые алкогольные потери, 48,1% – косвенные).

Представленные данные свидетельствуют как о высоком уровне алкоголизации населения, так и демонстрируют, что борьба с пьянством и алкоголизмом является одним из важных направлений снижения смертности населения, особенно в трудоспособном возрасте.

На основе принципов потенциальной демографии был рассчитан **социальный и экономический ущерб обществу от преждевременной смертности населения** за 1 год в городе Чите.

Выявлено, что основное число не дожитых до конца трудоспособного возраста человеко-лет по причине алкогольной смертности относилось к лицам трудоспособного возраста мужского пола. Общее количество не дожитых человеко-лет из-за алкогольной смертности в Чите в 2010 году составило 10 455; при этом на прямые алкогольные потери пришлось 3 325, на косвенные – 7 130. Сопутствующий экономический ущерб (произведение суммы не дожитых до конца трудоспособного возраста человеко-лет и доли валового регионального продукта на одного занятого в общественном производстве в соответствующем году) был равен в совокупности 1 388 831 745 рублей

(166 314 428 рублей – прямые алкогольные потери; 947 142 070 рублей – косвенные алкогольные потери). Если учесть, что все доходы бюджета городского округа «Город Чита» за 2010 год составили 4 394 298 700 рублей, то экономический ущерб по причине алкогольной смертности населения равен 31,6 % доходов бюджета.

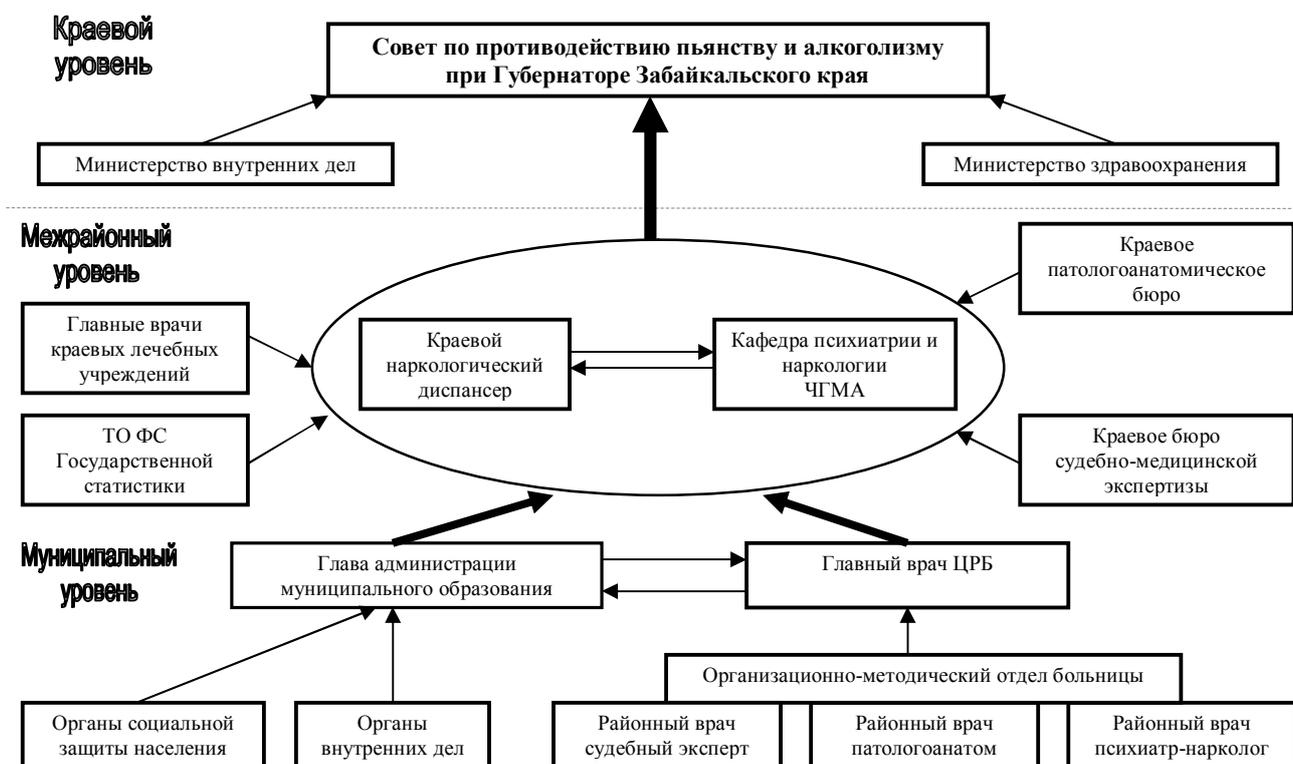
Поэтому проведенный анализ показал не только демографические потери по причине алкогольной смертности, но и огромный социально-экономический ущерб, который наносится обществу. Полученные количественные оценки ущерба служат объективным доказательством эффективности и обоснованности ресурсных затрат на охрану и укрепление здоровья населения.

Высокий уровень социальной напряженности в обществе, создаваемый проблемой пьянства и алкоголизма населения, заставляют **создавать систему мониторинга** сложившейся ситуации, объединяя усилия всех заинтересованных министерств, ведомств и негосударственных организаций.

При этом органы власти испытывают постоянную потребность в достоверных, взвешенных и научно обоснованных данных о ситуации, связанной с распространением пьянства и алкоголизма в обществе, особенно это касается регионов с неблагоприятной алкогольной ситуацией, к которым относится и Забайкальский край. Поэтому в 2010 году был создан Совет по противодействию пьянству и алкоголизму при Губернаторе Забайкальского края, где одним из основных направлений была обозначена система мониторинга. Первым этапом стала разработка оценочной карты алкогольной ситуации в отдельном территориальном образовании, состоящая из 17 позиций.

Организационные принципы реализации региональной модели мониторинга включают в себя: профессиональную подготовку специалистов субъектов всех уровней, межведомственное взаимодействие, которое является основой эффективности сбора информации; создание основы информационного обеспечения и осуществление постоянного контроля над полнотой предоставления отчетной информации.

Система мониторинга была построена на трех уровнях – краевом, межрайонном и муниципальном. Главными учреждениями, отвечающими за сбор информации, стали Краевой наркологический диспансер и кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии ЧГМА (рис. 16). Основные направления мониторинга представлены на рисунке 17.



**Рис. 16. Организационная схема мониторинга алкогольной ситуации в Забайкальском крае**

На основе получаемой информации, совместно с Правительством Забайкальского края, разработаны и внедрены критерии оценки эффективности работы органов местного самоуправления муниципальных образований края в сфере противодействия алкоголизации на основе показателей человекобережения. В результате общий индекс результативности деятельности в данной сфере определяется как сумма значений индексов результативности по каждому показателю. Он рассчитывается по формуле:

$$I_p = (A_{\text{макс}} - A) / (A_{\text{макс}} - A_{\text{мин}}),$$

где  $I_p$  – показатель результативности деятельности;  $A$  – значение показателя конкретного муниципального района за отчетный год;  $A_{\text{мин}}$  – минимальное значение показателя по муниципальным районам;  $A_{\text{макс}}$  – максимальное значение показателя по муниципальным районам.

Происходит ежегодное ранжирование муниципальных образований, что дает возможность прогнозировать медико-социальные последствия алкоголизации и разрабатывать предложения для совершенствования мероприятий, способствующих их предотвращению.

Благодаря проводимым в Забайкалье мероприятиям, в последние пять лет отмечено улучшение алкогольной ситуации: в 2,7 раза снизилась заболеваемость алкогольными психозами; в 1,34 раза снизилась заболеваемость алкоголизмом; в 2,3 раза уменьшилась смертность от острых отравлений алкоголем; в 1,4 раза – вся прямая алкогольная смертность. Это служит одним из важных доказательств эффективности внедренной системы.



**Рис. 17. Основные направления мониторинга алкогольной ситуации**

Таким образом, созданная в Забайкальском крае система мониторинга алкогольной ситуации позволяет органам власти постоянно иметь возможность для оперативного анализа обстановки, связанной с потреблением алкоголя, оценивать эффективность предпринимаемых профилактических мер и получать необходимые материалы для подготовки заседаний Правительства и Совета по противодействию пьянству и алкоголизму. Она может быть внедрена и в других субъектах РФ, что позволит собирать данные по единой методике.

## **ВЫВОДЫ**

**1.** Изучение эпидемиологической ситуации по алкогольной зависимости на региональном уровне должно включать три основных направления:

а) динамический анализ распространенности алкогольных расстройств (согласно обращаемости и при проведении эпидемиологических исследований в различных группах населения);

б) анализ медицинских последствий алкоголизации населения (алкогольная смертность и направления в лечебные учреждения, связанные с употреблением алкоголя);

в) оценка масштабов социально-экономического ущерба от пьянства и алкоголизма.

**2.** Анализ заболеваемости и болезненности алкогольными расстройствами среди населения Забайкальского края выявил существенные особенности в уровне и структуре распространенности учтенной патологии, в том числе среди подросткового контингента.

2.1. Уровень заболеваемости алкогольной зависимостью с

психозами всего населения региона на 20,2 % выше среднероссийского показателя и на 8,9 % выше показателя СибФО; показатель заболеваемости употреблением алкоголя с вредными последствиями ниже уровня РФ на 28,7 %, СибФО – на 17,8 %. Отмечаются низкие показатели первичной заболеваемости алкогольными расстройствами подросткового контингента: заболеваемость подростков синдромом зависимости от алкоголя в 4,5 раза ниже окружного показателя и в 2,8 раза ниже среднероссийского; заболеваемость употреблением алкоголя с вредными последствиями подростков – ниже в 2,7 раза и в 2,4 раза соответственно.

2.2. Углубленный анализ динамики заболеваемости алкогольными психозами в Забайкалье показал, что с 1975 по 2010 гг. сменилось пять четко очерченных периодов: «Период относительного благополучия» (1980-1992 гг.); «Первый период роста» (1993-1995 гг.); «Период позитивных ожиданий» (1996-1999 гг.); «Период второй волны роста» (2000-2004 гг.); «Период заметного снижения» (2005-2010 гг.).

2.3. Показатель болезненности алкоголизмом с алкогольными психозами в крае на 22,7 % превышает окружной показатель и на 17,7 % – среднероссийский. Болезненность употреблением алкоголя с вредными последствиями существенно ниже уровня по РФ (в 2,3 раза) и по СибФО (в 2,0 раза). Распространенность алкогольных расстройств среди подросткового контингента в Забайкалье в последние годы значительно выросла (в 2,4 раза за 7 лет), при этом показатель в 1,7 раза ниже показателя по СибФО и в 1,4 раза ниже среднероссийского показателя.

2.4. Для районов Забайкальского края характерна неравномерность распространенности алкогольных расстройств (от 596,0 до 5513,3 на 100 тыс. человек населения в 2010 году).

3. Клиническое обследование подростков (1 145 человек) и лиц призывного возраста (5 482 человека), показало высокий удельный вес алкогольных расстройств среди молодежи.

3.1. Употребление алкоголя с вредными последствиями выявлено у 3,5 % 15-16-летних подростков (у 4,7 % мальчиков и 2,4 % девочек) в Забайкальском крае.

3.2. Среди 18-летних призывников употребление алкоголя с вредными последствиями диагностировано в 22,4 % случаев, алкогольная зависимость – в 1,1 %; у 19-26-летнего призывного контингента пагубное употребление алкоголя установлено в 25,4 % случаев, синдром зависимости от алкоголя – в 2,2 % случаев.

3.3. С использованием кластерного анализа определены основные факторы в возникновении и развитии алкогольных расстройств у подростков: алкоголизм родителей (лидирующий фактор), малообеспеченность семьи и раннее начало потребления спиртного.

3.4. Алкоголизация оказывает существенное влияние на социальное функционирование и поведение подростков: они хуже учатся, реже занимаются спортом, склонны к девиантному и криминальному поведению, более частому курению сигарет и употреблению каннабиноидов, что в целом негативно

отражается на их подготовленности к военной службе и приводит к снижению нервно-психической устойчивости.

3.5. Установлена высокая коморбидность психических и наркологических расстройств среди юношей призывного возраста: употребление алкоголя с вредными последствиями диагностировано у 40,1 % 18-летних юношей с психическими расстройствами, синдром зависимости от алкоголя – у 9,5 %. При этом алкогольные расстройства у лиц с умственной отсталостью составили 62,6 %, с инфантильным расстройством личности – 36,9 %, с транзиторным расстройством личности – 54,2 %.

4. Обследование пациентов крупного соматического стационара показало высокую распространенность наркологической патологии, связанной с употреблением алкоголя.

4.1. Алкогольные расстройства выявлены у 25,7 % соматических больных, в том числе синдром зависимости от алкоголя – у 13,9 %. Среди мужского контингента употребление алкоголя с вредными последствиями диагностировано в 19,9 %, алкогольная зависимость – в 24,3 % случаев, среди женского контингента – в 3,9 % и 3,7 % случаев соответственно.

4.2. Максимальные показатели распространенности алкогольной патологии выявлены в токсикологическом (70,4 %) и ожоговом (76,5 %) центрах, далее идут отделения хирургического профиля (24,5 %), затем – терапевтического (17,6 %). Подавляющее большинство алкогольобусловленной наркологической патологии в соматическом стационаре встречается при травмах, отравлениях и заболеваниях желудочно-кишечного тракта.

5. Соматические стационары несут существенную нагрузку, связанную с алкогольобусловленной патологией. 13,1 % всех случаев стационарного лечения и 13,4 % направлений в соматическую больницу были непосредственно связаны с употреблением или злоупотреблением алкогольными напитками. У мужчин такая связь прослеживалась чаще в 3,5 раза, у лиц трудоспособного возраста – в 4,7 раза чаще. Экономические затраты лечебно-профилактического учреждения на пациентов, чья госпитализация была непосредственно связана с употреблением спиртных напитков составили за один календарный месяц 8,95 % бюджета больницы.

6. Разработаны основные методологические подходы к оценке алкогольной смертности населения: выделены прямые и косвенные потери.

6.1. Прямые алкогольные потери составили в Забайкальском крае в среднем за период с 2005 по 2009 гг. 6,5 % от всей смертности населения (у мужчин – 7,9 %; у женщин – 4,6 %). В структуре смертности лиц трудоспособного возраста данный показатель был равен 13,5 %.

6.2. Косвенные алкогольные потери за тот же период составили 9,0 % от общей смертности. Обоснованность выделения косвенных алкогольных потерь, которые представляют собой смертность от внешних причин в алкогольном опьянении, исключая отравления алкоголем, подтверждается тесными корреляционными связями между насильственной

смертностью, алкогольной смертностью и наркологической заболеваемостью.

6.3. Совокупный показатель алкогольной смертности в регионе за пять лет составил 15,5 % среди всех умерших. В трудоспособном возрасте данный показатель существенно выше и достигает 38,0 %.

7. При анализе 12 433 протоколов патологоанатомических вскрытий в лечебных учреждениях Забайкальского края установлено, что за последние 6 лет хроническая алкогольная интоксикация и алкоголизм в качестве основного заболевания были диагностированы у 11,7 % умерших, что в 3,7 раза выше, чем за 2000-2004 годы (стали занимать 4-ю ранговую позицию вместо 11-ой в структуре причин смерти). Алкогольная болезнь как фоновая патология, значительно отягощающая течение и прогноз заболеваний, была отмечена в 17,9 %; в 12,9 % случаев от общего числа аутопсий хроническая алкогольная интоксикация фигурировала как сопутствующая патология. Суммарно алкогольная болезнь была выявлена патологоанатомами в 42,5 % случаев.

8. Алкогольная смертность в Забайкальском регионе наносит существенный социально-экономический ущерб обществу: установлено, что за 2010 год в городе Чите общее количество не дожитых человеко-лет из-за алкогольной смертности составило 10 455, при этом сопутствующий экономический ущерб в совокупности составил 1 388 831 745 рублей или 31,6 % доходов бюджета городского округа.

9. Разработанная и внедренная в Забайкальском крае организационная модель мониторинга алкогольной ситуации продемонстрировала свою высокую валидность и информативность; модель включает краевой, межрайонный и муниципальный уровни, построена на взаимодействии специалистов разных ведомств и нацелена на сбор целого комплекса объективных показателей.

## **ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

1. В целях получения объективной информации для принятия управленческих решений в регионе по профилактике алкогольных расстройств необходимо создание Центров мониторинга алкогольной ситуации в каждом субъекте Российской Федерации.

2. В региональных Центрах мониторинга целесообразно внедрение методик расчета социально-экономической стоимости алкогольных расстройств и их последствий, что позволит не только оценить бремя, которое несет общество, но своевременно и обоснованно принимать управленческие решения по каждой составляющей.

3. В субъектах РФ необходимо продолжить укрепление наркологической и токсикологической служб, что позволит улучшить выявляемость алкогольных расстройств и сократить преждевременную смертность населения, особенно

трудоспособного возраста, следовательно, уменьшить и экономический ущерб.

4. Необходимо усовершенствовать последипломную подготовку врачей первичного звена путем включения в часы обучения вопросов профилактики и ранней диагностики алкогольных расстройств, в том числе обучение вопросам ранней диагностики алкогольассоциированной соматической патологии.

5. Следует внедрить в работу психологов Военно-врачебных комиссий и соматических стационаров экспресс-тесты на выявление злоупотребления алкоголем (например, тест AUDIT).

## **СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ**

1. Сахаров А.В. Социально-экономические потери в результате преждевременной смертности населения по причине самоубийств / А.В. Сахаров, Н.В. Говорин // Актуальные вопросы психиатрии и наркологии: материалы XIII научной отчетной сессии ГУ НИИ ПЗ ТНЦ СО РАМН / под ред. акад. РАМН В.Я. Семке. – Томск, 2007. – Вып. 13. – С. 80-82.

2. Сахаров А.В. Вклад алкогольного фактора в насильственную смертность в Забайкальском крае / А.В. Сахаров // Актуальные вопросы охраны здоровья населения регионов Сибири: материалы научно-практической конференции молодых ученых, Красноярск, 3 июня 2008 г. – Красноярск, 2008. – С. 112-114.

3. Некоторые личностные характеристики больных алкогольной зависимостью с суицидальными тенденциями / Н.В. Говорин, Л.Т. Морозов, А.В. Сахаров [и др.] // **Дальневосточный медицинский журнал**. – Хабаровск, 2008. – № 3. – С. 82-84.

4. Говорин Н.В. Уровень алкоголизации населения и распространенность самоубийств в Забайкальском крае / Н.В. Говорин, А.В. Сахаров, О.П. Ступина // Актуальные проблемы клинической и экспериментальной медицины: Всероссийская научно-практическая конференция, посвященная 55-летию ЧГМА. – Чита, 1-2 октября 2008 г.: Мат. Конф. – Чита: ИИЦ ЧГМА, 2008. – С. 254-255.

**5. Говорин Н.В. Алкогольный фактор в криминальной агрессии и аутоагрессии / Н.В. Говорин, А.В. Сахаров, А.С. Гаймоленко. – Томск: Изд-во «Иван Федоров», 2009. – 184 с.**

6. Алкогольное бремя соматического многопрофильного стационара / Н.В. Говорин, А.В. Сахаров [и др.] // **Забайкальский медицинский вестник**, № 2. – Чита: ИИЦ ЧГМА, 2009. – С. 21-24.

7. Атлас психического здоровья населения Забайкальского края / Н.В. Говорин, О.П. Ступина, О.П. Дубинин, Т.П. Злова, В.В. Ахметова, А.В. Сахаров, З.И. Честикова, Д.В. Чупрова. – Чита: Экспресс-издательство, 2009. – 132 с.

8. Сахаров А.В. Роль алкогольного фактора в суицидальном поведении в Забайкальском крае / А.В. Сахаров // Сборник статей Всероссийской школы молодых ученых в области психического здоровья. – Суздаль, 30 сентября - 3 октября 2009 г. – С. 236-241.

9. Говорин Н.В. Алкогольный фактор в сверхсмертности населения

Забайкальского края / Н.В. Говорин, А.В. Сахаров // Материалы I Российского национального конгресса по наркологии с международным участием. – М., 2009. – С. 154-155.

10. Говорин Н.В. Эпидемиологический и клинико-динамический аспекты алкоголизации подростков в Забайкалье / Н.В. Говорин, А.В. Сахаров, И.В. Кичигина, А.В. Письменный // **Дальневосточный медицинский журнал**, № 3. – Хабаровск, 2010. – С. 123-125.

11. Структура алкоголизации пациентов соматических отделений различного профиля / Н.В. Говорин, А.В. Сахаров [и др.] // **Дальневосточный медицинский журнал**, № 3. – Хабаровск, 2010. – С. 120-122.

12. Говорин Н.В. Эпидемиология суицидов в Забайкальском крае, роль алкогольного фактора / Н.В. Говорин, А.В. Сахаров // О профилактике личностных психологических и поведенческих расстройств: материалы научно-практической конференции с межрегиональным и международным участием в рамках форума «Здоровый образ жизни: практика и внедрение, принцип жизни». – Улан-Удэ: Издательство ГУЗ РЦМП МЗ РБ, 2010. – С. 12-16.

**13. Говорин Н.В. Алкогольное бремя соматического стационара / Н.В. Говорин, А.В. Сахаров. – Томск: Изд-во «Иван Федоров», 2010. – 160 с.**

14. Говорин Н.В. Структура психических расстройств у призывного контингента в Забайкальском крае / Н.В. Говорин, А.В. Сахаров, И.В. Кичигина, А.М. Балданов // **Забайкальский медицинский вестник**, № 3. – Чита: ИИЦ ЧГМА, 2010. – С. 4-8.

15. Говорин Н.В. Гендерные и возрастные особенности структуры алкоголизации пациентов соматического городского стационара / Н.В. Говорин, А.В. Сахаров // **Сибирский вестник психиатрии и наркологии**, № 4 (61). – Томск, 2010. – С. 21-25.

16. Психическая патология у лиц призывного контингента в Забайкальском крае (по результатам осеннего призыва 2009 года) / Н.В. Говорин, А.В. Сахаров [и др.] // **Сибирский вестник психиатрии и наркологии**, № 4 (61). – Томск, 2010. – С. 38-40.

17. Сахаров А.В. Распространенность наркологической патологии среди пациентов соматического многопрофильного стационара / А.В. Сахаров, Н.В. Говорин // XV съезд психиатров России (материалы съезда), 9-12 ноября 2010 года. – М.: ИД «Медпрактика-М», 2010. – С. 244-245.

18. Говорин Н.В. Психическая патология в популяции лиц призывного возраста в Забайкальском крае / Н.В. Говорин, А.В. Сахаров, И.В. Кичигина // XV съезд психиатров России (материалы съезда), 9-12 ноября 2010 года. – М.: ИД «Медпрактика-М», 2010. – С. 45.

19. Сахаров А.В. Структура наркологической патологии, вызванной употреблением алкоголя, в соматическом многопрофильном стационаре / А.В. Сахаров, Н.В. Говорин // **Вопросы наркологии**, № 3. – М., 2010. – С. 32-38.

20. Говорин Н.В. Структура алкоголизации подростков в Забайкальском крае / Н.В. Говорин, А.В. Сахаров, И.В. Кичигина // Материалы научно-практической конференции к 110-летию кафедры психиатрии и наркологии Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени

академика И.П. Павлова, Санкт-Петербург, 10 декабря 2010 г. – СПб.: Изд. НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2010. – С. 106-107. [Электронное издание].

21. Сахаров А.В. Уровень алкоголизации больных соматического профиля / А.В. Сахаров, Н.В. Говорин // **Материалы научно-практической конференции к 110-летию кафедры психиатрии и наркологии Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени академика И.П. Павлова, Санкт-Петербург, 10 декабря 2010 г. – СПб.: Изд. НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2010. – С. 119-120. [Электронное издание].**

22. Говорин Н.В. Структура алкоголизации призывного контингента в Забайкальском крае (по результатам осеннего призыва 2009 года) / Н.В. Говорин, А.В. Сахаров, И.В. Кичигина, А.М. Балданов // **Психическое здоровье**, № 8 (51). – М., 2010. – С. 3-7.

23. Говорин Н.В. Алкогольная смертность в Забайкальском крае / Н.В. Говорин, А.В. Сахаров // **Демографическая политика Забайкальского края: оценка и перспективы развития: материалы межрегиональной научно-практической конференции. – Иркутск: Изд-во БГУЭП, 2010. – Ч. 1. – С. 3-5.**

24. Сахаров А.В. Алкогольобусловленная обращаемость в соматический многопрофильный городской стационар / А.В. Сахаров, Н.В. Говорин // **Наркология**, № 12. – М., 2010. – С. 52-56.

25. Сахаров А.В. Смертность от внешних причин и алкоголизация населения в Забайкальском крае / А.В. Сахаров, Н.В. Говорин // **Тюменский медицинский журнал**, № 1. – Тюмень, 2011. – С. 28-29.

26. Сахаров А.В. Структура алкоголизации пациентов соматической больницы / А.В. Сахаров, Н.В. Говорин // **Сибирский медицинский журнал**, Том 26, Приложение 1. – 2011. – С. 221-222.

27. **Психическое здоровье призывного контингента / Н.В. Говорин, А.В. Сахаров, О.П. Ступина, И.В. Кичигина. – Чита: Экспресс-Издательство, 2011. – 204 с.**

28. Говорин Н.В. Эпидемиологические аспекты самоубийств в Забайкальском крае / Н.В. Говорин, А.В. Сахаров // **Стресс, депрессивные расстройства и суицидальное поведение: материалы Всероссийской междисциплинарной конференции с международным участием (Томск, 26-28 апреля 2011 года). – Томск: Изд-во «Иван Федоров», 2011. – С. 292-297.**

29. Сахаров А.В. Экономические затраты учреждения здравоохранения в результате обусловленных злоупотреблением алкоголя случаев лечения в соматическом стационаре / А.В. Сахаров, Н.В. Говорин // **Социальная и клиническая психиатрия**, № 2. – М., 2011. – С. 33-36.

30. Говорин Н.В. Смертность по причине самоубийств в Забайкальском крае / Н.В. Говорин, А.В. Сахаров // **Суицидология**, № 1. – Тюмень, 2011. – С. 46-48.

31. Говорин Н.В. Насильственная смертность и алкоголизация населения в Забайкальском крае / Н.В. Говорин, А.В. Сахаров // **Дальневосточный медицинский журнал**, № 2. – Хабаровск, 2011. – С. 97-99.

32. Говорин Н.В. Динамика показателей самоубийств в Забайкальском крае: возрастные и гендерные особенности / Н.В. Говорин, А.В. Сахаров, О.П. Ступина // **Сибирский вестник психиатрии и наркологии**, № 3 (66). –

Томск, 2011. – С. 16-19.

33. Сахаров А.В. Эпидемиология алкогольных расстройств в Забайкальском крае по материалам наркологической службы / А.В. Сахаров, Н.В. Говорин, О.П. Дубинин // **Сибирский вестник психиатрии и наркологии**, № 3 (66). – Томск, 2011. – С. 35-38.

34. Говорин Н.В. Методологические подходы к изучению алкогольной смертности населения (региональный аспект) / Н.В. Говорин, А.В. Сахаров // **Вопросы наркологии**, № 2. – М., 2011. – С. 7-13.

35. Сахаров А.В. Оценка алкогольной смертности в Забайкальском крае / А.В. Сахаров, Н.В. Говорин // Материалы XV научной отчетной сессии НИИ психического здоровья СО РАМН / под ред. акад. РАМН В.Я. Семке. – Томск, 2011. – Вып. 15. – С. 230-232.

36. Говорин Н.В. Клинико-эпидемиологические и социальные характеристики психической патологии у лиц призывного возраста в Забайкальском крае / Н.В. Говорин, А.В. Сахаров, О.П. Ступина, И.В. Кичигина // **Психическое здоровье**, № 7 (62). – М., 2011. – С. 39-44.

37. Говорин Н.В. Клинико-эпидемиологические особенности и факторная обусловленность алкогольных расстройств у призывного контингента в Забайкальском крае / Н.В. Говорин, А.В. Сахаров // Актуальные вопросы психиатрии: тезисы докладов Российской научно-практической конференции (Чита, 25-26 октября 2011 г.) / под ред. В.Я. Семке, Н.В. Говорина. – Томск, Чита: Изд-во «Иван Федоров», 2011. – С. 44-47.

38. Кичигина И.В. Факторная обусловленность психической патологии у лиц призывного контингента в Забайкальском крае / И.В. Кичигина, Н.В. Говорин, А.В. Сахаров, О.П. Ступина // Актуальные вопросы психиатрии: тезисы докладов Российской научно-практической конференции (Чита, 25-26 октября 2011 г.) / под ред. В.Я. Семке, Н.В. Говорина. – Томск, Чита: Изд-во «Иван Федоров», 2011. – С. 89-92.

39. Сахаров А.В. Клинико-динамические особенности структуры наркологической патологии, вызванной употреблением алкоголя, среди подросткового населения Забайкальского края / А.В. Сахаров // Актуальные вопросы психиатрии: тезисы докладов Российской научно-практической конференции (Чита, 25-26 октября 2011 г.) / под ред. В.Я. Семке, Н.В. Говорина. – Томск, Чита: Изд-во «Иван Федоров», 2011. – С. 159-162.

40. Сахаров А.В. Структура алкоголизации лиц призывного возраста в зависимости от психического здоровья / А.В. Сахаров, Н.В. Говорин, И.В. Кичигина // Актуальные вопросы психиатрии: тезисы докладов Российской научно-практической конференции (Чита, 25-26 октября 2011 г.) / под ред. В.Я. Семке, Н.В. Говорина. – Томск, Чита: Изд-во «Иван Федоров», 2011. – С. 163-166.

41. Говорин Н.В. Социально-экономические потери в результате алкогольной смертности населения / Н.В. Говорин, А.В. Сахаров // **Сибирский медицинский журнал**, № 5. – Иркутск, 2011. – С. 80-82.

42. Говорин Н.В. Изучение смертности, связанной с алкоголем, на региональном уровне / Н.В. Говорин, А.В. Сахаров // Актуальные проблемы наркологических расстройств и их профилактика: тезисы статей

межрегиональной научно-практической конференции, Улан-Удэ, 29 сентября 2011. – Улан-Удэ: Изд-во ГУЗ РЦМП МЗ РБ, 2011. – С. 121-123.

43. Сахаров А.В. Сравнительный анализ характера употребления алкоголя лицами призывного возраста с наличием и отсутствием психической патологии / А.В. Сахаров, Н.В. Говорин, О.П. Ступина, И.В. Кичигина // **Вопросы наркологии**, № 3. – 2011. – С. 37-44.

44. Говорин Н.В. Мониторинг алкогольной ситуации (методология и организация): методические рекомендации / Н.В. Говорин, А.В. Сахаров. – Чита: РИЦ ЧГМА, 2011. – 79 с.

45. Говорин Н.В. Алкогольная смертность населения / Н.В. Говорин, А.В. Сахаров // Совершенствование организации и оказания наркологической помощи населению: всероссийская научно-практическая конференция, Москва, 20-21 октября 2011. – С. 99-100.

46. Сахаров А.В. Алкоголизация подростков в Забайкальском крае / А.В. Сахаров, Н.В. Говорин // Актуальные проблемы возрастной наркологии: материалы региональной научно-практической конференции (Челябинск, 9-10 ноября 2011 г.). – Челябинск: Изд-во ПИРС, 2011. – С. 99-101.

47. Сахаров А.В. Показатели смертности от острых отравлений алкоголем в Забайкальском крае / А.В. Сахаров, Н.В. Говорин // **Вопросы наркологии**, № 1. – 2012. – С. 11-18.

48. Сахаров А.В. Диагностика алкогольных расстройств среди призывного контингента: методические рекомендации / А.В. Сахаров, Н.В. Говорин. – Чита: РИЦ ЧГМА, 2012. – 62 с.

49. Сахаров А.В. Организационная модель мониторинга алкогольной ситуации в отдельном субъекте Российской Федерации / А.В. Сахаров // **Сибирский вестник психиатрии и наркологии**, № 1 (70). – 2012. – С. 80-82.

50. Сахаров А.В. Диагностика алкогольных расстройств в соматическом стационаре: методические рекомендации / А.В. Сахаров, Н.В. Говорин. – Чита: РИЦ ЧГМА, 2012. – 34 с.

**51. Говорин Н.В. Алкогольная смертность / Н.В. Говорин, А.В. Сахаров. – Томск: Изд-во «Иван Федоров», 2012. – 164 с.**

52. Клинические особенности и факторная обусловленность психической патологии у призывного контингента в Забайкалье / Н.В. Говорин, А.В. Сахаров, О.П. Ступина, И.В. Кичигина // **Социальная и клиническая психиатрия**, Т. 22, № 2. – М., 2012. – С. 31-34.

53. Говорин Н.В. Эпидемиологические характеристики убийств в Забайкальском крае / Н.В. Говорин, А.В. Сахаров // **Дальневосточный медицинский журнал**, № 2. – Хабаровск, 2012. – С. 87-91.

54. Сахаров А.В. Алкоголизация населения и смертность от соматических заболеваний в Забайкальском крае / А.В. Сахаров // **Неврологический вестник**, Т. XLIV, Вып. 2. – 2012. – С. 95-97.