

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие (Н.Н. Иванец, М.А. Винникова)	7
Участники издания	8
Список сокращений и условных обозначений	13
Глава 1. Эпидемиология наркологических заболеваний (В.В. Киржанова)	17
1.1. Термины, определения, методы	17
1.2. Эпидемиология наркоманий	23
1.3. Эпидемиология алкоголизма	40
1.4. Заключение	49
Глава 2. Организация наркологической помощи.....	52
2.1. Система оказания наркологической помощи (Е.А. Кошкина).....	52
2.2. Основные принципы организации оказания наркологической помощи (Е.А. Брюн)	67
2.3. Медицинское освидетельствование (А.Ю. Ненастьева)	74
Глава 3. Биологические механизмы этиологии и патогенеза болезней зависимости от психоактивных веществ.....	82
3.1. Фундаментальные механизмы зависимости от психоактивных веществ (И.П. Анохина, И.Ю. Шамакина)	82
3.2. Генетические механизмы этиологии и патогенеза болезней зависимости от психоактивных веществ (А.О. Кибитов, И.П. Анохина)	98
3.3. Нейрофизиологические аспекты зависимости от психоактивных веществ (Ю.Л. Арзуманов, С.К. Судаков, И.Ю. Березина)	120
3.4. Нарушения функций иммунной системы при алкогольной и наркотической зависимости (Н.Б. Гамалея, Л.И. Ульянова).....	138
Глава 4. Фармакология и токсикология психоактивных веществ (В.В. Рожанец).....	156
4.1. Алкоголь.....	156
4.2. Опиоиды	163
4.3. Каннабиноиды	175
4.4. Синтетические каннабиноиды	182
4.5. Седативные и снотворные средства	183
4.6. Кокаин	186
4.7. Другие психостимуляторы (амфетамин, метамфетамин, метилendioксиметамфетамин, производные и аналоги)	189
4.8. Галлюциногены	193
4.9. Летучие растворители и другие ингалянты.....	196
Глава 5. Фармакогенетика болезней зависимости (А.О. Кибитов)	198
5.1. Особенности фармакогенетических исследований в психиатрии и наркологии	201
5.2. Болезни зависимости от психоактивных веществ как фармакогенетические заболевания.....	202
Глава 6. Общая психопатология наркологических заболеваний (С.Л. Кравченко, М.А. Винникова).....	211
6.1. Психопатологические симптомы	211

6.2. Психопатологические синдромы.....	220
6.3. Нозологически специфичные синдромы.....	229
6.4. Формирование синдрома зависимости: факторы риска, прогредиентность, закономерности формирования и течения.....	241
Глава 7. Классификация наркологических заболеваний (М.А. Винникова, М.А. Кинкулькина)	248
7.1. Международная классификация болезней 10-го пересмотра.....	248
7.2. Международная классификация болезней 11-го пересмотра	257
Глава 8. Клиническая наркология. Расстройства вследствие употребления психоактивных веществ. Расстройства вследствие аддиктивного поведения.....	260
8.1. Расстройства вследствие употребления алкоголя (С.И. Уткин)	260
8.2. Расстройства вследствие употребления каннабиса (С.И. Уткин)	276
8.3. Расстройства вследствие употребления синтетических каннабиноидов (С.И. Уткин)	284
8.4. Расстройства вследствие употребления опиоидов (С.И. Уткин)	292
8.5. Расстройства вследствие употребления седативных, снотворных или анксиолитических средств (А.Ю. Ненастьева)	304
8.6. Расстройства вследствие употребления кокаина (А.Ю. Ненастьева)	318
8.7. Расстройства вследствие употребления стимуляторов, включая амфетамины, метамфетамин или меткатинон (А.Ю. Ненастьева)	330
8.8. Расстройства вследствие употребления синтетических катинонов (М.А. Винникова, В.В. Северцев)	343
8.9. Расстройства вследствие употребления кофеина (М.А. Винникова, В.В. Северцев)	355
8.10. Расстройства вследствие употребления галлюциногенов (А.Ю. Ненастьева)	359
8.11. Расстройства вследствие употребления никотина (М.А. Винникова, В.В. Северцев)	373
8.12. Расстройства вследствие употребления летучих ингалянтов (А.Ю. Ненастьева)	384
8.13. Расстройства вследствие употребления метилendioксиметамфетамина или сходных наркотических веществ, включая метилendioксиамфетамин (А.Ю. Ненастьева)	396
8.14. Расстройства вследствие употребления диссоциативных наркотических веществ, включая кетамин и фенциклидин (А.Ю. Ненастьева)	407
8.15. Расстройства вследствие употребления иных уточненных психоактивных веществ, включая лекарственные средства (А.Ю. Ненастьева)	418
8.16. Расстройства вследствие употребления нескольких уточненных психоактивных веществ, включая лекарственные средства (М.А. Винникова, А.Ю. Ненастьева, В.В. Северцев)	432
8.17. Расстройства вследствие употребления непсихоактивных веществ (А.Ю. Ненастьева)	443
8.18. Расстройства вследствие аддиктивного поведения (Т.В. Агбалова, О.Ж. Бузик, Л.Р. Киатрова, К.Н. Поплевченков)	447
Глава 9. Соматические и неврологические последствия употребления психоактивных веществ.....	462
9.1. Поражения сердца и сосудов (А.Ю. Мартынов)	462

9.2. Патология нервной системы при употреблении психоактивных веществ (М.Ю. Мартынов, А.А. Струченко, И.В. Дамулин)	481
9.3. Патология дыхательной системы у потребителей психоактивных веществ (О.И. Тарасова)	505
9.4. Патология органов пищеварения при алкогольной и наркотической зависимости (Н.В. Мазурчик)	517
9.5. Поражение почек у потребителей психоактивных веществ (Н.В. Мазурчик)	533
9.6. ВИЧ-инфекция в наркологической практике (Г.М. Кожевникова)	536
9.7. Беременность и психоактивные вещества (В.Е. Радзинский, А.А. Оразмурадов)	542
Глава 10. Коморбидность психических и наркологических заболеваний	547
10.1. Эпидемиология коморбидных расстройств (М.А. Винникова, В.В. Северцев)	547
10.2. Синдром зависимости и расстройства личности (М.А. Винникова, В.В. Северцев)	549
10.3. Синдром зависимости и шизофрения (М.А. Винникова, В.В. Северцев)	551
10.4. Синдром зависимости и аффективные расстройства (И.А. Бедина)	554
10.5. Синдром зависимости и посттравматическое стрессовое расстройство (М.А. Винникова, В.В. Северцев)	562
10.6. Синдром зависимости и коморбидные тревожные расстройства (И.А. Бедина)	565
10.7. Синдром зависимости и эпилепсия (М.А. Винникова, В.В. Северцев)	572
10.8. Синдром зависимости и умственная отсталость (М.А. Винникова, В.В. Северцев)	573
Глава 11. Гендерные и возрастные аспекты наркологических заболеваний	575
11.1. Гендерные особенности употребления психоактивных веществ (Е.В. Фадеева)	575
11.2. Особенности алкоголизма у женщин (С.Л. Кравченко)	581
11.3. Гендерные особенности зависимости от наркотиков (С.О. Мохначев)	585
11.4. Возрастные особенности наркологических заболеваний (А.В. Надеждин)	588
Глава 12. Терапия наркологических заболеваний (Н.Н. Иванец, М.А. Винникова)	600
12.1. Концепция терапии наркологических заболеваний	600
12.2. Психотропные лекарственные средства, используемые в терапии наркологических заболеваний	608
12.3. Специфические лекарственные средства, используемые в терапии наркологических заболеваний	626
12.4. Антидоты, используемые в терапии наркологических заболеваний	633
12.5. Лекарственные средства других фармакологических групп, используемые в терапии наркологических заболеваний	635
Глава 13. Психотерапия наркологических заболеваний	639
13.1. Введение в психотерапию в наркологии, применение научно- доказательных моделей психотерапевтического воздействия. Оценка эффективности психотерапии (Т.В. Агибалова, Д.И. Шустов, О.Д. Тучина)	639

13.2. Основные методы психотерапии наркологических больных. Дифференцированное применение психотерапевтического воздействия (Т.В. Агibalова, О.Д. Тучина, Д.И. Шустов, О.В. Рычкова)	647
13.3. Когнитивно-поведенческая психотерапия наркологических больных: возможности и перспективы (О.В. Рычкова, Т.В. Агibalова)	657
13.4. Мотивационная психотерапия наркологических пациентов (Т.В. Агibalова, О.В. Рычкова, П.В. Тучин)	667
13.5. Трансакционный анализ в наркологии: зарубежный опыт и российский вклад (Д.И. Шустов, Т.В. Агibalова, О.Д. Тучина, О.Ж. Бузик)	673
13.6. Психотерапия аутоагрессивного поведения наркологических больных (Д.И. Шустов)	679
Глава 14. Реабилитация людей с зависимостью от психоактивных веществ	686
14.1. Концепции, принципы, технологии, методология, условия, порядок оказания реабилитационной помощи (Т.Н. Дудко)	686
14.2. Основные модели и программы реабилитационной помощи людям с аддитивными расстройствами (Т.Н. Дудко)	698
14.3. Реабилитационный потенциал и его уровни (Т.Н. Дудко)	706
14.4. Медицинская реабилитационная программа: составляющие и основные лечебные факторы (Т.В. Агibalова, О.Ж. Бузик, О.Д. Тучина)	713
14.5. Психотерапия в реабилитации наркологических больных (Т.В. Агibalова, О.Д. Тучина, П.В. Тучин)	721
14.6. Терапия созависимости и семейных отношений как путь к профилактике (В.Д. Москаленко)	727
Глава 15. Профилактика наркологических заболеваний	734
15.1. Основные методы и подходы профилактической работы (Г.А. Корчагина, Т.Б. Гречаная)	734
15.2. Гендерные аспекты профилактики наркологических заболеваний (Е.В. Фадеева)	741
15.3. Возрастные аспекты профилактики наркологических заболеваний (Г.А. Корчагина, Т.Б. Гречаная)	746
15.4. Оценка эффективности профилактических вмешательств в наркологической практике (Е.В. Фадеева)	749
15.5. Профилактика социально значимых инфекций в наркологии (Н.А. Должанская, С.В. Корень, Т.С. Бузина)	753
Глава 16. Методы диагностики употребления психоактивных веществ (А.Ю. Ненастьева)	760
Глава 17. Правовые и этические аспекты	796
17.1. Правовые аспекты наркологии (Б.П. Целинский)	796
17.2. Этические аспекты наркологии (И.А. Бедина)	809
Глава 18. Психометрические шкалы, используемые в клинической наркологии (А.Ю. Ненастьева)	817
Предметный указатель	838

Список литературы ко всем главам доступен по ссылке:
<http://books-map.net/redirect/6299.html>



Глава 1

Эпидемиология наркологических заболеваний

В.В. Киржанова

1.1. ТЕРМИНЫ, ОПРЕДЕЛЕНИЯ, МЕТОДЫ

Эпидемиология наркологических расстройств — это наука, изучающая причины, условия и факторы риска возникновения и распространения болезней зависимости среди населения с целью разработки и реализации мер профилактики. Эпидемиология в области наркологии включает изучение употребления психоактивных веществ (ПАВ) среди различных групп населения, выявление групп риска и факторов, оказывающих влияние на распространение употребления ПАВ [1].

На основе результатов эпидемиологических исследований осуществляется разработка профилактических программ для различных групп населения (детей, подростков, молодежи, работающих, потребителей алкоголя и наркотиков, групп риска в отношении развития зависимости и разнообразных соматических осложнений и т.п.), проводится их оценка, разрабатываются тактика и стратегия профилактики зависимости от ПАВ.

Эпидемиология наркологических расстройств применяет комплексный подход к изучению распространенности употребления ПАВ и наркологических расстройств. В последние десятилетия идет процесс углубления и расширения эпидемиологических исследований, усложняются методологические подходы, одновременно растет понимание социальных, средовых, культурных, наследственных и генетических факторов и их роли, в контексте которых существует феномен употребления алкоголя и наркотиков. Экономические, политические, социально-демографические факторы и условия занимают свое место в качестве значимых и необходимых объектов исследования в этой сфере [2].

Именно с этим связано применение большого числа методов и методологических приемов в эпидемиологии наркологических расстройств. Ниже приводятся основные их группы.

Данные федерального и регионального статистического наблюдения накапливаются в информационных системах государственных институтов (ведомств и учреждений). Существуют следующие источники информации, доступные в Российской Федерации:

- сведения, содержащиеся в базах данных Минздрава России, собираемые специализированными службами;
- данные Росстата по демографии (включая сведения о смертности, связанной с употреблением ПАВ), потреблению алкоголя, экономике регионов и т.п.;
- информация правоохранительных органов о преступлениях, связанных с употреблением алкоголя и наркотиков, а также об изъятии наркотиков, появлении новых наркотических веществ и ПАВ и т.п.

Эти данные позволяют выявлять основные тенденции алкогольной и наркотической ситуации как в целом по стране, так и в отдельных ее регионах. Основным элементом большинства информационных систем, созданных с целью мониторинга употребления ПАВ, является отчетность о посещении наркологических лечебных учреждений. Своевременное включение сведений о медицинских услугах потребителям ПАВ в информационные системы во многих регионах мира способствовало расширению охвата, повышению качества и сопоставимости данных благодаря регулярному сбору таких данных и применению стандартных диагностических критериев.

Данные статистического наблюдения и медицинских информационных систем, собираемые за большие промежутки времени, позволяют формировать динамические ряды однородных статистических показателей. Методы анализа динамических рядов широко применяются как в медицинской статистике, так и при мониторинге алкогольной и наркотической ситуации. Формирование динамических рядов и их анализ позволяют выявлять основные тенденции заболеваемости, проводить анализ связей, а также формировать предпосылки к созданию более сложных математических моделей с целью прогнозирования динамики наркологической ситуации. Применение статистических и математических методов в этой сфере позволяет проводить аналитические исследования, осуществлять прогнозирование, изучать взаимное влияние показателей, а также использовать эти данные при проведении оценки распространенности потребителей алкоголя и наркотиков, оценивать медицинские, социальные, экономические потери общества.

Однако эта информация и эти методы, используемые в чистом виде, не позволяют оценивать истинную распространенность потребления ПАВ, выявлять причины и факторы, влияющие на изменение показателей и тенденций алко- и наркопотребления. Для изучения данных общественных процессов широкое применение в эпидемиологии нашли различные социологические и комбинированные методы, которые включают большой спектр количественных и качественных подходов [3].

Социологические методы. Опрос — это наиболее распространенная форма сбора данных в статистике, демографии, социологии, эпидемиологии. Опросы осуществляются различными способами. Наиболее распространенными из них являются групповое и индивидуальное анкетирование, а также телефонные, почтовые опросы, опросы по месту жительства [4].

Опросы широко применяются при проведении оценки ситуации с употреблением ПАВ, однако имеют серьезные ограничения при изучении «скрытых» популяций, в частности, таких как потребители наркотиков. Сведения о распространенности потребления нелегальных наркотиков, полученные при проведении опросов, в силу противоречивости моделей поведения, связанных с употреблением нелегальных веществ, как правило, являются заниженными, что уменьшает ценность проведения таких исследований. Однако проведение опросов в отношении легальных ПАВ (табака, алкоголя и др.) практикуется широко во всем мире [3].

Наряду с этим в международной практике используются опросы подростков, направленные на изучение распространенности и моделей употребления алкоголя, табака и наркотиков [5, 6].

Широко распространенным социологическим методом является интервьюирование. Интервью — это проводимая по определенному плану беседа, предполагающая прямой контакт интервьюера с респондентом. Как правило, интервьюирование — это способ получения качественных сведений. Качественные исследования подобного рода либо предваряют дальнейшие количественные исследования (опросы ключевых информаторов), либо углубляют знания о явлениях и процессах, полученные в результате количественных исследований (глубинные интервью). По технике проведения выделяют свободное, полустандартизированное, стандартизированное (формализованное) интервью; в зависимости от особенностей процедуры — клиническое и фокусированное; по способу организации — групповое (фокус-группы) и индивидуальное. Фокус-группа представляет собой качественный метод в социологии, заключающийся в организации исследования посредством сбора группы для обсуждения проблемы [4].

Клинико-эпидемиологические методы. Отдельно следует представить клинико-эпидемиологические методы, сочетающие принципы анкетирования (интервьюирования) и клинического обследования и лечения. В целом эта группа исследований направлена на выявление факторов, способствующих развитию или прогрессированию заболевания. Выделяют следующие основные варианты таких исследований.

Одномоментное исследование (кросс-секционное, поперечное, исследование распространенности) — изучает наличие или отсутствие заболевания, а также определяет факторы, способствующие развитию заболевания в популяции или выборке. В рамках таких исследований изучается взаимосвязь заболевания с другими характеристиками или факторами, существующими в определенной популяции в определенное время.

Когортное (лонгитудинальное) исследование — изучает вклад факторов в развитие или прогрессирование заболевания. В клиническом исследовании когорты — это группа обследуемых, отобранных по определенному исследователем признаку, которые периодически опрашиваются (обследуются) в течение определенного времени. При проведении когортного исследования формируется выборка пациентов (обследуемых), а также регистрируются (измеряются) показатели (переменные, факторы) у каждого обследуемого, которые могут повлиять на исход заболевания. Когортные исследования разделяют на проспективные и ретроспективные. К проспективным относятся те, в которых одномоментные исследования повторяются по единой методологии на одной и той же выборке. В ретроспективных исследованиях информацию о воздействии предполагаемого причинного фактора получают из анамнестических сведений, полученных от пациента, а также из историй болезни и других медицинских и немедицинских документов.

В исследованиях «случай–контроль» выделяется группа больных с определенным заболеванием (случай) и подбирается контрольная группа или группа без заболевания («контроль»). Взаимосвязь заболевания и фактора изучается сравнением групп «больных» и «здоровых» в соответствии с тем, как часто изучаемый фактор присутствует в этих группах. Если речь идет о факторе, который является количественной переменной, то измеряется уровень фактора в обеих группах.

Косвенные методы. Следующая группа методов — это косвенные методы, которые позволяют оценить распространенность употребления ПАВ, преимущественно нелегальных. Высокая латентность употребления наркотиков предопределяет то, что государственные информационные системы не в состоянии охватить это явление полностью. Недостаточно эффективны и стандартизированные социологические и статистические методы, обычно применяемые в рамках демографических и социологических обследований. Вследствие этого для исследования и оценки «скрытых» контингентов применяются специальные косвенные методы [1, 3], такие как:

- метод множительных коэффициентов — опорных показателей;
- метод двойного захвата (охвата);
- метод снежного кома и его варианты;
- сочетания косвенных методов (широко используются в эпидемиологии).

Эти методы дополняют систему оценки распространенности явления. Наиболее часто такие методы используются для проведения оценок распространенности наркотиков в относительно небольших популяциях, отдельных городах и муниципалитетах. Выборка городов и муниципалитетов, репрезентативных для региона в целом, позволяет проводить экстраполяцию на региональный и страновой уровень. Отличительной чертой этих методов является относительно невысокая точность, вследствие чего полученные результаты целесообразно верифицировать путем применения на одной и той же популяции нескольких исследований разными методами или с помощью проведения повторных исследований.

Химико-токсикологические методы на основе анализа сточных вод получили развитие и распространение в последние десятилетия за рубежом в качестве метода определения потребления табака, алкоголя, наркотиков в учреждениях (школах), поселениях, городах, а также в местах проведения массовых мероприятий. У нас в стране такие методы также начали применяться, появились эпидемиологические исследования, выполненные на основе анализа сточных вод.

Анализ сточных вод. Развитие методов аналитической токсикологии сделало возможным выявление специфических продуктов метаболизма алкоголя, табака, наркотиков и иных ПАВ, выделяемых потребителями с мочой и поступающих в очистные сооружения. Благодаря этому в последние десятилетия в различных странах получило распространение новое направление в эпидемиологии ПАВ, основанное на анализе сточных вод. В большинстве современных источников этот подход обозначают термином «эпидемиология на основе анализа сточных вод» (англ. Wastewater-based epidemiology, WBE, или Sewage-based epidemiology, SBE). Высокоэффективная жидкостная хроматография в сочетании с методами масс-спектрометрии обеспечивают выявление целевых соединений или специфических маркеров их метаболизма в стоках при концентрации порядка 9 г/л и ниже [7]. Этот подход в сочетании со специальными методами расчета позволяет оценить потребление лекарственных средств (ЛС), алкоголя, табака и незаконных наркотиков на душу населения в популяции по количеству их биомаркеров (аналитов) в стоках [8].

Развитая инфраструктура очистки сточных вод в городах позволяет создавать сети мониторинга употребления наркотиков на различных уровнях: здание или комплекс зданий, поселок, город, регион, страна. Во многих странах мира этот метод используется для оценки эффективности антитабачных, антиалкогольных, антинаркотических профилактических мер как на муниципальном, городском, так и на страновом уровне. Результаты анализа сточных вод могут быть частью исходных данных для долгосрочного наблюдения за злоупотреблением наркотиками в отдельных городах и поселениях, а также учебных заведениях. Поскольку метод позволяет получать количественные характеристики и проводить оценки числа потребителей на основе этих данных, то он способствует лучшему представлению об «истинной» ситуации с употреблением наркотиков и иных ПАВ среди населения, что позволяет использовать его для оценки эффективности профилактических мер [9–12].

Триангуляция в эпидемиологии и медицине — это метод, применяемый для верификации данных об одном и том же явлении, полученных из разных источников. Триангуляция наиболее целесообразна при проведении оценок численности потребителей алкоголя, наркотиков и иных ПАВ, поскольку осуждаемый обществом или нелегальный характер их потребления создает серьезные трудности при

их оценке социологическими, косвенными и иными методами. В области эпидемиологии наркотиков метод может быть использован для верификации данных, полученных методом социологического опроса или с применением косвенных методов.

Экономические оценки ущерба, связанного с употреблением ПАВ. Алкоголизм и наркомания являются острой социально-экономической проблемой как во всем мире, так и в России. Вредное употребление алкоголя и наркотиков имеет пагубные медицинские и социальные последствия не только для потребителя и его близкого окружения (семьи и родственников), но и для здоровья населения в целом и поэтому рассматривается в качестве одного из основных факторов риска заболеваемости, нетрудоспособности и смертности [13]. Наряду с этим чрезмерное употребление алкоголя и наркотиков наносит экономический ущерб обществу и национальной экономике в целом. Огромные издержки несет государство, расходуя значительные средства на оказание медицинской помощи людям, страдающим алкоголизмом и наркоманией, на обеспечение правопорядка и борьбу с преступностью, а также материальные потери, связанные с утратой трудовых ресурсов, снижением их качества, сокращением производства и производительности труда. Все это предопределяет необходимость проведения экономических исследований, посвященных оценке экономических потерь общества, связанных с употреблением алкоголя и наркотиков. Проведение оценок экономических потерь, связанных с избыточным потреблением алкоголя и употреблением наркотиков, способствует формированию более обоснованного, комплексного плана реализации концепции борьбы с алкоголизмом и наркоманией, выделению приоритетов в краткосрочной и долгосрочной перспективе.

Использование данных государственной статистики в России. Основным элементом большинства информационных систем, созданных с целью мониторинга употребления ПАВ, является отчетность о посещении наркологических лечебных учреждений. Своевременное включение сведений о медицинских и психиатрических услугах в информационные системы во многих регионах мира способствовало расширению охвата, повышению качества и сопоставимости данных благодаря регулярному сбору таких данных и применению стандартных диагностических критериев [1, 3].

В Российской Федерации в течение нескольких десятилетий существует система сбора данных о больных с наркологическими расстройствами на государственном уровне. Сбор данных и расчет показателей осуществляется в государственных специализированных учреждениях по единой унифицированной системе. Сведения, полученные на основании данных об обращаемости больных за наркологической помощью, используются для анализа основных тенденций распространенности и прогнозирования, в сравнительных исследованиях, а также при расчете «скрытых» контингентов потребителей наркотиков.

Данные федерального статистического наблюдения, которые собираются за большие промежутки времени, позволяют формировать динамические ряды однородных статистических показателей. Методы анализа динамических рядов широко применяются в медицинской статистике и мониторинге медицинских показателей. Формирование динамических рядов и их анализ позволяют выявлять основные тенденции заболеваемости, проводить анализ связей, а также формировать предпосылки к созданию более сложных математических моделей с целью прогнозирования динамики наркологической ситуации [2].

Для оценки наркологической ситуации используется ряд показателей, основанных на данных об обращаемости потребителей ПАВ за наркологической помощью [1].

Обращаемость — характеристика интенсивности обращений населения за медицинской помощью в лечебно-профилактические учреждения. К показателю

телям, характеризующим обращаемость, относят общую и первичную заболеваемость, а также интенсивность госпитализаций.

Общая заболеваемость (синонимы: учтенная распространенность, учтенная болезненность, болезненность) — показатель, отражающий распространенность заболевания среди населения на основе данных обращаемости в государственные специализированные медицинские учреждения. Этот показатель рассчитывают по числу зарегистрированных пациентов, обратившихся за наркологической помощью к психиатру-наркологу или психиатру в течение отчетного года.

Первичная заболеваемость — показатель, характеризующий обращаемость населения за наркологическими услугами впервые в жизни и первичное выявление пациентов с наркологическими расстройствами. Этот показатель рассчитывают по числу пациентов, обратившихся в специализированные (психиатрические и наркологические) учреждения впервые в жизни в течение отчетного года.

Показатель госпитализации — число пациентов, госпитализированных в стационарные специализированные организации наркологической службы, в расчете на 100 тыс. населения.

Показатели, характеризующие обращаемость, рассчитываются на 100 тыс. среднегодового населения соответствующего пола и возраста на основе официально публикуемых данных Росстата. Показатели используются для анализа по основным группам наркологических заболеваний, выделяемых в государственной отчетности: синдром зависимости от алкоголя (СЗА), включая алкоголизм и алкогольные психозы (АП), синдром зависимости от наркотиков (наркомания, включая опииную, каннабиноидную и иные формы зависимости), синдром зависимости от ненаркотических ПАВ, или токсикомания. В общее число наркологических расстройств включены также формы злоупотребления, протекающие без синдрома зависимости: употребление с вредными последствиями алкоголя, наркотиков и ненаркотических ПАВ.

Источник данных о зарегистрированных и впервые обратившихся пациентах — отчетная форма № 11 «Сведения о заболеваниях наркологическими расстройствами».

Источник данных о больных, получавших лечение в стационарных подразделениях наркологической службы, — отчетная форма № 37 «Сведения о пациентах, больных алкоголизмом, наркоманиями, токсикоманиями».

Ряд исследователей, изучающих проблемы, связанные с потреблением алкоголя, наркотиков и других ПАВ, высказывают некоторое недоверие к анализу, проводимому на основе материалов государственной статистики. Однако в большинстве случаев аналитическая работа, основанная на этих материалах, дает единственную возможность судить о тенденциях изменения ситуации. Следует отметить, что нигде в мире не существует подобной возможности получить статистические сведения о наркологической ситуации, собранные одновременно, с использованием единого учетного документа в различных регионах страны.

Начиная с 1992 г. врачи частной практики оказывают медицинскую помощь больным наркологического профиля и данные об этих больных в государственную статистику не представляют. Следовательно, показатели медицинской статистики содержат лишь сведения о больных, лечившихся и проходивших реабилитацию только в государственных учреждениях, поэтому показатели заболеваемости, основанные на этих данных, следует считать заниженными. В связи с этим все большее значение приобретают исследования, основанные на комплексном подходе к изучению эпидемиологии наркологических расстройств, использующие для характеристики проблемы косвенные и иные методы, а также данные из разных источников, что позволяет проводить мониторинг наркологической ситуации.

1.2. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ НАРКОМАНИЙ

Основные мировые тенденции распространенности потребления наркотиков

По оценкам Управления по наркотикам и преступности Организации Объединенных Наций (англ. United Nations Office on Drugs and Crime — UNODC), в 2019 г. 275 млн человек во всем мире в возрасте от 15 до 64 лет (или 1 из каждых 18 человек) хотя бы раз в течение года употребляли наркотики, при этом интервал неопределенности¹ составил от 175 до 374 млн чел. Это соответствует 5,5% (от 3,5 до 7,4%) населения мира в возрасте от 15 до 64 лет.

В период с 2010 по 2019 г. оценочное число потребителей любых наркотиков во всем мире увеличилось с 226 до 275 млн чел., или на 22%, отчасти это было связано с ростом мирового населения в возрасте 15–64 года, которое увеличилось на 10% (табл. 1.1, 1.2). Однако, принимая во внимание широкие интервалы неопределенности этих оценок и тот факт, что глобальные оценки представляют собой наилучшие имеющиеся данные за любой конкретный год, любое сравнение оценок следует проводить с большой осторожностью. Так, по оценкам UNODC, в 2018 г. 269 млн чел. (от 166 до 373 млн чел.) употребляли наркотики хотя бы 1 раз в году, что эквивалентно 5,4% (от 3,3 до 7,5%) населения мира в возрасте от 15 до 64 лет. Если предположить, что глобальная распространенность употребления наркотиков не изменится, то при рассмотрении только прогнозируемого роста населения мира общее число людей, употребляющих наркотики, увеличится к 2030 г. на 11%, то есть до 299 млн чел. Этот прогноз полностью отражает рост населения [14].

Каннабис [14] продолжает оставаться самым широко употребляемым наркотиком в мире. По оценкам UNODC, в 2019 г. почти 4% (от 2,8 до 5,1%) населения мира в возрасте от 15 до 64 лет хотя бы раз в течение года употребляли каннабис, что эквивалентно примерно 200 млн человек (от 141 до 256 млн чел.) (см. табл. 1.2).

Таблица 1.1. Оценка масштабов распространенности употребления основных групп наркотиков в 2010–2011 гг. (годовая распространенность, млн чел., и удельный вес в населении 15–64 лет, %) [UNODC, WDN (World Drug Report 2021 — Всемирный доклад о наркотиках, 2021)]

Категория	Всего	Каннабис	САР*	Экстази	Кокаин	Опиоиды**	Опиаты	ПИН***
Число потребителей, млн чел.	240	180,6	33,7	19,4	17,1	31,9	16,5	14,0
Min — max, млн чел.	167–315	129,1–230,3	14,3–53,2	10,1–28,8	13,9–20,7	27,6–36,4	13,0–20,0	11,2–22,0
Удельный вес, %	5,2	3,9	0,7	0,4	0,4	0,7	0,4	0,31
Min — max, %	3,6–6,9	2,8–5,0	0,3–1,2	0,2–0,6	0,3–0,5	0,6–0,8	0,3–0,4	0,24–0,48

* Стимуляторы амфетаминового ряда, за исключением экстази.

** Включая опиаты.

*** Потребители инъекционных наркотиков из общего числа потребителей наркотиков.

¹ Интервал неопределенности (англ. uncertainty interval) — получаемый на основе измерений параметра и оценки его неопределенности, накрывающий область возможных значений, которые обоснованно могут быть приписаны измеряемому параметру.