

Кроме того, в паракератотическом слое больных псориазом ( $n=34$ ) установлена высокая активность трипсиноподобных ферментов —  $18,9 \pm 1,8$  нмоль/(мин·мг) белка, в контрольной группе —  $12,7 \pm 2,3$  нмоль/(мин·мг) белка ( $P < 0,05$ ). Обнаружено, что содержание хондроитинсульфатов в элементах сыпи находится в обратной зависимости ( $r = -0,54$ ;  $P < 0,01$ ), а уровень N-ацетилглютаминовой кислоты — в прямой ( $r = +0,65$ ;  $P < 0,01$ ) от активности трипсиноподобных энзимов.

## СОЦИАЛЬНАЯ ГИГИЕНА И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 616.89—008.441.13

### ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ПРОФИЛАКТИКИ АЛКОГОЛИЗМА

*И. С. Болотовский*

*Кафедра психиатрии (зав.— проф. Д. Г. Еникеев) Казанского института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина*

Постановление ЦК КПСС и Совета Министров СССР «О мерах по преодолению пьянства и алкоголизма» и Указ Президиума Верховного Совета СССР «Об усилении борьбы с пьянством и алкоголизмом» (май 1985 г.) являются важными государственными документами в борьбе с этими отрицательными социальными явлениями.

Следует различать понятия «пьянство» и «алкоголизм», поскольку по своей сущности они далеко не одинаковы, и это следует иметь в виду при проведении различных противоалкогольных мероприятий. Указанное различие отмечено и в приведенных выше партийных документах. Употребляет алкоголь большое число людей, но из общего числа пьющих хроническими алкоголиками становятся от 3 до 6% (Углов Ф. Г., 1985).

Профилактика алкоголизма должна начинаться с искоренения порождающего его пьянства, однако алкоголиков нельзя отождествлять с пьяницами. Пьянство — это систематическое, неумеренное употребление алкогольных напитков, морально-этическая распушенность с утратой контроля над своим поведением и действиями с теми или иными социальными последствиями; алкоголизм же — это болезнь. Хронический алкоголизм — заболевание, вызванное нарушением процессов обмена веществ в организме в результате злоупотребления спиртными напитками и сопровождаемое комплексом патологических расстройств: а) наркоманический синдром (наркоманическая зависимость и синдром измененной реактивности); б) соматоневрологические нарушения; в) отклонения со стороны психической сферы (характерологические нарушения, интеллектуально-мнестические расстройства, алкогольные психозы); г) социальные последствия.

Отсюда вытекает, что борьба с пьянством — это прерогатива администрации предприятий и учреждений, общественности, органов санитарного просвещения, общемедицинской сети, правовых органов. Борьбу же с алкоголизмом следует вести прежде всего наркологической службе, и первой ее задачей является лечение.

Потребление алкоголя, злоупотребление им необходимо отнести к числу основных факторов риска алкогольной болезни. Комплексная оценка социальных и медицинских критериев позволяет выявлять угрожаемый в отношении развития алкоголизма контингент «преалкоголиков». В настоящее время акцент противоалкогольной борьбы сместился от помощи хроническим алкоголикам к выявлению лиц, злоупотребляющих алкоголем.

Алкоголизм определяется тремя составляющими: 1) специфическими свойствами алкоголя; 2) индивидуальными биологическими и личностными особенностями; 3) социальным окружением личности. Профилактические мероприятия могут быть эффективными лишь при воздействии на эти три фактора.

Существует прямая связь между ростом потребления алкоголя и увеличением числа больных алкоголизмом среди населения. Основные пути профилактики потребления алкоголя можно свести к контролю за предложением и спросом, включающему следующие мероприятия: ограничение производства, ввоза, продажи спиртных напитков; широкий круг пропагандистских и воспитательных мероприятий на производстве, в семье, школе, армии.

Актуальной задачей советского здравоохранения является разработка научно

обоснованных мер по укреплению психического здоровья трудящихся, профилактики нервно-психических заболеваний, в частности хронического алкоголизма. В широком плане предупреждение пьянства и алкоголизма определяется координацией действий государственных и хозяйственных органов, партийных и общественных организаций, торговли, органов Министерства внутренних дел, здравоохранения. Профилактическое направление советской медицины теоретически и организационно предусматривает необходимость следующих трех видов профилактики по терминологии ВОЗ: первичной (превенция); вторичной (выявление начальных стадий; приостановление дальнейшего развития болезни; предупреждение и купирование рецидивов; борьба с хронизацией болезненного процесса); третичной (восстановление социального статуса и трудоспособности больных).

Первичная профилактика, направленная на предупреждение развития заболевания, использует в равной степени меры как медицинского характера, так и социальные и социально-гигиенические мероприятия, способствующие оптимизации экономических и социальных условий. К первичной профилактике можно отнести выявление лиц с повышенным риском заболевания или с инициальными признаками нарушений нервно-психического функционирования, близкими к болезни, а также меры предупредительного лечения и коррекции.

Вторичная профилактика, основанная преимущественно на специфической медицинской деятельности, представляет собой раннее выявление нервно-психических больных и активное проведение всего комплекса диагностических и лечебных мероприятий.

Третичная профилактика включает рациональное сочетание лечебных и социально-реабилитационных мероприятий, в том числе и по защите прав и законных интересов больных с соблюдением преемственности в попечении о больных по схеме «диспансер—стационар—диспансер».

Наиболее важным стратегическим направлением борьбы с пьянством и алкоголизмом является проведение в широком масштабе первичной профилактики алкоголизма с учетом конкретных факторов, определяющих генез злоупотребления алкоголем. Первичная профилактика алкоголизма основывается на мерах социального, медицинского и прежде всего психогигиенического предупреждения расстройств у различных контингентов населения и нацелена на оптимизацию экономических и социальных условий.

Итак, первичный этап профилактики включает следующее: 1) борьбу за трезвость; 2) предупреждение пьянства; 3) предупреждение алкоголизма. Она проводится по четырем кардинальным направлениям.

I. Широкая воспитательная работа среди населения. В нее входят повышение культурного уровня, формирование противоалкогольного общественного мнения, организация культурного досуга населения, особенно молодежи, оптимизация труда и пр. Каковы основные аспекты этого направления? Особое значение приобретают сегодня идеологическая работа, средства массовой информации, призванные помочь каждому осознать цели и задачи нашей общей борьбы, понять в ней свое место. Трудно переоценить в этом плане роль воздействия общественного мнения. В течение долгих лет у нас было распространено отношение некоей терпимости к пьяницам, даже сочувствия им. Антиалкогольная пропаганда велась стихийно, не затрагивала острых вопросов, не носила наступательного характера.

Одно из основных направлений первичной профилактики алкоголизма — формирование трезвеннических установок у подрастающего поколения. Большую роль в раскрытии внутренних, психологических закономерностей и причин пьянства играют художественная литература (например, «Серая мышь» В. Липатова) и живопись.

Партия особо подчеркивает необходимость улучшения организации досуга, прежде всего молодежи, создания условий, обеспечивающих разумное использование свободного времени. Принятые меры по преодолению пьянства и алкоголизма предусматривают существенное укрепление материальной базы культурно-просветительной и физкультурно-массовой работы.

II. Санитарно-гигиеническое воспитание населения. Это направление предусматривает повышение санитарной грамотности и культуры населения, пропаганду здорового образа жизни и искоренение вредных для здоровья привычек. Центральное место в решении данных задач отводится антиалкогольной пропаганде, перестроенной в соответствии с сегодняшними требованиями. Она включает развенчание связанной с алкоголем символики, актуализацию воздержания от алкоголя как нормальной, полноценной и общественно полезной позиции, разъяснение вреда, наносимого алкоголем, снижение терпимости населения к моральному

и материальному ущербу, наносимому обществу употреблением алкоголя. Одна из задач — критика порочных суждений о «культуре питья», об «умеренных» дозах, которые не только безвредны, но чуть ли не полезны. На местах санитарно-просветительную работу проводят дома санитарного просвещения, общественные организации, общество «Знание», Союз обществ Красного Креста и Красного Полумесяца, народные университеты, средства массовой информации (печать, радиовещание, телевидение). Определенную роль в антиалкогольной пропаганде играют общества трезвости, прошедшие в нашей стране большой и славный путь.

III. Общественные меры борьбы с пьянством и алкоголизмом. Они включают тесные контакты наркологической службы с комиссиями по борьбе с пьянством при исполкомах народных депутатов, при Советах Министров союзных и автономных республик. В системе здравоохранения работу по координации и организации борьбы с пьянством и алкоголизмом возглавляют постоянно действующие комиссии по борьбе с алкоголизмом. Эффективной организационной формой привлечения общественности являются противоалкогольные комиссии на предприятиях, в колхозах и т. п. К общественным формам борьбы с пьянством и алкоголизмом относится деятельность профсоюзных организаций, товарищеских судов, общественных пунктов охраны порядка. Одна из важных задач общественности — связь, преемственность с наркологическими службами в выявлении лиц группы риска.

IV. Административно-законодательные меры (юридический аспект). В нашей стране юридический аспект касается законодательных актов, которые можно разделить на три группы. Первая — определяет порядок производства и продажи алкогольных напитков (ряд ограничений по продаже; запрещение рекламы). Вторая — включает вопросы уголовного и административного права. Они регулируют ответственность граждан за преступления и проступки, связанные с потреблением алкоголя, пьянством и алкоголизмом: самогонарение; вовлечение несовершеннолетних в пьянство; лишение родительских прав; ограничение дееспособности злостных пьяниц и алкоголиков и установление над ними попечительства (ст. 16 ГК РСФСР); меры воздействия за появление в нетрезвом виде в общественных местах; наказание за управление транспортом в нетрезвом состоянии и т. д. Третья группа законодательных актов касается принудительного лечения по решению суда, когда больной отказывается от противоалкогольного лечения и нарушает общественный порядок. Изменения и дополнения, внесенные в антиалкогольное законодательство в 1985 г. для усиления его роли, имеют большое профилактическое значение.

Вторичная профилактика алкоголизма включает следующие направления: 1) раннее выявление и активное лечение лиц, страдающих хроническим алкоголизмом; 2) предотвращение срывов ремиссий и рецидивов, противорецидивная терапия, борьба с хронизацией алкогольной болезни.

Сравнительная оценка существующих активных и пассивных методов показывает, что выявление больных в основном (около 75%) осуществляется пассивным путем — за счет самостоятельной обращаемости больных за наркологической помощью. Как правило, это больные уже во 2 и 3-х стадиях болезни. Лечебно-профилактические учреждения органов здравоохранения могут сыграть на этом этапе одну из основных ролей как в обнаружении больных алкоголизмом на ранних стадиях заболевания, так и в привлечении их к противоалкогольному лечению. Для этого необходимо совершенствовать наркологическую осведомленность врачей-интернистов, разработать рекомендации по методике выявления впервые заболевших и лиц с повышенным риском возникновения алкоголизма.

Практически все больные алкоголизмом или лица в преκлинических стадиях заболевания обращаются за врачебной помощью в поликлиники, ЦРБ, медсанчасти, здравпункты, в дерматовенерологические и противотуберкулезные диспансеры в связи с различными соматическими заболеваниями. При сборе нозологического анамнеза (при гастритах, язвенной болезни, гепатитах, сердечно-сосудистых нарушениях и пр.) врач в ряде случаев не может не обратить внимания на этиологическую обусловленность этих заболеваний алкоголизацией. Различные телесные повреждения, черепно-мозговые травмы, отравления также нередко связаны с алкоголем. Анализ диспансерной статистики показывает, что не менее 40% женщин еще до взятия их на учет по поводу хронического алкоголизма состояли на учете у гинеколога. Поэтому в женских консультациях необходимо уточнять личностный и семейный анамнез.

По статистике примерно пятая часть злоупотребляющих спиртными напитками составляют лица в состоянии алкогольного опьянения, обратившиеся к службе ско-

рой медицинской помощи. Около 60% таких вызовов были сделаны по поводу травм и других несчастных случаев, 30% — в связи с глубокой алкогольной интоксикацией, 10% — с обострениями хронических заболеваний. Особое внимание в условиях участка следует обращать на семью как основной источник информации о лицах, злоупотребляющих спиртными напитками.

Большие задачи профилактического и лечебного порядка стоят перед специализированной наркологической (амбулаторной и стационарной) службой. Основное звено наркологической службы на современном этапе — наркологический диспансер, введенный в номенклатуру лечебных учреждений МЗ СССР. Важнейшее первичное звено специализированной помощи — наркологический кабинет, который опирается на фельдшерские наркологические пункты и общественные наркологические посты. Наркологический участок имеет характер участковой бригады, в которую входят врач-нарколог, несколько фельдшеров — помощников нарколога и общественные посты, формирующиеся в основном за счет актива обществ Красного Креста и Красного Полумесяца. Такая структура участкового звена дает возможность более активно выявлять ранние стадии алкоголизма, обеспечивать весь курс комплексной терапии во внебольничных условиях, осуществлять повседневный контакт с общественными организациями, партийными и советскими органами обслуживаемой территории и проводить совместные мероприятия. В настоящее время важна дальнейшая децентрализация наркологической помощи — выход в поликлиники, медсанчасти, медвытрезвители, сельские районы.

Неверным представляются попытки реализовать программы охраны психического здоровья с помощью лишь психиатрической и наркологической служб. Особенностью наркологической службы является то, что вся ее работа строится на основе тесного взаимодействия лечебно-профилактических, наркологических, психиатрических учреждений с деятельностью других ведомств и организаций общественно-государственного звена. Необходимо расширить наркологическую помощь населению, осуществлять ее на добровольных началах, анонимно и принудительно. Наиболее радикальные результаты достигаются на ранних стадиях предупреждения пьянства.

Третичная профилактика проводится силами прежде всего специализированной наркологической службы, органов Министерства внутренних дел, социального обеспечения и др. и направлена она на социально-трудовую и медицинскую реабилитацию больных, страдающих хроническим алкоголизмом. Это прежде всего профилактика инвалидности и реабилитация инвалидов. В реабилитации и реадaptации больных алкоголизмом большое значение придается трудотерапии. Имеется в виду не трудовая занятость, которая представляет собой какое-либо занятие сниженного уровня, а полноценный профессиональный труд. Примером являются наркологические отделения при промышленных предприятиях, где больные даже в далеко зашедших случаях сохраняют производственные и общественные связи, живут полноценной жизнью трудового коллектива, интересами рабочих участков, бригад.

Анализ причин рецидивов хронического алкоголизма показывает, что они часто обусловлены не только возникшей психической зависимостью, но и оставшимися для больных неразрешенными психологическими и микросоциальными проблемами. С целью санации окружающей микросреды мы активно воздействуем на семью больного, обучая родственников правильному поведению с больным, умению заполнять их досуг полезной деятельностью с выявлением положительных интересов, а также осуществлению над ними контроля. Необходимо помочь больному в создании вместо спиртного новой иерархии мотивов, в переключении интересов, потребностей на новые объекты, не связанные с алкоголем, с ритуалом выпивки. Такими мероприятиями могут быть занятия коллективным садоводством и огородничеством, различными ремеслами, туризм, коллекционирование и др.

«Социальные» или «терапевтические» клубы (иногда их называют клубами «бывших пациентов», а на Западе — «анонимных алкоголиков») также начинают играть большую роль в реабилитации наркологических и психических больных. Работу в них можно рассматривать как своеобразное сочетание поддерживающей психотерапии, лечение снотворными и развлечениями (поддерживающая психосоциотерапия). Накоплен достаточный опыт по проведению третичной профилактики алкоголизма с помощью антиалкогольных клубов в Москве, Прибалтике, Горьком, некоторых других городах. Заслуживает внимания опыт клуба трезвости «Феникс» (руководители В. Н. Попов, Б. Е. Быков), открытого в 1983 г. при Казанском дворце культуры строителей.

Для принудительного лечения и трудового перевоспитания лиц, страдающих хроническим алкоголизмом, в системе Министерства внутренних дел СССР организованы специальные учреждения — лечебно-трудовые профилактории. В них сосре-

доточиваются самые тяжелые контингенты больных. Принудительное лечение является гуманной мерой, направленной на восстановление у больных алкоголизмом здоровья, трудоспособности, семейных и социальных связей, на предупреждение преступлений и других антисоциальных поступков. При совершении того или иного правонарушения принудительное лечение от алкоголизма осуществляется в соответствии со ст. 62 УК РСФСР в местах лишения свободы. Следует отметить и ограничение дееспособности (ст. 16 ГК РСФСР), устанавливаемое над лицами, злоупотребляющими алкоголем, и наркоманами, ставящими свою семью в тяжелое материальное положение.

В плане реабилитации хронического алкоголизма необходимо иметь в виду и врачебно-трудовую экспертизу этого контингента больных, проводимую относительно редко, дифференцированно и с учетом особенностей каждого случая.

Поступила 05.03.86.

УДК 616.314.17—008.1—084.3

## ОПЫТ РАБОТЫ ПАРОДОНТОЛОГИЧЕСКОГО КАБИНЕТА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

Ф. Г. Гасимов, Г. В. Нигматуллина

*Кафедра терапевтической стоматологии (зав.— доц. Ф. Г. Гасимов) Казанского института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина, стоматологическая поликлиника № 5 г. Казани*

Большая распространенность и прогрессирующее течение болезней пародонта диктуют необходимость диспансерного наблюдения за такими больными. Мы располагаем более чем 10-летним опытом специализированного лечения этой категории пациентов. Работа в пародонтологическом кабинете осуществляется двумя специально подготовленными врачами и медицинской сестрой. В этом кабинете больные проходят лабораторное и рентгенологическое обследование, получают лечение; здесь же находится картотека диспансерного учета.

В зависимости от диагноза и характера течения процесса в пародонте больные разделяются на 3 диспансерные группы: 1-ю группу составляют больные с генерализованным пародонтизом I и II степени с частыми диффузными обострениями. Обычно это лица, отягощенные хроническими заболеваниями пищеварительного тракта, сердечно-сосудистой и эндокринной систем. Такие больные получают противорецидивное лечение 3 раза и более в году. Страдающие хронической сопутствующей патологией лечатся у соответствующих специалистов. Срок очередного курса лечения отмечается в диспансерной карте (Ф-30). Во 2-ю группу входят больные, страдающие генерализованным пародонтизом I—II степени с относительно благоприятным течением процесса, редкими обострениями локализованного характера. Больные получают противорецидивную терапию 2 раза в год, затем направляются для дальнейшего наблюдения к участковому стоматологу.

В 3-ю группу включены больные с хроническим катаральным и гипертрофическим гингивитом, а также переведенные из 1 и 2-й групп, у которых лечение вызывает полную ремиссию. Эти больные находятся под наблюдением участковых стоматологов в течение года. Лечебную помощь, включая ортопедическую, они получают по показаниям.

Больным, страдающим пародонтозом и генерализованным пародонтизом III степени, лечение в полном объеме проводится в пародонтологическом кабинете.

Таким образом, врач-пародонтолог оказывает диагностическую и лечебную помощь первичным больным, а также дифференцирует их по группам. Под диспансерное наблюдение и на лечение сроком до 2 лет он берет только часть больных I и II группы и по мере достижения ремиссии направляет их к участковому стоматологу. Вопросы перевода больных из одной группы в другую решаются с учетом склонности пародонтита к обострениям, а также состояния десны и альвеолярного отростка, глубины пародонтальных карманов, состояния прикуса и зубных протезов.

Работа врача-пародонтолога при такой организации труда складывается из ежедневного приема не более 3 больных, обратившихся первично, и 10—12 продолжающих лечение. Один день в месяц выделяется для приема диспансерных больных, находящихся на учете у пародонтолога. На курс лечения одного больного, без учета