

Наркологическая служба при социализме и в период рыночной реформы*

ТИХОНОВ Г.Б.

врач психиатр-нарколог, Москва

Работа наркологической службы при социализме, направленная преимущественно на конечный этап алкогольного процесса — алкоголизм, оказалась малоэффективной, не влияла на формирование и снижение количества больных, на потребление алкоголя в стране. В постсоциалистический период, когда возможности службы были ограничены, а структурные потери огромны, сохранение прежнего направления работы, преимущественно с группой больных, заведомо обречено на поражение. Необходимо отказаться от доказавших свою неэффективность идей, форм и методов работы и внедрять принципиально новые, способные коренным образом улучшить ситуацию.

Общественность обеспокоена ситуацией с развивающимся в стране алкогольным процессом и, в конечном итоге, — алкоголизмом, общество не видит уверенного поступательного движения в данной области, о чем свидетельствует непрекращающийся поток публикаций в прессе. Наркологическая общественность, будучи частью общества, испытывает не меньшее разочарование от отсутствия реальных результатов. Одни авторы, не вступая в открытую полемику, ограничиваются в статьях констатацией фактов, указывающих на низкую эффективность службы [7] или слабую активность, и ставят вопрос о назревших переменах [4], другие [10] прямо заявляют, что "современная российская наркология пребывает в кризисе", предлагая спорные методы решения проблемы. В конечном итоге, в каких бы формах эти обсуждения и критика ни осуществлялись, все говорит об одном — общество не удовлетворено существующим положением дел в области наркологии и необходим поиск новых идей, форм и методов работы.

Для того чтобы понять причины сложившегося положения, необходимо в первую очередь рассмотреть идеи и механизмы, заложенные в структуру наркологической службы при ее создании, и понять, что в ней сохраняет жизнеспособность, а что в связи с перестройкой отжило и требует замены. В этом плане интересно рассмотреть два этапа наркологической службы: первый — до 1990 г. (социалистический период) и второй — период рыночной экономики.

Самостоятельная наркологическая служба была создана в 1975 г. решением коллегии Министерства здравоохранения СССР. В ее работе были заложены определенные базовые принципы. Так, организационной основой наркологической службы являлся наркологический диспансер [11]. Основные направления в работе — активное выявление, лечение больных алкоголизмом и профилактика алкоголизма. Для осуществления всестороннего активного выявления больных алкоголизмом и злоупотребляющих алкоголем развитие наркологической службы шло по двум направлениям.

Во-первых, разработчики попытались создать наркологические структуры, которые могли бы охватить все сферы жизни человека. Для этого работа наркологического диспансера строилась по территориальному принципу. Кроме того, диспансер имел свои стационарные отделы,

кабинеты и наркологические пункты на предприятиях промышленности, строительства, сельского хозяйства и в лечебно-профилактических учреждениях (в поликлиниках, медико-санитарных частях промышленных предприятий), расположенных на территории своего участка. О весомой роли наркологических структур, созданных на предприятиях промышленности, строительства, транспорта и сельского хозяйства, говорит динамика числа наркологических коек, развернутых на их базе в сравнении с числом коек в самостоятельной наркологической сети (табл. 1).

Во-вторых, для выполнения задач первичной, вторичной и третичной профилактики алкоголизма в наркологическом диспансере был создан рабочий механизм — наркологическое звено в составе участкового врачебного наркологического кабинета, нескольких фельдшерских наркологических пунктов, которые опирались в своей деятельности на общественные наркологические посты на предприятиях. Перед ними стояла задача активно выявлять больных и злоупотребляющих алкоголем, контролировать состояние лиц, пребывающих на наркологическом учете, и проводить их лечение, осуществлять профилактическую и санитарно-просветительскую работу. Такая структура наркологического участка, по мнению Г.В. Морозова, В.Е. Рожнова, Э.А. Бабаяна [11], позволяла проводить не только вторичную и третичную (раннее выявление и лечение больных), но и первичную профилактику (предотвращение) пьянства и алкоголизма.

Таблица 1
Число наркологических коек, развернутых на предприятиях и в самостоятельной наркологической сети, в % к общему числу наркологических коек

Годы	Число коек на предприятиях	Число самостоятельных наркологических коек
1976	38,4	61,6
1980	62,4	37,6
1985	70,9	46,5
1990	59,9	71,9
1995	10,0	90,0
2000	1,2	98,8

* Автор выражает признательность д.м.н., проф. Т.В. Чернобровкиной за помощь в подготовке материала к публикации.

Было предусмотрено взаимодействие наркологического звена со структурами МВД, что повышало результативность мероприятий наркологической службы. Работники органов МВД оказывали содействие психиатру-наркологу при проведении обследования лиц, состоящих на профилактическом учете в отделениях милиции по поводу систематического пьянства и повторно доставляемых в медицинский вытрезвитель; с помощью участковых инспекторов милиции привлекались в диспансер больные, уклоняющиеся от противоалкогольного лечения и наблюдения, в ЛТП направлялись малокурабельные и некурабельные больные, отказывающиеся от лечения, продолжающие злоупотреблять алкоголем и ведущие асоциальный образ жизни.

В профилактике пьянства и алкоголизма среди населения основное место занимало антиалкогольное санитарное просвещение. Планировалось, что эту работу будут проводить работники наркологического диспансера совместно с отделами культуры исполнительных комитетов, обществом "Знание", работниками СМИ, с представителями органов народного образования и соответствующих ведомств, с сотрудниками детских комнат милиции. В основе антиалкогольного санитарного просвещения лежала информация о вреде алкоголя и опасности формирования болезни — алкоголизма (формирование чувства опасности, страха перед алкоголем, болезнью и ее последствиями), а также информация о наркологической службе и возможностях помощи больному.

Лечение больных проводилось на основании Приказа МЗ СССР № 291 от 23.03.76 г. "Обязательные минимальные курсы лечения больных хроническим алкоголизмом". Согласно данному приказу получать лечение амбулаторно могли лица, злоупотребляющие алкоголем без признаков болезни (группа профилактики), и больные алкоголизмом, состоящие на диспансерном учете в течение 5 лет. Первые 3 года больные получали противоалкогольное лечение амбулаторно и активно контролировались службой, последующие 2 года находились только под ее наблюдением, с 1987 г. продолжительность диспансерного наблюдения и лечения была сокращена до 3 лет. Для повышения доступности наркологической помощи с 1980 г. амбулаторное лечение стало проводиться в хозрасчетных наркологических кабинетах, а также в дневных стационарах и ночных профилакториях. Если, несмотря на амбулаторное лечение, потребление алкоголя сохранялось, больные направлялись на стационарное лечение. Продолжительность стационарного противоалкогольного лечения составляла 45 дней, а в стационарах при промышленных предприятиях — до 4 мес. Описанные формы амбулаторной и стационарной наркологической помощи были ориентированы на больных, получающих ее добровольно. Для принудительного лечения и трудового перевоспитания больных алкоголизмом (в соответствии со ст. 62 УК РСФСР) в системе МВ СССР существовали специальные лечебно-трудовые профилактории (ЛТП) со сроком лечения в них до 2 лет.

Организацией работы наркологических структур занимался главный внештатный нарколог республики, края, области, района, города посредством организационно-методического отдела. Координацию деятельности государственных органов, ведомственных структур и об-

щественных организаций по борьбе с пьянством и алкоголизмом осуществляли межведомственные комиссии, которые действовали при исполкомах районных, городских, областных, окружных, краевых и т.д. Советов народных депутатов. Комиссии являлись тем органом, через которые наркологическая служба могла проводить ряд профилактических мероприятий.

Основные направления функционирования наркологического диспансера представлена на схеме 1.

Оценивая возможности созданной наркологической структуры, необходимо отметить, что наркологическая служба создавалась впервые, многое предусмотреть было невозможно, поэтому выявляемые в процессе накопления опыта недостатки устранялись или продолжали сохраняться, отражаясь на ее эффективности.

Так, вследствие концентрации основного внимания на группе больных алкоголизмом, согласно циркуляру "Положение о наркологическом диспансере" от 20.08.76 г., на учет ЦСУ ставились только больные алкоголизмом и только с ними проводились противоалкогольные мероприятия в полном объеме. Работа же с лицами, злоупотребляющими алкоголем без признаков болезни, ограничивалась исключительно профилактикой алкогольного процесса на уровне санитарного просвещения, что привело к формированию системы ошибок.

Структуры наркологических учреждений смогли обеспечить выявление и постановку на учет до 2% населения страны преимущественно с далеко зашедшими случаями заболевания (II—III стадии) алкоголизмом, наиболее социально дезадаптированного контингента больных и самого простого для диагностики, но, как и все запущенные хронические болезни, наименее курабельного. В то же время не менее 5—7% трудоспособного населения России, по данным экспертных оценок и выборочных эпидемиологических исследований, тоже имели наркологические проблемы и нуждались в специализированной помощи [2]. Можно предположить, что они остались не установленными наркологической службой, так как не соответствовали выявляемому "стандарту" (II—III стадии алкоголизма с негативными социальными последствиями)



Схема 1. Структура и принцип функционирования наркологического диспансера до 1990 г.

Таблица 2

**Число больных алкоголизмом, взятых на учет
с впервые в жизни установленным диагнозом в РСФСР
за период 1976—1985 гг. (на 10 тыс. населения)**

Год	Алкоголизм		Алкогольные психозы	
	Показатель	% годового прироста или уменьшения	Показатель	% годового прироста или уменьшения
1976	15,6		2,5	
1980	21,7	+ 39,1	2,7	+ 8,0
1981	21,7	0	2,6	- 3,7
1982	21,7	0	2,2	- 15,4
1983	24,3	+ 12,0	2,1	- 4,5
1984	22,2	- 8,7	2,0	- 4,8
1985	24,9	+ 12,2	1,7	- 15,0
1986	23,5	- 5,6	0,7	- 58,8

или имели уровни алкогольного поражения, предшествующие "стандарту", — I стадию алкоголизма, или злоупотребление алкоголем без признаков болезни. Наконец, не были охвачены наркологической службой употребляющие алкоголем умеренно, с эпизодическими или систематическими "срывами" (злоупотреблением). Лица с такой алкоголизацией, при наличии минимальных объективных данных, обычно предпочитают скрывать свой алкогольный анамнез, что усложняет их выявление, и для установления точного диагноза требуются значительное время и дополнительные усилия.

Выявление заболевания на ранних стадиях и доклинических этапах приветствуется при любой болезни, а появление минимальной симптоматики является основанием для проведения обследования с предварительным диагнозом, при необходимости с соответствующей формой учета, которые в процессе обследования не должны наносить обследуемому лицу материального и морального ущерба. Но именно диагностикой доклинических форм и I стадии алкоголизма врачи психиатры-наркологи предпочитали не заниматься, так как клиническими методами дифференциальная диагностика I стадии болезни с доклиническими формами была сложной, длительной и чревата конфликтами. Поэтому доля больных алкоголизмом I стадии среди впервые диагностированных больных алкоголизмом находился в 1976—1981 гг. на уровне 13,8—13,5, увеличение стало отмечаться только с 1985 г. — 15,3 в 1986 г. — 21,7. Доля больных I стадии среди состоящих на учете больных алкоголизмом с 1976 по 1986 гг. не превышала 10,9—13,2 [3], а постановка на наркологический учет лиц с доклиническими формами не предусматривалась "Положением о наркологическом диспансере".

Что касается контингента больных алкоголизмом преимущественно II—III стадий, берущихся на учет впервые и состоящих на диспансерном учете, по данным тех же авторов, его формирование складывается под влиянием двух процессов: притока новых, впервые выявленных больных и снятия с учета больных в связи с выздоровлением (длительной ремиссией), смертью больного, его переездом на новое место жительства или иной причиной. Приток больных значительно превышал количество снятых с диспансерного учета, что вызывало рост диспансерной группы больных (табл. 2). Так, до определенного момента на учет впервые попадало 20—25 больных из каждых 10 тыс. чел. населения, а снималось с учета 15—20 [2].

Безусловно, при лечении любого хронического заболевания, алкоголизма в том числе, имеется определенное число малокурабельных и некурабельных больных, их количество зависит от прогрессивности заболевания, ранней диагностики, качества лечения, и профилактических мероприятий. Задачами руководства службы и науки, в этом случае, являются *во-первых*, предоставить практическим врачам базовые стандарты, близкие к идеалу по стадиям болезни, группам ремиссии и снимаемым с учета, учитывая национальные и региональные особенности (усилия психиатров-наркологов в этом случае будут направлены на снижение плановых потерь (малокурабельных и некурабельных больных) путем ранней диагностики и повышения качества работы и станут стимулом для повышения врачебной квалификации) и, *во-вторых*, развивать профилактическое направление для предотвращения

формирования новых лиц, злоупотребляющих алкоголем и больных алкоголизмом.

К сожалению, научно обоснованные рекомендации по работе с диспансерными группами с учетом стадий заболевания и качества ремиссий отсутствовали, это негативно отразилось на качестве и эффективности работы отдельных специалистов наркологической службы, а в некоторых случаях сводилось к имитации активности в работе. Не имея четких ориентиров, они основное внимание стали уделять наиболее простым и менее трудоемким участкам работы, таким, как выявление и постановка тяжелых больных на учет, направление их в ЛТП, которые с помощью работников МВД ставились "на поток", и лечение небольшой группы заинтересованных в выздоровлении больных. При этом показатели высокой посещаемости этой группы делились на количество всех больных диспансерной группы, что позволяло получать в итоговых отчетах приемлемую среднюю кратность посещения на одного больного в год. Таким образом, при минимальных трудовых затратах формировалось представление о высокой активности отдельного врача, конкретного диспансера и службы в целом. В то же время работа с самой тяжелой частью диспансерной группы, с больными, уклоняющимися от диспансерного наблюдения и противоалкогольного лечения, проводилась минимальными силами, формально или не проводилась вообще. В этих условиях отмечался рост диспансерной группы за счет числа сложных, запущенных, асоциальных больных, продолжающих злоупотреблять алкоголем, отказывающихся от лечения и диспансерного наблюдения. Сохранение и пребывание в структуре диспансерной группы неуправляемого контингента уклоняющихся от лечения и продолжающих злоупотреблять алкоголем больных, безусловно, снижало авторитет службы как среди больных, так и среди всего населения. В этих условиях рассчитывать на достижение высокой эффективности в работе с диспансерной группой было сложно, что и показала жизнь.

Ситуация усугублялась сложными формами отчетности, которая к тому же не могла контролировать движение больных в режиме реального времени. Отчет проводился один раз как итоговый за прошедший год путем поштучного пересчета числа индивидуальных карт больного Ф-30 ПС и внесения цифровых данных в статистические формы учета (№ 37 и др.), что занимало много времени. Сложность подсчета больных была связана с многочисленными перемещениями больных в силу их вынужденной коммуникабельности, а также перемещениями по стадиям болезни и ремиссионным группам. Необходимо было учитывать переход больных по стадиям и диагнозам, повышение числа ремиссий в процессе лечения и их снижение при рецидивах и срывах, включая направления в ЛТП, ИТУ и т.д. Кроме того, итоговые цифры по группам ремиссий в статистической форме № 37 располагались отдельно от основной таблицы, отражающей движение больных, что тоже создает "лазейки" для манипуляции показателями для недобросовестных специалистов. А.З.Шамота, Я.К.Авербах [18], изучавшие эффективность наркологической службы, приводят следующие данные за период 1982—1984 гг.: число больных, находящихся в ремиссии от одного года до двух лет, варьирует от 3,9—5,9% до 22,6 — 23,7%. Процент лиц, находящихся в длительной ремиссии от двух до пяти лет, на отдельных территориях составляет 19—21% и самый низкий 3,9—5,4%. Процент снятых с учета по выздоровлению (ремиссии более 5 лет) был стабильным: 1,6% за период 1982 — 1984 гг. и увеличился: в 1985 г. до 2% и в 1986 г. до 2,5%. Высокие результаты на отдельных территориях, например в 1985 г. в Тувинской АССР — 7,9, вызывали некоторые сомнения в их достоверности. Дальнейшее изучение авторами зависимости эффективности трех показателей ремиссии от уровня обеспеченности территорий врачами наркологами, от общего числа больных алкоголизмом, состоящих на учете, и от нагрузки участкового врача-нарколога, показало, что "из трех показателей ремиссий, включенных в отчетную форму, только один, а именно процент лиц, находящихся в ремиссии от одного года до двух лет, зависит от уровня развития наркологической службы и может служить одним из показателей эффективности ее деятельности".

Количество больных алкоголизмом с впервые установленным диагнозом и состоящих на диспансерном учете стало уменьшаться не в связи с повышением качества профилактических мероприятий и лечения, а после выхода Указа 1985 г., что привело к уменьшению продажи и потребления алкогольной продукции. Но наиболее радикальное снижение показателей было вызвано изменением правил снятия с учета больных в связи с выздоровлением (устойчивой ремиссией). До 1987 г. снятие с учета по выздоровлению производилось при стойкой ремиссии свыше 5 лет и, по данным В.А.Галкина с соавт. [2, 3], составляло в 1982—1984 гг. — 1,6—1,7%, а в 1985—1987 гг. — 2—2,8% от числа всех больных, состоявших на учете, что фактически соответствовало количеству спонтанных ремиссий. После принятия в 1988 г. нового положения, по которому длительность пребывания на диспансерном учете при стойкой ремиссии сократилась до 3 лет, объем больных, снимаемых с учета, резко возрос. По данным тех же авторов, если в 1984 г. было снято с учета 1,6% от

общего числа состоящих на учете больных, то в 1989—1990 гг. — 6—8%. Это сразу же отразилось на общей численности больных.

С 1981 г. контингент получающих наркологическую помощь попытались расширить; в соответствии с Приказом МЗ СССР № 1270 от 12 декабря 1980 г. "О дальнейшем улучшении психоневрологической и наркологической помощи населению", инструкцией "О профилактической медицинской помощи лицам, склонным к злоупотреблению алкоголем" № 21-11/79-27 от 05.06.81 г. и методическими рекомендациями "Организация работы наркологического диспансера с контингентами профилактического учета" от 18 сентября 1987 г., в наркологических учреждениях была организована профилактическая медицинская помощь лицам, склонным к злоупотреблению алкогольными напитками, но не являющимся больными алкоголизмом (профилактическое наблюдение). Необходимо отметить, что эта работа сопровождалась таким набором дополнительных требований, которые сводили на нет принятое решение. Обязательным условием оказания наркологической помощи лицам группы профилактики являлось их личное добровольное обращение за ней, от чего большинство указанных лиц, за редким исключением, предпочитало уклониться или отказаться. При обращении за помощью на них заводились только амбулаторные карты Ф-25, которые являлись единственным документом, на диспансерный наркологический учет они не ставились и по отчетной документации не проходили, что во-первых, затрудняло их учет и контроль за дальнейшим развитием у них алкогольного процесса, а во-вторых, являлось показателем "ничтожного значения" указанной категории лиц. На малую значимость данной группы "указывало" и то, что штаты для работы с ней не выделялись и для специалистов наркологов она была "дополнительной обузой". Наконец, лица этой группы наблюдались только в течение одного года, срок недостаточный для изучения и определения уровня злоупотребления у сложного контингента, от лечения они отказывались, а короткие психопрофилактические беседы (длительные исключались из-за нагрузки врача) были неэффективны.

Чем была вызвана указанная неопределенность? Активному выявлению и взятию на наркологический учет в соответствии с "Положением о наркологическом диспансере", как указывалось выше, подлежали только больные алкоголизмом, поэтому авторы методических рекомендаций Э.А. Бабаян (1981 г.), С.Б. Шестернева [19], подробно описывая способы активного выявления лиц, не достигших уровня болезни, исключили возможность активной постановки их на учет. Точно так же они уклонились и от рассмотрения клинической и социальной диагностики данной группы. В методических рекомендациях в разделе "Организация работы по выявлению лиц, злоупотребляющих алкоголем" С.Б. Шестерневой подробно рассмотрены объективные данные (асоциальные и противоправные действия, совершаемые данными лицами в состоянии алкогольного опьянения в быту, на производстве, в общественных местах и др.), как основание для направления указанных лиц к врачу психиатру-наркологу на собеседование для установления диагноза *злоупотребление алкоголем без признаков болезни* и решения

вопроса о получении добровольного согласия на "профилактическое наблюдение и лечение". Но С.Б.Шестернева не сделала клинического обоснования для диагностики каждой из рассматриваемых клинических групп или форм бытового пьянства различной степени тяжести и прогрессивности, начиная от эпизодического — умеренного или сильного — потребления алкоголя до систематического или постоянного, которые она классифицировала как эпизодическую, систематическую и привычную формы бытового пьянства. Не была установлена связь между прогрессивностью клиники, динамикой противоправных действий и ростом социальной опасности.

По мнению автора, именно растущая социальная опасность, вызываемая развивающимся алкогольным процессом, должна рассматриваться как основание для предотвращения возникающей угрозы для общества. Для этого необходимо проводить обследование, включая экспресс-диагностику людей, совершающих в алкогольном опьянении социально опасные действия, с целью установления связи между существующей и нарастающей социальной угрозой для общества и злоупотреблением алкоголя как ее причиной, устанавливать диагноз алкогольного поражения и проводить профилактические мероприятия для ликвидации социальной угрозы. Для воплощения в жизнь такого обследования и коррекции всех групп и форм бытового пьянства идеально подходит профилактический учет для лиц, злоупотребляющих алкоголем, но не достигших уровня болезни, который не приносит им ни морального ущерба, ни материальных потерь.

К сожалению, в методических руководствах клинически, социально и юридически обоснованные критерии, необходимые для установления и оформления диагноза *злоупотребление алкоголем без признаков болезни* отсутствовали. Разработанные же клиничко-лабораторные методы ранней диагностики алкоголизма, дифференциальной диагностики бытового пьянства и алкогольной зависимости [5, 6, 15], хотя и были рекомендованы к широкому внедрению в практику приказами МЗ РФ, даже при своей малозатратности слабо использовались на местах за исключением ведомств (МВД, ГА, КГБ). Таким образом, практические психиатры-наркологи не получили основания и возможности ставить лиц, злоупотребляющих алкоголем без признаков болезни, на профилактический учет; вместо этого им приходилось убеждать их добровольно соглашаться на противоалкогольное лечение и профилактический учет, а при отказе — оставлять ситуацию без изменений, что в основном и происходило. Таким образом, Приказ МЗ СССР № 1270 от 12 декабря 1980 г. в части работы с лицами, злоупотребляющими алкоголем без признаков болезни, и вышеуказанные методики можно оценить как ничем не подкрепленные пожелания, а их эффективность — как крайне ничтожную, так как в итоге основная масса лиц, злоупотребляющих алкоголем без признаков болезни, от добровольного профилактического противоалкогольного лечения отказывается, остается вне поля деятельности наркологической службы, продолжает злоупотреблять алкоголем и "продвигаться" в рамках алкогольного процесса, пополняя ряды больных алкоголизмом, о чем свидетельствует сохранение и рост числа алкогольных психозов.

Что касается профилактики, санитарно-просветительской работы, то, как указывалось выше, психиатры-наркологи должны были проводить их совместно с отделами культуры исполнительных комитетов, обществом "Знание", работниками СМИ, с представителями органов народного образования и соответствующих ведомств. Фактически санитарное просвещение осуществлялось психиатрами-наркологами посредством чтения лекций в учебных заведениях, на предприятиях, в организациях, в СМИ и т.д. Все это указывает на то, что необходимая противоалкогольная подготовка и знания о развитии алкогольного процесса у других профессиональных групп отсутствовали, а также на то, что при всем желании врачи психиатры-наркологи не могли охватить всю предлагаемую аудиторию — население страны. Безграмотность профессиональных групп и населения была вызвана тем, что санитарное просвещение использовало и продолжает использовать в основном одну идею — насаждает чувство страха перед тяжелыми последствиями, связанными с потреблением алкоголя и алкоголизмом, гиперболизируя возможность развития алкоголизма. Дублируемая врачами на лекциях и в СМИ идея страха быстро потеряла элемент новизны и актуальности, перестала играть роль "пугала" и, таким образом, не выполняет отведенную ей роль своеобразного тормоза для алкоголизации населения. Попытка же просвещения населения путем знакомства с этапами всего алкогольного процесса была малоэффективна, так как ограничивалась знакомством с формированием только одного этапа — стадии болезни, что не интересует большую часть населения, ведущую трезвый образ жизни или умеренно выпивающую, особенно молодое поколение. В то же время, информация о развитии ранних этапов алкогольного процесса обычно ограничивается общими фразами. Отсутствовала и отсутствует информация о норме жизни как абсолютной трезвости в возрастном периоде до 18 лет с возможностью в дальнейшем ее сохранения или перехода на этап употребления алкоголя в пределах индивидуальной врожденной нормы, соответствующей социально приемлемой форме алкогольного опьянения. Наиболее важный момент для просвещения населения — это разъяснение, как и почему происходит переход от социально-приемлемой формы потребления алкоголя к злоупотреблению им без признаков болезни, что особенно актуально для молодых людей; в санитарном просвещении это подробно и доказательно не рассматривается [13]. Таким образом, основная задача, стоящая перед профилактикой, — затормозить процесс формирования злоупотребления алкоголем и числа лиц больных алкоголизмом среди населения, особенно молодого, путем санитарного просвещения, на что рассчитывали разработчики профилактической программы, — оказалась невыполненной.

Необходимо отметить и несоответствие поставленных задач статусу наркологической службы. С одной стороны, наркологический диспансер на обслуживаемой территории должен был осуществлять межведомственное методическое руководство по организации противоалкогольных мероприятий, которые должны были привести к снижению числа больных алкоголизмом и злоупотребляющих алкоголем, а в конечном итоге — к сокращению в целом потребления алкоголя населением. В то же время функ-

ции контроля за противоалкогольной деятельностью всех структур и ведомств выполняли общественные комиссии по борьбе с пьянством при исполнительных комитетах местных Советов народных депутатов. Руководили комиссиями представители органов исполнительной власти, а членами являлись руководители ведомств, работу которых комиссия должна была проверять и по результатам принимать решения, что затрудняло проведение в жизнь принципиальных решений, не отвечающих ведомственным интересам и интересам органов исполнительной власти. Существующую двойственность, в которой находились члены комиссии, хорошо отразила заместитель председателя Саранского горисполкома (она же председатель городской комиссии по борьбе с пьянством и алкоголизмом) Грызунова: "Как председатель противоалкогольной комиссии я двумя руками за сокращение продажи вина и водки. Но как заместитель председателя исполкома я обязана помнить и о бюджете. Ну, сократим мы число магазинов, продажу, а чем людям зарплату выплачивать" [14].

Рассматривая вопрос эффективности наркологической службы, необходимо отметить, что активное и тотальное выявление тяжелых, запущенных больных преимущественно II—III стадий отразилось на динамике диспансерного учета больных с впервые в жизни установленным диагнозом *алкоголизм*. За период с 1976 по 1980 гг. число впервые взятых на учет больных алкоголизмом возросло на 34,8%, а с 1981 по 1985 г. — только на 8,6%. За рассматриваемый период изменилась также динамика формирования алкогольных психозов: если в 1980 г. прирост числа больных, впервые взятых на учет с диагнозом *алкогольный психоз*, по сравнению с 1976 г., увеличился на 8%, то начиная с 1981 г. число таких больных неуклонно снижалось и в 1985 г. уменьшилось на 37% [3] (табл. 3).

Исследование числа больных алкоголизмом, состоящих на учете в наркологических диспансерах, показало первоначальный ежегодный прирост с последующим постепенным снижением. Так, В.А.Галкин с соавторами со-

общает: "Если с 1976 по 1980 гг. этот показатель вырос на 53%, что свидетельствует о взятии на учет за этот период накопившегося контингента больных, то в последующие годы увеличение числа учтенных больных хотя и происходило, но все с уменьшающимся темпом прироста: в 1982—1983 гг. — на 6—7%, в 1984—1985 гг. — на 4—4,5%, а в 1986 г. — всего на 1,3%. Такое четко выраженное снижение темпов прироста показателей за период с 1980 по 1986 годы дает возможность предположить, что в ближайшие годы может произойти стабилизация показателей числа учтенных больных алкоголизмом" [2]. В то же время за 9-летний период число больных с алкогольными психозами, состоящими на учете в диспансерных учреждениях, снизилось на 63% — с 5,5 на 10 тыс. населения в 1976 г. до 3,5 в 1984 г.

Оценивая деятельность наркологической службы, необходимо отметить, что концентрация усилий наркологической службы и государства с 1976 по 1984 гг. преимущественно на одном участке алкогольного процесса — на больных алкоголизмом через 5 лет после создания службы — привело к появлению небольшого положительного нарастающего эффекта в динамике алкогольных психозов, который сохранялся с 1980 по 1984 гг., в этот же период прирост числа больных алкоголизмом, состоящих на диспансерном учете, начинает снижаться. Одновременно наметилась тенденция уменьшения среди больных, состоящих на наркологическом учете, доли больных II—III стадии и увеличение больных I стадии, тогда же стали браться на учет лица, злоупотребляющие алкоголем без признаков болезни.

Снижение числа алкогольных психозов А.В.Немцов [12] связывает с уменьшением количества потребляемого алкоголя, кроме того, этот показатель зависит от изменения численности больных алкоголизмом.

Рассматривая причины снижения контингента больных алкоголизмом, приходится исключить возможность выздоровления, так как показатели снятия больных с учета при достижении устойчивой ремиссии (> 5 лет) с 1976 по 1984 гг. были минимальны и не превышали числа спонтанных ремиссий (табл. 4).

Уменьшение контингента больных алкоголизмом могло произойти при большой смертности больных как состоящих, так и не состоящих на диспансерном учете. На наличие такой возможности указывает А.В.Немцов [12] анализируя период 1990—1995 гг. Однако на этапе 1976—1984 гг. такой исход маловероятен, так как проведение всего комплекса социальных, лечебных и прочих противоалкогольных мероприятий оказывало положительное влияние на сохранение жизни больных алкоголизмом, стоящих и не стоящих на диспансерном учете. Данные по динамике диспансерных больных алкоголизмом, снимаемых с учета в связи со смертью в период с 1976 по 1986 годы, к сожалению, в доступной литературе отсутствуют.

Проводимые противоалкогольные мероприятия не повлияли на потребление населением алкоголя, с 1976 по 1984 гг. оно оставалось стабильно высоким, превышая 10 л на душу населения, т.е. противоалкогольная пропаганда в указанный период времени были неэффективна и на развитие алкоголизации, злоупотребление алкоголем и формирование новых больных алкоголизмом влияния не оказывала. Снижение потребления алкоголя началось

Таблица 3

Число больных алкоголизмом, состоящих на учете в РСФСР за период 1976—1985 гг. (на 10 тыс. населения)

Год	Алкоголизм		Алкогольные психозы	
	Показатель	% годового прироста	Показатель	% годового уменьшения
1976	90,0		5,5	
1980	141,4	+ 57,1	4,7	- 14,5
1981	153,4	+ 8,5	4,6	- 2,1
1982	165,1	+ 7,6	3,9	- 15,2
1983	175,6	+ 6,4	3,7	- 5,1
1984	183,9	+ 4,7	3,5	- 5,4
1985	192,4	+ 4,6	2,9	- 17,1
1986	196,6	+ 2,2	1,4	- 51,7

Таблица 4

Динамика показателя больных алкоголизмом, находящихся в ремиссии > 5 лет (в % от среднегодового числа больных алкоголизмом, состоящих на конец года)

Показатели	Годы							
	1976	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986
Ремиссии > 5 лет	0,8	н/д	н/д	1,6	1,7	1,6	2,0	2,5

Таблица 5

Динамика потребления алкоголя населением (в литрах абс. алкоголя на душу)

Показатель	Годы							
	1976	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1990
Количество алкоголя	10,17	10,51	10,20	10,13	10,26	10,45	8,80	5,17

только в 1985 г. в связи с выходом Указа "О борьбе с пьянством и алкоголизмом" и резким сокращением продажи алкогольных напитков. Минимальный уровень душевого потребления был достигнут в 1987 г. и составил 3,7 л, в дальнейшем же вновь начал повышаться [12] (табл. 5).

Рассмотренные данные показывают, что причиной снижения заболеваемости алкогольными психозами, которые развиваются исключительно среди больных алкоголизмом с далеко зашедшими формами болезни (II—III стадии), мог стать комплекс противоалкогольных мероприятий, которые проводились наркологической службой с указанной группой больных. Применение мер социального воздействия на контингент больных алкоголизмом — активная постановка на диспансерный учет основной массы запущенных больных, комплексная лечебная помощь (амбулаторная, стационарная и принудительное лечение) и своевременность ее оказания, система контроля, выявление и пресечение рецидивов и срывов — заставляли больных, состоявших на диспансерном учете, а также, опосредованно, на учете не состоявших, не только скрывать, но и снижать уровень злоупотребления алкоголем, что не могло не оказать влияния на частоту формирования алкогольных психозов. При этом, понятно, численность контингента больных алкоголизмом существенно не изменялась. Достигнутый эффект распространялся только на больных, т.е. на 2—3% населения, страдающего алкоголизмом, а на алкоголизацию 97% остального населения проводимая работа влияния не оказывала.

К 1985 г. проблема пьянства и алкоголизма в стране стала настолько острой, что привела к выходу известного Указа от 16 мая 1985 г. "О борьбе с пьянством и алкоголизмом", которым фактически в стране вводился почти "сухой закон", сохранявшийся до 1990 г. Выход данного Указа говорит о том, что проводимые межведомственные мероприятия (организационные, структурные и пр.) по борьбе с алкоголизмом были оценены как недостаточно эффективные.

В 90-е годы, период перехода от социализма к капиталистической системе, в здравоохранении самые тяжелые потери понесла наркологическая служба. Подверглись пересмотру основные принципы и направления работы и были ликвидированы структуры, которые обеспечивали их

выполнение: активное выявление лиц, злоупотребляющих алкоголем, и больных алкоголизмом, территориальный принцип, наркологическое звено, наркологическая служба на промышленных предприятиях, в системе МВД и т.д.

Значительные изменения претерпела база наркологической службы. Постановлением Верховного Совета РСФСР "О порядке введения в действие Закона РФ "Об учреждениях и органах, исполняющих уголовные наказания в виде лишения свободы" от 21.07.93 г. № 5471-1 были ликвидированы ЛТП в системе МВД, в которых ежегодно проходило принудительное лечение около 150 тыс. чел. Постепенно в связи с тяжелой экономической ситуацией на промышленных предприятиях и/или отсутствием на их базе потребности в неквалифицированном труде больных алкоголизмом, практически полностью были ликвидированы наркологические отделения. Если в 1991 г. было 29 334 койки, то в 2003 г. осталось лишь 370, в связи с чем общее число наркологических коек за указанный период сократилось более чем вдвое с 58 тыс. до 28 718 [8, 20, 21].

Выход Федерального закона "Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан" в 1993 г. изменил принцип постановки больных алкоголизмом на наркологический учет, что привело к трансформации контингента лиц (количества и структуры больных), берущихся на диспансерный учет. До принятия Федерального закона освидетельствование и взятие больных под наблюдение проводилось активно и зависело только от наличия у обследуемого клинических признаков алкоголизма, подтверждаемых объективными данными. Согласно ст. 32—33 нового Федерального закона медицинская помощь (медицинское освидетельствование, наблюдение, медицинская помощь и госпитализация) могут осуществляться только при согласии больного алкоголизмом или его законного представителя, т.е. при добровольном обращении. Это исключило возможность оказания необходимой наркологической помощи даже явным больным, имеющим объективные данные о злоупотреблении алкоголем, указывающие на сформировавшийся алкоголизм, если они отказываются давать свое согласие на медицинскую помощь. Причинами отказа от наркологической помощи являлись клинические проявления болезни: на ранних этапах — это явления анозогнозии, по-

зднее — рост болезненного влечения к алкоголю и признаки деградации личности. Свою роль сыграло также распространенное в обществе мнение о социальной ущербности лиц, состоящих на наркологическом учете и, наконец, профессиональные и другие ограничения, распространяемые на больных, состоящих на диспансерном учете.

Выход Приказа МЗ РФ № 201 от 21. 06. 2002 г. "Об утверждении штатных нормативов медицинского и иного персонала наркологических учреждений и наркологических подразделений в составе других лечебно-профилактических учреждений" подвел итоги произошедшего развала: фактически была ликвидирована должность участкового врача психиатра-нарколога, вместо нее введена должность врача психиатра-нарколога для амбулаторного приема. Это привело к ликвидации территориального принципа наркологического звена, т.е. к уничтожению возможности активной работы с населением по месту жительства (на участке), по месту работы и т.д.

В сложившейся ситуации добровольное согласие на наркологический учет стали давать преимущественно лица с запущенными формами (II—III стадии) болезни, что было обусловлено их госпитализацией по неотложным состояниям, которые создавали реальную угрозу жизни самого больного или окружающих его людей: для купирования запоев, абстинентных явлений и алкогольных психозов. Факт госпитализации становился для этих людей вынужденным признанием существования болезни, а для врача — абсолютным показанием поставить диагноз *алкоголизм* по обращаемости и возможностью бесконфликтного взятия больных на наркологический учет, но без гарантий того, что после купирования острого состояния больной согласится на дальнейшее противоалкогольное лечение.

Кроме того, диагноз *алкоголизм* устанавливают врачебные комиссии, проводящие судебно-наркологическую экспертизу лицам, совершающим преступления в состояниях алкогольного опьянения, абстиненции или алкогольного психоза. В случае вменения больным ст. 62 УК РФ они ставятся на наркологический учет по месту жительства, но, стремясь этого избежать, даже после освобождения из ИТУ многие уклоняются от явки в диспансер, а некоторые меняют место жительства. Наконец, некоторое количество больных берется на учет при "добровольном" обращении под давлением сложившихся неблагоприятных обстоятельств (угроза потери семьи, работы, жизни и т.д.).

Основная же масса злоупотребляющих алкоголем, включая явных больных алкоголизмом, даже имея многочисленные объективные данные о злоупотреблении алкоголем, свое согласие на противоалкогольное лечение и постановку на наркологический учет не дает, продолжает злоупотреблять алкоголем и остается недоступной для наркологической службы. Таким образом, принятие Федерального закона от 1993 г. привело к тому, что даже явные больные стали неприкасаемыми, могут продолжать злоупотреблять алкоголем и развивать алкогольный процесс до клинической или социальной катастрофы. Психиатры-наркологи поставлены в условия вынужденного ожидания, когда развитие алкогольного процесса достигнет

уровня II—III стадии болезни и больным потребуется помощь по неотложным показаниям.

В сложившейся ситуации существенно пострадало лечебное направление наркологической службы.

Во-первых, ликвидация принудительного лечения в ЛТП упразднила единственную возможность лечения самой тяжелой, с далеко зашедшими стадиями заболевания и потому малокурабельной, наиболее социально дезадаптированной категории больных алкоголизмом. Это вызвало бурный рост числа "лиц без определенного места жительства" (бомжей), а, соответственно, и увеличение преступности и смертности, что не могло не сказаться на снижении показателей продолжительности срока жизни всего населения.

Во-вторых, стационарные больные, стремясь побыстрее приступить к трудовой деятельности, чтобы не потерять работу, добровольно сокращали время пребывания в стационаре, ограничиваясь только сроком, необходимым для купирования острого состояния (алкогольного психоза, абстинентного синдрома, прерывания запоя); от дальнейшего лечения самой болезни — алкоголизма — работающие больные предпочитают отказываться, что привело к фактической отмене Приказа МЗ СССР № 291 от 23.03.76 г. об "Обязательных минимальных курсах лечения больных хроническим алкоголизмом".

Еще хуже обстоит дело с лечением амбулаторных больных, состоящих на диспансерном учете. Как сообщает А.Г. Гофман и П.А. Понизовский [4], "в среднем на одного больного приходится в год 2,2 посещения (как и в 1999 г.). Если больной всего 2 раза приходит на прием к врачу, о каком амбулаторном лечении может идти речь, тем более что основной метод лечения — психотерапевтическое воздействие". Авторы считают, что "при таком положении дел эффективность лечения не столько зависит от амбулаторно проводимого лечения, сколько от течения заболевания. На что же уходит время возрастающего числа врачей-наркологов? По мнению многих специалистов, время тратится на выдачу различных справок, дающих право водить машину, иметь огнестрельное оружие, работать на некоторых должностях. Если врач встречается с больным примерно 2 раза в год, то помимо выдачи справок он может в основном осуществлять не лечебные функции, а диспетчерские, т.е. направлять больных на лечение в стационар".

Таким образом, сложилась парадоксальная ненормальная ситуация. Закон дает право решать медицинскую проблему лечить или не лечить болезнь — алкоголизм, которая деформирует людей, формируя: анозогнозию, болезненное влечение, деградацию личности, бомжей, преждевременную смерть, а также асоциальные, противоправные и уголовные действия, только одной стороне — самим больным и злоупотребляющим алкоголем, которые в силу развивающихся болезненных явлений не могут определять свое состояние объективно, в то время как общество, которое является пострадавшей стороной, и специалисты в области наркологии, способные профессионально и объективно решать задачи, поставленные жизнью, были отстранены от решения этой проблемы.

С начала 90-х годов все СМИ оказались заполнены рекламой алкогольной продукции и пива, которая велась броско, наступательно, круглосуточно, охватывала все

слои населения, особый упор делая на молодежь. Даже в отдельных театрах с рекламной целью зрителей угощают спиртными напитками во время выступления в зале [1]. Косвенным, но мощным антилозунгом пропаганде вести трезвый образ жизни стало появление многочисленных ресторанов, кафе, клубов и других мест досуга, где в широком ассортименте предлагаются алкогольные напитки, — в магазинах, ларьках, киосках и т.д. В то же время система противоалкогольной пропаганды на фоне экономической депрессии и смены идеологического курса развалилась, только врачи психиатры-наркологи продолжают эпизодически выступать с лекциями о вреде алкоголя в школах. Их деятельность на фоне масштабной рекламы, пропагандирующей потребление алкоголя, выглядит "соломинкой для утопающего", которым фактически является большинство населения страны.

Та же участь постигла структуры управления: исчезли комиссии по борьбе с пьянством и алкоголизмом, а вместе с ними разрушилось и то межведомственное взаимодействие, которое они осуществляли.

Общее представление о произошедших за постсоветский период в России изменениях отражено в схеме 2, заштрихованные клетки символизируют исчезнувшие структуры.

Стагнация наркологической службы за период с 1990 по 2005 гг., по данным многих авторов [8, 9], привела к сокращению числа наркологических больниц с 17 до 14, количества наркологических диспансеров с 316 до 182. Абсолютное число наркологических коек сократилось в 2 раза — с 58 880 в 1991 г. до 28 266 в 2005 г. Такое огромное сокращение количества коек не обеспечивало среднюю длительность пребывания больных алкоголизмом в стационаре на прежнем уровне, которая уменьшилась с 42 дней в 1990 г. до 15,2 в 2004 г. Число кабинетов антиалкогольной и профилактической помощи и хозрасчетных кабинетов, по данным 1995–1999 гг., уменьшилось с 97 до 85 и с 44 до 33, а анонимных кабинетов — с 196 до 183.

В то же время другие направления службы сохранили свой потенциал, кроме того, развивались новые направления службы. Так, число наркологических кабинетов

увеличилось с 1943 в 1990 г. до 1975 в 2005 г., в том числе подростковых — с 176 в 1995 г. до 350 в 2005 г., а также и кабинетов экспертизы алкогольного опьянения с 219 до 346 в 2005 г.

В это время были созданы отделения неотложной наркологической помощи в наркологических больницах и в стационарах наркологических диспансеров, в которых осуществляется неотложная помощь при алкогольном опьянении, тяжелых формах алкогольной абстиненции, алкогольных психозах. С 2000 г. начала формироваться сеть реабилитационных учреждений и отделений. В 2005 г. для наркологических больных функционировало 3 самостоятельных реабилитационных центра и 26 реабилитационных отделений.

Соответственно с 1991 по 2005 гг. выросло число врачей психиатров-наркологов (физических лиц) с 4853 до 5882, также и число занятых должностей — с 7018 до 8603, в том числе в амбулаторных учреждениях — с 4345 до 5237.

За этот период открылись многочисленные частные наркологические центры, клиники и кабинеты частнопрактикующих врачей, которые осуществляют купирование запоев и тяжелых абстиненций, а также проводят лечение больных. Сведения о числе больных, которым оказана помощь этими службами, отсутствуют, что снижает официальные показатели заболеваемости и болезненности алкоголизмом в стране. Наконец, определенный контингент нуждающихся в помощи обращается к нетрадиционным методам лечения.

Оценивая эффективность работы наркологической службы в условиях рыночной экономики необходимо учитывать, что с 1985 по 1995 гг. Россия, как указывает А.В. Немцов [12], "пережила два алкогольных потрясения — антиалкогольную кампанию 1985 г. и рыночные реформы 1992 г. Главным содержанием первой явилось резкое, на 63% (с 1984 по 1987 гг.), снижение госпродаж спиртных напитков и соответственно — снижение потребления алкоголя. Главным итогом рыночных реформ был рост потребления алкоголя за счет госпродаж и выход на алкогольный рынок большого количества токсичных "фальсификатов". Эти два явления вместе с некоторыми другими, по мнению А.В. Немцова, "запустили колебательный процесс" уровня потребления алкоголя, целого ряда демографических показателей и заболеваемости алкогольными психозами, которые "резко снизились в 1985–1986 гг., достигли исходного уровня в 1991–1992 гг., затем резко выросли в 1993–1994 гг., снова снизились к 1998 г. и снова выросли к 2001 г."

После пяти лет вынужденного воздержания от потребления алкоголя в период перестройки с 1985 по 1990 гг. склонная к злоупотреблению алкоголем часть населения страны в последующую пятилетку 1990–1995 гг. максимально использовала появившуюся круглосуточную доступность алкогольных напитков, которая возникла на фоне развала страны, экономического краха, растущей безработицы и т.д. Число алкогольных психозов за этот период выросло почти в 5 раз с 10,0 в 1990 г. до 49,1 на 100 тыс. населения в 1995 г. [8]. Это было вызвано ростом потребления алкогольной продукции, включая токсические фальсификаты, которое, по данным А.В. Немцова [12], за указанный период снова выросло на 60% (с 5,56 л на душу населения в 1990 г. до 9,3 л в 1995 г.), что и спро-



Схема 2. Схема работы наркологического диспансера с 1990 г. по настоящее время

воцировало рост числа алкогольных психозов и смертности. Однако, если рост общей смертности составил 40,1%, то смертность, прямо и косвенно связанная с потреблением и злоупотреблением алкоголя, увеличилась несравненно больше: от отравления алкоголем в 3,5 раза, убийств — в 2, 2 раза, самоубийств — в 1,5 раза, прочая насильственная смерть увеличилась на 68%, число случаев алкогольного цирроза печени выросло почти в 2 раза, алкогольного панкреатита — на 82%. Если общие алкогольные потери, по расчетам автора, составили в 1990 г. 474 тыс. чел., то в 1994 г. они выросли до 732 тыс. чел. О том, что смерть от "случайных" отравлений алкоголя поражает преимущественно больных алкоголизмом, указывали Г.М. Энтин, А.З.Шамота и др., [23].

После самоуничтожения значительной части больных алкоголизмом, особенно II—III стадии, из числа которых формируются алкогольные психозы, с 1996 по 1998 гг. отмечается резкое снижение показателей и смертности и числа алкогольных психозов. И только в 2001 г. показатель алкогольных психозов приблизился к уровню 1995 г, а в 2002 г. — превзошел его. Приведенная динамика числа алкогольных психозов и смертности, в первую очередь больных алкоголизмом, позволяет предположить, что после тотальной смертности потребовались годы для восстановления контингента больных II—III стадии до прежнего уровня.

Влияние наркологической службы на диспансерных больных в период "алкогольных потрясений" было вторично и, по мнению автора, вновь реально оценивать влияние службы стало возможно только с 1995—1996 гг.,

когда наступила определенная стабилизация в потреблении населением алкоголя. Рассмотрим влияние наркологической службы за 10-летний период 1995—2005 гг. на диспансерную группу и динамику алкогольного потребления населением страны.

Потребление алкогольных напитков населением (на душу населения в литрах абсолютного алкоголя), по данным Госкомстата России (2003 г.), после максимального подъема душевого потребления алкоголя в 1995 г. до 9,43 л опустилось в 1996 г. до 7,28 л, после чего вновь стал отмечаться рост потребления, который сохраняется до настоящего времени. Последние опубликованные данные по состоянию на 2005 г. (Госкомстат России 2006) соответствовали 9, 75 л абсолютного алкоголя на душу (табл. 6).

На этом фоне динамика больных с алкогольными психозами, берущимися на учет впервые в жизни, была отрицательной до 1988 г., затем сменилась на положительный прирост больных до 2003 г., после чего показатели снова стали снижаться. Динамика взятия на учет больных алкоголизмом с впервые в жизни установленным диагнозом в целом отражала показатели больных с алкогольным психозом (табл. 7).

Динамика показателей больных алкоголизмом и алкогольными психозами, состоящими на диспансерном учете с 1995 по 2005 гг., в целом повторяет динамику больных, берущихся на учет с впервые в жизни установленным диагнозом (табл. 8).

Сравнение средних показателей эффективности наркологической службы начала 1982—1984 гг. и 2000—2003 гг. показывает, что число ремиссий от 1 года

Таблица 6

Динамика потребления абсолютного алкоголя на душу населения в литрах за период 1995—2005 гг.

Показатель	Годы								
	1995	1996	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Количество алкоголя	9,43	7,28	7,87	8,01	8,24	8,61	9,07	9,54	9,75

Таблица 7

Число больных алкоголизмом, взятых на учет с впервые в жизни установленным диагнозом в РСФСР за период 1995—2005 гг. (на 10 тыс. населения)

Год	Алкоголизм		Алкогольные психозы	
	Показатель	% годового прироста или убыли	Показатель	% годового прироста или убыли
1995	106,40		49,10	
1996	98,2	-7,7	41,4	-15,6
1997	85,9	-14,3	32,6	-21,2
1998	82,2	-4,3	28,6	-12,2
1999	76,6	-6,8	31,1	+8,74
2000	88,57	+13,5	42,53	+36,7
2001	92,86	+ 4,8	47,67	+12,0
2002	101,30	+ 9,0	53,55	+12,3
2003	104,29	+ 0,01	55,90	+4,3
2004	99,08	- 5,0	54,01	-3,4
2005	94,89	- 4,3	52,12	-3,5

до 2 лет в начале 80-х составляло 14%, а в начале 2000 гг. — превышало 15%; ремиссии от 2 до 5 лет составляли 12,3%, а от 2 до 3 лет — 9,7% и, наконец, ремиссии более 5 лет — 1,6%, а более 3 лет — 2,8%. Учитывая, что основные структуры наркологической службы, от которых зависит ее эффективность, оцениваемая по разным критериям (широта охвата, участковость, наркологическое звено, активное взаимодействие с МВД, лечение в ЛТП и др.), были после 1990 г. утрачены, сохранение показателей эффективности после 2000 г. на уровне 80-х годов и даже выше выглядит необоснованно. Устойчивое снижение числа показателей ремиссий 1—2 года с 2002 г. и далее, а также ремиссий 2—3 года с 2003 г. и далее адекватно отражает состояние и резкое снижение дееспособности службы, на фоне чего рост числа ремиссий продолжительностью более 3 лет в 2004 и 2005 гг. вызывает сомнение (табл. 9).

Статистические данные о больных, снимаемых с учета в связи со смертью, отсутствуют, что не позволяет получить объективные данные по эффективности работы службы с диспансерной группой в целом как за 3 года ремиссии, так и на отдельных этапах ремиссии.

Оценивая деятельность службы за период с 1976 г. по 2005 г. можно отметить следующее. Концентрация усилий наркологической службы и государства в период с 1976 г. по 1984 г. преимущественно на одном участке алкогольного процесса, а именно на больных алкоголизмом через

5 лет, привела к появлению небольшого положительного и нарастающего эффекта в отношении динамики алкогольных психозов, который сохранялся с 1980 г. по 1984 г. В этот же период значительная часть больных алкоголизмом II—III стадии была взята на учет, и в последние годы наметилась тенденция роста доли учтенных больных I стадии. Более того, тогда же стали брать на учет лица, злоупотребляющие алкоголем без признаков болезни. В то же время проводимая работа не повлияла на потребление алкоголя в стране, т.е. на динамику формирования когорты больных алкоголизмом, а в конечном итоге — на социальные последствия пьянства и алкоголизма. Попытки внести коррекцию в деятельность наркологической службы в социалистический период носили не опережающий характер, а являлись реакцией на уже сложившуюся ситуацию и слабо влияли на профилактику алкоголизма, эффективность лечения больных и на динамику алкогольного процесса в стране в целом. Введение известного Указа от 1985 г. показало, что действующая модель борьбы с пьянством и алкоголизмом оказалась недостаточно дееспособной и эффективной.

Потери и разрушение службы, связанные со сменой государственного строя, развалом экономики, а также принятие успешных решений в 90-е годы привели к разрушению целостности службы, исчезновению ведущих организационных структур, смене идеологии при постановке больных на учет, а в конечном итоге — к катастро-

Таблица 8

Динамика числа больных алкоголизмом, состоящих на учете в РСФСР за период 1995—2005 гг. (на 100 тыс. населения)

Годы	Алкоголизм		Алкогольные психозы	
	Показатель	% прироста	Показатель	% прироста
1995	1555,6		74,8	
1996	1557,1	0	69,9	- 7,0
1997	1536,6	- 1,3	58,7	- 16,0
1998	1500,9	- 2,3	53,0	- 9,7
1999	1461,7	- 2,6	56,2	+ 6,0
2000	1555,1	+ 6,3	75,6	+ 34,5
2001	1542,5	- 0,8	83,2	+ 10,0
2002	1558,2	+ 1,0	93,1	+ 11,8
2003	1562,7	+ 0,2	96,8	+ 3,9
2004	1567,2	+ 0,2	93,0	- 4,0
2005	1558,9	- 0,5	91,2	- 2,0

Таблица 9

Динамика выздоравливающих больных алкоголизмом с продолжительностью ремиссий 1—2, 2—3 и >3 лет (в % от среднегодового числа больных алкоголизмом, состоящих на конец года)

Показатель	Годы							
	1995	1996	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Ремиссии 1—2 года	15,3	15,0	15,4	15,4	15,3	14,9	13,7	13,6
Ремиссии 2—3 года	10,3	10,0	9,9	9,5	9,9	9,5	9,2	8,9
Ремиссии > 3 лет	н/д	н/д	3,0	2,8	2,8	2,8	3,0	3,1

фическому положению, сложившемуся с лечением больных в стационаре и в поликлинике. Сохранившиеся после развала наркологической службы стационарные структуры ограничили свою деятельность преимущественно купированием острых состояний (запой, психоза, абстинентных явлений), а амбулаторное звено — "диспетчерской" функцией и выдачей справок. Сохранение в официальных отчетах показателей эффективности после 2000 г. на уровне начала 80-х годов и выше не соответствует действительности.

Выводы

Работа наркологической службы при социализме, направленная преимущественно на один из этапов алкогольного процесса — больных алкоголизмом, оказалась малоэффективной, не влияла на формирование и снижение количества больных в целом и на потребление алкоголя в стране.

В новых условиях демократического государства, когда возможности службы были ограничены, а структурные потери огромны, сохранение прежнего направления работы, ориентированного преимущественно на группу только больных алкоголизмом, заведомо было обречено на поражение.

В настоящее время необходимо отказаться от доказавших свою неэффективность идей, форм и методов работы наркологической службы и внедрять принципиально новые, способные коренным образом улучшить ситуацию.

Список литературы

1. Бабалова М. Забил "косяк" я в душу туго // Известия. — 2006. — № 140. — С. 10.
2. Галкин В.А., Авербах Я.К., Шамота А.З. Наркологическая помощь населению Российской Федерации 1984-1990. — М. 1992. — С. 6 — 148.
3. Галкин В.А., Авербах Я.К., Шамота А.З. Наркологическая помощь населению Российской Федерации 1976—1986 гг. — М. 1988. — С. 26—33.
4. Гофман А.Г., Понизовский П.А. Состояние наркологической помощи в России в динамике с 1999 по 2003 гг. // Наркология. — 2005. — № 1. — С. 30—33.
5. Клинический и ферментативный методы диагностики алкоголизма // Методические рекомендации МЗ РСФСР. Составители: Пятницкая И.Н., Чернобровкина Т.В., Найденова Н.Г. и др. — М., 1984. — 23 с.
6. Комплексный социально-гигиенический и биохимический метод определения характера употребления алкоголя женщинами // Методические рекомендации МЗ РСФСР. Составители: Чернобровкина Т.В., Кулигин О.В., Лиопо А.В. под ред. Акад. РАМН Лисицина Ю.П. — М., 1990. — 19 с.

7. Копоров С.Г. Динамика алкогольных заболеваний по Южному административному округу г. Москвы за 1994—2004 гг. // Наркология. — 2005. — № 10. — С. 34—39.

8. Кошкина Е.А., Корчагина Г.А., Шамота А.З. Заболеваемость и болезненность алкоголизмом и наркоманией в Российской Федерации: Пособие для врачей психиатров-наркологов. — М., 2000. — 276 с.

9. Кошкина Е.А., Киржанова В.В. Распространенность наркологических расстройств в Российской Федерации в 2004—2005 гг. — М., 2006. — С. 4.

10. Менделевич В.Д. Современная российская наркология: парадоксальность принципов и небезупречность процедур // Наркология. — 2005. — №1. — С. 56-64.

11. Морозов Г.В., Рожнов В.Е., Бабаян Э.А., Алкоголизм (руководство для врачей). — М., 1983. — С. 375—400.

12. Немцов А.В. Алкогольный урон регионов России. — М.: NALEX, 2003. — С. 95—101.

13. Новый биохимический способ дифференциальной диагностики бытового пьянства и хронического алкоголизма // Методические рекомендации МЗ РСФСР. Составители: Чернобровкина Т.В. — М., 1990. — 14 с.

14. Ольбик А.С. Роковой геркулесов кубок // Оптималист. Общероссийская газета оптималистов. — 2004. — №2 (77).

15. Правовые и медицинские вопросы борьбы с пьянством и алкоголизмом. Диагностика хронической алкогольной интоксикации // Методические рекомендации Министерства ГА РСФСР. Составители: Покровская А.М., Чернобровкина Т.В., Белоусова Л.Д. под ред. проф. Пятницкой И.Н. — М., 1984. — С. 17—43.

16. Россия в цифрах 2006. Краткий статистический сборник Госкомстата России. — М., 2006. — С. 292.

17. Тихонов Г.Б. Абсолютная трезвость и социально-приемлемое потребление алкоголя, как норма жизни // Наркология — 2007. — № 3. — С. 59—60.

18. Шамота А.З., Авербах Я.К. К оценке некоторых показателей эффективности наркологической службы // Проблемы клиники, терапии, патогенеза алкоголизма. — М., 1988. — С. 170—174.

19. Шестернева С.Б. Организация работы наркологического диспансера с контингентами профилактического учета (лицами бытового пьянства) // Методическое руководство. — М., 1987. — С. 8—28.

20. Энтин Г.М., Копоров С.Г. В современной российской наркологии нет парадоксальных принципов, а методики лечения наркологических больных отвечают социально-экономической ситуации в стране и по эффективности не уступают зарубежным. // Наркология. — 2005. — № 6. — С. 61—68.

21. Энтин Г.М., Гофман А.Г., Музыченко А.П., Крылов Е.Н. Алкогольная и наркотическая зависимость: Практическое руководство для врачей. — М. 2002.

22. Энтин Г.М., Крылов Е.Н. О "новой концепции" организации наркологической помощи // Вопросы наркологии. — 1991. — № 4. — С. 46—47.

23. Энтин Г.М., Шамота А.З., Овчинская А.С., Ашихмин О.А. Ситуация с потреблением алкоголя и наркотиков в России в 1994 — 1997 гг.: динамика и прогноз // Вопросы наркологии. — 1999. — № 1. — С. 71—78.

NARCOLOGICAL SERVICE DURING SOCIALISM AND MARKET REFORM

TIKHONOV G.B.

psychiatrist-narcologist, Moscow

Functioning of the narcological service during socialism when aimed mainly at one stage of alcoholic process — alcoholics —, appeared ineffective, it did not influence formation and decrease of the number of patients, alcohol consumption in the country. In the democratic state, when the service capacity was limited and it lost sufficiently in structure and manpower, keeping on the old track of work aiming at groups of patients, is bound to lose. It is necessary to abandon the ideas which proved to be inefficient, forms and methods of work, and to introduce essentially new ones, capable to improve the situation critically.