

Министерство здравоохранения и социального развития
Российской Федерации
Государственное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
Читинская государственная медицинская академия

Н.В. Говорин, А.В. Сахаров,
О.П. Ступина, И.В. Кичигина

Психическое здоровье призывного контингента

Чита
2011

УДК 616.89
ББК 56.14
Г 57

Рецензенты:

Е.В. Макушкин – д.м.н., профессор, главный внештатный детский специалист-эксперт психиатр Минздравсоцразвития России, заместитель директора по научной работе (Москва, Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского);

Н.К. Сухотина – д.м.н., профессор, руководитель отделения клинико-психологических проблем нарушений психического развития (Москва, Московский научно-исследовательский институт психиатрии МЗ РФ)

Говорин Н.В.

Г 57 Психическое здоровье призывного контингента / Говорин Н.В., Сахаров А.В., Ступина О.П., Кичигина И.В.– Чита: Экспресс-издательство, 2011.– 204 с.

ISBN 978-5-9566-0285-0

Монография посвящена изучению психического и наркологического здоровья подростков и призывников. Она содержит теоретические подходы к проблемам психического здоровья молодого поколения. В книге представлен анализ официальных источников о распространенности психических расстройств в данной возрастной группе, в том числе среди призывников Забайкальского края. Авторами представлены собственные данные изучения состояния психического и наркологического здоровья призывного контингента, а также проведена оценка факторной обусловленности психической патологии.

Монография адресована врачам-психиатрам, наркологам, психологам, организаторам здравоохранения, а также другим специалистам, сталкивающимся с вопросами здоровья подростков и призывников.

Рисунков 40, таблиц 53, библиография 295 наименований.

ISBN 978-5-9566-0285-0

УДК 616.89
ББК 56.14

© Говорин Н.В., Сахаров А.В., Ступина О.П., Кичигина И.В., 2011

Оглавление

Введение	4
Глава 1. Психическое здоровье молодого поколения в современных условиях: проблемы и пути решения	7
Глава 2. Заболеваемость и болезненность психическими и наркологическими расстройствами подросткового населения Забайкальского края	45
Глава 3. Распространенность и структура психической патологии у лиц призывного возраста	64
Глава 4. Состояние психического здоровья призывного контингента в Забайкалье по данным эпидемиологического исследования	79
4.1. Эпидемиологические и социальные характеристики призывников, признанных здоровыми	79
4.2. Клинико-эпидемиологические и социальные особенности призывников с психическими расстройствами	88
Глава 5. Факторная обусловленность психической патологии у призывного контингента Забайкальского края	104
Глава 6. Структура наркологической патологии, вызванной употреблением алкоголя, у лиц призывного возраста в Забайкалье ...	116
6.1. Клинико-динамические особенности и структура алкоголизации лиц, подлежащих призыву	116
6.2. Структура алкоголизации подростков призывного возраста с психическими расстройствами	152
Заключение	169
Список литературы	175

Введение

Состояние здоровья подрастающего поколения – важнейший показатель благополучия государства, не только отражающий настоящую ситуацию, но и дающий прогноз на будущее, т.к. социальная значимость здоровья молодежи обусловлена тем, что дети и подростки представляют собой ближайший человеческий потенциал общества.

Между тем, в начале третьего тысячелетия человечество столкнулось с рядом глобальных проблем, что не могло не отразиться на состоянии здоровья молодежи. Российская Федерация не является исключением, и данная проблема стала еще более актуальной в связи с дестабилизирующим влиянием социально-экономических преобразований, происходящих в нашем постсоветском обществе.

При этом особой социальной группой молодых людей следует считать призывников и служащих по призыву, ведь проблема изучения и сохранения здоровья призывного контингента в сложных условиях развития России имеет исключительное значение, поскольку напрямую связана с вопросами национальной безопасности и независимости страны.

Состояние здоровья юношей призывного возраста на современном этапе определятся возрастанием неблагоприятного воздействия социально-демографических и экономических факторов, резким ухудшением семейно-бытовых и морально-психологических условий жизнедеятельности, что обуславливает рост, в первую очередь, нервно-психической заболеваемости (Глушко Т.В., 2007; Казенных В.В., 2007).

Так, психические расстройства на протяжении последних лет стабильно занимают ведущее место в структуре заболеваний, послуживших причиной освобождения юношей от призыва на военную службу (в целом по стране – около 30%). Кроме того, среди причин увольнения из армии солдат срочной службы по состоянию здоровья психические расстройства также занимают первое место (Аксаков И.А., 2007; Кочанов М.Е., 2009).

Это подтверждают и данные эпидемиологических исследований, в которых отмечается увеличение количества лиц призывного возраста, освобожденных от военной службы в связи с пограничными психиче-

скими расстройствами, в структуре которых на первое место выступают поведенческие и эмоциональные нарушения, являющиеся внутренними условиями социальной дезадаптации (Семке А.В. и др., 2006, Глушко Т.В., 2007). Кроме того, в последние десятилетия отмечается рост агрессивности, усиление депрессивных проявлений, увеличение частоты алкоголизации, наркотизации, самоубийств и других форм саморазрушающего поведения среди детей и подростков (Литвинцев С.В. и др., 1999; Иванец Н.Н., 2001; Кошкина Е.А., 2007). При этом установлено, что употребление психоактивных веществ нарушает адаптацию лиц молодого возраста к изменяющимся социальным условиям и является предрасполагающим фактором к формированию нервно-психических заболеваний (Казенных В.В., 2007).

В результате, прирост впервые выявленных психических расстройств у подростков за последнее десятилетие составил 84,5% (Шелепов А.М. и др., 2005), при этом выявление данной патологии нередко происходит только при первоначальной постановке граждан на воинский учет (Агарков А.П., 2006; Куликов В.В. и др., 2007).

Следовательно, перед соответствующими специалистами военно-врачебных комиссий и психиатрических учреждений стоит серьезная задача, заключающаяся в проведении в короткие сроки не только первичной диагностики психических девиаций, но и их дифференциальной диагностики с вынесением обоснованного экспертного заключения.

В свою очередь, каждый регион Российской Федерации имеет свои особенности формирования психической патологии, отличается также и структура психических и наркологических расстройств и факторная обусловленность ее развития. Поэтому сложившаяся ситуация предполагает проведение клинико-эпидемиологических исследований с учетом специфических региональных особенностей с последующей разработкой на их основе комплекса мер и мероприятий, направленных на реализацию принципов превентивной психиатрии, социальную адаптацию, лечение и реабилитацию лиц призывного возраста (Кочанов М.Е., 2009; Погорелова Т.В., 2009).

Стоит отметить, что в настоящее время объективные и полные данные о состоянии психического здоровья подростков призывного возраста в Забайкальском крае отсутствуют. Нет информации о наиболее значимых факторах, оказывающих влияние на развитие психической патологии у данной когорты населения с учетом региональных особенностей.

Отсутствуют и достоверные сведения о сложившейся наркологической ситуации среди молодежи в нашем регионе, т.к. анализ материалов государственной статистики не дает полного представления о распространенности потребления психоактивных веществ среди подрастающего населения, а учитывает только обращающихся за медицинской помощью. В связи с этим, особую важность приобретают обследования отдельных групп населения в структуре субъекта РФ (Кошкина Е.А. и др., 2008).

Исходя из этого, мы попытались обобщить имеющиеся данные о состоянии психического здоровья призывного контингента, отразив при этом региональные особенности проблемы. Определенная часть издания посвящена нашим собственным исследованиям состояния психического и наркологического здоровья подростков и призывников.

Глава 1.

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ МОЛОДОГО ПОКОЛЕНИЯ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ: ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ РЕШЕНИЯ

Здоровье является одной из главных ценностей, как для отдельного человека, так и для общества в целом. В XIX веке немецкий философ А. Шопенгауэр писал: «Вообще, девять десятых нашего счастья основано на здоровье. При нем все становится источником наслаждения». Именно здоровье обеспечивает гармоничное развитие человека и готовность к разнообразной деятельности.

Существует множество определений понятия «здоровье». Наиболее известно определение Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в соответствии с которым здоровье – это состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезни или физических и психических дефектов.

По мнению Г.А. Апанасенко (2001), здоровье – динамическое состояние человека, которое определяется резервами механизмов самоорганизации его системы (устойчивостью к воздействию патогенных факторов и способностью компенсировать патологический процесс), характеризуется энергетическим, пластическим и информационным (регуляторным) обеспечением процессов самоорганизации, а также служит основой проявления биологических (выживаемость-сохранение особи, репродукция-продолжение рода) и социальных функций.

Принято выделять следующие **компоненты здоровья** (Петленко В.И., Давиденко Д.Н., 1998):

Соматическое – текущее состояние органов и систем органов человеческого организма.

Физическое – уровень развития и функциональных возможностей органов и систем организма. Основа физического здоровья – это морфологические и функциональные резервы клеток, тканей, органов и систем органов, обеспечивающие приспособление организма к воздействию различных факторов.

Психическое – состояние психической сферы человека. Основу психического здоровья составляет состояние общего душевного комфорта, обеспечивающее адекватную регуляцию поведения.

Сексуальное – комплекс соматических, эмоциональных, интеллектуальных и социальных аспектов сексуального существования человека, позитивно обогащающих личность, повышающих коммуникабельность человека и его способность к любви.

Нравственное – комплекс характеристик мотивационной и потребностно-информационной основы жизнедеятельности человека. Основу нравственного компонента здоровья человека определяет система ценностей, установок и мотивов поведения индивида в социальной среде.

При этом состояние здоровья подрастающего поколения – важнейший показатель благополучия государства, не только отражающий настоящую ситуацию, но и дающий прогноз на будущее. Ведь социальная значимость здоровья молодежи обусловлена тем, что дети и подростки представляют собой ближайший репродуктивный, интеллектуальный, экономический, социальный, политический и культурный потенциал общества.

Именно в детстве следует часто искать источник возникновения различий в здоровье взрослых. Состояние здоровья в ранний период жизни и социально-экономическое положение, в котором проживает ребенок, во взрослом возрасте оказывают существенное воздействие на его поведение (Lynch J.W. et al., 1997), антропометрические показатели (Blane D. et al., 1996), подверженность сердечно-сосудистым заболеваниям (Wamala S.P. et al., 2001), возникновение психических расстройств (Kuh D. et al., 2002; Power C. et al., 2002) и смертность (Smith G.D. et al., 1998).

По мнению Т.Б. Дмитриевой (1998), достаточно известная в отношении здоровья позиция ВОЗ применительно к детям и подросткам должна быть дополнена 3 критериями:

1. Здоровье – это прежде всего оптимальный уровень достигнутого развития – сомато-физического, психического и личностного, его соответствие хронологическому возрасту, так как замедление или ускорение развития требуют повышенного внимания специалиста – например, детского психолога или медицинского специалиста: педиатра, психоневролога, психиатра.

2. Здоровье – это его способность к формированию оптимальных адаптационных и компенсаторных реакций в процессе роста.

3. Здоровье – это его позитивная психическая и социальная адаптация, определенная толерантность к нагрузкам, сопротивляемость по отношению к неблагоприятным воздействиям (Сарториус Н., 1990).

Между тем, в начале третьего тысячелетия человеческое общество столкнулось с рядом глобальных проблем, обусловленных изменением ритма и образа жизни современного человека, информационными и психо-эмоциональными перегрузками, нарастанием экологической загрязненности, изменением характера питания и т.д. Это не могло не отразиться на состоянии здоровья детей и подростков.

Поэтому в Европейской стратегии здоровья и развития детей и подростков (2005) выделены семь основных направлений охраны и здорового развития детей и подростков. Это здоровье матерей и новорожденных, питание, инфекционные заболевания, травмы и насилие, окружающая среда, здоровье подростков, психосоциальное развитие и психическое здоровье (ЮНИСЕФ, 2010). Остановимся на некоторых из них.

Питание. Адекватное и здоровое питание продолжает оставаться важнейшим условием хорошего здоровья на всех этапах жизни. Неадекватное питание на самых ранних этапах развития часто оказывает воздействие на всю дальнейшую жизнь человека. Нынешнее неудовлетворительное питание значительной доли молодежи будет иметь негативные медицинские и экономические последствия в течение нескольких десятилетий. Среди этих последствий можно назвать ожирение, сердечно-сосудистые заболевания и некоторые виды новообразований, которые, как правило, появляются в молодом или среднем возрасте. Недостаточность питания может обуславливать задержки развития у детей дошкольного возраста (ЕРБ ВОЗ, 2003).

Семья как естественная среда жизнеобеспечения детей. Конвенция ООН о правах ребенка (1989) признает важность семьи как первичной социальной группы и естественной обстановки для роста и благополучия детей. При этом суть современной позиции состоит в том, что это не столько право над ребенком (подчинение родителям), сколько ответственность перед ребенком. Следует сказать, что динамика семьи продолжает характеризоваться негативными тенденциями – это снижение числа браков, увеличение доли детей у женщин, не состоящих в браке, значительное количество детей, которые пережили или переживают разводы и расторгнутые браки. Эти дети ощущают на себе патологизирующее воздействие стойких конфликтов, неуверенности, тревоги матери, хронического раздражения взрослых. У этих детей, несомненно, искажены условия социализации. Пребывание в острых или хронических, обусловленных стойким конфликтом, стрессовых ситуа-

циях ведет к тому, что у значительной части детей из таких дисфункциональных семей наблюдаются стойкие психосоматические расстройства (Дмитриева Т.Б, 1998).

Жестокое и пренебрежительное обращение с детьми. Статистика в этой области принимает угрожающий характер. Случаи пренебрежительного и жестокого обращения с детьми имеют место в каждой стране: 60% детей говорят, что дома им приходится сталкиваться с проблемами насильственного или агрессивного поведения. Насилие в рамках семьи и местных сообществ представляет собой растущую проблему здравоохранения, ведь нет никакого сомнения в том, что последствиями этого негативного явления жизни могут быть физические, сексуальные, репродуктивные, психологические и поведенческие нарушения, а также развитие хронических болезней (ЕРБ ВОЗ, 2003). Следует отметить, что проблема эмоционального пренебрежения к детям, «семейной» жестокости, включая устрашение ребенка, нанесение побоев, издевательство, вовлечение в асоциальное поведение – это самая тяжелая проблема по своим социально-психиатрическим последствиям (Дмитриева Т.Б, 1998).

Сексуальное здоровье. В подростковом возрасте наступает репродуктивная зрелость. С началом сексуальной активности наблюдается резкое повышение числа инфекций, передаваемых половым путем, которые отрицательно влияют на состояние репродуктивного здоровья молодежи в будущем. За последние пять лет частота гинекологических и андрологических болезней среди подростков увеличилась на 50%. Более половины подростков имеют заболевания, которые в дальнейшем могут ограничить реализацию репродуктивной функции (ЮНИСЕФ, 2010).

Ранний дебют половой жизни вызывает множество проблем, одной из которых является подростковая беременность. Некоторым девушкам выходом из этой ситуации представляется прерывание беременности. Распространенность аборт у подростков практически такая же, как у женщин фертильного возраста. Среди первобеременных аборт производят преимущественно подростки. У девочек моложе 15 лет более 80% беременностей завершаются аборт. По мнению экспертов, частота осложнений после абортов и материнская смертность у подростков выше, чем у женщин репродуктивного возраста. Все это негативно сказывается на состоянии репродуктивного потенциала (ЮНИСЕФ, 2010).

Рискованное поведение. Отрочество – это также период экспериментирования и бунта против любых форм власти. По мере взросления детей возрастает число несчастных случаев и непреднамеренных травм – в подростковом возрасте важнейшей причиной смерти являются несчастные случаи (ЕРБ ВОЗ, 2003).

Именно в этом возрасте могут сформироваться привычки употребления табака, алкоголя и наркотиков. В последнее десятилетие возросли показатели курения среди молодежи. От 60 до 70% молодых людей имели первый опыт с табакокурением в возрасте до 15 лет.

Каждая четвертая смерть среди подростков в европейском регионе связана с алкоголем: иными словами, в рамках региона употребление алкоголя – это один из причинных факторов гибели 55 000 подростков каждый год. Свыше половины 11-летних детей в большинстве стран сообщают о том, что они уже пробовали спиртные напитки. К 13 годам число попробовавших алкоголь выше среди мальчиков, чем среди девочек, однако к 15 годам это различие практически стирается. Большую обеспокоенность вызывают показатели сообщаемых случаев опьянения. Так, до 67% пятнадцатилетних подростков сообщают, что они были пьяными, по крайней мере, два раза. Злоупотребление алкоголем может быть как симптомом, так и причиной проблем психического характера. Оно часто ассоциируется с насилием среди молодежи и является существенным стрессогенным фактором на уровне семей и местных сообществ.

Психосоциальное развитие. Так же, как и взрослые, дети и подростки могут часто испытывать сильные эмоциональные потрясения. В ряде случаев последние являются одним из элементов нормального развития, в других случаях они могут служить предвестниками психического заболевания. В настоящее время пять из десяти ведущих причин инвалидности – это психические расстройства.

В Европейском регионе в целом постоянно растут показатели заболеваемости и смертности, связанной с проблемами психического здоровья. Важными причинными факторами являются, в частности, стрессы, депрессия и сформировавшаяся зависимость. Разрушение традиционных социальных и семейных структур, особенно в странах, переживающих серьезные социальные, политические и экономические перемены, также способствует повышению уровней психических болезней. В настоящее время от 10 до 20% детей страдают от одной или нескольких проблем психического или поведенческого характера (ЕРБ ВОЗ, 2003).

Что касается Российской Федерации, то помимо неблагоприятных изменений, происходящих во всех странах мира, в нашей стране в последние десятилетия произошли резкие социально-экономические потрясения, которые оказались драматичными для здоровья населения, в том числе и для подрастающего поколения. Так, по оценке экспертов, принимавших участие в 52-й Всемирной ассамблее здравоохранения (Женева, 1999), ухудшение состояния здоровья населения России не имеет прецедентов в индустриально развитых странах в мирное время. Данные ЮНИСЕФ (2006) показывают, что тенденции общественного здоровья подростков (демографические показатели, заболеваемость и смертность) в разных странах СНГ и Восточной Европы имеют сходную динамику, а последствия рискованного поведения существенно худшие, чем те, которые характерны для их сверстников на Западе (Баранов А.А., 2003).

В XX веке Российская Федерация столкнулась с **демографическим кризисом** – население страны ежегодно уменьшалось в среднем на 700 тысяч человек. Численность населения сокращалась, начиная с 90-х годов прошлого века, из-за превышения уровня смертности над уровнем рождаемости (рис. 1.1).

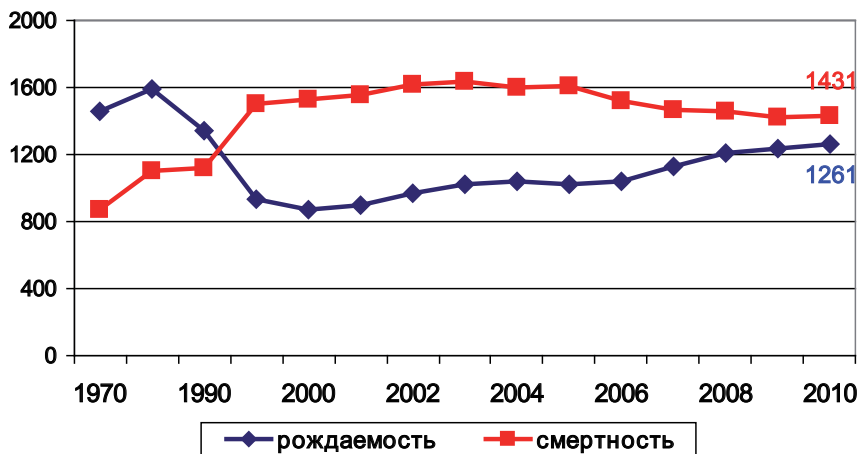


Рис. 1.1. Рождаемость и смертность в РФ (на 100 тыс. населения)

Только в последние годы наметилась положительная тенденция с рождаемостью (хотя за последние десять лет в стране родилось на 6 млн. детей меньше, чем в предыдущее десятилетие).

Демографические показатели Российской Федерации продолжают отставать от показателей развитых стран. Прежде всего это касается материнской и младенческой смертности, ожидаемой продолжительности жизни при рождении (ЮНИСЕФ, 2010).

По экспертным оценкам численность женщин репродуктивного возраста (15–49 лет) в перспективе будет стабильно снижаться. Так, если в 2009 году численность этой категории женщин составляла 38,1 млн., то в 2011 году она составит 36,36 млн., в 2015 году – 35,38 млн., 2020 году – 34,02 млн., 2025 году – 33,26 млн. При этом численность женщин 20–29 лет, на которую приходится 65% всех рождений, уменьшится с 12,2 млн. в 2010 году до 7,0 млн. в 2025 году. Эта динамика явится важным фактором ограничения числа родившихся в перспективе. При всех вариантах изменения численности населения Росстат прогнозирует в 2025 году сокращение числа родившихся и отрицательный естественный прирост населения.

Продолжает сокращаться число детей в возрасте от рождения до 17 лет включительно: с 31,6 млн. в 2002 году до 25,4 млн. человек в 2009 году. Численность детей подросткового возраста 15–17 лет сократилась почти на 30%: с 7543 тыс. человек в 2000 году до 5274 тыс. человек в 2008 году (ЮНИСЕФ, 2010).

Кроме неблагоприятных демографических показателей в нашей стране, уже давно вызывает тревогу **состояние здоровья подрастающего поколения**.

Можно выделить две проблемы в этой области. Первая заключается в том, что подавляющее большинство детей является уже с детства нездоровыми (в настоящее время рождаются больными или заболевают 40% новорождённых, в то время как в 1990 году этот показатель был равен 15%), что обусловлено устойчивой тенденцией ухудшения здоровья женщин, ростом патологии беременности и родов. Вторая проблема связана с тем, что на протяжении всего жизненного цикла ребенка происходит интенсивное падение потенциала его здоровья (Кислицина О., 2008).

Так, в резолюции XIV Конгресса педиатров России (Москва, 2010) отмечено, что если заболеваемость детей в возрасте до 14 лет с 2000 года

увеличилась на 8,5%, то среди детей в возрасте 15–17 лет рост составил 69,5%. У детей подросткового возраста отмечается преимущественный рост хронической патологии, доля которой в структуре всех нарушений здоровья в настоящее время превышает 30%.

Согласно усредненным данным, практически здоровыми можно признать не более 10% нынешних школьников. Выявлена ежегодная тенденция роста хронической заболеваемости школьников со среднегодовым темпом 5,84%. За время обучения в школе число здоровых детей уменьшается в 4 раза, число близоруких детей увеличивается с 1 класса к выпускному с 3,9 до 12,3%, с нервно-психическими расстройствами – с 5,6 до 16,4%, с нарушениями осанки – с 1,9 до 16,8%.

По данным специалистов НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков, в последние годы наметились следующие негативные тенденции (www.slowwwenia.ru):

- значительное снижение числа абсолютно здоровых детей (их остается не более 10–12%);
- стремительный рост числа функциональных нарушений и хронических заболеваний, которые регистрируются более чем у 50–60% школьников;
- резкое увеличение доли патологии органов пищеварения, опорно-двигательного аппарата, почек и мочевыводящих путей;
- увеличение числа школьников, имеющих несколько диагнозов;
- в структуре патологической пораженности современных школьников, наряду с соматическими заболеваниями, ведущее место стали занимать психические расстройства (за счет невротических расстройств) и имеется выраженная тенденция их роста к моменту окончания школы, в настоящее время нервно-психические отклонения диагностируются примерно у 17% школьников.

Прямое влияние на демографические процессы оказывает состояние репродуктивного здоровья детей и подростков, вступающих в фертильный возраст. То, как впоследствии будет развиваться демографическая ситуация в России, в очень большой степени зависит от социологических и психологических характеристик, ценностных ориентаций и предпочтений современных подростков.

Подростковый период характеризуется несоответствием темпов и сроков физического и социального созревания. Эмоциональные и психические переживания, изменения нервной и эндокринной систем

в период полового созревания имеют большое значение в развитии нарушений репродуктивной функции. На фоне снижения индекса общего здоровья особую актуальность приобретает проблема беременности в юном возрасте.

Несмотря на то, что России удалось добиться определенных успехов в снижении числа абортот среди девочек подросткового возраста, Российская Федерация по-прежнему сохраняет лидерство в Европе по таким показателям, как количество рождений и абортот у матерей в возрасте до 20 лет (ЮНИСЕФ, 2010).

Таким образом, в современных условиях социально-экономических преобразований, характеризующихся значительным ухудшением состояния здоровья населения в целом и конкретно детско-подросткового его контингента в частности, становится очевидной необходимость решения важнейшей государственной задачи – улучшения, сохранения и поддержания высокого уровня здоровья детей и подростков (Гайдаров Г.М., 2005; Долгих В.В., 2005).

Как было уже ранее сказано, одной из важных составляющих здоровья является здоровье психическое.

Термин **«психическое здоровье»** был введен Всемирной организацией здравоохранения в 1979 году. Эксперты ВОЗ определили психическое здоровье как определенный резерв сил человека, благодаря которому он может преодолевать неожиданные стрессы или затруднения, возникающие в исключительных обстоятельствах.

Психическое здоровье рассматривается также как состояние, способствующее наиболее полному физическому, умственному и эмоциональному развитию человека. Это состояние благополучия, при котором каждый человек может реализовать свой собственный потенциал, справляться с обычными жизненными стрессами, продуктивно и плодотворно работать, а также вносить вклад в жизнь своего сообщества (Шмаонова Л.М., 1990).

Психическое здоровье включает в себя высокое сознание, развитое мышление, большую внутреннюю моральную силу, побуждающую к созидательной деятельности; это состояние равновесия различных психических свойств и процессов, умение ими владеть, адекватно использовать и развивать, что позволяет человеку гармонично функционировать в социуме.

Стоит отметить, что в последние десятилетия происходит интенсивное переосмысление значимости категории «психическое здоровье» в контексте основных проблем, с которыми сталкивается человечество (Катков А.Л., 1998). В частности, перед обществом встают не столько проблемы биологического, социального, системного, экономического, экологического кризисов, сколько проблема единого кризисного синдрома, в основе которого лежит глубокая деформация духовного здоровья общества, его целей, культуры, морали, системы ценностей (Massorovic M., Pestel H., 1974).

При этом никакие конструктивные социальные процессы, профилактические программы в здравоохранении не могут быть успешными, если не изменится понимание значимости психического здоровья для общества, которое остается весьма низким (Сарториус Н., 1990; Царгородцев А.Д., 1996). Ведь наиболее острые проблемы современности: насилие, самоубийства, распространение аддикций – являются прямым следствием снижения уровня психического здоровья населения.

Можно с достаточной степенью уверенности предположить, что ухудшение психического здоровья под воздействием переживаемых трудностей будет настолько выраженным, что это приведет к стремительному росту показателей заболеваемости по профилю психических расстройств (Катков А.Л., 1998). В этой связи управление психическим здоровьем населения выводится в разряд приоритетных задач современности (Петраков Б.Д., 1995). Именно поэтому разрабатываются новые научно-практические направления, такие, как социальная психиатрия (Дмитриева Т.Б., 1995), экологическая психиатрия (Пивень Б.Н., 1995; Говорин Н.В., Злова Т.П., 2007), превентивная психиатрия (Семке В.Я., 1996), культуральная психиатрия (Положий Б.С., 1997). Все эти шаги требуют создания новых подходов и концепций как в области психогигиены и психопрофилактики, так и в области комплексной, интегральной оценок психического здоровья, в том числе экономической (Катков А.Л., 1998).

Подтверждением сказанного является рост показателей распространенности всех психических болезней почти во всех странах мира (за последние 45 лет они выросли в 10 раз), выявленный на основе подробного анализа материалов ВОЗ, национальных статистических и клиничко-эпидемиологических материалов. Это относится как к экономически развитым странам, так и к Российской Федерации (Щепин О.И., 1998).

При этом в структуре психических заболеваний отмечаются относительно низкие уровни и незначительный рост показателей распространенности психозов (всего в 3,8 раза за все XX столетие) и самые высокие уровни распространенности и показатели роста для неврозов (рост в 61,7 раза), алкоголизма (рост в 58,2 раза) и психического недоразвития (в 30 раз), эти тенденции характерны как для взрослого населения, так для детей и подростков.

Именно состояние психического здоровья детей, особенно детей старшего подросткового возраста, вызывает серьезную тревогу.

Конечно, многие авторы (Махнев М.В. и др., 2000; Гурьева В.А., 2001; Олейчик И.В. и др., 2002; Нурмагамбетова С.А., 2003; Счастливый Е.Д. и др., 2006; Демчева Н.К., 2006; Логунцева А.Е., 2008; Hazell P. et al, 1995; Weller R.A., Weller E.B., 2000) указывают на очень тесную взаимосвязь в молодом, подростковом возрасте между психическим здоровьем и психобиологическими особенностями этого периода жизни (пубертатный криз, активная перестройка организма, незавершенность онтогенетического развития и морфофункционального созревания как центральной, так и вегетативной нервной системы, недостаточная сформированность эмоциональной и интеллектуальной сфер личности в условиях интенсивной социализации).

Так, А.Е. Личко (1985) объясняет именно особенностями подросткового возраста бурное формирование психопатий и психопатоподобных состояний, учащение психогенных реакций и невротических развитий, дебютирование других психических заболеваний и возникновение декомпенсаций ранних резидуально-органических состояний.

Б.В. Зейгарник и Б.С. Братусь (1980) делают акцент на важную особенность развития личности в подростковом возрасте, которая заключается в более эмоциональном восприятии ситуации, когда во многих случаях можно видеть отдельные признаки психопатоподобного реагирования. С точки зрения психологии, этап взросления – это приспособление личности ребенка к половозрастному статусу с совокупностью индивидуальных процессов, связанных с переживанием соматических изменений, с необходимостью адаптации к ним, а также социальными реакциями на них (Райс Ф., 2000).

Н.А. Мазаева (2005) выделяет некоторые наиболее общие особенности, характеризующие психическую патологию у подростков:

- синдромальная незавершенность и рудиментарный характер симптоматики, выводимые из психической незрелости подростков;
- в подростковом возрасте, как правило, происходит редуцирование типичных для более ранних периодов так называемых специфических синдромов (энурез, тики, заикание) и поведенческих расстройств;
- «повзросление» клинической картины болезней;
- значительное преобладание в подростковом контингенте больных мужского пола (в 3–5 раз), что подтверждает точку зрения о большей уязвимости и подверженности психическим нарушениям в раннем возрасте лиц мужского пола.

В тоже время, современное подрастающее поколение переживает беспрецедентный период чрезвычайных перемен и неопределенности и плохо подготовлено к тому, чтобы противостоять возникающим проблемам. Эксперты ВОЗ считают, что причина 70% случаев преждевременных смертей среди взрослых связана с поведенческими факторами, приобщение к которым происходит в подростковом возрасте (ЮНИСЕФ, 2010).

Статистика. По данным ВОЗ (2001), в развивающихся странах 4,6% подростков страдают тяжелыми формами умственной отсталости, тогда как в странах с развитой экономикой это показатель колеблется между 0,5–2,5%. В США от 17 до 22% детей и подростков имеют проблемы развития, психического реагирования и психоэмоциональные расстройства; 7,7 млн. детей и подростков нуждаются в психологической и психиатрической помощи (WHR, 2000). В Египте депрессивные расстройства выявлены у 10% школьников, а уровень тревожных состояний среди старшеклассников достигал 17%.

Murray Ch.J.L., Lopez A.D. (1996) отмечают повсеместный рост выявляемости депрессий среди молодых людей. Английские ученые высказывают свою настороженность в отношении того, что даже среди внешне социально-адаптированных подростков относительно высока скрытая делинквентность (Baldry A.C., Winkel F.W., 2001; Farrington D.P., 2001; Romero E. et al., 2001).

Примерно два миллиона молодых людей в Европейском регионе (ВОЗ) страдают психическими расстройствами – от депрессии до шизофрении – и многие из них не получают какой-либо помощи или лечения.

В подростковом возрасте значительно возрастает распространенность суицидального поведения (Gould M.S., Kramer R.A., 2001). В последние 15–20 лет рост самоубийств среди подростков и юношей внушает серьезные опасения. По данным ВОЗ, количество суицидов среди лиц в возрасте 15–24 лет в последние 15 лет увеличилось в два раза и в ряду причин смертности во многих экономически развитых странах стоит на 2–3-м месте. За последние 10 лет во Франции число самоубийств среди подростков утроилось, в Польше распространенность суицидов среди подростков и юношей увеличилась в 4 раза. В США количество самоубийств в возрастной группе 15–19 лет за этот же период удвоилось (Юрьева Н.М., 2001).

Современное состояние психического здоровья подростков в Российской Федерации отражает общемировые тенденции, при этом отличаясь некоторыми, в основном неблагоприятными, особенностями (Баранов А.А., Щеплягина Л.А., 2003; Работкин О.С., 2004). По данным Всероссийской диспансеризации детей (2002) у подростков от 15 до 18 лет темпы роста заболеваемости за 10 лет были в 2 раза выше, чем среди детей от 0 до 14 лет. За этот период заболеваемость подростков от 15 до 18 лет возросла в 1,7 раза, распространенность – в 1,2 раза. Численность подростков с умственной отсталостью выросла на 87,6%, с психозами – на 48,6%, непсихотическими расстройствами – на 43,4%.

По данным Е.Д. Дедкова (2003), в период с 1997 по 2001 гг. распространенность пограничных психических расстройств выросла в нашей стране на 31,1%, а первичная заболеваемость – на 84,5%. В других источниках приводится увеличение нервно-психических расстройств среди подростков за этот же временной период на 10–11% (Гурович И.Я. и др., 2000; Мазаева Н.А. и др., 2004; Шелепов А.М. и др., 2005).

За период с 2000 по 2006 гг. показатель общей заболеваемости психическими расстройствами подростков еще увеличился на 18,7%; с 2006 по 2007 гг. отмечено уменьшение общей заболеваемости психическими расстройствами на 0,8% (Пронина Л.А., 2009). Абсолютное число зарегистрированных подростков с поведенческими расстройствами в РФ за восемь лет увеличилось в 1,5 раза. С 2000 до 2005 гг. этот показатель неизменно рос и достиг увеличения на 35,1%, а с 2006 года снизился на 1,3%.

В целом в России за период 2000–2009 гг., можно констатировать негативные тенденции в состоянии психического здоровья детей и подростков (Чуркин А.А., Творогова Н.А., 2009).

За этот десятилетний период в Российской Федерации произошло значительное увеличение контингента подростков с психическими расстройствами, состоящего под диспансерным и консультативным наблюдением. Наибольший рост (в 2,5 раза) произошел за счет пограничных форм нервно-психических расстройств (Васильева Н.А., 2009).

При анализе показателей впервые выявленных психических расстройств у подростков отмечен еще больший рост, чем в контингенте состоящих на учете. За 2000–2009 гг. общее число подростков с впервые выявленными психическими расстройствами увеличилось в Российской Федерации в 1,5 раза. В рамках основных нозологических форм самый большой рост выявлен в группе пограничных нервно-психических расстройств – в 3,3 раза. Наибольших значений показатели общей заболеваемости психическими расстройствами достигают в подростковом и юношеском возрастах (Чуркин А.А., 2009). Так, распространенность нервно-психических расстройств среди школьников составляет 70–80%. От 20 до 50% подростков имеют ограничения в выборе профессии по состоянию здоровья (Северный А.А. и др., 1999; Баранов А.А., 2000; Попова Н.М., 2008; Агарков А.А., 2010).

Если рассматривать последние пять лет, то частота психических расстройств и расстройств поведения среди детей в возрасте до 14 лет снизилась в РФ на 4,2%, а среди 15–17-летних произошел рост этого показателя (ЮНИСЕФ, 2010).

Это подтверждается данными А.А. Чуркина (2010): за период с 2006 по 2009 гг. показатель общей заболеваемости психическими расстройствами снизился в группе 0–14 лет и увеличился в группе 15–17 лет. В 2009 году на первом месте наиболее высокий показатель общей заболеваемости отмечался в группе 18–19-летних – 5 281,0 на 100 тыс. человек населения (5,3% населения данной возрастной группы); по сравнению с 2006 годом (4 277,4) показатель увеличился на 23,5%. На втором месте уровень общей заболеваемости среди подростков – 4 584,7 (в 2006 году – 4 263,4), увеличение за год на 7,5%. На третьем месте общая заболеваемость психическими расстройствами у детей – 3 261,9 (в 2006 год – 3 338,9), снижение на 2,3%.

Таким образом, наиболее высокие уровни общей заболеваемости, приходящиеся на детско-подростковые и юношеские возраста и затрагивающие от 3,3 до 5,3% населения данных возрастных групп, требуют самого пристального внимания к развитию детско-подростковой психиатрии.

Что касается заболеваемости, то у детей в 2009 году, в сравнении с 2006 годом, первичная заболеваемость снизилась с 674,7 до 664,7 на 100 тыс. населения (на 1,5%). У подростков заболеваемость возросла с 528,1 до 536,1 на 100 тыс. населения, или на 1,5%. У юношей и девушек 18–19 лет первичная заболеваемость увеличилась в наибольшей степени – с 513,0 до 560,2 на 100 тыс. населения – на 9,2%.

Распределение показателей первичной заболеваемости по ранговым местам имеет свои особенности. На первом месте по уровню первичной заболеваемости находится группа детей (664,7 на 100 тыс. населения); на втором месте – юноши и девушки 18–19 лет (560,2 на 100 тыс. населения), на третьем месте – подростки 15–17 лет (536,1 на 100 тыс. населения).

Следовательно, уровень первичной заболеваемости психическими расстройствами наиболее высокий у детей, несколько меньше уровень заболеваемости у юношей и девушек 18–19 и подростков 15–17 лет (Чуркин А.А., 2010).

В отдельных регионах нашей страны отмечается более выраженное увеличение показателей заболеваемости, в сравнении с общероссийскими, особенно это касается восточных регионов Сибири (Положий Б.С., 2006; Агарков А.А., 2010).

Так, в Алтайском крае показатель заболеваемости психическими расстройствами среди подростков в 2000 году был выше в 1,5 раза аналогичных данных по РФ, а показатель первичной заболеваемости – в 2,4 раза выше. По данным Голдобиной О.А. (2002), в вышеуказанном регионе за 10-летний период (1991–2000 гг.) наблюдалось увеличение распространенности расстройств личности в 4,1 раза, реактивных состояний – в 2,4 раза. При этом, по мнению авторов, цифры официальной статистики не отражают истинной картины и выявляемость нервно-психических заболеваний при проведенных специальных исследованиях возрастает в 10 раз.

По данным В.Я. Семке (2004), в возрастной группе подростков количество имеющих психическую патологию по Сибирскому Федерально-

му округу на 2003 год составило около 43 тыс. человек, причем наибольший процент принадлежал группе диспансерного наблюдения. 70% территорий восточного региона имели от 288 до 439 больных подростков на 100 тыс. населения. По данным Н.А. Васильевой (2010), за последние 10 лет в Томской области отмечается тенденция к росту показателей заболеваемости психическими расстройствами среди подросткового населения: с 830,0 в 1999 году до 1667,1 на 100 тыс. населения в 2008 году. Так, заболеваемость психическими расстройствами у детей и подростков в Томской области в 2009 году превышала аналогичные показатели по РФ в 1,8 раза (Семке В.Я., Агарков А.П., 2010). При этом О.Н. Логунцова (1995) в своих исследованиях установила, что в психоневрологическом диспансере состоит на учете всего лишь 20% из реального числа больных. По мнению А.В. Семке (2006), приведенные отчетные цифры занижены в сравнении с реальной ситуацией на местах.

Например, Н.М. Попова (2004), проведя сплошное клинико-эпидемиологическое исследование, обнаружила у 45,5% учащихся ПТУ преходящие нарушения предболезненного характера. При этом среди юношей наблюдалась значительная выраженность вытесняемой тревоги, что проявляется в поведенческих отклонениях и саморазрушающем поведении.

В Забайкальском крае за последние 10 лет структура заболеваемости подросткового населения изменилась в сторону роста психических расстройств непсихотического характера и в течение последних трех лет в целом стала соответствовать показателям РФ (Ступина О.П., Говорин Н.В., 2009). Уровень заболеваемости психическими расстройствами непсихического характера за анализируемый период имел явную тенденцию к стремительному росту (2000 год – 128,5 на 100 тыс. населения; 2006 год – 717,4 на 100 тыс. населения). Заболеваемость же умственной отсталостью – наоборот, в 2000 году составила 1124,3 на 100 тыс. населения, а в 2006 году – 430,1 на 100 тыс. населения. Таким образом, начиная с 2006 года, первое место в структуре психической патологии в Забайкалье стали занимать психические расстройства непсихического характера, а умственная отсталость – второе, психотические расстройства стабильно остались на третьей позиции.

Отдельно следует остановиться на проблеме употребления молодежью психоактивных веществ.

По данным А.В. Худякова (2000), за период 1989–1999 годов в Российской Федерации общая болезненность, связанная с употреблением психоактивных веществ, возросла в 2,7 раза; болезненность наркоманиями – в 10,2 раза; токсикоманиями – в 7 раз. Ранняя алкоголизация, наркомании, токсикомании детей и подростков характеризуются быстрыми темпами формирования зависимости, злокачественностью течения, приостановлением психического и физического развития, ранним проявлением деградации личности, высоким риском сексуально-девиантного поведения с нарушением репродуктивного здоровья и асоциального поведения с криминализацией (Бохан Н.А. и др., 2006, 2009).

Предметом специального внимания давно уже является **курение**, именно из-за того, что оно стало эпидемией, пандемией, охватившей уже треть населения земного шара.

Курение табака – признанный фактор риска развития сердечно-сосудистых, онкологических и многих других заболеваний. Независимые эксперты полагают, что по уровню социальной опасности, вреда для здоровья, по степени развития зависимости табак опережает многие запрещенные наркотики.

Россия занимает седьмое место в мире по числу сигарет, выкуриваемых за год в среднем на душу населения и четвертое место по потреблению табака среди пятнадцатилетних подростков. Распространенность курения среди населения России в 2 раза выше, чем в европейских странах. В большинстве западноевропейских государств доля потребления табачных изделий устойчиво снижается, а в России – растет. Количество курящих среди мужчин колеблется от 50 до 80% (в зависимости от региона), среди женщин – от 15 до 40%. Ни для кого не секрет, что в девяноста случаях из ста ребенок, воспитывающийся в семье, где родители курят, сам в будущем берется за сигарету. Среди детей и подростков, учащихся в средних образовательных учреждениях РФ, курит 46–60% (Волков А.В. и др., 2010); среди студентов вузов курит от 40 до 56% (Ермолов А.Ю., Володин В.С., 2010).

Еще одной бедой нашей страны является наркомания, ведь большинство потребителей – это молодые люди. Подростки злоупотребляют наркотиками в 7,5 раза, а ненаркотическими психоактивными веществами – в 11,4 раза чаще, чем взрослые. По данным Федеральной службы по контролю за оборотом наркотиков, в Российской Федерации насчитывается около 2,5 млн. наркозависимых и более 5,1 млн. потребляющих наркотики (ЮНИСЕФ, 2010).

По официальным данным, в нашей стране в 2009 году было зарегистрировано более 550 тыс. потребителей наркотических средств и более 37 тыс. токсикоманов. Среди наркотиков больше всего распространен героин. Россия относится к числу стран, где потребление опиатов самое высокое в мире, значительно превышающее употребление наркотиков в странах Европейского Союза.

При этом в РФ почти 82% всех лиц, состоящих на учете в наркологической службе, страдают алкогольными расстройствами. Именно злоупотребление алкогольными напитками является одним из основных факторов риска для здоровья населения, который определен Всемирной организацией здравоохранения как приоритетный.

По экспертным оценкам, потребление алкоголя на душу населения в России достигло уровня, при котором происходят серьезные медицинские и генетические нарушения. Уровень потребления алкоголя в России достиг критических величин, при которых наносится значительный ущерб здоровью населения, экономике страны, подрывает духовно-нравственные основы общества. При этом налоговые поступления от реализации алкогольной продукции не покрывают даже малой доли этих ущербов (ЮНИСЕФ, 2010).

Наиболее очевидными проявлениями неблагополучия алкогольной ситуации являются:

- высокая заболеваемость алкоголизмом, а также заболеваемость и смертность по причинам, непосредственно связанным с употреблением алкоголя;
- рост смертности от болезней, при которых алкоголь является фактором риска развития заболевания: цирроз печени, инфаркт миокарда, ассоциированные с алкоголизмом психические расстройства, в том числе суициды.

При этом реальное количество больных намного превышает число находящихся под диспансерным наблюдением. Значимо возросла смертность от отравлений алкоголем, а также смертность вследствие управления транспортными средствами в состоянии алкогольного опьянения. Как свидетельствуют данные правоохранительных органов, около 80% всех преступлений совершены лицами, находившимися в состоянии алкогольного опьянения.

Проблема алкоголизма рассматривается учеными многих стран мира как одна из актуальных, требующих разработки срочных профи-

лактических мер (Семке В.Я. и др., 2002; Holder H., 2000; Jernigan D.H., 2001; Zerden S., 2004; Swinehart E.R., 2007). По мнению ведущих мировых экспертов, со злоупотреблением алкоголя связано около 4% глобального бремени болезней (Gales-Camus C.L., 2004).

Уровень алкоголизации молодого поколения большинством экспертов рассматривается как индикатор психического здоровья нации. Эпидемиологические и социологические исследования, а так же данные официальной медицинской статистики показывают, что употребление алкоголя достаточно широко распространено в молодежной среде разных стран (Сидоров П.И., Митюхляев А.В., 1999; Иванов А.С., 2003; Егоров А.Ю., 2001–2009; Bohn M.J. et al., 1995; Presley C.A. et al., 1996; Bradley K.A., 1998; Jernigan D.H., 2001; Fisher Sh., 2003; Van Den Bruel A. et al., 2004; Kremer M., Levy Dan M., 2005).

Так, в Африке, по мнению I.S. Obot (2006) и Abiodun O. Adewuya (2005), отмечен самый высокий показатель пьянства среди студентов вузов, в сравнении с другими странами, по их данным от 60 до 70% студентов можно отнести в группу риска. В США, по данным опроса, 90% старшеклассников вовлечены в употребление алкоголя (Wallace J.M.Jr. et al., 2002), к группе риска отнесены 54% школьников (Griffin K. et al., 2000). При опросе, проведенном в Монреале, выявлено, что 20% подростков употребляют алкоголь более 2 раз в неделю (Challier B. et al., 2000). P. Cuijpers (1999) в своем исследовании выявил достаточно высокую распространенность зависимости от алкоголя среди восемнадцатилетних, она составила 9,9% от числа употребляющих алкогольные напитки. По данным опроса, проведенного R.R. Mayer (1998), установлено, что 40,1% девятиклассников и 54,1% двенадцатиклассников злоупотребляют алкоголем.

В Российской Федерации, по данным Е.А. Кошкиной (2000), за период с 1991 по 1999 гг. число впервые диагностированных подростков, больных алкоголизмом, выросло в 1,5 раза, а употребляющих алкоголь с вредными последствиями – на 27 %. Дмитриева Т.Б. (1999) указывает на то, что только за период с 1997 по 1999 гг. заболеваемость подростков алкоголизмом выросла в 1,3 раза. А.Ю. Егоров (2001) приводит данные о том, что 8,9% от общего числа обратившихся за помощью больных алкоголизмом составляли лица молодого возраста.

Опрос молодых людей, проведенный Ф.Э. Шереги и др. (2001), показал, что доля злоупотребляющих спиртными напитками в школах со-

ставляет 15,7%, в ПТУ – 24,4%, в техникумах и колледжах – 33,7%, в вузах – 32,4%. М.А. Дерюшева (2005) в своем исследовании выявила у 12,5% студентов употребление алкоголя с вредными последствиями, у 1,2% – синдром зависимости от алкоголя.

Одним из важных индикаторов распространенности алкоголизма считаются алкогольные психозы, среди подростков они регистрируются редко, так как для появления данной патологии должно пройти как минимум 2–3 года течения алкогольной зависимости (Личко А.Е., Битенский В.С. 1991). В начале 90-х годов их почти не отмечали, и только в 1993 году было выявлено 30 подростков, впервые перенесших алкогольные психозы. В 1999 году в России под наблюдением наркологов находилось 47 подростков, перенесших алкогольные психозы, что в пересчете на 100 тыс. подросткового населения составляет 0,7 (Кошкина Е.А., 2002).

Госкомстат приводит следующие цифры по болезненности алкоголизмом среди подростков: в 2002 году данный показатель составил 26,2 на 100 тыс. подросткового населения, а в 2004 году он равнялся уже 35,8 на 100 тыс. подросткового населения. Число лиц допризывного возраста, состоящих на профилактическом учете в наркологической службе в связи с употреблением алкоголя с вредными последствиями, увеличилось с 729,2 на 100 тыс. подросткового населения в 1990 году до 906,2 на 100 тыс. подросткового населения в 2004 году.

В последние годы в России наблюдается рост заболеваемости алкоголизмом среди детей 10–14 лет, сохраняется высоким уровень заболеваемости среди подростков 15–17 лет. Увеличилась численность подростков 15–17 лет, состоящих на учете в лечебно-профилактических учреждениях по поводу алкоголизма и алкогольных психозов с 17,5 на 100 тыс. населения в 2000 году до 30,2 на 100 тыс. населения в 2008 году. Количество подростков, состоящих на профилактическом учете в связи с употреблением алкоголя, за этот же период времени возросло в 1,6 раза (с 791,1 на 100 тыс. в 2000 году до 1278,1 на 100 тыс. в 2008 году).

Однако, по мнению ряда экспертов, данные официальной статистики не в полном объеме отображают реальную картину дел; их следует умножить на десять, т.к. лишь один больной, имеющий алкогольную зависимость, из десяти обращается в наркологические учреждения (Егоров А.Ю., 2001; Лопатин А.А., Кокорина Н.П., 2005). Особенно это

касается подростковой части населения нашей страны. Исследования, проводимые А.Ю. Егоровым (2001), показали, что бóльшая часть подростков, злоупотребляющих алкоголем, отрицали существование проблемы, связанной с алкоголизацией и на прием к врачу обратились исключительно под настойчивым влиянием родственников и друзей. Данные М.О. Вэлком (2009) подтверждают низкую обращаемость молодых людей в специализированные лечебно-профилактические учреждения за помощью, автор связывает это с низким уровнем осведомленности молодых людей по данному вопросу, а также особенностей подросткового возраста недооценивать риск пристрастия к алкоголю. Так, в международных исследованиях, проводимых на популяции студентов вуза, 90,9% студентов считали себя нормально пьющими, хотя 13% из них злоупотребляли алкоголем (Вэлком М.О., 2009).

Одним из наиболее проблемных вопросов алкогольной ситуации в нашей стране является употребление слабоалкогольной продукции и пива. Увеличение употребления пива и слабоалкогольных напитков происходит, в основном, за счет подросткового населения и женщин детородного возраста.

В литературе имеется много данных, указывающих на резко возросшие показатели «пивного» алкоголизма (Иванец Н.Н. и др., 2000; Кошкина Е.А., 2000–2007; Харитоненков В.Ф., 2006). Так, по данным Е.А. Кошкиной (2007), пиво составляет 75% от общего объема продаваемых алкогольных напитков. За короткий период с 1995 по 2005 гг. производство пива увеличилось в 4,5 раза, а его потребление – почти в 3 раза. В исследованиях А.Ю. Егорова (2001) выявлено, что 73,5% подростков, злоупотребляющих алкоголем, предпочитают слабоалкогольные напитки: как правило, крепкие (до 8–9% чистого алкоголя) сорта пива и джин-тоника, реже – сухие вина. В своей работе М.А. Дерюшева (2005) приводит данные о том, что 88,3% студентов отдают предпочтение пиву при выборе алкогольного напитка. В литературе также встречаются данные о частом сочетании употребления легких спиртных напитков и наркотиков (в том числе и опиатов) (Савченков В.В. и др., 2000; Егоров А.Ю., 2002).

Таким образом, на фоне постоянно растущего уровня пьянства в России актуальной становится проблема подросткового алкоголизма. В современном государстве немаловажным фактором психотропной аддикции является насыщенность информацией, провоци-

рующей саморазрушающее поведение: трансляция рекламы алкогольных напитков и фильмов со сценами получения удовольствия от употребления психотропных средств, компьютерные игры с элементами насилия. Как следствие этого происходит рост злоупотребления спиртными напитками и наркомании среди подросткового населения.

Поэтому все чаще встречается термин «ранний алкоголизм», подразумевающий развитие хотя бы первой стадии заболевания в возрасте до 18 лет (в русскоязычных источниках) и до 25 лет (в зарубежных) (Личко А.Е., Битенский В.С., 1991).

В научной литературе уже давно обсуждается вопрос о злокачественности раннего алкоголизма. Традиционным в 60–70-х годах прошлого столетия считалось представление, что ранняя алкоголизация в подростковом возрасте неминуемо ведет к злокачественному алкоголизму (Лукомский И.И., 1960; Стрельчук И.В., 1964). По наблюдениям Г.М. Энтина и др. (1990), злоупотребление алкоголем в подростковом возрасте к 18 годам в 20% случаев приобретает болезненный характер, а к 25–27 годам в нозологическую форму злоупотребление алкоголем переходит в 50% случаев.

И.А. Никифоров (1988) и Н.Г. Найденова (1982) отмечают, что у подростков количественный и ситуационный контроль изначально отсутствуют, поскольку потребление спиртного происходит преимущественно в компании, где члены зачастую индуцируют друг друга, показывая свои возможности, и стараются поглотить весь запас алкогольных напитков.

Ряд авторов указывает на ускоренные темпы формирования алкогольной и наркотической зависимости у подростков, в сравнении с взрослыми. Абстинентный синдром у лиц молодого возраста характеризуется достаточно быстрым развитием (6–8 месяцев) и преобладанием первичного патологического влечения к алкоголю (Дмитриева Е.Д., 1990; Deas D., 2000; Артемьева М.С., Цивилько М.А., 2001). Однако при прекращении употребления алкоголя отмечается тенденция к быстрому обратному развитию симптоматики, в том числе и толерантности к алкоголю (Сидоров П.И., Митюхляев А.В., 1985), чем обусловлена более высокая эффективность проведения медико-социальных мер профилактики в сравнении с взрослым контингентом (Москвитин П.Н., 1989).

Некоторые авторы раннюю алкоголизацию среди подростков рассматривают как нарушение поведения (Личко А.Е., 1985–1991, Сидоров П.И., Митюхляев А.В. 1999; Егоров А.Ю., 2009). Это объясняется тем, что на этапе ранней алкоголизации при ее переходе в алкоголизм у подростков наиболее часто отмечается феномен групповой психической зависимости, когда тяга к спиртному возникает исключительно в «своей» компании (Строганов Ю.А., Капанадзе В.Г., 1978; Егоров А.Ю., 2001; Софронов А.Г., 2009). За пределами «комфортной» группы тяга к алкоголю нивелируется, и подростки крайне редко употребляют алкоголь с чужими и малознакомыми людьми. Отрыв от группы, как правило, прекращает алкоголизацию.

С точки зрения А.Е. Личко (1985) и А.В. Худякова (2003), групповая зависимость или донозологический этап формирования зависимости от алкоголя является проявлением аддиктивного поведения подростков. **Аддиктивное поведение** (addictive behavior) – это злоупотребление различными веществами, изменяющими психическое состояние, включая алкоголь и курение табака, до того как от них сформировалась зависимость (Короленко Ц.П., 1991; Miller W., 1984; Landry M., 1987). По мнению А.В. Худякова (2003), на донозологическом этапе периодические передозировки спиртного, которые создают впечатление утраты количественного контроля, могут быть связаны с незнанием собственной «алкогольной нормы»; рост толерантности объясняется взрослением организма и увеличением массы тела; кроме того, может возникать симптом «ложного опохмеления», как проявление групповой зависимости.

В последнее время преобладает мнение, что злокачественное течение алкоголизма отмечается только у подростков с преморбидной отягощенностью (Шабанов П.Д., 1999) либо положительной наследственностью по алкоголизму родителей (Дмитриева Е.Д., 1990). В своих работах В.А. Гурьева и В.Я. Гиндикин (1980), а также А.Е. Личко (1985) подчеркивают, что важную роль в развитии аддиктивного поведения играют преморбидные особенности личности. Так, наиболее склонными к злоупотреблению алкоголем являются подростки с акцентуациями и психопатиями неустойчивого, эпилептоидного, гипертимного и истероидного круга. В более поздних исследованиях подростков с аддиктивным поведением было выявлено преобладание эпилептоидного и истероидного типов (Гузиков Б.М. и др., 1993), гипертимного и

конформного типов, наряду с epileptoидными (Романов Д.В., Горпиненко С.В., 2001), тогда как неустойчивый тип акцентуации встречался в единичных случаях (Егоров А.Ю. и др., 2002). Это подтверждают и другие исследования, по данным которых число случаев психопатии при алкоголизме колеблется от 25 до 52% (Сидоров П.И., Митюхляев А.В., 1999; Агибалова Т.В., Мищенко Л.В., 2004). Среди военнослужащих, склонных к аддиктивному поведению, В.В. Юсуповым (2006) отмечено преобладание лиц с циклотимическим, застревающим, экзальтированным и неуравновешенным типами акцентуаций характера.

По данным Н.А. Бохана (2005), в раннем возрасте алкоголизм формируется у лиц с проблемной социальной адаптацией в преморбиде, которая в 62,2% случаев обусловлена наличием возбудимых черт характера, тогда как более позднему формированию алкоголизма в 26,7% случаев предшествовали дезадаптации у тревожных личностей.

В исследованиях Н.Б. Черняка (2006) у 29,1% лиц, призывного возраста на этапе формирования расстройства личности диагностировался коморбидный алкоголизм. Е.В. Филоненко (2006) в своей работе обращает внимание на то, что среди лиц с личностными расстройствами зависимого, обсессивно-компульсивного и избегающего типов наиболее характерны формы алкогольной аддикции с развитием психологической зависимости от алкоголя. Среди пациентов, которые обращаются на амбулаторный прием по поводу употребления ПАВ, у 50% обнаруживаются личностные расстройства, а у 10% подозревают эндогенные заболевания (Ревзин В.Л., 2002).

Также злокачественное течение алкоголизма отмечается у подростков с умственной отсталостью, резидуально-органической мозговой недостаточностью, черепно-мозговыми травмами (Бохан Н.А., 1996; Егоров А.Ю., 2001; Пивень Б.Н., Шереметьева И.И., 2003), аффективной патологией (Смирнова Л.В., 2003; Костеюк Г.П. и др., 2007). Употребление алкоголя у молодых людей обычно связано со стремлением смягчить или устранить неприятные эмоциональные переживания, которые могут рассматриваться как структурный элемент импульсивности (LoCastro J. et al., 2000; Soloff P.H. et al., 2000).

Кроме того, употребление алкоголя молодыми людьми является одним из препятствий к успешной адаптации (Finnell W.S., 1975; Wechsler H. et al., 1994; Bergen H.A. et al., 2005; Lane D.J., Schmidt J.A., 2007) и часто сочетается с увеличением деструктивных форм социаль-

ного поведения (Вострокнутов Н.В., 1998; Рыбалко М.И., 1998; Дозорцева Е.Г., 1999; Дроздовский Ю.В., 2003; Кузенкова Н.Н., 2003; Аболонин А.Ф. и др., 2006; Бохан Н.А. и др., 2006; Вишневская О.П., 2006).

Таким образом, в настоящее время комплексное исследование подростков, употребляющих алкогольные напитки, представляет не только теоретический интерес, но имеет и большое практическое значение, особенно в аспектах раннего выявления злоупотребляющих алкоголем лиц и уточнения ведущих факторов, влияющих на развитие «ранней алкоголизации», что поможет прогнозировать ее дальнейшую динамику.

Кроме того, негативные последствия для соматического и психического здоровья детей и подростков при употреблении психоактивных веществ возникают задолго до того, как сформируется патологическая зависимость, что делает важной на государственном уровне проблему раннего выявления и профилактики употребления детьми и подростками алкоголя, наркотических и токсических веществ (Концепция охраны здоровья населения Российской Федерации, 2000).

Особой социальной группой молодых людей следует считать призывников и служащих по призыву, ведь проблема изучения и сохранения здоровья призывного контингента в сложных современных условиях развития России имеет исключительное значение, поскольку напрямую связана с вопросами национальной безопасности и независимости страны.

Воинская служба предъявляет повышенные требования к состоянию здоровья военнослужащих. Служба в армии, вероятность участия в локальных войнах и условия, в которых находятся призванные на службу, сами по себе являются мощным дезадаптирующим и стрессогенным фактором (Ядчук В.Н. и др., 2001). Трудности адаптации призывников к новому стереотипу, в основе которого лежат значительные физические и психоэмоциональные нагрузки, усложняются также климатическими и географическими особенностями районов прохождения службы (Коваленко И.Ю., 1998).

Ухудшение количественно-качественной характеристики состояния здоровья подростков в Российской Федерации наглядно подтверждается снижением годности к военной службе лиц призывного возраста за 10-летний период (1988–1997 гг.) на 24,2% (Литвинцев С.В., 2001; Ядчук В.Н. и др., 2001).

Аналогично ухудшается с каждым годом состояние психического здоровья призывного контингента. Этот факт отмечают многие исследователи (Дмитриева Т.Б. и др., 2001; Литвинцев С.В. и др., 2002; Семке В.Я., 2004; Зайцев А.Г., 2005; Агарков А.П. и др., 2006; Черняк Н.Б., 2008).

Так, психические расстройства стабильно занимают ведущее место в структуре заболеваний, послуживших причиной освобождения юношей от призыва на военную службу (в целом по стране – более 30%). Кроме того, среди причин увольнения из армии солдат срочной службы по состоянию здоровья психические расстройства также занимают первое место (Аксаков И.А., 2007; Кочанов М.Е., 2009).

Принято выделять **5 групп психического здоровья военнослужащих** (Фролов В.С., 1982–1988); данная градация в Вооруженных Силах приобрела достаточно широкое распространение при проведении профотбора. В соответствии с данным классификационным подходом диапазон психического здоровья колеблется от лиц с «абсолютным» здоровьем до выраженных психических расстройств, когда психическое здоровье можно оценить как крайне неблагоприятное (наиболее низкое):

1. Здоровые (лица, у которых не обнаружено в прошлом и настоящем патологии психических функции или сторон личности и получены клиничко-физиологические данные о хорошем, гармоничном их развитии). Прогноз хороший.

2. Практически здоровые с благоприятными прогностическими признаками (лица, у которых имеются или имелись предпосылки к проявлениям либо отмечаются легкие проявления слабости отдельных психических функций или сторон личности). Прогноз удовлетворительный.

3. Практически здоровые с неблагоприятными прогностическими признаками (лица, имеющие предпосылки к расстройствам психики, которые, однако, не исключают способности выполнять свои служебные обязанности). Прогноз сомнительный.

4. С легкой патологией (лица, имеющие болезненные проявления, исключающие способность выполнять служебные обязанности, но не мешающие руководить своими поступками и выполнять «обычные» дела). Прогноз неблагоприятный.

5. С выраженной патологией (лица, имеющие выраженные болезненные проявления, исключающие не только способность выполнять служебные обязанности, но и нести свои дела, представляющие опасность для себя и окружающих). Прогноз крайне неблагоприятный.

В 1-й группе психического здоровья представлены липа, не имеющие каких-либо проявлений нервно-психической неустойчивости (максимально устойчивые). Во 2-й группе могут быть отдельные донозологические проявления незрелости познавательной деятельности в виде непродуктивности, затрудняющие адаптацию к военной службе.

Наиболее сложна 3-я группа психического здоровья. В ней, с одной стороны, представлены наиболее резкие формы психического инфантилизма, с другой – кратковременные, легчайшие формы психических расстройств («психопатологические зарницы», «аналоги-симптомы»). В 4-й и 5-й группах представлены уже клинически очерченные психопатологические расстройства, причем наиболее тяжелые случаи, требующие длительного и преимущественно только стационарного лечения, сосредоточены в 5-й группе.

Поскольку призывной возраст приходится, преимущественно на 18 лет, то стоит говорить о позднем подростковом периоде (Васильева И.Ю., 2001; Jenkins R., 2008). Как было ранее уже сказано, в настоящее время среди мировой общественности наблюдается тенденция к изучению состояния психического здоровья подростков и разработке мер, направленных на его улучшение. Этой проблемой занято правительство, межгосударственные институты, Всемирный банк, ряд отечественных (Дмитриева Т.Б., 1999; Сизиков М.В., 1999; Миронов Н.Е., 2000; Семке В.Я., 2003; Говорин Н.В., 2003; Бохан Н.А., 2006; Барыльник Ю.Б., 2005; Иванова И.Н., 2005; Елисеев Е.А., 2006; Чибисова И.А., 2006; Агарков А.П., 2007; Андреюк В.Ю., 2009; Дыгова Н.В., 2009) и зарубежных исследователей (O'Connor T.G., 1998; Weller R.A., Weller E.B., 2000; Goodman M., 2000; Laucht M., 2001; Wittchen H.U., 2005; Kjeldstadli K. et al., 2006; Midtgaard M. et al., 2008; Jenkins R., 2008).

Вместе с тем, состояние психического здоровья юношей призывного возраста является значимым фактором, по показателям которого судят об уровне социального и экономического благополучия общества. В Скандинавских странах до 40% призывников имеют различные нервно-психические расстройства и психосоматические проявлениями. При этом более 10% таких лиц до службы в армии длительное время находились под наблюдением психиатра (Европейская декларация по охране психического здоровья, 2005).

Во время отбора кандидатов в армию США, американские специалисты (Hourani L.L., Yuan H., 1999) пришли к выводу, что до 58% молодых американцев в возрасте от 18 до 25 лет по состоянию здоровья, уровню физической подготовленности и нервно-психической устойчивости не способны к несению военной службы. По данным ряда авторов (Gunderson E.K. et al., 2003; Nogueira-Martins L.A. et al., 2004), в период осмотра новобранцев в США психоневрологические расстройства выявлялись у 6–7% обследованных. Схожие данные приводит и В.В. Чубаровский (2002), в соответствии с которыми при обследовании более 6 тыс. призывников США в возрасте 18 лет у 6,2% из них выявлены нервно-психические расстройства.

В Армении, по данным А.Э. Мелик-Пашаяна, у большей части лиц призывного возраста была выявлена психическая патология: в 39,5% случаев были выявлены задержки психического развития, затем следуют психические расстройства непсихотического уровня (18,9%), в 2% случаев были диагностированы психозы.

В Российской Федерации, по данным С.В. Литвинцева (2003), в 2001 году среди причин, препятствующих призыву юношей на военную службу, психические расстройства составляли 22,4%, тогда как в 1999 на 14,2% меньше (Куликов В.В., 2001). При этом до 2005 года в структуре заболеваний, послуживших причиной освобождения граждан от военной службы при первоначальной постановке на воинский учёт, психические расстройства занимали второе место после расстройств питания (Куликов В.В. и др., 2007).

В структуре психических расстройств у граждан, освобожденных от военной службы, с 1999 года стабильно занимали: первое место – умственная отсталость, второе – психические расстройства вследствие органического поражения головного мозга, третье – расстройства личности, затем – наркомании, токсикомании и алкоголизм, и совсем небольшой процент приходился на эндогенные психозы и неврозы (Палатов С.Ю., 1999; Литвинцев С.В., 2002; Куликов В.В., 2003–2007). В то же время авторы указывали на рост личностных расстройств и злоупотребления психоактивными веществами, причем уровень заболеваемости эндогенными психозами оставался относительно стабильным.

В настоящее время почти 40% призывников, признанных негодными к военной службе по состоянию здоровья, имеют психические нарушения. В структуре уволенных из армии по болезни военнослужащих

по призыву страдающих психическими расстройствами было 30%. Более трети из них (35%) имеют разные формы психической ретардации, т.е. являются умственно отсталыми (Трущелев В.А., 2010). При этом в структуре психических расстройств у военнослужащих срочной службы, признанных ВВК негодными и ограниченно годными к военной службе в связи с психическими расстройствами, на первом месте стоят расстройства личности и невротические расстройства.

О том, что пограничные психические расстройства широко распространены у юношей и подростков старшего возраста и являются основной причиной увольнения с действительной военной службы, свидетельствуют исследования и других авторов (Александровский Ю.А., 2000; Палатов С.Ю., 1993; Белоусова М.В., 2001; Волошин В.М. и др., 2002; Куликов В.В. и др., 2006; Nechiporenko V.V., Kurpatov V.J., 1995). По данным В.В. Чубаровского и С.В. Катенко (2001), в последние десятилетия в этой группе отмечается значительный рост (до 61,7% всех наблюдений) психических расстройств, которые представлены преимущественно невротическими реакциями. Как указывает Н.П. Медведев (1992), у военнослужащих в период адаптации к военной службе могут возникать сложные психогенные реакции с различными поведенческими нарушениями, обусловленные состоянием дезадаптации, одним из проявлений которой могут быть суицидальные действия. Кроме того, в психотравмирующих ситуациях у ряда лиц выявляется склонность к стереотипным формам девиантного поведения при сохраненной в целом социальной адаптации (Доровских И.В., 1995).

В.Г. Попов (2005) провел анализ заболеваемости психическими расстройствами и социально-психологических характеристик среди военнослужащих по призыву, находившихся в психиатрических отделениях госпиталей Сибирского военного округа. Автор отметил тенденцию к неуклонному росту психической патологии за период с 2002 по 2004 гг. 48% из этих ребят имели низкий общеобразовательный уровень, 45% были из неблагополучных семей, 41% имели приводы в милицию, 17% имели условную судимость, 32% употребляли наркотические вещества до призыва в армию, 63% не желали служить в армии.

Основательно исследования психического здоровья подростков призывного и допризывного возраста проводятся в Томской области (Семке В.Я., 1995–2010; Логунцева О.Н., 1995; Агарков А.П., 2000; Петрова Н.В., 2004; Глушко Т.В., 2007; Погорелова Т.В., 2009;

Агарков А.А., 2010). По данным Агаркова А.П. (2006), при призыве 2005 года в Томской области в структуре заболеваний, послуживших причиной освобождения от военной службы по состоянию здоровья, психические расстройства составили 26,4%, выйдя на первое место в структуре общей патологии. При этом личностные расстройства составили 83% (из них 46,5% – инфантильное расстройство личности; 35,5% – транзиторные расстройства), умственная отсталость – 10,2%, органическое поражение ЦНС диагностировано у 1,5% юношей, а шизофрения и шизотипическое расстройство – у 0,7%. Неуклонный рост группы инфантильных расстройств авторы объясняют высоким уровнем социальной и педагогической запущенности, пограничной умственной отсталости, а также органической недостаточности головного мозга, формирующей незрелость высших чувств, непризнание нравственных устоев, неспособность к прогнозированию и адекватной оценке поведения.

Согласно данным Т.В. Глушко (2007), у 59,4% подростков призывного возраста, прошедших военно-врачебную экспертизу в условиях психиатрического стационара, было диагностировано формирующееся расстройство личности.

В исследовании Т.В. Погореловой (2009) у 32,8% юношей в возрасте от 16 до 18 лет была диагностирована умственная отсталость; при этом у 88,2% подростков, проживающих в сельской местности и у 24,8% городских жителей, этот диагноз был поставлен впервые при прохождении военно-врачебной экспертизы.

Существенное значение имеет то обстоятельство, что полноценные данные о состоянии психического здоровья призывного контингента отсутствуют в тех регионах, где нет подростковой психиатрической службы, которая могла бы готовить данные о подростках – будущих призывниках. Также данную ситуацию усугубляет тот факт, что если выраженные психические расстройства отсутствуют, то подростки вообще редко обращаются в психиатрические учреждения, в том числе по причине боязни стигматизации.

Вместе с тем воинская служба предъявляет повышенные требования к состоянию здоровья военнослужащих: изменение стереотипа жизни, казарменное содержание, регламентация отношений по типу «командир – подчинённый», неуставные взаимоотношения, конфликтные ситуации, большие физические нагрузки, вероятность участия в

локальных войнах, которые являются мощным дезадаптирующим и стрессогенным фактором (Литвинцев С.В. и др., 1999; Ядчук В.Н. и др., 2001; Куликов В.В., 2003).

При этом анализ эпидемиологических данных свидетельствует об отчетливой тенденции к увеличению числа подростков призывного возраста с пограничными нервно-психическими расстройствами, личностными аномалиями, органическими заболеваниями ЦНС и легкими формами умственной отсталости.

Поэтому особую актуальность приобретает совершенствование организационных форм профилактической и медико-социальной помощи подросткам допризывного возраста (Агарков А.А., 2010). С этой целью необходимо получение полной социальной, психологической, медицинской оценки допризывников и призывников с привлечением различных методов исследования.

Таким образом, вполне очевидно, что у призывников и подростков есть особые медико-социальные потребности и специфические проблемы. Опыт отечественной и западной медицины указывает на необходимость изменения отношения к охране здоровья подростков и, соответственно, создания служб, способных решить проблемы здоровья и рискованного поведения современных подростков, а также необходимостью подготовки специалистов, способных, умеющих и желающих работать с подростками. Именно поэтому для молодежи требуются услуги, которые по форме отличаются от услуг, оказываемых взрослым и детям (Долгих В.В. и др., 2005).

В свое время был создан детский фонд ООН (ЮНИСЕФ), который уделяет большое внимание разработке программ по охране здоровья детей, подростков и молодежи. Программы ЮНИСЕФ основаны на соблюдении положений и норм, закрепленных в Конвенции о правах ребенка, являющихся обязательными для выполнения государствами-участниками (ЮНИСЕФ, 2010).

В Стратегии ЮНИСЕФ в области здравоохранения (1995) охрана здоровья подростков и молодежи определяется как новая приоритетная задача организации. Проблемы подрастающего поколения также упоминаются в ряде других решений Исполнительного совета ЮНИСЕФ, касающихся таких острых вопросов, как табакокурение (1989), употребление наркотиков и психотропных веществ

(1989), безопасное материнство (1990), обеспечение прав и защита детей, находящихся в трудной жизненной ситуации (1990), защита детей от насилия и жестокого обращения (1996), профилактика ВИЧ/СПИД (1992), планирование семьи (1993), равенство полов (1994), доступное образование (1995). Необходимость сконцентрировать внимание на вопросах охраны здоровья подростков и молодежи отмечается и в других конвенциях и решениях международных организаций.

Так, для улучшения здоровья молодых людей ВОЗ проводит:

- подсчет количества молодых людей, которые умирают, страдают от болезней и травм, а также практикуют формы поведения, которые могут приводить к заболеваниям или травмам в будущем. Сюда также входит оценка факторов в отдельных сообществах, препятствующих или способствующих укреплению здоровья и развитию подростков;

- определение самых эффективных способов укрепления здоровья молодых людей, профилактику проблем со здоровьем и ответные меры в случае их возникновения;

- разработку методов и инструментов, которые делают возможным применение фактических данных в странах;

- обеспечение наличия людей и институтов, которые могут применять эти инструменты в странах;

- привлечение внимания широкой общественности и особых групп к этим проблемам;

- обеспечение общего понимания среди родителей и общей целеустремленности к тому, что необходимо сделать;

- поддержку стран в области разработки стратегий и программ, их проведения, мониторинга и оценки.

Исходя из приоритетов государственной социальной политики в Советском Союзе, а в дальнейшем и в Российской Федерации была создана система охраны материнства и детства. В разные периоды и с разной степенью эффективности она выполняла свои функции и решала поставленные перед ней задачи, но сегодня, в условиях непростой демографической ситуации, переход подростковой медицины на качественно новый уровень развития становится как никогда актуальным.

Изначально основным звеном системы охраны здоровья подростков в эти годы являлись детские амбулатории и пункты по охране здо-

ровья детей и подростков. Они вели профилактическую работу, оказывали первичную медико-санитарную и специализированную медицинскую помощь.

В 80-х годах служба охраны здоровья подростков была значительно усовершенствована. Разработана система ежегодных профилактических осмотров и диспансерного наблюдения подросткового населения. Подростковые кабинеты работали по территориальному принципу, выполняя комплекс лечебно-оздоровительных и профилактических мероприятий среди подростков, проживающих или работающих в зоне деятельности поликлиники, а также среди учащихся учебных учреждений систем начального и среднего профессионального образования. Определенными льготами наделялись юноши-призывники. Был определен порядок передачи подростков, достигших 15-летнего возраста, из детских поликлиник в поликлиники для взрослых для дальнейшего медицинского наблюдения.

В 90-х годах в ряде городов нашей страны на базе крупных поликлиник были сформированы терапевтические подростковые отделения. Еще одной организационной формой медицинского обслуживания подростков являлись районные (межрайонные) подростковые отделения (центры), которые создавались на базе одной из поликлиник района (районов) иногда создавались и самостоятельные подростковые поликлиники. В таких учреждениях удавалось в большем объеме обеспечивать специализированную помощь подросткам, что несомненно отразилось на качестве и доступности медицинской помощи для подросткового населения в целом (ЮНИСЕФ, 2010).

Модель организации работы подросткового врача предусматривала его активное сотрудничество с педагогическими советами учебных заведений, администрацией предприятий, на которых работали подростки, общественными организациями, структурами органов исполнительной власти, комиссиями по делам несовершеннолетних, военными комиссариатами и пр. В основу организационной схемы работы врача был положен принцип широкого межведомственного взаимодействия для достижения наилучшего состояния здоровья подрастающего поколения.

Вместе с тем основным содержанием работы подростковой службы являлась лечебно-диагностическая деятельность. Профилактическое направление ограничивалось мерами санитарно-просветительной

работы. Медико-социальное направление включало подготовку молодежи к трудовой деятельности и службе в армии. Подростковые врачи практически не касались проблем репродуктивного здоровья подростков, вопросов насилия в семье, вопросов ранней социализации детей и проблем рискованного поведения (алкоголизация, табакокурение, наркомания, токсикомания). Специфические вопросы подросткового возраста пытались решать специалисты сферы образования.

В 90-х годах серьезной проблемой стало отсутствие необходимой преемственности между детскими поликлиниками и поликлиниками для взрослых в медицинском обеспечении подростков. В 1992 году Минздравом России было рекомендовано обеспечивать медицинское обслуживание учащихся старших классов общеобразовательных школ силами детских поликлиник.

Сложившаяся система охраны здоровья детей оказалась не в полной мере готова к решению специфических проблем подростков. Последствия рискованного поведения, проблемы репродуктивного здоровья не могли быть успешно решены только в рамках действующей системы медицинской помощи подросткам (ЮНИСЕФ, 2010). В то же время в учреждениях педиатрической службы происходит постепенное выделение врачей-специалистов, работающих с подростками, по аналогии со специалистами-педиатрами, работающими с детьми раннего возраста.

В настоящее время в системе здравоохранения России существуют разнообразные формы медицинского обслуживания подростков, причем на территории одного субъекта Российской Федерации возможно присутствие нескольких организационных форм. При этом входящие в систему оказания первичной медико-санитарной помощи подросткам педиатры и семейные врачи, не работающие в специализированных отделениях, не могут в полной мере обеспечить все медико-социальные потребности этого сложного контингента.

Мировой опыт демонстрирует: подросткам необходимо оказание комплексной медико-социальной помощи, а не решение отдельных медицинских проблем. Такая помощь должна оказываться совместными усилиями специалистов: педиатра, психолога, гинеколога, уролога-андролога, социального работника; при необходимости для решения правовых вопросов, связанных с защитой интересов подростка, может привлекаться юрист. Многие эксперты считают,

что молодежь, нуждающаяся в медицинских услугах, зачастую сталкивается с препятствиями в их получении в обычных учреждениях здравоохранения. В странах Западной Европы и Северной Америки наиболее эффективно специфические медико-социальные проблемы подростков решаются в специально созданных центрах. В качестве примера можно сослаться на опыт США. Так, в некоторых штатах организованы центры комплексной медицинской помощи для подростков 10–19 лет (Comprehensive Adolescent Health Centers). Центры обеспечивают разностороннюю медицинскую помощь, решают задачи обеспечения социального благополучия подростков, профилактики рискованного поведения (курение табака, потребления алкоголя и наркотиков), насилия и суицидов. Важное направление деятельности центров – проведение тренингов по выработке жизненных навыков (ЮНИСЕФ, 2010).

В последнее десятилетие XX века система здравоохранения в Российской Федерации ориентировалась на имеющиеся ресурсы, что привело к тому, что подавляющее большинство средств и усилий было направлено на лечение, а не на профилактику. В некоторых регионах Российской Федерации медицинское обслуживание подростков осуществляется семейными врачами. В соответствии с решением Министерства здравоохранения Российской Федерации медицинская помощь детям с 15 лет с 1999 года оказывается в детских поликлиниках. Подросткам, проживающим в зоне обслуживания поликлиники, предоставляются бесплатные медицинские услуги. В то же время передача подростков педиатрической сети не привела к коренным изменениям тенденций в состоянии их здоровья. При крайне ограниченном времени приема каждого пациента, врачи в большей степени сосредоточены на потребностях детей младшего возраста и просто не в состоянии успеть удовлетворить специфические потребности подростков.

Существующее медицинское обслуживание ориентировано главным образом на диагностику и лечение заболеваний, а создаваемые в крупных городах центры здоровья для взрослых и детей будут решать ту часть проблем, которая связана с профилактикой соматических заболеваний.

Это подтверждает положение о необходимости разработки дополнительных инновационных методов и технологий, поиска новых под-

ходов профилактической направленности, основанных на комплексном взаимодействии, для предупреждения развития рискованных практик среди молодежи и сохранения здоровья подрастающего поколения.

Одной из моделей развития специальных медицинских услуг для подростков является концепция дружественного к молодежи медицинского обслуживания, направленного на предоставление подросткам и молодым людям комплексной медицинской, психологической и социальной помощи для решения специфических проблем подросткового здоровья и профилактики заболеваний (ЮНИСЕФ, 1999–2010). Кроме того, целью служб, дружественных к подросткам и молодежи, является помощь подросткам в осознании их проблем и совместная работа, направленная на изменение их поведенческих практик в пользу сохранения здоровья.

Клиника, дружественная к молодежи, – это учреждение, в котором подростки и молодежь могут получить медицинскую, психологическую, социальную помощь по вопросам сохранения здоровья, обусловленным спецификой подросткового возраста, и профилактики социально опасных заболеваний. Клиника, дружественная к молодежи, отличается от других лечебно-профилактических учреждений, прежде всего, принципами работы: доступностью, доброжелательностью, конфиденциальностью; уважительным, корректным, непредвзятым отношением к клиентам; комплексностью предоставляемых услуг; участием самой молодежи в работе клиники; наличием специально подготовленного для работы с молодежью персонала. Структуры, предоставляющие подросткам медико-социальные услуги, могут иметь различные организационные формы.

Что касается психического здоровья детей и подростков, то некоторые рекомендации перспективного характера были высказаны в ходе совещания по вопросам охраны психического здоровья детей и подростков, состоявшегося в Люксембурге (ВОЗ, 2004). В сделанных по результатам его работы выводах подчеркивалось важное значение должному финансированию служб охраны психического здоровья детей младшего и старшего возраста и подростков, что должно предусматриваться в национальных планах в качестве одного из элементов национальной политики в области здравоохранения.

Рекомендации данного совещания нашли свое отражение в Европейском плане действий по охране психического здоровья, который рассмотрен на Европейской конференции ВОЗ на уровне министров по охране психического здоровья (2005). В тех случаях, когда это возможно, дети

и подростки должны проходить лечение в наименее ограничивающих и наименее стигматизирующих условиях. Системы охраны психического здоровья необходимо привести в соответствие с конкретными условиями в каждой стране. Целью этой деятельности должно быть обеспечение непрерывной помощи, включающей адекватные службы стационарной помощи и доступные программы надлежащей амбулаторной помощи.

Кроме того, для профилактики развития психических расстройств следует развивать просветительную деятельность в целях информирования родителей, преподавателей, лиц, оказывающих медицинскую помощь, и других людей о проблемах охраны психического здоровья детей и подростков.

С помощью новейших методов диагностики, повышения стандартизации диагностических процессов, а также более полного учета экологических, биологических и семейных факторов можно будет ставить обоснованные диагнозы, что будет способствовать выбору правильных схем лечения. Для того чтобы поднять работу служб охраны психического здоровья детей и подростков до уровня, на котором они смогут удовлетворять реально существующие потребности в диагностике и лечении, необходимо усилить их потенциал. Если это не будет сделано, общество будет страдать от проявляющихся в зрелом возрасте последствий невыявления случаев психических расстройств в детском и подростковом возрасте и непроведения соответствующего лечения.

Существует модель бригадного способа оказания помощи лицам с психическими расстройствами, в том числе лицам детского и подросткового возраста. В состав бригады входят три специалиста: детский психиатр, психолог и социальный работник. Эта мобильная бригада имеет возможность вступать в контакт с лицами, не способными или не желающими посещать крупные центры специализированной помощи. Использование мобильных бригад позволит предоставлять высококачественную помощь эффективным и действенным образом в тех случаях, когда не имелось других возможностей для этого.

Вопросы охраны психического здоровья детей и подростков должны находить свое отражение в национальных планах действий в области психического здоровья, а также соответствующих разделах программ, разрабатываемых в сотрудничестве с министерствами, отвечающими за вопросы образования, страхования и социального обеспечения, в целях принятия адекватных мер с участием многих секторов.

При этом ключевым элементом работы служб охраны психического здоровья детей и подростков является профилактика. Разработан перечень принципов профилактики (Лозовой В.В. и др., 2011):

- профилактические программы должны усиливать защитные факторы и ослаблять или уменьшать влияние факторов риска;
- программы должны предусматривать раннее вмешательство;
- программы должны учитывать возраст, пол, этническую и культурную принадлежность личности и ее окружения;
- адресные программы должны соответствовать факторам риска, характерным для конкретной популяции или аудитории;
- для подкрепления первоначальных целей программы должны быть долгосрочными и предусматривать повторные циклы вмешательств.

Наиболее перспективным признается мультикомпонентный превентивный подход, учитывающий индивидуальные и средовые аспекты профилактики (школьные, семейные, общественные). При этом самыми эффективными программами оказались те, которые являлись всесторонними и нацеливались на многие аспекты жизни ребенка, посредством вовлечения родителей, педагогов, позитивных сверстников и всего сообщества.

Очевидно, что профилактика психических расстройств способствует сокращению затрат и в максимальной степени отвечает интересам ребенка, семьи и общества. Достигнуты значительные успехи в области разработки программ профилактики, однако такие программы до настоящего времени не получили широкого распространения и поддержки. Профилактика и укрепление психического здоровья детей имеют важнейшее значение, поскольку являются неотъемлемым элементом более целостного подхода к оказанию помощи детям, который должен учитывать все вопросы охраны психического здоровья, вызывающие озабоченность (ЕРБ ВОЗ, 2006).

Подводя итоги, следует отметить, что состояние здоровья, в том числе психического, и образ жизни молодых поколений – объективная предпосылка успешного развития любого государства, его способности к решению внутренних и внешних проблем, ведь трудовые ресурсы страны, ее безопасность, политическая стабильность, экономическое благополучие и морально-нравственный уровень населения непосредственно связаны с состоянием здоровья детей, подростков, молодежи.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И БОЛЕЗНЕННОСТЬ ПСИХИЧЕСКИМИ И НАРКОЛОГИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ПОДРОСТКОВОГО НАСЕЛЕНИЯ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ

Одной из приоритетных задач государства, в целях обеспечения благополучия населения и повышения обороноспособности страны, является укрепление психического здоровья, профилактика психических нарушений, лечение и реабилитация подростков с проблемами психического здоровья.

По данным И.Я. Гуровича (2007) и Т.Д. Дмитриевой (2008; 2009), в Российской Федерации происходит значительное увеличение контингента подростков с психическими расстройствами. Распространенность психических расстройств среди детей старшей возрастной группы (15–17 лет) является одной из наиболее высоких, по сравнению с другими возрастными группами населения.

Проблема психических расстройств и нарушений поведения у несовершеннолетних относится к наиболее актуальным в современной психиатрии, а высокие показатели общей заболеваемости психическими расстройствами подросткового населения, как в мире, так и в РФ свидетельствуют о необходимости принятия новых организационных форм в профилактике, реабилитации и терапии данных расстройств.

Показатели общей заболеваемости психическими расстройствами среди подросткового населения Забайкальского края за последние десять лет остаются стабильно более высокими, по сравнению с данными по Сибирскому федеральному округу и РФ. При этом наиболее высокая первичная выявляемость психической патологии у подростков края отмечена в 2001–2003 гг. (рис. 2.1). Начиная с 2002 года, имеется тенденция к снижению заболеваемости, однако показатель остается выше общероссийского почти в 2 раза (934,1 в 2010 году против 536,1 по РФ в 2009 году).

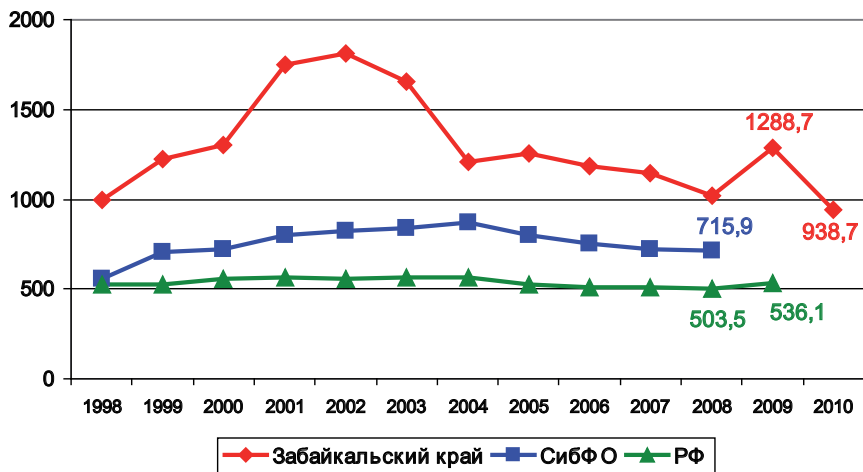


Рис. 2.1. Динамика заболеваемости психическими расстройствами подросткового населения Забайкальского края за 1998–2010 гг. (на 100 тыс. подросткового населения)

Показатели заболеваемости психическими расстройствами среди подросткового населения края за анализируемый период нестабильны (рис. 2.2). В 1999 году заболеваемость была лишь незначительно выше средней по РФ, однако уже в 2000–2001 гг. стала превышать общероссийский уровень в 1,5–1,6 раза. Незначительное повышение отмечено также в 2003 и 2005 гг. Заболеваемость психическими расстройствами в 2009 году составила 25,0 на 100 тыс. подросткового населения, что несколько выше аналогичного показателя за 2008 год (24,0 на 100 тыс. подросткового населения) и практически соответствует такому же по РФ (24,1 на 100 тыс. подросткового населения).

Заболеваемость расстройствами непсихотического регистра у подростков Забайкальского края в 1999 году была в 2 раза ниже таковой по РФ. Начиная с 2002 года, первичная выявляемость непсихотических расстройств стабильно выше общероссийских показателей и в 2009 году составила 939,8 на 100 тыс. подросткового населения (что в 2,5 раза выше соответствующего показателя по РФ – 370,9 на 100 тыс. подросткового населения в 2008 году) (рис. 2.3).

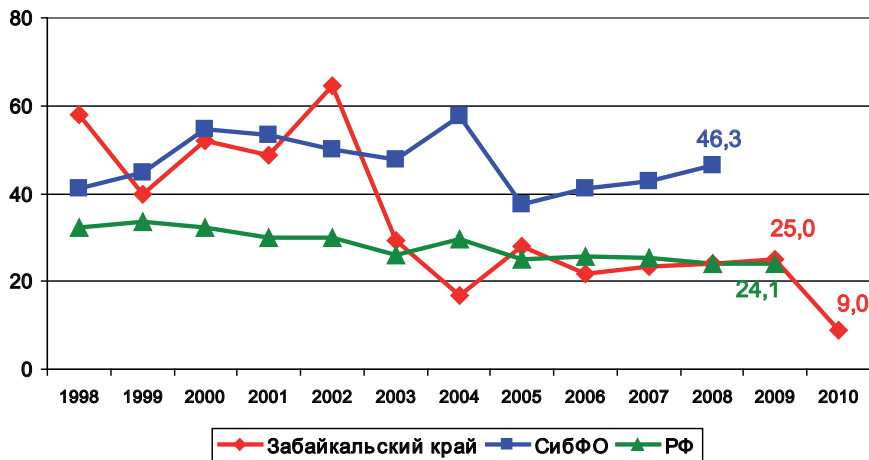


Рис. 2.2. Динамика заболеваемости психозами подросткового населения Забайкальского края за 1998–2010 гг. (на 100 тыс. подросткового населения)

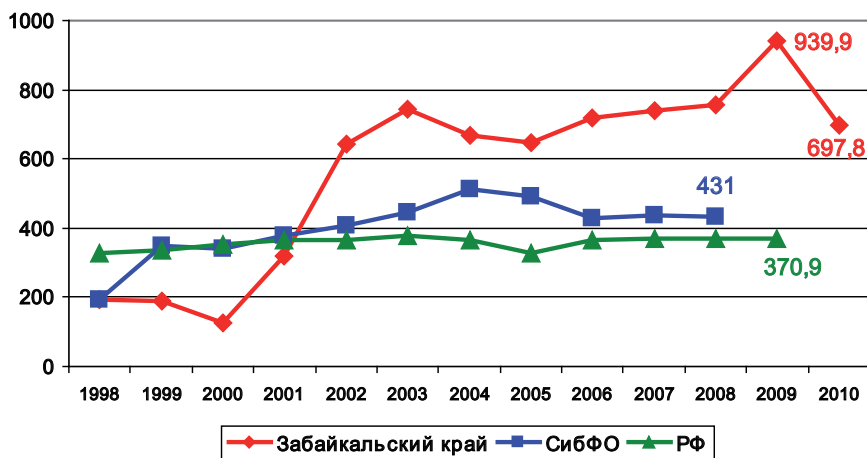


Рис. 2.3. Динамика заболеваемости непсихотическими расстройствами подросткового населения Забайкальского края за 1998–2010 гг. (на 100 тыс. подросткового населения)

Заболеваемость подростков края умственной отсталостью в 1999–2001 гг. превышало общероссийскую в 8–10 раз (рис. 2.4). Начиная с 2001 года первичное выявление умственной отсталости у подростков значительно снизилось – в 5,7 раз за период с 2001 по 2008 гг. (от 1378,0 в 2001 году до 240,5 в 2008 году; в 2009 году этот показатель несколько увеличился и составил 323,8 на 100 тыс. подросткового населения). При этом, однако, показатель по Забайкалью остается выше соответствующего в РФ в 3 раза (108,4 на 100 тыс. подросткового населения в 2009 году).

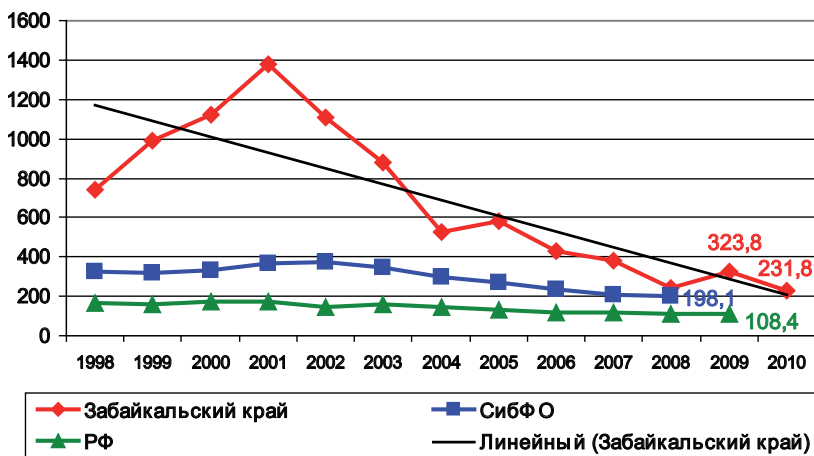


Рис. 2.4. Динамика заболеваемости умственной отсталостью подросткового населения Забайкальского края за 1998–2010 гг. (на 100 тыс. подросткового населения)

В структуре заболеваемости подростков Забайкальского края в 2009 году доля непсихотических расстройств и умственной отсталости практически не отличается от таковой по РФ, а число диагностированных психозов ниже среднероссийского показателя более чем в 2 раза.

Анализ общей заболеваемости подростков в районах Забайкальского края позволяет выделить районы с наиболее высокими показателями: Калганский (3140,5 на 100 тыс. подросткового населения), Кыринский (2900,4 на 100 тыс.), Балейский (2790,7 на 100 тыс.), Приаргунский (2694,8 на 100 тыс.) и Александрово-Заводский (2649,0 на 100 тыс.). Самые низкие показатели общей заболеваемости подросткового населения выявлены в Тунгиро-Олекминском (не зарегистрировано ни одного случая психической патологии) и Забайкальском (99,5 на 100 тыс. подросткового населения) районах края.

По количеству случаев впервые диагностированных непсихотических расстройств среди подросткового населения на первом месте стоит Кыринский район (2774,3 на 100 тыс. подросткового населения). Высокие показатели заболеваемости непсихотическими расстройствами отмечены также в трех районах края: Калганском (2644,6 на 100 тыс.), Сретенском (2330,7 на 100 тыс.) и Балейском (2046,5 на 100 тыс.).

Наиболее высокие показатели заболеваемости умственной отсталостью отмечены в Александрово-Заводском (1234,5 на 100 тыс. подросткового населения), Балейском (744,2 на 100 тыс.), Шелопугинском (675,7 на 100 тыс.) и Нерчинско-Заводском (643,5 на 100 тыс.) районах края – в 5,5–10,7 раз превышают средний показатель по РФ.

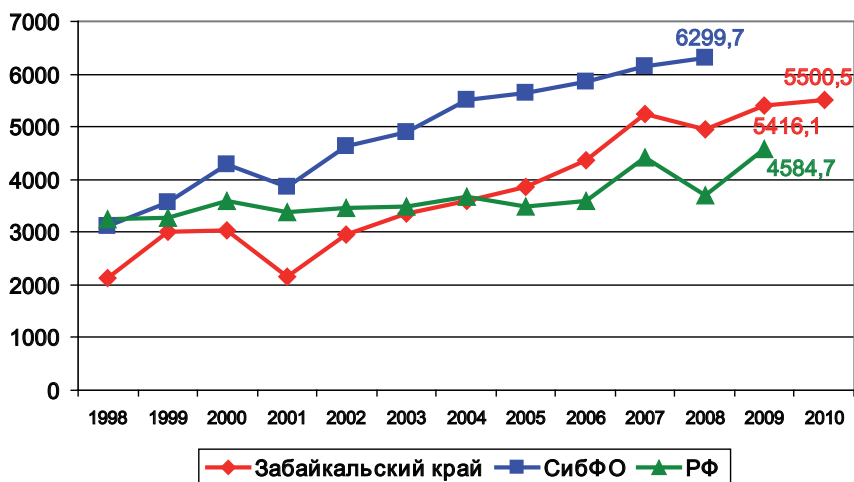


Рис. 2.5. Динамика болезненности психическими расстройствами подросткового населения Забайкальского края за 1998–2010 гг. (на 100 тыс. подросткового населения)

Общий показатель болезненности психическими расстройствами среди подросткового населения Забайкальского края за 5-летний период стабильно выше среднего показателя по РФ, равно как и болезненность в целом по СибФО существенно выше среднероссийской. Минимальный показатель болезненности психическими расстройствами среди подросткового населения Забайкальского края был зарегистрирован в 2001 году (2161,0 на 100 тыс. подросткового населения). В 2010 году число подростков, состоящих на учете на

конец года, составило 5500,5 на 100 тыс. подросткового населения, что выше соответствующего показателя по РФ (рис. 2.5). Можно отметить отчетливую негативную тенденцию увеличения показателей болезненности психическими расстройствами за анализируемый 13-летний период как в целом по РФ, но особенно по СибФО, в том числе по Забайкальскому краю.

Болезненность психозами у подростков края в 2001 году была незначительно ниже таковой по РФ, однако затем в течение 5 лет показатель постепенно снижался и в 2006 году составил 69,9 на 100 тыс. подросткового населения, что было в 2 раза ниже соответствующего общероссийского показателя. В 2007 году вновь отмечено увеличение числа подростков, состоящих на учете с психотическими расстройствами (более чем в 2 раза, по сравнению с 2006 годом), не достигающее, однако, уровня РФ. В 2008 году отмечено снижение показателя до 109,2 на 100 тыс. подросткового населения, что ниже показателя РФ (174,2 на 100 тыс. подросткового населения в 2008 году). В 2009 году показатель болезненности в Забайкальском крае составил 142,0 на 100 тыс. подросткового населения (вновь стал выше и приблизился к 2007 году), в 2010 году данный показатель стал 72,7 на 100 тыс. (рис. 2.6).

Число подростков, состоящих на учете на конец года, с диагнозом шизофрения в Забайкальском крае стабильно ниже среднего по РФ (в 2–2,5 раза), однако за последние 5 лет он увеличился в 2 раза (от 22,6 в 2004 году до 56,4 на 100 тыс. подросткового населения в 2009 году; по РФ – 65,2 на 100 тыс. подросткового населения в 2008 году).

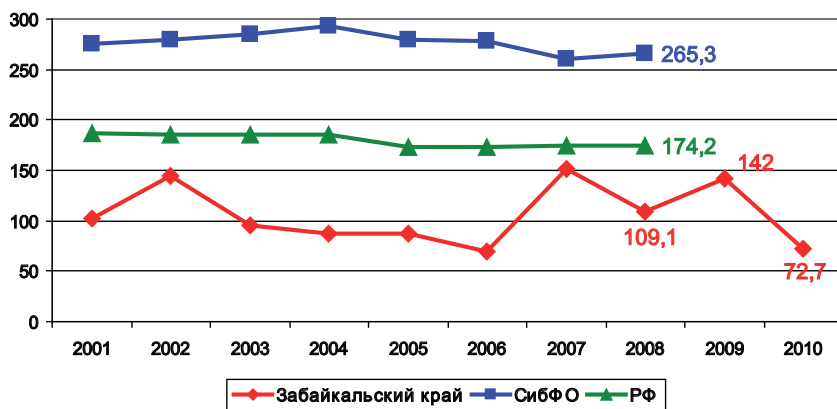


Рис. 2.6. Динамика болезненности психозами подросткового населения Забайкальского края за 2001–2010 гг. (на 100 тыс. подросткового населения)

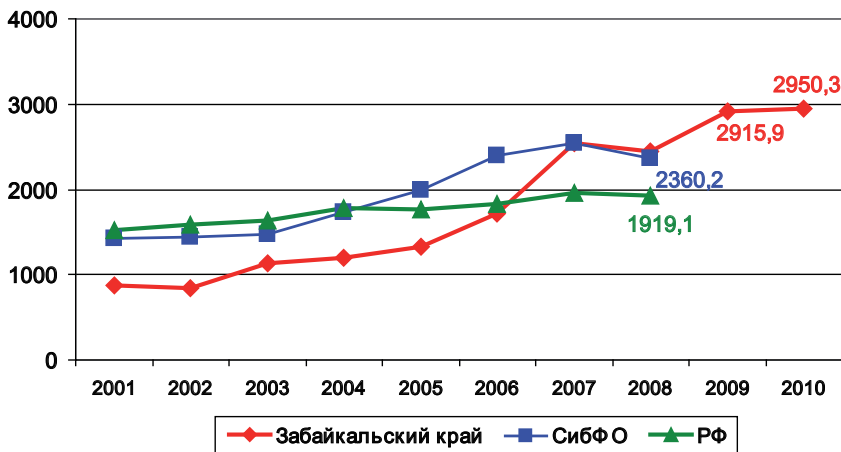


Рис. 2.7. Динамика болезненности непсихотическими расстройствами подросткового населения Забайкальского края за 2001–2010 гг. (на 100 тыс. подросткового населения)

Показатели болезненности непсихотическими расстройствами у подростков Забайкальского края в период с 2001 по 2006 гг. были ниже общероссийских; постепенно они увеличивались, и к 2007 году болезненность практически достигла таковой по РФ. В 2007–2009 гг. показатели продолжали увеличиваться и в 2009 году превысили таковые по РФ в 1,5 раза (2915,9 на 100 тыс. подросткового населения) (рис. 2.7).

Показатели болезненности умственной отсталостью у подростков Забайкальского края за период с 2001 по 2009 гг. оставались более высокими, по сравнению с данными по РФ (рис. 2.8). Наиболее высокое количество зарегистрированных на конец года подростков с диагнозом F 70 отмечено в 2006 году – 2756,2 на 100 тыс. подросткового населения, что в 1,5 раза выше соответствующего показателя по РФ (1578,8 на 100 тыс. подросткового населения). В 2007–2009 гг. отмечена тенденция к снижению показателя, который, однако, все же остается выше общероссийского (2358,2 на 100 тыс. подросткового населения в Забайкальском крае в 2009 году и 1608,1 на 100 тыс. подросткового населения в РФ в 2008 году).

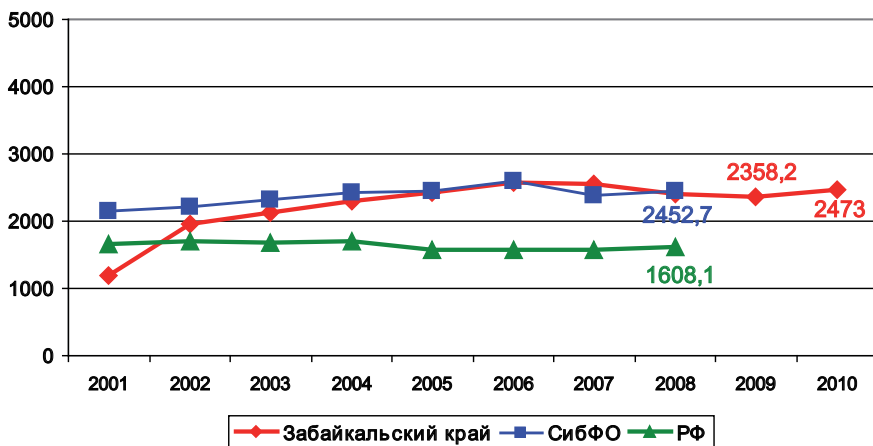


Рис. 2.8. Динамика болезненности умственной отсталостью подросткового населения Забайкальского края за 2001–2010 гг. (на 100 тыс. подросткового населения)

Анализ структуры болезненности подросткового населения края в 2009 году показал, что доля умственной отсталости остается незначительно выше, а число психозов ниже по сравнению с таковыми по Российской Федерации.

При этом наиболее высокие показатели, болезненности подростков психическими расстройствами отмечены в Петровск-Забайкальском (10466,2 на 100 тыс. подросткового населения), Балейском (9581,4 на 100 тыс.), Карымском (7933,9 на 100 тыс.) и Краснокаменском (7307,3 на 100 тыс.) районах края. Наименьшее количество подростков, состоящих на учете с психическими заболеваниями, отмечено в трех районах Забайкальского края: Нерчинском (1673,1 на 100 тыс. подросткового населения), Тунгиро-Олекминском (2105,3 на 100 тыс.) и Агинском (2912,6 на 100 тыс.).

Крайне высокие показатели болезненности умственной отсталостью среди подросткового населения выявлены в четырех районах края: Петровск-Забайкальском (7469,1 на 100 тыс. подросткового населения), Балейском (4651,2 на 100 тыс.), Нерчинском (4347,8 на 100 тыс.) и Калганском (4132,2 на 100 тыс.).

Таким образом, за последние 10 лет в Забайкальском крае произошло значительное уменьшение показателей заболеваемости и болезненности подросткового населения умственной отсталостью, однако они все еще остаются выше таковых по РФ. При этом за анализируемый период отмечено увеличение показателей заболеваемости и болезненности расстройствами непсихотического характера; в итоге в течение последних лет структура психической патологии подросткового населения Забайкальского края в целом стала соответствовать показателям по РФ. Отмеченная динамика показателей, с одной стороны, свидетельствует об улучшении ранней диагностики психической патологии в детском возрасте и успехах реабилитации, особенно при задержках умственного развития у детей, с другой, демонстрирует в целом неблагоприятную тенденцию в показателях психического здоровья подросткового населения Забайкальского края за счет увеличения общего (совокупного) контингента больных.

Проблема распространенности наркологических расстройств в Российской Федерации приобрела общегосударственные масштабы, особенно это касается молодого поколения. Анализ статистических показателей наркологического здоровья населения позволяет не только оценивать, но и прогнозировать распространенность наркологических заболеваний, выделять приоритетные направления в профилактике наркологических расстройств.

Заболеваемость наркологическими расстройствами подростков за последние семь лет на территории Забайкальского края имеет четкую тенденцию к росту, показатель на 100 тыс. подросткового населения увеличился с 348,4 в 2004 году до 659,2 в 2010 году. Рост заболеваемости в 1,9 раза обусловлен лучшей выявляемостью заболеваний из профилактической группы наблюдения. Максимальный показатель заболеваемости в крае был в 2006 году (1113,4 на 100 тыс. подросткового населения). При этом уровень первичной заболеваемости наркологическими расстройствами ниже показателей по РФ и Сибирскому Федеральному округу (965,3 и 1220,3 на 100 тыс. подросткового населения соответственно) (рис. 2.9).

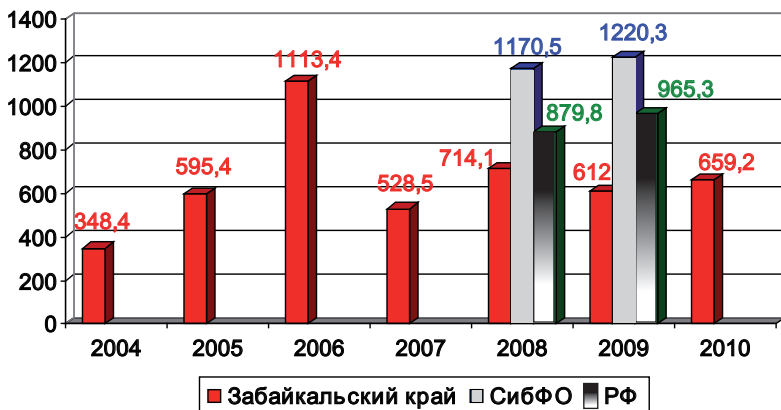


Рис. 2.9. Заболеваемость наркологическими расстройствами подростков Забайкальского края, СибФО и РФ (на 100 тыс. подросткового населения)

Первичная заболеваемость наркологическими расстройствами подростков в районах края в 2010 году варьировала от 0,0 до 1388,1 на 100 тыс. подросткового населения. Наиболее высокие показатели первичной заболеваемости зарегистрированы в Шилкинском, Краснокаменском, Улетовском, Приаргунском, Балейском муниципальных районах и в Чите. Низкая заболеваемость зарегистрирована в Александрово-Заводском, Каларском, Калганском, Кыринском, Дульдургинском, Тунгокоченском и Тунгиро-Олекминском муниципальных районах.

Заболеваемость алкоголизмом с психозами подросткового населения в Забайкальском крае имела тенденцию к снижению: с 31,1 на 100 тыс. подросткового населения в 2004 году до 4,5 на 100 тыс. в 2010 году. В итоге, данный показатель в Забайкалье в 2010 году в 2,6 раза ниже показателя по России и в 4,2 раз ниже показателя Сибирского Федерального округа в 2009 году (рис. 2.10).

Заболеваемость алкогольными психозами подростков в нашем регионе составила в 2004 году 8,5 на 100 тыс., в 2006 году – 3,1 на 100 тыс.; в 2007–2009 гг. алкогольных психозов у подростков не регистрировалось; в 2010 году психоз наблюдался у 1 подростка (показатель – 2,3 на 100 тыс. подросткового населения).

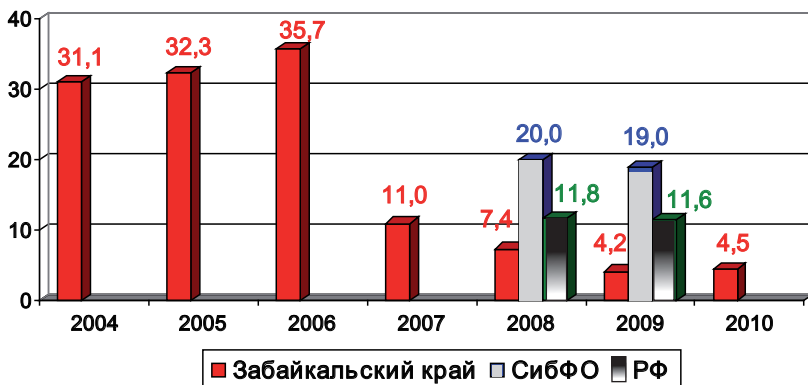


Рис. 2.10. Заболеваемость алкоголизмом с психозами подростков Забайкальского края, СибФО и РФ (на 100 тыс. подросткового населения)

Регистрируемая впервые выявленная заболеваемость наркоманиями подростков в Забайкалье в 2004 году составляла 25,5 на 100 тыс. подросткового населения, в последующем отмечалось снижение заболеваемости в 11 раз до 2,3 на 100 тыс. в 2010 году. При этом показатель в 16,2 раза ниже показателя по СибФО и в 4,4 раза ниже среднего по России (рис. 2.11).

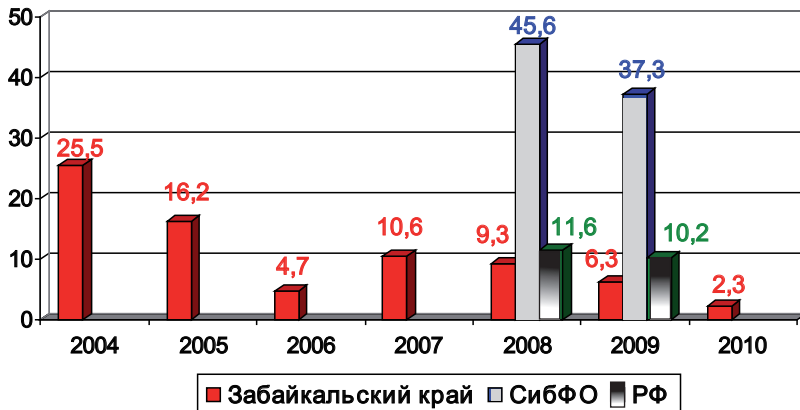


Рис. 2.11. Заболеваемость наркоманией подростков Забайкальского края, СибФО и РФ (на 100 тыс. подросткового населения)

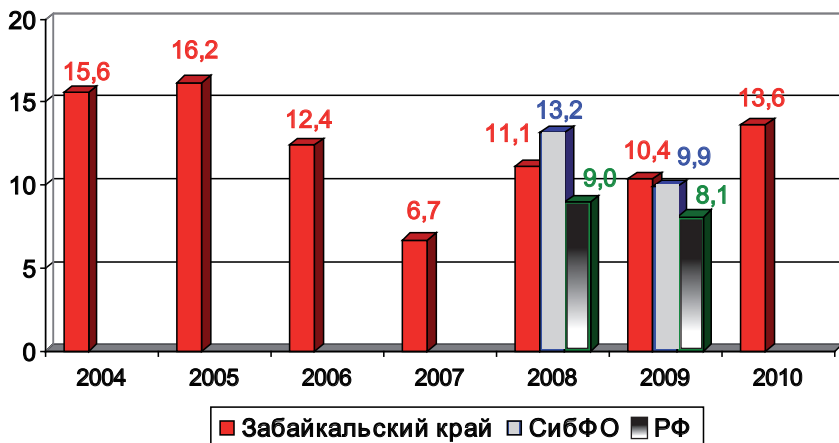


Рис. 2.12. Заболеваемость токсикоманией подростков Забайкальского края, СибФО и РФ (на 100 тыс. подросткового населения)

Первичная заболеваемость токсикоманией в крае в последние пять лет остается стабильной, в 2010 году показатель составил 13,6 на 100 тыс. подросткового населения, он сопоставим с показателем по СибФО и в 1,7 раза выше среднего по России (рис. 2.12).

Показатели первичной выявляемости употребления алкоголя, наркотических и ненаркотических веществ с вредными последствиями в Забайкальском крае в динамике за 7 лет представлены на рисунках 2.13, 2.14, 2.15.

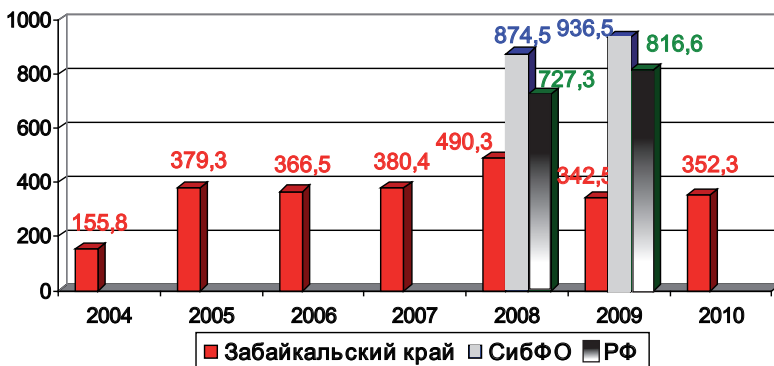


Рис. 2.13. Заболеваемость употреблением алкоголя с вредными последствиями подростков Забайкальского края, СибФО и РФ (на 100 тыс. подросткового населения)

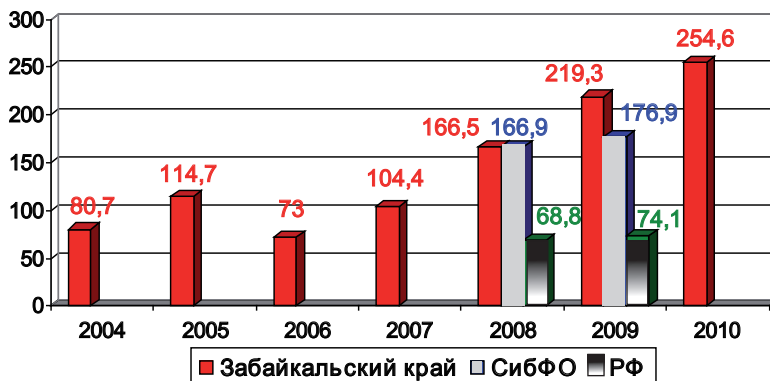


Рис. 2.14. Заболеваемость употреблением наркотических веществ с вредными последствиями подростков Забайкальского края, SibFO и РФ (на 100 тыс. подросткового населения)

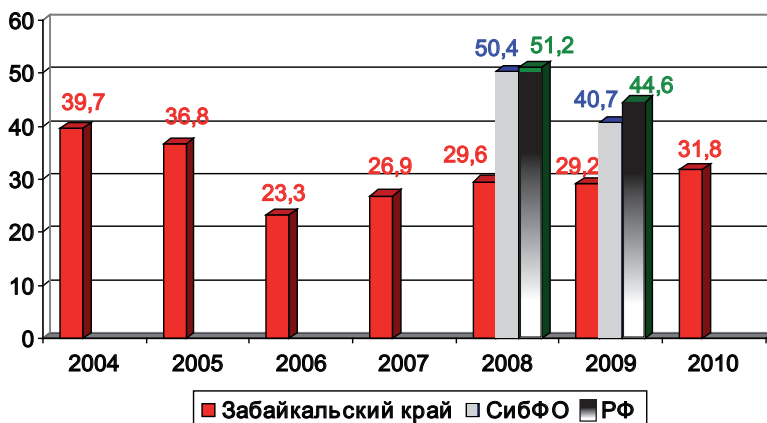


Рис. 2.15. Заболеваемость употреблением ненаркотических веществ с вредными последствиями подростков Забайкальского края, SibFO и РФ (на 100 тыс. подросткового населения)

Заболеваемость употреблением алкоголя с вредными последствиями подростков в Забайкальском крае выросла за последние 7 лет в 2,3 раза – с 155,8 на 100 тыс. в 2004 году до 352,3 на 100 тыс. подросткового населения в 2010 году; при этом данный показатель по-прежнему в 2–2,5 раза ниже, чем по РФ и SibFO. Аналогично, наблю-

дается в нашем регионе значительный рост (в 3,2 раза) заболеваемости употреблением наркотических веществ с вредными последствиями с 80,7 на 100 тыс. подросткового населения в 2004 году до 254,6 на 100 тыс. в 2010 году; показатель в настоящее время в 1,4 раза выше показателя по СибФО и в 3,4 раза выше показателя по России. Заболеваемость подростков употреблением ненаркотических веществ с вредными последствиями в крае за период 2004–2010 гг. остается стабильной и в 1,5 раза ниже показателей по СибФО и РФ.

Таким образом, в Забайкальском крае отмечается рост первичной заболеваемости наркологическими расстройствами, который происходит за счет выявления расстройств из профилактической группы наблюдения, в первую очередь, употребления наркотических веществ и алкоголя с вредными последствиями. Несмотря на это, существующие показатели заболеваемости в крае существенно ниже показателей по СибФО и РФ.

Распространенность наркологических расстройств у подростков в Забайкальском крае (болезненность) имеет существенный рост (в 2,4 раза за последние 7 лет): с 679,9 на 100 тыс. подросткового населения в 2004 году до 1659,2 на 100 тыс. подросткового населения в 2010 году. Показатель болезненности у подростков в 1,7 раза меньше показателя СибФО и в 1,5 раза ниже среднего показателя по России (рис. 2.16).

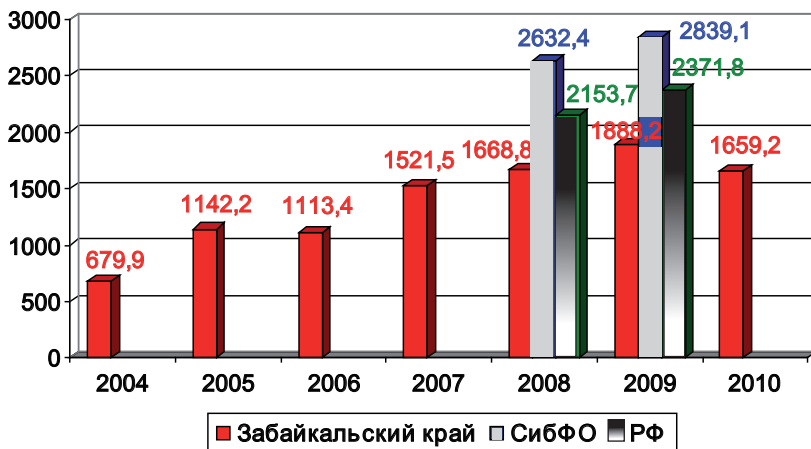


Рис. 2.16. Болезненность наркологическими расстройствами подростков Забайкальского края, СибФО и РФ (на 100 тыс. подросткового населения)

Болезненность наркологическими расстройствами подростков в районах края в 2010 году варьировала от 214,6 до 4591,6 на 100 тыс. подросткового населения. Наиболее высокие показатели распространенности зарегистрированы в Шилкинском, Краснокаменском, Улетовском, Нерчинско-Заводском, Приаргунском, Тунгиро-Олекминском муниципальных районах. Низкая заболеваемость зарегистрирована в Александрово-Заводском, Забайкальском, Могочинском, Газимуро-Заводском, Кыринском, Дульдургинском, Тунгокоченском муниципальных районах.

Показатель болезненности подростков алкоголизмом с алкогольными психозами за 7 последних лет в крае имеет четкую тенденцию к снижению (в 5,3 раза): от 83,8 на 100 тыс. в 2005 году до 15,9 на 100 тыс. подросткового населения в 2010 году; показатель в крае при этом стал существенно ниже показателей по РФ и СибФО (рис. 2.17).

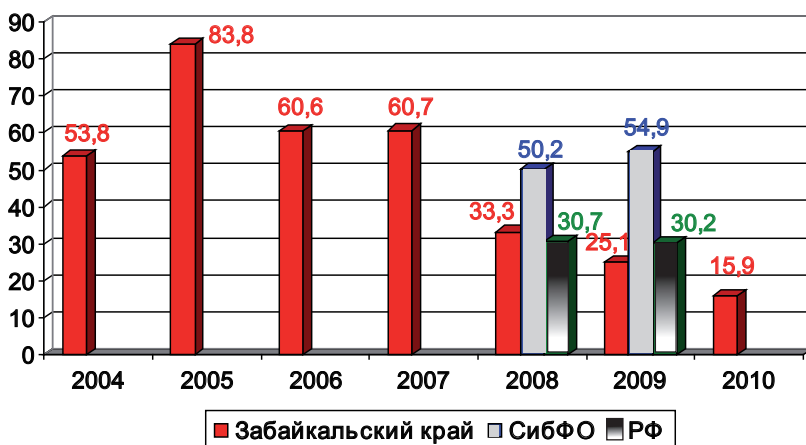


Рис. 2.17. Болезненность алкоголизмом с психозами подростков Забайкальского края, СибФО и РФ (на 100 тыс. подросткового населения)

Показатели болезненности подростков алкогольными психозами соответствуют показателям заболеваемости, описанным выше. Болезненность подростков синдромом зависимости от алкоголя существенно снизилась в последние годы – с 75,0 на 100 тыс. подросткового населения в 2005 году до 13,6 на 100 тыс. в 2010 году.

Болезненность подросткового контингента наркоманией также значительно снизилась (в 6,6 раза): с 75,3 на 100 тыс. подросткового насе-

ления в 2005 году до 11,4 на 100 тыс. в 2010 году. Данный показатель несколько ниже показателя по РФ и более чем в 4 раза меньше показателя по СибФО, который остается стабильно высоким (рис. 2.18).

Больные наркоманией подростки состояли на учете в 2010 году в Петровск-Забайкальском, Чернышевском, Шилкинском районах и городе Чите, в других муниципальных образованиях заболеваний наркоманией у подростков не зарегистрировано.

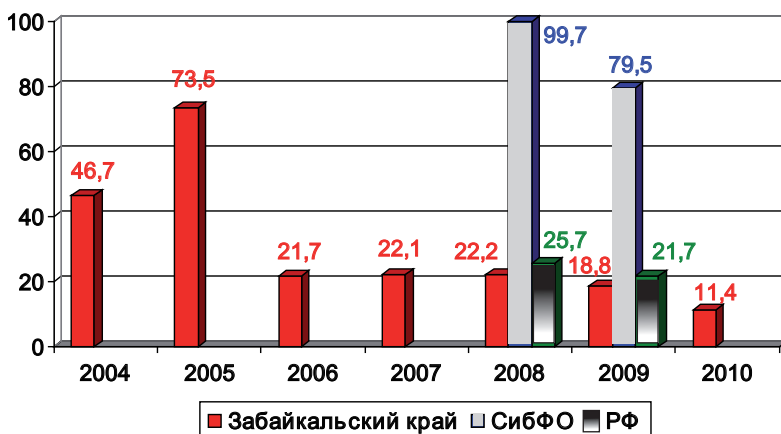


Рис. 2.18. Болезненность наркоманией подростков Забайкальского края, СибФО и РФ (на 100 тыс. подросткового населения)

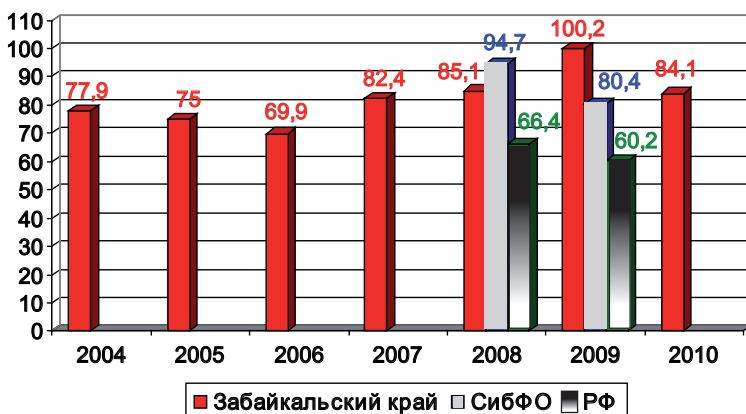


Рис. 2.19. Болезненность токсикоманией подростков Забайкальского края, СибФО и РФ (на 100 тыс. подросткового населения)

Болезненность подростков токсикоманией составила в 2010 году 84,1 на 100 тыс. подросткового населения, за 7 лет существенного увеличения или снижения указанного показателя в крае не зарегистрировано (рис. 2.19). Показатель сопоставим с показателем по СибФО и в 1,4 раза выше показателя по Российской Федерации.

Болезненность токсикоманией подростков в районах края в 2010 году варьировала от 0 до 373,7 на 100 тыс. подросткового населения. Наиболее высокие показатели распространенности зарегистрированы в Шилкинском, Карымском, Балейском, Борзинском, Забайкальском, Краснокаменском и Могочинском районах. В 19 районах заболеваний токсикоманией у подростков не зарегистрировано.

Болезненность подростков употреблением алкоголя с вредными последствиями в крае все еще остается ниже уровня РФ в 2,2 раза и окружного в 2,3 раза. В 2010 году показатель составил 866,0 на 100 тыс. подросткового населения, в сравнении с показателем 2004 года (315,9 на 100 тыс.) наблюдается рост в 2,7 раза (рис. 2.20).

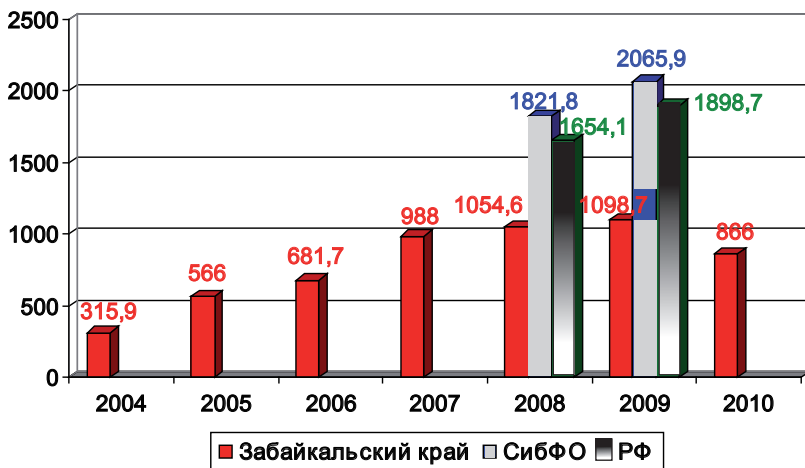


Рис. 2.20. Болезненность употреблением алкоголя с вредными последствиями подростков Забайкальского края, СибФО и РФ (на 100 тыс. подросткового населения)

Болезненность подростков употреблением наркотических веществ с вредными последствиями в крае за тот же период демонстрирует стойкий рост – за 7 последних лет в 4,5 раза (с 106,2 на 100 тыс. в 2004

году до 481,9 на 100 тыс. подросткового населения в 2010 году). Данный показатель существенно выше аналогичных показателей по СибФО (в 1,3 раза) и по РФ (в 3,4 раза) (рис. 2.21).

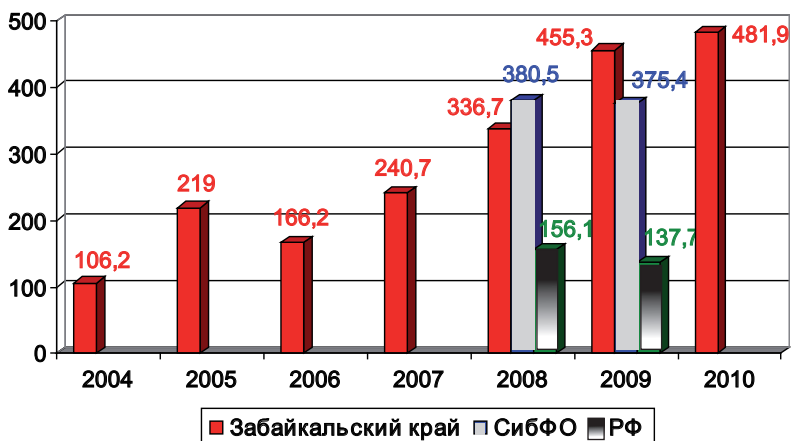


Рис. 2.21. Болезненность употреблением наркотических веществ с вредными последствиями подростков Забайкальского края, СибФО и РФ (на 100 тыс. подросткового населения)

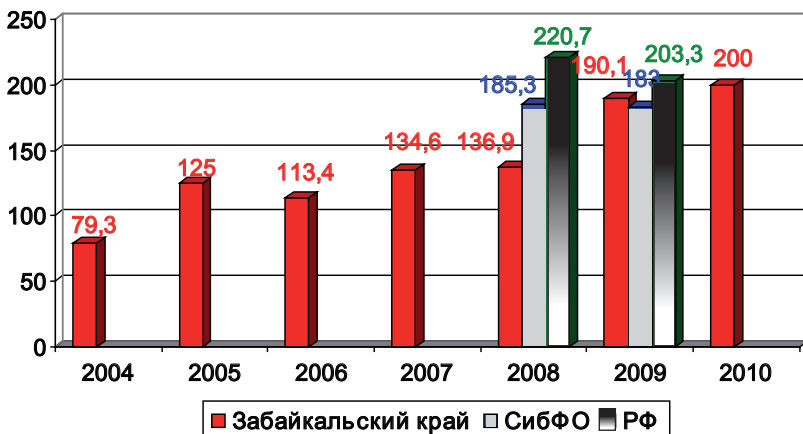


Рис. 2.22. Болезненность употреблением ненаркотических веществ с вредными последствиями подростков Забайкальского края, СибФО и РФ (на 100 тыс. подросткового населения)

Показатель болезненности подростков Забайкальского края употреблением ненаркотических веществ с вредными последствиями имеет в последние годы стойкую тенденцию к росту (в 2,5 раза за 7 лет): с 79,3 на 100 тыс. подросткового населения в 2004 году до 200,0 на 100 тыс. в 2010 году. Этот показатель сопоставим со средними показателями по СибФО и РФ (рис. 2.22).

Профилактическая группа наблюдения подростков с наркологическими расстройствами (употребление алкоголя, наркотических и ненаркотических веществ с вредными последствиями без синдрома зависимости) в 2010 году составила в крае 93,3% среди всех зарегистрированных наркологических расстройств у подростков (в 2004 году удельный вес зарегистрированных подростков из профилактической группы наблюдения составлял 73,7%). Данный показатель в РФ составлял в 2009 году 94,4%; в СибФО – 92,4%.

Таким образом, в Забайкальском крае в последние годы наблюдается существенный рост показателей распространенности среди подростков злоупотребления психоактивными веществами при снижении числа лиц с зависимостью от алкоголя и наркотических веществ. При этом показатели наркологических расстройств из группы профилактического наблюдения, несмотря на свой рост, остаются существенно ниже показателей по РФ и СибФО. Представленные данные также свидетельствуют о недостаточной работе врачей психиатров-наркологов по выявлению лиц с пагубным употреблением психоактивных веществ, что обусловлено во многом несовершенством законодательной базы, в том числе по раннему выявлению наркологической патологии у подростков и проведении своевременных профилактических и лечебно-реабилитационных мероприятий. В целях объективной оценки уровня наркологической патологии в подростковой среде необходимы эпидемиологические исследования, результаты которых позволят определить масштаб проблемы и наметить действенные меры по снижению уровня наркологической патологии в молодежной среде.

Кроме того, в целях снижения негативных тенденций, приводящих к ухудшению состояния психического и наркологического здоровья подростков, и предупреждения формирования у них психической и наркологической патологии необходимы не только комплексные и своевременные лечебно-реабилитационные мероприятия, но и разработка профилактических программ по воспитанию и повышению уровня образования детского и подросткового населения края.

Глава 3.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И СТРУКТУРА ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ЛИЦ ПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА

Раздел основан на результатах изучения аналитических таблиц об итогах медицинского обеспечения подготовки граждан к военной службе в Забайкальском крае (за период с 2005 по 2010 годы). Они отражают основные показатели деятельности военно-врачебной комиссии отдела подготовки, призыва и набора граждан на военную службу по контракту Военного комиссариата Забайкальского края. Особую благодарность за помощь в нашей работе выражаем врачу-психиатру военно-врачебной комиссии А.М. Балданову.

Основной задачей призывной комиссии является медицинское освидетельствование гражданина с определением категории его годности к военной службе.

В «Расписании болезней» (Приложение к Постановлению Правительства РФ от 25 февраля 2003 года № 123 «Об утверждении положения о военно-врачебной экспертизе») отражены следующие **категории годности к военной службе**: А – годен к военной службе; Б – годен к военной службе с незначительными ограничениями; В – ограниченно годен к военной службе; Г – временно не годен к военной службе; Д – не годен к военной службе.

Категория годности «А – годен к военной службе» означает, что гражданин практически здоров и подлежит призыву на военную службу.

Категория годности «Б – годен к военной службе с незначительными ограничениями» означает, что у гражданина есть заболевание, но без нарушения функций, и он подлежит призыву на военную службу.

Категория годности «В – ограниченно годен к военной службе» означает, что у гражданина есть заболевание с незначительными или умеренными нарушениями функций, и в соответствии с п.п. «а» п. 1 ФЗ «О воинской обязанности и военной службе» он должен быть освобожден от призыва на военную службу по состоянию здоровья.

Категория годности «Г – временно не годен к военной службе» может быть определена гражданину при определенных заболеваниях и означает, что ему предоставлена отсрочка от призыва на срок до

12 месяцев, например, после травмы или операции непосредственно перед призывом на военную службу, язвенная болезнь желудка или двенадцатиперстной кишки и некоторые другие заболевания. По истечении срока предоставленной отсрочки по категории годности «Г» призывная комиссия обязана провести повторное обследование и освидетельствование гражданина и только тогда определить категорию годности гражданина к военной службе.

Категория годности «Д – не годен к военной службе» означает, что у гражданина есть заболевание со значительными нарушениями функций, и в соответствии с п.п. «а» п. 1. ФЗ «О воинской обязанности и военной службе» он должен быть освобожден от призыва на военную службу по состоянию здоровья.

Одним из важных направлений работы военно-врачебной комиссии является **медицинское освидетельствование подростков в возрасте 15–16 лет при первоначальной постановке на воинский учет**. Так, в 2010 году в Забайкальском крае обследование проходило 6 857 подростков.

Анализ результатов медицинского освидетельствования граждан при первоначальной постановке на воинский учет в 2010 году показал, что показатель годности к военной службе по категории «А» составил 43,9%.

В таких районах края, как Борзинский, Александрово-Заводский, Сретенский, Петровск-Забайкальский, процент годности к военной службе был значительно выше (64,6, 62,5, 55,6 и 54,7% соответственно). В то же время, в Кыринском, Акшинском и Могочинском районах данный показатель составил лишь 27,5, 27,6 и 32,8% соответственно.

В целом показатель годности к военной службе по категориям «А» и «Б» (годен с незначительными ограничениями) был равен 66,5%. Соответственно, ограниченно годными (категория «В»), временно не годными (категория «Г») и не годными (категория «Д») было признано 33,5% 15–16-летних подростков.

Временно не годными к военной службе в 2010 году признаны 5 % обследованных подростков при постановке на воинский учет, не годными – 1%.

При этом показатель ограниченной годности к военной службе составил в 2010 году 27,5% (в 2009 году – 28,6%). В таких районах, как Кыринский, Чернышевский и Улетовский, данный показатель соста-

вил 52,9, 41,4 и 41,0% соответственно. В Нерчинском, Центральном и Ингодинском (города Читы), Оловянинском районах этот показатель существенно ниже, чем по краю – 13,4, 15,3 и 15,9% соответственно.

В структуре заболеваний, обусловивших ограниченную годность при первоначальной постановке на воинский учет, первое место занимают психические расстройства, второе место – болезни нервной системы, третье – болезни мочеполовой системы. При этом в структуре психических расстройств в 2010 году лидировали умственная отсталость (49,4%), расстройства личности (38,9%) и наркологическая патология (5,0%).

Вся структура заболеваний, послуживших причиной ограниченной годности подростков к военной службе, представлена в табл. 3.1.

Таблица 3.1

Структура заболеваний, послуживших причиной ограниченной годности подростков к военной службе в Забайкальском крае (в %)

	2009 год	2010 год
Психические расстройства	28,3	35,7
Болезни нервной системы	12,8	14,7
Болезни мочеполовой системы	13,8	13,4
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	10,4	7,6
Болезни глаза и придаточного аппарата	5,8	6,8
Болезни органов кровообращения	3,1	2,7
Болезни органов дыхания	3,4	2,4
Болезни уха и сосцевидного отростка	2,9	1,8
Другие болезни	19,5	14,9
Всего	100,0	100,0

В структуре впервые выявленных заболеваний у 15–16-летних юношей, признанными ограниченно годными, не годными и временно не годными к военной службе, наибольший удельный вес занимали в 2010 году психические расстройства (28,8%), затем шли недостаточность питания (17,5%), заболевания костно-мышечной системы (6,7%), болезни кровообращения (6,2%), болезни органа зрения (5,7%), болезни органов пищеварения (4,4%), прочие болезни (30,7%).

Второе направление деятельности военно-врачебной комиссии – **медицинское освидетельствование граждан при призыве на военную службу**. В 2010 году всего прошло освидетельствование 17 442 призывника.

Были признаны годными к военной службе (категория «А») 34,2% (5 962), годными с незначительными ограничениями (категория «Б») – 31,3% (5 467). В целом, показатель годности к военной службе в Забайкальском крае в 2010 году составил 65,5%.

При этом процент годности существенно отличался между разными муниципальными образованиями края: был выше в Хилокском (53,9%), Балеysком (44,9%) и Каларском (43,2%) районах, существенно был ниже в Карымском (20,2%), Краснокаменском (24,3%) и Шилкинском (25,3%) районах.

Показатель ограниченной годности к военной службе в Забайкалье в 2010 году составил 29,4%, временной негодности – 4,0%, негодности – 1,1%; в целом негодность составила 34,5% (6 013 человек).

Динамика показателя негодности призывников к военной службе по состоянию здоровья представлена на рис. 3.1. В целом, за шесть последних лет данный показатель снижался с 2005 по 2008 гг., затем отмечена тенденция к росту в 2009–2010 гг.

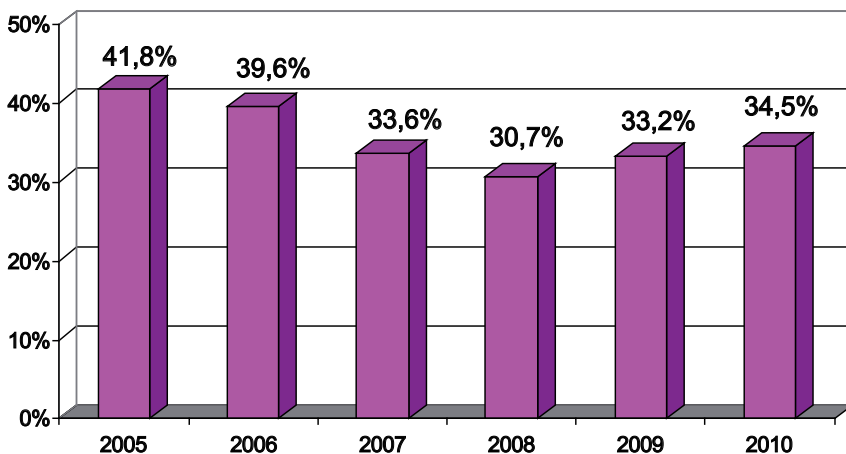


Рис. 3.1. Показатель негодности призывников к военной службе по состоянию здоровья в Забайкальском крае за 2005–2010 гг.

В структуре заболеваний, послуживших причиной ограниченной годности к военной службе, наибольшее значение имеют психические расстройства, болезни мочеполовой системы и болезни нервной системы. В 2010 году данные показатели составили 22,8, 15,7 и 14,7% соответственно. Структура заболеваний, обусловивших ограниченную годность призывников, за период с 2005 по 2010 годы представлена в табл. 3.2. Как видно из таблицы, общая структура заболеваний остается стабильной, при этом психическая патология лидирует с большим отрывом.

Таблица 3.2

Структура заболеваний, послуживших причиной ограниченной годности призывников к военной службе в Забайкальском крае за 2005–2010 гг. (в %)

	Год					
	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Психические расстройства	27,6	25,4	22,3	23,3	21,9	22,8
Болезни нервной системы	13,1	15,1	16,4	17,0	16,1	14,7
Болезни мочеполовой системы	16,2	17,0	15,2	18,0	16,7	15,7
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	9,7	11,0	14,0	12,0	11,4	9,9
Болезни глаза и придаточного аппарата	5,7	5,0	5,0	5,3	5,3	6,3
Болезни органов кровообращения	3,4	2,5	3,4	2,9	2,9	4,1
Болезни органов дыхания	3,1	2,8	2,7	2,7	2,6	2,9
Болезни уха и сосцевидного отростка	1,9	1,9	1,5	1,4	1,4	1,6
Другие болезни	19,3	19,3	19,5	17,4	21,7	22,0
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

При проведении военно-врачебной экспертизы должны соблюдаться следующие принципы диагностики психических расстройств в подростковом возрасте (Гурьева В.А., 1994; 2001):

- распознавание психических заболеваний должно основываться на совокупности данных с учетом значительного усложнения клинической картины под влиянием возрастного фактора;
- осторожность в установлении окончательного диагноза до завершения пубертатного криза;

– для точной диагностики необходимо использование клинических критериев, построенных на четком дифференцировании симптоматики.

Учитывая, что практически все подростковые психопатологические феномены имеют свои непатологические аналоги, важным звеном является отграничение психических расстройств от неболезненных кризовых или социогенных проявлений, педагогической или социальной запущенности.

Многоуровневость клинических картин в подростковом возрасте определяет адекватность использования структурного диагноза и позволяет соотнести между собой нозологию, структуру и динамику возрастной патологии, количественные и качественные характеристики криза созревания, личностные расстройства, искажение и дефицитарность развития, типы социализации личности, реагирования и поведения.

Согласно Федеральному закону «О воинской обязанности и военной службе» врач-психиатр, привлекаемый к медицинскому освидетельствованию призывников, оценив его психическое здоровье, обязан вынести одно из пяти заключений о категории годности к военной службе:

Категория «А» – годен к военной службе: к ней относятся юноши, не имеющие отклонений в психическом статусе. Они могут призываться на военную службу без ограничения по виду Вооруженных Сил, родам войск и военно-учетным специальностям.

Категория «Б» – годен к военной службе с незначительными ограничениями: входят юноши, практически здоровые, с благоприятными прогностическими признаками, то есть те лица, у которых имеются или имелись предпосылки к проявлениям или легкие проявления недостатков отдельных психических функций, но в целом компенсированные, не ограничивающие способность исполнять обязанности военной службы. Данная категория призывников может призываться на военную службу, но с определенными ограничениями по родам войск и военно-учетным специальностям.

Категория «В» – ограниченно годен к военной службе: включает в себя призывников (практически здоровых), у которых выявляются признаки психических расстройств, а также по состоянию психики не способных выполнять обязанности военной службы без ущерба для

здоровья. Как правило, призывники данной группы нуждаются во всесторонней оценке психического здоровья в специализированных медицинских учреждениях и после медицинского освидетельствования решением призывной комиссии освобождаются от призыва на военную службу и передаются в запас.

Категория «Г» – временно не годен к военной службе: входят юноши, имеющие легкие, кратковременные и обратимые проявления психических расстройств, которые утратили способности исполнять обязанности военной службы в течение ограниченного промежутка времени. Данной категории призывников предоставляется отсрочка от призыва на военную службу (на срок от 1 до 12 месяцев). В период отсрочки за юношами осуществляется динамическое наблюдение и им проводятся необходимые лечебно-оздоровительные мероприятия. По окончании отсрочки вопрос о категории годности призывника к военной службе решается в зависимости от эффективности лечебно-оздоровительных мероприятий, течения и исхода заболевания.

Категория «Д» – не годен к военной службе: к ней относятся призывники, обнаруживающие признаки выраженной патологии психики, с острыми и тяжелыми психическими расстройствами, которые привели к стойкой утрате способности исполнять обязанности военной службы. Они решением призывной комиссии освобождаются от исполнения воинской обязанности.

В «Расписании болезней» (Приложение к Постановлению Правительства РФ от 25 февраля 2003 года № 123 «Об утверждении положения о военно-врачебной экспертизе») психическим расстройствам принадлежат 7 статей (с 14 по 20). Каждая статья состоит из таблицы, каждая таблица, в свою очередь, состоит из номера статьи расписания болезней; наименования болезней, степени нарушения функции; графы категорий годности к военной службе – I, II, III и IV; в графах указаны категории годности к военной службе «А», «Б», «В», «Г», и «Д».

Статья 14 предусматривает психозы, другие психические расстройства, изменения личности и поведения, обусловленные повреждением и дисфункцией головного мозга (травмы, опухоли головного мозга, энцефалит, менингит, нейросифилис, а также сенильные и пресенильные психозы, сосудистые, дегенеративные, другие органические заболевания и поражения головного мозга).

К пункту «а» относятся резко выраженные, затяжные психотические состояния, а также психические расстройства, проявляющиеся стойкими выраженными интеллектуально-мнестическими нарушениями или резко выраженными изменениями личности по психоорганическому типу (призывники признаются не годными к военной службе – категория «Д»).

К пункту «б» относятся состояния с умеренно выраженными астеническими, аффективными, диссоциативными, когнитивными, личностными и другими нарушениями, а также психотические состояния с благоприятным течением (призывники признаются ограниченно годными к военной службе – категория «В»).

К пункту «в» относятся преходящие, кратковременные психотические и непсихотические расстройства, возникающие вследствие острых органических заболеваний или травм головного мозга, завершившиеся выздоровлением или незначительно выраженной астенией при отсутствии признаков органического поражения центральной нервной системы (призывники признаются временно не годными к военной службе – категория «Г»).

К пункту «г» относятся состояния стойкой (не менее 1 года) компенсации болезненных проявлений после острого заболевания или травмы головного мозга при отсутствии психических расстройств и явлений органического поражения центральной нервной системы, когда имеются лишь отдельные рассеянные органические знаки, без нарушения функций (призывники признаются годными к военной службе с незначительными ограничениями – категория «Б»).

При проведении военной экспертизы призывников с экзогенно-органическим поражением головного мозга следует учитывать основные диагностические признаки:

1. Объективные данные о наличии органического заболевания головного мозга (травмы, интоксикации) или соматического заболевания, которые могли вызвать нарушения функций мозга.
2. Наличие вероятной связи между основной органической патологией и психическими нарушениями.
3. Отсутствие достаточных данных об иной природе психических нарушений.

Статья 15 включает эндогенные психозы: шизофрения, шизотипические расстройства, хронические бредовые расстройства и аффективные психозы (в том числе циклотимия).

Статья 16 предусматривает психозы и другие психические расстройства вследствие общих инфекций, интоксикаций (кроме вызванных употреблением психоактивных веществ), соматических заболеваний различного генеза, ВИЧ-инфекции, а также связанные с физиологическими нарушениями, воздействием РВ, ИИИ, КРТ, источников ЭМП и лазерного излучения, другими причинами.

К пункту «а» относятся психотические расстройства с резко выраженными клиническими проявлениями и длительным течением, в том числе с выраженными изменениями личности.

К пункту «б» относятся умеренно выраженные или повторные психотические и непсихотические расстройства, приводящие к патологическим изменениям личности по органическому типу или выраженному длительному (более 3 месяцев) астеническому состоянию (церебрастении), в том числе с явлениями органического поражения центральной нервной системы. В случае благоприятного течения заболевания, когда наступает стойкая компенсация болезненных проявлений, офицеры, прапорщики, мичманы могут быть признаны годными к военной службе с незначительными ограничениями.

К пункту «в» относятся умеренно или незначительно выраженные, затянувшиеся (до 3 месяцев) астенические состояния после перенесенной инфекции при отсутствии явлений органического поражения центральной нервной системы.

К пункту «г» относятся психические расстройства, возникающие в результате острого заболевания, протекающие с легкой и кратковременной (до 2–3 недель) астенией и закончившиеся выздоровлением.

Статья 17 включает реактивные психозы, невротические, диссоциативные и соматоформные расстройства, психогенные депрессивные состояния и реакции, невротическое развитие личности, хронические постреактивные изменения личности, а также посттравматическое стрессовое расстройство.

К пункту «а» относятся истерический психоз, реактивные состояния с затяжным течением, а также резко выраженные невротические, диссоциативные и соматоформные расстройства, не поддающиеся лечению.

К пункту «б» относятся психотические расстройства с кратковременным и благоприятным течением; умеренно выраженные, длительные или повторные невротические расстройства, когда болезненные проявления, несмотря на проводимое стационарное лечение, стойко удерживаются и выражены в степени, затрудняющей исполнение освидетельствуемым обязанностей военной службы.

К пункту «в» относятся умеренно выраженные, кратковременные невротические расстройства с благоприятным течением, закончившиеся компенсацией.

К пункту «г» относятся незначительно выраженные, кратковременные невротические расстройства, характеризующиеся в основном эмоционально-волевыми, вегетативными нарушениями, хорошо поддающиеся лечению и закончившиеся выздоровлением.

Статья 18 предусматривает специфические (психопатии, транзиторные личностные расстройства) и другие расстройства личности и поведения.

При проведении военной экспертизы с целью диагностики расстройства личности необходим объективно собранный анамнез, а также всестороннее обследование в условиях психиатрического стационара.

Диагностические критерии расстройств личности (по МКБ-10):

1. Внутренние переживания и поведение индивидуума в целом существенно и постоянно отклоняются от культурно принятого диапазона («нормы»). Такое отклонение должно проявляться более чем в одной из следующих сфер:

когнитивная (то есть характер восприятия и интерпретации предметов, людей и событий);

эмоциональность (диапазон, интенсивность и адекватность эмоциональных реакций);

контролирование влечений и удовлетворение потребностей;

отношения с другими и манера решения интерперсональных ситуаций.

2. Недостаточная адаптивность или другие дисфункциональные особенности обнаруживаются в широком диапазоне личностных и социальных ситуаций (то есть не ограничиваются одним «пусковым механизмом» или ситуацией).

3. В связи с поведением, указанным в пункте 2, отмечается личностный дистресс или неблагоприятное воздействие на социальное окружение.

4. Отклонение является стабильным и длительным, начинаясь в старшем детском или подростковом возрасте.

5. Отклонение не может быть объяснено как проявление или последствие других психических расстройств зрелого возраста.

6. В качестве возможной причины отклонения должны быть исключены органические заболевания мозга, травма или дисфункция мозга. Патологическое развитие личности – тип динамики, слагающейся из ряда специфических психопатических реакций с формированием ранее несвойственных стойких изменений личности.

К пункту «а» относятся резко выраженные, не поддающиеся компенсации, так называемые ядерные формы психопатии и патологическое развитие личности (паранойальное, обсессивно-фобическое и др.); призывники признаются не годными к военной службе – категория «Д».

К пункту «б» относятся: умеренно выраженные формы личностных расстройств, проявляющиеся аффективными срывами, реактивными состояниями, выраженностью вегетативных реакций; транзиторные (парциальные) расстройства личности, не достигающие уровня психопатии, в том числе со стойкой компенсацией эмоционально-волевых и других патологических проявлений; инфантильное расстройство личности; расстройства половой идентификации и сексуального предпочтения; призывники признаются ограниченно годными к военной службе – категория «В».

Лица с психопатоподобными состояниями, причинно связанными с конкретными внешними факторами (инфекциями, интоксикациями, травмами и др.), освидетельствуются по тем статьям расписания болезней, которые предусматривают соответствующие нозологические формы нервно-психической патологии.

Статья 19 предусматривает психические расстройства, тяжесть которых варьируется (от злоупотребления с вредными последствиями без синдрома зависимости до психозов и деменции), но при этом все они являются следствием употребления одного или нескольких психоактивных веществ.

К пункту «а» относятся хронические алкогольные психозы, алкоголизм, наркомания и токсикомания с выраженными изменениями личности, интеллектуально-мнестическими нарушениями.

К пункту «б» относятся: острые алкогольные психозы, алкоголизм, наркомания и токсикомания с умеренно выраженными изменениями личности; начальные проявления наркомании, токсикомании и алкоголизма при отсутствии личностных расстройств, явлений измененной реактивности и физической зависимости; злоупотребление наркотическими и токсическими веществами (случаи повторного приема психоактивных веществ, сопровождающиеся отчетливыми вредными для психического или физического здоровья последствиями при отсутствии синдрома зависимости).

Статья 20 включает все формы умственной отсталости.

К пункту «а» относятся все формы глубокой, тяжелой и умеренной умственной отсталости.

К пункту «б» относится умственная отсталость легкой степени (коэффициент умственного развития в диапазоне 50–69).

В соответствии с перечисленными статьями, в Забайкальском крае в 2010 году 20 человек были признаны годными к военной службе с незначительными ограничениями (категория «Б») по статье 17 расписания болезней.

1205 юношей не были призваны в Вооруженные Силы по причине психической патологии (категории «В», «Г» и «Д»). В структуре психических расстройств лидируют заболевания, предусмотренные статьями 18 и 20. Таким образом, расстройства личности и транзиторные расстройства личности составили в 2010 году 53,4%, умственная отсталость – 35,4%. Третью позицию занимают наркологические расстройства – 6,1%.

Структура психических расстройств в соответствии со статьями расписания болезней в динамике за 5 последних лет представлена в табл. 3.3.

В динамике наблюдается снижение количества лиц с умственной отсталостью (статья 20) – ещё в 2006–2007 гг. данная нозология занимала первую позицию, в тоже время отмечен рост числа призывников с расстройствами личности (статья 18), начиная с 2008 года, в Забайкальском крае эти расстройства стали занимать первое место. При этом в структуре диагнозов статьи 18 в эти 3 последних года стало доминировать инфантильное расстройство личности. Следует отметить рост числа наркологических диагнозов в 2010 году, что связано, в том числе, с нашей деятельностью по изучению употребления психоактивных веществ призывным контингентом Забайкалья.

Таблица 3.3

Структура психических расстройств у призывников категорий годности «В», «Г» и «Д» в Забайкальском крае в соответствии со статьями расписания болезней за 2006–2010 гг. (в %)

Статьи расписания болезней	Год				
	2006 n=1672	2007 n=1268	2008 n=1393	2009 n=1314	2010 n=1205
14	6,1	5,4	4,9	6,7	3,5
15	0,8	1,0	0,8	0,7	0,6
16	0,1	0,2	0	0,2	0,1
17	0,5	1,1	1,3	1,3	0,9
18	43,7	43,8	49,4	49,4	53,4
19	2,4	3,3	3,4	3,5	6,1
20	46,4	45,2	40,2	38,2	35,4
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Количество призывников, у которых в 2010 году были впервые выявлены заболевания при призыве на военную службу, составило 18,4% (3 207) от числа освидетельствованных (рис. 3.2). Данный показатель среди призывников, признанных годными к военной службе по категории «А», составил 15,5%; по категории «Б» (с незначительными ограничениями) – 35,9%.

Количество лиц, признанных ограниченно годными (категория «В»), временно негодными (категория «Г») и негодными (категория «Д»), с впервые выявленными заболеваниями составило 48,6% в 2010 году. Динамика данного показателя за 2005–2010 гг. представлена на рис. 3.3.

Как видно, в последние годы отмечается тенденция по снижению процента лиц с впервые выявленными заболеваниями среди категорий годности к военной службе «В», «Г» и «Д», при этом показатель по-прежнему остается высоким. Это свидетельствует о недостаточно высоком уровне проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации подростков, а также о недостаточности лечебно-оздоровительных мероприятий.

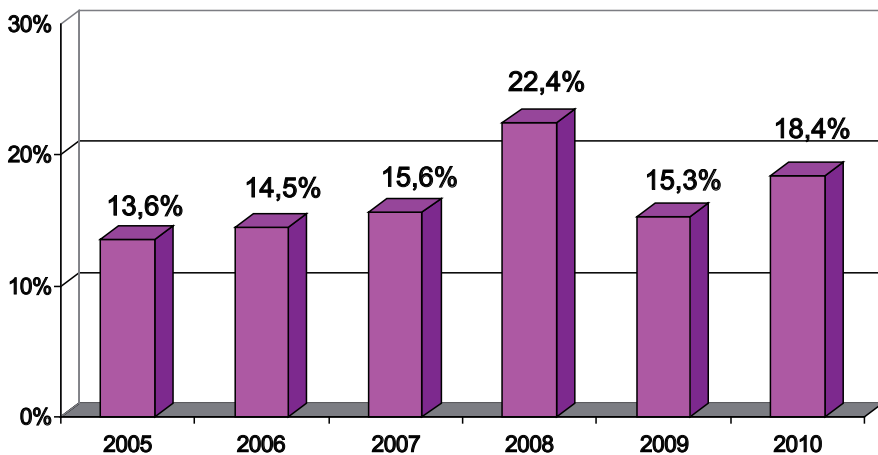


Рис. 3.2. Показатель количества призывников, у которых при призыве на военную службу были впервые выявлены заболевания за 2005–2010 гг.

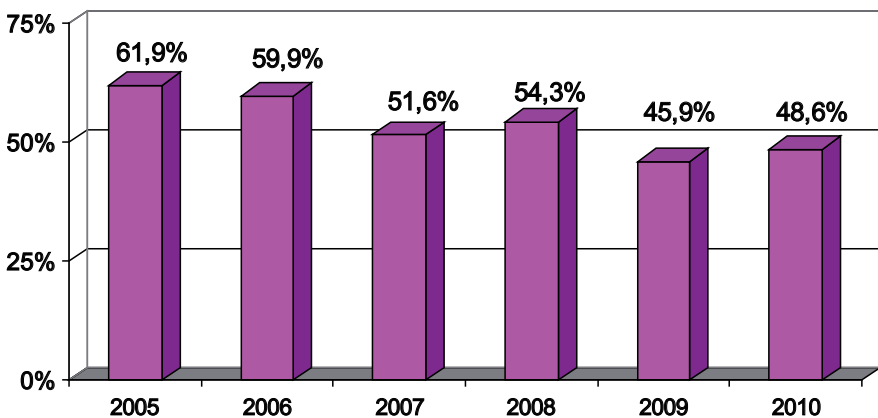


Рис. 3.3. Показатель количества призывников категорий «В», «Г» и «Д», у которых при призыве на военную службу были впервые выявлены заболевания за 2005–2010 гг.

Таблица 3.4

Структура впервые выявленных заболеваний, послуживших причиной ограниченной годности, негодности и временной негодности призывников к военной службе за 2005–2010 гг. (в %)

	Год					
	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Психические расстройства	21,5	20,0	20,1	17,0	16,5	16,2
Болезни костно-мышечной системы	10,7	12,4	15,9	15,1	15,2	12,9
Недостаточность питания	10,7	10,8	11,8	9,6	14,0	12,0
Болезни органов кровообращения	7,3	6,5	7,1	10,9	7,9	9,2
Болезни глаза и придаточного аппарата	5,8	6,4	5,7	9,4	8,0	9,4
Болезни органов пищеварения	9,8	8,5	7,9	9,2	9,7	9,2
Другие болезни	34,2	35,4	31,5	28,8	28,7	31,1
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Структура впервые выявленных заболеваний у лиц, признанных ограниченно годными, негодными и временно не годными к военной службе, представлена в табл. 3.4. В структуре вновь лидируют психические расстройства, при этом наблюдается отчетливая тенденция к снижению данного показателя, что свидетельствует об улучшении качества работы врачей-психиатров при первоначальной постановке граждан на воинский учет.

Таким образом, показатель негодности к военной службе при призыве в Забайкальском крае в 2010 составил 34,5%. В структуре заболеваний, обусловивших ограниченную годность граждан к службе, как при призыве, так и при первоначальной постановке на воинский учет, лидируют психические расстройства (22,8 и 35,7% в 2010 году соответственно). При этом в структуре психических расстройств ведущие позиции занимают нозологии, предусмотренные статьями 18 и 20 «Расписания болезней» (т.е. расстройства личности и умственная отсталость – 53,4 и 35,4% в 2010 году соответственно).

СОСТОЯНИЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ПРИЗЫВНОГО КОНТИНГЕНТА В ЗАБАЙКАЛЬЕ ПО ДАННЫМ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

4.1. Эпидемиологические и социальные характеристики призывников, признанных здоровыми.

Исследование осуществлялось на базе военно-врачебной комиссии Военного комиссариата Забайкальского края в период осеннего призыва 2009 года и весеннего призыва 2010 года.

Было проведено обследование сплошным методом лиц призывного возраста, которые были признаны годными к военной службе в территориальных образованиях Забайкальского края. Всего за два призыва исследованием было охвачено 5 482 призывника: 2 530 за осенний призыв 2009 года и 2 952 за весенний призыв 2010 года.

Для проведения исследования была разработана специальная карта, предназначенная для сбора материала. В карту были включены следующие сведения о подростке: возраст, место проживания, условия проживания и воспитания, наследственность, образование, занятость, семейное положение, бытовые условия жизни, возможное совершение криминальных действий, вредные привычки и другие социальные характеристики.

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

Дополнительно была использована методика **«Прогноз» на выявление уровня нервно-психической устойчивости (НПУ)**. Показатели нервно-психической устойчивости объективизируют риск дезадаптации личности в условиях стресса, когда система эмоционального отражения функционирует в критических условиях, вызываемых внешними, равно как и внутренними факторами. Поэтому при диагностике эмоционального состояния призывников в на-

стоящее время особое значение придается нервно-психической неустойчивости, которая является отражением одновременно психического и соматического уровня здоровья индивида (Психологические on-line тесты).

Под нервно-психической неустойчивостью понимают склонность к срывам нервной системы при значительных физических и психических нагрузках. Это довольно широкое понятие, оно включает в себя различные предболезненные состояния (крайние варианты психической нормы) со скрытой, не выраженной, либо умеренно выраженной, но компенсированной формой течения, обусловленные дефектами функционирования нервной системы и снижающие приспособительные возможности организма. В происхождении нервно-психической неустойчивости определяющую роль играют биологическая неполноценность нервной системы (врожденная или приобретенная) в сочетании с неблагоприятными психологическими и социальными факторами (Рекомендации по выявлению лиц с признаками нервно-психической неустойчивости, Израиль, 1997).

Используемая методика «Прогноз» разработана в Санкт-Петербургской военно-медицинской академии и предназначена для определения уровня НПУ, риска дезадаптации в стрессе. Она особенно информативна при подборе лиц, пригодных для работы или службы в трудных, непредсказуемых условиях, где к человеку предъявляются повышенные требования, какими часто и являются условия военной службы.

Качественный анализ ответов позволяет уточнить отдельные биографические сведения, особенности поведения и состояния психической деятельности человека в различных ситуациях. Методика содержит 84 вопроса, на каждый из которых обследуемый должен дать ответ «да» или «нет». Результаты обследования выражаются количественным показателем (в баллах). Нервно-психическая неустойчивость тем больше, чем больше получено баллов. Полученный балл необходимо соотнести с условной шкалой НПУ: она в интервале от 1 до 10 пунктов. Чем больше значение пункта условной шкалы, тем больше нервно-психическая устойчивость.

Характеристика уровней нервно-психической устойчивости представлена в табл. 4.1.1.

Характеристика уровней нервно-психической устойчивости

Баллы	Заключения и рекомендации
1–2	Низкий уровень нервно-психической устойчивости. Высокая вероятность нервно-психических срывов. Необходимо дополнительное медицинское обследование психиатра, невропатолога
3–5	Нервно-психически устойчив. Однако нервно-психические срывы вероятны, особенно в напряженных, экстремальных ситуациях. Необходимо учитывать это при вынесении заключения о профпригодности и распределении по специальностям и видам деятельности
6–10	Высокий уровень нервно-психической устойчивости. Нервно-психические срывы маловероятны. При наличии других положительных данных можно рекомендовать на специальности, требующие повышенной нервно-психической устойчивости

Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с применением пакета анализа Microsoft Excel и включала описание выборки, нахождение средней арифметической, среднеквадратического отклонения и ошибки средней арифметической, определялись частоты встречаемости признаков, группировка данных с оценкой достоверности различий при помощи *t* критерия Стьюдента.

Все обследованные были в возрасте от 17 до 27 лет (средний возраст составил $19,51 \pm 0,024$ лет).

Лица призывного контингента были разделены на две группы, первую составили призывники 1991–1992 годов рождения (в возрасте 18 лет), их было 43,8% (2403); вторую – 1982–1990 годов рождения, которые составили 56,2% (3079): в том числе, 19–20 лет – 30,3%; 21–22 года – 17,8%; 23–24 года – 6,8%; 26–26 лет – 1,3%.

Распределение призывников по территориальным образованиям Забайкальского края, из которых они были призваны, представлено в табл. 4.1.2.

**Распределение обследованных призывников
по муниципальным образованиям Забайкальского края,
из которых они были призваны**

Район	1991–1992 гг. р.	1982–1990 гг. р.	Все
Агинский	135	248	383
Акшинский	19	38	57
Александрово-Заводский	30	26	56
Балейский	68	33	101
Борзинский	193	211	404
Газимуро-Заводский	16	27	43
Дульдургинский	18	13	31
Забайкальский	24	55	79
Каларский	10	40	50
Калганский	16	21	37
Карымский	40	16	56
Краснокаменский	124	233	357
Красночикийский	8	24	32
Кыринский	41	61	102
Могойтуйский	28	32	60
Могочинский	69	70	139
Нерчинско-Заводский	30	17	47
Нерчинский	66	51	117
Оловянинский	152	117	269
Ононский	49	49	98
Петровск-Забайкальский	97	141	238
Первомайский	0	6	6
Приаргунский	85	105	190
Сретенский	92	72	164
Тунгоченский	13	12	25
Тунгиро-Олёкминский	1	0	1
Улетовский	48	63	111
Хилокский	79	94	173
Чернышевский	106	85	191
Город Чита	369	764	1133
Читинский	217	218	435
Шелопугинский	34	17	51
Шилкинский	126	120	246
Всего	2403	3079	5482

Прожили в сельской местности 61,2% исследуемого контингента, в городской – 38,8% (среди лиц 1991–1992 г. р. – 67,1 и 32,9%, 1982–1990 г. р. – 56,5 и 43,5% соответственно).

Наследственная отягощенность выявлена у 10,24% призывников: по алкогольной зависимости близких родственников – у 8,5%; по опийной наркомании – у 0,04%; по суицидам – у 1,0%; по психическим расстройствам – у 0,5%; по эпилепсии – у 0,2%.

Встречаемость психопатологически отягощенной наследственности существенно ($p < 0,001$) выше в младшей возрастной группе в сравнении с призывниками старшего возраста (табл. 4.1.3).

Таблица 4.1.3

**Психопатологически отягощенная наследственность
среди призывного контингента**

	1991–1992 г. р.		1982–1990 г. р.	
	абс.	%	абс.	%
Алкогольная зависимость	219	9,1	212	6,9 **
Суицид	29	1,2	25	0,8
Психические расстройства	19	0,8	9	0,3
Эпилепсия	7	0,3	3	0,1
Опийная наркомания	2	0,08	0	0
Всего	276	11,48	249	8,1 ***

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

Указания на патологию течения беременности и родов имелись у 0,8% лиц призывного возраста, черепно-мозговые травмы разной степени тяжести были отмечены у 4,5% (5,0% 18-летних и 4,1% 19-26-летних).

Прожили в неполной семье 28,2% призывников, сиротами являлись 0,7%. Отношения в семье характеризовали как плохие 4,7% обследованных (5,2% и 3,5% каждой возрастной группы соответственно). Считали семью малообеспеченной 8,1% 18-летних призывников, при этом у 3,5% всех призываемых лиц 1991–1992 г. р. имелись указания в харак-

теристиках о проживании в малообеспеченной, неблагополучной семье. Аналогичные данные присутствовали в личных делах 2,0% призывников 1982–1990 гг. р. В совокупности, объективные данные о малообеспеченности семьи имелись у 2,9% всех лиц призывного возраста.

Воспитывались в условиях гипоопеки 13,9% призывников. На плохие отношения в семье указали 4,2% обследованных; на плохие условия быта – 2,2%; на плохое питание – 1,1%. Приводы в милицию имели 3,5% призывников, ранее судимыми были 2,5%.

7,7% молодых людей на момент призыва были женаты, 2,0% сожительствовали, 0,5% были разведенными, остальные были холостыми. Дети имелись у 6,7% призывников. Спортом регулярно занимались 31,4% всех обследованных, при этом среди 18-летних этот показатель достигал 59,6%, а среди 19–26-летних – всего 29,2% ($p < 0,001$).

Некоторые данные анамнеза в зависимости от возрастной группы представлены в табл. 4.1.4. 18-летние призывники чаще имели низкую успеваемость в школе ($p < 0,001$), чаще дублировали обучение в одном классе ($p < 0,001$), реже имели судимость ($p < 0,001$).

Таблица 4.1.4

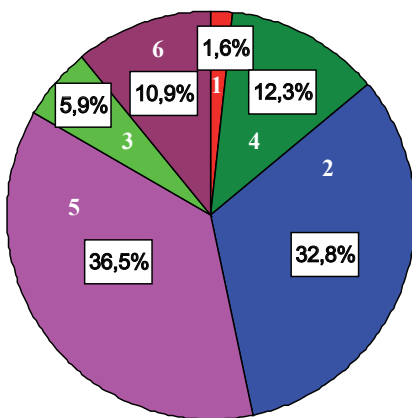
Некоторые характеристики призывного контингента

	1991–1992 гг. р.		1982–1990 гг. р.	
	абс.	%	абс.	%
Патология беременности, родов	24	1,0	22	0,7
Семья:				
а) неполная;	654	27,2	890	28,9
б) сирота	22	0,9	18	0,6
Семья малообеспеченная	84	3,5	62	2,0 ***
Воспитание в условиях гипоопеки	341	14,2	422	13,7
Плохие отношения в семье	123	5,1	108	3,5 **
Плохое питание дома	38	1,6	22	0,7 **
Плохие условия быта	58	2,4	52	1,7
Низкая успеваемость в школе	447	18,6	216	7,0 ***
Дублировали обучение в классе	161	6,7	80	2,6 ***
Приводы в милицию	79	3,3	114	3,7
Имели судимость	36	1,5	99	3,2 ***
Занятость спортом	1432	59,6	899	29,2 ***

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

Детские дошкольные учреждения посещали 89,2% лиц призывного возраста. В школу пошли с 6 лет – 12,1% юношей, с 7 лет – 85,1%, с 8 лет – 2,8%. Успеваемость в школе высокой была у 3,7%, средней – у 84,8%, низкой – у 11,5%, при этом 4,4% обследованных дублировали обучение в одном классе.

Получили только начальное образование 1,6% призывников, неполное среднее – 12,3%, среднее – 32,8%; среднее специальное – 36,5%, неоконченное высшее – 5,9%, высшее – 10,9% (рис. 4.1.1). При этом несколько человек не умели писать, один – читать. 54,9% лиц призывного возраста имели специальность, 27,2% работали перед призывом.



1	■ начальное	4	■ неполное среднее
2	■ среднее	5	■ средне-профессиональное
3	■ неоконченное высшее	6	■ высшее

Рис. 4.1.1. Образовательный уровень призывного контингента

3,5% призывного контингента имели хронические соматические заболевания (которые не являются причиной негодности к службе), при этом среди 18-летних такие юноши составляли 1%, тогда как среди 19–26-летних – 5,5% ($p < 0,001$).

Курящими являлись 72,5% всех призывников, процент существенно не отличался в возрастных группах (72,8 и 72,2% соответственно). Средний возраст начала курения составил $15,29 \pm 0,04$ лет.

Никогда не употребляли спиртное всего 2,0% исследуемого контингента (3,1% в первой группе и 1,1% во второй). У оставшихся 98,0% призывников средний возраст начала употребления алкоголя был равен $15,91 \pm 0,02$ лет.

Употребление ранее каннабиноидов выявлено у 15,1% призывного контингента (у 11,1% 18-летних и у 18,3% 19–26-летних).

Более подробные данные об употреблении призывниками психоактивных веществ представлены в главе 6.

В результате анализа проведенной методики «Прогноз» средняя нервно-психическая устойчивость призывников составила $6,37 \pm 0,03$ баллов ($6,95 \pm 0,07$ баллов у лиц 1991–1992 гг. р. и $6,09 \pm 0,05$ баллов у лиц 1982–1990 гг. р.). При этом низкий уровень нервно-психической устойчивости (1–2 балла) получен у 10,6%, средний (3–5 баллов) – у 23,6%, высокий (6–10 баллов) – у 65,8%.

Результаты НПУ в зависимости от возрастной группы представлены в табл. 4.1.5. У 18-летних призывников, в сравнении с 19–26-летними, значительно меньше ($p < 0,001$) представлены группы с низкой и средней НПУ и значительно больше ($p < 0,001$) – с высокой НПУ.

Таблица 4.1.5

Результаты метода «Прогноз» в разных возрастных группах

Уровень НПУ	1991–1992 гг. р.		1982–1990 гг. р.		Все	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Низкий	10	0,4	573	18,6 ***	581	10,6
Средний	363	15,1	930	30,2 ***	1294	23,6
Высокий	2030	84,5	1576	51,3 ***	3607	65,8
Всего	2403	100,0	3079	100,0	5482	100,0

Таким образом, призывники, которые были призваны в Вооруженные силы из Забайкальского края, проживали преимущественно в сельской местности (61,2%), наследственность их была психопатологически отягощена в 10,24% случаев (преимущественно алкоголизмом родственников), 28,2% из них росли в неполных, 2,9% – в малообеспеченных, неблагополучных семьях; 13,9% воспитывались в условиях гипопеки; 0,7% являлись сиротами.

1,6% призванных имели только начальное образование, встречались и случаи безграмотности. Лишь 43,8% призывников были в возрасте 18 лет, остальные – старше. При этом призывной контингент старшего возраста чаще имел хронические соматические заболевания, судимость, реже занимался спортом. Нервно-психическая устойчивость у представителей данной возрастной группы оказалась существенно ниже, чем у 18-летних призывников.

4.2. Клинико-эпидемиологические и социальные особенности призывников с психическими расстройствами

На первом этапе в период призыва был проведен анализ материалов личных дел подростков призывного возраста с психическими расстройствами после прохождения ими военно-психиатрической экспертизы в психиатрических стационарах Забайкальского края. Всего сплошным методом было проанализировано 793 личных дела призывников с психиатрическими диагнозами.

Учитывались следующие сведения о подростке: психиатрический диагноз, возраст, условия проживания и воспитания, наследственность, образование, совершение криминальных действий, вредные привычки и другие социальные характеристики.

Второй этап работы основан на данных обследования 18-летних призывников (1991–1992 гг. р.), проходивших психиатрическую экспертизу в ГУЗ «Краевая психиатрическая больница № 1» и ГУЗ «Краевой наркологический диспансер» города Читы в течение 2010 года. Всего сплошным методом было обследовано 372 подростка.

Для проведения исследования была разработана специальная карта, включающая следующие сведения о подэкспертном: психиатрический диагноз, возраст, место проживания, условия проживания и воспитания, наследственность, образование, совершение криминальных действий, вредные привычки и другие социальные характеристики, учитывались также данные инструментальных методов обследования и осмотры офтальмолога и невролога. Для постановки психиатрических диагнозов использовались критерии МКБ-10.

Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с применением пакета анализа Microsoft Excel и включала описание выборки, нахождение средней арифметической, ошибки средней арифметической, определялись частоты встречаемости признаков, группировка данных с оценкой достоверности различий при помощи *t* критерия Стьюдента.

На первом этапе работы выявлено, что за период осеннего призыва 2009 года и весеннего призыва 2010 года было признано негодными к военной службе по разным причинам 2 733 призывника 1982–1992 гг. рождения, из них 1 716 (62,8%) подростков 1991–1992 гг. р. (в возрасте 18 лет) и 1 017 (37,2%) лиц 1982–1990 гг. р. (в возрасте 19–26 лет).

На психиатрическую патологию пришлось 793 случая, при этом в возрастной группе 18 лет она составила 35,4% (607), в группе старше 18 лет – лишь 18,3% (186). Это объясняется тем, что бóльшая часть психических расстройств в старшей возрастной группе уже была выявлена ранее в период призыва соответствующего возраста (табл. 4.2.1).

Таблица 4.2.1

Причины, приведшие к негодности к военной службе среди призывников в Забайкальском крае

Причины	1991–1992 гг. р.		1982–1990 гг. р.	
	абс.	%	абс.	%
Психические расстройства	607	35,4	186	18,3 ***
Терапевтическая патология	384	22,4	252	24,8
Неврологическая патология	285	16,6	240	23,6 ***
Хирургическая патология	160	9,3	164	16,1 ***
Заболевания глаз	107	6,2	74	7,3
Кожные болезни	88	5,1	46	4,5
ЛОП-болезни	20	1,2	10	1,0
Инфекционные заболевания	6	0,4	20	2,0 ***
Дефицит массы тела	59	3,4	25	2,4
Всего	1716	100,0	1017	100,0

Статистическая значимость различий между группами обозначена:

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

Как видно из табл. 4.2.1, среди 18-летних психические расстройства лидируют с большим отрывом от всех других причин, на втором месте идет терапевтическая патология, на третьем – неврологическая патология.

Следует отметить, что среди неврологических расстройств в группе 1991–1992 гг. рождения доминирует резидуальная энцефалопатия (53,3%), далее идут последствия черепно-мозговой травмы (15,8%), энурез (10,2%), эпилепсия (7,4%), детский церебральный паралич (3,9%), на всю остальную неврологическую патологию приходится 9,4%. Следовательно, в данной возрастной группе в своей совокупности патология нервно-психической сферы составила среди исследуемого контингента 52,3%.

Среди лиц старшего возраста преобладают терапевтическая и неврологическая патология, психические расстройства занимают третью позицию; у данного контингента также чаще встречается хирургическая патология и инфекционные заболевания (табл. 4.2.1).

В целом, психические расстройства среди причин негодности к военной службе составили за два призыва 29,0%, терапевтическая патология – 23,2%, неврологическая патология – 19,2%, хирургическая патология – 11,9%, заболевания глаз – 6,6%, кожные болезни – 4,9%, лор-болезни – 1,1%, инфекционные заболевания – 1,0%, дефицит массы тела – 3,1%.

Следовательно, психическая патология занимает первое место в структуре причин негодности, ограниченной годности и временной негодности к службе по призыву. Полученные результаты согласуются с официальными данными, приведенными в 3 главе настоящего издания.

Анализ 793 личных дел призывников с психическими расстройствами показал, что 76,5% (607) юношей из данной группы были в возрасте 18 лет и 23,5% (186) – старше 18 лет. Средний возраст составил $18,62 \pm 1,03$ лет.

Прожили в сельской местности 78,9% исследуемого контингента, в городской – 21,1% (в группе 18-летних – 79,3% и 20,7%; в группе старше 18 лет – 77,5% и 22,5% соответственно).

31,8% всех выявленных психических расстройств составила умственная отсталость (УО), при этом среди юношей 1991–1992 гг. р. она была выявлена в 33,6% случаев, а среди призывников 1982–1990 гг. р. – в 25,2% ($p < 0,05$). Второе место занимает инфантильное расстройство личности (ИРЛ) – 27,1%, по группам данный показатель был равен 28,5 и 21,9% соответственно ($p < 0,05$). Транзиторное расстройство личности (ТРЛ) стоит по распространенности на третьем месте и определяется в 21,5% случаев, среди 18-летних юношей оно встречалось в 19,4% случаев, в группе старше 18 лет – чаще – в 29,1% случаев ($p < 0,01$).

Далее следуют другие расстройства личности – 9,1%, органическое непсихотическое расстройство – 3,8%. Расстройства связанные с употреблением алкоголя и каннабиноидов составили 2,4 и 2,7% соответственно, при этом в группе 1982–1990 гг. р. эти показатели были в 2 раза больше, чем в группе 1991–1992 гг. р. (4,6 и 4,0% против 1,8 и 2,3%). Заикание определялось у 0,9% призывников, шизофрения – у 0,6%, расстройство сексуальной ориентации – у 0,1%.

Структура психических расстройств призывного контингента с учетом возрастных групп представлена в табл. 4.2.2.

Таблица 4.2.2

**Структура психических расстройств
среди призывного контингента**

	1991–1992 гг. р.		1982–1990 гг. р.	
	абс.	%	абс.	%
Умственная отсталость (F 70-F 72)	204	33,6	47	25,2 *
Инфантильное расстройство личности (F 60.8)	173	28,5	41	21,9 *
Транзиторное расстройство личности (F 60)	118	19,4	54	29,1 **
Другие расстройства личности (F 60)	54	8,9	18	9,9
Органическое непсихотическое расстройство (F 06.7–F 06.8)	27	4,4	4	2,0
Синдром зависимости от алкоголя (F 10.2)	11	1,8	9	4,6
Употребление каннабиноидов с вредными последствиями (F 12.1)	14	2,3	7	4,0
Заикание (F 80.0)	3	0,5	4	2,0
Шизофрения (F 20)	2	0,4	2	1,3
Расстройство сексуальной ориентации (F 66)	1	0,2	0	0
Всего	607	100,0	186	100,0

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

Следовательно, в структуре психических расстройств у призывников Забайкальского края преобладают расстройства личности, на которые в сумме приходится 57,7% (56,8% у 18-летних и 60,9% в старшей возрастной группе). Далее идет умственная отсталость (31,8%), на другие расстройства приходится 10,5%.

По результатам изучения актов обследования призывников, наследственная отягощенность установлена в 63,8% случаев, она выявлена у 69,0% призывников 1991–1992 гг. р. и у 46,8% – 1982–1990 гг. р. ($p < 0,001$).

Выявленная психопатологически отягощенная наследственность у призывников с психическими расстройствами разных возрастных групп представлена в табл. 4.2.3. У 18-летних юношей наследственность чаще отягощена алкоголизмом близких родственников.

Таблица 4.2.3

**Психопатологически отягощенная наследственность
среди призывного контингента с психическими расстройствами**

	1991–1992 гг. п.		1982–1990 гг. п.	
	абс.	%	абс.	%
Алкогольная зависимость	317	52,2	64	34,4 ***
Суицид	17	2,8	3	1,6
Умственная отсталость	55	9,1	11	5,9
Расстройства личности	13	2,1	2	1,1
Шизофрения	7	1,2	3	1,6
Эпилепсия	8	1,3	4	2,2
Опийная наркомания	2	0,3	0	0
Всего	419	69,0	87	46,8 ***

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

В целом, в структуре наследственной отягощенности на первом месте стоит алкогольная зависимость близких родственников – 75,3%, на втором – психические расстройства (18,1%), затем идут суициды (3,9%), эпилепсия (2,4%), зависимость от опиоидов (0,3%). Отличий в структуре психопатологически отягощенной наследственности между разными возрастными группами выявлено не было (табл. 4.2.4).

Таблица 4.2.4

**Структура психопатологически отягощенной наследственности
среди призывного контингента с психическими расстройствами**

	1991–1992 гг. п.		1982–1990 гг. п.	
	абс.	%	абс.	%
Алкогольная зависимость	317	75,6	64	73,6
Суицид	17	4,1	3	3,4
Психические расстройства	75	18,1	16	18,4
Эпилепсия	8	1,8	4	4,6
Опийная наркомания	2	0,4	0	0
Всего	419	100,0	87	100,0

В структуре отягощенной наследственности по алкоголизму близких родственников среди призывников обеих исследуемых групп на первом месте стоит алкоголизм отца (46,0% в группе 18-летних призывников и 46,9% в группе старше 18 лет), на втором месте алкоголизм обоих родителей (42,9 и 32,8% соответственно), далее идет алкоголизм матери (10,0 и 14,1% соответственно) и алкоголизм близких родственников (2,1 и 6,2% соответственно).

В результате проведенного анализа выявлена неоднородность распределения отягощенной наследственности по алкогольной зависимости близких родственников среди лиц призывного контингента с установленными психиатрическими диагнозами.

Так, наиболее часто наследственная отягощенность по алкоголизму встречается среди исследуемых 1991–1992 г. р. с умственной отсталостью (в 77,3% случаев), а наиболее редко среди подростков этой же возрастной группы с установленным диагнозом – шизофрения (в 15% случаев). Наследственная отягощенность призывников по алкогольной зависимости близких родственников с учетом возраста и установленного психиатрического диагноза представлена на рис. 4.2.1.

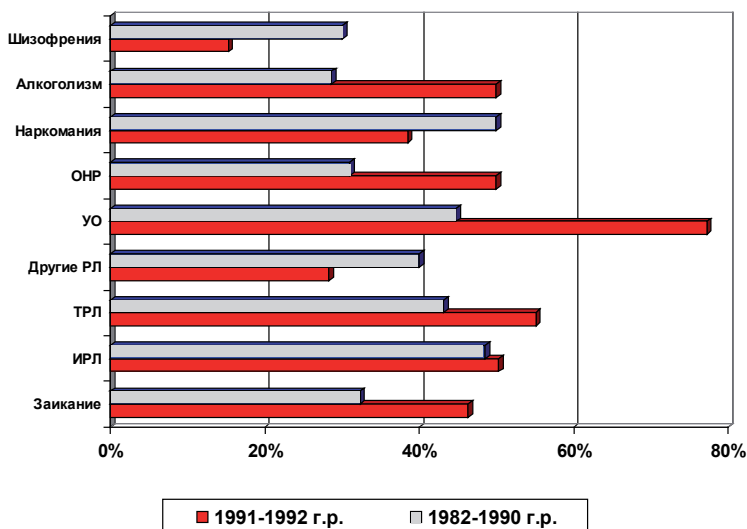


Рис. 4.2.1. Наследственная отягощенность призывников по алкогольной зависимости близких родственников с учетом возраста и установленного психиатрического диагноза

Как показал анализ личных дел, проживали в многодетных семьях 42,1% призывников с психической патологией. Низкий достаток в семье отмечен у 54,4% обследованных. В 26,1% случаев семьи, в которых проживали подэкспертные, были неполными, у 4,9% призывников один из родителей умер. Сиротами являлись 9,5% призывного контингента, при этом 71,2% из них были социальными (при живых родителях). У 1,4% призывников с установленным психиатрическим диагнозом родители имели судимость. Патология течения беременности и родов выявлена у 9,5% призывного контингента.

Имели приводы в милицию 4,8% лиц призывного контингента, судимость – 13,8%. 0,4% исследуемых совершали попытку самоотравления (все ребята были из группы 18-летних); 9,8% ранее наносили себе самопорезы (9,9 и 9,3% соответственно). Черепно-мозговая травма в анамнезе имела у 3,9%, у 0,3% – электротравма, 2,3% ранее страдали энурезом.

Некоторые данные анамнеза призывников с психическими расстройствами в зависимости от возрастных групп представлены в табл. 4.2.5.

Таблица 4.2.5

Некоторые характеристики призывного контингента с психическими расстройствами в зависимости от возрастных групп

	1991–1992 гг. р.		1982–1990 гг. р.	
	абс.	%	абс.	%
Патология беременности, родов	59	9,8	16	8,6
Семья:				
а) многодетная;	252	41,4	83	44,4
б) неполная;	149	24,6	58	31,1 *
в) сирота	65	10,7	10	5,3 **
Семья малообеспеченная	362	59,7	63	33,8 ***
Образование:				
а) начальное и ниже;	304	50,0	72	38,4 **
б) неполное среднее;	251	41,4	94	50,3 *
в) среднее;	43	7,1	17	9,3
г) среднее специальное	9	1,5	4	2,0
Дублировали обучение в классе	261	43,0	87	47,0
Приводы в милицию	26	4,3	12	6,6
Имели судимость	81	13,4	28	15,2

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

Детские дошкольные учреждения посещала лишь половина (55,7%) исследуемого контингента. С 6 лет в школу пошли 6,1% обследованных, в 7 лет – 78,5%, в 8 лет – 6,8%, в 9 лет и старше – 6,6%.

Окончили 8 классов и менее 45,2% лиц призывного возраста с выявленной психической патологией, получили неполное среднее образование 43,3% исследуемого контингента, получили среднее образование – 7,5%, средне-профессиональное – 1,6% (1,5 и 2,0 % соответственно), никогда не учились в школе или окончили не более 1 класса – 2,4%. Оставались на повторное обучение в одном классе – 43,9%, обучались по коррекционной программе – 24,6%. В период призыва получали средне-специальное образование 8,5% обследованных лиц, и 1% – являлись студентами высших учебных заведений.

Курящими были 56,4% обследованных призывников (60,9% 18-летних и 39,7% старше 18 лет; $p < 0,05$), пробовали опиаты – 6,7% (6,4 и 8,6 % соответственно). Совместно с психической патологией у 12,8% исследуемых диагностировано употребление алкоголя с вредными последствиями (среди призывников 1991–1992 гг. р. этот показатель составил 10,5%, среди призывников 1982–1990 гг. р. – 13,4%).

Таблица 4.2.6

Некоторые характеристики призывного контингента в зависимости от установленного психиатрического диагноза (в %)

	УО n = 252	ИРЛ n = 215	ТРЛ n = 171
Наследственная отягощенность:			
а) по алкогольной зависимости;	71,7	49,5 ***	47,0 ***
б) по суициду;	2,7	1,0	4,6
в) по шизофрении;	0,5	2,6	0,7
г) по эпилепсии;	1,4	0,5	1,3
д) по расстройству личности;	2,7	1,6	4,6
е) по умственной отсталости	18,5	8,9 **	5,2 ***
Патология беременности, родов	12,6	5,7 **	1,9 ***
Семья:			
а) многодетная;	46,4	46,3	32,6 **
б) неполная;	22,5	24,5	32,6 *
в) сирота	6,7	12,5 *	4,7
Семья малообеспеченная	61,7	46,9 **	62,8
Судимость	11,2	7,8	18,5 *

Статистическая значимость различий с группой УО обозначена: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$.

В табл. 4.2.6 представлены биологические и социальные характеристики призывного контингента в зависимости от установленного психиатрического диагноза.

У лиц с установленным диагнозом умственной отсталости (УО) наследственность чаще была отягощена по алкоголизму (71,7%) и умственной отсталости (18,5%) близких родственников, беременность и роды у их матерей чаще протекали с патологией (12,6%), воспитывались они в многодетных (46,4%) семьях. Тогда как обследованные призывники с установленным диагнозом транзиторное расстройство личности (ТРЛ) были из неполных (32,6%), малообеспеченных (62,8%) семей и характеризовались девиантным поведением.

Таким образом, при анализе личных дел призывников с психическими расстройствами удалось установить, что большинство данных юношей были в возрасте 18 лет (76,5%), проживали в сельской местности (79,3%), в многодетных (41,4%), неполных (24,6%) и малообеспеченных (59,7%) семьях, наследственность которых была психопатологически отягощена в 69,0% случаев, при этом в 75,6% случаев – по алкогольной зависимости близких родственников.

На втором этапе исследования, для углубленного изучения основных характеристик призывного контингента с психическими расстройствами, было проведено обследование юношей, направленных психиатрами военно-врачебной комиссии на стационарную военно-психиатрическую экспертизу. За один календарный год экспертизу прошли 372 человека 1991–1992 гг. р. (в возрасте 18 лет), при этом на наркологическую экспертизу пришлось 6,4% (24), на психиатрическую – 93,6% (348).

По результатам экспертизы 107 юношей (28,8%) были признаны психически здоровыми: у 96% из них были отмечены акцентуации характера, у 26,2% – невротические реакции в анамнезе, у 7,5% – сниженный уровень интеллекта. В 71,2% случаев (265) был установлен психиатрический диагноз. Среди данного контингента было 30,6% (81) городских жителей и 69,4% (184) – сельских.

Структура психических расстройств, в том числе в зависимости от места проживания, представлена в табл. 4.2.7. Среди сельских юношей чаще встречается умственная отсталость ($p < 0,05$), а среди городских – употребление каннабиноидов с вредными последствиями ($p < 0,01$).

Таблица 4.2.7

**Структура психических расстройств среди обследованных
подэкспертных 1991–1992 гг.р.**

	Местность проживания				Все	
	городская		сельская			
	абс.	в %	абс.	в %	абс.	в %
Умственная отсталость (F 70-F 72)	12	14,9	44	23,9*	56	21,1
Инфантильное расстройство личности (F 60.8)	10	12,3	28	15,2	38	14,3
Транзиторное расстройство личности (F 60)	37	45,7	70	38	107	40,4
Другие расстройства личности (F 60)	5	6,2	17	9,2	22	8,3
Шизофрения (F 20)	1	1,2	4	2,2	5	1,9
Органическое расстройство (F 0)	4	4,9	10	5,4	14	5,3
Употребление алкоголя с вредными последствиями (F 10.1)	1	1,2	3	1,6	4	1,5
Синдром зависимости от алкоголя (F 10.2)	0	0	3	1,6	3	1,1
Употребление каннабиноидов с вредными последствиями (F 12.1)	11	13,6	5	2,7**	16	6,1
Всего	81	100,0	184	100,0	265	100,0

Статистическая значимость различий между городскими и сельскими подэкспертными обозначена: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$.

Следовательно, у лиц призывного возраста, направленных на стационарную военно-психиатрическую экспертизу, опять лидируют расстройства личности (63,0%) и умственная отсталость (21,1%).

Наследственная отягощенность выявлена у 85,3% подэкспертных с установленным психиатрическим диагнозом. При этом на первом месте стоит наследственная отягощенность по алкогольной зависимости близких родственников – 82,6%. В свою очередь, в структуре алкоголизм только отца был установлен в 69,2% случаев, только матери – в 11,5%, обоих родителей – в 17,8%, других близких родственников – в 1,5%.

Выявленная психопатологически отягощенная наследственность у обследованных лиц призывного возраста с установленными психиатрическими диагнозами представлена в табл. 4.2.8.

**Психопатологически отягощенная наследственность
среди подэкспертных 1991–1992 гг.р.
в зависимости от установленного диагноза (в %)**

	ИРЛ n = 38	ТРЛ n = 107	УО n = 56
Алкогольная зависимость	92,1	73,8 **	89,3
Суицид	18,4	14,0	10,7
Эпилепсия	0	0,9	3,6
Шизофрения	0	0,9	1,8
Умственная отсталость	7,8 **	11,2 **	28,6
Расстройства личности	5,3	8,4	7,1

Статистическая значимость различий с группой УО обозначена: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$.

В целом, среди исследуемого контингента с инфантильным расстройством личности (ИРЛ) наследственность психопатологически была отягощена у 94,7% лиц, с транзиторным расстройством личности (ТРЛ) – у 74,8%, с умственной отсталостью (УО) – у 94,6%. Следует отметить сверхвысокую наследственную отягощенность по алкоголизму близких родственников. Отягощенная наследственность по умственной отсталости чаще встречалась среди пациентов с умственной отсталостью, по психопатиям – среди лиц с транзиторным расстройством личности, а по самоубийствам – среди подэкспертных с инфантильным расстройством личности.

Патология течения беременности и родов у призывников с психической патологией выявлена в 38,4% случаев. Наибольший процент осложнений беременности и родов приходился на жителей села (38,0%), в то время как среди проживающих в городе Чите этот показатель составил 17,2%, среди жителей других городов Забайкальского края – 23,5%.

Раннее развитие протекало без особенностей у 70,6% обследованных. Из выявленной в раннем возрасте патологии на задержку психического развития пришлось 18,5%, на умственную отсталость – 13,2%. При этом у юношей с умственной отсталостью в 50% случаев диагноз был выставлен в детстве, в 5,4% случаев отмечалась задержка психического развития, а у 44,6% – особенностей развития выявлено не было.

У 34% призывников отмечалась в анамнезе черепно-мозговая травма, у 2,3% – энурез, у 30,3% имелась сопутствующая неврологическая патология, у 3,6% – речевая патология, у 15,1% – изменения на глазном дне. Суицидальные попытки ранее совершали 8,6% исследуемого контингента. Имели приводы в милицию 12,4% подростков призывного возраста с психической патологией, судимость – 13,2%.

В неполных семьях воспитывались 49,8% лиц призывного возраста с психической патологией (43,0% при транзиторном расстройстве личности, 48,2% при умственной отсталости и 52,6% при инфантильном расстройстве личности).

У 15,5% подэкспертных с психической патологией родители имели лишь начальное образование, у 35,1% – среднее, у 25,8% – среднее специальное, всего у 3,4% – высшее. У 38,9% один из родителей не работал, у 6,0% – не работали оба родителя. 33,2% подэкспертных с психической патологией не владели информацией об образовании и месте работы родителей.

В многодетных семьях проживали 61,1% обследованных с психической патологией (22,2% из города Читы, 34,6% – из других городов Забайкальского края, 62,3% – из сельской местности), в малообеспеченных – 66,4% (27,2, 40,7 и 67,9% соответственно), сиротами являлись 10,9% подэкспертных. Родители имели судимость у 4,9% призывников с установленными психиатрическими диагнозами.

Детские дошкольные учреждения не посещали 37,8% подэкспертных с выявленной психической патологией, в 6 лет в школу пошли 11,3% обследованных, в 7 лет – 65,7%, в 8 лет – 18,1%, в 9 лет и старше – 4,9%. Дублировали обучение в одном классе – 47,2% обследованных (39,5% подэкспертных из городов и 50,5% – из сел). Получили начальное образование 24,5% призывников с психической патологией (16,0% городских жителей и 27,7% жителей села), неполное среднее образование имеют 52,8% исследуемого контингента (48,2 и 54,9% соответственно), среднее образование – 17,7% (28,4 и 13,0% соответственно), средне-профессиональное – 4,2% (6,2 и 3,3% соответственно), в данный момент получают высшее образование – 0,8% (1,2 и 0,5% соответственно).

Некоторые социальные характеристики подэкспертных с установленной психической патологией представлены в табл. 4.2.9.

**Некоторые характеристики подэкспертных 1991–1992 гг.р.
в зависимости от установленного диагноза (в %)**

	ИРЛ n = 38	ТРЛ n = 107	УО n = 56
Многодетная семья	57,9 ***	58,8 ***	91,1
Малообеспеченная семья	60,5	75,7	67,9
Плохие отношения в семье	5,3	7,5	3,6
Образование:			
а) начальное;	10,6 ***	18,7 ***	57,2
б) неполное среднее;	78,9 ***	53,3	39,2
в) среднее;	7,9	20,5 ***	1,8
г) средне-специальное	2,6	7,5	1,8
Низкая успеваемость в школе	63,2 ***	60,7 ***	100
Курение	92,1	91,6	96,4
Употребление каннабиноидов	21,1	31,8	23,2
Злоупотребление алкоголем	36,9 **	54,2	62,6
Приводы в милицию	5,3	4,7	12,5
Судимость	5,3 **	11,2	21,4

Статистическая значимость различий с группой УО обозначена: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$.

Семьи данного контингента обследованных в подавляющем большинстве случаев характеризовались как малообеспеченные и неблагополучные, часто являлись многодетными (особенно при умственной отсталости). Юноши с психическими расстройствами имели склонность к криминальному поведению, курению и употреблению каннабиноидов.

По результатам клинического обследования, среди подэкспертных с психической патологией у 52% обнаружена наркологическая патология, вызванная алкоголем: в 41,8% случаев установлено употребление алкоголя с вредными последствиями (F 10.1) и в 10,2% случаев – синдром зависимости от алкоголя (F 10.2). Подробнее данный вопрос освящен в 6 главе.

Таким образом, среди лиц призывного возраста, направленных на стационарную психиатрическую экспертизу, чаще всего встречаются расстройства личности и умственная отсталость. Примечательно, что

диагноз умственной отсталости в 44,6% случаев установлен впервые только во время призыва, что лишний раз указывает на низкую выявляемость психических расстройств в детском возрасте и, соответственно, позднюю их реабилитацию.

Клинический пример.

Л. В. А., 1992 г. р., находился стационарном обследовании в ГУЗ «Краевая психиатрическая больница № 1» с 20.06. 2010 по 7.07. 2010.

Жалоб не предъявляет.

Анамнез. Уроженец Забайкалья, проживает в сельской местности. Наследственность отягощена алкоголизмом матери, отца не знает. Родился младшим из 2-х детей, старшему брату 25 лет (здоров). Достоверных сведений о течении беременности и родов у матери, о периоде раннего развития нет. У матери среднее образование, нигде не работала. Семья неблагополучная, воспитывался в условиях гипоопеки вследствие пьянства матери. Детский сад не посещал, в 8 лет пошёл в школу. Из-за пьянства и асоциального поведения в 2001 году мать была лишена родительских прав, подэкспертный стал проживать в детском доме. Продолжил там учебу, дублировал 3 и 5 классы, испытывал трудности в усвоении материала. В поле зрения психиатра не попадал. Закончил 9 классов. После этого стал проживать с семьей старшего брата. Далее нигде не учился, устроился работать грузчиком. Получил повестку из военкомата, на медицинской комиссии, после осмотра психиатра, был направлен на стационарное обследование.

В свободное время смотрит телевизор и помогает брату в домашнем хозяйстве. По характеру себя считает малообщительным, скромным, добрым. Отмечает черепно-мозговую травму с потерей сознания в 17 лет («избили подростки на улице»), по данному поводу за медицинской помощью не обращался. Судимости нет.

Курит с 9 лет, по 1 пачке в день. Алкоголь впервые попробовал в 13 лет – пиво. Состояние опьянения понравилось. С 13 до 16 лет употреблял спиртные напитки эпизодически в компании сверстников, не чаще одного раза в месяц до 0,5 литров пива. В состоянии алкогольного опьянения отмечал повышение настроения, бодрость, многоречивость. На протяжении последнего года (с 17 лет), после того как устроился на работу («где все пьют») и появились деньги, стал употреблять алкогольные напитки до 1–2 раз в неделю, но не более 0,5 литров пива за вечер. Бывали случаи употребления алкоголя на работе. При увели-

чении дозы (такое было несколько раз: выпивал до 2,0 литров пива за вечер – «были поводы») появлялись тошнота и рвота. На другой день самочувствие было хорошим.

Психический статус. Сознание ясное. Контакт доступен. В месте, времени и собственной личности ориентирован верно. В беседу вступает охотно. Держится несколько скованно. Часто смущается, смотрит на реакцию, вызванную его ответами, ищет подсказки. Внешне недостаточно опрятен, астенического телосложения.

Расстройства ощущений и восприятия отсутствуют. Все виды памяти сохранены. Основные сведения своей жизни воспроизводит верно. В суждениях примитивен. Мышление конкретное. Переносный смысл пословиц, поговорок, метафор недоступен. Процессы анализа, синтеза, обобщения развиты слабо. Несложные арифметические действия в уме решает с трудом, долго думает. Словарный запас ограничен. Кругозор сужен, запас знаний на бытовом уровне. Настроение ровное. Эмоциональные реакции адекватны. Эмоциональные отношения сохранены, адекватны. В отделении режим не нарушал, нашел контакт со сверстниками. Госпитализацией не тяготился. В армии служить желает. Планы на будущее: устроиться на хорошую работу. Считает, что употребляет алкогольные напитки в меру, указывает на полезные для здоровья свойства пива (какие – назвать затрудняется).

Невролог: Без патологии.

Терапевт: Без патологии.

Окулист: Без патологии.

ЭЭГ: Без патологии. Эхо-ЭГ: Смещения стволовых структур нет. Признаков гидроцефалии нет. ЭКГ: Без патологии.

Психолог: Уровень интеллектуального развития по тесту Векслера (взрослый вариант) – 67 (ниже нормы). Высшие ассоциативные процессы анализа, синтеза, обобщения ограничены, уровень абстрагирования снижен. Особенности внимания: достаточные концентрация и помехоустойчивость, сосредоточенность и переключение удовлетворительны. Умеренное снижение фиксации следов воспринятого. ПДО: диагностируются черты смешанного лабильно-сенситивного типа. Преобладающие черты темперамента – меланхолик. Достаточно высокий уровень субъективного контроля.

Анализ случая. Наследственность отягощена алкоголизмом матери. Сведений о течении беременности, родов у матери, раннем развитии нет. Со школьного возраста – отставание в психическом развитии.

На формирование личности подростка сказалась неблагоприятная ситуация: неполная семья, алкоголизация и асоциальное поведение матери, безнадзорность, малообеспеченность семьи, проживание в детском доме. При этом ребенок не наблюдался у специалистов, не получал никакого лечения.

Рано познакомился с употреблением психоактивных веществ: курит с 9 лет, употребляет алкоголь с 13 лет. В настоящее время отмечается эпизодическое употребление спиртного с тенденцией к учащению, которая обусловлена ситуационными факторами. При этом у подэкспертного присутствует положительная установка на употребление алкогольных напитков, что может способствовать усилению алкоголизации в будущем.

Особенностью случая является то, что до момента призыва на военную службу в поле зрения психиатров испытуемый не попадал.

Диагноз: Умственная отсталость легкой степени, легко выраженные проявления без нарушений поведения (F 70.9).

Подводя итоги, следует отметить, что среди всех призывников, признанных в процессе обследования негодными к прохождению военной службы, большинству (29,0%) устанавливается психиатрический диагноз, при этом в группе 18-летних этот показатель существенно выше и составляет 35,4%. В структуре психической патологии у призывников Забайкальского края лидируют расстройства личности (57,7%) и умственная отсталость (31,8%).

Большинство юношей с психической патологией проживают в сельской местности (69,4%), в малообеспеченных (66,4%), многодетных (61,1%) и неполных (49,8%) семьях. У данного контингента отмечается сверхвысокая наследственная отягощенность по алкогольной зависимости близких родственников (82,6%), они имеют склонность к криминальному поведению, курению, алкоголизации и употреблению каннабиноидов.

Представленные данные подтверждают сохраняющуюся остроту проблемы высокой распространенности психической патологией среди призывного контингента, при этом наглядно демонстрируют значение пьянства и алкоголизма, а также сложившейся неблагоприятной социально-экономической ситуации в Забайкалье в ухудшении психического здоровья подрастающего поколения.

Глава 5.

ФАКТОРНАЯ ОБУСЛОВЛЕННОСТЬ ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ПРИЗЫВНОГО КОНТИНГЕНТА ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ

Возникновение и трансформация психических расстройств, как и многих других заболеваний человека, зависит от взаимодействия внутренних (наследственность, возраст, конституциональные особенности ЦНС, реактивность организма) и внешних факторов (психогении, социальная нестабильность, биологические агенты и интоксикации, травмы головного мозга и т.д.) (Говорин Н.В., 2007; Семке В.Я., 2008; Агарков А.А., 2010).

Термин **«фактор риска»** определен ВОЗ в 1959 как конкретная причина, вероятно способная вызвать определенную болезнь (или патологический процесс) и существенно влиять на её развитие (Петраков Б.Д., Цыганков Б.Д., 1996).

В настоящее время фактор рассматривается как звено эпидемиологических исследований. Изучением данных заболеваемости и болезненности, роли и места различных факторов в происхождении и особенностях течения заболевания занимается аналитическая эпидемиология. Данный раздел эпидемиологии анализирует различные факторы, определяет значение каждого из них, т.е. выявляет, является ли данный фактор первичным или производным, отдельно взвешивает его этиологическую или патогенетическую роль (Артемьев И.А., 2004).

Большинство экспертов в этой области науки пришли к мнению о комплексном воздействии факторов, относящихся к внешним и внутренним условиям развития болезни, под влиянием которых может возникнуть болезненный процесс или происходить его видоизменение, т.е. «множественной причинности» влияний на патогенез.

Среди большого количества известных факторов наиболее изученными являются биологические. В научной литературе широко представлены данные о том, что в группу высокого риска входят лица с психопатологически отягощенной наследственностью, при этом доля влияния наследственности в той или иной мере определена для каждого конкретного психического заболевания (Семке А.В. и др., 2006; Куприянова И.Е. и др., 2006; Гуткевич Е.В. и др., 2010). Это направление изучения эпи-

демиологии получило широкое распространение в восьмидесятые годы: имеются многочисленные данные о наследовании умственной отсталости (Маричева Г.С., 1981, 1982; Пурас Д.К., 1986), задержек психического развития (Reed E.W., Reed S.C., 1965), расстройств личности и акцентуаций характера (Рыбалко М.И., 2000; Plomin R., 1986), невротозов (Pauls D. et al., 1980), заикания (Kidd K.K. et al., 1978), гиперактивности (Ross D.M., Ross S.A., 1976; Barlow P., Sidani S., 1986). Представленные данные подтверждаются и в работах современных исследователей (Семке В.Я. и др., 2006; Тимербулатов И.Ф., 2008; Трошкина Е.Н., 2008).

Широко в литературе освещается вопрос о значении различных осложнений беременности, патологии родов, родовых травм разной степени и локализации, отклонений в неонатальном периоде развития, которые увеличивают риск развития нервно-психических расстройств (Качурина Д.Р., 2006). Так, при личностных расстройствах патология антенатального и перинатального периодов выявлена в 21,5% случаев, ранние постнатальные воздействия – в 31,4% случаев (Дроздовский Ю.В. и др., 2005). У подростков с экзогенно-органическими психическими расстройствами перинатальные поражения ЦНС отмечались в 70,9% случаев (Примоченок А.А., 2010). Было установлено, что отклонения в нервно-психической сфере подростков зависят от длительности влияния перинатального фактора: при токсикозе беременных церебральные нарушения у детей отмечаются в 1,2% случаев, при патологии родов – в 2,1%, а при сочетании этих факторов – уже в 10%; преждевременные роды увеличивают риск развития как донозологических, так и нозологических форм психических нарушений у подростков в 2–2,5 раза (Говорин Н.В., 2003).

Все внешние средовые негативные факторы целесообразно разделить на следующие: природные (климатогеографические), хозяйственные, социально-психологические влияния.

В связи с глобальными изменениями в окружающей среде, в 90-х годах стало активно изучаться влияние экологических факторов на состояние психического здоровья детей и подростков, был выделен особый раздел психиатрии – «экологическая психиатрия» (Александровский Ю.Л., 1990; Семке В.Я., 1992–1994; Краснов В.Н., 1995; Сухотина Н.К., 1995–2000). В настоящее время исследование влияния экологии на психическое здоровье детей и подростков продолжается (Суханов А.А., 2005; Говорин Н.В. и др., 2002–2008; Рудницкий В.А., 2009).

Анализируя негативное влияние природных факторов на психическое здоровье, М.М. Аксенов и Н.В. Жигинас (2004) отметили увеличение распространенности пограничных нервно-психических расстройств в Западной Сибири за 20 лет на 55% и считают климатогеографические факторы одной из основных причин роста заболеваемости и тенденции к их хронизации.

По мнению В.А. Рудницкого (2009), для современной цивилизации характерны слишком резкие и интенсивные изменения в окружающей среде, и возможности физиологического реагирования ЦНС на данные события часто оказываются недостаточными. Такие негативные влияния приводят к биологической и психической дезадаптации подверженного им человека, особенно это затрагивает молодое поколение, учитывая гормональные изменения, происходящие в этот период в организме, а также незрелость головного мозга.

К экологическим факторам, действующим на организм, относят глобальные изменения (потепление климата, озоновые дыры в тропосфере, увеличение концентрации углекислого газа в воздухе и т.д.); геохимические особенности местности (эндемии по дефициту селена, йода, цинка и других микроэлементов); действие экстремальных климатических условий Сибири и Крайнего севера (критические температуры, низкий уровень освещенности, гиповитаминозы), а также широкий круг антропогенных загрязнений, включая техногенные катастрофы и загрязнение окружающей среды промышленными отходами.

Н.К. Сухотина (2002) по результатам проведенного сравнительного клинико-эпидемиологического исследования в шести регионах с различными экологическими характеристиками установила прямую зависимость между уровнем антропогенного загрязнения окружающей среды и показателями нервно-психического здоровья подростков.

При изучении влияния повышенного радиационного фона на психическое здоровье детского и подросткового населения Забайкалья сотрудниками кафедры психиатрии отмечен повышенный уровень заболеваемости нервно-психическими расстройствами в районах с высоким уровнем радиации, в сравнении с благоприятной в экологическом отношении местностью (Говорин Н.В. и др., 2002–2008). Был проведен факторный анализ, по результатам которого выявлено, что экологические факторы обладают самой высокой степенью влияния на развитие патологии интеллектуально-мнестической сферы (Говорин Н.В., Зимина И.А., 2004).

Вместе с тем, качество психического здоровья также непрерывно изменяется под влиянием многочисленных социальных, психологических и экономических факторов. На важную роль социальных факторов в качестве причин и условий развития ряда психических расстройств со всей определенностью указывали С.С. Корсаков, В.П. Сербский, В.М. Бехтерев, В.П. Осипов, В.И. Яковенко, Л.М. Розенштейн и многие другие отечественные психиатры. Актуальность и необходимость изучения данных факторов обуславливаются в настоящее время значительным ростом числа психических нарушений непсихотического уровня. Наиболее интенсивно растет число лиц молодого возраста с реактивными состояниями, невротами, расстройствами личности (Полищук Ю.И., 2005; Тимербулатов И.Ф., 2008).

По мнению С.В. Литвинцева и др. (1999), не существует людей, абсолютно невосприимчивых к стрессу. У каждого индивида имеется строго индивидуальный предел сопротивляемости, по достижении которого психоэмоциональное напряжение, переутомление или нарушение функций организма приводит к срыву психической деятельности. Среди многочисленных факторов, способных оказывать дезадаптирующее и стрессогенное воздействие на психическое здоровье, значительное место занимают факторы социального неблагополучия, к которым можно отнести дисгармонию в родительской семье, материальные трудности, низкий образовательный уровень родителей (Дмитриева Т.Б., 1999).

Одним из социальных факторов, обуславливающих развитие психической патологии, часто рассматривается место проживания: сельская или городская местность. Так, психодезадаптивные эпизоды органического типа (ночной энурез, снохождение, ночные страхи, крики, судорожные реакции и т.д.) в детском возрасте встречались чаще у городских юношей (17,9%), чем у сельских (3,8%), так же, как аффективные расстройства (1,8 и 0,5 % соответственно) и патологический пубертатный криз (15,2 и 8,5 % соответственно). В то же время, 88,2% юношей в возрасте от 16 до 18 лет с диагностированной умственной отсталостью проживали в сельской местности, при этом у 92,9% юношей из села данный диагноз был установлен впервые (Погорелова Т.В., 2009). По данным Н.А. Миневича (2008), среди лиц с инфантильным и эмоционально-неустойчивым расстройством личности подэкспертные из сельской местности преобладали над городскими, показатель легкой умственной отсталости аналогично зависел от места проживания (сельская местность – 7,6%; городская – 1,1%).

В свою очередь, Е.С. Осина и А.А. Агарков (2010), в клинических особенностях расстройства адаптации у подростков не выявили статистически значимых различий между жителями села и города, однако, отметили повышение числа кратковременных и пролонгированных депрессивных реакций у подростков, проживающих в городе, по сравнению с сельскими подростками.

В научной литературе широко обсуждается вопрос о семейном воспитании и полноценности семьи (Россман Д. и др., 2004; Гарганцев С.В., 2005; Агарков А.А., 2008; Went Gross M., Siperstein G.N., 1996; Radkowsky M., Siegel L.J., 1997). По мнению И.Е. Куприяновой (2006), внешними условиями, способствующими формированию девиантного поведения, становятся факторы макро- и микросоциального окружения, поскольку семья, школа, значимая группа сверстников и социальные институты являются ведущими сферами, через которые реализуется социализация ребенка. В.Я. Гиндикин (2000) оценивает условия неадекватного домашнего воспитания (особенно совпадающего по направленности со школьным) как предпосылки к усугублению имеющихся расстройств и дальнейшему искажению формирования личности.

С.В. Гарганцев (2005), на основе анонимного анкетирования и корреляционного анализа установил, что основным дезадаптирующим фактором в семьях подростков являются дефектные формы воспитания. Достоверно значимые связи обнаружались между гипопротекцией и аддиктивным поведением; гиперпротекцией и суицидальным поведением; эмоциональным отвержением и уходами из дома.

В условиях интернатных учреждений формируется феномен депривационного симптомокомплекса, проявляющегося искажением интеллектуального развития, психопатоподобным поведением, эмоциональными расстройствами, волевыми расстройствами, невротоподобными реакциями в виде патологических привычных действий, псевдоаутического поведения, сомато- и психовегетативных расстройств. К. Ebata, W. Tseng (2002) сообщают о гораздо худшей социальной адаптации детей-сирот. Аналогичные данные получены Л.А. Прониной и Е.А. Косаревой (2008) при изучении особенностей развития делинквентного поведения у детей, выросших в условиях семейной депривации.

С. Hasui и Т. Kitamura, J. Arboleda-Florez (2002) приводят данные о возникновении депрессий и тревоги у детей, подвергавшихся домашнему насилию.

При обследовании подростков с формирующимися расстройствами личности было установлено, что среди молодых людей с девиантным и делинквентным поведением преобладали выходцы из семей с неродным родителем или неполных семей (55,4%). Из полных семей чаще были подростки с акцентуациями (40,9%) и патохарактерологическими реакциями в анамнезе (42,9%). В воспитании этих подростков доминировали безнадзорность, гипоопека и смешанные варианты неправильного воспитания (Дроздовский Ю.В., 2005).

По данным Т.В. Глушко (2008), у более 50% призывников с инфантильным и эмоционально-неустойчивым расстройством личности наблюдались стратегии соблюдения требований родителей. По результатам анкетирования, 83,3% подростков призывного возраста с психопатиями, прошедших стационарную военную экспертизу в городе Томске, имели отклонения в воспитании в виде гиперопеки, гипоопеки, безразличия и формализма. Среди молодых людей с умственной отсталостью 28,2% воспитывались в неполных семьях, а 55,4% оценивают отношения между родителями в своей семье как напряженные, недоброжелательные (Семке А.В. и др., 2006).

В настоящее время большое внимание уделяется возрастающему уровню алкоголизации, как родителей, так и самих подростков (Говорин Н.В., 2007–2009). Данный фактор можно рассматривать и с точки зрения наследственной отягощенности, и как причину рождения детей с различной патологией (физические дефекты, врожденные психические расстройства, органическая патология головного мозга, отклонения в нервно-психическом статусе).

Так, Б.А. Дашиева (2004) в своем исследовании, проведенном в сельских районах Бурятии, установила у 58% подростков, воспитывавшихся в семьях, где оба родителя злоупотребляют алкоголем, проявления различных психических расстройств.

В результате исследований, проведенных в одном из относительно благоприятных районных центров Забайкальского края, выявлено, что в происхождении большинства нервно-психических расстройств, требующих лечебно-реабилитационных мероприятий, важнейшее место занимает алкогольный фактор: пьянство родителей и плохое питание детей, безнадзорность и отсутствие условий для полноценного обучения в школе (Говорин Н.В., 2002–2008).

В последнее десятилетие, после разного рода экономических реформ и политических преобразований отмечается расслоение общества по уровню материального достатка в семьях, в связи с чем, появилось значительное число работ, посвященных изучению влияния малообеспеченности на психическое здоровье (Дроздовский Ю.В., 2005; Семке В.Я. и др., 2006; Логунцева А.Е., 2006).

Так, по данным Ю.В. Дроздовского (2005), среди лиц призывного возраста, имеющих психическую патологию, в 67,5% случаев наблюдался «очень низкий» и «низкий» уровни материального благополучия в семьях, где они проживали. Я.В. Соколов и О.А. Голдобина (2006) приводят данные корреляционного анализа, по которым установлена зависимость психического развития детей от материального положения семьи. В исследовании R.A. Samaan (2000) проводилось изучение влияния этнической принадлежности и бедности на психическое здоровье подростков. Обнаружено, что молодые люди из семей с низким экономическим доходом имеют более высокий риск развития депрессии, тревоги и девиантного поведения. Причем для афро-американцев, коренных американцев и испано-американцев такие проблемы были менее вероятны. Автор связывает защитный эффект с культуральными факторами: глубокой религиозностью, многочисленностью семейства, материнской справляющейся стратегией.

Наоборот, в последние годы становится проблема психологического состояния и личностного развития детей из семей, в которых создаются условия «элитарного детства». Большинство таких детей проводят основное свое время с посторонними людьми (няни, репетиторы), тогда как родителей практически не видят. Таким образом, материальное пространство расширяется, а круг эмоциональных связей сужается и обедняется. Кроме того, эти дети находятся под гнетом реализации амбиций своих родителей. У таких детей отмечается высокий уровень невротического реагирования, расстройств личности и депрессивных проявлений (Тимербулатов И.Ф., Юлдашев В.Л., 2008).

При этом наиболее часто социальные факторы, такие как алкоголизация родителей, малообеспеченность семьи, дефекты воспитания и жестокое отношение к детям, взаимосвязаны и вытекают один из другого. По данным Ю.В. Дроздовского (2005), атмосфера воспитания у юношей с формирующимся расстройством личности характеризовалась часто сочетанием пьянства (45,9%), малообеспеченности (67,5%),

скандалов и конфликтов (44,8%), побоев и жестокого отношения. Относительно благоприятной можно было оценить микросоциальную среду лишь в 37,2% семей таких юношей.

В.Я. Семке и И.Л. Левина (2002) относят к дестабилизирующим семейным факторам молодой возраст матери, ее психическую и социальную инфантильность, безучастное отношение мужа к проблемам семьи, эмоциональную дистанцию между супругами и родителями с детьми, повышенный контроль над ребенком и авторитарность в отношениях с ним, отвержение ребенка родителями. К стабилизирующим же факторам, по мнению авторов, относятся зрелый возраст отца, уровень образованности родителей (особенно матери), партнерские отношения с ребенком, уровень его принятия, отсутствие эмоциональной дистанции членов семьи. Чем больше в семье стабилизирующих факторов, тем уровень психического здоровья детей выше.

Подводя итоги, следует привести известное мнение академика РАМН Ю.П. Лисицына, согласно которому основным фактором, обуславливающим здоровье человека, на долю которого приходится 50% от общей совокупности факторов, является образ жизни. Влияние экологических факторов на здоровье оценивается примерно в 20–25% всех воздействий, на наследственные факторы приходится 20%, и 10% составляют недостатки и дефекты здравоохранения (Голдобина О.А., 2003).

Описание и встречаемость всех исследуемых факторов риска развития психических расстройств у лиц призывного возраста приведены в пятой главе. В настоящем разделе было проведено определение доли, силы и степени влияния факторов риска на заболеваемость психическими расстройствами призывников, которое осуществлялось по методу, предложенному Б.Д. Петраковым и соавторами (1996).

Оценка доли влияния факторов риска проводится в процентах, когда абсолютное число всех выявленных факторов берется за 100% и рассчитывается процент, приходящийся на каждую из групп ведущих факторов.

Для определения силы и степени влияния факторов риска изначально необходимо изучение распространенности факторов риска в сравниваемых группах, например у здоровых и больных с определенным нозологическим расстройством.

Однако уровень распространенности еще не означает степень влияния этого фактора на частоту возникновения изучаемого психического расстройства. Следующим этапом необходимо рассчитать коэффициент отношения правдоподобия: $K = P_1 / P_2$, где K – коэффициент правдоподобия (сила влияния); P_1 – распространенность изучаемого фактора в группе больных; P_2 – распространенность этого фактора в контрольной группе.

В случае если сила влияния больше 1,0, то рассматриваемый признак расценивается как фактор риска. Чем больше величина K , тем больше риск возникновения, например какого-либо психического расстройства, т.е. тем больше сила влияния изучаемого фактора на развитие этой патологии. Коэффициент K показывает, во сколько раз этот риск выше в группе больных в сравнении со здоровыми.

Следующим этапом в комплексной оценке влияния факторов риска на возникновение и распространенность психических расстройств является расчет степени влияния или вычисление интегрального коэффициента. Степень влияния – это произведение силы влияния (коэффициента отношения правдоподобия) и доли влияния изучаемого фактора: $ИК = K \times Д$.

Исходя из представленных в прошлой главе данных, был проведен анализ факторной обусловленности психической патологии среди 18-летних призывников, результаты которого представлены в табл. 5.1, 5.2, 5.3.

Таблица 5.1

Доля влияния факторов риска в сравниваемых группах призывников

Наименование ведущих факторов риска	Доля влияния (в %)			
	здоровые n=1278	УО n=519	ИРЛ n=346	ТРЛ n=287
Алкоголизм родителей	14,1	35,3	30,9	27,9
Наркомания родителей	0,2	0,2	0,2	0,3
Психическое расстройство у близких родственников	1,4	10,8	8,4	7,2
Суицид близких родственников	2,3	1,3	0,6	2,8
Патология течения беременности, родов	2,6	6,1	3,5	1,1
ЧМТ в анамнезе	9,5	0,6	1,2	1,1
Малообеспеченная семья	15,2	30,1	29,2	37,3
Неполная семья	51,1	12,3	18,2	19,5
Сирота	3,6	3,3	7,8	2,8
	100	100	100	100

Как видно из табл. 5.1, у призывников, имеющих психическую патологию, доля влияния таких факторов, как алкоголизм родителей, малообеспеченная семья и наличие психических расстройств у близких родственников, значительно превышает таковые в группе здоровых призывников (что отражает сила влияния факторов риска).

Таблица 5.2

**Сила влияния факторов риска
в сравниваемых группах призывников**

Наименование ведущих факторов риска	Коэффициент правдоподобия		
	УО	ИРЛ	ТРЛ
Алкоголизм родителей	2,5	2,19	1,98
Наркомания родителей	1	1	1,5
Психическое расстройство у близких родственников	7,71	6	5,14
Суицид близких родственников	0,57	0,26	1,22
Патология течения беременности, родов	2,35	1,35	0,42
ЧМТ в анамнезе	0,06	0,13	0,12
Малообеспеченная семья	1,98	1,92	2,45
Неполная семья	0,24	0,36	0,38
Сирота	0,92	2,16	0,78

Таблица 5.3

**Степень влияния факторов риска
в сравниваемых группах призывников**

Наименование ведущих факторов риска	Интегральный коэффициент		
	УО	ИРЛ	ТРЛ
Алкоголизм родителей	88,25	67,67	55,24
Наркомания родителей	0,2	0,2	0,45
Психическое расстройство у близких родственников	83,27	50,4	37
Суицид близких родственников	0,74	0,16	2,42
Патология течения беременности, родов	14,34	4,73	0,46
ЧМТ в анамнезе	0,04	0,16	0,13
Малообеспеченная семья	59,6	56,06	91,39
Неполная семья	2,95	6,55	7,41
Сирота	3,04	16,85	2,18

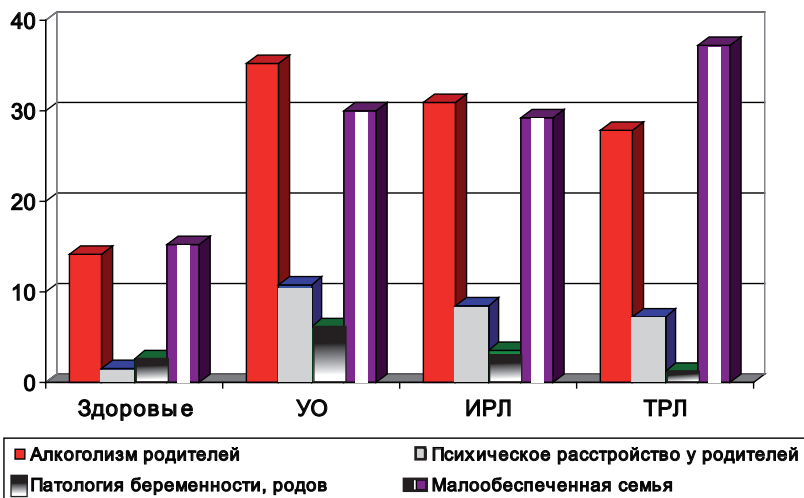


Рис. 5.1. Доля влияния факторов риска в сравниваемых группах призывников (в %)

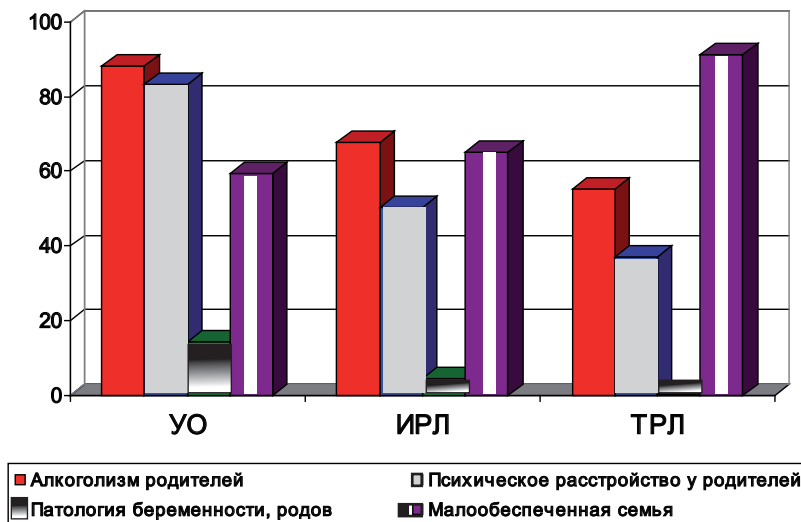


Рис. 5.2. Степень влияния факторов риска в сравниваемых группах призывников с психическими расстройствами

При этом степень влияния алкоголизма родителей является максимальной в формировании умственной отсталости и инфантильного расстройства личности, а также стоит на втором месте, после фактора малообеспеченной семьи, в формировании транзиторного расстройства личности.

Таким образом, факторный анализ установил следующие основные факторы риска развития психической патологии: алкоголизм родителей, малообеспеченная семья и наличие психических расстройств у близких родственников (рис. 5.1 и 5.2).

При этом такой фактор, как «малообеспеченность семьи», очень часто сочетается с фактором «алкоголизм родителей», скорее всего, они являются взаимосвязанными, опосредуют друг друга. Так, у здоровых призывников фактор «малообеспеченность семьи» встречается в 9,1% случаев, у призывников с психическими расстройствами – в 51,5% случаев, у призывников с психическими расстройствами и наследственной отягощенностью по алкоголизму родителей – уже в 75,2% случаев (рис. 5.3).

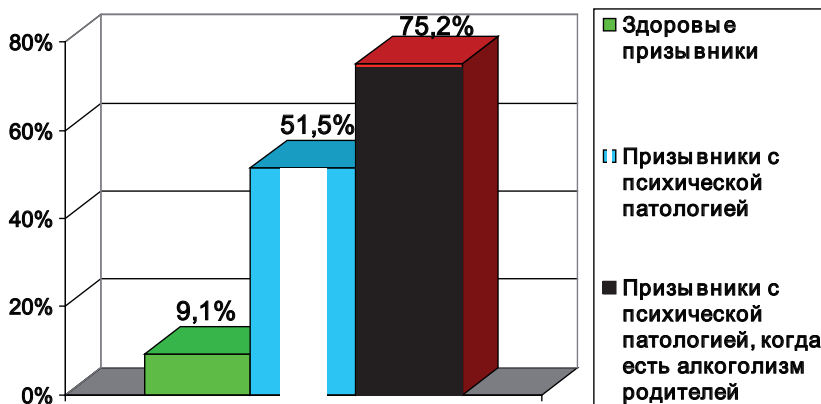


Рис. 5.3. Сочетания фактора «малообеспеченность семьи»

Представленные данные подтверждают сохраняющуюся остроту проблемы высокой распространенности психической патологией среди призывного контингента, при этом наглядно демонстрируют значение пьянства и алкоголизма, а также сложившейся неблагоприятной социально-экономической ситуации в Забайкалье в ухудшении психического здоровья подрастающего поколения.

Глава 6.

СТРУКТУРА НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ, ВЫЗВАННОЙ УПОТРЕБЛЕНИЕМ АЛКОГОЛЯ, У ЛИЦ ПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА В ЗАБАЙКАЛЬЕ

6.1. Клинико-динамические особенности и структура алкоголизации лиц, подлежащих призыву.

Одной из наиболее негативных тенденций последнего времени является рост числа наркологических заболеваний у детей и подростков (Иванец Н.Н., 2001).

Данные государственной статистики свидетельствуют о стабильно высоком уровне учтенной распространенности злоупотребления психоактивными веществами среди детско-подросткового населения (Кошкина Е.А., Киржанова В.В., 2007; Трефилова Л.Л., 2007). Так, показатели учтенных больных алкоголизмом и наркоманиями среди подросткового населения Сибирского Федерального округа (54,9 и 79,5 на 100 тыс. населения) кратно превышают аналогичные показатели (30,2 и 21,7 на 100 тыс. населения в 2009 году) по Российской Федерации.

При этом анализ материалов государственной статистики не дает полного представления о распространенности потребления психоактивных веществ среди подрастающего населения, т.к. учитывает только обращающихся за медицинской помощью. В связи с этим особую ценность приобретают обследования отдельных групп населения в структуре региона, города, села (Кошкина Е.А. и др., 2008).

Таким образом, сложившаяся наркологическая ситуация среди подросткового населения выявляет целый ряд проблем, обусловленных особенностями развития заболевания, и ставит перед наркологами особые задачи по своевременному выявлению и профилактике наркологической патологии.

Учитывая изложенное, данная глава посвящена собственным эпидемиологическим исследованиям по изучению структуры алкоголизации лиц подросткового возраста и призывников, в том числе с психической патологией.

На первом этапе в 2007 году было осуществлено обследование 1 145 подростков 1991 года рождения (мальчиков и девочек в возрасте 15–16 лет) – учащихся средних образовательных учреждений из 7 сель-

ских районов (Александрово-Заводский, Борзинский, Краснокаменский, Оловянинский, Петровск-Забайкальский, Приаргунский, Сре-тенский) Забайкальского края и трех городов (Чита, Краснокаменск и Борзя). Оно осуществлялось во время профилактических осмотров, ко-торые проводились врачами психиатрами-наркологами подростковой службы ГУЗ «Краевой наркологический диспансер» (главный врач – Дубинин О.П.).

На втором этапе, на базе военно-врачебной комиссии Военного ко-миссариата Забайкальского края в период осеннего призыва 2009 года и весеннего призыва 2010 года группой врачей психиатров-наркологов было проведено сплошным методом обследование лиц призывного возраста, которые были признаны годными к военной службе в райо-нах края. Всего таких призывников было 5 482. Они были разделены на две группы: 18-летние призывники (1991–1992 гг. рождения) – их чис-ло составило 2 403 (43,8%) и лица в возрасте 19–27 лет (1982–1990 гг. рождения) – их было 3 079 (56,2%).

Как уже говорилось в четвертой главе, на каждого подростка или призывника заполнялась специальная карта, включающая анамнестич-еские сведения (пол, возраст, наследственность, образование, заня-тость, семейное положение, бытовые условия жизни и другие соци-альные характеристики), а также подробный наркологический анам-нез, позволяющий, в том числе, верифицировать степень злоупотре-бления алкоголем.

Кроме клинического и клинико-анамнестического методов, при об-следовании призывников использовались:

а) **анкета-опросник для установления алкогольных проблем**, разработанная доцентом кафедры психиатрии ЧГМА, к.м.н. Л.Т. Мо-розовым (Морозов Л.Т. и др., 2005, 2007) – хорошо зарекомендовав-шая себя и уже длительно используемая врачами-наркологами Забай-кальского края анкета для выявления злоупотребления алкоголем и ал-коголизма;

б) **тест AUDIT** (Babor T. et al., 1989, 2001; Thomas F. et al., 2001). Он был разработан Всемирной Организацией Здравоохранения с целью проведения скрининга на предмет чрезмерного употребления алкого-ля, в особенности для содействия в выявлении врачами лиц, у которых употребление алкоголя является опасным для здоровья, лиц злоупотре-бляющих алкоголем или страдающих алкогольной зависимостью. AU-

DIТ представляет собой опросник из 10 вопросов, касающихся употребления алкоголя, поведения, связанного с употреблением, а также связанных с этим проблем. Так, 1-й вопрос выявляет лиц, употребляющих алкоголь. Вопросы 1–3 характеризуют частоту и дозу выпитого алкоголя, вопросы 2–3 – злоупотребление им, а вопросы 4–6 – алкогольную зависимость (4-й вопрос – утрату количественного контроля потребленного этанола, а 6-й вопрос – наличие у респондента абстинентного синдрома). Вопросы 7–10 выявляют вред, появившийся у человека в результате потребления алкоголя. Ответ на каждый вопрос оценивается от 0 до 4 баллов.

Если испытуемый набирает 7 баллов и меньше – то это считается **безопасным употреблением алкоголя**: риск возникновения проблем со здоровьем минимален, если человек потребляет не более 2-х стандартных доз алкоголя в день (это 0,5 л пива или 300 мл вина или 50–60 г водки), и пьет не чаще 5 раз в неделю.

8–15 баллов – **опасное потребление алкоголя**: установившийся тип потребления, несущий с собой высокий риск будущего ущерба здоровью, физическому или психическому, который еще не привел в результате к заболеванию. Угрожающие паттерны употребления критикуют и не одобряют другие люди, иногда они приводят к социальным последствиям типа домашних конфликтов, финансовых трудностей и опозданий на работу.

16–19 баллов – **вредное потребление алкоголя**: тип потребления, наносит ущерб физическому и психическому здоровью, появляются кратковременные запоев с выпадением из нормального хода жизни, такие лица часто критикуются окружающими.

20 баллов и больше – **синдром зависимости от алкоголя**: комплекс симптомов и типов поведения, свидетельствующих о том, что алкоголь занял центральное место в жизни, появилась выраженная психическая и физическая зависимость, неконтролируемое употребление спиртного.

Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с применением пакета анализа Microsoft Excel и включала описание выборки, нахождение средней арифметической, ошибки средней арифметической, определялись частоты встречаемости признаков, группировка данных с оценкой достоверности различий при помощи t критерия Стьюдента.

При постановке наркологических диагнозов, в частности, для диагностики синдрома зависимости от алкоголя (F 10.2) или употребления алкоголя с вредными последствиями (F 10.1), использовались критерии МКБ-10. Нами предпринята попытка подробно описать также структуру алкоголизации подростков и призывников с учетом донозологических форм употребления алкоголя.

Данная часть исследования представляется весьма важной, ведь к возрасту 15–16 лет (тем более, к призывному возрасту) у человека уже формируются определенные установки на потребление спиртного или отказ от него. Именно формирование проалкогольных установок в этом возрасте зачастую определяет тот период времени, который может занимать многие годы и предшествовать формированию наркологической патологии.

Ранее, среди наркологов России широкое распространение получила **классификация употребления алкоголя Г.М. Энтина (1979)**, в которой отдельно рассматривается:

- «умеренное» употребление алкоголя;
- эпизодическое или случайное;
- систематическое или привычное пьянство.

Эта классификация основана на частоте употребления алкоголя (при эпизодическом – 1–3 раза в месяц, привычном – не реже 1 раза в неделю), величине употребляемой дозы, некоторых клинических особенностях (повышение эйфоризирующей дозы, переход на потребление более крепких напитков и др.).

Мы в данной книге придерживались более подробной **классификации донозологических форм употребления спиртных напитков, предложенной Бехтелем Э.Е. (1986)**. Учитывая частоту и количество потребляемого алкоголя, автор выделил 5 групп людей:

1. **Абстиненты** – лица, не употребляющие спиртные напитки вообще или употребляющие их столь редко и в столь малых количествах (до 100 г вина 2–3 раза в год), что этим можно пренебречь.

Среда причин, приводящих к отказу от употребления спиртного абстинентами, можно выделить следующие (Дунаевский В.В., 1991):

1. Биологическая непереносимость алкоголя:

а) извращение психотропного действия алкоголя – вместо эйфории он вызывает дисфорию, депрессию;

б) непереносимость алкоголя как пищевого вещества – токсические и токсико-аллергические реакции;

в) появление соматических нарушений как в состоянии опьянения, так и после – кардиалгии, цефалгии, диспепсии и др.

2. Ухудшение здоровья:

а) возникновение тяжелого соматического заболевания, угрожающего смертью;

б) снижение переносимости алкоголя после ЧМТ;

в) незначительные соматические и невротические расстройства у лиц с тревожно-мнительным характером.

3 Установочные мотивы:

а) полный отказ от алкоголя у юношей, имеющих отцов-алкоголиков (при негативном к ним отношении);

б) у лиц, воспитанных в пуританских условиях, отказ от алкоголя по религиозным соображениям.

Отступление от строгих правил у абстинентов – это дань сложившимся алкогольным традициям, как правило, если они выпивают, то только под давлением окружающих и крайне редко.

Органолептически алкоголь воспринимается ими безразлично. Эйфоризирующее действие алкоголя кратковременно, проявляется незначительно или вообще отсутствует. Полностью сохраняется контроль над поведением и речью. После прекращения приема спиртного довольно длительно и субъективно тягостно ощущается соматический дискомфорт. Невозможность употребления спиртных напитков в количествах, принятых в данной социальной группе, иногда приводит к довольно значительным нарушениям интерперсональных отношений, чувству неполноценности. Коррекция этих нарушений требует формирования защитных психологических построений, в качестве которых чаще всего выступает болезнь. Больше всего абстинентов в возрасте до 20 и старше 60 лет.

2. Случайно пьющие – лица, употребляющие в среднем 0,3–0,5 вина или 50–150 мл водки от нескольких раз в год до нескольких раз в месяц.

Случайно пьющие лица в целом поздно приобщаются к алкоголю. Потребность в алкоголе отсутствует. Органолептически спиртные напитки безразличны. Обычно не испытывают приятных ощущений в состоянии опьянения и поэтому не стремятся к увеличению дозы алко-

ля или частоты его употребления. Степень опьянения у таких лиц незначительная, полностью сохраняется контроль над количеством выпитого, своими поступками и действиями. Опьянение ограничивается соблюдением ритуала. Первые признаки опьянения приводят к сокращению приема спиртного и отказу от него. На следующий день после употребления спиртного возможно ухудшение психического состояния (депрессия) и обострение соматической патологии. В типичных случаях к 35–40 годам начинается урежение алкогольных эпизодов, появляется негативное отношение к пьянству окружающих, отвращение к виду опьяневшего, запаху перегара.

3. Ситуационно (умеренно) пьющие – лица, употребляющие по 100–150 мл водки (максимально до 300–400 мл) 1–4 раза в месяц.

Испытывают удовольствие от состояния опьянения, эйфоризирующее действие алкоголя у них выражено умеренно. Они хотя и проявляют интерес к возможной выпивке, но редко сами выступают инициаторами ее, многое в значительной степени зависит от ситуации. Спонтанное желание выпить возникает крайне редко, это желание реализуется в определенной, часто единственной неформальной группе со своеобразным ритуалом. Признаки опьянения выражены умеренно, интенсивность опьянения регулируется чувством насыщения. Вне опьянения поведенческих нарушений нет. При стереотипном повторении ситуации возникновение алкогольных эпизодов может облегчаться. Начинает формироваться алкогольная потребность, но она в этой группе дополнительная и не играет существенной роли в жизни умеренно употребляющих алкоголь. Структура потребностей и мотивов личности не меняется.

4. Систематически пьющие (алкогольная акцентуация) – лица, употребляющие по 200–300 мл водки (максимально до 500 мл) 1–2 раза в неделю.

Кроме частых выпивок и начинающегося увеличения дозы, характерно появление в состоянии опьянения нарушений поведения, у них формируется совершенно определенный стиль и образ жизни.

Отмечается более раннее знакомство с алкоголем, стремление к максимальным количествам спиртных напитков. Прослеживается периодичность употребления спиртного, частые эпизоды выраженного опьянения и асоциального поведения, меняются ценностные установки, появляется социально-негативное поведение. Систематическое

употребление начинается в возрасте 16–20 лет. Потребность в алкоголе формируется достаточно быстро. Эти лица часто выступают инициаторами выпивок, отыскивая приемлемый повод (получение зарплаты, семейное торжество, выходной, поездка за город). Выражен эйфоризирующий эффект спиртных напитков. Явления дискомфорта после их употребления минимальны, как правило, после передозировки. Алкогольная потребность формируется быстро, сопровождается соответствующей перестройкой иерархических отношений в структуре потребностей и мотивов, алкоголь начинает приобретать роль ведущего ценностного ориентира. При этом происходит обеднение других сторон личности человека. Постепенно пьянство у них становится все более тяжелым, увеличиваются дозы и нередко, возникают негативные социальные последствия.

5. Привычно пьющие (предалкоголизм) – лица, употребляющие 500 мл водки (и более) 2–3 раза в неделю и чаще.

Характеризуется усилением алкогольной потребности, что сопровождается формированием симптома желательности алкоголизации. Желание выпить возникает всякий раз, как этому предоставляется возможность. Подавление желания дается с трудом и сопровождается сомато-психическим дискомфортом. Растет толерантность к спиртным напиткам. Запаздывает возникновение феномена насыщения, т.е. исчезновение желания пить в ходе эпизода и соответственно отказ от продолжения выпивки. Удлиняется период опьянения. Эйфоризирующий эффект спиртных напитков развивается быстрее и выражается интенсивнее. Появляются диссомнии («пунктирный сон» – чередование засыпания и пробуждения, ранние пробуждения), удлинение периода бодрствования. Защитные психологические механизмы выражаются в переоценке пьянства окружающих и уменьшении своего собственного. Круг поводов для алкоголизации расширяется, они наслаиваются друг на друга.

Развивающаяся алкогольная потребность деформирует мотивационное поле личности. Социально-позитивные установки, составляющие ядро личности, начинают оттесняться на второй план и редуцироваться. Алкоголь в их жизни с каждым годом занимает все более важное место, становясь основным источником получения удовольствия. Появляется охлаждение к своей профессиональной деятельности, сужение разнообразия видов деятельности, сужение круга интересов, в

конечном итоге злоупотребление алкоголем сказывается на профессиональном уровне, семейной жизни, на социальном положении. Привычное пьянство часто перерастает в алкоголизм. Ведущим критерием перехода от пьянства к алкоголизму является появление обсессивного влечения.

Э.Е. Бехтель (1986) предложил также **критерии отграничения доболезненного этапа (привычного пьянства) и алкоголизма**. При описании привычно пьющих он выделяет ряд феноменов, углубление которых в последующем приводит к формированию симптомов заболевания.

Симптом желательности алкоголизации или «сосредоточенность на выпивке» (по терминологии западных авторов) заключается в фиксации на выпивке. Мысли об алкоголе занимают незаконно большое место в психической деятельности. Что бы человек не делал, все напоминает ему о выпивке и рождает мысли о ее желательности (встреча приятеля, день рождения сослуживца, получение зарплаты, просто наличие свободного времени и денег). Человек все чаще видит в воображении картины, связанные с выпивкой. Особое место занимает подготовка к алкогольному эпизоду. Она производится тщательно, «с любовью», с употреблением уменьшительных и ласкательных слов. Уже в период подготовки можно заметить оживление моторики, некоторое возбуждение, блеск в глазах, повышенное настроение. В выраженных случаях состояние может напоминать опьянение.

Симптом становится патологическим, когда мысли о желательности алкоголизации делаются обсессивными и не могут быть устранены из сознания, подавлены личностью. Указанная трансформация означает переход симптома желательности алкоголизации, характерного для привычного пьянства, в обсессивное влечение к алкоголю, свойственное начальной стадии алкоголизма.

Запаздывание феномена насыщения. При бытовых формах пьянства потребность в алкоголе удовлетворяют в рамках групповых норм. На удовлетворение потребности в алкоголе указывает феномен насыщения – исчезновение желания продолжать пить и, соответственно, отказ от дальнейшего потребления спиртных напитков. Усиление пьянства сопровождается запаздыванием феномена насыщения, он возникает от более значительных количеств спиртного. Запаздывание может быть столь значительным, что уходит за пределы биологической пере-

носимости алкоголя. В этом случае полное насыщение наступает только от количеств алкоголя, вызывающих выраженное и глубокое опьянение, иногда близкое к коме.

Снижение способности к градуальным реакциям и переход на реакцию типа «все или ничего» тесно связаны с запаздыванием насыщения. Суть в том, что количество алкоголя обязательно должно быть достаточным для полного удовлетворения потребности в нем. Потребление меньших количеств становится затруднительным, а позже невозможным, опьянение при этом теряет эйфоризирующий компонент и переходит в дисфорию. Утрата способности к градуальным реакциям также должна рассматриваться как симптом, свидетельствующий о возникновении заболевания.

Затруднения при отказе от выпивки чаще всего проявляются в двух ситуациях – трудность отказаться от выпивки при угощении и при уже начавшейся подготовке к ней. В первом случае, если человек случайно попадает в компанию, где выпивают и угощают, он откладывает все дневные планы ради участия в алкогольном эпизоде. Вероятно, представления об опьянении, пробуждаемые в этот момент, столь живы, красочны и заманчивы, что, каковы бы ни были планы, они меняются в соответствии с возникшей ситуацией. Это определяет постоянную готовность к участию в выпивке, к опьянению.

Особенно четко этот симптом проявляется при необходимости свернуть уже начавшуюся выпивку. Всякое изменение ситуации воспринимается трагично. Подавить возникшее желание очень трудно, это сопровождается чувством неудовлетворенности, снижением настроения, сомато-психическим дискомфортом. Человек прилагает определенные, часто значительные усилия для продолжения начатой деятельности – меняется место выпивки, состав группы, придумываются поводы для отсутствия на рабочем месте.

Границей заболевания нужно считать момент, когда эти трудности становятся непреодолимыми для личности, т.е. когда затруднения при отказе от выпивки превращаются в невозможность отказаться, а начавшиеся приготовления обязательно доводятся до конца в любой ситуации, т.е. они переходят в симптом утраты ситуационного контроля.

Алкогольная потребность. Появление алкогольной потребности нельзя рассматривать как критерий заболевания. Возможность удовлетворения в рамках социально декретируемого поведения определя-

ет ее непатологический характер. Она становится патологической тогда, когда ее удовлетворение возможно только при выходе за пределы групповых алкогольных норм.

Такие симптомы, как нарушение сна, аппетита, исчезновение защитного рвотного рефлекса, появление психологических защитных механизмов не могут рассматриваться в качестве решающих диагностических критериев, поскольку достаточно часто встречаются и при бытовых формах пьянства. Значительные индивидуальные колебания снижают диагностическую ценность и такого симптома, как рост толерантности.

Изучение бытовых форм пьянства позволяет считать границей заболевания момент трансформации группы основных симптомов: симптома желательности алкоголизации – в обсессивное влечение, запаздывание феномена насыщения – в утрату количественного контроля, затруднения при отказе от выпивки – в утрату ситуационного контроля. Возникновение не одного любого из названных, а всех трех симптомов должно рассматриваться как болезнь и давать основание для диагностики алкоголизма.

Таким образом, алкогольные нарушения представляют собой континуум, выстроенный в порядке усиления расстройств. Эволюционный характер процесса исключает качественный скачок и не может дать точных дифференциально-диагностических критериев.

Теперь, от тех взглядов и методологических приемов, которых мы придерживались в ходе выполнения исследования, перейдем к полученным результатам.

Среди подростков, обследованных в 2007 году, было 46,8% (536) мальчиков и 53,2% (609) девочек. Средний возраст составил $15,02 \pm 0,025$ лет. Проживали в полных семьях – 75,8% (78,2% мальчиков и 73,7% девочек), в неполных – 24,2% (21,8 и 26,3% соответственно).

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

В группе регулярно употребляющих алкоголь возраст первых его проб составил от 8 до 15 лет, средний возраст начала употребления алкогольных напитков был равен $13,7 \pm 0,09$ лет (у мальчиков – $13,6 \pm 0,105$ лет, у дево-

чек – $13,85 \pm 0,085$ лет). Таким образом, в возрасте 15 лет впервые попробовали алкоголь 30,9% подростков данной группы, в 14 лет – 37,6%, в 13 лет – 18,9%, в 12 лет – 6,0%, в 11 лет – 2,2%, в 10 лет – 3,7%, в 8–9 лет – 0,7%.

Гендерные отличия по показателю возраста начала употребления алкоголя представлены в табл. 6.1.1. Как видно из таблицы, значимых отличий между мальчиками и девочками по данному критерию не установлено. При этом полученные показатели наглядно демонстрируют, что начало профилактических мероприятий должно соответствовать 12–13 летнему возрасту детей, когда значительная масса из них еще не пробовала или только начинает пробовать алкогольные напитки.

Таблица 6.1.1

Возраст начала употребления алкоголя у 15–16-летних подростков

	Мальчики		Девочки	
	абс.	%	абс.	%
Не употребляли ни разу	289	53,9	330	54,2
Пробовали однократно	60	11,2	64	10,5
Употребляют с 8–9 лет	2	0,4	1	0,2
Употребляют с 10–11 лет	15	2,8	9	1,5
Употребляют с 12–13 лет	46	8,6	54	8,9
Употребляют с 14–15 лет	124	23,1	151	24,7
Всего	536	100,0	609	100,0

Из алкогольных напитков пиво предпочитали 62,2% подростков, вино – 29,1%, водку – 5,7%, другой – 3,0%. Гендерные отличия в предпочтениях спиртных напитков представлены в табл. 6.1.2.

Таблица 6.1.2

Предпочитаемый подростками алкогольный напиток

Алкогольный напиток	Мальчики		Девочки	
	абс.	%	абс.	%
Вино	35	18,7 ***	82	38,1
Пиво	129	69,0 **	121	56,3
Водка	16	8,6 *	7	3,3
Другой	7	3,7	5	2,3
Всего	187	100,0	215	100,0

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

Более половины подростков предпочитает пиво, также девочки, в сравнении с мальчиками, чаще пьют вино и реже – водку. Средняя толерантность пива у мальчиков составила $850 \pm 58,7$ мл, у девочек – $661,5 \pm 63,8$ мл, максимальная суточная толерантность достигала 6–7 л пива.

Неприятности из-за приема спиртного отмечали 26,1% обследованных из группы регулярно пьющих, не было таковых у 73,9% соответственно. Свое самочувствие после приема спиртного как обычное характеризовали 89,8% подростков, как плохое – 7,2%, как тяжелое – 3,0%.

Побуждало к употреблению алкоголя собственное желание – у 21,9% подростков, плохое настроение – у 7,0%, неприятности дома, на учебе – 13,7% (5,9% мальчиков и 20,5% девочек; $p < 0,01$), нервное напряжение – у 5,5%, праздник – у 6,2%, привычка – у 2,2%, приглашение друзей – у 50,0%, скука – у 3,5%, ничего из перечисленного – у 1,5%.

Среди обследованных подростков больных синдромом зависимости от алкоголя не выявлено, абстинентов было 64,9%, случайно пьющих – 24,2%, ситуационно пьющих – 7,4%, систематически пьющих – 3,1%, привычно пьющих – 0,4%.

Структура алкоголизации с учетом донологических форм потребления алкоголя мальчиков и девочек отражена в табл. 6.1.3. Таким образом, употребление алкоголя с вредными последствиями (F 10.1) выявлено нами у 3,5% подростков (у 4,7% мальчиков и 2,4% девочек).

Таблица 6.1.3

Гендерные особенности структуры алкоголизации 15–16-летних подростков

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

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

В ходе обследования подростков выявлено, что пробовали наркотики, преимущественно каннабиноиды, 4,5% подростков (5,8% мальчиков и 3,4% девочек), пробовали токсические вещества (бензин, клей...) – 1,6% (2,4% мальчиков и 0,8% девочек; $p < 0,05$). Явлений зависимости от данных психоактивных веществ выявлено не было.

На втором этапе исследования в 2009–2010 гг. были обследованы призывники, признанные психиатрами здоровыми в районах Забайкальского края. Они были разделены на две группы: 18-летние призывники (1991–1992 гг. рождения) – их число составило 2 403 (43,8%) и лица в возрасте 19–27 лет (1982–1990 гг. рождения) – их было 3 079 (56,2%).

Сначала остановимся на группе призывников 1991–1992 гг. рождения. Это те же годы рождения, что и у обследованных подростков на первом этапе выполнения работы (в 2007 году).

Среди обследованных на призывном пункте 18-летних призывников абстинентов было 14,3%, случайно пьющих – 28,7%, ситуационно пьющих – 33,5%, систематически пьющих – 15,4%, привычно пьющих – 7%, больных синдромом зависимости от алкоголя – 1,1%. Таким образом, употребление алкоголя с вредными последствиями (F 10.1) выявлено у 22,4% исследуемого контингента, алкогольная зависимость (F 10.2) – у 1,1%.

Если сравнить структуру алкоголизации подростков мужского пола 1991–1992 гг. рождения в динамике через 2–3 года, то видны ее значительные изменения ($p < 0,001$): в 4,4 раза стало меньше абстинентов и больше других групп – случайно пьющих – в 1,5 раза, ситуационно пьющих – в 3,2 раза, систематически пьющих – в 4,1 раза, привычно пьющих – в 13,5 раз, появились больные синдромом зависимости от алкоголя (рис. 6.1.1).

Таким образом, выявленные нами изменения в структуре алкоголизации подростков из различных районов Забайкалья всего через два года наглядно демонстрируют резкое ухудшение наркологической ситуации среди молодежи при отсутствии действенных программ профилактических мероприятий.

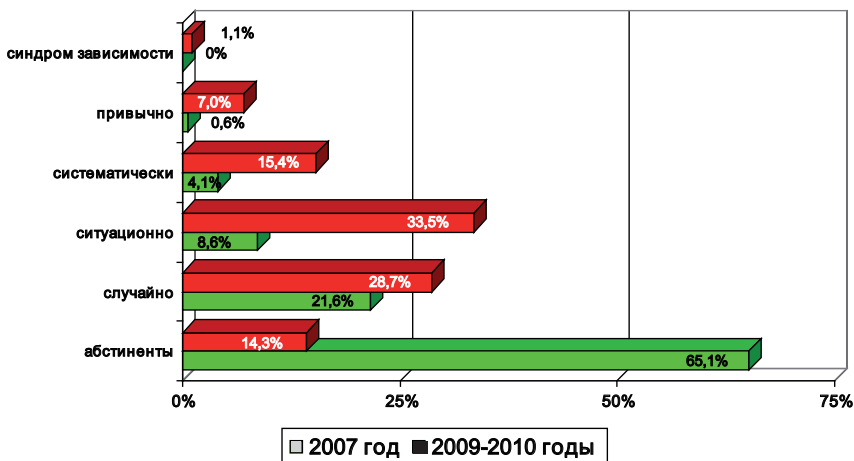


Рис. 6.1.1. Структура алкоголизации мальчиков-подростков 1991–1992 гг. р. в Забайкальском крае в динамике через 2 года

Что касается 18-летних призывников, то проживали в сельской местности 67,4%, в городских поселениях – 32,6%.

Наследственная отягощенность по алкогольной зависимости близких родственников выявлена у 9,1% призывников, при этом среди абстинентов она установлена в 5,2% случаев, среди эпизодически пьющих – в 6,1% случаев, среди употребляющих алкоголь с вредными последствиями – в 18,7% случаев, среди больных алкогольной зависимостью – в 38,5% случаев (табл. 6.1.4). У лиц с наследственной отягощенностью по алкогольной зависимости алкоголизм обоих родителей составил 20,5%, отца – 61,2%, матери – 16,0%, других близких родственников – 2,3%. На наличие запоев у родителей указали 8,4% призывников.

Конфликты у родителей вследствие употребления спиртного были выявлены у 9% обследованных (всего у 6,1% абстинентов, у 6,7% эпизодически пьющих, у 19,1% употребляющих алкоголь с вредными последствиями и у 38,5% лиц с алкогольной зависимостью).

Таблица 6.1.4

Наследственная отягощенность по алкогольной зависимости близких родственников в зависимости от тяжести алкоголизации (в %)

Структура алкоголизации	Отягощенность наследственности
1. Абстиненты (n = 344)	5,2
2. Случайно пьющие (n = 689)	6,0
3. Ситуационно пьющие (n = 805)	6,1
4. Систематически пьющие (n = 370)	16,0 ***
5. Привычно пьющие (n = 169)	20,0 ***
6. Синдром зависимости от алкоголя (n = 26)	38,5 **

Статистическая значимость различий с группой абстинентов обозначена:

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

Наследственная отягощенность по суицидам близких родственников установлена у 1,2% 18-летних призывников, по шизофрении – у 0,2%, по эпилепсии – у 0,3%, по умственной отсталости – у 0,1%.

Осложнения течения беременности и родов у матерей призывников были установлены у 1% исследуемого контингента (у 1,5% не злоупотребляющих алкоголем, у 2,2% злоупотребляющих и у 7,1% больных алкоголизмом).

Отношения в семье характеризовали как плохие 5,2% обследованных. Воспитывались в условиях гипоопеки 14,2% призывников, при этом данный показатель увеличивался с нарастанием тяжести алкоголизации (до 30,8% у лиц с синдромом зависимости от алкоголя) (табл. 6.1.5).

Таблица 6.1.5

Воспитание призывников у условиях гипоопеки в зависимости от тяжести алкоголизации (в %)

Структура алкоголизации	Гипоопека
1. Абстиненты (n = 344)	4,9
2. Случайно пьющие (n = 689)	10,8 **
3. Ситуационно пьющие (n = 805)	11,2 ***
4. Систематически пьющие (n = 370)	23,7 ***
5. Привычно пьющие (n = 169)	30,3 ***
6. Синдром зависимости от алкоголя (n = 26)	30,8 **

Статистическая значимость различий с группой абстинентов обозначена:

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

Черепно-мозговые травмы в анамнезе отмечены у 5% обследованных.

Воспитывались в неполной семье 27,2% 18-летних призывников. На плохое питание дома указали 1,6% обследованных, на плохие условия быта – 2,4%. У 3,5% призываемых лиц имелись указания на проживание в малообеспеченной, неблагополучной семье (данный показатель также увеличивался с утяжелением алкоголизации) (табл. 6.1.6).

Таблица 6.1.6

Воспитание в малообеспеченной семье в зависимости от тяжести алкоголизации (в %)

Структура алкоголизации	Малообеспеченность
1. Абстиненты (n = 344)	4,5
2. Случайно пьющие (n = 689)	4,8
3. Ситуационно пьющие (n = 805)	4,9
4. Систематически пьющие (n = 370)	10,6 ***
5. Привычно пьющие (n = 169)	14,6 ***
6. Синдром зависимости от алкоголя (n = 26)	21,4 *

Статистическая значимость различий с группой абстинентов обозначена:

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

Успеваемость в школе была высокой у 2,9% призывников, средней – у 78,5%, низкой – у 18,6%, дублировали обучение в одном классе – 6,7%. При этом 3% призываемых получили только начальное образование. Как видно из табл. 6.1.7, успеваемость резко ухудшалась с нарастанием степени алкоголизации подростка.

Таблица 6.1.7

Низкая успеваемость в школе в зависимости от тяжести алкоголизации (в %)

Структура алкоголизации	Низкая успеваемость
1. Абстиненты (n = 344)	3,8
2. Случайно пьющие (n = 689)	7,4 **
3. Ситуационно пьющие (n = 805)	7,5 ***
4. Систематически пьющие (n = 370)	16,8 ***
5. Привычно пьющие (n = 169)	18,3 ***
6. Синдром зависимости от алкоголя (n = 26)	46,2 ***

Статистическая значимость различий с группой абстинентов обозначена:

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

Приводы в милицию регистрировались у 3,3% обследованных, судимость имели 1,5% 18-летних призывников, зависимость от тяжести алкоголизации представлена в табл. 6.1.8.

Таблица 6.1.8

**Криминальное поведение в анамнезе
в зависимости от тяжести алкоголизации (в %)**

Структура алкоголизации	Приводы	Судимость
1. Абстиненты (n = 344)	0,6	0,2
2. Случайно пьющие (n = 689)	1,0	0,9
3. Ситуационно пьющие (n = 805)	3,0 **	1,6 **
4. Систематически пьющие (n = 370)	7,0 ***	1,8 *
5. Привычно пьющие (n = 169)	10,3 ***	3,5 *
6. Синдром зависимости от алкоголя (n = 26)	11,5	3,8

Статистическая значимость различий с группой абстинентов обозначена:

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

4,2% 18-летних юношей были женаты, 3,2% уже имели ребенка.

59,6% призывников регулярно занимались спортом, данный показатель был максимальным среди абстинентов (71,8%) и минимальным – у лиц с алкогольной зависимостью (43,1%) (табл. 6.1.9).

Таблица 6.1.9

**Занятость спортом в зависимости
от тяжести алкоголизации (в %)**

Структура алкоголизации	Занятость спортом
1. Абстиненты (n = 344)	71,8
2. Случайно пьющие (n = 689)	63,3 **
3. Ситуационно пьющие (n = 805)	54,2 ***
4. Систематически пьющие (n = 370)	46,2 ***
5. Привычно пьющие (n = 169)	44,6 ***
6. Синдром зависимости от алкоголя (n = 26)	43,1 **

Статистическая значимость различий с группой абстинентов обозначена:

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

Средний возраст начала употребления спиртных напитков составил $15,65 \pm 0,05$ лет, никогда не пробовали алкоголь – лишь 3,1%

(табл. 6.1.10). При этом возраст первого приема алкоголя постепенно снижался с нарастанием тяжести алкоголизации (от $16,54 \pm 0,14$ лет у абстинентов до $12,79 \pm 1,04$ лет у больных алкоголизмом).

Таблица 6.1.10

**Средний возраст первого приема алкоголя
в зависимости от тяжести алкоголизации (в годах)**

Структура алкоголизации	Возраст
1. Абстиненты	$16,54 \pm 0,14$
2. Случайно пьющие	$15,90 \pm 0,08$
3. Ситуационно пьющие	$15,63 \pm 0,09$
4. Систематически пьющие	$15,20 \pm 0,13$
5. Привычно пьющие	$14,89 \pm 0,21$
6. Синдром зависимости от алкоголя	$12,79 \pm 1,04$

В настоящее время пиво предпочитали 71,4% 18-летних призывников, вино – 16,4%, водку и другие крепкие алкогольные напитки – 7,6%, прочие – 1,5% (табл. 6.1.11).

Таблица 6.1.11

**Предпочитаемый алкогольный напиток
в зависимости от тяжести алкоголизации (в %)**

Структура алкоголизации	Алкогольный напиток			
	пиво	водка	вино	другой
1. Абстиненты (n = 344)	48,8	4,4	23,5	1,5
2. Случайно пьющие (n = 689)	70,7 ***	4,9	23,8	0,6
3. Ситуационно пьющие (n = 805)	71,6 ***	10,2 ***	15,7 **	2,5
4. Систематически пьющие (n = 370)	78,3 ***	6,8	14,1 **	0,8
5. Привычно пьющие (n = 169)	85,2 ***	9,5	3,0 ***	2,3
6. Синдром зависимости (n = 26)	65,4	30,8 **	0,0 ***	3,8

Статистическая значимость различий с группой абстинентов обозначена:

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

Неприятности из-за приема спиртного в прошлом (драки, телесные повреждения, приводы в милицию, попадание в медвытрезвитель и т.д.) отметили 7,7% обследованных (табл. 6.1.12).

**Неприятности из-за приема спиртного
в зависимости от тяжести алкоголизации (в %)**

Структура алкоголизации	Неприятности
1. Абстиненты (n = 344)	0,0
2. Случайно пьющие (n = 689)	4,7 ***
3. Ситуационно пьющие (n = 805)	9,6 ***
4. Систематически пьющие (n = 370)	12,5 ***
5. Привычно пьющие (n = 169)	13,0 ***
6. Синдром зависимости от алкоголя (n = 26)	30,7 ***

Статистическая значимость различий с группой абстинентов обозначена:

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

Курящими являлись 72,8% призывников (табл. 6.1.13), процент курящих увеличивался от группы абстинентов (47,7%) до группы с синдромом зависимости от алкоголя (92,3%). Средний возраст начала курения уменьшался от $15,86 \pm 0,21$ лет у абстинентов до $12,86 \pm 1,31$ лет у больных алкоголизмом (табл. 6.1.14).

**Доля курящих призывников
в зависимости от тяжести
алкоголизации (в %)**

Структура алкоголизации	Курение
1. Абстиненты (n = 344)	47,7
2. Случайно пьющие (n = 689)	67,2 ***
3. Ситуационно пьющие (n = 805)	78,8 ***
4. Систематически пьющие (n = 370)	85,4 ***
5. Привычно пьющие (n = 169)	88,2 ***
6. Синдром зависимости от алкоголя (n = 26)	92,3 ***

Статистическая значимость различий с группой абстинентов обозначена:

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

Таблица 6.1.14

**Средний возраст начала курения в зависимости
от тяжести алкоголизации (в годах)**

Структура алкоголизации	Возраст
1. Абстиненты	15,86 ± 0,21
2. Случайно пьющие	15,21 ± 0,13
3. Ситуационно пьющие	14,83 ± 0,15
4. Систематически пьющие	14,04 ± 0,19
5. Привычно пьющие	14,12 ± 0,34
6. Синдром зависимости от алкоголя	12,86 ± 1,31

Количество лиц, употреблявших ранее каннабиноиды, составило 11,1%, при этом показатель увеличивался с нарастанием тяжести алкоголизации – до 57,7% у страдающих алкоголизмом (табл. 6.1.15).

Таблица 6.1.15

Процент призывников, употреблявших ранее каннабиноиды в зависимости от тяжести алкоголизации (в %)

Структура алкоголизации	Употребление каннабиноидов
1. Абстиненты (n = 344)	0,0
2. Случайно пьющие (n = 689)	3,8 ***
3. Ситуационно пьющие (n = 805)	11,3 ***
4. Систематически пьющие (n = 370)	25,4 ***
5. Привычно пьющие (n = 169)	23,7 ***
6. Синдром зависимости от алкоголя (n = 26)	57,7 ***

Статистическая значимость различий с группой абстинентов обозначена:

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

При проведении теста «AUDIT» получены следующие результаты:

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

Т.е. злоупотребление алкоголем выявлено этим методом у 25,8% призывников, что на 2,3% выше результатов, полученных при клиническом обследовании лиц призывного возраста (23,5%).

Таблица 6.1.16

Результаты теста «AUDIT» в зависимости от тяжести алкоголизации (в баллах)

Структура алкоголизации	Результаты теста «AUDIT»
1. Абстиненты	1,10 ± 0,06
2. Случайно пьющие	3,83 ± 0,11
3. Ситуационно пьющие	5,81 ± 0,09
4. Систематически пьющие	9,18 ± 0,10
5. Привычно пьющие	9,67 ± 0,23
6. Синдром зависимости от алкоголя	14,36 ± 0,97

В табл. 6.1.16 представлен анализ результатов теста «AUDIT» в соответствии со структурой алкоголизации призывников, полученной при наркологическом обследовании. Действительно, с нарастанием тяжести алкоголизации увеличивается и количество набранных баллов, поэтому результат теста в 8 баллов и более позволяет заподозрить злоупотребление алкоголем, а сам тест может активно использоваться с этой целью психологами и врачами военно-врачебных комиссий.

В результате анализа проведенной методики «Прогноз» средняя нервно-психическая устойчивость призывников составила 6,95 ± 0,07 баллов. Низкий уровень НПУ (1–2 балла) получен у 0,4% лиц призывного возраста, средний уровень (3–5 баллов) – у 15,1%, высокий уровень (6–10 баллов) – у 84,5%. При этом с нарастанием тяжести алкоголизации уменьшается количество полученных баллов по методике «Прогноз», следовательно, снижается нервно-психическая устойчивость (табл. 6.1.17).

Таблица 6.1.17

Результаты метода «Прогноз» в зависимости от тяжести алкоголизации (в баллах)

Структура алкоголизации	НПУ
1. Абстиненты (неупотребляющие)	7,92 ± 0,09
2. Случайно пьющие	7,01 ± 0,11
3. Ситуационно пьющие	6,91 ± 0,09
4. Систематически пьющие	6,28 ± 0,10
5. Привычно пьющие	6,20 ± 0,14
6. Синдром зависимости от алкоголя	5,02 ± 0,49

Таким образом, выявленная нами распространенность наркологической патологии, связанной с употреблением алкоголя, среди 18-летнего призывного контингента в Забайкальском крае составила 22,4%, в том числе синдром зависимости от алкоголя – 1,1%.

При этом с нарастанием тяжести алкоголизации 18-летних призывников увеличивается частота наследственной отягощенности по алкоголизму близких родственников (от 5,2% у абстинентов до 38,5% у страдающих алкоголизмом), растет количество курящих (от 47,7 до 92,3%) и употреблявших каннабиноиды (от 0 до 57,7%), снижается нервно-психическая устойчивость. Призывники с наркологическими расстройствами чаще воспитывались в условиях гипоопеки в малообеспеченных неблагополучных семьях, плохо учились, реже занимались спортом, имели склонность к криминальному поведению, у них чаще отмечались неприятности в жизни, обусловленные приемом спиртных напитков.

Также подробно нами была изучена **структура алкоголизации призывников 1982–1990 гг. рождения** (в возрасте от 19 до 27 лет).

Структура алкоголизации призывного контингента 1982–1990 гг. рождения, в сравнении с 18-летними, представлена в табл. 6.1.18.

Таблица 6.1.18

**Структура алкоголизации
лиц призывного возраста**

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

Статистическая значимость различий между группами обозначена:

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

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

Структура алкоголизации лиц призывного возраста с более подробным делением на возрастные группы представлена в табл. 6.1.19. Как видно из таблицы, структура алкоголизации 19–20-летних призывников уже значительно отличается от таковой у 18-летних аналогично описанным выше изменениям. В старших возрастных группах молодых людей становится меньше пьющих систематически и больше – привычно пьющих.

Таблица 6.1.19

**Структура алкоголизации призывников
с учетом возрастных групп (в %)**

Структура алкоголизации	Возраст, лет				
	18 n=2403	19–20 n=1660	21–22 n=975	23–24 n=375	25–26 n=69
1. Абстиненты	14,3	4,5	4,0	3,7	4,3
2. Случайно пьющие	28,7	14,3	11,6	7,2	18,8
3. Ситуационно пьющие	33,5	55,0	55,0	59,5	52,2
4. Систематически пьющие	15,4	19,9	20,3	16,5	11,6
5. Привычно пьющие	7,0	4,1	7,3	9,9	10,2
6. Синдром зависимости	1,1	2,2	1,9	3,2	2,9
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Наследственная отягощенность анамнеза по алкогольной зависимости близких родственников выявлена у 6,9% призывников старших возрастных групп. Отягощенность анамнеза призывников 1982–1990 гг.р. по алкоголизму близких родственников с учетом тяжести алкоголизации представлена на рис. 6.1.2.

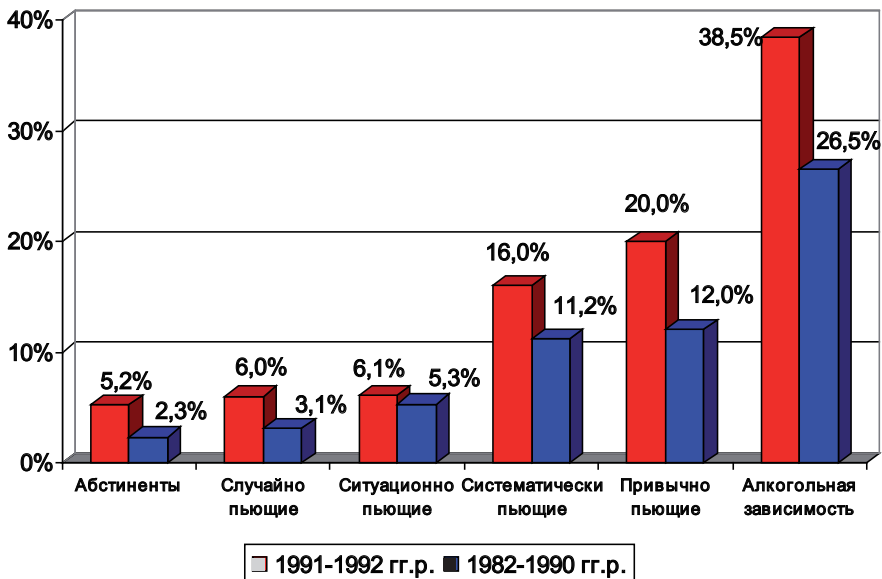


Рис. 6.1.2. Наследственная отягощенность призывников по алкогольной зависимости близких родственников с учетом возраста и структуры алкоголизации

Наследственная отягощенность призывников старшей возрастной группы, как у 18-летних призывников, увеличивается с усилением алкоголизации (от 2,3% среди абстинентов до 26,5% среди лиц с алкогольной зависимостью). При этом полученные показатели у 19–26-летних существенно ниже, чем у 18-летних.

На наличие запоев у родителей указали 6,1% обследованных 1982–1990 гг. п., 25,0% с выявленным алкоголизмом, конфликты у родителей вследствие употребления спиртного были выявлены у 6,4% призывников.

На плохие отношения в семье указали 3,5% призывников; 13,7% воспитывались в условиях гипоопеки – данный показатель увеличивался с нарастанием тяжести алкоголизации (табл. 6.1.20). 28,9% проживали в неполной семье.

**Воспитание призывников в возрасте 19–26 лет
в условиях гипоопеки в зависимости от тяжести
алкоголизации (в %)**

Структура алкоголизации	Гипоопека
1. Абстиненты (n = 131)	5,3
2. Случайно пьющие (n = 391)	5,9
3. Ситуационно пьющие (n = 1708)	12,5 ***
4. Систематически пьющие (n = 598)	19,2 ***
5. Привычно пьющие (n = 173)	23,5 ***
6. Синдром зависимости от алкоголя (n = 68)	30,9 ***

Статистическая значимость различий с группой абстинентов обозначена:

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

Успеваемость в школе была низкой – у 7,0%, дублировали обучение в одном классе – 2,6%.

Приводы в милицию имели 3,7% обследованных, ранее судимыми были 3,2%, при этом данные показатели увеличивались с нарастанием тяжести алкоголизации (табл. 6.1.21, 6.1.22).

**Низкая успеваемость в школе призывников в возрасте 19–26 лет
в зависимости от тяжести алкоголизации (в %)**

Структура алкоголизации	Низкая успеваемость
1. Абстиненты (n = 131)	2,3
2. Случайно пьющие (n = 391)	4,9
3. Ситуационно пьющие (n = 1708)	6,7 **
4. Систематически пьющие (n = 598)	7,5 **
5. Привычно пьющие (n = 173)	9,8 *
6. Синдром зависимости от алкоголя (n = 68)	20,6 ***

Статистическая значимость различий с группой абстинентов обозначена:

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

Никогда не употребляли спиртное всего 1,1% исследуемого контингента. У оставшихся 98,9% призывников средний возраст начала употребления алкоголя составил 16,1 0,03 лет.

Таблица 6.1.22

**Криминальное поведение в анамнезе призывников в возрасте
19–26 лет в зависимости от тяжести алкоголизации (в %)**

Структура алкоголизации	Приводы	Судимость
1. Абстиненты (n = 131)	2,3	0,7
2. Случайно пьющие (n = 391)	3,1	1,8
3. Ситуационно пьющие (n = 1708)	5,3 *	4,9 ***
4. Систематически пьющие (n = 598)	7,2 **	6,7 ***
5. Привычно пьющие (n = 173)	10,4 **	8,7 ***
6. Синдром зависимости от алкоголя (n = 68)	4,4	4,4

Статистическая значимость различий с группой абстинентов обозначена:

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

Из алкогольных напитков пиво предпочитали 63,0% обследованных, вино – 16,8%, водку – 15,4%, другие алкогольные напитки – 3,7%. Таким образом, призывники старшей возрастной группы, в сравнении с 18-летними, чаще ($p < 0,001$) предпочитали крепкие спиртные напитки и немного меньше – пиво.

Неприятности из-за приема спиртного отмечали 6,3% обследованных данной группы, при этом у большинства – это были конфликтные ситуации, сопровождающиеся дракой. Палимпсесты в результате чрезмерного употребления алкоголя испытывали 20,6% призывников в возрасте от 19 до 27 лет.

Таблица 6.1.23

**Доля курящих призывников в возрасте 19–26 лет в зависимости
от тяжести алкоголизации (в %)**

Структура алкоголизации	Курение
1. Абстиненты (n = 131)	32,1
2. Случайно пьющие (n = 391)	65,5 ***
3. Ситуационно пьющие (n = 1708)	72,7 ***
4. Систематически пьющие (n = 598)	81,1 ***
5. Привычно пьющие (n = 173)	85,6 ***
6. Синдром зависимости от алкоголя (n = 68)	89,7 ***

Статистическая значимость различий с группой абстинентов обозначена:

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

Курящими являлись 72,2% призывников, процент курящих увеличивался (табл. 6.1.23) от группы абстинентов (32,1%) до группы с синдромом зависимости от алкоголя (89,7%).

Количество лиц, употреблявших ранее каннабиноиды, составило 18,3% (существенно выше, чем среди 18-летних призывников, $p < 0,001$), при этом показатель увеличивался с нарастанием тяжести алкоголизации – до 52,9% у страдающих алкоголизмом (табл. 6.1.24).

Таблица 6.1.24

**Процент призывников в возрасте 19–26 лет,
употреблявших ранее каннабиноиды
в зависимости от тяжести алкоголизации (в %)**

Структура алкоголизации	Употребление каннабиноидов
1. Абстиненты (n = 131)	1,5
2. Случайно пьющие (n = 391)	6,6 **
3. Ситуационно пьющие (n = 1708)	17,9 ***
4. Систематически пьющие (n = 598)	23,9 ***
5. Привычно пьющие (n = 173)	35,8 ***
6. Синдром зависимости от алкоголя (n = 68)	52,9 ***

Статистическая значимость различий с группой абстинентов обозначена:

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

Результаты теста «AUDIT» выглядят следующим образом:

1) безопасное употребление алкоголя (получили от 0 до 7 баллов) – 69,6%;

2) опасное употребление алкоголя (от 8 до 15 баллов) – 29,1%;

3) вредное употребление алкоголя (от 16 до 19 баллов) – 1,2%;

4) алкогольная зависимость (20 баллов и более) – 0,1%.

Следовательно, злоупотребление алкоголем выявлено этим методом у 30,4% 19–26-летних призывников, что на 2,8% выше результатов, полученных при непосредственном обследовании лиц призывного возраста (27,6%).

Нервно-психическая устойчивость призывников старшей возрастной группы по методике «Прогноз» составила $6,09 \pm 0,05$ баллов. Низкая НПУ получена у 18,6% лиц в возрасте от 19 до 27 лет, средняя – у

30,2%, высокая – у 51,3%. При этом с нарастанием тяжести алкоголизации уменьшается количество баллов НПУ (табл. 6.1.25). В целом, нервно-психическая устойчивость призывников старшего возраста существенно ниже, чем 18-летних.

Таблица 6.1.25

**Результаты метода «Прогноз» у призывников
в возрасте 19–26 лет в зависимости от тяжести
алкоголизации (в баллах)**

Структура алкоголизации	НПУ
1. Абстиненты (неупотребляющие)	6,87 ± 0,27
2. Случайно пьющие	6,55 ± 0,15
3. Ситуационно пьющие	6,14 ± 0,06
4. Систематически пьющие	5,41 ± 0,09
5. Привычно пьющие	5,20 ± 0,17
6. Синдром зависимости от алкоголя	5,19 ± 0,22

Таким образом, выявленная нами распространенность наркологической патологии, связанной с употреблением алкоголя, среди 19–26-летнего призывного контингента в Забайкальском крае составила 27,6%, в том числе синдром зависимости от алкоголя – 2,2%.

При этом аналогично 18-летним призывникам, с нарастанием тяжести алкоголизации увеличивается частота наследственной отягощенности по алкоголизму близких родственников (от 2,3% у абстинентов до 26,5% у страдающих алкоголизмом), растет количество курящих (от 32,1 до 89,7%) и употреблявших каннабиноиды (от 1,5 до 52,9%), снижается нервно-психическая устойчивость. Призывники старших возрастных групп с наркологическими расстройствами, как и 18-летние, чаще воспитывались в условиях гипоопеки и плохо учились, имели склонность к криминальному поведению.

Следовательно, при клиническом обследовании всех лиц призывного возраста, прибывших на военно-врачебную комиссию за два призыва (5 482), наркологическая патология, вызванная приемом алкоголя, установлена в 25,8% случаев (рис. 6.1.3). Употребление алкоголя с вредными последствиями (F 10.1) было выявлено у 24,1% (1 320) при-

зависимых, синдром зависимости от алкоголя (F 10.2) – у 1,7% (94). При этом среди обследованных с алкогольной зависимостью преобладали лица с I стадией заболевания – 57,4%, II стадия определена у 42,6%.

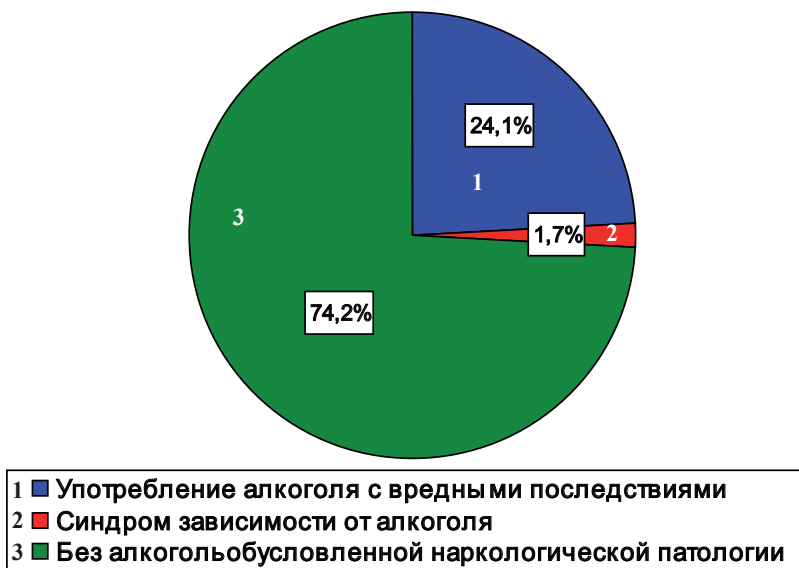


Рис. 6.1.3. Выявленные психические и поведенческие расстройства вследствие употребления алкоголя у призывников всех возрастов

Структура алкоголизации пациентов с учетом донозологических форм потребления алкоголя по классификации Э.Е. Бехтеля (1986) выглядела следующим образом: абстиненты (неупотребляющие) – 8,7%, случайно пьющие – 19,7%, ситуационно пьющие – 45,8%, систематически пьющие – 17,7%, привычно пьющие – 6,4%, синдром зависимости от алкоголя – 1,7% (рис. 6.1.4).

Среди 18-летнего контингента употребление алкоголя с вредными последствиями диагностировано в 22,4%, алкогольная зависимость – в 1,1% случаев, среди 19–26-летнего контингента – в 25,4% и 2,2% случаев соответственно, что указывает на наличие у 23,5% 18-летних и 27,6% 19–26-летних призывников наркологической патологии (рис. 6.1.5). Следовательно, у призывников старшего возраста алкогольобусловленные расстройства встречаются чаще ($p < 0,001$).

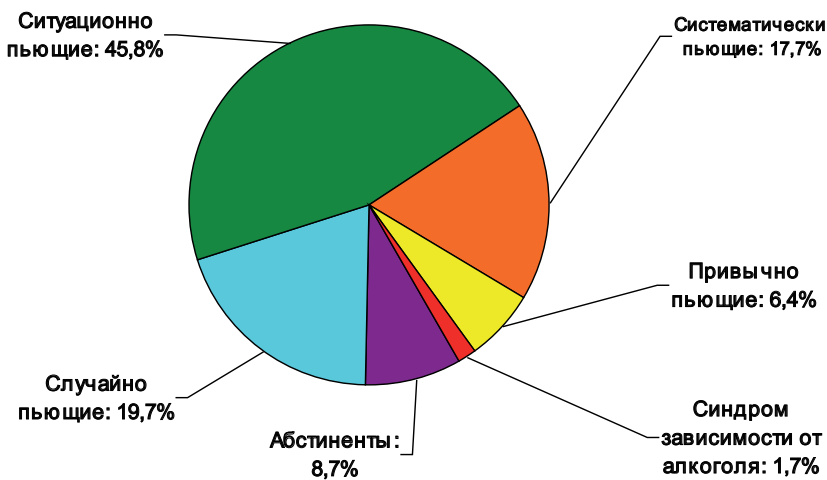


Рис. 6.1.4. Структура алкоголизации призывников всех возрастов с учетом дозотоксических форм потребления алкоголя

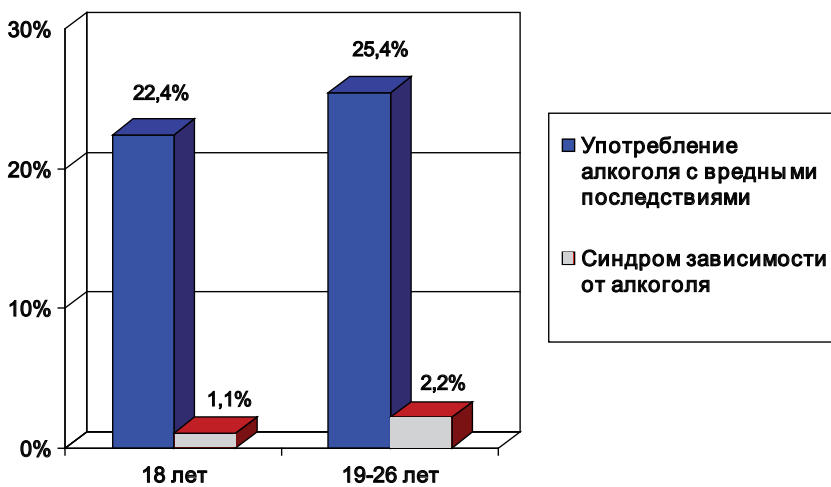


Рис. 6.1.5. Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления алкоголя у призывников в зависимости от возрастных групп

Наследственная отягощенность по алкогольной зависимости близких родственников выявлена у 8,5% всех призывников, при этом среди незлоупотребляющих она установлена в 5,2% случаев, среди употребляющих алкоголь с вредными последствиями – в 13,7% случаев, среди больных алкогольной зависимостью – в 29,8% случаев (табл. 6.1.26).

Отношения в семье характеризовали как плохие 4,7% всех обследованных, воспитывались в условиях гипоопеки 13,9% призывников, при этом данный показатель увеличивался с нарастанием тяжести алкоголизации (от 10,4% у не злоупотребляющих до 30,9% у лиц с синдромом зависимости от алкоголя).

Успеваемость в школе была низкой – у 11,5% всех призывников. Приводы в милицию имели 3,5% обследованных, ранее судимыми были 2,5%, при этом данные показатели увеличивались с нарастанием тяжести алкоголизации (табл. 6.1.26).

Курящими являлись 72,5% всех призывников, процент курящих увеличивался от группы незлоупотребляющих алкоголем (68,8%) до группы с синдромом зависимости от алкоголя (90,4%). Количество лиц, употреблявших ранее каннабиноиды (15,1%), аналогично увеличивалось с нарастанием тяжести алкоголизации (от 11,1 до 54,3%).

Таблица 6.1.26

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

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

Статистическая значимость различий с группой «без патологии» обозначена: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$.

Таким образом, выявленная нами распространенность наркологической патологии, связанной с употреблением алкоголя, среди призывного контингента в Забайкальском крае составила 25,8%, в том числе синдром зависимости от алкоголя – 1,7%. Курящими являлись 72,5% всех призывников, количество лиц, употреблявших ранее каннабиноиды, составило 15,1%.

При этом с утяжелением степени алкоголизации призывников наблюдается увеличение частоты наследственной отягощенности по алкоголизму близких родственников, в первую очередь, родителей; такие дети чаще воспитываются в малообеспеченных неблагополучных семьях в условиях гипоопеки. Фактор алкоголизации оказывает существенное влияние на социальное функционирование и поведение подростков: они хуже учатся, реже занимаются спортом, склонны к девиантному поведению, более частому курению сигарет и употреблению каннабиноидов. В итоге, это отражается на подготовленности к военной службе, приводит к снижению их нервно-психической устойчивости.

Клинический пример.

У. А. Ю., 1989 г. р. Находился на стационарном обследовании в ГУЗ «Краевой наркологический диспансер» с 14.12. 2010 по 28.12. 2010.

Жалоб не предъявляет.

Анамнез. Уроженец Забайкалья. Наследственность отягощена алкоголизмом отца. Родился в полной семье, младшим из двоих детей. Беременность, роды и раннее развитие без особенностей. Детский сад посещал. В школу пошел с 7 лет. Успеваемость сначала была хорошая, с 6 класса снизилась. Любимые предметы – физкультура, труд. Отличался общительностью, активностью, было много друзей среди сверстников. Дома часто были конфликты между родителями на почве пьянства отца. Воспитанием занималась одна мать, с подросткового возраста рос в условиях гипоопеки. Семья была среднего достатка.

Окончил 11 классов, поступил в техникум. В 2008 году погибли родители, обучение прекратил ввиду возникших финансовых затруднений. Вынужден был устроиться на работу разнорабочим. Проживает с гражданской женой. Свободное время в настоящее время чаще проводит за телевизором. В 2007 году была черепно-мозговая травма с поте-

рей сознания в состоянии алкогольного опьянения. Снохождение, сноговорение, хронические заболевания отрицает. Судим в 2008 году за хранение наркотиков (судимость погашена).

Курит сигареты с 14 лет, по 1 пачке в день. Впервые попробовал курить гашиш в 16 лет (в 2005 году) в компании сверстников, сделал несколько затяжек. Первые ощущения не понравились, испытал головокружение, слабость, тошноту. Несмотря на это, продолжал употреблять гашиш в компании, со слов: «было интересно, изменятся ощущения или нет». За 2 года курил около 7 раз. С 18 лет стал употреблять гашиш с частотой 1 раз в неделю, преимущественно в одиночестве, при этом испытывал улучшение настроения, появлялось «чувство радости, счастья». При невозможности купить наркотик отрицательных переживаний не испытывал. После смерти родителей в 2008 году, частота употребления увеличилась до 2–3 раз в неделю (со слов, «думал, вдруг станет легче»). Чтобы испытать прежние ощущения, необходимо было делать большее количество затяжек. Ввиду роста необходимого количества гашиша стал самостоятельно его изготавливать. В 2008 году при заготовке наркотика был задержан сотрудниками госнаркоконтроля, получил судимость, был поставлен на профилактический учет в наркологической службе. У нарколога не наблюдался, системную наркотизацию отрицает, признает, что за 2 последние года курил гашиш только один раз «на дне рождения у друга».

Алкогольные напитки начал употреблять с 15 лет. В первый раз выпил 200 мл водки, «было плохо: тошнило, рвало». С этого времени употребление алкоголя носило эпизодический характер в компаниях сверстников, употреблял пиво до 500 мл, это вызывало кратковременную эйфорию, которая сменялась дискомфортом. С 16–17 лет начались регулярные приемы спиртного – до 5–7 раз в месяц в компании. Пил преимущественно пиво до 1,0–1,5 литров или 250–300 мл водки. Прием такого количества вызывал устойчивую эйфорию, на следующий день явного дискомфорта не испытывал. При увеличении дозы появлялась тошнота и рвота.

В 18–19 лет, при сохранении такой частоты пьянства, появились эпизодические приемы алкоголя по 3–5 дней. После прекращения алкоголизации появлялись потливость, тахикардия, жажда, сухость во рту, снижался аппетит. Эти расстройства проходили в течение дня самостоятельно. Суточная доза увеличилась до 3 литров крепкого пива или до

700 мл водки. В течение последних двух лет исчезла рвота при превышении дозы, иногда не помнил некоторых ситуаций состояния опьянения. В опьянении становился раздражительным, агрессивным. Не всегда удавалось подавлять возникающие мысли о выпивке, стал употреблять алкоголь в одиночестве, преимущественно дома в вечерние часы. Последний прием алкоголя был за две недели до стационарного обследования. За период обследования признаков алкогольного опьянения, одурманивания наркотическими веществами выявлено не было.

Психический статус. Сознание ясное. Контакт доступен. В месте, времени и собственной личности ориентирован верно. В беседу вступает охотно, вежлив. Дистанцию в беседе соблюдает. Держится несколько скованно, желает показаться лучше. Внешне опрятен, нормостенического телосложения.

Расстройства ощущений и восприятия отсутствуют. Память на текущие и прошлые события не нарушена. Основные сведения своей жизни воспроизводит верно. Мышление последовательное, целенаправленное. Переносный смысл пословиц, поговорок, метафор понимает верно. Процессы анализа, синтеза, обобщения развиты достаточно. Интеллект соответствует возрасту и полученному образованию. Настроение ровное. Эмоциональные реакции адекватные. Эмоциональные отношения сохранены, адекватны. В отделении режим не нарушал, адаптировался легко, нашел контакт со сверстниками. Госпитализацией не тяготился. В армии служить не желает. Планы на будущее: вернуться на работу, оформить отношения с сожительницей. Настораживается при разговорах об алкоголе и наркотиках, считает свою ситуацию типичной, проблемы отрицает.

ОАК, ОАМ, биохимический анализ крови – без патологии.

ХТИ от 15.12. 2010, 28.12. 2010 – каннабиноиды не обнаружены.

Невролог: Резидуальная энцефалопатия.

Терапевт: Хронический простой бронхит, ремиссия.

Окулист: Патологии не обнаружено.

ЭЭГ: Общемозговые изменения легкой степени. Эхо-ЭГ: Смещения срединных структур нет, признаков гипертензионного синдрома не зарегистрировано.

Психолог: Незначительные нарушения внимания. Непосредственное запоминание, долговременная память на уровне легкого снижения. Нарушения операционной, личностной сторон мышления; критично-

сти мыслительной деятельности. Признаки органической патологии. Интеллектуальное развитие соответствует сниженной норме. Тип акцентуации эпилептоидный, циклотимический. Уровень субъективного контроля низкий. Преобладает социальная группа мотивов употребления алкоголя. Средний уровень агрессии. Средний уровень тревожности. Флегматик-интроверт. Элементов депрессии не выявлено.

AUDIT – 16 баллов.

Анализ случая. Наследственность отягощена алкоголизмом отца. Беременность, роды и раннее развитие без особенностей. На формирование личности подростка оказали влияние пьянство отца, неучастие его в воспитании ребенка, конфликты в семье, гибель родителей, безнадзорность, которая усилилась после смерти отца и матери.

Произошло раннее знакомство ребенка с психоактивными веществами (в 15–16 лет). К 18 годам употребление алкоголя и гашиша приняло уже систематический характер. Наблюдался рост толерантности к наркотику, стремление к достижению психического комфорта в интоксикации, подэкспертный стал употреблять гашиш преимущественно в одиночестве, самостоятельно его изготавливать, в результате чего был задержан, получил судимость. Ввиду неблагоприятных социальных последствий наркотизация уменьшилась (прекратилась?). Что касается алкоголя, то уже к 16–17 годам произошло учащение периодичности употребления спиртного, отмечалось усиление алкогольной потребности, интенсивнее становится выражен эйфоризирующий эффект алкоголя. В 18–19 лет сформировались начальные проявления алкоголизма: существенно возросла толерантность, участились и удлинились алкогольные эксцессы, появились палимпсесты, изменилась картина опьянения, алкоголь занял существенное место в жизни испытуемого, начали формироваться начальные проявления алкогольного абстинентного синдрома.

В данном случае мы видим сочетанное употребление алкоголя и каннабиноидов. При этом систематическое употребление этих психоактивных веществ сформировалось одновременно. В результате отрицательных последствий наркотизации для подэкспертного, она практически прекратилась. Алкоголизация же продолжилась, она характеризовалась высокой прогрессивностью, которая за четыре-пять лет привела к формированию алкоголизма. Можно предполагать дальнейшее прогрессирование алкогольной зависимости.

Диагноз: Синдром зависимости от алкоголя, первая стадия. В настоящее время воздержание (F 10.201). Употребление каннабиноидов с вредными последствиями (F 12.1).

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

6.2. Структура алкоголизации подростков призывного возраста с психическими расстройствами.

Отмечено, что употребление алкоголя нарушает адаптацию лиц молодого возраста к изменяющимся социальным условиям и является предрасполагающим фактором к формированию нервно-психических расстройств (Казенных В.В., 2007). Поэтому важным является установление частоты коморбидности психической патологии и наркологических расстройств.

Базой проведения данного исследования стало экспертно-подростковое отделение ГУЗ «Краевая психиатрическая больница № 1» Забайкальского края. На протяжении всего периода 2010 года врачом психиатром-наркологом осуществлялось обследование 18-летних призывников (1991–1992 гг. рождения), направленных в данное учреждение для проведения стационарной военно-психиатрической экспертизы. Всего в стационаре проходило обследование 349 таких лиц, при этом у 242 из них (69,3%) была установлена психическая патология, и они были включены в исследование, остальные были признаны психически здоровыми (107). Для объективизации данных осуществлялся также анализ историй болезни и другой документации на каждого подэкспертного.

Группой сравнения стали признанные годными к военной службе 18-летние призывники (1991–1992 гг. рождения), обследованные сплошным методом на базе военно-врачебной комиссии Военного комиссариата Забайкальского края в период осеннего призыва 2009 года и весеннего призыва 2010 года. Их число составило 2403 человека (характеристика этой группы подробно представлена в прошлых главах данного издания).

Обследование всех призывников проводилось врачами психиатрами-наркологами. Для проведения исследования была разработана специальная карта, включающая разнообразные сведения о призывнике (наследственность, образование, занятость, семейное положение, бытовые условия жизни и другие социальные характеристики), а также подробный наркологический анамнез, позволяющий верифицировать степень злоупотребления алкоголем. Кроме этого, использовался тест AUDIT (ВОЗ).

Выделение донозологических форм употребления спиртных напитков основано на классификации Э.Е. Бехтель (1986). Для постановки психиатрических и наркологических диагнозов использовались критерии МКБ-10.

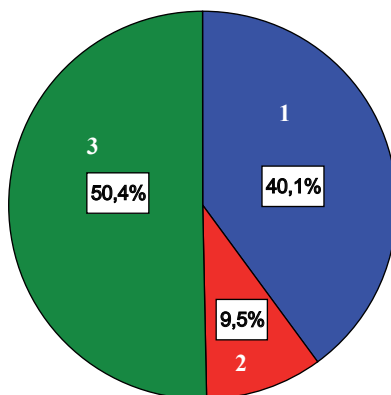
Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с применением пакета анализа Microsoft Excel и включала описание выборки, нахождение средней арифметической, ошибки средней арифметической, определялись частоты встречаемости признаков, группировка данных с оценкой достоверности различий при помощи t критерия Стьюдента.

Среди обследованных с психической патологией в сельской местности проживали 71,5%, в городской – 28,5%.

Структура психических расстройств у подэкспертных выглядела следующим образом: транзиторное расстройство личности (F 60; ТРЛ) – 44,2%, инфантильное расстройство личности (F 60.8; ИРЛ) – 15,7%, другие расстройства личности – 8,7%, умственная отсталость (F 70–F 72; УО) – 23,1%, органическое непсихотическое расстройство (F 06.7–F 06.8) – 5,8%, шизофрения (F 20) – 1,7%, другие расстройства – 0,8%.

Употребление алкоголя с вредными последствиями (F 10.1) диагностировано у 40,1% 18-летних юношей с психическими расстройствами, синдром зависимости от алкоголя (F 10.2) – у 9,5%. В совокупности наркологическая патология, вызванная употреблением алкоголя, составила в данной группе 49,6% (рис. 6.2.1).

Структура алкоголизации призывников с психическими расстройствами с учетом донозологических форм потребления алкоголя выглядит следующим образом: абстиненты – 4,5%, случайно пьющие – 8,7%, ситуационно пьющие – 37,2%, систематически пьющие – 33,1%, привычно пьющие – 7,0%, алкоголизм – 9,5%. В сравнении со здоровыми 18-летними призывниками, в данной группе было значительно меньше абстинентов и случайно пьющих, но больше пьющих систематически, а также страдающих алкогольной зависимостью (табл. 6.2.1).



1 ■ Употребление алкоголя с вредными последствиями
 2 ■ Синдром зависимости от алкоголя
 3 ■ Без алкогольобусловленной наркологической патологии

Рис. 6.2.1. Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления алкоголя у подэкспертных с психической патологией

Таблица 6.2.1

Структура алкоголизации призывников с учетом донозологических форм потребления в зависимости от психического здоровья (в %)

Структура алкоголизации	Псих. здор.		С псих. расстр.	
	абс.	%	абс.	%
1. Абстиненты (неупотребляющие)	344	14,3	11	4,5 ***
2. Случайно пьющие	689	28,7	21	8,7 ***
3. Ситуационно пьющие	805	33,5	90	37,2
4. Систематически пьющие	370	15,4	80	33,1 ***
5. Привычно пьющие	169	7,0	17	7,0
6. Синдром зависимости от алкоголя	26	1,1	23	9,5 ***
Всего	2403	100,0	242	100,0

Статистическая значимость различий между группами обозначена:

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

Согласно полученным нами ранее результатам (главы 3, 4 настоящего издания), в Забайкальском крае в структуре психических расстройств среди призывного контингента на первом месте стоит ум-

ственная отсталость (34,2%), второе место занимает инфантильное расстройство личности (30,8%), третье – транзиторное расстройство личности (20,7%). Среди обследованных в отделении подэкспертных также эти три нозологии составили в целом 83%, поэтому далее изложены результаты обследования 18-летних юношей именно с данными психическими расстройствами.

Выявленные наркологические расстройства, вызванные употреблением алкоголя среди обследованных с умственной отсталостью, инфантильным расстройством личности и транзиторным расстройством личности представлены на рисунках 6.2.2, 6.2.3, 6.2.4.



Рис. 6.2.2. Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления алкоголя у подэкспертных с умственной отсталостью

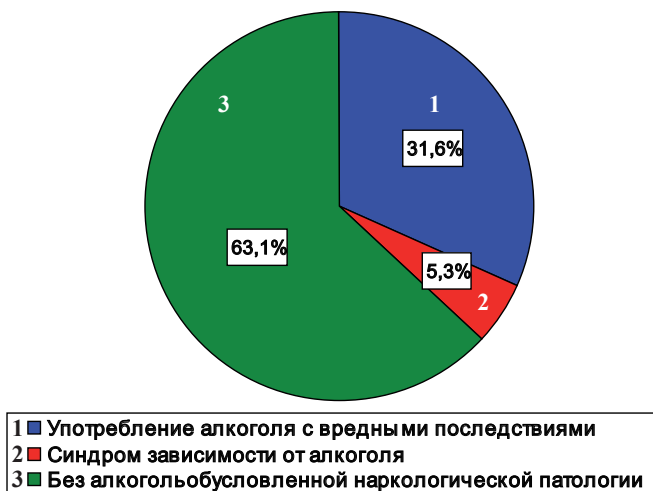


Рис. 6.2.3. Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления алкоголя у подэкспертных с инфантильным расстройством личности

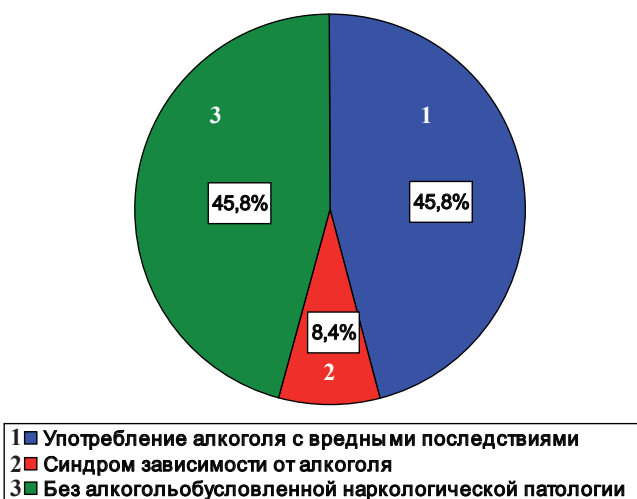


Рис. 6.2.4. Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления алкоголя у подэкспертных с транзиторным расстройством личности

Структура алкоголизации обследованных с разными психическими расстройствами с учетом донозологических форм потребления алкоголя представлена в табл. 6.2.2.

Таблица 6.2.2

Структура алкоголизации призывников с учетом донозологических форм потребления в зависимости от психического здоровья (в %)

Структура алкоголизации	Пс. здор. n = 2403	УО n = 56	ИРЛ n = 38	ТРЛ n = 107
1. Абстиненты	14,3	7,1 *	5,3 *	2,8 ***
2. Случайно пьющие	28,7	7,1 ***	7,9 ***	8,4 ***
3. Ситуационно пьющие	33,5	23,2	49,9 *	34,6
4. Систематически пьющие	15,4	39,1 ***	26,3	36,4 ***
5. Привычно пьющие	7,0	5,6	5,3	9,4
6. Синдром зависимости	1,1	17,9 **	5,3	8,4 **
Всего	100	100	100	100

Статистическая значимость различий с группой психически здоровых обозначена: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$.

Следовательно, структура алкоголизации юношей с психическими расстройствами значительно отличалась от таковой у здоровых своей тяжестью: среди лиц с умственной отсталостью, транзиторным расстройством личности и инфантильным расстройством личности было значительно меньше неупотребляющих алкоголь и пьющих эпизодически, но больше – употребляющих с вредными последствиями (44,7, 45,8 и 31,6% соответственно) и с синдромом зависимости от алкоголя (17,9, 8,4 и 5,3% соответственно). Максимальная распространенность наркологической патологии, вызванной употреблением алкоголя, диагностирована у лиц с умственной отсталостью.

Полученные данные указывают на высокую коморбидность психических и наркологических расстройств среди контингента призывного возраста, что не в полной мере учитывается психиатрами во время решения экспертных вопросов, т.к. до предпринятого нами обследования, алкоголизм был вынесен в диагноз только одному пациенту с умственной отсталостью.

В табл. 6.2.3 приведены результаты теста «AUDIT» у 18-летних юношей с психическими расстройствами, в сравнении с психически здоровыми призывниками.

Таблица 6.2.3

**Результаты теста «AUDIT» у призывников
с учетом психического здоровья (в %)**

Баллы	Пс. здор. n = 2403	УО n = 56	ИРЛ n = 38	ТРЛ n = 107
0–7	74,2	25,0	52,6	39,3
8–15	25,3	55,4	39,5	45,8
16–19	0,5	10,7	5,3	12,1
20 и выше	0	8,9	2,6	2,8
Всего	100	100	100	100

Злоупотребление алкоголем выявлялось этим методом несколько в большем проценте случаев, чем при клиническом обследовании лиц призывного возраста: при умственной отсталости – 75 и 62,6% соответственно, при инфантильном расстройстве личности – 47,4 и 36,9% соответственно, при транзиторном расстройстве личности – 60,7 и 54,2% соответственно. В целом, полученные данные сопоставимы.

Наследственная отягощенность по алкогольной зависимости близких родственников выявлена у 81,9% подэкспертных с психическими расстройствами: у 89,3% лиц призывного возраста с умственной отсталостью, у 92,1% с инфантильным расстройством личности и у 73,8% с транзиторным расстройством личности. Данные показатели существенно выше ($p < 0,001$), чем у психически здоровых призывников (табл. 6.2.4).

При этом алкоголизм обоих родителей установлен у 17,1% лиц с психическими расстройствами, только отца – у 67,7%, только матери – у 11,1%, других близких родственников – у 4,1%.

Соответственно, конфликты в семье на почве приема спиртного родителями встречались существенно чаще, чем у здоровых призывников (85,7% при умственной отсталости; 78,9% при инфантильном расстройстве личности и 72,0% при транзиторном расстройстве личности).

**Наследственная отягощенность призывников
по алкогольной зависимости близких родственников
с учетом психического здоровья (в %)**

	Отягощенность
Психически здоровые (n = 2403)	9,1
Умственная отсталость (n = 56)	89,3 ***
Инфантильное расстройство личности (n = 38)	92,1 ***
Транзиторное расстройство личности (n = 107)	73,8 ***
Другие расстройства личности (n = 21)	90,5 ***
Органическое непсихотическое расстройство (n = 14)	78,6 ***
Другие расстройства (n = 6)	50 *

Статистическая значимость различий с группой психически здоровых обозначена: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$.

Семьи данного контингента обследованных в 66,4% случаев (значительно чаще, чем у здоровых призывников) характеризовались как малообеспеченные и неблагополучные: в 67,9% – при умственной отсталости, в 60,5% – при инфантильном расстройстве личности, в 75,7% – при транзиторном расстройстве личности, в 38,1% – при других расстройствах личности, в 50% – при органическом непсихотическом расстройстве. В свою очередь, сами обследованные в подавляющем числе случаев описывали отношения в семье, бытовые условия и питание как плохие – 41,2, 70,9 и 41,1 % соответственно.

Осложнения течения беременности и родов выявлены у 22,4% призывного контингента с психическими расстройствами – значительно в большем проценте случаев, в сравнении со здоровыми призывниками (табл. 6.2.5).

Воспитывались в условиях гипоопеки 36,2% данного контингента, что существенно выше, чем у здоровых ($p < 0,001$). Черепно-мозговые травмы в анамнезе отмечались у 32,1% лиц с умственной отсталостью, у 36,8% – с инфантильным расстройством личности и у 32,7% – с транзиторным расстройством личности.

Судимыми были 12,1% лиц с психическими расстройствами, имели приводы в милицию – 8,3%. Показатели криминального поведения в анамнезе у лиц с психической патологией также значительно выше, в сравнении со здоровыми призывниками (табл. 6.2.5).

Таблица 6.2.5

**Некоторые характеристики призывников
с учетом психического здоровья (в %)**

	Пс. здор. n = 2403	УО n = 56	ИРЛ n = 38	ТРЛ n = 107
Патология течения беременности, родов	1,0	50,0 ***	18,4 **	13,1 ***
Малообеспеченность семьи	3,5	67,9 ***	60,5 ***	75,7 ***
Воспитание в условиях гипоопеки	14,2	55,4***	28,9 *	29,9 ***
Приводы в милицию	3,3	12,5 *	5,3	4,7
Судимость	1,5	21,4 ***	5,3	11,2 **

Статистическая значимость различий с группой психически здоровых обозначена: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$.

Курили 89,8% подэкспертных, употребляли ранее каннабиноиды – 34,7%, данные показатели были значительно выше, чем у здоровых призывников (табл. 6.2.6). Вдыхали пары токсических веществ – 1,7%.

Таблица 6.2.6

**Некоторые данные наркологического анамнеза
призывников с учетом психического
здоровья (в %)**

	Пс. здор. n = 2403	УО n = 56	ИРЛ N = 38	ТРЛ n = 107
Курение	72,8	96,4 ***	92,1 ***	91,6 ***
Употребление каннабиноидов	11,1	23,2 *	21,1	31,8 ***
Предпочитаемый алкогольный напиток:				
а) водка;	9,9	32,1 ***	5,3	8,4
б) вино;	18,8	3,6 ***	10,5	4,7 ***
в) пиво;	66,6	53,6	81,6 *	75,7 *
г) коктейль;	1,6	7,1	0 **	9,3 **
д) нет предпочтения	4,1	3,6	2,6	1,9
Неприятности из-за употребления спиртного	7,7	58,9 ***	28,9 **	57,0 ***

Статистическая значимость различий с группой психически здоровых обозначена: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$.

Средний возраст начала употребления спиртных напитков составил у обследованных с умственной отсталостью $13,24 \pm 0,37$ лет, с инфантильным расстройством личности – $14,64 \pm 0,29$ лет, с транзиторным расстройством личности – $14,29 \pm 0,19$ лет.

В настоящее время пиво предпочитали большинство лиц призывного возраста с психическими расстройствами (72,1%), при этом крепкие алкогольные напитки более часто употребляли подэкспертные с умственной отсталостью (табл. 6.2.6).

Неприятности из-за приема спиртного отмечали 53,2% обследованных с психическими расстройствами (58,9% обследованных с умственной отсталостью, 28,9% – с инфантильным расстройством личности, 57,0% – с транзиторным расстройством личности). Палимпсесты в результате чрезмерного употребления алкоголя испытывали 55,1% подэкспертных с психической патологией.

Таким образом, структура алкоголизации 18-летних юношей с психическими расстройствами отличается от таковой у здоровых своей тяжестью: употребление алкоголя с вредными последствиями (F 10.1) диагностировано у 40,1%, синдром зависимости от алкоголя (F 10.2) – у 9,5%. В совокупности наркологическая патология, вызванная употреблением алкоголя, составила в данной группе 49,6%.

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

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

Клинический пример.

А. И. С., 1991 г. р., находился на стационарном обследовании в ГУЗ «Краевая психиатрическая больница № 1» с 02.02. 2010 по 23.02. 2010.

Жалоб не предъявляет.

Анамнез. Уроженец Забайкалья. Семья полная. Наследственностьотягощена алкоголизмом матери и отца. Ребенок от пятой беременности, третьих родов. Родился недоношенным, после выписки из родильного отделения нигде не наблюдался. Других достоверных сведений о течении беременности и родах у матери нет. С раннего возраста отставал в физическом и психическом развитии: сидеть начал в 9 месяцев, ходить самостоятельно – в 2 года, первые слова начали появляться после 3 лет.

Воспитывался в условиях гипоопеки и частых конфликтов между родителями на почве приема алкоголя. Семья неблагополучная, многодетная, малообеспеченная. С подэкспертным проживают родители, бабушка, две старшие сестры и одна младшая сестра; живут на пенсию бабушки, иногда, со слов, «с отцом пилят лес и продают его». Сведений об образовании матери нет, известно, что она не работает, отец имеет средне-специальное образование, работал трактористом, но два года назад был уволен в связи со злоупотреблением алкоголем.

Детский сад подэкспертный не посещал, в 11 лет пошёл в школу. Со слов, «у родителей не было денег на тетради». Программу не усваивал. Прочувшись один год, обучение оставил. Со слов, «учиться было не интересно». В 11 лет (в 2002 году) на медико-педагогической комиссии был выставлен диагноз «Легкая умственная отсталость», было рекомендовано обучение во вспомогательной школе. Родители не стали заниматься оформлением, поэтому далее нигде не учился, у специалистов не наблюдался, не лечился.

Свободное время чаще проводит за телевизором, предпочитает смотреть развлекательные программы и «кино про бандитов». Иногда помогает родителям и сестрам в домашнем хозяйстве и ходит на рыбалку. Отношений с девушкой никогда не было. Данных за черепно-мозговые травмы нет, операций не было. Судимости нет. Является инвалидом детства.

Курит с 13 лет, сигареты без фильтра, по 1 пачке в день. Алкогольные напитки начал принимать с 12–13 лет: эпизодически в компаниях сверстников выпивал до 200 мл крепкого пива. В состоянии алкоголь-

ного опьянения отмечал повышение настроения, бодрость, многоречивость. С 14–15 лет начались регулярные приемы спиртного – до 1–2 раз в неделю («если есть деньги, то чаще»), на дискотеке или в компании сверстников. Употреблял преимущественно крепкие сорта пива (до 1 литра), а по праздникам – водку (около 300 мл), пробовал и спирты сомнительного качества. При увеличении дозы появлялась тошнота и рвота. На другой день самочувствие было хорошим. Неоднократно приходил в опьянении домой, родители внимания не обращали.

В последние два года сохраняется регулярный прием алкогольных напитков до 2–3 раз в неделю, предпочитает, по-прежнему, крепкие сорта пива, но водку «стал пить чаще». Бывает, что сам становится инициатором выпивки. За вечер может выпить до 1,5–2 литров пива или до 400–500 мл водки. Иногда, во время значимых для него событий, принимал больше (максимум, до 700 мл водки), развивалось выраженное опьянение, затем тошнота и рвота. На другой день испытывал дискомфорт, отвращение к спиртному, слабость, разбитость, которые проходили до обеда. Несколько раз опохмелялся, принимая небольшое количество пива утром. Было около десяти случаев, что на следующий день, после приема значительных доз водки, не помнил некоторых ситуаций состояния опьянения. В состоянии алкогольного опьянения отмечает интенсивное повышение настроения, но во время празднования 2010 года, после употребления 500 мл водки, подрался со сверстниками, в связи с чем доставлялся в милицию; причины произошедшего помнит плохо.

Психический статус. Сознание ясное. Контакт доступен. В месте, времени и собственной личности ориентирован верно. В беседу вступает без особого интереса, на вопросы отвечает формально. Держится несколько скованно. Не всегда соблюдает дистанцию. Внешне недостаточно опрятен, астенического телосложения, недостаточного питания.

Расстройства ощущений и восприятия отсутствуют. Память незначительно снижена на недавние события. Основные сведения своей жизни воспроизводит верно. В суждениях примитивен. Мышление конкретное. Переносный смысл пословиц, поговорок, метафор недоступен. Процессы анализа, синтеза, обобщения практически не развиты. Словарный запас скуден. Счет в пределах 5, читать, писать не умеет. Кругозор сужен, запас знаний на бытовом уровне. Настроение ровное. Эмоциональные реакции незрелые. Эмоциональные отношения

сохранены, адекватны. В отделении режим не нарушал, адаптировался легко, нашел контакт со сверстниками. Госпитализацией не тяготился. К службе в армии относится безразлично, утверждает, что «если возьмут, то пойду служить, но сам туда идти не хочу». Планы на будущее: вернуться домой и устроиться работать пильщиком леса. Заметно оживляется в беседе на алкогольные темы, считает, что пьет не много, пиво за алкогольный напиток не принимает.

ОАК, ОАМ – без патологии.

Невролог: Резидуальная энцефалопатия с рассеянной неврологической микросимптоматикой.

Терапевт: Хронический гастрит, ремиссия. Хронический холецистит, ремиссия. ХОБЛ, лёгкой степени, ремиссия. ДН 0.

Окулист: Частичная атрофия дисков зрительных нервов. Непостоянное содружественное косоглазие обоих глаз.

ЭЭГ: Легкие диффузные изменения. Эхо-ЭГ: Смещения стволовых структур нет. Признаков гидроцефалии нет. ЭКГ: Без патологии.

Психолог: уровень интеллектуального развития соответствует умственному дефекту (IQ – 65). Высшие ассоциативные процессы анализа, синтеза, обобщения малодоступны, уровень абстрагирования резко снижен. Внимание слабоконцентрированное, трудности переключения. Выраженное снижение фиксации следов воспринятого. Меланхолик-интроверт. По ПДО: черты неустойчивого типа. Уровень агрессивности и враждебности выше среднего значения. Низкий уровень субъективного контроля.

Анализ случая. Наследственность отягощена алкоголизмом родителей. К отягощающим факторам также относится осложненный акушерский анамнез матери, в итоге, родился раньше срока. С раннего возраста – отставание в физическом и психическом развитии, задержка речевого развития. На формирование личности подростка сказалась неблагоприятная семейная ситуация: алкоголизация родителей, постоянные конфликты родителей, безнадзорность, отсутствие денег на элементарные нужды. При этом ребенок не наблюдался у специалистов, не получал никакого лечения.

В том числе, при попустительстве родителей, произошло раннее знакомство ребенка с алкоголем, а через два года алкоголизация уже приобрела систематический характер. В итоге, еще через два года, при учащении периодичности употребления спиртного, отмечается усиле-

ние алкогольной потребности (он сам становится инициатором выпивок, оживляется при беседе на алкогольную тему), рост толерантности, опохмеления, частые палимпсесты, интенсивнее становится выражен эйфоризирующий эффект алкоголя, при этом явления дискомфорта после употребления минимальны. Отмечаются и вредные социальные последствия употребления алкоголя – маломотивированные драки в состоянии опьянения и привод в милицию.

Своеобразие клинической картины складывается из сочетания интеллектуальных нарушений и ранней быстро прогрессирующей алкоголизации, которая через четыре года уже достигла уровня привычного пьянства (или преалкоголизма). Учитывая данную неблагоприятную коморбидность, можно предположить в скором будущем формирование зависимости от алкоголя.

Диагноз: Умственная отсталость легкой степени без нарушений поведения (F 70.9). Употребление алкоголя с вредными последствиями (F 10.1).

Клинический пример.

Е. И. И., 1992 г. р., находился на стационарном обследовании в ГУЗ «Краевая психиатрическая больница № 1» с 25.10. 2010 по 13.11. 2010.

Жалоб не предъявляет.

Анамнез. Уроженец Забайкалья. Наследственность отягощена алкоголизмом отца. Родился в полной семье, младшим из двух детей. Беременность, роды и раннее развитие без особенностей. Мать имеет средне-специальное образование, работает мастером на железной дороге; отец так же имеет средне-специальное образование, работает слесарем на железной дороге. Родители развелись, когда мальчику было 5 лет, причиной развода стала алкоголизация отца и частые побои матери и старшей сестры отцом в состоянии алкогольного опьянения. Во время таких ситуаций испытуемый часто убегал из дома и прятался у родственников и соседей. С родным отцом отношений не поддерживает, испытывает к нему неприязнь.

Детский сад не посещал ввиду отсутствия такового в деревне. В школу пошел в 6 лет, до 5 класса успеваемость была хорошей, с 5 класса она ухудшилась, что, со слов, было связано с новым замужеством матери и ослаблением внимания к нему. Окончил 9 классов общеобразовательной школы, классы не дублировал. В период обучения в шко-

ле часто нарушал дисциплину, конфликтовал с учителями, дрался с одноклассниками. Во время уроков демонстративно занимался посторонними делами, замечания игнорировал. После окончания школы поступил в техникум, в настоящее время обучается в нем по специальности «помощник машиниста». Интересы к учебе не проявляет, дважды стоял вопрос об отчислении из училища по причине конфликтов с преподавателями. С отчимом отношения натянутые, со слов испытуемого, он «постоянно ищет подоплеку в моих действиях, критикует и настраивает мать против меня». Свободное от учебы время проводит с друзьями, имеет свой мотоцикл, любит его ремонтировать. По характеру себя считает добрым, общительным, имеет много друзей. Половой жизнью начал жить с 15 лет, часто менял половых партнеров. В настоящее время дружит с девушкой, отмечает частые конфликты с ней, так как «она его не понимает, ревнует». В армии служить не желает, но поскольку планирует работать на железной дороге, то «придется». Черепно-мозговые травмы, снохождение, сноговорение, хронические заболевания отрицает. Судимости нет.

Курит с 10 лет, сигареты с фильтром, по 1 пачке в день. Впервые алкоголь попробовал в 11 лет в компании сверстников, ощущения были непонятными. С 11 до 15 лет употребление алкоголя носило эпизодический характер в компаниях сверстников, употреблял до 0,5 литра пива, это вызывало кратковременную эйфорию. При редких увеличениях дозы появлялась тошнота и рвота. С 16–17 лет начались регулярные приемы спиртного – до 2–3 раз в неделю, в компании. Пил преимущественно пиво, доза выросла до 1,5–2,0 литров; иногда пил водку в количестве до 500 мл за вечер. Прием такого количества вызывал устойчивую эйфорию. Постепенно исчезла рвота при увеличении дозы выпитого алкоголя, часто не помнил некоторых ситуаций состояния опьянения. В течение последнего года (с 17–18 лет) появились эпизодические приемы алкоголя по 3–4 дня. После прекращения такой алкоголизации появлялись головная боль, «дрожь в теле», жажда, сухость во рту, тошнота, снижался аппетит. Эти расстройства проходили в течение дня самостоятельно. Иногда с целью облегчить самочувствие принимал небольшого количества пива. Стали появляться беспричинные мысли о выпивке, начал употреблять спиртное в одиночестве, без всякого повода – «от нечего делать». В состоянии алкогольного опьянения становился раздражительным, дисфоричным, провоци-

ровал драки, мог избить малознакомых людей. Так, в 17 лет, в состоянии алкогольного опьянения участвовал в избиении прохожего, за что имел привод в милицию.

Психический статус. Сознание ясное. Контакт доступен. В месте, времени и собственной личности ориентирован верно. В беседе вступает охотно, дистанцию в общении удерживает с трудом. Часто использует сленговые выражения. На вопросы часто отвечает уклончиво, изворотлив. Внешне опрятен, нормостенического телосложения.

Расстройства ощущений и восприятия отсутствуют. Память на текущие и прошлые события не нарушена. Основные сведения своей жизни воспроизводит верно. Мышление последовательное, целенаправленное. Суждения иногда легковесные. Переносный смысл пословиц, поговорок, метафор понимает верно. Процессы анализа, синтеза, обобщения развиты достаточно. Интеллект соответствует возрасту и полученному образованию.

В беседе легко провоцируется на аффект, начинает раздражаться, повышать голос. Склонен к бурному эмоциональному реагированию, легко озлобляется, демонстративен. Всячески подчеркивает свою независимость. В своих асоциальных поступках винит окружающих, своей вины ни в чем не признает, считает себя правым. В отделении режим не нарушал, но часто грубил персоналу. В армии служить не желает. Планы на будущее: получить образование и устроиться на работу. Считает, что употребляет алкоголь в меру.

ОАК, ОАМ, биохимический анализ крови – без патологии.

Невролог: Резидуальная энцефалопатия.

Терапевт: Патологии не обнаружено.

Окулист: Патологии не обнаружено.

ЭЭГ: Легкие диффузные изменения. Эхо-ЭГ: Смещения ствольных структур нет. Признаков гидроцефалии нет.

Психолог: Уровень интеллектуального развития по тесту Векслера (взрослый вариант) 87, что является сниженной нормой. Высшие ассоциативные процессы анализа, синтеза, обобщения доступны, уровень абстрагирования снижен. Особенности внимания: достаточные концентрация и помехоустойчивость, сосредоточенность и переключение удовлетворительны. Умеренное снижение фиксации следов воспринятого. Холерик. По ПДО диагностируются черты эпилептоидно-истероидного типа. Уровень агрессивности и уровень враждебности

выше среднего уровня. Низкий уровень ситуационной тревожности; низкий уровень личностной тревожности. Низкий уровень субъективного контроля.

Анализ случая. Наследственность отягощена алкоголизмом отца. Беременность, роды и раннее развитие без особенностей. На формирование личности подростка оказали влияние пьянство отца, побои, частые конфликты в семье, безнадзорность после второго брака матери.

В раннем школьном возрасте начинают формироваться личностные отклонения с элементами импульсивно-делинквентного поведения и злоупотребление алкоголем. Характерным является преобладание личностных характеристик в виде эмоциональной неустойчивости и отсутствия контроля над поступками, наличие нарушений социальных норм, вплоть до нарушения закона (в алкогольном опьянении).

Важно отметить раннее знакомство ребенка с психоактивными веществами (в 10–11 лет). К 16–17 годам употребление алкоголя приняло уже систематический характер. Наблюдался рост толерантности, появились палимпсесты, интенсивнее становится выражен эйфоризирующий эффект алкоголя. Отмечались, связанные с алкоголем, отрицательные последствия – драки, привод в милицию. В 18 лет уже сформировались начальные проявления алкоголизма: существенно возросла толерантность, участились и удлинились алкогольные эксцессы, начали формироваться начальные проявления алкогольного абстинентного синдрома. В целом, алкоголизация характеризовалась высокой прогрессивностью, в результате чего за четыре года сформировалась зависимость от алкоголя. Учитывая наличие неблагоприятных личностных характеристик, можно предположить дальнейшее прогрессирование алкоголизма.

Диагноз: Эмоционально-неустойчивое расстройство личности, импульсивный тип (F 60.30). Синдром зависимости от алкоголя, первая стадия, в настоящее время воздержание (F 10.201).

Полученные результаты указывают как на высокую коморбидность психических и наркологических расстройств среди контингента призывного возраста, что обязательно должно учитываться психиатрами в своей работе, так и демонстрируют неблагополучную наркологическую ситуацию в молодежной среде Забайкалья, говоря о необходимости усиления мер по первичной профилактике потребления психоактивных веществ, в том числе алкоголя.

Заключение

В современных условиях социально-экономических преобразований, характеризующихся значительным ухудшением состояния здоровья населения в целом и конкретно детско-подросткового его контингента в частности, становится очевидной необходимость решения важнейшей государственной задачи – улучшение, сохранение и поддержание высокого уровня здоровья детей и подростков (Гайдаров Г.М., 2005; Долгих В.В., 2005). Это обусловлено тем, что состояние здоровья, в том числе психического, и образ жизни молодых поколений – объективная предпосылка успешного развития любого государства, его способности к решению внутренних и внешних проблем, ведь трудовые ресурсы страны, ее безопасность, политическая стабильность, экономическое благополучие и морально-нравственный уровень населения непосредственно связаны с состоянием здоровья детей, подростков, молодежи.

Одним из аспектов данной проблемы является изучение психического и наркологического здоровья подростков и призывного контингента, именно эту цель мы ставили при подготовке настоящего издания.

В результате анализа официальных данных установлено, что показатели общей заболеваемости психическими расстройствами среди подросткового населения Забайкальского края за последние 10 лет остаются стабильно более высокими (в 1,7–2 раза), по сравнению с данными по СибФО и РФ. Общий показатель болезненности психическими расстройствами среди подросткового населения края за 5-летний период также стабильно выше среднего показателя по РФ (в 1,2 раза), но ниже показателя по СибФО (в 1,3 раза). В целом, за последние 10 лет в нашем регионе произошло значительное уменьшение заболеваемости и болезненности подросткового населения умственной отсталостью (однако, показатели все еще выше таковых по РФ), при этом отмечено увеличение показателей заболеваемости и болезненности расстройствами непсихотического характера; в итоге, в течение последних лет структура психической патологии стала соответствовать показателям по РФ.

Заболеваемость наркологическими расстройствами подростков за последние 7 лет на территории Забайкальского края имеет четкую тенденцию к росту, который происходит за счет выявления расстройств

из профилактической группы наблюдения, в первую очередь, употребления наркотических веществ и алкоголя с вредными последствиями. При этом уровень первичной заболеваемости наркологическими расстройствами в крае ниже показателей по РФ (в 1,5 раза) и СибФО (в 1,8 раза). Распространенность наркологических расстройств у подростков в нашем регионе также имеет существенный рост (в 2,4 раза за последние 7 лет), но показатель болезненности у подростков в 1,7 раза меньше показателя СибФО и в 1,5 раза ниже среднего показателя по России. Сложившаяся ситуация в Забайкальском крае связана с существенно более низкими, в сравнении с РФ и СибФО, показателями наркологических расстройств из группы профилактического наблюдения. Представленные данные свидетельствуют о недостаточной работе врачей по выявлению лиц с пагубным употреблением психоактивных веществ, особенно в первичной медицинской сети.

При анализе отчетов военно-врачебной комиссии Забайкальского края установлено, что показатель негодности к военной службе при призыве в 2010 составил 34,5%. В структуре заболеваний, обусловивших ограниченную годность граждан к службе, как при призыве, так и при первоначальной постановке на воинский учет, лидируют психические расстройства (22,8 и 35,7% в 2010 году соответственно). При этом в структуре психических расстройств ведущие позиции занимают нозологии, предусмотренные статьями 18 и 20 «Расписания болезней» (т.е. расстройства личности и умственная отсталость – 53,4 и 35,4% в 2010 году соответственно).

Представленные официальные данные подтверждаются результатами наших собственных исследований на базе военно-врачебной комиссии Забайкальского края за осенний призыв 2009 года и весенний призыв 2010 года. Так, психические расстройства среди причин негодности к военной службе составили 29,0%, терапевтическая патология – 23,2%, неврологическая патология – 19,2%, хирургическая патология – 11,9%, заболевания глаз – 6,6%, кожные болезни – 4,9%, лор-болезни – 1,1%, инфекционные заболевания – 1,0%, дефицит массы тела – 3,1%. При этом в группе 18-летних призывников показатель распространенности психической патологии был существенно выше (35,4%).

В структуре психических расстройств у призывников Забайкальского края преобладают расстройства личности, на которые в сумме приходится 57,7%. Далее идет умственная отсталость (31,8%), на другие расстройства приходится 10,5%.

Среди лиц призывного возраста, направленных на стационарную психиатрическую экспертизу, также чаще всего встречаются расстройства личности (63,0%) и умственная отсталость (21,1%). Примечательно, что диагноз умственной отсталости в 44,6% случаев устанавливался впервые только во время призыва.

При обследовании юношей с психической патологией выявлено, что большинство из них проживали в сельской местности (69,4%), в малообеспеченных (66,4%), многодетных (61,1%) и неполных (49,8%) семьях. У данного контингента отмечалась сверхвысокая наследственная отягощенность по алкогольной зависимости близких родственников (82,6%), они имели склонность к криминальному поведению, курению, алкоголизации и употреблению каннабиноидов.

При этом здоровые юноши, которые были призваны в Вооруженные силы из Забайкальского края, проживали также преимущественно в сельской местности (61,2%), но наследственность их была психопатологически отягощена лишь в 10,24% случаев (преимущественно алкоголизмом родственников), 28,2% из них росли в неполных, 2,9% – в малообеспеченных, неблагополучных семьях; 13,9% воспитывались в условиях гипопеки; 0,7% являлись сиротами. Стоит отметить, что 1,6% призванных имели только начальное образование, встречались и случаи безграмотности. Лишь 43,8% призывников были в возрасте 18 лет, остальные – старше. При этом призывной контингент старшего возраста чаще имел хронические соматические заболевания, судимость, реже занимался спортом. Нервно-психическая устойчивость у представителей данной возрастной группы оказалась существенно ниже, чем у 18-летних призывников.

Проведенный факторный анализ установил следующие основные факторы риска развития психической патологии у призывников: алкоголизм родителей, малообеспеченная семья и наличие психических расстройств у близких родственников. При этом степень влияния алкоголизма родителей является максимальной в формировании умственной отсталости и инфантильного расстройства личности, а также стоит на втором месте, после фактора малообеспеченной семьи, в формировании транзитного расстройства личности.

Значительный труд был проделан по анализу алкогольной ситуации среди подростков и призывников. Так, в 2007 году при обследовании 14–15-летних подростков употребление алкоголя с вредными по-

следствиями выявлено нами у 3,5% (у 4,7% мальчиков и 2,4% девочек). Среди 18-летних призывников в 2009 году употребление алкоголя с вредными последствиями диагностировано в 22,4% случаев, алкогольная зависимость – в 1,1%.

Если сравнить структуру алкоголизации подростков мужского пола в динамике через 2–3 года, то видны ее значительные изменения ($p < 0,001$): в 4,4 раза стало меньше абстинентов и больше других групп – случайно пьющих – в 1,5 раза, ситуационно пьющих – в 3,2 раза, систематически пьющих – в 4,1 раза, привычно пьющих – в 13,5 раз, появились больные синдромом зависимости от алкоголя. Выявленные изменения всего через два года наглядно демонстрируют резкое ухудшение наркологической ситуации среди молодежи при отсутствии действенных программ профилактических мероприятий.

Среди 19–26-летнего призывного контингента в Забайкальском крае наркологическая патология, связанная с употреблением алкоголя, нами была выявлена в 27,6% случаев, в том числе синдром зависимости от алкоголя – в 2,2%.

В совокупности, при клиническом обследовании всех лиц призывного возраста, прибывших на военно-врачебную комиссию за два призыва (5 482) наркологическая патология, вызванная приемом алкоголя, установлена в 25,8% случаев: употребление алкоголя с вредными последствиями было выявлено у 24,1% призывников, синдром зависимости от алкоголя – у 1,7%. Курящими являлись 72,5% всего призывного контингента, количество лиц, употреблявших ранее каннабиноиды, составило 15,1%.

При этом с утяжелением степени алкоголизации призывников наблюдалось увеличение частоты наследственной отягощенности по алкоголизму близких родственников, в первую очередь, родителей; такие дети чаще воспитывались в малообеспеченных неблагополучных семьях в условиях гипоопеки. Фактор алкоголизации оказывал существенное влияние на социальное функционирование и поведение подростков: они хуже учились, реже занимались спортом, были склонны к девиантному и криминальному поведению, более частому курению сигарет и употреблению каннабиноидов. В итоге, это отражается на подготовленности к военной службе, приводит к снижению их нервно-психической устойчивости.

Наркологическое обследование призывников с психическими расстройствами привело к следующим результатам: употребление алкоголя с вредными последствиями диагностировано у 40,1% 18-летних юношей, синдром зависимости от алкоголя – у 9,5%. В совокупности наркологическая патология, вызванная употреблением алкоголя, составила в данной группе 49,6%. Следовательно, структура алкоголизации юношей с психическими расстройствами значительно отличалась от таковой у здоровых своей тяжестью. При этом есть существенные отличия в зависимости от конкретной нозологии: алкогольбусловленные наркологические расстройства у лиц с умственной отсталостью составили 62,6%, с инфантильным расстройством личности – 36,9%, с транзиторным расстройством личности – 54,2%. Стоит отметить тяжесть алкоголизации больных умственной отсталостью – алкогольная зависимость выявлена у них в 17,9% случаев.

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

Все это указывает на высокую коморбидность психических и наркологических расстройств среди контингента призывного возраста, что обязательно должно учитываться психиатрами в своей работе. Кроме того, выявленное неблагополучие наркологической ситуации в молодежной среде Забайкалья указывает на необходимость внедрения системных комплексных мер по первичной профилактике потребления психоактивных веществ, включая алкоголь, в том числе пиво, наркотики, токсикоманические средства и энергетические напитки.

В этой связи необходимо разрабатывать и повсеместно внедрять в стране, в том числе нашем регионе, здоровьесберегающие профилактические и обучающие программы, адресованные контингенту детского и подросткового возраста, а также их родителям.

При этом данные программы должны быть направлены на главные факторы риска, свойственные молодежной среде в целом и, особенно, детям и подросткам из неблагополучных и малообеспеченных семей.

Параллельно с этим следует осуществлять повышение квалификации педагогов, психологов и других специалистов, вовлеченных в обеспечение профилактической работы.

Важно, что этот процесс должно предвелять привлечение широкой общественности к проблеме психического здоровья подрастающего поколения, что невозможно в современной жизни без участия средств массовой информации. Наше издание преследует цель предоставления объективной информации, в том числе по факторной обусловленности ухудшения психического здоровья современной молодежи, что целесообразно использовать в профилактической работе. В конечном итоге, должно сформироваться не только определенное общественное мнение о сложившейся ситуации, но и заинтересованность органов власти, негосударственных организаций, медицинских работников, педагогов и родителей в решении данной проблемы.

Еще одним направлением необходимо считать активизацию медицинских работников по раннему выявлению отклонений в психическом и наркологическом здоровье в молодежной среде и проведение активной работы с данной категорией лиц (что возможно только при адекватном финансировании этого рода деятельности).

Важно при этом создать систему постоянного мониторинга состояния психического и наркологического здоровья подрастающего поколения, разработав количественные и качественные характеристики, как для оценки эффективности проделанной работы, так и для своевременной коррекции проводимых мероприятий.

В тоже время, только комплексность, многоаспектность, системность и последовательность профилактических мероприятий могут дать существенный положительный результат.

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

Литература

Агарков А.П. Сравнительная характеристика результатов медицинского обследования призывников / А.П. Агарков, Л.В. Варанкова, Л.И. Титаренко // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2006. – № 3 (42). – С. 64–65.

Агарков А.П. Психическое здоровье и организация психиатрической помощи детям и подросткам в Томской области / А.П. Агарков, А.А. Агарков, М.М. Кублинская // Современные проблемы охраны психического здоровья детей: научные материалы Всероссийской конференции, Волгоград, 24–26 апреля 2007. – Волгоград: ВолГМУ, 2007. – С. 12–13.

Агарков А.П. Интеллектуальные нарушения у подростков допризывного призывного возрастов / А.П. Агарков, А.В. Семке, Т.В. Погорелова // Психическое здоровье населения Сибири и Дальнего Востока: материалы научно-практической конференции с международным участием, посвященной 25-летию ГУ НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН. – 2006. – С. 15.

Агарков А.А. Роль семейных факторов в развитии психосоматических расстройств у подростков / А.А. Агарков, А.Е. Логунцева, Т.Ф. Скороходова // Психосоматические и пограничные нервно-психические расстройства в детском и подростковом возрасте: материалы 1 Межрегиональной научно-практической конференции, Новосибирск, 4–6 марта 2008 г. – Новосибирск, 2008. – С. 123.

Агарков А.А. Принципы реабилитации психических расстройств у подростков допризывного возраста / А.А. Агарков, Т.Ф. Скороходова, Т.В. Погорелова // Психическое здоровье детей и подростков (клинико-эпидемиологические и биологические аспекты): тезисы докладов межрегиональной научно-практической конференции. – Томск: Иван Федоров, 2010. – С. 16–19.

Агарков А.А. Психические расстройства у лиц допризывного и призывного возрастов в контексте психического здоровья детско-подросткового населения: диссертация ... докт. мед. наук / А.А. Агарков. – Томск, 2010. – 277 с.

Агибалова Т.В. Особенности лечения больных алкогольной зависимостью с коморбидной личностной патологией / Т.В. Агибалова, Л.В. Мищенко // Современные тенденции организации психиатрической помощи: клинические и социальные аспекты. – М., 2004. – С. 287.

Аксаков И.А. Клинико-социальные аспекты состояния психического здоровья комиссованных военнослужащих срочной службы: автореферат диссертации ... канд. мед. наук / И.А. Аксаков. – Москва, 2007. – 26 с.

Александровский Ю.А. Клиническое единство и дифференциация пограничных состояний / Ю.А. Александровский // Материалы XIII съезда психиатров России. – М., 2000. – С. 70–71.

Алтынбеков С.А. Психическое здоровье населения в Казахстане / С.А. Алтынбеков // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2006. – № 4 (43). – С. 105–107.

Андреюк В.Ю. Факторы школьной дезадаптации и психосоциальная реабилитация подростков, систематически пропускающих занятия: автореферат диссертации ... канд. мед. наук / В.Ю. Андреюк. – М., 2009. – 25 с.

Аксенов М.М. Гендерные особенности формирования расстройств поведения у подростков / М.М. Аксенов, Н.В. Жигинас // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2004. – № 3. – С. 91–94.

Артемьев И.А. Дефиниции эпидемиологии психических заболеваний (сообщение 1) / И.А. Артемьев // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2004. – № 2 (32). – С. 66–70.

Артемьева М.С. Особенности формирования психоорганического синдрома у больных с началом алкоголизма в раннем возрасте / М.С. Артемьева, М.А. Цивилько // Материалы конгресса по детской психиатрии, 25–28 сентября 2001 г. – М., 2001. – С. 54.

Архипова Е.И. Научно-методические подходы создания комплексной программы по оздоровлению детей и подростков в образовательных учреждениях / Е.И. Архипова // Сборник научных трудов Новгородского научного центра Северо-Западного отделения РАМН. – 2003. – Т. 1. – С. 163–172.

Баранов А.А. Социальные и организационные проблемы педиатрии: избранные очерки / А.А. Баранов, В.Ю. Альбицкий. – М., 2003.

Барыльник Ю.Б. Клинико-психопатологическая характеристика психических расстройств у безнадзорных несовершеннолетних, их динамика в зависимости от терапевтических и социальных факторов: диссертация ... докт. мед. наук / Ю.Б. Барыльник. – М., 2005. – 260 с.

Белоусова М.В. Особенности клиники и коррекции психогенных расстройств у детей и подростков, перенесших пренатальное поражение ЦНС: автореферат диссертации ... канд. мед. наук / М.В. Белоусова. – Казань, 2001. – 24 с.

Бондаренко А.В. Проблемы пьянства, алкоголизма и наркомании в вооруженных силах и пути их преодоления в СибФО / А.В. Бондаренко // Межрегиональная научно-практическая конференция «Роль государства и общества в усилении борьбы с пьянством, алкоголизмом и наркоманией», Чита, 30–31 мая 2007 г. – С. 59–65.

Бохан Н.А. Клинико-патодинамические закономерности и терапия алкоголизма с коморбидным экзогенно-органическим поражением головного мозга: автореферат диссертации ... докт. мед. наук / Н.А. Бохан. – Томск, 1996. – 46 с.

Бохан Н.А. Роль коморбидных расстройств в клинической наркологии / Н.А. Бохан // Актуальные проблемы психиатрии и наркологии Забайкалья: материалы научно-практической конференции, Чита, 1–2 ноября 2005 г. – Чита, 2005. – С. 97–102.

Бохан Н.А. Агрессивные тенденции у подростков с противоправным поведением / Н.А. Бохан, А.И. Мандель, И.А. Назарова // Агрессия и психическое здоровье населения Сибири: материалы межрегиональной научно-практической конференции, Новосибирск, 7–9 декабря 2006 г. – Томск, 2006. – С. 34–38.

Бохан Н.А. Региональная наркологическая ситуация среди подростков / Н.А. Бохан, А.И. Мандель, Л.Л. Трефилова // Мониторинг психического здоровья: материалы международной научно-практической конференции, Новокузнецк, 17–18 октября 2006 г. – Новокузнецк, 2006. – С. 43–46.

Брызгин М.Б. Клинико-эпидемиологические показатели психического здоровья подростков / М.Б. Брызгин // XII съезд психиатров России: материалы съезда. – М., 1995. – С. 41–42.

Буторина Н.Е. Депривационный дизонтогенез и школьная дезадаптация / Н.Е. Буторина, Г.Г. Буторин // Российский психиатрический журнал. – 1999. – № 3. – С. 17–22.

Варфоломеева Ю.Е. Тревожные состояния в клинике алкоголизма / Ю.Е. Варфоломеева // Социальная и клиническая психиатрия. – 2003. – № 2. – С. 78–82.

Васильева И.Ю. Импульсивность подростков с девиантным поведением / И.Ю. Васильева // Проблемы девиантного поведения молодежи в современном обществе. – СПб: Санкт-Петербургский НИПИ им. В.М. Бехтерева. – 2001. – С. 24.

Васильева Н.А. Распространенность психических расстройств непсихотического характера среди детско-подросткового населения Томской области / Н.А. Васильева // Психическое здоровье детей и подростков (клинико-эпидемиологические и биологические аспекты): тезисы докладов межрегиональной научно-практической конференции, Томск, 27 апреля 2010 г. – Томск: Иван Федоров, 2010. – С. 37–39.

Винникова М.А. Клинические особенности алкогольной зависимости у больных с коморбидной аффективной патологией / М.А. Винникова, Г.Л. Гуревич // Современные тенденции организации психиатрической помощи: клинические и социальные аспекты. – М., 2004. – С. 289.

Вишневская О.П. О клинической динамике патохарактерологических поведенческих нарушений у подростков / О.П. Вишневская // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2006. – № 1 (39). – С. 94–95.

Воеводин И.В. Психическое здоровье студентов ВУЗов (результаты скринингового исследования) / И.В. Воеводин // Психическое здоровье детей и подростков (клинико-эпидемиологические и биологические аспекты): тезисы докладов межрегиональной научно-практической конференции, Томск, 27 апреля 2010 г. – Томск: Иван Федоров, 2010. – С. 39–41.

Военная психиатрия / под ред. С.В. Литвинцева, В.К. Шамрея. – СПб: ВМедА, ЭЛБИ-СПб., 2001. – 236 с.

Военно-врачебная экспертиза призывников с психическими расстройствами: пособие для врачей / под ред. В.В. Куликова. – М., 2002. – 33 с.

Волошин В.М. Состояние и перспективы развития детской психиатрической службы в России / В.М. Волошин, Б.А. Казаковцев, Ю.С. Шевченко // Социальная и клиническая психиатрия. – 2002. – Т. 12, вып. 2. – С. 5–9.

Вострокнутов Н.В. Патологические формы делинквентного поведения детей и подростков: комплексная оценка, диагностика и принципы организации социально-медицинской реабилитационной помощи: автореферат диссертации ... докт. мед. наук / Н.В. Вострокнутов. – М., 1998. – 48 с.

Вэлком М.О. Распространенность связанных с алкоголем проблем среди нигерийских студентов медицинского и технических ВУЗов г. Минска / М.О. Вэлком, Ю.Е. Разводовский, Э.А. Доценко // Медицинский журнал. – 2009. – № 1. – С. 40–43.

Гайдаров Г.М. Медико-социальные аспекты охраны здоровья подростков на современном этапе / Г.М. Гайдаров, В.В. Долгих, Д.В. Кулеш // Актуальные проблемы общественного здоровья и здравоохранения в условиях ОМС : сборник статей. – Иркутск, 2005. – Вып. 5.

Гарганцев С.В. Клинические и социально-психологические аспекты отклоняющегося поведения у подростков / С.В. Гарганцев // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2005. – № 1 (35). – С. 73–77.

Гиндикин В.Я. Справочник: соматогенные и соматоформные психические расстройства (клиника, дифференциальная диагностика, лечение) / В.Я. Гиндикин. – М.: Триада-Х, 2000. – 256 с.

Глушко Т.В. Формирование личностных расстройств у юношей допризывного и призывного возрастов (клинико-динамические и реабилитационные аспекты): автореферат диссертации ... канд. мед. наук / Т.В. Глушко. – Томск, 2007. – 27 с.

Глушко Т.В. Распространенность и особенности основных клинических проявлений формирующихся расстройств личности среди подростков призывного и допризывного возрастов / Т.В. Глушко // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2008. – № 4 (51). – С. 53–56.

Говорин Н.В. Психическое здоровье подростков, проживающих в экологически неблагоприятном регионе восточного Забайкалья / Н.В. Говорин, И.А. Зимина, Е.В. Абашкина, Т.П. Злова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2004. – № 1. – С. 16–19.

Говорин Н.В. Экологически обусловленные нарушения интеллекта у детей: эпидемиология, патогенез, реабилитация / Н.В. Говорин, Т.П. Злова. – Новосибирск: Наука, 2007. – 176 с.

Говорин Н.В. Нейроэндокринные механизмы формирования интеллектуальной недостаточности у детей в условиях экологического неблагополучия / Н.В. Говорин, Т.П. Злова, В.В. Ахметова // Российский психиатрический журнал. – 2008. – № 1. – С. 75–78.

Говорин Н.В. Суицидальное поведение: типология и факторная обусловленность / Н.В. Говорин, А.В. Сахаров. – Томск: Иван Федоров, 2008. – 178 с.

Говорин Н.В. Алкогольный вклад в сверхсмертность и ухудшение здоровья населения России и Забайкалья: аналитические материалы / Н.В. Говорин. – Чита, 2009. – 36 с.

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

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

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

Голдобина О.А. Тенденции состояния психического здоровья населения крупного агропромышленного региона / О.А. Голдобина, В.Я. Семке, В.А. Трешутин // Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. – 2003. – № 12. – С. 42-45.

Головко А.И. Эпидемиологические аспекты в наркологии (обзор литературы) / А.И. Головко // Биомедицинский журнал. – 2006. – Том 7. – С. 550-559.

Гофман А.Г. Об организации помощи больным эндогенными психическими заболеваниями, сочетающимися с алкоголизмом / А.Г. Гофман // Современные тенденции организации психиатрической помощи: клинические и социальные аспекты. – М., 2004. – С. 293.

Гузиков Б.М. Выявление контингента подростков с риском злоупотребления наркотическими и другими токсическими веществами / Б.М. Гузиков, А.А. Вдовиченко, Н.Я. Иванов // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. – 1993. – № 1. – С. 73-75.

Гурович И.Я. Динамика показателей деятельности психиатрической службы России (1994-1999 гг.) / И.Я. Гурович, В.Б. Голланд, Н.М. Зайченко. – М.: Медпрактика. – 2000. – 508 с.

Гурович И.Я. Психиатрические учреждения России: показатели деятельности (1999-2006 гг.) / И.Я. Гурович, В.Б. Голланд, И.М. Сон. – М., 2007. – 571 с.

Гурьева В.А. Юношеские психопатии и алкоголизм / В.А. Гурьева, В.Я. Гиндикин. – М., Медицина, 1980. – 272 с.

Гурьева В.А. Клиническая и судебная подростковая психиатрия / В.А. Гурьева. – М.: Генезис, 2001. – 480 с.

Гуткевич Е.В. Генетико-демографические особенности семей детей с психическими расстройствами / Е.В. Гуткевич, А.А. Агарков, И.В. Андрусенко // Психическое здоровье детей и подростков (клинико-эпидемиологические и биологические аспекты): тезисы докладов межрегиональной научно-практической конференции, Томск, 27 апреля 2010 г. – Томск: Иван Федоров, 2010. – С. 65-67.

Дашиева Б.А. Клинико-динамические аспекты психического здоровья детей и подростков в сельском районе Бурятии / Б.А. Дашиева // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2004. – № 1 (31). – С. 56-59.

Девиация подростков и молодежи: алкоголизация, наркотизация, проституция / Ф.Э. Шереги, А.Л. Арефьев, Н.В. Вострокнутов, С.Б. Защев, Б.А. Никифоров. – М., 2001. – 48 с.

Дедков Е.Д. Подготовка врачей различных специальностей по вопросам психопрофилактики, выявления на ранних стадиях психических расстройств и расстройств поведения / Е.Д. Дедков, Н.Г. Незнанов, А.В. Боцов, Е.Н. Пенюгина // Социальная и клиническая психиатрия. – 2003. – Т. 13, № 2. – С. 155-156.

Демчева Н.К. Показатели качества жизни и социального функционирования как оценочные критерии психического состояния / Н.К. Демчева // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2006. – № 2 (40). – С. 112-113.

Дерюшева М.А. Употребление психоактивных веществ и алкоголя студентами образовательных учреждений среднего профессионального образования (клинико-эпидемиологический и профилактический аспекты): автореферат диссертации ... канд. мед. наук / М.А. Дерюшева. – Томск, 2005. – 24 с.

Диагностика и военно-врачебная экспертиза умственной отсталости: пособие для врачей / под ред. В.В. Куликова, В.Н. Краснова. – М., 2002. – 46 с.

Диль А.А. Наркологическая ситуация в Республике Бурятия / А.А. Диль, Д.Б. Жамбалова // Актуальные проблемы психиатрии и наркологии Забайкалья: материалы научно-практической конференции, Чита, 1–2 ноября 2005 г. – Чита, 2005. – С. 204-208.

Дмитриева Е.Д. Факторы риска и начальные признаки алкогольной болезни у подростков: автореферат диссертации ... канд. мед. наук / Е.Д. Дмитриева. – М., 1990. – 22 с.

Дмитриева Т.Б. Динамика психопатий (клинические варианты, биологические механизмы, принципы терапевтической коррекции): диссертация ... докт. мед. наук / Т.Б. Дмитриева. – Л., 1990. – 256 с.

Дмитриева Т.Б. Состояние научных исследований в области охраны психического здоровья детей и подростков на современном этапе: доклад / Т.Б. Дмитриева. – 1998.

Дмитриева Т.Б. Социальная психиатрия в детско-подростковом возрасте – клиническая реальность нашего времени / Т.Б. Дмитриева // Российский психиатрический журнал. – 1999. – № 3. – С. 9-14.

Дмитриева Т.Б. Основные направления социально-психиатрической помощи несовершеннолетним с проблемами развития и поведения / Т.Б. Дмитриева // Российский психиатрический журнал. – 2001. – № 4. – С. 4.

Дмитриева Т.Б. // Уральский медицинский журнал. – 2008. – № 3. – С. 4-6.

Дмитриева Т.Б. // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – 2009. – № 9. – С. 40-45.

Дозорцева Е.Г. К проблеме аномального личностного развития подростков с делинквентным и криминальным поведением / Е.Г. Дозорцева // Российский психиатрический журнал. – 1999. – № 3. – С. 28-33.

Доровских И.В. Ситуационные реакции дезадаптации у военнослужащих срочной службы: структура, динамика, патогенетические особенности, принципы военно-психиатрической экспертизы: автореферат диссертации ... канд. мед. наук / И.В. Доровских. – М., 1995. – 25 с.

Дроздовский Ю.В. Клинико-патогенетические факторы при формирующихся расстройствах личности у подростков с нарушениями поведения / Ю.В. Дроздовский, В.Я. Семке, М.М. Аксенов // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2005. – № 2 (36). – С. 26-30.

Дыгова Н.В. Клиническая динамика психических расстройств, диагностированных на этапе несовершеннолетия (по данным отдаленного катамнеза): автореферат диссертации ... канд. мед. наук / Н.В. Дыгова. – М., 2009. – 24 с.

Европейская декларация по охране психического здоровья, проблемы и пути решения: материалы научно-практической конференции, Москва, 16 ноября 2005 г. – М., 2005. – С. 78-80.

Елисеев А.В. Расстройства психического развития в детско-подростковом возрасте (клинико-динамические и социально-психологические механизмы формирования): автореф. дисс. ... канд. мед. наук / А.В. Елисеев. – Томск, 2006. – 31 с.

Егоров А.Ю. Алкоголизация и алкоголизм в молодежной среде: проблемы и перспективы / А.Ю. Егоров // Биомедицинский журнал. – 2001. – Т. 2. – С. 299-307.

Егоров А.Ю. Современные особенности раннего алкоголизма / А.Ю. Егоров // Биомедицинский журнал. – 2001. – Том 2. – С. 47-49.

Егоров А.Ю. Личностные особенности подростков с героиновой и алкогольной зависимостью / А.Ю. Егоров, Г.А. Дашковский, И.В. Ефимова // VII Всероссийская научно-практическая конференция «Образование в России: медико-психологический аспект»: материалы конференции, Калуга. – КПУ, 2002. – С. 75-77.

Егоров А.Ю. Современные особенности наркомании у подростков / А.Ю. Егоров, А.Г. Софронов // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2009 – № 1. – С. 22-34.

Ермолов А.Ю. Распространенность курения среди студентов медицинской академии и педагогического университета / А.Ю. Ермолов, В.С. Володин // Материалы XV съезда психиатров. -2010. – С. 243.

Зайцев А.Г. Сохранение и укрепление здоровья военнослужащих как психолого-педагогическая задача / А.Г. Зайцев // Военно-медицинский журнал. – 2005. – Т. 326, № 5. – С. 47-50.

Зайцев А.Г. Формирование здорового образа жизни молодого поколения / А.Г. Зайцев // Гигиена и санитария. – 2004. – № 1. – С. 54-55.

Здоровье детей и подростков в Европейском регионе ВОЗ // Факты и цифры ЕРБ ВОЗ. – 2003.

Зейгарник Б.В. Очерки по психологии аномального развития личности / Б.В. Зейгарник, Б.С. Братусь. – М.: Издательство Московского ун-та, 1980. – 169 с.

Иванец Н.Н. Медико-социальные последствия злоупотребления алкоголем в России / Н.Н. Иванец, Е.А. Кошкина // Алкогольная болезнь: реферативный сборник. – ВИНТИ. – 2000. – № 1. – С. 3-8.

Иванец Н.Н. Эпидемиологические исследования в наркологии / Н.Н. Иванец // Лекции по клинической наркологии. – М., 2001.

Иванов А.С. Эпидемиология аддиктивных расстройств среди молодежи Удмуртской республики / А.С. Иванов, В.Т. Лекомцев, С.Р. Садовникова // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2003. – № 3. – С. 78-79.

Иванова И.Н. Социально-тревожное расстройство у детей и подростков (экологический, клинико-динамический и реабилитационный аспекты): автореферат диссертации ... канд. мед. наук / И.Н. Иванова. – Томск, 2005. – 24 с.

Иутин В.Г. Пути повышения эффективности диагностики и экспертизы злоупотреблений наркотическими средствами / В.Г. Иутин, Л.Д. Сыркин, А.А. Фарух // Военно-медицинский журнал. – 2004. – Т. 325, № 10. – С. 44-48.

Казенных В.В. Факторы, способствующие развитию пограничных нервно-психических расстройств у военнослужащих, проходящих службу в условиях Восточной Сибири / В.В. Казенных // Состояние психического здоровья населения Восточной Сибири. – Томск, Чита, 2007. – С. 93-96.

Камаев И.А. Медико-социальные и социально-психологические аспекты здоровья старшеклассников / И.А. Камаев, Л.И. Павлычева, О.Л. Васильева // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2003. – № 2. – С. 10-12.

Катков А.Л. Стратегия охраны психического здоровья населения в новых социально-экономических условиях: автореферат диссертации докт. мед. наук / А.Л. Катков. – М., 1998. – 39 с.

Качество жизни и особенности переживания тревожных ситуаций у подростков допризывного возраста / А.Е. Логунцева, А.А. Агарков, Т.Ф. Скороходова и др. // Психическое здоровье населения Сибири: клинико-динамические и превентивные аспекты : материалы межрегиональной научно-практической конференции, Барнаул, 25-26 мая 2006 г. – Барнаул; Томск: Изд-во Алт. ун-та, 2006. – С. 527.

Качурина Д.Р. Особенности психоэмоционального развития и психосоматических дисфункций у детей с перинатальным поражением центральной нервной системы / Д.Р. Качурина, Л.О. Саулембекова, А.Н. Алмагамбетова // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2006. – том 51, № 2. – С. 41-43.

Кислицина О. Многомерный статистический анализ факторов, детерминирующих состояние здоровья детей и подростков / О. Кислицина. – 2007. – 39 с.

Клиники, дружественные молодежи: руководство для врачей и организаторов здравоохранения. – М. : ЮНИСЕФ, 2006. – 60 с.

Клиники, дружественные к подросткам и молодежи, в Российской Федерации. – М. : ЮНИСЕФ, 2010. – 210 с.

Кон И.С. Ребенок и общество / И.С. Кон. – М. : Наука, 1988. – 383 с.

Короленко Ц.П. Аддиктивное поведение. Общая характеристика и закономерности развития / Ц.П. Короленко // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. – 1991. – № 1. – С. 8-15.

Кочанов М.Е. Клинико-динамическая характеристика состояния психического здоровья военнослужащих срочной службы: автореферат диссертации ... канд. мед. наук / М.Е. Кочанов. – Томск, 2009. – 27 с.

Кошкина Е.А. Заболеваемость и болезненность алкоголизмом и наркоманиями в Российской Федерации: пособие для врачей психиатров-наркологов / Е.А. Кошкина, Г.А. Корчагина, А.З. Шамота. – М., 2000. – С. 276.

Кошкина Е.А. Распространенность алкоголизма и наркомании среди населения России / Е.А. Кошкина // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2002. – Т. 4, № 3. – С. 87-89.

Кошкина Е.А. Распространенность наркомании в Российской Федерации / Е.А. Кошкина // Материалы симпозиумов в рамках итоговой коллегии Министерства здравоохранения Российской Федерации, 19.03. 2002 г. – М., 2002. – С. 21-22.

Кошкина Е.А. Основные тенденции учтенной заболеваемости наркологических расстройств в Российской Федерации в 2006 году / Е.А. Кошкина, В.В. Киржанова // Вопросы наркологии: научно-практический журнал. – 2007. – № 6. – С. 54-65.

Коэн Ш.Т. Злоупотребление наркотическими веществами и психические заболевания / Ш.Т. Коэн, Р. Вейсс // Наркология / пер. с англ. – М., СПб: Бином – Невский диалект, 1998. – С. 275-285.

Краснов В.Н. Экологическая психиатрия: методология, предмет исследования и ближайшие практические задачи / В.Н. Краснов // Материалы XII съезда психиатров России. – М., 1995. – С. 158-160.

Кузенкова Н.Н. Основные показатели психического здоровья подростков Алтайского края за 1991-2000 гг. / Н.Н. Кузенкова, В.А. Трешутин // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2002. – № 2. – С. 21-24.

Куликов В.В. Диагностика и военно-врачебная экспертиза умственной отсталости: пособие для врачей / В.В. Куликов, В.Н. Краснов. – М., 2002. – 46 с.

Куликов В.В. Психическое здоровье лиц призывного возраста / В.В. Куликов, С.Н. Русанов, В.Д. Токарев // Военно-медицинский журнал. – 2007. – Т. 328, № 2. – С. 8-12.

Куликов В.В. Психические расстройства у призывников и военнослужащих, проходящих военную службу по призыву / В.В. Куликов, В.Н. Ядчук, Г.Б. Столяров // Военно-медицинский журнал. – 2006. – Т. 327, № 6. – С. 12.

Куприянова И.Е. Психическое здоровье школьников: транскультуральный аспект / И.Е. Куприянова, В.Я. Семке, Б.А. Дашиева. – Томск, 2006. – 151 с.

Левина И.Л. Клинико-динамическая характеристика невротических расстройств у детей и подростков / И.Л. Левина // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2005. – Т. 37, № 3. – С. 51-54.

Литвинцев С.В. Актуальные проблемы сохранения и укрепления психического здоровья военнослужащих / С.В. Литвинцев // Российский психиатрический журнал. – 2002. – № 4. – С. 5-11.

Литвинцев С.В. Факторы формирования аддиктивного поведения у военнослужащих, проходящих службу по призыву / С.В. Литвинцев, А.В. Рустанович, А.А. Лытаев // Военно-медицинский журнал. – 2001. – Т. 322, № 3. – С. 23-27.

Литвинцев С.В. Психическое здоровье военнослужащих / С.В. Литвинцев, Е.В. Снедков, В.К. Шамрей. – Военно-медицинская академия, Санкт-Петербург, 1999. – 45 с.

Личко А.Е. Подростковая психиатрия: издание 2-е, доп. и переработанное / А.Е. Личко. – Л.: Медицина, 1985. – 416 с.

Личко А.Е. Подростковая наркология / А.Е. Личко, В.С. Битенский – Л.: Медицина, 1991. – 304 с.

Логунцова О.Н. Непсихотические нервно-психические расстройства у подростков (клинико-эпидемиологический и реабилитационный аспекты): автореферат диссертации ... докт. мед. наук / О.Н. Логунцова. – Томск, 1995. – 24 с.

Логунцева А.Е. Сравнительная оценка качества жизни у подростков допризывного возраста / О.Н. Логунцова, А.А. Агарков, Т.Ф. Скороходова // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2008. – № 1. – С. 94-96.

Лозовой В.В. Профилактика зависимостей: опыт создания системы первичной профилактики / В.В. Лозовой, О.В. Кремлева, Т.В. Лозовая. – М., 2011. – 448 с.

Лопаткин А.А. Основные показатели распространенности наркоманий в Сибирском федеральном округе / А.А. Лопаткин, Н.П. Кокорина // Актуальные проблемы психиатрии и наркологии Забайкалья: материалы научно-практической конференции, Чита, 1–2 ноября 2005 г. – Чита, 2005. – С. 70-75.

Лукомский И.И. Лечение хронического алкоголизма / И.И. Лукомский. – М.: Медгиз, 1960.

Мазаева Н.А. Место медико-педагогического лечебно-профилактического центра в системе реабилитации подростков с психическими расстройствами / Н.А. Мазаева, А.Г. Головина, Н.П. Герасимов // Психиатрия. – 2003. – № 3. – С. 27-32.

Мазаева Н.А. Типология, диагностика и коррекция нарушений школьной адаптации у детей и подростков с психическими расстройствами: пособие для врачей / Н.А. Мазаева, О.П. Шмакова. – М., 2005. – 38 с.

Маричева Г.С. Умственная отсталость при наследственных болезнях / Г.С. Маричева, В.И. Гаврилов. – М.: Медицина, 1982. – 256 с.

Махнев М.В. Медико-социальные аспекты адаптации военнослужащих / М.В. Махнев, А.В. Махнев // Военно-медицинский журнал. – 2000. – Т. 321, № 9. – С. 57-64.

Медведев Н.П. Психогенные реакции у военнослужащих в период адаптации к военной службе: автореферат диссертации ... канд. мед. наук / Н.П. Медведев. – СПб., 1992. – 24 с.

Медицинские, социальные и экономические последствия наркомании и алкоголизма / Е.А. Кошкина, Ш.И. Спектор, В.Г. Сенцов, С.И. Богданов. – М.: ПЕР СЭ, 2008. – 288 с.

Мелик-Пашаян А.Э. Психические расстройства у детей и подростков в армянской популяции (клинико-эпидемиологическое исследование) / А.Э. Мелик-Пашаян. – Ереван, 2003. – 130 с.

Методика выявления нервно-психической устойчивости человека // Психологические on-line тесты.

Миневич Н.А. Обследование юношей призывного возраста для определения годности к прохождению службы в армии / Н.А. Миневич // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2008. – Т. 51, № 4. – С. 43-45.

Мионов Н.Е. Психическое здоровье детей и подростков в Чувашской республике: методическое пособие / Н.Е. Мионов. – Чебоксары, 2000. – 20 с.

Многоосевая диагностика аддиктивных расстройств, коморбидных с посттравматическими стрессовыми расстройствами (ПТСР): учебно-методическое пособие / Г.П. Костюк, В.М. Лыткин, А.А. Марченко, А.В. Рустанович, И.С. Рудой, А.Г. Сафронов, В.К. Шамрей. – СПб. : ВМедА, 2007. – 120 с.

Москвитин П.Н. Профилактика алкоголизма среди населения по месту жительства (клинико-эпидемиологический и организационный аспекты): автореферат диссертации ... канд. мед. наук / П.Н. Москвитин. – Томск, 1989. – 25 с.

Найденова Н.Г. Некоторые вопросы раннего клинического проявления алкоголизма у подростков / Н.Г. Найденова // Клинические аспекты алкоголизма в подростковом возрасте. – М., 1982. – С. 64-70.

Никифоров И.А. Клинико-социальные особенности неблагоприятно текущего раннего алкоголизма и организационные основы его профилактики: автореферат диссертации ... канд. мед. наук / И.А. Никифоров. – М., 1988. – 22 с.

Нурмагамбетова С.А. Клинические формы расстройств адаптации у военнослужащих срочной службы и факторы, влияющие на их возникновение / С.А. Нурмагамбетова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2003. – Т. 13, № 1. – С. 46-50.

Олейчик И.В. Терапия эндогенных депрессий юношеского возраста / И.В. Олейчик, В.В. Артюх, Е.С. Крылова // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2002. – Т. 4, № 4. – С. 150-153.

О совершенствовании системы сохранения психического здоровья военнослужащих / А.М. Шелепов, В.К. Шамрей, С.Н. Русанов // Военно-медицинский журнал. – 2005. – № 4. – С. 4-7.

Осинова Е.С. Особенности приспособительных реакций у подростков села и города, проживающих в Томской области / Е.С. Осинова, А.А. Агарков // Психическое здоровье детей и подростков (клинико-эпидемиологические и биологические аспекты): тезисы докладов межрегиональной научно-практической конференции, Томск, 27 апреля 2010 г. – Томск: Иван Федоров, 2010. – С. 16-19.

Охрана психического здоровья в мире // Бюллетень Всемирной организации здравоохранения. – 2000. – 36 с.

Палатов С.Ю. Психические расстройства у призывников и солдат (клинико-эпидемиологическое исследование) / С.Ю. Палатов // Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. – 1999. – Т. 99, выпуск 8. – С. 16-20.

Петраков Б.Д. Эпидемиология психических расстройств: руководство для врачей / Б.Д. Петраков, Б.Д. Цыганков. – М., 1996. – 135 с.

Пивень Б.Н. К диагностике экзогенно-органических психических расстройств / Б.Н. Пивень // Российский психиатрический журнал. – 2002. – № 6. – С. 18-22.

Погорелова Т.В. Характеристика расстройств личности у подростков допризывного и призывного возрастов в Томской области / Т.В. Погорелова // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2006. – № 2. – С. 48-50.

Погорелова Т.В. Клинические проявления умственной отсталости среди подростков допризывного возраста, проживающих в сельской и городской местности (сравнительная характеристика) / Т.В. Погорелова // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2008. – № 4. – С. 58-61.

Погорелова Т.В. Умственная отсталость у подростков допризывного и призывного возраста: эпидемиологический, клинико-социальный и реабилитационный аспекты : автореферат диссертации ... канд. мед. наук / Т.В. Погорелова. – Томск, 2009. – 27 с.

Полищук Ю.И. Социальные причины и предпосылки снижения уровня психического здоровья населения России / Ю.И. Полищук // Российский психиатрический журнал. – 2005. – № 2. – С. 20-24.

Попова Н.М. Клинико-биологические закономерности аффективных расстройств и аутодеструктивного поведения в подростковом возрасте / Н.М. Попова // Научные достижения и опыт клинических исследований в психиатрии. – Томск, 2004. – С. 146-151.

Постановление Правительства Российской Федерации от 25 февраля 2003 года № 123 «Об утверждении положения о военно-врачебной экспертизе».

Пронина Л.А. Семейная депривация – как фактор риска нарушения поведения детей / Л.А. Пронина, Е.А. Косарева // Сборник научных трудов «Актуальные медико-биологические и психологические проблемы охраны психического здоровья». – Ижевск, 2008. – С. 106.

Пронина Л.А. Сравнительная характеристика показателей распространенности психических и поведенческих расстройств у детей и подростков Российской Федерации и Центрального федерального округа в 2000-2007 гг. / Л.А. Пронина // Российский психиатрический журнал – 2009. – № 6. – С. 87-93.

Пивень Б.Н. Смешанные формы психических заболеваний / Б.Н. Пивень, И.И. Шереметьева. – Новосибирск: Наука, 2003. – 125 с.

Приказ Министра обороны Российской Федерации и Министерства здравоохранения Российской Федерации «Об организации медицинского обеспечения подготовки граждан Российской Федерации к военной службе» от 23.05.2001 № 240/168. – М., 2001. – 29 с.

Примоченок А.А. Экзогенно-органические психические расстройства у подростков (клинико-эпидемиологическое исследование): автореферат диссертации ... канд. мед. наук / А.А. Примоченок. – М., 2010. – 23 с.

Проблемы подросткового возраста (избранные главы) / под редакцией А.А. Баранова, Л.А. Щеплягиной. – М.: РАМН, Союз педиатров России, Центр информации и обучения, 2003. – 480 с.

Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда: доклад о состоянии здоровья в мире // Библиотечный каталог публикаций ВОЗ. – 2001. – С. 46-48.

Пурас Д.К. Роль осложнений беременности и родов в этиологии недифференцированной умственной отсталости выраженной степени / Д.К. Пурас // Объединенная научно-практическая конференция детских врачей и акушеров-гинекологов Латвийской ССР. – Рига, 1986. – С. 168-170.

Работкин О.С. Организация медико-психологического обеспечения подготовки и призыва граждан на военную службу: диссертация ... докт. мед. наук. / О.С. Работкин. – М., 2004. – 317 с.

Райс Ф. Психология подросткового и юношеского возраста / Ф. Райс. – СПб., 2000. – 586 с.

Расстройства личности (психопатии) в практике военно-врачебной экспертизы : пособие для врачей / под ред. В.В. Куликова, Б.В. Шостаковича. – М., 1999. – 32 с.

Рекомендации по выявлению лиц с признаками нервно-психической неустойчивости. – Израиль, 1997.

Репродуктивный потенциал мальчиков – будущих отцов / В.К. Юрьев, Т.Ю. Кожуховская, Г.И. Куценко, Д.В. Заславский. – СПб., 2000. – 170 с.

Романов Д.В. Личностные механизмы формирования наркотической зависимости / Д.В. Романов, С.В. Горпиненко // Организация межведомственного взаимодействия по профилактике наркомании, лечению, реабилитации и трудоустройству наркозависимых. – Самара, 2001. – С. 66-68.

Россия в цифрах. Краткий статистический сборник // Госкомстат России. – М., 2007.

Рудницкий В.А. Экологические факторы, влияющие на психическое здоровье: региональный аспект / В.А. Рудницкий // Российский психиатрический журнал. – 2009. – № 2. – С. 26-29.

Савченков В.В. Употребление алкоголя больными опийной наркоманией / В.В. Савченков, Ю.П. Сиволап, Л.В. Калуджерович // Журнал невропатологии и психиатрии. – 2000. – № 10. – С. 30-31.

Семке А.В. Характеристика расстройств личности у подростков допризывного и призывного возрастов в Томской области / А.В. Семке, А.А. Агарков, Т.В. Глушко, Т.В. Погорелова // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2006. – № 2 (40). – С. 48-50.

Семке А.В. Анализ типологической структуры личности и нарушений интеллекта юношей допризывного и призывного возрастов, проходивших военно-врачебную комиссию / А.В. Семке, А.А. Агарков, Т.В. Глушко, Т.В. Погорелова // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2006. – № 3. – С. 66-68.

Семке В.Я. Экологическая психиатрия: настоящее и будущее / В.Я. Семке // Журнал социальной и клинической психиатрии. – 1992. – № 3. – С. 5-13.

Семке В.Я. Экологические проблемы современной психиатрии / В.Я. Семке // Вестник РАМН. – 1994. – Т. 2. – С. 12-17.

Семке В.Я. Факторы семейного воспитания в генезе нарушений психического здоровья детей и подростков / В.Я. Семке, И.Л. Левина // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2002. – № 4. – С. 59-63.

Семке В.Я. Психогении современного общества / В.Я. Семке. – Томск: Издательство ТГУ, 2003. – 408 с.

Семке В.Я. Укрепление психического здоровья подрастающего поколения сибиряков / В.Я. Семке // Психическое здоровье населения Сибири: региональные проблемы, перспективы и пути решения. – Томск, 2003. – С. 255-260.

Семке В.Я. Охрана психического здоровья подрастающего поколения (региональный аспект) / В.Я. Семке, А.П. Агарков, О.Н. Логунцова. – Томск: Издательство «РАСКО», 2004. – 167 с.

Семке В.Я. Психическое здоровье подрастающего поколения как показатель социального благополучия общества / В.Я. Семке // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2004. – № 3. – С. 7-14.

Сидоров П.И. Десятилетний катамнез ранних форм алкоголизма / П.И. Сидоров, А.В. Митюхляев // Пятый Всероссийский съезд невропатологов и психиатров. – М., 1985. – Т. 2. – С. 121-123.

Сидоров П.И. Ранний алкоголизм / П.И. Сидоров, А.В. Митюхляев. – Архангельск: Изд-во АГМА, 1999. – 306 с.

Сизиков М.В. Клиническая и социальная динамика патохарактерологических формирований личности и психопатий в подростково-юношеском возрасте (клинико-эпидемиологическое исследование): автореферат диссертации ... канд. мед. наук / М.В. Сизиков. – М., 1999. – 21 с.

Смирнова Я.В. Посттравматические стрессовые расстройства у военнослужащих (клиника, коморбидные состояния, факторы риска, терапия): автореферат диссертации ... канд. мед. наук / Я.В. Смирнова. – Томск, 2003. – 26 с.

Соколов Я.В. Психическое здоровье детей и подростков: региональный аспект проблемы, поиск путей решения / Я.В. Соколов, О.А. Голдобина // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2006. – № 2 (40). – С. 47-48.

Состояние психического здоровья военнослужащих и пути совершенствования психиатрической помощи в вооруженных силах России / С.В. Литвинцев, В.К. Шамрей, А.М. Резник, А.С. Фадеев, А.Л. Арбузов, Г.А. Фастовцов // Социальная и клиническая психиатрия. – 2003. – № 2. – С. 68-71.

Сочивко Н.С. Особенности динамики психического здоровья детей и подростков в Краснодарском крае / Н.С. Сочивко // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2004. – № 3. – С. 104-107.

Стрельчук И.В. О клинике и дифференциальном лечении в возрастном аспекте женщин, больных хроническим алкоголизмом / И.В. Стрельчук // Проблемы подростково-юношеского и женского алкоголизма. – М., 1964. – С. 122-125.

Строганов Ю.А. Медико-психологические аспекты формирования алкогольной зависимости у подростков / Ю.А. Строганов, В.Г. Капанадзе // Медико-психологические аспекты реабилитации детей с психическими заболеваниями. – Л., 1978. – С. 56-61.

Ступина О.П. Структурно-динамические показатели состояния психического здоровья подросткового населения Забайкальского края за 10-летний период (1998-2007 гг.) / О.П. Ступина, Н.В. Говорин, В.В. Ахметова // Дальневосточный медицинский журнал, 2009. – № 2. – С. 84-86.

Суханов А.А. Влияние экологически неблагоприятной среды на интеллектуальное развитие детей: диссертация ... канд. псих. наук. / А.А. Суханов. – М., 2005. – 150 с.

Сухотина Н.К. Нервно-психическое здоровье детей в аспекте школьной адаптации / Н.К. Сухотина // Журнал социальной и клинической психиатрии. – 1999. – № 4. – С. 34-38.

Сухотина Н.К. Социально-стрессогенные факторы и невротические расстройства у детей / Н.К. Сухотина // Журнал социальной и клинической психиатрии. – 2000. – № 1. – С. 5-10.

Сухотина Н.К. Нервно-психическое здоровье детей, проживающих в районах с различным уровнем антропогенного загрязнения: автореферат диссертации ... докт. мед. наук / Н.К. Сухотина. – М., 2002. – 37 с.

Творогова Н.А. Распространенность психических расстройств в РФ на 2008 год / Н.А. Творогова // Российский психиатрический журнал. – 2009. – № 4. – С. 35-40.

Тимербулатов И.Ф. Комплексная оценка факторов риска формирования пограничных психических расстройств у подростков с позиции биопсихосоциального подхода / И.Ф. Тимербулатов, В.Л. Юлдашев // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – СПб., 2008. – № 1. – С. 27-31.

Тимербулатов И.Ф. Невротические расстройства у детей и подростков: механизмы формирования в контексте влияния микросоциальных факторов / И.Ф. Тимербулатов, В.Л. Юлдашев // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – СПб., 2008. – № 2. – С. 8-10.

Тимербулатов И.Ф. К вопросу оценки некоторых медико-гигиенических характеристик родителей в свете профилактики пограничных психических расстройств у детей / И.Ф. Тимербулатов // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья: научно-практический журнал. – 2008. – Т. 11, № 4. – С. 31-33.

Трефилова Л.Л. Формирование зависимости от психоактивных веществ у подростков Томской области (распространенность, факторы риска, профилактика): автореферат диссертации ... канд. мед. наук / Л.Л. Трефилова. – Томск, 2007. – 23 с.

Трешутин В.А. Тенденции психических заболеваний населения крупного агропромышленного региона / В.А. Трешутин, Щ.А. Голдобина, В.О. Щелин // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2003. – № 4. – С. 11-17.

Трешутин В.А. Динамика показателей пригодности к воинской службе призывников Алтайского края в связи с психическими расстройствами в 1991-2000 гг. / В.А. Трешутин, Н.Н. Кузенкова // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2002. – № 2. – С. 84-86.

Трошкина Е.Н. Психическое здоровье подростков, совершивших противоправные действия (по данным амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы): автореферат диссертации ... канд. мед. наук / Е.Н. Трошкина. – Томск, 2008. – 21 с.

Харитonenков В.Ф. Алкогольная ситуация в типичной территории средней полосы России (на примере Брянской области): дисс. ... канд. мед. наук / В.Ф. Харитonenков. – М., 2006. – 155 с.

Худяков А.В. Клинико-социальный анализ формирования и профилактика зависимости от психоактивных веществ у несовершеннолетних: автореферат диссертации ... доктора мед. наук / А.В. Худяков. – М., 2003. – 48 с.

Филоненко Е.В. Алкогольная аддиктивная коморбидность у пациентов с личностными расстройствами: автореферат диссертации ... канд. мед. наук / Е.В. Филоненко. – Новосибирск, 2006. – 21 с.

Фролов В.С. Оценка и проектирование нервно-психического здоровья при массовых психопрофилактических обследованиях: автореферат диссертации ... докт. мед. наук / В.С. Фролов. – Л., 1988. – 42 с.

Черняк Н.Б. Импульсивность как фактор клинической и социальной динамики расстройств личности с первичной диагностикой в призывном возрасте / Н.Б. Черняк // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2006. – № 2 (40). – С. 50-54.

Черняк Н.Б. Типы течения расстройств личности с первичной диагностикой в призывном возрасте (данные 10-летнего катамнеза) / Н.Б. Черняк // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2008. – № 3. – С. 66-68.

Чибисова И.А. Психогенные расстройства у подростков в судебно-следственной ситуации и ассоциированные с пени-тенциарным стрессом (клиническая динамика, возрастные особенности и судебно-психиатрическое значение): автореферат диссертации ... канд. мед. наук / И.А. Чибисова. – М., 2006. – 29 с.

Чичерин Л.П. Актуальные вопросы развития медицинской помощи детям и подросткам / Л.П. Чичерин, А.Л. Линденбратен, И.А. Лешкевич // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2001. – № 5. – С. 46-50.

Чубаровский В.В. Распространенность, структура и особенности проявлений пограничных психических расстройств у лиц допризывного возраста / В.В. Чубаровский, С.В. Катенко // Война и психическое здоровье. – СПб., 2002. – С. 151.

Чуркин А.А. Распространенность психических расстройств среди детей и подростков в РФ в 1999-2003 гг. / А.А. Чуркин, Н.А. Творогова // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2005. – № 2. – С. 59-63.

Шабанов П.Д. Руководство по наркологии, 2-е изд. / П.Д. Шабанов. – СПб: Лань, 1999. – 352 с.

Шмаонова Л.М. Психические заболевания / Л.М. Шмаонова // Эпидемиология неинфекционных заболеваний. – М. : Медицина, 1990. – С. 105-123.

Шелепов А.М. О совершенствовании системы сохранения психического здоровья военнослужащих / А.М. Шелепов, В.К. Шамрей, С.Н. Русанов // Военно-медицинский журнал. – 2005. – Т. 326, № 4. – С. 4-7.

Щепин И.О. Основные тенденции и закономерности распространенности психических болезней в Российской Федерации / И.О. Щепин // Здравоохранение Российской Федерации. – 1998. – № 3. – С. 41-44.

Энтин Г.М. Лечение алкоголизма / Г.М. Энтин. – М.: Медицина, 1990. – 417 с.

Эпидемиология психических расстройств у детей и подростков в зонах экологического неблагополучия : пособие для врачей / Н.В. Говорин, Т.П. Злова, Н.К. Сухотина, И.А. Зимина, Е.В. Абашкина, Я.А. Кошмелева, А.С. Березкин. – Чита: ИИЦ ЧГМА, 2003. – 36 с.

Юрьева Л.Н. Кризисные состояния / Л.Н. Юрьева. – М. : Медицина, 2001. – С. 129.

Юсупов В.В. Экспресс-оценка психического здоровья военнослужащих, склонных к аддиктивному поведению: автореферат диссертации ... канд. мед. наук / В.В. Юсупов. – СПб., 2006. – 20 с.

Ядчук А.Н. Медицинское обеспечение подготовки граждан к военной службе / А.Н. Ядчук, А.И. Клепиков, А.Г. Ильин // Военно-медицинский журнал. – 2001. – № 3. – С. 16-19.

Abiodun O. Adewuya // Alcohol & Alcoholism. – 2005. – Vol. 40, № 6. – P. 575–577.

Arboleda-Florez J. Violence, Severe: Untreated Psychiatric Disorders / J. Arboleda-Florez, E. Sorel, A. Carmi, T. Sakuta // XII World congress of psychiatry. – Japan, 2002. – S. 45.

Babor T. AUDIT The Alcohol Use Disorders Identification Test: guidelines for Use in Primary Health Care / T. Babor, J. Fuente, J. Saunders et al. – Geneva: World Health Organization, 1989.

Babor T.F. et al. // The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). Second Edition. World Health Organization, 2001. – 40 p.

Baldry A.C. Early prevention of delinquency / A.C. Baldry, F.W. Winkel // Psychology and Law in a Changing World. New Trends, Research and Practice. – Lond., N.Y., 2001. – P. 35-49.

Barlow P. Metal imbalance and hyperactivity / P. Barlow, S. Sidani // Acta Pharmacol. Toxicology. – 1986. – Vol. 59, suppl. № 7. – P. 458- 462.

Ben-Shlomo Y. A life course approach to chronic disease epidemiology: conceptual models, empirical challenges and interdisciplinary perspectives / Y. Ben-Shlomo, D. Kuh // Int. J. Epidemiol. – 2002. – Vol. 31. – P. 285-293.

Bergen H.A. et al. // Addictive Behaviors. – 2005. – № 30. – P. 1563-1573.

Blane D. Association of cardiovascular disease risk factors with socioeconomic position during childhood and during adulthood / D. Blane, C.L. Hart, G.D. Smith, C.R. Gillis, D.J. Hole, V.M. Hawthorne // BMJ. – 1996. – 313. – P. 1434-1438.

Bohn M.J., Babor T.F., Kranzler H.R. // Journal of Studies on Alcohol. – 1995. – № 56. – P. 423-432.

Bradley K. A. et al. // *J. Gen. Intern. Med.* – 1998. – Vol. 13, № 6. – P. 379-389.

Challier B. Associations of family environment and individual factors with tobacco, alcohol and illicit drug use in adolescents / B. Challier, N. Chau, R. Predine et al. // *Eur. J. Epidemiol.* – 2000. – Vol. 16, № 1. – P. 33-42.

Cuijpers P. Psychiatric disorders in adult children of problem drinkers: Prevalence, first onset and comparison with other risk factors / P. Cuijpers, Y. Langendoen, V. Bijl Rob // *Addiction.* – 1999. – Vol. 94, № 10. – P. 1489-1498.

David H. Jernigan. Global status report: alcohol and young people. WHO/MSD/MSB/01.1. – WHO, Geneva, 2001. – P. 1-10, 20.

Deas D. Developmental differences may impact SA research and treatment in teens / D. Deas, P. Riggs, J. Langenbucher // *Brown Univ. Dig. Addict. Theory and Appl.* – 2000. – Vol. 19, № 7. – P. 4-5.

Ebata K. Adaptational process of Japanese war orphans returned from Mainland China after four decades / K. Ebata, W. Tseng // *XII World congress of psychiatry.* – Japan, 2002. – S. 91-1.

Farrington D.P. The need for a coordinated program of cross-national comparative longitudinal research / D.P. Farrington // *Psychology and Law in Changing World. New Trends, Research and Practice.* – Lond., N.Y., 2001. – P. 19-34.

Fince L. Alcohol and drug use of intercity versus rural school age children / L. Fince, J. Williams // *Journal of Drug Education.* – 1999. – Vol. 29, № 3. – P. 279-291.

Finnell W.S. // *Journal of Drug Education.* – 1975. – № 22. – P. 353-365.

Fisher Sh. National College Health Assessment, Spring 2003: American College Health Association / Sh. Fisher. – Baltimore, MD 2003. – 16 p.

Gache Pascal et. al. // *Alcoholism: Clinical & Experimental Research.* – 2005. – Vol. 29, № 11. – P. 2001-2007.

Gales-Camus C.L. Global status report on alcohol: Department of Mental Health and Substance Abuse. / C.L. Gales-Camus // WHO, Geneva, 2004. – 209 p.

Goodman M. Impulsive aggression in borderline personality disorder / M. Goodman, A. New // *Gurr. Psychiatry Rep.* – 2000. – P. 56-61.

Gould M.S. Youth suicide prevention. Suicide and Life-threatening Behaviour / M.S. Gould, R.A. Kramer. – 2001. – Vol. 31. – P. 6-31.

Griffin K. Psychosocial and behavioral factors in early adolescence as predictors of heavy drinking among high school seniors / K. Griffin, G. Botvin, J. Epstein et. al. // *Stud. Alcohol.* – 2000. – Vol. 61, № 4. – P. 603-606.

Gunderson E.K. The epidemiology of personality disorders in the U.S. Navy / E.K. Gunderson, L.L. Hourani // *Mil. Med.* – 2003. – Vol. 168, № 7. – P. 575-582.

Halfon N. Life course health development: an integrated framework for developing health, policy, and research / N. Halfon, M. Hochstein // *Milbank Q.* – 2002. – Vol. 80. – P. 433-479.

Hasui C. Anger and Witnessing Domestic Violence: Effects on Anxiety and Depression in Children / C. Hasui, T. Kitamura // *XII World congress of psychiatry.* – Japan, 2002. – C. 67.

Holder H. International guide for monitoring alcohol consumption and related harm. WHO/MSD/MSB/00.4. / H. Holder // *World Health Organization*, 2000. – P. 3-15.

Hourani L.L. The mental health status of women in the Navy and Marine Corps: Preliminary findings from the perceptions of wellness and readiness assessment / L.L. Hourani, H. Yuan // *Mil. Med.* – 1999. – Vol. 164, № 3. – P. 174-181.

Jenkins R. Integration of mental health into primary health care / R. Jenkins // *XIV World congress of psychiatry*, 20-25 September 2008, Prague, Czech Republic. – 2008. – P. 22.

Jernigan D.H. Global status report: alcohol and young people. WHO/MSD/MSB/01.1. / D.H. Jernigan // *WHO*, Geneva, 2001. – P. 1-10, 20.

Kjeldstadli K. Life satisfaction and resilience in medical school: a six-year longitudinal, nationwide and comparative study / K. Kjeldstadli, R. Tyssen, A. Finset, E. Hem // *BMC Med Educ.* – 2006. – № 6. – P. 48.

Kidd K.K. The possible cause of the sex rasion in stuttering and its implications / K.K. Kidd, J.R. Kidd, M.A. Records // *Journal of Fluency disorders.* – 1978. – Vol. 3. – P. 13-23.

Kremer M., Dan M. Levy // *Peer Effects and Alcohol Use Among College Students.* – June 2005. – P. 53.

Kuh D. Mortality in adults aged 26-54 years related to socioeconomic conditions in childhood and adulthood: post war birth cohort study / D. Kuh, R. Hardy, C. Langenberg, M. Richards, M.E. Wadsworth // *BMJ.* – 2002. – 325. – P. 1076-1080.

Landry M. Addiction diagnostic update DSM-III-R psychoactive substances use disorder / M. Landry // J. Psychoact. Drugs. – 1987. – Vol. 19, № 4. – P. 379-381.

Lane D.J., Schmidt J.A. // Alcohol Interventions. – May 5, 2007. – P. 5-10.

Laucht M. Antisocial behavior in adolescence: risk factors and developmental types / M. Laucht // J. Kinder Jugendpsychiatr. Psychotherapy. – 2001. – № 4. – P. 297-311.

LoCastro J. Personality, family history, and alcohol use among older men: The VA Normative Aging Study / J. LoCastro, A. Spiro, E. Monnelly, D. Ciraulo // Alcoholism: Clinical and Experimental Research. – 2000. – Vol. 24. – P. 501-511.

Lynch J.W. Why do poor people behave poorly? Variation in adult health behaviours and psychosocial characteristics by stages of the socioeconomic life course / J.W. Lynch, G.A. Kaplan, J.T. Salonen // Soc. Sci. Med. – 1997. – № 44. – P. 809-819.

Midtgaard M. Mental health treatment needs for medical students: a national longitudinal study / M. Midtgaard, O. Ekeberg, P. Vaglum, R. Tyssen // European Psychiatry. – 2008. – № 23. – P. 505-511.

Mallie J. Paschall, Bridget Freisthler // Journal of Studies on Alcohol and Drugs. – 2003. – Vol. 64. – P. 515-519.

Mayer R.R. Social situations strongly linked to teen drinking / R.R. Mayer, D.M. Murray // Brown Univ. Dig. Addict. Theory and Appl. – 1998. – Vol. 17, № 10. – P. 3-4.

Miller W. Addictive behaviours: treatment of alcoholism, drug abuse, smoking and obesity / W. Miller // Oxford etc: Pergamon Press, 1984. – 353 p.

Murray Ch. J. L. The global burden of disease / Ch. J. L. Murray, A.D. Lopez // Cambridge, MA: Harvard University Press, 1996. – P. 113-132.

Nechiporenko V.V. The prevention of borderline psychoneurotic disorders servicemen. Vojenno-Med. Zh. / V.V. Nechiporenko, V.J. Kurpatov // Related Articles, Books, Link Out (Paper in Russian). – 1995. – 12: 21-24.

Nogueira-Martins L.A. The mental health of graduate students at the Federal University of Sao Paulo: a preliminary report / L.A. Nogueira-Martins, N.R. Fagnani, P.C. Macedo // Braz. J. Med. Biol. Res. – 2004. – Vol. 37, № 10. – P. 1519-1524.

Obot I.S. // African Journal of Drug & Alcohol Studies. – 2006. – Vol. 5, № 1. – P. 19-26.

O'Connor T.G. Genotype-environment correlations in late childhood and early adolescence / T.G. O'Connor // *Dev. Psychol.* – 1998. – № 5. – P. 970-981.

Pauls D. A Genetic study of Panic Disorder Pedigrees / D. Pauls, K.D. Bucher, R.R. Crowe, R. Noyes // *Amer. J. hunt. Genet.* – 1980. – 32. 10/12. – P. 300-315.

Plomin R. Development, genetics and psychology / R. Plomin. – Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1986.

Power C. Childhood and adulthood risk factors for socio-economic differentials in psychological distress: evidence from the 1958 British birth cohort / C. Power, S.A. Stansfeld, S. Matthews, O. Manor, S. Hope // *Soc. Sci. Med.* – 2002. – Vol. 55. – P. 1989-2004.

Presley C.A. // *Alcohol and Drugs on American College Campuses: Use, Consequences, and Perceptions of the Campus Environment.* Carbondale, IL: Core Institute, 1996. – Vol. 3. – P. 110.

Radkowsky M. The gay adolescent: Stressors, adaptations, and psychosocial interventions / M. Radkowsky, L.J. Siegel // *Clin. Psychol. Rev.* – 1997. – Vol. 17, № 2. – P. 191-216.

Reed E.W., Reed S.C. // *Mental Retardation: A Family Study.* – Philadelphia, 1965. – P. 67-89.

Robert L. Johnson // *Pediatrics in Review.* – Vol. 16, № 4.

Romero E. Personality and behavior: study of temperamental dimensions / E. Romero, M.A. Luengo, J. Sobral // *Personally and Individual Differences.* – 2001. – № 31. – P. 329-348.

Ross D.M. Hyperactivity: Research, theory, action / D.M. Ross, S.A. Ross. – New York: Wiley-Interscience, 1976.

Samaan R.A. The influences of race, ethnicity, and poverty on the mental health of children / R.A. Samaan // *J. Health Care Poor Underserved.* – 2000. – Vol. 11, № 1. – P. 100-110.

Smith G.D. Adverse socioeconomic conditions in childhood and cause specific adult mortality: prospective observational study / G.D. Smith, C. Hart, D. Blane, D. Hole // *BMJ.* – 1998. – 316. – P. 1631-1635.

Soloff P.H. Serotonin, impulsivity, and alcohol use disorders in the older adolescent: A psychobiological study / P.H. Soloff, K.G. Lynch, H.B. Moss // *Alcoholism: Clinical and Experimental Research.* – 2000. – Vol. 24. – P. 1609-1619.

Swinehart E.R. // *Alcohol Expectancies, Alcohol Use, and Risky Behavior Among College Students.* – Greensboro, 2007. – P. 1-31.

Thomas F., Babor T.F. // The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). – World Health Organization, 2001. – 40 p.

Van Den Bruel // Alcohol & Alcoholism. – 2004. – Vol. 39, № 5. – P. 439-444.

Wallace J. M. Jr. Tobacco, alcohol, and illicit drug use: racial and ethnic differences among U.S. high school seniors / J. M. Jr. Wallace, J.G. Bachman, P.M. O'Malley // Public Health Rep. – 2002. – Vol. 117. – Suppl. 1. – S. 67-75.

Wamala S.P. Women's exposure to early and later life socioeconomic disadvantage and coronary heart disease risk: the Stockholm Female Coronary Risk Study / S.P. Wamala, J. Lynch, G.A. Kaplan // Int. J. Epidemiol. – 2001. – Vol. 30. – P. 275-284.

Wang X. Maternal smoking during pregnancy, urine cotinine concentrations, and birth outcomes. A prospective cohort study / X. Wang, I.B. Tager, H. Van Vunakis, F.E. Speizer, J.P. Hanrahan // Int. J. Epidemiol. – 1997. – Vol. 26. – P. 978-988.

Wechsler H. et al. // Journal of the American Medical Association. – 1994. – Vol. 272, № 21. – P. 1672-1677.

Weller T.D. Children's interview for Psychiatric syndromes / T.D. Weller, R.A. Weller, M.A. Fristad // J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry. – 2000. – Vol. 39. – P. 76-84.

Went Gross M. The social world of pre-adolescents with mental retardation / Gross M. Went, G.N. Siperstein // Educ. Train. Ment. Ret. Dev. Dis. – 1996. – Vol. 31, № 3. – P. 177-187.

WHR. The World Health Report 2000, Health Systems: Improving Performance. World Health Organization. – 2000. – 206 p.

Wittchen H.U. Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies / H.U. Wittchen, F. Jacobi // European Neuropsychopharmacology, 2005. – Vol. 15, № 4. – P. 357-376.

Zerden S. // The 100 Best Health Books: Revised and updated for the 21st century. – 2004. – P. 203-204.

Научное издание

Н.В. Говорин, А.В. Сахаров,
О.П. Ступина, И.В. Кичигина

**Психическое здоровье
призывного контингента**

Компьютерная верстка *Н.Г. Щербаков*
Корректор *К.В. Резвых*

Подписано в печать 27.06. 2011 г.
Гарнитура Times New Roman.
Печать офсетная. Бумага офсетная.
Формат 60x84 1/16. Печ. л. 12,75.
Заказ № 231. Тираж 300 экз.

ООО «Экспресс-издательство»
г. Чита, ул. П. Осипенко, 25,
тел.: (3022) 260-247, факс: (3022) 260-265
E-mail: mirsanova_tat@mail.ru
www.chitabook.ru
www.baikalbook.ru