

СОЦИАЛЬНАЯ ГИГИЕНА И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 616.89—008.441.13—084.4(470.41)

ЗАДАЧИ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ТАТАРСКОЙ АССР В БОРЬБЕ С ПЬЯНСТВОМ И АЛКОГОЛИЗМОМ

Министр здравоохранения ТАССР В. К. Кириллов

В 1985 г. постановлениями ЦК КПСС «О мерах по преодолению пьянства и алкоголизма», Совета Министров СССР «О мерах по преодолению пьянства и алкоголизма, искоренению самогоноварения», Указом Президиума Верховного Совета СССР «Об усилении борьбы с пьянством и алкоголизмом» определен комплекс крупномасштабных мер, направленных на преодоление и искоренение из жизни советских людей этих злейших социальных пороков. Актуальность данной проблемы чрезвычайно высока и обусловлена разнообразием и силой отрицательного влияния употребления алкоголя как на судьбы отдельных людей, так и на развитие всего нашего общества, что подтверждается результатами научных исследований. Так, установлено, что смертность среди алкоголиков в 2—4 раза выше, чем среди населения в целом. До 50% дорожно-транспортных происшествий со смертельным исходом происходит в связи с употреблением спиртных напитков. У злоупотребляющих алкоголем мужчин заболеваемость в 1,5 раза выше, чем среди всего мужского населения. За год с каждым третьим мужчиной, злоупотребляющим спиртными напитками, и почти половиной больных алкоголизмом происходит несчастные случаи. Большинство людей, злоупотребляющих алкоголем, умирают в возрасте до 50 лет. Число случаев нетрудоспособности среди алкоголиков выше в 2,2 раза, а число дней нетрудоспособности — в 3 раза, чем среди других людей.

Претворение в жизнь намеченных партий и правительством мероприятий должно осуществляться совместными усилиями всего народа, но особая роль отводится работникам здравоохранения, имеющим самый непосредственный контакт с людьми с целью обеспечения их здоровья. Главным звеном здравоохранения, несущим основную ответственность за лечебно-профилактическую и организационно-методическую работу в борьбе с пьянством и алкоголизмом, является наркологическая служба.

Наркологическая служба в ТАССР была выделена в самостоятельную из психиатрической в 1976 г. За годы десятой-одиннадцатой пятилеток развитие службы определялось созданием ее материально-технической базы, что привело к значительному росту сети внебольничных и стационарных учреждений. Количество наркологических кабинетов за эти годы увеличилось в 3 раза, а наркологических коек — в 4,5 раза. Во внебольничном звене был организован новый вид помощи — фельдшерская наркологическая служба.

Быстрыми темпами растет обеспеченность населения квалифицированными работниками. С 1986 г. в каждом районе республики будет работать врач-нарколог. В настоящее время 42 врача из всех районов ТАССР закончили обучение на дополнительно организованном цикле специализации по наркологии в Казанском ГИДУВе; кроме того, 7 человек обучаются в интернатуре по наркологии. С 1985 г. функционируют постоянно действующие курсы по подготовке средних медицинских работников. С руководителями органов здравоохранения районов проведено совещание, специально посвященное комплектованию наркологической службы квалифицированными кадрами.

В условиях значительного улучшения материально-технической базы наркологической службы и усиления ответственности медиков за сохранение здоровья населения перед работниками здравоохранения республики ставится целый ряд программных задач, решение которых должно обеспечить успех дела борьбы с пьянством и алкоголизмом и способствовать их искоренению.

Упомянутые задачи должны решаться комплексно и в органическом единстве, однако, по нашему мнению, с организационной точки зрения целесообразно разбить их на шесть основных групп с последующей детализацией задач внутри этих групп.

1. Профилактика пьянства среди населения.

1.1. Воспитательная работа общего характера: повышение культурного уровня

населения, формирование антиалкогольных установок в рамках общественного сознания, организация досуга.

1.2. Санитарно-гигиеническое воспитание населения: повышение санитарной грамотности, пропаганда здорового образа жизни, искоренение вредных привычек.

1.3. Формирование трезвеннических установок у нового поколения советских людей: расширение знаний о влиянии алкоголя на организм, пропаганда материала в доступной и убедительной форме с учетом возраста и других характеристик.

Работа в данном направлении должна осуществляться, безусловно, совместными усилиями работников органов здравоохранения, культуры, просвещения, средств массовой информации с широким вовлечением общественности, участием администрации учреждений и предприятий. Тщательно продумать, согласовать и распланировать действия различных звеньев могут работники как здравоохранения вообще, так и наркологической службы в частности при самом непосредственном взаимодействии с партийными и советскими органами. Важными звеньями в реализации этих мероприятий должны явиться первичные организации общества борьбы за трезвость.

Все мероприятия по профилактике пьянства в рамках районов или городов целесообразно свести в единый план, утвержденный соответствующим исполнительным комитетом Совета народных депутатов. При разработке плана надо учесть психологические аспекты антиалкогольной пропаганды, определить наиболее чувствительные точки ее приложения, мотивацию употребления спиртных напитков различными группами населения.

Исследования, проведенные по РСФСР, выявили такое распределение причин употребления алкоголя: в 33,2% случаев — для улучшения настроения, в 27,1% — в связи с конфликтами в семье, в 16% — из-за конфликтов на работе, в 14,5% — в компаниях, где все выпивают, в 9,2% — в силу устоявшихся семейных традиций. Приведенные цифры варьируют по возрастным, половым и прочим группам, но вместе с тем доминируют те причины, которые вызваны желанием улучшить психологический настрой; лишь в 23,7% случаев употребление спиртного связано с какими-то традициями или привычками. Следовательно, основной упор в антиалкогольной пропаганде и при разработке соответствующих мероприятий надо делать на устранение отрицательных эмоций и развитие положительных, чему будут способствовать физкультура, спорт, другие здоровые увлечения и интересы.

2. Профилактика алкоголизма.

2.1. Первичная профилактика: выявление лиц, злоупотребляющих алкоголем; определение причин злоупотребления; осуществление индивидуальных мероприятий, направленных на прекращение злоупотреблений.

2.2. Профилактика рецидивов алкоголизма: строгий и тщательный учет лиц, прошедших курсы антиалкогольного лечения; периодическое и достаточно частое наблюдение за ними; проведение поддерживающего лечения в необходимом объеме.

Высокая эффективность мероприятий по профилактике алкоголизма должна быть обеспечена комплексным целенаправленным к ним подходом, наркологическая же служба призвана поднять уровень организационно-методического руководства этой работой. Поскольку алкоголизм начинается, как правило, на почве все большего употребления спиртных напитков, информация о злоупотребляющих алкоголем лицах может поступать из следующих источников: 1) медицинских вытрезвителей; 2) от врачей и средних медицинских работников различных служб (особенно участковой, неврологической, скорой помощи, травматологической) — о лицах, которых в процессе медицинского обслуживания заподозрили в пристрастии к спиртному; 3) от администрации предприятий и учреждений — о прогульщиках и нарушителях дисциплины; 4) от работников Министерства внутренних дел — о лицах, имевших приводы в милицию, морально неустойчивых; 5) от общественности, наркологических постов на предприятиях и по месту жительства — о нарушителях норм общежития, общественного порядка, об имеющих частые конфликты в семье, на работе и пр.

3. Ранняя диагностика алкоголизма.

Ранняя диагностика алкоголизма в организационном плане фактически совпадает с работой по его профилактике, в процессе которой и будут выявляться лица с первыми признаками алкоголизма или в начальный период рецидива заболевания. Задача медицинских работников в этих условиях заключается в оперативном переходе к лечебной работе.

4. Лечение алкоголизма.

4.1. Амбулаторное — в наркологических диспансерах или кабинетах, в том числе и анонимное.

4.2. Стационарное — в наркологических отделениях.

4.3. Улучшение качества соматической помощи больным алкоголизмом, находящимся на лечении в общесоматических стационарах, что особенно важно в плане проведения мероприятий по ежегодной диспансеризации населения по всем медицинским специальностям.

4.4. Принудительное лечение в лечебно-трудовых профилакториях.

Деятельность данных лечебных учреждений регламентирована соответствующими документами. Сотрудникам этих учреждений необходимо в полном объеме и качественно выполнять свои функции, обеспечивая каждому больному необходимое и активное лечение.

Учитывая важность всенародной борьбы с пьянством и алкоголизмом, мы считаем целесообразным активизировать роль общественных организаций и трудовых коллективов не только по месту работы больных алкоголизмом, но и на этапе их пребывания на лечении в наркологических учреждениях, в том числе и в учреждениях системы Министерства внутренних дел. Трудовые коллективы не должны ограничиваться только направлением своих работников на лечение, им следует систематически осуществлять контроль за ходом их лечения, поддерживать постоянный контакт с врачами-наркологами. Такая целенаправленная система взаимодействия работников наркологической службы и трудовых коллективов должна повысить качество и эффективность лечения, удлинить сроки ремиссий, а следовательно привести к повышению производительности труда.

5. Организационно-методическая работа.

Основной целью этого раздела работы является комплексное выполнение всей системы мероприятий по борьбе с пьянством и алкоголизмом, и здесь мы выделяем несколько крупных и наиболее важных подразделов.

5.1. Структурное обеспечение работы: медицинским персоналом, койками, учреждениями наркологической службы; создание общественных наркологических постов на предприятиях и в населенных пунктах. Основным организационным центром должны стать постоянно действующие комиссии по борьбе с пьянством при исполкомах городских (районных) Советов народных депутатов, аналогичные комиссии предприятий, организаций, а повседневное оперативное руководство должно осуществляться работниками наркологической службы.

5.2. Функциональное обеспечение: создание четкого перечня обязанностей для каждого структурного подразделения, участвующего в борьбе с пьянством и алкоголизмом.

5.3. Организация связи между структурными подразделениями. Для решения данной задачи необходимо продумать возможности связи и ее каналы на каждой конкретной территории, форму и периодичность обмена информацией между целым рядом структурных звеньев: диспансером, стационаром, наркологическими пунктами, постами, комиссиями по борьбе с пьянством и алкоголизмом, общественными организациями, администрацией предприятий и учреждений, службами скорой медицинской помощи, участковой и др., с работниками суда, прокуратуры, отделений милиции, с медицинскими вытрезвителями, лечебно-трудовыми профилакториями и пр. Связь должна быть оперативной, регулярной, предусматривающей передачу всей необходимой информации, исключающей ее потери и ошибки.

5.4. Информационное обеспечение деятельности наркологической службы. Кроме информации, получаемой через систему связи, упомянутую в п. 5.3., для полноценного функционирования в каждом учреждении наркологической службы следует иметь полный перечень документов, необходимых для деятельности этого учреждения: приказы, инструкции и т. п. Особое внимание нужно обратить на документальное оформление диспансерной работы, учет больных и злоупотребляющих алкогольными напитками.

Получение качественной информации, удовлетворяющей требованиям пп. 5.3. и 5.4., даст возможность реализовать весь комплекс мероприятий по раннему выявлению и лечению больных, постоянному наблюдению за ними, разработку и проведение дифференцированных мер воздействия (в том числе с широким привлечением общественности), причем без излишних формальностей и бюрократизма.

5.5. Работа с людьми, занятыми в решении определенных задач.

5.5.1. Работа с представителями наркологической службы: повышение квалификации; контроль за полнотой выполнения возложенных на них функций; привлечение к широкой пропагандистской работе, участию в различных семинарах, совещаниях, конференциях, составлении планов развития наркологической службы.

5.5.2. Работа с представителями других служб здравоохранения: антиалкогольная ориентация врачей, разъяснение им особенностей сочетанного течения алкоголизма с различными заболеваниями; нацеливание на раннее выявление больных алко-

лизмом, знакомство с проявлением ранних признаков заболевания, встречающихся на приеме у различных специалистов; более широкое привлечение к обследованию больных алкоголизмом.

5.5.3. Работа с представителями различных министерств и ведомств, в первую очередь — с работниками просвещения, культуры, торговли: повышение уровня знаний в области борьбы с алкоголизмом; обеспечение возможности для ведения доступной и наглядной агитационной работы.

5.5.4. Работа с администрацией различных учреждений и предприятий: создание антиалкогольного настроения; привлечение к участию в конференциях, совещаниях и других мероприятиях; контроль за строгим выполнением постановлений партии и правительства, а также рекомендаций врачей по разрыванию и усилению борьбы с алкоголизмом.

5.5.5. Работа с общественностью: разъяснительная работа; повышение уровня санитарно-гигиенических знаний; активизация деятельности общественных организаций в плане борьбы с пьянством и алкоголизмом, развитие и поддержка инициативы.

6. Научная работа.

В процессе повседневной деятельности представители наркологической службы не должны забывать о необходимости ее дальнейшего совершенствования. В связи с этим нужно постоянно обобщать и анализировать имеющиеся материалы, изучать эпидемиологические особенности пьянства и алкоголизма на конкретных территориях, искать новые организационные формы борьбы, при возможности тесно сотрудничать с учеными институтов медицинского профиля.

На основе изложенного, критической оценки возможностей материально-технической базы здравоохранения, анализа сложившейся в республике ситуации и выявления наименее разработанных направлений в деле борьбы с пьянством и алкоголизмом Министерство здравоохранения ТАССР планирует на предстоящее пятилетие создание новых городских наркологических диспансеров, межрайонных диспансеров для оказания наркологической помощи сельскому населению, подростковых кабинетов, фельдшерских наркологических пунктов на предприятиях, кабинетов для организации на предприятиях антиалкогольной пропаганды и оказания профилактической помощи нуждающимся. Поскольку определенная часть населения по каким-либо причинам не хочет обращаться в открытую лечебную сеть, планируется организация хозрасчетного анонимного отделения. В плане повышения качества наркологической помощи предусматривается ежегодная подготовка 20 врачей в Казанском ГИДУВе, 10 человек через интернатуру и 75 средних медицинских работников на соответствующих курсах повышения квалификации. Врачи лечебной сети будут охвачены обучением по вопросам профилактики пьянства, алкоголизма, методике проведения антиалкогольной пропаганды.

В республиканскую комплексную программу «Здоровье» на 1986—1990 гг. включен раздел, касающийся профилактики пьянства и алкоголизма. Совместно с учеными Казанского ГИДУВа и медицинского института разрабатываются медико-биологические и социально-экономические исследования по алкоголизму, готовятся методические рекомендации по раннему выявлению больных алкоголизмом, планируется проведение соответствующих семинаров, поднимаются вопросы о создании новых лекарственных средств, включении в программы медицинских и фармацевтических учебных заведений основ антиалкогольной пропаганды, создании в ГИДУВе кафедры или курса наркологии.

При разработке планов улучшения качества лечения больных алкоголизмом особое внимание обращается на необходимость широкого использования всего арсенала имеющихся методов профилактики и лечения. Для упорядочения организационной структуры службы должна соблюдаться этапность в наблюдении и лечении больных алкоголизмом с оказанием на каждом этапе дифференцированного объема лечебной помощи.

В республике проводятся и будут проводиться совещания по вопросам борьбы с пьянством и алкоголизмом для руководителей учреждений здравоохранения, врачей-наркологов и врачей других специальностей; заседания коллегии МЗ ТАССР с обсуждением работы по профилактике пьянства и алкоголизма в районах республики, совместные заседания с коллегией Министерства просвещения, Республиканского управления профессионально-технического образования, Министерства культуры, Министерства внутренних дел, совместные мероприятия с областным Советом профсоюзов, с обществами «Знание», Красного Креста и Красного Полумесяца.

Работники здравоохранения примут самое непосредственное участие в организации и деятельности местных отделений Всесоюзного добровольного общества борьбы

за трезвость, организации досуга населения, в пропаганде новых традиций и обрядов. При республиканском и городских домах санитарного просвещения будут функционировать постоянно действующие семинары по противоалкогольной пропаганде для медицинских работников, учителей, преподавателей системы профтехобразования, руководителей структурных подразделений промышленных предприятий и сельского хозяйства, будут созданы кино- и диафильмы, памятки по актуальным вопросам борьбы с пьянством, тиражированы в необходимом количестве лекции и беседы, методические разработки по антиалкогольной пропаганде для различных контингентов населения, особенно для женщин и подростков.

Все перечисленные планы представляют программу-минимум и при необходимости те или иные ее разделы могут дополняться и развиваться в соответствии с требованиями жизни.

Поступила 12.12.85.

УДК 616.31—053.4—084.3

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С КАРИЕСОМ ЗУБОВ

Х. М. Сайфуллина, П. А. Ковтонюк, Р. З. Уразова

*Кафедра стоматологии детского возраста (зав.— проф. Х. М. Сайфуллина) Казанского
ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова*

Высокая распространенность кариеса зубов у детей волнует не только детских стоматологов, но и специалистов других профилей. Особо следует отметить развитие кариеса у детей, еще не достигших двухлетнего возраста [2]. Распространенность кариеса у детей в возрасте 3 лет достигает 21%, 4 — 51%, 5 — 71% [1].

В последние годы предложен ряд рекомендаций по профилактике стоматологических заболеваний у детей с учетом возраста, а также стоматологического и общесоматического статуса. Особое значение в современных условиях приобретает диспансеризация с первичной профилактикой, направленной на устранение причин и условий возникновения и развития стоматологических заболеваний, а также на повышение устойчивости организма к воздействию неблагоприятных факторов окружающей среды. Для осуществления этих задач требуются усилия не только детского стоматолога, но и педиатра, наиболее активно осуществляющего патронаж развивающегося ребенка. Другим важным условием в осуществлении эффективной диспансеризации и действенной первичной профилактики стоматологических заболеваний у детей является изучение возможности их прогнозирования со своевременным формированием диспансерных групп и проведением в них необходимых превентивных мероприятий.

Целью данного исследования было изучение влияния ante- и постнатальных факторов риска на формирование резистентности временных зубов к кариесу, а также оценка эффективности первичной и вторичной профилактики кариеса временных зубов в диспансерных группах.

Было обследовано 2062 ребенка в возрасте от 1 года до 6 лет с выделением трех групп диспансерного наблюдения. 1-ю группу (53 чел.) составили дети с острым течением кариеса, 2-ю (63) — с острым течением; в 3-ю группу вошли 43 ребенка в возрасте от 1 года до 1,5 лет с выявленными факторами риска, но без кариеса зубов.

Клинико-лабораторными исследованиями было установлено, что распространенность острейшего кариеса среди детей данного возраста г. Казани составила $24,2 \pm 3,6\%$, острого — $20,6 \pm 3,7\%$. Острейшее течение кариеса встречается уже в возрасте 1 года и 2 мес. Следует подчеркнуть, что у детей данной группы анamnестически были выявлены ante- и постнатальные факторы риска, оказывающие неблагоприятное влияние на формирование и минерализацию твердых тканей временных зубов (см. табл.). Из таблицы видно, что у детей с острым течением кариеса (I—II группы здоровья) ante- и постнатальные периоды развития были более благоприятными, чем у детей с острейшим течением (II—III группы здоровья). Важно отметить, что дети с острейшим течением кариеса находились на искусственном вскармливании чаще ($47,2 \pm 6,8\%$), чем дети с острым течением ($28,6 \pm 5,7\%$).