

Хронобиология в наркологии: сезонные колебания обострений алкогольной зависимости и госпитализаций, а также внутрибольничных рецидивов среди городских и сельских жителей

АРТЕМЧУК А. Ф.

к.м.н., вед.н.с. Харьковского НИИ неврологии, психиатрии и наркологии МЗ Украины

На основе материалов собственных наблюдений и данных литературы проведен анализ причинно-следственных взаимосвязей между экзоэкологическими факторами гелиогеофизической природы и частотой обострений клинических состояний у больных с алкогольной зависимостью (АЗ), а именно: состояния влечения к алкоголю, коморбидной соматоневрологической патологии. Результаты показали, с одной стороны, четкую зависимость интенсивности показателя госпитализаций в связи с рецидивами алкоголизма и обострениями органопатологических осложнений алкоголизации от времени года и макроэкологических природных явлений, а с другой, — связь показателя экзоэкологически обусловленной неустойчивости ремиссии с микроэкологическими и эндоэкологическими особенностями: возрастом и полом больных, наличием черепно-мозговых травм (ЧМТ) и производственных вредностей в анамнезе, уровне толерантности к алкоголю, общим стажем и темпом прогрессивности заболевания. Сравнительный анализ результатов на выборках больных среди городских и сельских жителей позволяет предположить, что в дополнение к «стрессам жизни», характерным для большинства больных наркологического профиля, присоединяется существенный природно-экологический фактор — «метеостресс», что приводит к срыву нестойкого состояния адаптации. При этом нарушение гомеостатического регулирования происходит на всех уровнях организма: личностном, поведенческом, психическом, соматическом, нейрофизиологическом, биохимическом, что подтверждается соответствующими объективными исследованиями. Выявленные сезонные закономерности в обращении сельского населения за амбулаторной и стационарной наркологической помощью имеют устойчивый характер и не зависят от неодинаковых уровней болезненности населения алкогольной зависимостью и алкогольными психозами, охвата учтенного контингента стационарным и амбулаторным лечением в каждом анализируемом районе. Знание сезонных закономерностей обращения населения за амбулаторной и стационарной помощью и причин этой периодичности, необходимы для планирования эффективных форм профилактической и лечебной противоалкогольной работы, распределения нагрузки врачей-наркологов амбулаторной и стационарной сети, заполняемости наркологических отделений.

Введение

В числе сложнейших внешних — экологических и внутренних — эндоэкологических факторов и их взаимодействий как в норме, так и при патологии требуют специального рассмотрения глобальные метеорологические факторы, специфичные для определенных сезонов года: долгота дня, освещенность, температура и влажность воздуха; барометрическое давление, парциальное давление кислорода и т. д. В аспекте эндо- и экзоэкологических взаимоотношений заслуживает внимания и сложный комплекс гелиогеофизических характеристик (солнечная активность, хромосферные вспышки, напряженность магнитного поля Земли), а также резкие изменения выраженности этих показателей.

С позиции адаптациогенеза, все эти экзогенные факторы можно рассматривать в качестве физических стрессоров, воздействующих изолированно или комплексно и изменяющих внутреннюю среду и реактивность организма. В определенных условиях и у определенного контингента, в первую очередь, с лабильной, дефектной или ослабленной вегетативной нервной системой, которая отвечает за приспособление организма к изменениям окружающей среды (в частности, за сохранение внутреннего гомеостаза), у лиц с сосудистыми, эмоциональными и другими нарушениями возможно возникновение стандартных реакций нарушенного эндоэкологического статуса,

десинхроноза, биоритмических «сбоев» — негативных гелио- и геометеотропных реакций.

С нашей точки зрения, наиболее адекватными и показательными для изучения этих явлений и реакций в наркологической клинике являются эпидемиологический и клинико-статистический методы.

В настоящее время наличие нормальных градаций минутных, часовых, околосуточных, многодневных, годовых, многолетних и других устойчивых физиологических ритмов отдельных функций, биохимических реакций, активности отдельных органов, систем и организма в целом, не оспаривается никем. Выделены и изучены различные девиации таких ритмических характеристик, имеющих многофакторную обусловленность. Изучение причинно-следственных взаимосвязей между перечисленными факторами и особенностями нозологических состояний имеет чрезвычайно важное научно-практическое значение не только в аспектах самостоятельных разделов географической медицины и геоэкологии человека, но и в прикладном аспекте ранней диагностики и профилактики биосоциальных патологий.

Зависимость клинических и патофизиологических компонентов адаптации от гелиогеофизических факторов была замечена и подтверждена давно, вначале эмпирическим путем, а в последние годы изучается с позиций хронобиологии и хрономедицины [10, 27].

Нарушения периодичности функций организма у здоровых и у больных с алкогольной зависимостью в настоящее время привлекает все большее внимание исследователей. Обусловленность этих расстройств макроэкологическими природными явлениями находит все большее подтверждение и является предметом отдельного научного направления — «биоритмологии», «метеопатологии», «каранотерапии» [7, 9, 19, 21, 24, 32].

В имеющейся литературе по данному вопросу анализируется циркадианная временная организация обменных и электрофизиологических процессов при алкогольной зависимости, описаны особенности острого и хронического токсического действия алкоголя с хронобиологическими позициями, возникновения осложнений алкогольной болезни [5, 6, 7, 11, 12, 23].

Делаются попытки трактовать лабораторные маркеры алкогольной зависимости с позиций циркадной ритмичности хронотоксикологических эффектов алкоголя и продукта его окисления — ацетальдегида [13]; активности альтернативных путей детоксикации алкоголя [29]. Указывается, что алкоголь вызывает развитие внутрисистемного десинхронизма (Пятницкая И.Н., Иванов, 1985).

Установлена определенная сезонность заболеваемости алкогольными психозами [25], выявлена метеотропность вариаций алкогольного травматизма [20], имеются отдельные сообщения о метеотропности депрессивных состояний, суицидов, летальности при алкогольных синдромах [22; Магалиф А.Ю., Гофман А.Г., 1989—92 и др.].

Вместе с тем, несмотря на то, что алкогольная зависимость является прогрессивным заболеванием с четко выраженной закономерностью периодического течения, в литературе встречаются лишь единичные работы, посвященные специальному изучению суточных, сезонных или каких-либо других биоритмических закономерностей в возникновении и течении этого распространенного заболевания. Волнообразные характеристики алкогольной болезни четко проявляются в колебаниях выраженности основных клинических синдромов — периодичности запойных состояний, влечения к спиртному, возникновения рецидивов интоксикации, состояний лишения алкоголя, срыва ремиссии, изменений психоэмоционального статуса, динамики выраженности судорожной (эпилептиформной) активности мозга, обострения металкогольных заболеваний и т.д.

Можно предположить наличие определенной периодичности (в частности, сезонной) и в госпитализации больных наркологического профиля, их обращении за амбулаторной помощью, употреблении алкогольных напитков (внутрибольничные срывы) во время лечения. Эти сезонные различия могут определяться неодинаковой структурой и интенсивностью эмоциональных нарушений при основных алкогольных синдромах в различные времена года, возникновением отрицательных гелиометеотропных реакций, периодическим обострением сопутствующих соматических заболеваний, в первую очередь, сердечно-сосудистых, срывом нестойких адаптивных (гомеостатических) реакций и механизмов под влиянием резких изменений гелио- и геомагнитной активности, метеоклиматических и других природных факторов.

Вопросы изучения «биоритмической организации» отдельных клинических алкогольных синдромов, сезонных закономерностей в утяжелении алкогольной патологии, возникновении рецидивов и внутрибольничных срывов

имеют важное теоретическое и практическое значение, что и определило цель настоящего исследования.

Материалы и методы исследования

Проведен анализ сезонных обострений рецидивирующего алкоголизма и сезонного ритма внутрибольничных обострений влечения к алкоголю у больных алкогольной зависимостью, живущих в городской и сельской местности.

С целью выявления и изучения возможных сезонных закономерностей обращаемости сельского населения Украины за амбулаторной и стационарной наркологической помощью нами были организованы и проведены клинко-статистические исследования в шести основных территориально-экономических и географических регионах Украины. В каждом из таких регионов было выбрано для исследования по одному, наиболее типичному «базовому» району. В их числе: Золочевский район Львовской области — западный регион; Миргородский район Полтавской области — центральный регион; Котовский район Одесской области — южный регион; Изюмский район Харьковской области — промышленный регион, Вижницкий район Черновицкой области — горный регион; Сарненский район Ровенской области — полестье. Изучались показатели обращаемости больных алкогольной зависимостью сельских жителей за амбулаторной и стационарной специализированной наркологической помощью.

В понятие *обращаемость* мы вкладываем не однозначный смысл — это комплекс причин (медико-биологических, производственно-экономических, социальных), обусловивших потребность человека с алкогольными проблемами обратиться (впервые или повторно) за наркологической помощью к психиатру-наркологу.

Основная часть больных, состоящих на учете, представлена лицами молодого и зрелого, наиболее трудоспособного возраста (30—55 лет) (табл. 1). Исследованием выявлены различные уровни охвата больных наркологического профиля амбулаторными и стационарными видами лечения (табл. 2).

С целью изучения сезонных закономерностей движения больных с алкогольной зависимостью в наркостационаре крупного промышленного города, а также частоты и форм нарушений лечебного режима проведено сплошное клинко-эпидемиологическое обследование всего контингента лечившихся в отделении на 100 койко-мест в течение года (676 чел.), основную часть которого составили лица молодого и зрелого возраста (табл. 3). Более чем 80% из них — рабочие, третья часть — неквалифицированные рабочие.

Результаты и их обсуждение

Проведенный многофакторный анализ клинко-статистической информации о травмах, полученных в состоянии алкогольного опьянения и обусловивших госпитализацию 4173 больных в городское отделение специализированной травмы больных скорой помощи, выявил четкую сезонную динамику алкогольного травматизма и зависимость его от времени года, дней недели и времени суток.

Результаты анализа медико-статистических данных показали, что из года в год поступление больных в отделение специализированной травмы возрастало в весенне-летние и осенние месяцы. Увеличение количества поступивших начиналось в марте и достигало наиболее высоких значений в мае. В августе и сентябре число травми-

Таблица 1

**Возрастной состав больных алкогольной зависимостью,
состоящих на учете в сельских районах (в %)**

Район, регион	Возрастные группы (лет)							Возраст не указан
	16—19	20—29	30—39	40—49	50—59	60—69	> 70	
Миргородский, центральный	4,7	18,7	35,6	29,7	29,7	9,1	1,4	0,8
Вижницкий, горный	4,4	20,5	34,7	28,7	28,7	4,0	1,4	6,3
Золочевский, западный	11,4	15,6	40,2	17,5	17,5	4,6	0,6	0,1
Сарненский, полесье	7,0	28,1	42,4	78,7	18,7	3,4	0,2	—
Котовский, южный	4,7	18,4	39,4	28,3	28,3	6,8	1,7	0,4
Изюмский, промышленный	8,5	26,7	38,2	22,4	22,4	3,8	0,1	0,2

Таблица 2

**Охват учетного контингента больных с алкогольной зависимостью
амбулаторным и стационарным лечением (в %)**

Район, регион	Амбулаторное	Стационарное
Миргородский, центральный	9,4	6,0
Вижницкий, горный	35,8	1,9
Золочевский, западный	47,1	26,6
Сарненский, полесье	11,3	12,4
Котовский, южный	1,9	8,9
Изюмский, промышленный	25,9	11,6

Таблица 3

Возрастной состав обследованных больных

Возраст (лет)	До 20	21—30	31—40	41—50	51—60
Абсолютные числа	6	201	184	220	65
%	0,9	20,7	27,2	32,5	9,6

рованных в опьянении оставалось еще достаточно высоким, а с ноября вновь снижалось.

Тенденция ритмичности наблюдалась и в течение суток: основное количество поступлений (75,1%) наблюдалось в период от 16.00 до 24.00, минимальное (2,8%) — от 8.00 до 16.00.

Изучение сезонных закономерностей обращения сельских жителей базовых районов за амбулаторной и стационарной наркологической помощью выявило примерно одинаковую картину, за исключением Сарненского и Вижицкого районов (рис. 1).

Наиболее высокий уровень обращаемости населения за специализированной амбулаторной помощью в Изюмском, Золочевском, Миргородском и Котовском районах выявлен в зимне-весенний период (январь—май).

В Сарненском районе максимальный уровень обращения больных алкогольной зависимостью в наркоучреждения приходится на осенне-зимний период, что, по-види-

мому, связано с действием местных природно-экономических специфических факторов.

В Вижицком — горном — районе четко просматривается 2 пика в уровнях обращения за специализированной помощью — зимой и летом, что также является отражением действия местных природно-экономических условий.

Уровни госпитализации больных наркологического профиля тоже имеют четкий сезонный характер во всех анализируемых районах. В основном это зимне-весенний (февраль, март) и осенне-зимний (октябрь—декабрь) периоды.

Часто встречающееся сочетание травмы с алкогольным опьянением обуславливало взаимоопотенцирующие эффекты: наркотическое, нейротропное, анальгетическое, растормаживающее действие алкоголя способствовало травматизму, утяжелению и появлению комбинированных вариантов патологии, меняло клинику и затрудняло диагностику травм. С другой стороны, сама травма транс-

Распространенность алкогольных психозов и алкоголизма в сельских районах (на 10 тыс. населения)

Показатель \ Район	Изюмский	Миргородский	Вижницкий	Золочевский	Сарненский	Котовский
Алкогольные психозы	0,34	2,4	2,8	4,9	1,6	10,3
Алкогольная зависимость	120,2	134,7	89,9	126,2	98,8	141,1

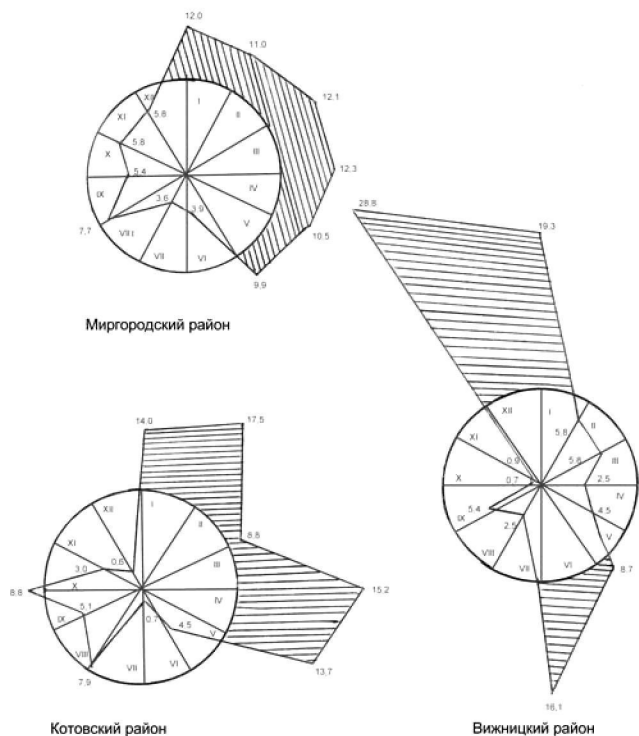


Рис. 1. Распределение обращаемости населения некоторых районов за специализированной нарколо­гической помощью по месяцам (I–XII) года

формировала клинику острой алкогольной интоксикации, наблюдался феномен несовпадения тяжести клинической картины опьянения с концентрацией алкоголя в крови. Все это имеет значение для профилактики травматизма, организации эффективных форм работы специализированных учреждений, планирования кадрового, медикаментозного, диагностического обеспечения реабилитационного процесса.

Среди причин обращаемости наиболее частыми были: значительное обострение клиники алкогольной болезни (тяжелые запойные состояния, абстинентные расстройства, компульсивные формы влечения к алкоголю, измененные формы опьянения, предделириозные состояния, острые алкогольные психозы и др.), утяжеление соматоневрологических последствий основных клинических алкогольных синдромов, а также проблемы, связанные с социальной-трудовой и семейной декомпенсацией.

Наиболее высокий уровень болезненности алкогольной зависимостью и алкогольными психозами отмечен в Котовском, Миргородском и в Золочевском районах;

низкий уровень — в Вижницком, Изюмском и Сарненском районах (табл. 4).

Анализ соотношения алкогольных психозов к алкогольной зависимости среди учтенного контингента свидетельствует о существенных различиях в структуре болезненности населения алкогольной патологией в различных базовых районах. Очевидно, это обусловлено как различиями в структуре, мощности и активности наркологической службы, так и местными географическими, производственно-экономическими, демографическими, культуральными и другими факторами.

Сезонные колебания движения больных с алкогольной зависимостью в наркологическом стационаре

Анализ динамики поступления больных с алкогольной зависимостью в наркостационар, их движения в отделение, числа и форм нарушений больничного режима выявил четкие сезонные колебания этих показателей на протяжении года.

Наиболее высокий уровень госпитализации больных алкогольной зависимостью имеет место весной (181 чел.), затем, по убывающей, летом (174 чел.), осенью (167 чел.), зимой (154 чел.) (табл. 5). Больше всего поступило больных в апреле (77 чел.) и январе (70 чел.); меньше всего — в феврале (38 чел.), марте (44 чел.), декабре (46 чел.), октябре (48 чел.) (табл. 5).

Высокие уровни госпитализации больных наркологического профиля в отдельные месяцы года четко коррелируют с количеством девиантных поведенческих реакций (ДПР), в т.ч. с данными о выписке из отделения за нарушение внутриведомственного режима. Например, в апреле поступило 77 чел., выписано за нарушение 37 чел.; в январе поступило 70 чел., выписано — 35 чел. К видам ДПР относили: употребление спиртных напитков в отделении, самовольный уход из стационара, отказ от лечебных и диагностических процедур, драки, несанкционированное употребление седативных, снотворных, психостимулирующих и других психоактивных веществ.

Наиболее детальный клинический анализ полученных данных был проведен за четыре срединных месяца каждого сезона: октябрь (осень), январь (зима), апрель (весна), июль (лето).

Сравнение обследованных больных по возрастным характеристикам (табл. 6) показало, что в летний период госпитализируются лица, которые в среднем на 10 лет старше, чем госпитализируемые в остальные сезоны года. Так, например, если в октябре поступили на стационарное лечение только 36,7% больных наркологического профиля в возрасте 41–60 лет, то в июле — уже 50,1% (P<0,05).

Таблица 5

Некоторые показатели деятельности наркологического стационара в течение года

Показатели	Сентябрь	Октябрь	Ноябрь	Декабрь	Январь	Февраль	Март	Апрель	Май	Июнь	Июль	Август
Число поступивших на лечение	62	48	57	46	70	38	44	77	60	57	57	60
Число больных, склонных к ДПР, в т.ч. замеченные в нетрезвом состоянии	100 47	70 15	65 19	70 16	83 36	63 31	80 32	72 33	57 26	59 29	82 39	71 31
Количество ДПР, в т.ч. употребление алкоголя	262 81	213 29	178 25	176 26	203 58	144 43	173 54	168 61	131 53	153 57	229 99	228 60
Число ДПР на одного больного (P1)	2,6	2,1	1,8	1,8	2,0	1,4	1,7	1,7	1,3	1,5	2,3	2,3
Число нарушений на одного больного, склонного к ДПР (P2)	2,6	3,0	2,7	2,5	2,5	2,3	2,2	2,3	2,3	2,6	2,8	3,2
Выписано больных, склонных к ДПР	20	26	19	12	35	26	27	37	21	21	22	14

Все больные, как правило, были госпитализированы на выраженных стадиях алкогольной болезни: в январе и апреле (т. е. зимой и весной) — чаще с симптоматикой III стадии (27,8% и 32,9%, соответственно против 3,4% и 3,2% в октябре и июле; $P < 0,01$) (табл. 7).

Интересно, что численное соотношение между больными с постоянной формой употребления алкоголя и запойным пьянством носит устойчивый характер в различные сезоны года (примерно 1:4,5) и, по-видимому, отражает какие-то общие биологические и социальные закономерности в клинике этого заболевания (табл. 8).

У основной части больных в анамнезе отмечались кратковременные запои (до 3–5 дней), возникновение которых было обусловлено внутренней динамикой негативных психоэмоциональных и патофизиологических состояний.

Существенные различия в сезонной обращаемости выявлены между больными с учетом типа течения алкогольной зависимости. Наиболее тяжкий контингент больных с быстро прогрессирующим течением преимущественно госпитализируется осенью и весной (соответственно 51,8 и 30,4%; ($P < 0,001$), (табл. 9).

Таблица 6

Возрастные характеристики больных, госпитализированных в различные сезоны года (в %)

Возраст (лет)	Октябрь	Январь	Апрель	Июль
До 20	—	—	1,3	—
21–30	33,3	30,6	29,1	28,1
31–40	30,0	31,9	27,8	21,9
41–50	26,7	25,0	36,7	43,8
51–60	10,0	11,1	5,1	6,3

Таблица 7

Распределение госпитализированных больных по стадиям алкогольной зависимости (в %)

Стадии болезни	Октябрь	Январь	Апрель	Июль
I	10,3	7,0	3,8	3,2
II	82,2	63,9	63,3	93,5
III	3,4	27,8	32,9	3,2

Таблица 8

Распределение госпитализированных в течение года больных по форме пьянства (в %)

Форма употребления алкоголя	Октябрь	Январь	Апрель	Июль
Постоянное пьянство и длительные запои	23,3	22,2	24,1	25,8
Запой средней длительности	13,3	13,9	7,6	16,1
Кратковременные запои	63,3	56,9	69,6	58,1

Таблица 9

Распределение госпитализированных в течение года больных по тяжести течения алкогольной зависимости (в %)

Тип течения алкогольной зависимости	Октябрь	Январь	Апрель	Июль
Быстропрогредиентный	51,5	13,9	30,4	6,9
Умереннопрогредиентный	7,4	20,8	19,0	17,2
Медленнопрогредиентный	40,7	59,7	50,6	75,9
Постоянный	—	1,4	—	—
Ремиттирующий	—	1,4	—	—

Примечательно, что имеет место обратная закономерность в отношении больных с медленнопрогредиентным течением, которые чаще поступают в наркологический стационар зимой и летом (соответственно 59,7 и 75,9%; $P < 0,05$).

Осенью и весной достоверно чаще ($P < 0,001$) госпитализируются больные алкоголизмом с наличием выраженной соматической патологии, причем в сочетанных вариантах, например с алкогольной кардиомиопатией и гепатитами или алкогольным панкреатитом (табл. 9).

В структуре соматической патологии по распространенности идут: черепно-мозговые травмы, заболевания печени и желудка, туберкулез, ревматизм, гипертоническая болезнь, пояснично-крестцовый радикулит.

Почти половина пациентов наркологического профиля, поступивших осенью, весной и летом, выписывается за повторные нарушения больничного режима, что свидетельствует об отсутствии действенной психологической, психотерапевтической и фармакологической помощи им в период высокого риска возникновения внутрибольничных рецидивов.

Проведенное исследование выявило четкую периодичность годового движения больных в наркологическом стационаре в условиях крупного промышленного города.

Клинико-эпидемиологические корреляции внутрибольничных рецидивов алкоголизации с сезонными колебаниями выраженности гелиогеофизических факторов

По материалам сплошного клинико-эпидемиологического исследования всего контингента больных, поступивших в наркостационар в течение года (676 чел.), выявлен высокий процент ДПР. Возникновение ДПР свидетельствует о тяжелой алкогольной зависимости, неполном, незавершенном купировании влечения к спиртному, существенных нарушениях нервной системы у больных, и в целом — о несовершенстве организации режима наблюдения и всего лечебно-реабилитационного процесса в отде-

лении. Вместе с тем, мы обратили внимание, что характер и выраженность ДПР, колебание их уровня в различные календарные сезоны, месяцы и дни могут иметь и другие причины как экзогенного (негативные семейные, погодные, гео- и гелиомагнитные), так и эндогенного (сосудистые и эмоциональные нарушения, общая недостаточность защитно-приспособительных механизмов, срыв адаптационных реакций) характера.

Наибольшее число пациентов с ДПР выявлено в сентябре (из 100 чел., находящихся в стационаре, практически у всех), в январе (83 чел.), июле (82 чел.) и марте (80 чел.), причем половина всех случаев нарушения больничного режима проявилась в употреблении спиртного, вторая половина — в уклонении от лечебных процедур, уходе из стационара. Кроме того, у большинства пациентов в течение курса лечения регистрировались повторные ДПР. Наибольшее число случаев ДПР в отделении отмечено практически в те же месяцы, для которых характерно высокое число пациентов с ДПР (табл. 5), т.е. в сентябре (262 случая), июле (229), августе (228), октябре (213) и январе (203). Это почти вдвое выше, чем в такие месяцы, как февраль, май, июнь. Наиболее высокий показатель числа ДПР на одного использованного больного (показатель P1) отмечается в два осенних месяца (сентябрь — 2,6; октябрь — 2,1), два летних (июль и август — по 2,3) и в январе (2,03).

Наиболее высокий показатель числа ДПР на одного пациента с ДПР (показатель P2) имеет место в те же месяцы (в октябре — 3,04; в августе — 3,2; в июле — 2,8).

Таким образом, наиболее неблагоприятными в плане числа пациентов с ДПР и количества ДПР являются месяцы сентябрь, октябрь, январь, апрель, июль и август.

Увеличение числа ДПР летом (июль, август) частично может быть обусловлено снижением полноты и качества лечения больных, ухудшением их дисциплины в отпускной для медперсонала период. Об этом косвенно свидетельствуют наиболее удовлетворительные показатели дея-

Таблица 10

Данные о характере и частоте сопутствующей соматической патологии у больных алкоголизмом (в %)

Характеристики	Октябрь	Январь	Апрель	Июль
Сопутствующая патология (всего), в том числе:	86,2	75,0	82,3	56,3
хронические соматические заболевания	69,0	52,8	74,7	46,9
черепно-мозговые травмы (ЧМТ)	52,2	37,5	40,5	28,1
хронические соматические заболевания и ЧМТ одновременно	34,5	16,7	27,8	12,5
2–3 хронических соматических заболеваний одновременно	24,1	16,7	35,4	12,5
Болезни печени	17,2	15,2	13,9	9,4
Болезни желудка	13,8	12,5	22,8	12,5
Резекция желудка	10,3	8,3	5,1	3,1
Туберкулез	17,2	1,4	6,3	6,3
Резекция легкого	6,9	1,4	3,8	6,3
Ревматизм	10,3	4,2	2,6	6,3
Гипертоническая болезнь	13,8	5,6	7,6	3,1
Пояснично-крестцовый радикулит	6,9	9,7	21,5	3,1

тельности наркологического стационара в мае и июне, т.е. до начала массового ухода сотрудников в отпуск по тарифному графику.

Увеличение числа больных с ДПР и общего числа ДПР в осенне-зимние и зимне-весенние месяцы можно объяснить ухудшением психоэмоционального и физического состояния больных в ответ на действие метеоклиматических, гелиогеофизических или каких-либо других сезонных факторов. Эта гипотеза требует специального рассмотрения.

Клинико-статистическое сопоставление годовых показателей числа ДПР по дням, месяцам и сезонам с данными, полученными из Харьковской метео- и астрофизической лаборатории за этот же период (колебания атмосферного давления, солнечной и геомагнитной активнос-

сти), выявило полное их совпадение (табл. 12, 13; рис. 2–4). Как следует из табл. 11, число больных с ДПР и количество совершаемых ими ДПР значительно возрастает в дни, месяцы и сезоны года, для которых характерна большая частота резких колебаний атмосферного давления. При этом, чем чаще колебания давления и чем больше их амплитуда, тем больше в отделении пациентов с ДПР и общее число самих ДПР. Эта зависимость носит четкий и устойчивый характер (рис. 2–4).

Между колебаниями солнечной активности, геомагнитными явлениями (магнитные бури) и числом ДПР у больных с алкогольной зависимостью в условиях наркологического стационара также имеется четкая, но отставленная во времени зависимость. Как правило, количество ДПР возрастает с запаздыванием на 2–3 дня после сол-

Таблица 11

Распределение длительности пребывания больных алкоголизмом, склонных к ДПР, в наркологическом стационаре (в %)

Длительность (дни)	Октябрь	Январь	Апрель	Июль
До 10	19,2	9,4	21,4	28,6
11–20	19,2	9,4	25,0	14,3
21–30	15,4	15,7	7,1	14,3
31–50	23,1	34,4	21,1	14,3
51–70	11,5	21,9	14,3	14,3
71–80	11,5	6,3	7,1	7,1
Больше 80	—	3,1	3,6	7,1

Частота и величина колебаний атмосферного давления в течение 12 анализируемых месяцев

Показатели	Число резких колебаний атмосферного давления (>10 мм рт. ст.) по месяцам	За квартал	Колебания атмосферного давления от min до max в мм рт. ст.
Сентябрь	7	17	от 736 до 755
Октябрь	6		от 731 до 761
Ноябрь	4		от 736 до 758
Декабрь	6	22	от 729 до 760
Январь	9		от 725 до 759
Февраль	7		от 732 до 755
Март	7	17	от 720 до 757
Апрель	5		от 735 до 755
Май	5		от 726 до 751
Июнь	2	6	от 737 до 751
Июль	1		от 735 до 748
Август	3		от до

нечной вспышки или магнитной бури. Реакция на эти метеоявления носит, таким образом, отсроченный характер.

Наиболее неблагоприятной в плане числа ДПР в наркологическом отделении является вторая декада каждого месяца. Именно во второй декаде, согласно данным аст-

рообсерватории, имеет место наибольшая частота и интенсивность хромосферных вспышек и магнитных бурь (табл. 12).

Полученные данные подтверждены результатами аналогичных исследований, проведенных нами в течение трех лет.

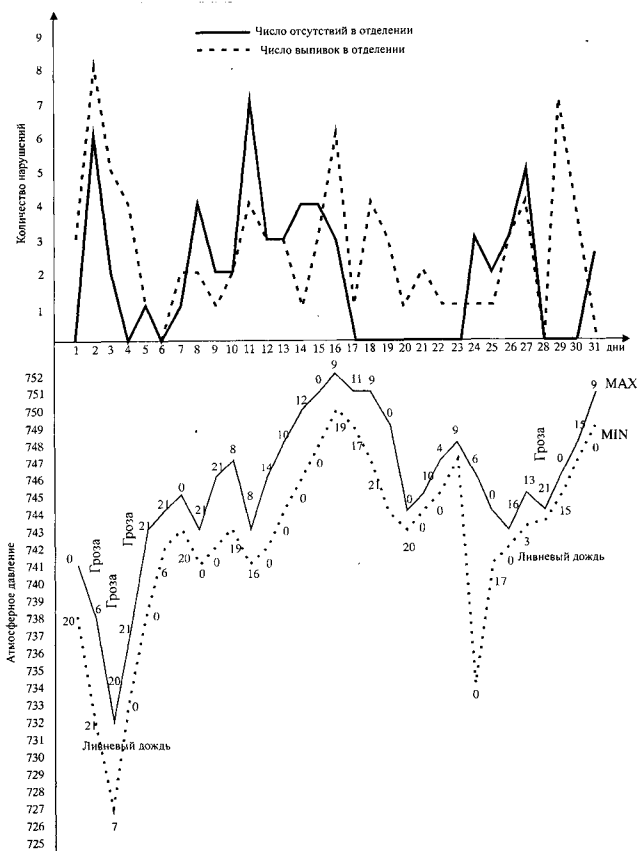


Рис. 2. Частота возникновения ДПР в наркостанции у больных АЗ в связи с выраженностью изменений барометрического давления в октябре. В нижней части рис. Цифрами на кривых обозначены часы суток для max и min барометрических показателей

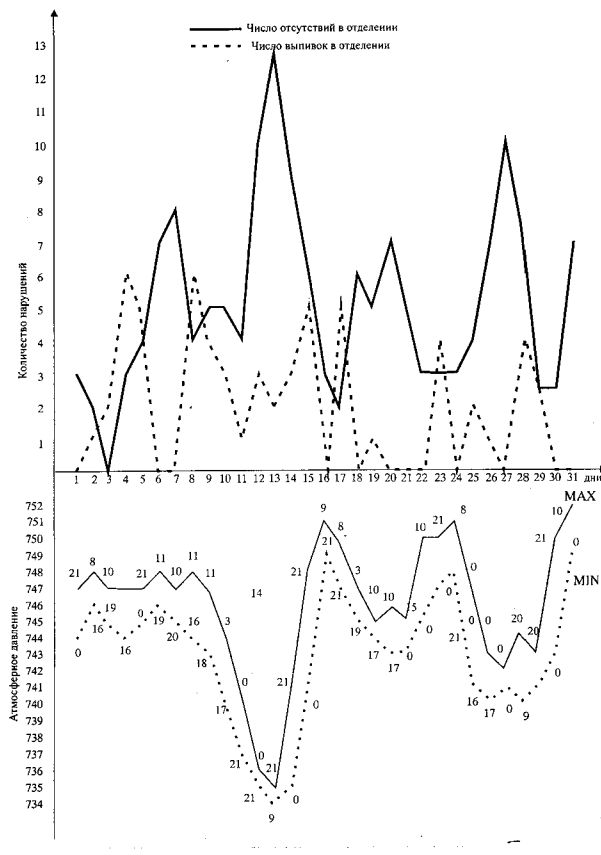


Рис. 3. Частота возникновения ДПР в наркостанции у больных АЗ в связи с выраженностью изменений барометрического давления в августе. В нижней части рис. Цифрами на кривых обозначены часы суток для max и min барометрических показателей

Данные о числе и характере ДПР у обследованных больных в зависимости от солнечной и геомагнитной активности

Показатели		Сентябрь	Октябрь	Ноябрь	Декабрь	Январь	Февраль
I декада месяца	Число больных с ДПР	51	32	29	28	39	30
	Число ДПР	83	71	58	41	62	46
	Число хромосферных вспышек, непосредственно предшествующих ДПР	4	2	1	3	1	1
	Число магнитных бурь, предшествующих ДПР	3	6	3	4	4	5
II декада месяца	Число больных с ДПР	55	35	35	21	44	34
	Число ДПР	103	94	70	48	92	59
	Число хромосферных вспышек, непосредственно предшествующих ДПР	4	—	5	4	—	—
	Число магнитных бурь, предшествующих ДПР	3	5	—	11	6	7
III декада месяца	Число больных с ДПР	45	31	26	40	33	19
	Число ДПР	74	47	53	89	50	35
	Число хромосферных вспышек, непосредственно предшествующих ДПР	1	3	3	4	—	2
	Число магнитных бурь, предшествующих ДПР	5	2	5	7	—	3

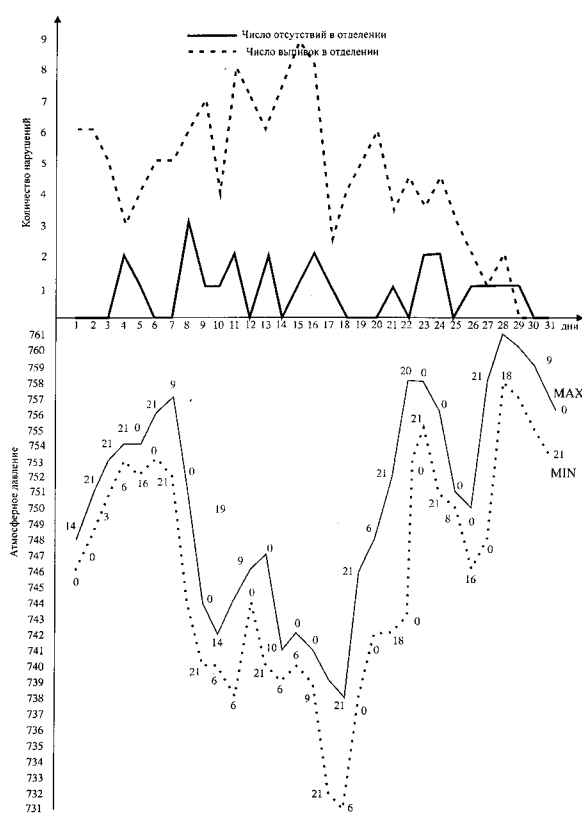


Рис. 4. Частота возникновения ДПР в наркостационаре у больных АЗ в связи с выраженностью изменений барометрического давления в мае. В нижней части рис. Цифрами на кривых обозначены часы суток для max и min барометрических показателей

Заключение

Таким образом, учащение числа внутрибольничных рецидивов, происходящее в гелио- и геомагнитно-возмущенные периоды, в дни, месяцы и сезоны с резкими и частыми колебаниями атмосферного давления, уменьшением парциального давления кислорода в воздухе, мы должны рассматривать как привычную форму патологической гелиометеотропной реакции у больных с алкогольной зависимостью и трактовать с позиции теории адаптогенеза.

Больных наркологического профиля следует относить к метеочувствительным людям с высоким риском возникновения отрицательных гелиогеометеотропных реакций (метеопатологии), нередко являющихся пусковым механизмом внутрибольничных нарушений режима в условиях недостаточной полноты лечения и медицинского контроля. Резкие и частые колебания погодных факторов, гелио- и геомагнитной активности сопровождаются явлениями десинхронизации внутренних ритмов организма, нарушениями гомеостаза, развитием негативных психоэмоциональных состояний, субстрессовых и стрессовых реакций, в первую очередь, у лиц с патологией вегетативной нервной системы, тяжелым течением основных алкогольных синдромов и наличием сопутствующей соматической, особенно сердечно-сосудистой патологии (т.е. нарушенным эндоэкологическим статусом).

Так, статистическая обработка данных о выездах скорой медицинской помощи позволила сделать вывод, что ведущим фактором, влияющим на динамику обострений сердечно-сосудистых заболеваний, является возмущение магнитного поля Земли [14].

Наибольшее негативное влияние оказывают очень большие и продолжительные геомагнитные бури, а также хромосферные вспышки.

В магнитно-спокойные дни средняя ежесуточная заболеваемость населения инфарктом миокарда составляла $1,62 \pm 0,0038$. В магнитно-активные дни она достигла $2,43 \pm 0,109$ [14].

При резких колебаниях атмосферного давления, гелио- и геомагнитной активности меняются электрокардиограмма, артериальное давление, частота пульса и дыхания [28]; ухудшаются общее самочувствие, настроение, работоспособность.

Действие электромагнитных полей Земли малой напряженности вовлекает в реакцию основные системы регуляции гомеостаза: центральную нервную систему, нейроэндокринные механизмы, систему крови. При длительной экспозиции изменения в организме не ограничиваются функциональными сдвигами и могут переходить в деструктивные процессы, наиболее отчетливо выраженные в сердце, печени, поджелудочной железе, легких и головном мозге [16].

Проведенное исследование выявило четкий сезонный характер обращения населения Украины за амбулаторной и стационарной наркологической помощью. Максимальные уровни обращаемости приходятся на зимне-весенний и осенне-зимний периоды, в которые нарастает число дней с контрастной сменой погоды, изменением длительности светового дня, негативным действием различных метеофакторов. Последние, по-видимому, ухудшают психоэмоциональное и физическое состояние больных, способствуют возникновению запойных состояний, утяжелению синдрома лишения алкоголя.

Список литературы

1. Агаджанян Н.А. Человек и биосфера (медико-биологические аспекты). — М.: Знание, 1987. — 96 с.
2. Агаджанян Н.А. Экология человека — современное состояние и перспективы развития // Вестник АМН. — 1989. — С. 4—8.
3. Андропова Т.Н., Деряпа Н.Р., Соломатин А.П. Гелиометротропные реакции здорового и больного человека. — Л.: Медицина, 1982. — 248 с.
4. Биоритмы и труд. — Л.: Наука. — 144 с.
5. Воробьева Т.М., Волошин П.В., Пайкова Л.Н. с соавт. Нейробиология патологических влечений: алкоголизма, нарко- и токсикомании. — Х.: изд. Основа, 1993 — 176 с.
6. Деряпа Н.Р., Мошкин М.П., Поеный В.С. Проблемы медицинской биоритмологии. — М.: Медицина, АМН СССР, 1985. — 208 с.
7. Дильман В.М. Большие биологические часы: Введение в интегральную медицину. — М.: Знание, 1981. — 208 с.
8. Дубров А.П. Симметрия биоритмов и реактивности. — М.: Медицина, 1987. — 176 с.
9. Израэль Ю.А. Экология и контроль состояния природной среды. — Л.: Гидрометеоздат., 1984. — 560 с.
10. Комаров Ф.И., Раппопорт С.И. Хронобиология и хрономедицина — Тюмень, 2000.
11. Корнетов А.Н., Самохвалов В.П. Корнетов Н.А. Ритмологические и экологические исследования при психических заболеваниях. — К.: Здоров'я, 1988. — 208 с.
12. Короленко Ц.П., Бочкарева Н.Л. Особенности некоторых экзогенных интоксикаций в условиях Севера. — Новосибирск: Наука, 1982. — 121 с.
13. Латенков В.П., Губин Г.Д. Биоритмы и алкоголь. — Новосибирск: Наука, 1987. — 175 с.
14. Мизун Ю.Г., Мизун П.Г. Космос и здоровье. — М.: Знание, 1984, — 144 с.
15. Мизун Ю.Г. Космос и здоровье. — М.: ВЕЧЕ. АСТ, 1988. — 368 с.
16. Моисеева Н.И., Любичкий Р.Е. Воздействие гелиогеофизических факторов на организм человека. — Л.: Наука, 1986. — Т. 54. — 136 с.
17. Моисеева Н.И., Сысоев В.М. Внешняя среда и биологические ритмы. — Л.: Наука, 1981. — 126 с.
18. Никберг И.И., Ревуцкий Е.Л., Сакали Л.И. Гелиометротропные реакции человека. — Киев: «Здоров'я», 1986. — 144 с.
19. Оранский И.Е., Царфис П.Г. Биоритмология и хронотерапия. — М.: Высшая школа, 1989. — 159 с.
20. Рожинский М.М., Акопов В.И., Бляхман С.Д. Клинические и социальные вопросы алкоголизма. — Чита, 1972. — С. 110—114.
21. Романов Ю.А. Пространственно-временная организация биологических систем. Актовая речь. — М., РГМУ. — 2001. — 38 с.
22. Сакамото-Момияма М. Сезонность и смертность человека: Пер. с англ. — М.: Медицина, 1980 — 245 с.
23. Семке В.Я. Экологическая психиатрия: настоящее и будущее. // Социальная и клиническая психиатрия. — 1992. — №3. — С. 5—13.
24. Смирнов В.К., Нечипоренко В.В., Рудой И.С. и др. Психиатрия катастроф// Воен.-мед. журн. — 1990. — № 4. — С. 49—56.
25. Сосин И.К., Кутыская Р.М., Никитин Н.В. Сезонность заболеваемости алкогольными психозами, 1995.
26. Степанова С.И. Актуальные проблемы космической биоритмологии. — М.: Наука, 1977. — 311 с.
27. Степанова С.И. Биоритмические аспекты проблемы адаптации. — М.: Наука, 1986. — 242 с.
28. Чаклин А.В. География здоровья. — М.: Знание, 1986. — 152 с.
29. Чернобровкина Т.В. Биоритмология энзимопатий/ В кн.: Энзимопатии при алкоголизме. — К.: Здоровья, 1992. — С. 57—71.
30. Чижевский А.Л. Земное эхо солнечных бурь (Многолетние наблюдения за активностью Солнца и эпидемиями, пандемиями инфекционных заболеваний, смертностью людей и животных и т.д.). — М.: Мысль, 1976. — 367 с.
31. Энхольм Э. Окружающая среда и здоровье человека. — М.: Прогресс, 1980.
32. Poikolainen Kari. Seasonally of alcohol — related hospital admissions has implications for prevention// Drug and Alcohol Depend. — 1982. — Vol. 10, № 1. — P. 65—69.

CHRONOBIOLOGY IN NARCOLOGY: SEASON VARIATION OF PATIENTS HOSPITALIZATIONS IN CONSEQUENCE OF ALCOHOL DEPENDENCE RELAPS AND FLUCTUATIONS OF AMBULANCE RECIDIVISM IN TOWN AND COUNTRY POPULATION

ARTEMCHUK A.F. cand.med.sci., psychotherapeutics,
head researcher of Institute of neurology,
psychiatry and narcology of Ukraine AMS, Kharkov

The phenom of closely correlation between the recidivs of alcoholism frequency and stressor effects of cosmic factors including meteorology situations, solar activity, the barometric atmosphere pressure and so on, is described. Interaction of endo- and exoecological factors is analised in connection with preventive and rehabilitative problems in narcodependent patients.