

## Эпидемиологическая характеристика психических и поведенческих расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, у детей и подростков в Архангельской области

- ЕРЕМЕЕВА А.А.** зав. детским наркологическим отделением  
ГБУЗ Архангельской области «Архангельский психоневрологический диспансер»,  
163000, Архангельск, пр. Ломоносова, 271; e-mail: annet708@yandex.ru
- СОЛОВЬЕВ А.Г.** д.м.н., профессор, зав. кафедрой психиатрии и клинической психологии  
Северного государственного медицинского университета,  
163000, Архангельск, Троицкий просп., 51; e-mail: ASoloviev1@yandex.ru
- НОВИКОВА И.А.** д.м.н., профессор, вед. науч. сотр. ЦНИЛ Северного государственного медицинского университета,  
163000, Архангельск, Троицкий просп., 51; e-mail: ianovikova@mail.ru

*Изучена эпидемиологическая характеристика психических и поведенческих расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ (ППР ПАВ), у детей и подростков в Архангельской области за период с 2001 по 2012 гг. Установлено, что показатели заболеваемости у детей в возрасте 0—14 лет (0,08—0,16%) ниже, а у подростков 15—17 лет (1,29—3,16%) — выше общероссийских. В структуре ППР ПАВ у детей и подростков Архангельской области преобладает употребление алкоголя с вредными последствиями с тенденцией увеличения доли этих расстройств в последние годы. Проведен анализ специфики оказания наркологической помощи несовершеннолетним, обоснована необходимость учёта распространённости и структуры ППР ПАВ в ранней профилактике.*

**Ключевые слова:** дети и подростки, психические и поведенческие расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ, эпидемиологическая характеристика, Архангельская область

### Введение

**П**сихические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ (ППР ПАВ) (F10—F19 по МКБ-10), являются социально значимыми заболеваниями [10]. Дети и подростки относятся к наименее адаптированным и социально не защищённым группам и несут на себе отпечаток общей социальной неопределённости, неуверенности и тревожности, в результате чего потребление ПАВ данной категорией населения выходит на первый план в ряду медико-социальных проблем [2, 7].

Несмотря на наблюдающийся в последние годы рост рождаемости, число детей в возрасте до 17 лет сократилось за последние 10 лет с 31,6 млн в 2003 г. до 24 млн в 2011 г. [12]. Структура населения Архангельской области по возрасту на начало 2009 г. характеризовалась более высокой долей детей и подростков — 18,8%, чем, в среднем, по РФ (18,4%) и по Северо-Западному федеральному округу (16,5%) [1].

В РФ остро стоят проблемы подросткового алкоголизма, наркомании и токсикомании, немедицинского потребления наркотических средств и психотропных и других токсических веществ детьми, особенно школьного возраста [6], несмотря на то, что в по-

следние годы наблюдается некоторое уменьшение этих показателей. Так, заболеваемость ППР ПАВ в РФ среди детей в возрасте 0—14 лет с 2005 г. по 2011 г. снизилась на 18,4%, однако уровень подростковой заболеваемости нестабилен и показатели выше, чем у взрослых [8].

В последние годы первостепенное значение приобретают раннее выявление лиц, употребляющих ПАВ, и проведение профилактических, психокоррекционных и реабилитационных мероприятий с учётом региональных условий [11, 13]. В связи с этим, необходимо более детальное изучение распространённости и особенностей течения ППР ПАВ среди детей и подростков для разработки алгоритмов превентивной наркологической помощи.

*Цель исследования* — выявление особенностей эпидемиологической характеристики ППР ПАВ у детей и подростков Архангельской области.

### Материалы и методы

Нами проведён анализ официальных годовых отчётов лечебно-профилактических учреждений, оказывающих наркологическую помощь на территории Архангельской области. Рассмотрены основные показатели болезненности и заболеваемости ППР ПАВ по нозологическим формам у детей и подростков

с 1999 по 2012 гг. Полученные показатели сопоставлены с данными официальной статистики распространённости ППР ПАВ [3, 4, 5]. Статистический анализ проводился с помощью программы SPSS 18.0; для оценки достоверности различий использовался критерий Фишера.

### Результаты и их обсуждение

Анализ болезненности ППР ПАВ, характеризующейся уровнем обращаемости к специалистам, оказывающим наркологическую помощь, в Архангельской области и по РФ (рис. 1) показал, что их распространённость в Архангельской области в разные годы составляла 1,9—2,5% среди населения, что сходно с общероссийскими показателями (2,1—2,4%).

С 1999 г. в Архангельской области отмечалось повышение болезненности ППР ПАВ с максимумом в 2007 г. и затем некоторое снижение, а в 2011 г. — вновь повышение показателей. Минимальные значения болезненности были зафиксированы в 2000 г. Показатели болезненности по наркологическим расстройствам были несколько ниже общероссийских в 1999—2002 гг. ( $p < 0,01$  —  $p < 0,001$ ), а в 2007 г. ( $p < 0,05$ ) и 2011 г. ( $p < 0,001$ ) они превышали федеральные. Несмотря на достаточно благополучные данные государственной статистики, реальная болезненность наркологическими заболеваниями гораздо выше. Значительное расхождение показателей связано, в первую очередь, с тем, что государственная статистика строится исключительно на данных, полученных по активной обращаемости наркологических больных только в государственные медицинские учреждения. Однако значительная часть пациентов обращается за медицинской помощью в негосударственные учреждения либо не обращается за медицинской помощью вообще [9].

Анализ болезненности ППР ПАВ детьми в возрасте 0—14 лет показал, что их распространённость в Архангельской области в разные годы составила 0,08—0,16%, что несколько ниже общероссийских показателей (0,21—0,27%). Показатель болезненности ППР ПАВ в Архангельской области в динамике с 1999 г. имел рост с максимумом в 2003 г., далее отмечалась некоторое снижение к 2005 г. и потом — вновь повышение (максимум в 2010 г.). Минимальные значения болезненности отмечались в 2005—2007 гг.

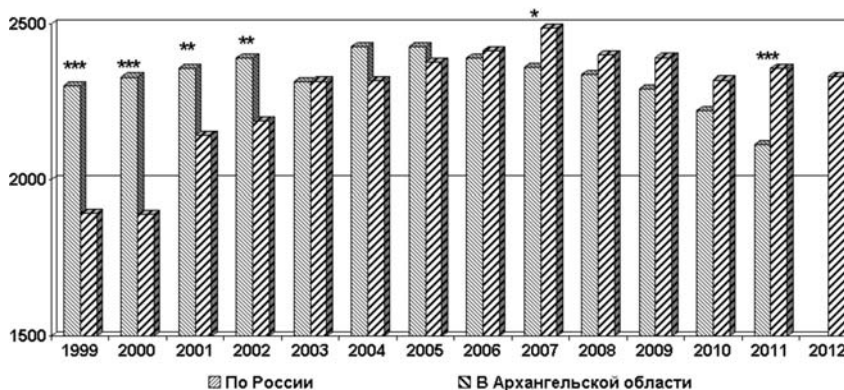


Рис. 1. Болезненность ППР ПАВ по России и Архангельской области (на 100 тыс. населения).

Здесь и на рис. 2—4 различия достоверны между показателя по России и по Архангельской области при \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$

и в 2012 г. В то же время, показатели болезненности по ППР ПАВ у детей 0—14 лет были ниже общероссийских ( $p < 0,01$  —  $p < 0,001$ ).

Распространённость ППР ПАВ среди подросткового населения (15—17 лет) (рис. 2) в Архангельской области в разные годы составляла 1,29—3,16%; в РФ эти показатели находились в диапазоне 1,71—2,47%. Обращает на себя внимание, что распространённость ППР ПАВ среди подростков выше, чем среди населения, в целом. В Архангельской области отмечалась волнообразная тенденция с пиками повышения показателей болезненности ППР ПАВ у подростков в 2001, 2008, 2011 гг. и максимумом в 2012 г., минимальные значения отмечены в 2004 г. Показатели болезненности по ППР ПАВ у подростков 15—17 лет были ниже общероссийских в 2003 г. ( $p < 0,05$ ), 2004 г. ( $p < 0,01$ ), 2009 г. ( $p < 0,05$ ) и выше — в 2007 г. ( $p < 0,05$ ), 2010 г. ( $p < 0,05$ ) и 2011 г. ( $p < 0,001$ ).

Заболеваемость ППР ПАВ (рис. 3) в Архангельской области была достоверно ниже общероссийской в 1999—2011 гг. ( $p < 0,05$ — $0,01$ ), что может свиде-

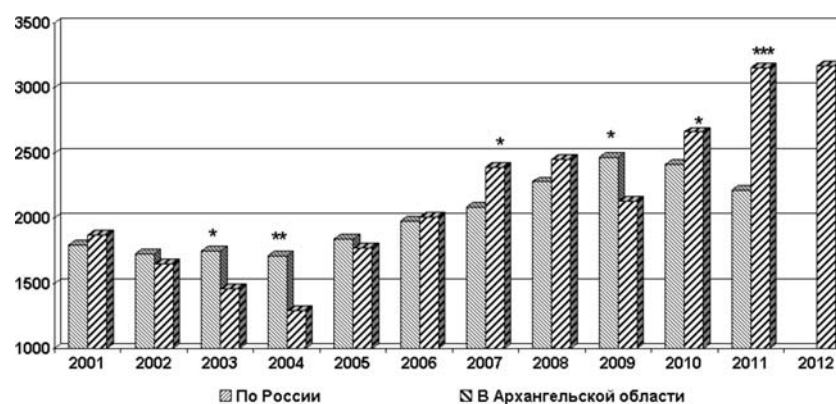


Рис. 2. Болезненность ППР ПАВ среди подростков в возрасте от 15 до 17 лет по России и Архангельской области (на 100 тыс. подросткового населения)

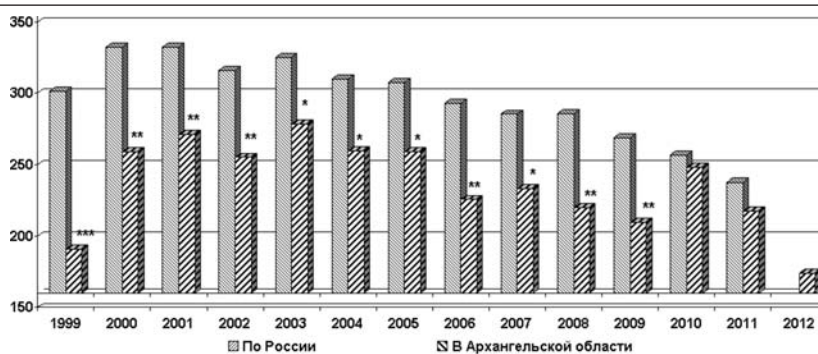


Рис. 3. Заболеваемость ППР ПАВ по России и Архангельской области (на 100 тыс. населения)

тествовать о позитивной тенденции с наркологической ситуацией в регионе, так как показатели заболеваемости как первичной обращаемости являются более наглядными. Полученные данные подчеркивают необходимость продолжения совершенствования превентивной наркологической помощи в регионе. Отмечен подъем заболеваемости ППР ПАВ в 2000—2003 гг., а самые низкие показатели наблюдались в 1999, 2009 и 2012 гг.

Среди детей 0—14 лет Архангельской области показатели заболеваемости ППР ПАВ были достоверно ниже общероссийских в 1999—2009 гг. ( $p < 0,05$  —  $p < 0,001$ ); максимальные значения отмечены в 2002 и 2010 гг., а самые низкие — в 2006 и 2007 гг.

Среди подростков показатели заболеваемости ППР ПАВ в Архангельской области (рис. 4) оказались достоверно ниже общероссийских в 2003—2009 гг. ( $p < 0,05$  —  $p < 0,001$ ) и выше федеральных — в 2010 ( $p < 0,01$ ) и 2011 гг. ( $p < 0,05$ ), что может свидетельствовать об улучшении раннего выявления подростков, употребляющих ПАВ, в последние годы. По заболеваемости наркологическими расстройствами у подростков отмечены самые высокие значения показателей в 2010 и 2011 гг., а самые низкие — в 2003, 2004 и 2009 гг.

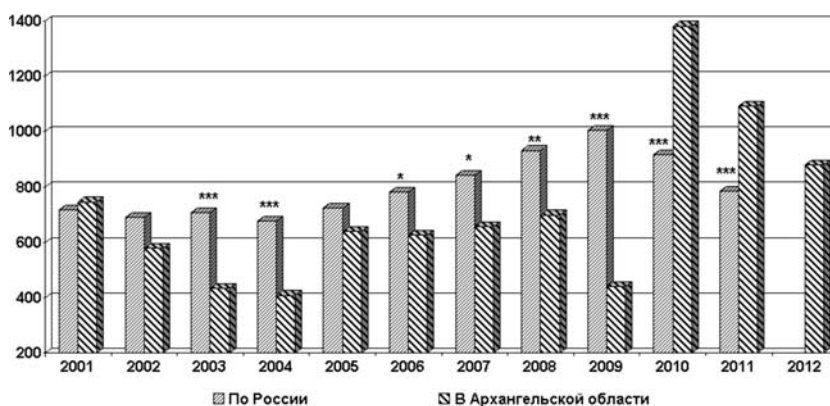


Рис. 4. Заболеваемость ППР ПАВ у подростков 15—17 лет по России и Архангельской области (на 100 тыс. подросткового населения)

По показателям болезненности и заболеваемости ППР ПАВ среди детей наблюдалась сходная динамика: отмечено увеличение их доли с пиками повышения болезненности в 2003 и 2010 гг. и заболеваемости — в 2002 и 2010 гг.

Уровень заболеваемости и её динамика в течение ряда лет является важнейшим показателем состояния здоровья и эффективности работы учреждений здравоохранения, основой планирования лечебно-профилактических мер. Показатель заболеваемости, в отличие

от болезненности, свидетельствует о динамических процессах, происходящих в здоровье населения, и является более предпочтительным для выявления причинных связей. В связи с этим, за основной критерий оценки нами был выбран уровень заболеваемости. С 2010 г. наблюдалась тенденция к снижению этого показателя среди детей в Архангельской области.

Анализ региональной структуры ППР ПАВ по заболеваемости показал, что чаще всего встречалось употребление алкоголя с вредными последствиями (41,2—70,7%), далее следовал синдром зависимости от алкоголя (26,6—51,9%). Как употребление наркотических веществ с вредными последствиями, так и употребление ненаркотических веществ с вредными последствиями встречались менее чем в 9% случаев (0,2—8,8 и 1,2—6,6% соответственно). Синдром зависимости от наркотических веществ (наркомания) и синдром зависимости от ненаркотических веществ (токсикомания) занимали менее 3% (0,3—2,9% и 0,1—1,5%).

В то же время, отмечено изменение структуры ППР ПАВ в динамике. Так, на долю алкоголизма в 2000—2001 гг. приходилось всего 27%, а на употребление алкоголя с вредными последствиями увеличивалась до 63—71%. В 2004, 2006 и 2009 гг. на-

блюдалась сходная тенденция: доля алкоголизма составляла 45—52%, а доля употребления алкоголя с вредными последствиями снижалась до 42%; доля употребления наркотиков с вредными последствиями и наркомании достигла максимума в 2009—2011 гг. (6,6—8,8%; 1,6—2,9%). С 2010 г. в структуре ППР ПАВ наблюдалась тенденция увеличения доли употребления ненаркотических веществ с вредными последствиями до 6,6%; синдрома зависимости от ненаркотических веществ (токсикомания) до 1,5%.



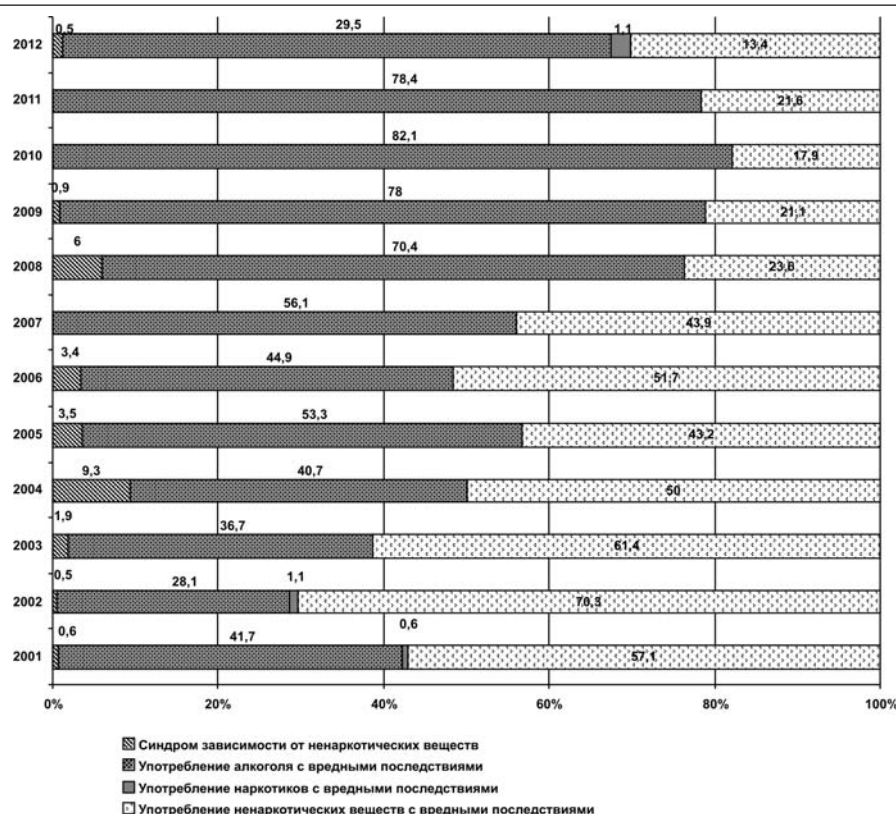


Рис. 5. Структура заболеваемости ППР ПАВ у детей 0—14 лет в Архангельской области, 2001—2012 гг. (%)

Анализ структуры ППР ПАВ по заболеваемости у детей 0—14 лет (рис. 5) показал, что чаще всего встречалось употребление алкоголя с вредными последствиями (28,1—82,1%), далее следовало употребление наркотических веществ с вредными последствиями (13,4—70,3%); в целом, имеет место тенденция увеличения доли употребления алкоголя с вредными последствиями. Употребление наркотических веществ с вредными последствиями наблюдалось лишь в 2001 г., 2002 г. и 2012 г. и составило менее 2,5%; синдрома зависимости от алкоголя у детей не отмечалось. Наркомания выявлена только в 2001 г. Случаев токсикомании у детей в 2007 и 2011 гг. не наблюдалось; в остальные годы доля токсикомании составляла от 0,5% до 9,3% с максимальными показателями в 2004 г. и 2008 г.

Анализ структуры ППР ПАВ по заболеваемости у подростков 15—17 лет (рис. 6) показал, что чаще всего встречалось употребление алкоголя с вредными последствиями (63,7—90,1%), далее следовало употребление наркотических веществ с вредными последствиями (6,5—30,1%). Употребление наркотических веществ с вредными последствиями составляло от 0,2% в 2006 и 2007 гг. до 3,3% — в 2012 г. Доля синдрома зависимости от алкоголя у подростков была менее 2,1%, а в 2012 г. данного расстройства не

наблюдалось. Наркомания отмечена в 2004—2007 и 2011 гг. (0,2—1%), а доля токсикомании в структуре ППР ПАВ у подростков достигла максимума в 2005 г. (4,8%).

Оценка, базирующаяся на информации государственной статистики, указывает только на «вершину айсберга», тем не менее, достаточно объективно отражает динамику эпидемиологической ситуации [12]. Эпидемиологическая характеристика ППР ПАВ у лиц детского и подросткового возраста должна учитываться при организации наркологической помощи данному контингенту больных.

Анализ специфики оказания наркологической помощи детям и подросткам, проживающим в Архангельской области, показал некоторые особенности. Самостоятельное обращение родителей детей и подростков наблюдалось менее, чем в трети случаев (27%). Как правило, пациенты детского и подросткового возраста обращались в наркологическую службу по направлению специалистов из территориальных комиссий по делам несовершеннолетних и защите их прав (до 45%), сотрудников управления внутренних дел при обнаружении фактов употребления подростками ПАВ и/или обнаружении их в состоянии интоксикации (до 15%), по направлению социальных педагогов школ и средних учебных заведе-

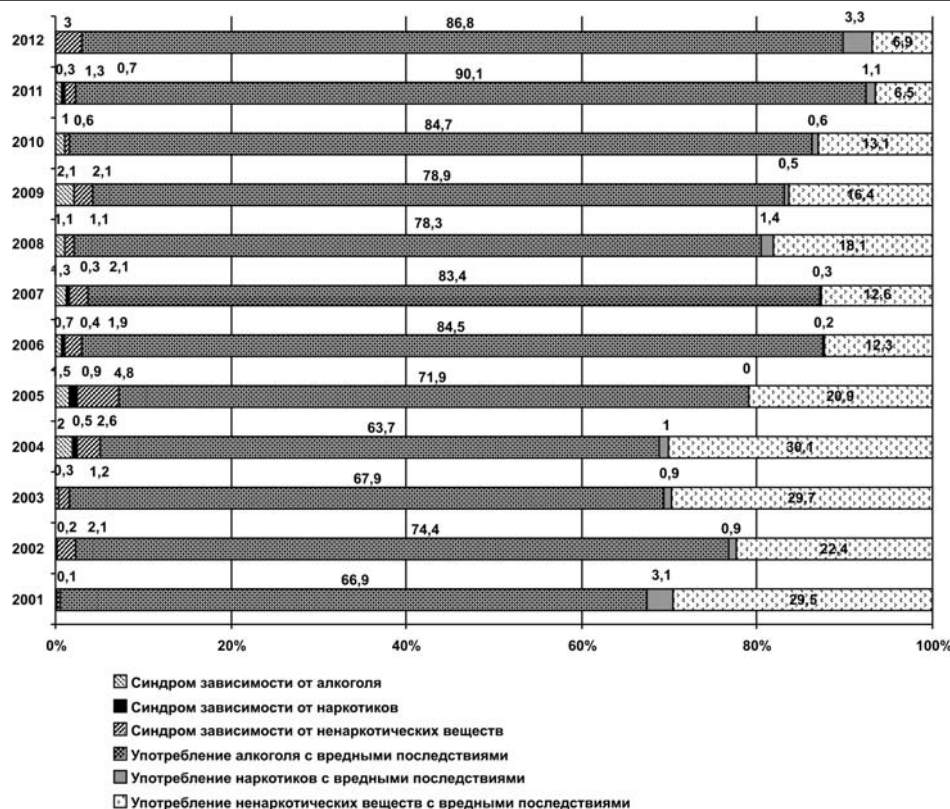


Рис. 6. Структура заболеваемости ППР ПАВ у подростков 15–17 лет в Архангельской области 2001–2012 гг. (%)

ний при подозрении на употребление ПАВ (до 10%) и врачей других специальностей — педиатров, врачей скорой помощи, психиатров (до 3%).

Лечебно-реабилитационная работа с пациентами наркологического профиля во многом связана с профилактикой. Если её проводить на ранней — донезологической стадии злоупотребления ПАВ, она способствует предотвращению привыкания к наркотикам и алкоголю и развития на этой основе более серьёзных медицинских и социальных последствий приёма ПАВ. Ранняя профилактика и раннее лечение — взаимосвязанные друг с другом процессы: только вместе они составляют основу «раннего вмешательства». Опыт показывает, что как бы хорошо ни были организованы медицинские превентивные мероприятия специалистами наркологической службы, если они проводятся в отрыве от других организаций и учреждений, работающих с детьми и подростками, и между ними нет преемственности, они будут носить ограниченный характер. В настоящее время система межведомственного взаимодействия при оказании наркологической помощи детям и подросткам в Архангельской области находится в стадии формирования; ведётся поиск более совершенных путей сотрудничества, улучшения имеющихся форм обмена информацией.

### Заключение

Результаты проведённого исследования показывают, что в Архангельской области показатели заболеваемости ППР ПАВ у детей в возрасте 0—14 лет ниже, а у подростков (15—17 лет) — выше общероссийских, особенно в последние годы; распространённость этих расстройств среди подросткового населения составила 1,29—3,16%. В структуре ППР ПАВ у детей и подростков Архангельской области преобладает употребление алкоголя с вредными последствиями с тенденцией увеличения доли этих расстройств в последние годы.

Выявленные нами данные о распространённости и заболеваемости ППР ПАВ среди лиц детского и подросткового возраста в Архангельской области подчёркивают необходимость совершенствования организации оказания превентивной наркологической помощи данной возрастной группе. Это особенно актуально в связи с поставленными Правительством РФ задачами в Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012—2017 гг. и Стратегии государственной антинаркотической политики РФ до 2020 г., где подчёркивается важность повышения эффективности превентивной наркологической помощи детям и подросткам.

## Список литературы

1. Дети в России. 2009: Стат. сб. / ЮНИСЕФ, Росстат. — М.: ИИЦ «Статистика России», 2009. — 121 с.
2. Каширская Е.А., Улезко Т.А., Нетреба И.А., Гаранина Л.А. Динамика и структура распространённости наркологических расстройств среди детского населения Астраханской области за 2000—2008 гг. // Наркология. — 2010. — №1. — С. 33—38.
3. Киржанова В.В., Сидорюк О.В. Показатели общей и первичной заболеваемости наркологическими расстройствами в Российской Федерации в 1999—2009 годах. Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации. ФГУ «Национальный научный центр наркологии». Росздрав. — М., 2010.
4. Кошкина Е.А. Заболеваемость психическими и поведенческими расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ, в Российской Федерации в динамике за 5 лет // Вопросы наркологии. — 2011. — №1. — С. 17—27.
5. Кошкина Е.А., Киржанова В.В., Вышинский К.В. и др. Социально-демографические и поведенческие особенности потребителей наркотиков и оценка их численности в городах Северо-Западного федерального округа // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 2012. — №2. — С. 51—57.
6. Кошкина Е.А., Павловская Н.И., Ягудина Р.И. и др. Медико-социальные и экономические последствия злоупотребления алкоголем в России. // Социальные аспекты здоровья населения. — 2010. — №2. — С. 3.
7. Менделевич В.Д., Казанцев С.Я., Менделевич Е.Г. Психиатрия и наркология / Под ред. В.Д. Менделевича. — М.: Издатель. Центр и Академия, 2005. — 368 с.
8. Михайлова Ю.В., Нечаева О.Б., Абрамов А.Ю. Эпидемиологическая ситуация по психическим и поведенческим расстройствам, связанным с употреблением психоактивных веществ, в Российской Федерации // Социальные аспекты здоровья населения. — 2012. — №4. — С. 8—11.
9. Пашкевич О.Е. Заболеваемость наркологическими расстройствами и совершенствование наркологической помощи в Кабардино-Балкарской Республике: Автореф. дисс. на соискание учёной степени к.м.н. — М., 2011. — 16 с.
10. Постановление Правительства Российской Федерации от 01.12.2004 г. №715 «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих». [Internet]. URL: <http://base.garant.ru/12137881/> (Дата обращения 28 апреля 2013 г.).
11. Указ Президента Российской Федерации от 9 июня 2010 года N 690 «Об утверждении Стратегии государственной антинаркотической политики Российской Федерации до 2020 года» [Internet]. URL: <http://gak.gov.ru>
12. Указ Президента Российской Федерации от 1 июня 2012 г. №761 «О Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012—2017 годы» [Internet]. URL: <http://минобрнауки.рф/пресс-центр/2571>
13. Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 года №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (в ред. Федеральных законов от 25.06.2012 N 89-ФЗ, от 25.06.2012 N 93-ФЗ).

## EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF MENTAL AND BEHAVIORAL DISORDERS DUE TO PSYCHOACTIVE SUBSTANCE USE AMONG CHILD AND ADOLESCENT POPULATION IN ARKHANGELSK REGION

EREMEEVA A.A.<sup>1</sup>, SOLOVIEV A.G.<sup>2</sup>, NOVIKOVA I.A.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Arkhangelsk Psychoneurologic Dispensary, 271 pr. Lomonosova, Arkhangelsk 163000

<sup>2</sup> Northern State Medical University, 51 Troitsky pr., Arkhangelsk 163000; e-mail: ASoloviev@nsmu.ru

The epidemiological characteristics of mental and behavioral disorders associated with substance use disorders (BPD SAW) in children and adolescents in the Arkhangelsk region for the period 2001 to 2012 was studied. The incidence in children aged 0—14 years (0.08—0.16%) is below, and in adolescents aged 15—17 years (1,29—3,16%) — is up of the nation wide. In the structure of SAW PPR surfactant in children and adolescents of the Arkhangelsk region dominated by the use of alcohol with harmful consequences to the trend increase in the share of these disorders in recent years. The analysis of the specific provision of drug treatment services to minors was done with the necessity of taking into account the extent and structure of the surfactant in the PPR of early prevention.

**Key words:** children and adolescents, mental and behavioral disorders due to psychoactive substances using, epidemiological characteristics, Arkhangelsk region