

УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ЛИПЕЦКОЙ ОБЛАСТИ

ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
«ЛИПЕЦКИЙ ОБЛАСТНОЙ НАРКОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР»

МЕД - РЕЛИЗ.

НАРКОЛОГИЯ:

анализ ситуации в Липецкой области
по итогам 6 месяцев 2011 года
(для служб и ведомств, участвующих в решении наркологических проблем
среди населения).

Авторы мед-релиза:

Главный внештатный эксперт-нарколог УЗО,
главный врач ГУЗ «ЛОНД»;
заслуженный врач РФ.

М.И.Коростин

Заместитель главного врача ГУЗ «ЛОНД»

А.Н. Яковлев

**Наши телефоны: секретарь гл. врача 73-06-45, факс 73-06-63,
организационно методический отдел 73-05-21; регистратура 73-03-13, центр
«Виктория» 34-85-86, реабилитационный центр 43-00-98.**

г.Липецк, июль 2011г.

Информация
о деятельности областной наркологической службы
по итогам 6 мес. года
(для служб и ведомств, участвующих в решении наркологических
проблем среди населения).

Абсолютное количество больных, состоящих на учете, по итогам 2 квартала 2011г. составляет 31102 человека (**2686,1** на 100 тыс. населения), что является выше средне-российского показателя, (в 2009 году – 2290,75 на 100 тыс. населения).

Общее количество состоящих на диспансерном учете наркологических больных по итогам 6 мес. 2011г.(в сравнении с началом года) в Липецкой области **уменьшилось на 2,7%**.

Снижение количества состоящих на диспансерном учете наркологических больных в сравнении с данными за 6 мес. 2010 года наблюдаются и в г.Липецке. Снижение составило -2,9% с 13241 чел (2632,2 на 1090 тыс. населения) до 12829 чел (2555,5 на 100 тыс. чел). В г.Липецке число лиц, состоящих на учете у нарколога, убывает быстрее, чем в целом по области, а относительные показатели оказались ниже областных.

Опережающими темпами по сравнению с ЦФО и РФ снижается в области уровень алкогольных психозов (на – 8,8% по сравнению с началом года, с 83,0 до 75,5 на 100 тыс. населения, что впервые за последние 10 лет ниже среднего показателя по ЦФО – 82,28 на 100 тыс. населения). По сравнению с аналогичным периодом прошлого года снижение по области более значимо – 20,8%.

В тоже время психозы распространены по территории области неравномерно. Наиболее высока встречаемость психозов, несмотря на проявленную тенденцию к снижению, в г.Ельце (153,8 на 100тыс. населения, в 2 раза выше среднего по области). Однако заболеваемость психозами в г.Ельце снижается и по сравнению с аналогичным периодом прошлого года убыль составила 25.6% (с 206,8 случаев на 100 тыс. чел. до 153,8 чел на 100 тыс. населения). Существенно снизилась заболеваемость алкогольными психозами в Грязинском и Данковском районах, достигнув среднеобластных показателей. На втором месте по распространенности алкогольных психозов находится Добринский район (97,5 на 100 тыс. населения), на третье место вышел Краснинский район (78,0 на 100 тыс. населения).

Заметный рост относительных показателей выявляемости алкогольных психозов отмечался в 5 из 18 районов области (Елецкий, Задонский, Краснинский, Лев-Голстовский, Становлянский), однако абсолютный прирост больных достаточно скромнен во всех перечисленных районах.

Наименьшее количество алкогольных психозов зарегистрировано в Измалковском районе (3 чел, 17 на 100 тыс. населения). Однако в Измалковском районе отсутствует врач-нарколог, вероятно недостаточная выявляемость наркологической патологии.

В г.Липецке распространность алкогольных психозов также снижается (-5,4% по сравнению с началом года и -14,0% по сравнению с 6 мес. 2010г, составляет 74,3 на 100 тыс. населения – ниже среднеобластного показателя).

В январе 2011г. зарегистрирован кратковременный подъем заболеваемости психозами, что было связано с ликвидацией вытрезвителей и отсутствием мер стеснения к лицам, доставленным в мед. учреждение на вытрезвление. Данные лица, пользуясь неопределенным правовым статусом, покидали лечебные учреждения и продолжали алкоголизироваться. Однако благодаря принятым мерам УЗО, выделению дополнительного финансирования для обеспечения услуг охраны, поста санитаров, сотрудничеству с УВД вспышка заболеваемости удалось локализовать.

Уровень распространенности алкоголизма по области в отчетном квартале также имел тенденцию к снижению с 23955 чел (2072,3 на 100 тыс. населения по итогам 2010г) до 23351 (2016,7 на 100 тыс. нас. по итогам 6 мес. 2011года). Убыль составила –

2,7%. При этом заболеваемость остается выше, чем в ЦФО (1555,3 на 100 тыс. населения) и РФ (1478,1 на 100 тыс. населения с учетом алкогольных психозов). По итогам 2010г. Липецкая область находится на 10-м месте в РФ по уровню учтенной заболеваемости алкоголизмом.

В г.Липецке по сравнению с началом 2011г. также наблюдается снижение уровня распространенности алкоголизма (с 10299 чел (2051,6 на 100 тыс. населения) до 1020 чел (1996,0 на 100 тыс. населения), убыль составила -2,7%.

По данным Липецкстата смертность от алкоголизма и алкогольных психозов снижается на протяжении последних лет (364 чел, 50,7 на 100 тыс. населения в 2008г, 274 чел, 38,7 на 100 тыс. населения в 2009г).

Смертность от отравления алкоголем по данным Липецкстата по итогам 4 мес. 2011г. составила 84 чел (за 4 мес. 2010г. – 79 чел), т.е. наблюдается некоторая тенденция к росту в рамках статистической погрешности.

Всего за первые 4 месяца 2011г. по данным Росстата в Липецкой области умерло 5986 чел, из которых по причинам, связанным с употреблением алкоголя 435 чел (включая случайные отравления алкоголем 84 чел), что выводит алкоголизацию на 4 место в рейтинге причин смерти. Алкоголь стал прямой причиной смерти более, чем у 13% умерших. При этом существующая система подсчета не учитывает такие последствия алкоголизации, как смерть от пневмоний, гнойных инфекций, обморожений, в пожарах, утопления и др., несчастные случаи, а также убийства, совершенные под влиянием алкоголя.

Смертность населения в трудоспособном возрасте от алкоголизма составила по данным Липецкстата за 5 мес. 2011г. - 76 чел, 5 мес. 2010г. – 80 чел.

По статистическим данным (ННЦ наркологии, 2010г) смертность от дегенераций нервной системы, вызванной алкоголем, в России выше более чем в 4 раза, от алкогольных кардиомиопатий в 10-100 раз, от случайных отравлений алкоголем от 4 до 17 раз выше уровня развитых стран.

По данным Липецкстата за 1 кв. 2011г. в Липецкой области в среди всех причин смерти, связанных с приемом алкоголя, лидирует алкогольная кардиомиопатия (29.6 на 100 тыс. населения за 1 кв. 2011г), на втором месте – хроническая алкогольная интоксикация (23.5 на 100 тыс. населения), на третьем - острые отравления алкоголем (22.2 на 100 тыс. населения).

Неудивительно, что опережающими темпами снижается количество больных 3 стадией алкоголизма (на -5.1% по сравнению с итогом 2010г.), в основном за счет высокой смертности от соматических осложнений. Смертность вызвана накоплением соматических проблем, неспособностью трудиться и вследствие этого безденежьем, отсутствием должного ухода со стороны близких, поскольку чаще всего больной становится заложником созданных им же самим социальных конфликтов. Решение данной проблемы должно быть комплексным с привлечением управления социальной защиты, необходимо расширение сети интернатов для пребывания данной категории больных.

Подавляющее большинство лиц, умерших от алкоголизма или его осложнений Липецкой области, не состояли на учете у нарколога и не обращались за наркологической помощью.

Как уже указывалось, Липецкая область обладает одной из самых больших по численности диспансерных групп больных алкоголизмом. Однако Липецкая область относится к лидерам ЦФО по продолжительности жизни населения. Очевидно, что своевременное выявление больных алкоголизмом, лечение и реабилитация их оказывает позитивный эффект на показатели общественного здоровья в целом.

Немаловажную роль в возникновении тяжелых наркологических расстройств играет практически не контролируемое потребление самогона и технического спирта, что не учитывается официальной статистикой. Соответственно, возникает необходимость

комплексных мер с участием администрации области и муниципальных образований, УВД, других структур по снижению доступности для населения алкоголя в любом его виде.

При анализе показателя состоящих на учете с диагнозом «наркомания» (без учета потребления наркотиков с вредными последствиями) в сравнении с 6 мес. 2010 года отмечается тенденция к росту состоящих на учете больных с данной патологией. Так по Липецкой области отмечается **увеличение больных с диагнозом наркомания** с 1823 чел. (156,7 на 100 т.н.) по итогам 6 мес. 2010 года до 1839 чел (158,8 на 100 т.н.) по итогам 6 мес. 2011 года (+1,4%). По сравнению с итогом 2010г. наблюдается снижение на 4,9%, то есть в течение 2011г. количество состоящих на учете больных наркоманией падало.

По г.Липецку также уменьшение больных с диагнозом наркомания более выражено, по сравнению с 6 мес. 2010г. количество липчан, состоявших под наблюдением наркологов с диагнозом наркомания сократилось с 1325 чел. (263,7 на 100 т.н.) до 1310 чел (261,0 на 100 т.н.), уменьшение составило -1%. По сравнению с началом 2011г. количество больных наркоманией на диспансерном учете в г.Липецке снизилось на 7,7% (с 1419 чел (282,7 на 100 тыс. населения) до 1310 чел (261,0 на 100 тыс. населения). Можно отметить, что сокращение контингента больных наркоманией на диспансерном учете в г.Липецке идет более быстрыми темпами, чем в области.

Болезненность наркоманией в Липецкой области остается ниже показателя ЦФО и РФ (175,95 на 100 тыс. населения и 247,3 на 100 тыс. населения соответственно). В г.Липецке количество лиц с синдромом зависимости от наркотиков превышает средний показатель по ЦФО и РФ, что показывает особую актуальность профилактической работы и раннего выявления потребителей психоактивных веществ в областном центре.

Ситуация с последствиями употребления наркотиков в Липецкой области остается серьезной. За 2009г. по данным ГУЗ «ЛОБСМЭ» умерло от передозировки 67 чел, а за 2010г. – уже 102 чел. За 6 мес. 2010г. умерло от передозировки 33 чел, за 6 мес. 2011г. уже 39 чел., при этом умершие обычно молодые лица до 35 лет.

На учет за 6 мес. 2011г. поставлено 93 больных наркоманией, что меньше уровня прошлого года – за 6 мес. 2010г. на учет было поставлено на учет 169 чел. Среди снятых с учета преобладают лица, снятые с наблюдения в связи с уклонением от лечения, игнорированием вывозов к врачу.

Цифры свидетельствуют, что сокращение выявляемости больных наркоманией, уклонение их от лечения приводит к росту смертности. Соответственно, усилия по раннему выявлению больных, вовлечению их в реабилитационные программы снижать нельзя. Это подчеркивает важность структурных реформ наркологической службы, необходимость введения принудительного лечения, а также важность контроля лечения и посещаемости со стороны правоохранительных органов. Крайне необходим совместный алгоритм деятельности наркологической службы и правоохранительных органов по мотивации к лечению лиц, страдающих наркологическими расстройствами.

В сельских районах наблюдается прирост количества лиц, больных наркоманией на диспансерном учете. Рост наблюдается в 13 муниципальных образованиях, то есть в подавляющем большинстве районов области. При этом на учет ставятся лица, зависимые от инъекционных наркотиков и потребляющие их уже несколько лет. Ранее выявление потребителей наркотических веществ среди сельских жителей недостаточно несмотря на созданные в каждой ЦРБ кабинеты медицинского освидетельствования, оснащенные тест-полосками.

В отчетном квартале сохраняется тенденция к незначительному **снижению** количества официально зарегистрированных больных, как с диагнозом «**токсикомания**» так и с диагнозом «**злоупотребление токсическими веществами**» (данная тенденция уже отмечена в 2007 -2010 годах).

Снижение употребления токсикоманических средств можно объяснить ростом употребления доступных наркотиков (дешевых лекарственных средств, продающихся без

рецепта и содержащих кодеин). Кодеин и его метаболиты обнаруживаются в биосредах наркопотребителей, доставленных на медицинское освидетельствование, более, чем в 40% случаев.

Эта тенденция представляется опасной. Технология получения кодеина из лекарственных препаратов подразумевает использование ядовитых реактивов, вследствие чего быстро развиваются токсические энцефалопатии. Наряду с этим расширяется круг потребителей инъекционных наркотиков и растет вероятность распространения ВИЧ и гемоконтактных гепатитов.

Следует отметить, что уменьшение **показателей потребления токсикоманических веществ с вредными последствиями** идет как в группе **взрослого населения**, так и в группе **несовершеннолетних**.

Разработанный специалистами наркологической службы алгоритм взаимодействия с силовыми ведомствами в отношении лиц, доставленных на медицинское освидетельствование, позволил увеличить количество состоящих на учете потребителей наркотических и психоактивных веществ в как в г.Липецке на (+6,1%) так и в целом по Липецкой области (+1,3%) по сравнению с началом года. С данной группой лиц осуществляется комплекс лечебно-профилактических мероприятий в рамках диспансерного наблюдения.

Своевременное выявление потребителей ПАВ на ранней стадии заболевания способно предотвратить наиболее тяжелые последствия наркотизации, локализовать эпидемическую опасность ВИЧ.

Следует обратить особое внимание на количество больных с **диагнозом злоупотребление алкоголем с вредными последствиями, отражающих ранее выявление алкогольной патологии**: незначительное снижение с 3755 чел. (322,2 на 100 тыс.нас) –начало года до 3704 чел. (319,9 на 100 тыс.нас.) –6 мес.2011г. (-0,8%). По г.Липецку снижение данного контингента составило 3.9% (с 50,8 до 48,8 на 100 тыс. населения).

Показатель по ЦФО болезненности данной патологией составляет 245,23 на 100 тыс. населения, более, чем в 5 раз выше. Т.о., в г.Липецке раннее выявление больных с алкогольной патологией недостаточно.

По итогам 6 мес. 2011 года продолжается существенное уменьшение числа подростков, попадающих под наблюдение наркологов в Липецкой области по сравнению с аналогичным периодом прошлого года по всем нозологическим формам.

Табл. Контингент несовершеннолетних на учете у нарколога.

По заболеваниям	6 мес. 2010		6 мес. 2011		Прирост (изм.%)
	Абс. число	На 100 тыс.	Абс. число	На 100 тыс.	
Алкоголизм	7	17,7	3	8,2	-57,1
Наркомания	4	10,1	0	0	-100
Токсикомания	7	15,7	4	11,0	-42,8
Употребление алкоголя	720	1822,8	627	1717,8	-12,9
Употребление наркотических веществ	48	125,5	30	82,2	-31,0

употребление токсикоманических веществ	74	187,3	53	145,2	-28,4
Всего	860	2177, 2	717	1964,4	-16,7

В Липецкой области не зарегистрированы несовершеннолетние, больные наркоманией.

Основной причиной постановки несовершеннолетних на учет в наркологические кабинеты и наркодиспансеры является злоупотребление алкоголем, 2-е место занимает - злоупотребление токсикантами и токсикомания, и на последнем месте остается – наркомания и злоупотребление наркотиками.

Следует отметить, что меняется структура употребляемых веществ –если раньше среди токсикантов преобладали летучие растворители, то в настоящее время все чаще причиной для обращения являются галлюцинаторные расстройства вследствие употребления семян дурмана, белены и других растительных препаратов.

Среди потребителей наркотиков все шире диагностируется прием конопли, что ранее практически отсутствовало в клинической практике, т.е. подростки переходят на более «легкие» наркотики, при этом медицинские и правоохранительные органы стали более компетентны в деле выявления потребителей «легких» наркотиков.

Снижение количества состоящих на учете лиц предусмотрено Областной программой «Комплексные меры противодействия злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту на 2009-2012 годы» вследствие активизации профилактической работы. За счет более раннего своевременного выявления подростков и взрослых с начальными формами злоупотребления алкоголем и наркотиками достигается снижение запущенных форм алкоголизма и наркомании.

Активно разворачивается доклиническая помощь, в том числе с детьми и подростками, состоящими под индивидуальным наблюдением КДН, группой внутришкольного учета в образовательных учреждениях и др. . Например, в г.Липецке «группа риска», охваченная доклинической врачебной и психологической помощью, составила более 2000 чел.

В связи с изложенным предлагаем:

1. Первичная профилактика .

1.1. Целевым финансированием управления по делам печати, телерадиовещания и связи обеспечить непрерывную программу активных профилактических мероприятий антинаркотической, антиалкогольной и антитабачной направленности в средствах массовой информации, наружной рекламы, выпуск методических материалов и средств наглядной агитации, подготовленных заинтересованными ведомствами и учреждениями (УФСКН, управление здравоохранения области, управление образования и науки, управление внутренних дел, управление культуры, управление физической культуры, спорта, и туризма и др.).

1.2. Определение временных квот и квот на объем предоставляемой информации на областных, муниципальных СМИ, а также в коммерческих изданиях и рекламных компаниях;

1.3. Информация единым фронтом по времени и пространству антиалкогольной, антитабачной и антинаркотической направленности так как эти процессы взаимосвязаны.

1.4. Создать фонды, как альтернативное решение финансирования профилактических мероприятий. Для участников фонда, возможно предоставить стимулирующие и льготные финансовые механизмы.

1.5. Способствовать максимальному охвату учащихся программами психологических тренингов по формированию навыков, важных для сохранения трезвости (навыков ответственного принятия решений, противостояния групповому давлению, эмоциональной саморегуляции и стрессоустойчивости и др., согласно наиболее важным для начала наркотизации психологическим факторам).

ГУЗ «ЛОНД» имеет готовую для тиражирования комплексную программу профилактики, где выявление группы риска сочетается с комплексной психологической коррекцией. В настоящее время программа реализуется ограниченно в 2 учреждениях профессионального образования г.Липецка.

1.6. Содействовать созданию родительского и педагогического актива, готового к массовому тиражированию принципов антинаркотического воспитания.

ГУЗ «ЛОНД» имеет готовые программы «Семья может защитить ребенка от наркотической зависимости» и «Поколение NEXT», которые в настоящее время реализуются ограниченно на территории г.Липецка в сотрудничестве с департаментом образования г.Липецка.

1.7. Способствовать максимальному охвату населения профилактикой заражения ВИЧ-инфекцией и гемоконтактными гепатитами.

2. Совершенствование законодательной основы оказания медицинской помощи лицам с наркологической патологией.

Следующей проблемой, на которую следует обратить внимание – это добровольность оказания медицинской помощи больным с наркоманией и алкоголизмом. Отношение к этой болезни должно строиться с позиций преобладания психических изменений личности, а не как к терапевтической болезни.

Как всем известно, большинство больных с наркотической патологией не признают себя больными, особенно в момент нахождения в состоянии обострения заболевания.

Механизмы недобровольного воздействия на лиц, употребляющих наркотики и алкоголь в основном ограничены репрессивным характером воздействия. В тоже время, отсутствуют механизмы недобровольного воздействия с целью привлечения этих больных к лечению и дальнейшей реабилитации, как важнейший фактор снижения тяжести течения заболевания, смертности и социально связанных с ним последствий. С этой целью необходимо:

2.1. Выйти с предложением для внесения изменений в законы, определяющие нормативно-правовое регулирование *недобровольной госпитализации*. Это необходимо для выработки установки на лечение в ограничительных условиях. Отмечу, что это следует сделать только с позиций гуманистических, без ущемления прав личности, но с учетом особенностей болезни.

2.2. *Альтернативное лечение* – замена наказания за незначительные правонарушения на лечение и реабилитацию;

Внести изменения в Федеральные Законы, обеспечивающие возможность судебным органам выносить за совершение мелких и социально неопасных административных правонарушений лицам, страдающим наркологической патологией, постановления, обязывающие этих граждан проходить курс медико-психологической и социально-трудовой реабилитации, а также последующее обязательное диспансерное наблюдение у врача психиатра-нарколога. Обеспечивать судебный надзор за исполнением данных постановлений.

2.3. Создание *защитных механизмов для медицинского персонала* (юридический – пенсия, льготы и финансовый – доплата).

2.4. Способствовать максимальному охвату лиц, находящихся под диспансерным наблюдением, обследованием на ВИЧ и гепатиты, профилактикой рискованного поведения.

3. Совершенствование реабилитационного направления. Процесс реабилитации является одним из самых сложных видов деятельности в сфере здравоохранения. Это

порой требует высокого уровня психо-эмоциональных затрат у медицинских работников, в связи с неадекватностью поведенческих реакций наркологических больных, а также в связи с применением мер ограничительного характера. Этот вид деятельности потребует дополнительных юридических и финансовых механизмов защиты и компенсации медицинских работников от негативных последствий воздействия со стороны пациентов и иных лиц.

3.1. Создание *загородного реабилитационного отделения*, обеспечивающие полноценное вхождение реабилитанта прежде всего в трудовую деятельность и формирование позитивного круга общения.

3.2. Социальная и трудовая поддержка реабилитантов. *Квотирование рабочих мест* для реабилитантов на предприятиях (в том числе частных) с возможностью профессиональной подготовки и переподготовки. *Социальный патронаж* – систему регулярного посещения реабилитанта по месту его работы и проживания с целью раннего выявления начальных признаков дезадаптации и своевременного противорецидивного лечения.

Современные реабилитационные программы нуждаются в адекватном социальном сопровождении реабилитируемых лиц после выписки из стационара. Реабилитант сталкивается с объективными трудностями: отсутствие легальной работы, давление привычного круга общения, доступность наркотиков.

3.3. Организация на предприятиях *трудовых коммун (общежитий)*. Предлагаем разработать алгоритм организации при промышленных и агропромышленных предприятиях трудовых коммун (общежитий), которые финансируются за счет оплаты труда находящихся там лиц без определенного места жительства. В алгоритме следует предусмотреть варианты дальнейшего трудоустройства лиц, прошедших лечение и реабилитацию от наркологических заболеваний.

3.4. Усиление роли и ответственности негосударственных общественных организаций и фондов, участвующих в профилактике и реабилитации. Необходима аккредитация и контроль за их деятельностью.

3.5. Развитие амбулаторной реабилитации как наиболее экономически эффективного вида реабилитационной помощи.

Для обеспечения доступности реабилитационной помощи необходимо открытие в г.Ельце на базе МУЗ «Елецкий наркологический диспансер» амбулаторного отделения реабилитации. Нуждается в расширении и переводе в соответствующее помещение отделение амбулаторной реабилитации в ГУЗ «ЛОНД». При этом целесообразно объединить в одном здании амбулаторные реабилитационные и амбулаторные детско-подростковые отделения с целью максимального включения подростков и их родителей в реабилитационные мероприятия.

4. Раннее выявление наркологической патологии:

4.1. Укрепление материально-технической базы диагностическим оборудованием и обеспечение кадрами

4.2. Централизация выдачи заключений о профессиональной пригодности, владение оружием и управление транспортом только в государственных и муниципальных учреждениях, оказывающих наркологическую и психиатрическую помощь, где имеются соответствующие базы данных больных и групп риска.

4.3. Внести в Федеральные Законы («Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан») изменения, определяющие возможности проведения *плановых и внеплановых, обязательных, систематических, профилактических медицинских осмотров* в плане выявления наркологической патологии.

Контингент обследуемых должен включать в себя как учащихся школ, студентов ВУЗов и средних специальных образовательных учреждений, так и профессиональные группы, работа которых связана с источниками повышенной опасности (военнослужащие, сотрудники структур МВД, охранных агентств и предприятий, а так же

работников аэропортов, железнодорожного и автомобильного транспорта, шахтеров и др.) на предприятиях различных форм собственности.

4.4. Содействовать согласно утвержденному Порядку оказания наркологической помощи населению Российской Федерации развитию услуг по медико-генетическому консультированию населения в наркологических диспансерах и кабинетах наркологической службы по всей территории Липецкой области с целью повышения компетентности населения в отношении реального индивидуального риска развития зависимости от алкоголя, наркотиков, азартных игр.

4.5. Обеспечить выявленным лицам группы риска полноценную медико-психологическую коррекцию с целью своевременного формирования трезвеннических установок и психологических навыков, важных для поддержания трезвости и профилактики рискованного поведения, в том числе в отношении заражения ВИЧ, гемоконтактными гепатитами.

Уверены, что сможем получить понимание и поддержку в Вашей среде. Мы всегда готовы и открыты к сотрудничеству.

На следующих страницах Вам предлагаются статистические данные о контингентах больных наркологической патологией.

СТАТИСТИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ

О контингентах больных по наркологическим заболеваниям
по Липецкой области за 6 месяцев 2011г.

	Состояло на учете на 1.01.11г		Состоит на учете на 1.07.2011г.		Измене н. в % на 100 тыс.нас.	Взято на учет		Снято с учета	
	Абс.	На 100г.	Абс.	На 100г.		Абс.	На 100г.	Абс.	На 100г.
Больных всего	3195 9	2760, 1	3110 2	2686, 1	-2,7	1898	163,9	2755	237,9
1. Больных всего за искл.вр.посл.	2695 0	2327, 5	2612 8	2256, 6	-3,0	880	76,0	1710	147,7
2. Алкоголизм (с-м зависим.)	2399 5	2072, 3	2335 1	2016, 7	-2,7	557	48,1	1485	128,2
I стадия	2125	183,5	2093	180,8	-1,5	42	3,6	74	6,4
II стадия	2139 1	1847, 4	2080 6	1796, 9	-2,7	506	43,7	1375	118,7
III стадия	479	41,4	452	39,0	-5,1	9	0,8	36	3,1
в том числе: женщины	3792	599,8	3783	598,4	-0,2	151	23,9	160	25,3
подростки	12	32,9	3	8,2	-75,0	-	-	-	-
3. Психозы	961	83,0	876	75,7	-8,8	226	19,5	27	2,3
4. Наркомании (с-м зависим.)	1930	166,7	1839	158,8	-4,7	94	8,1	193	16,7
в том числе: женщины	305	48,2	281	44,4	-7,9	10	1,6	34	5,4
подростки	8	21,9	-	-	-	1	2,7	1	2,7
5. Токсикомании (с-м зависим.)	64	5,5	62	5,4	-1,8	3	0,3	5	
в том числе: женщины	13	2,1	12	1,9	-9,5	-	-	1	0,2
подростки	8	21,9	4	11,0	-49,8	1	2,7	-	-
6. С вредн. последств.всего	5009	432,6	4974	429,6	-0,7	1018	87,9	1045	90,2
7. Употр. алкоголя с вр. посл.	3735	322,6	3704	319,9	-0,8	861	74,4	892	77,0
в том числе: подростки	705	1931, 5	627	1717, 8	-11,0	144	394,5	119	326,0

8. Употр. наркотик.с вр.посл.	1163	100,4	1178	101,7	+1,3	151	13,0	128	11,1
в том числе: подростки	42	115,1	30	82,2	-28,6	4	11,0	5	13,7
9. употр. токсикоман.с вр.посл.	111	9,6	92	7,9	-17,7	6	0,5	25	2,2
в том числе: подростки	76	208,2	53	145,2	-30,3	3	8,2	13	35,6

СТАТИСТИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ

О контингентах больных по наркологическим заболеваниям
по г.Липецку за 6 месяцев 2011 года

	Состояло на учете на 01.01.11		Состоит на учете на 01.07.11г.		Изменени е в %	Взято на учет		Снято с учета	
	Абс.	На 100г.	Абс.	На 100г.		Абс.	На 100г.	Абс.	На 100г.
Больных всего	1321 4	2632, 3	1282 9	2555, 6	-2,9	420	83,7	805	160,4
1. Больных всего за искл.вр.посл.	1216 1	2422, 5	1174 9	2340, 4	-3,4	287	57,2	707	140,8
2. Алкоголизм (с-м зависим.)	1029 9	2051, 6	1002 0	1996, 0	-2,7	150	29,9	541	107,8
I стадия	155	30,9	150	29,9	-3,2	2	0,4	5	1,0
II стадия	9963	1984, 7	9684	1929, 1	-2,8	146	29,1	524	104,4
III стадия	181	36,1	186	37,1	+2,8	2	0,4	12	2,4
в том числе: женщины	1519	552,6	1529	556,2	+0,7	59	21,5	49	17,8
Подростки	8	54,8	1	6,8	-87,6	-	-	-	-
3. Психозы	394	78,5	373	74,3	-5,4	107	21,3	16	3,2
4. Наркомании (с-м зависим.)	1419	282,7	1310	261,0	-7,7	29	5,8	146	29,1
в том числе: женщины	239	86,9	215	78,2	-10,0	6	2,2	30	10,9
Подростки	8	54,8	-	-	-	1	6,8	1	6,8
5. Токсикомании (с-м зависим.)	49	9,8	46	9,2	-6,1	1	0,2	4	0,8
в том числе: женщины	11	4,0	10	3,6	-10,0	-	-	1	0,4
Подростки	7	47,9	2	13,7	-71,4	-	-	-	-
6. С вредн. последств.всего	1053	209,8	1080	215,1	+2,5	133	26,5	98	19,5
7. Употр. алкоголя с вр. Посл.	255	50,8	245	48,8	-3,9	46	9,1	56	11,2
в том числе: подростки	224	1534, 2	194	1328, 8	-13,4	46	315,1	10	68,5
8. Употр. наркотик.с вр.посл.	744	148,2	789	157,2	+6,1	84	16,7	31	6,2
в том числе: подростки	29	198,6	19	130,3	-34,4	3	20,5	1	6,8
9. употр. токсикоман.с вр.посл.	54	10,8	46	9,2	-14,9	3	0,6	11	2,2
в том числе: подростки	36	246,6	26	178,1	-24,2	3	20,5	2	13,7

Статистические данные
 О контингенте больных с диагнозом **алкогольные психозы**
по районам Липецкой области
 за **6 месяцев 2011г.** (в сравнении с 6 мес. 2010г.)

	Состоит на учете на 01.07.2010г.		Состоит на учете на 01.07.2011г.		Изменение в %
	Абс.	На 100г.	Абс.	На 100г.	
1. Воловский	13	88,3	9	62,1	-29,7
2. Грязинский	78	107,0	54	73,8	-31,0
3. Данковский	40	108,7	27	74,2	-31,7
4. Добринский	69	174,7	37	97,1	-44,4
5. Добровский	20	84,7	6	25,5	-69,9
6. Долгоруковский	7	36,8	7	37,2	+1,1
7. Елецкий	16	56,7	20	71,4	+25,9
8. Задонский	18	51,3	23	65,9	+28,5
9. Измалковский	6	34,0	3	17,0	-50,0
10. Краснинский	6	42,3	11	78,0	+84,4
11. Лебедянский	40	94,8	29	69,7	-26,5
12. Лев-Толстовский	7	41,7	10	59,5	+42,7
13. Липецкий	25	56,3	24	54,9	-2,5
14. Становлянский	10	53,2	11	58,8	+10,5
15. Тербунский	5	22,0	5	22,2	+0,9
16. Усманский	47	93,3	34	67,9	-28,2
17. Хлевуенский	12	58,3	12	59,1	+1,3
18. Чаплыгинский	28	84,6	11	33,7	-60,0
19. г.Елец	230	206,8	170	153,8	-25,6
20. г.Липецк	434	86,4	373	74,3	-14,0
Всего по области	1111	95,5	876	75,7	-20,8

Статистические данные
 о контингенте больных с синдромом зависимости от **наркотиков**
по районам Липецкой области
 за 6 месяцев 2011г. (в сравнении с 6 мес. 2010г.)

	Состоит на учете на 01.07.2010г.		Состоит на учете на 01.07.2011г.		Изменени е в %
	Абс.	На 100г.	Абс.	На 100г.	
1. Воловский	5	34,0	6	41,4	+21,8
2. Грязинский	80	109,7	98	133,9	+22,1
3. Данковский	25	67,9	24	65,9	-2,9
4. Добринский	13	32,9	13	34,1	+3,6
5. Добровский	11	46,8	12	51,1	+9,2
6. Долгоруковский	4	21,1	3	16,0	-24,2
7. Елецкий	12	42,6	12	42,9	+0,7
8. Задонский	10	28,5	11	31,5	+10,5
9. Измалковский	1	5,7	1	5,7	-

10. Краснинский	5	35,2	6	42,6	+21,0
11. Лебединский	36	85,3	32	76,9	-9,8
12. Лев-Толстовский	11	65,5	12	71,4	+9,0
13. Липецкий	17	38,3	15	34,3	-10,0
14. Становлянский	5	26,6	6	32,1	+20,7
15. Тербунский	2	8,8	3	13,3	+51,1
16. Усманский	25	49,6	27	53,9	+8,7
17. Хлевенский	1	4,9	1	4,9	-
18. Чаплыгинский	16	48,3	19	58,3	+20,7
19. г.Елец	219	196,9	228	206,3	+7,8
20. г.Липецк	1325	263,7	1310	261,0	-1,0
Всего по области	1823	156,7	1839	158,8	+1,4

Данные по подростковой службе за 6 месяцев 2010-2011 г.г.

Диспансерная группа подростков за 6 мес. 2011г. (в сравнении за 6 мес. 2010г.)														
							Употр.		Употр.		Употр.		Всего	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011
Воловский	-	-	-	-	-	-	9	17	-	-	1	-	10	17
Грязинский	-	-	-	-	1	1	70	77	7	5	3	2	81	85
Данковский	-	-	1	-	-	-	28	27	-	-	10	6	39	33
Добринский	-	-	-	-	-	-	44	55	1	-	-	-	45	55
Добровский	-	-	-	-	-	-	22	20	-	-	-	-	22	20
Долгоруковск	-	-	-	-	-	-	15	9	-	1	-	-	15	10
Елецкий	-	-	-	-	-	-	13	10	-	-	-	1	13	11
Задонский	-	-	-	-	-	1	15	10	-	-	3	3	18	14
Измалковский	-	-	-	-	-	-	15	13	-	-	-	-	15	13
Краснинский	-	-	-	-	-	-	10	4	4	1	4	-	18	5
Лебединский	1	1	-	-	-	-	21	25	-	4	1	-	23	30
Л.Толстовский	-	-	-	-	-	-	25	12	-	-	-	-	25	12
Липецкий	-	-	-	-	-	-	16	11	-	-	-	-	16	11
Становлянский	-	-	-	-	1	-	6	4	-	-	-	-	7	4
Тербунский	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	-
Усманский	-	-	-	-	-	-	42	38	-	-	-	-	42	38
Хлевенский	-	-	-	-	-	-	16	17	-	-	3	5	19	22
Чаплыгинский	-	-	-	-	-	-	27	18	-	-	-	-	27	18
г.Елец	3	1	-	-	-	-	84	66	9	-	15	10	111	77
г.Липецк (100 тыс.подр.)	3 (19,0)	1 (6,8)	3 (19,0)	-	5 (31,6)	2 (13,7)	241 (152,5,3)	194 (132,8,8)	27 (170,9)	19 (130,3)	34 (215,2)	26 (178,1)	313 (198,1,0)	242 (165,7,5)
Всего: (100 тыс.подр.)	7 (17,7)	3 (8,2)	4 (10,1)	-	7 (15,7)	4 (11,0)	720 (182,2,8)	627 (171,7,8)	48 (121,5)	30 (82,2)	74 (187,3)	53 (145,2)	860 (217,7,2)	717 (196,4,4)