

Региональная динамика и исходы заболеваемости алкогольными психозами

БОХАН Н.А.¹

д.м.н., профессор, член-корр. РАМН, руководитель отделения аддитивных состояний,
зам. директора по НИР ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН, Томск

ИВАНОВ А.А.²

главный врач ГУЗ «Алтайский краевой наркологический диспансер»

МАНДЕЛЬ А.И.¹

д.м.н., профессор, ведущий научный сотрудник отделения аддитивных состояний
ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН, Томск

¹ Федеральное государственное бюджетное учреждение «Научно-исследовательский институт психического здоровья»
Сибирского отделения Российской академии медицинских наук;

634014, Томск, ул.Алеутская, 4, тел.: (382-2) 72-43-79, факс: (382-2) 72-44-25, e-mail: redo@mail.tomsknet.ru

² ГУЗ «Алтайский краевой наркологический диспансер»;

656049, Алтайский край, г.Барнаул, ул. Л. Толстого, 23, e-mail: aknd@yandex.ru

Представлен анализ показателей первичной заболеваемости алкогольными психозами (АП) среди населения Алтайского края за период с 2000 по 2010 гг. Установлена актуальность роста алкоголизации женщин. Летальность больных острыми АП в условиях наркологического стационара со сплошным круглосуточным приёмом составила 0,6%. К факторам, повышающим риск смерти, отнесены: употребление некачественного алкоголя; ежедневная форма пьянства; поступление в зимний период; наличие сопутствующей соматической патологии (пневмонии, кардиомиопатии, развитие внезапной коронарной смерти).

Ключевые слова: заболеваемость алкогольными психозами, смертность, летальность, патологоанатомические изменения

Введение

Основные тенденции наркологической ситуации в РФ за последние годы по-прежнему характеризуются доминированием алкоголизма, алкогольных психозов и употребления алкоголя с вредными последствиями, что составляет 81,8% от общего числа лиц, зарегистрированных наркологической службой. Первичная заболеваемость АП в РФ остаётся относительно высокой — 35,7 больных на 100 тыс. населения, что выше уровня 1991 г. в 3,4 раза [8]. Частота возникновения и распространённость АП являются наиболее точным индикатором динамических тенденций алкоголизации населения и отражает алкогольную ситуацию в стране [2, 4, 5, 10].

В ряде городов России в составе соматических стационаров функционируют соматопсихиатрические отделения, контингент которых представлен «микстами» — пациентами с сочетанием тяжёлой соматической и психической патологии. От общего количества соматических больных 5,7% составляют больные с коморбидной наркологической патологией. Из всех наркологических расстройств почти половина случаев (45,5%) представлена алкогольными делириями [12]. В структуре многопрофильных больниц общего типа алкоголизм и АП составляют 16,3% всех поступлений. Осложняющими факторами в этих случаях были черепно-мозговые травмы, пневмонии, инфаркты миокарда, нарушения гемодинамики [3, 7, 13].

Несмотря на разнообразие применяемых средств и методов лечения, летальность больных АП в разных учреждениях и регионах РФ колеблется в среднем от 0,5 до 4% и может достигать 10,3% [5, 6]. По данным ряда исследований, динамика роста смертельных исходов больных алкоголизмом от соматических заболеваний носит прогрессирующий характер и достигает 67,2% в структуре различных причин смертности учтённого контингента лиц с алкогольной зависимостью [3, 7, 9]. Исследуемые статистические показатели (распространённость алкоголизма и АП, смертность и летальность учтённого контингента больных алкоголизмом) логично связаны между собой, выявляют тенденцию роста алкоголизма, случаев АП и смертности при этих заболеваниях, что отражает взаимосвязь явлений, обусловленных потреблением алкоголя [10].

В связи с изложенным, целью исследования стало изучение распространённости, особенностей динамики и исходов заболеваемости алкогольными психозами у жителей Алтайского края с 2000 по 2010 гг.

Объект и методы исследования

Материалом для исследования послужили данные официальной статистической отчётности ГУЗ «Алтайский краевой наркологический диспансер» по распространённости и заболеваемости алкоголизмом и АП в период с 2000 по 2010 гг., количество пролеченных больных и летальность в отделении неотложной нарко-

логической помощи за 2001—2010 гг.; данные КГУЗ «Алтайское краевое бюро судебно-медицинской экспертизы».

Результаты и обсуждение

Анализу наркологической ситуации последнего десятилетия мы предпослали изучение более продолжительных трендов изменения показателей распространённости АП среди населения Алтайского края в течение предшествующих 20 лет наблюдений. Динамика распространённости АП в период с 1979 г. (с момента выделения наркологии в самостоятельную службу здравоохранения) по 2010 г. была неравнозначна. Показатель первичной заболеваемости АП за период с 1979 по 1987 гг. имел тенденцию к снижению и достиг минимального уровня, ниже среднестатистического показателя по РФ в 3,2 раза (1,7 на 100 тыс. населения). Это было обусловлено ранней выявляемостью, своевременностью оказания лечебной помощи, диспансерным наблюдением и проведением противорецидивного лечения больных алкоголизмом, присоединением ограничительных мер социального воздействия. В дальнейшем, с 1987 до 1992 г., не наблюдалось значительного роста впервые обратившихся больных с АП, показатели были ниже показателей по РФ (рис. 1).

На протяжении последующих лет в Крае уровень первичной обращаемости больных с АП как повышался, так и снижался: с 1992 г. по 1996 г. вырос в 7,1 раза (по РФ — в 3 раза). За период с 1996 по 1999 гг. происходит снижение в 1,4 раза (до 38,3 на 100 тыс. населения) с дальнейшим ростом к 2003 г. в 1,8 раза, когда он достигает максимального значения за весь анализируемый период, составив 69,0 на 100 тыс. населения (по РФ — 55,5 на 100 тыс. населения). Такая динамика связана с финансовым неблагополучием населения, ростом потребления дешёвой и некачественной алкогольной продукции, размерами и стилем потребления алкоголя, социаль-

ной дезадаптацией данной категории населения, поздним обращением за медицинской помощью.

С 2004 г., в целом, по краю отмечается устойчивая тенденция к снижению показателя первичной заболеваемости АП. В 2007 г. показатель первично выявленных больных снизился к уровню 2003 г. в 1,5 раза и составил 44,7 случая на 100 тыс. населения (РФ — 40,8 на 100 тыс. населения). В дальнейшем вновь наметилась тенденция к росту данного показателя — в 2010 г. он составил 51,6 на 100 тыс. населения (РФ — 35,7 на 100 тыс. населения), к уровню 1984 г. увеличился в 6,2 раза.

Доля женщин в Алтайском крае, перенесших АП, за последние 10 лет существенно не изменилась и составила 12,8% от общего числа случаев впервые выявленных с наркологических расстройств у женщин. Соотношение мужчин и женщин в структуре контингента лиц с наркологическими заболеваниями составляет 6,3:1. Эти данные свидетельствуют о сохраняющейся актуальности алкоголизации женского населения, ухудшении социальных и демографических процессов в обществе, необходимости разработки профилактических мероприятий и привлечения врачей разных специальностей к проблемам данной группы больных [1].

Максимальное количество больных АП женщин с впервые установленным диагнозом было зарегистрировано в 2003 г. и составило 23,0 на 100 тыс. женского населения, что превышало аналогичный показатель по РФ в 1,2 раза (20,0 на 100 тыс. женского населения). В 2010 г. данный показатель уменьшился к уровню 2003 г. в 1,7 раза и составил 13,2 на 100 тыс. женского населения (рис. 2).

С 2002 г. в крае впервые стали регистрироваться случаи АП у подростков — 0,7 на 100 тыс. подросткового населения, в 2005 г. — 2,3 на 100 тыс. подросткового населения, что свидетельствует о неблагополучии алкогольной ситуации среди этой категории населения [11]. За период 2006—2010 гг. АП в данной возрастной группе не зарегистрированы.

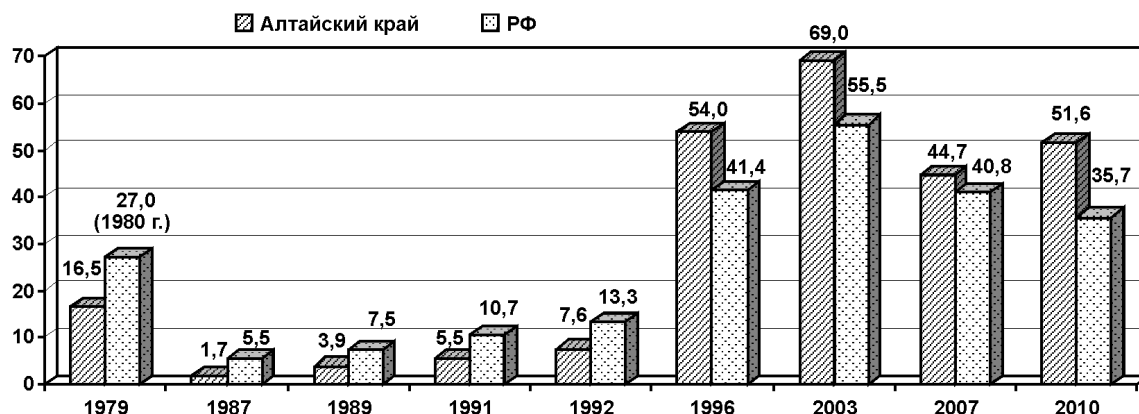


Рис. 1. Заболеваемость алкогольными психозами в Алтайском крае и РФ за период с 1979 по 2010 гг. (на 100 тыс. населения)

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НАРКОЛОГИИ

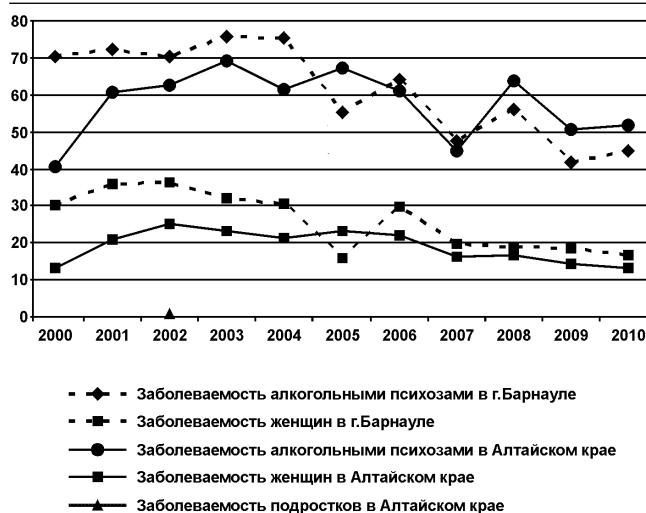


Рис. 2. Заболеваемость алкогольными психозами среди населения г.Барнаула и Алтайского края, в том числе женщин и подростков за 2000–2010 гг. (на 100 тыс. населения)

Для оценки факторов, оказывающих влияние на смертность больных алкоголизмом, был проведён анализ летальных исходов в стационаре ГУЗ «Алтайский краевой наркологический диспансер» при алкогольном абстинентном синдроме и остром АП за период 2004—2010 гг. Объектом исследования были пациенты, поступившие в отделение неотложной наркологической помощи и умершие в стационаре. Боль-

ные поступали круглосуточно с территории всего города и прилегающих сельских районов.

За период с 2004 по 2010 гг. было пролечено 5202 пациента с острым АП (табл. 1). Подавляющее большинство случаев составляли алкогольные делирии, их доля оставалась в структуре АП практически неизменной — от 78 до 83%. Количество алкогольных галлюцинозов также не менялось и колебалось в пределах от 15 до 20%. Соотношение делирия и галлюциноза соответствовало 4:1.

Алкогольные параноиды диагностировались с частотой 0,8—3,3%. С 2007 г. отмечается устойчивая тенденция к увеличению числа острых алкогольных энцефалопатий — по сравнению с 2002 г. количество пролеченных больных с этим диагнозом увеличилось в 4 раза, и далее, на протяжении последних лет, оставалось неизменным, составляя в общей структуре АП от 1,2 до 1,4%. С 2008 г. регистрируются случаи исхода АП в алкогольную деменцию (0,2%).

Среди 1390 чел. с диагнозом *острый алкогольный галлюциноз* не наблюдалось ни одного смертельного исхода. Однако у семи пациентов, поступивших в отделение с диагнозом *алкогольный абстинентный синдром (ААС)* на 2—3-е сутки пребывания в стационаре развился алкогольный делирий, который у трёх пациентов затем трансформировался в острую алкогольную энцефалопатию с последующим летальным исходом.

Таблица 1

Количество пролеченных больных и летальность в отделении неотложной наркологической помощи ГУЗ «Алтайский краевой наркологический диспансер» в 2004—2010 гг.

Год		2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Алкогольные психозы		953	851	868	668	612	596	654
Средняя длительность лечения		8,7	8,7	8,7	7,5	8,7	10	10
Повторность поступления	Абс.	102	83	93	67	62	65	74
	%	10,7	9,8	10,7	10,0	10,1	10,9	11,3
Пролечено сельских	Абс.	87	62	82	60	55	51	71
	%	9,1	7,3	9,4	9,0	9,0	8,6	10,8
Число умерших		2	3	8	6	4	3	7
Летальность на 100 пролеченных больных		0,20	0,35	0,92	0,90	0,65	0,50	1,1
Абстинентные неотложные состояния (алкоголизм)		1579	1612	1517	1637	1797	1611	1671
Средняя длительность лечения		8,9	8,9	8,9	8	8,8	10	10
Повторность поступления	Абс.	387	244	237	217	199	156	168
	%	24,5	15,1	15,6	13,3	11,0	9,7	10,0
Пролечено сельских	Абс.	215	182	163	223	217	220	201
	%	13,6	11,3	10,7	13,6	12,1	13,7	12,0
Число умерших		0	6	3	3	9	2	4
Летальность на 100 пролеченных больных		0	0,37	0,20	0,18	0,50	0,12	0,24
Пролечено всего		2532	2463	2385	2305	2409	2207	2325
Число умерших		2	9	11	9	13	5	11
Летальность на 100 пролеченных больных		0,8	0,36	0,46	0,39	0,54	0,23	0,47

За период 2004—2010 гг. летальность больных острыми АП в условиях наркологического стационара со сплошным круглосуточным приёмом больных с любой степенью тяжести состояния составила от 0,2% в 2004 г. до 1,1% в 2010 г., или 0,6% в среднем от общего числа пролеченных больных с АП. Летальность больных с ААС за данный период составила 0,1%.

По протоколам судебно-медицинской экспертизы проанализированы 60 случаев смерти больных алкоголизмом: с диагнозом *алкогольный абстинентный синдром* — 16 чел.; с диагнозом *алкогольный делирий* — 27 чел.; с диагнозом *острая алкогольная энцефалопатия* — 17 чел. (табл. 2).

Доля женщин среди пациентов с алкогольным делирием была в 3 раза выше, нежели среди больных с ААС и в 2 раза выше, чем в группе пациентов с алкогольной энцефалопатией. В группе пациентов, умерших от алкогольной энцефалопатии, не было ни одного случая досрочной летальности, также отмечалась наибольшая средняя продолжительность нахождения в стационаре до момента развития летального исхода.

Установлено, что 53,4% больных умерло в осенне-зимний период, причём 38,7% смертей пришлось на январь. С 2005 г. количество смертей, приходящихся на январь, становится стабильно высоким и составляет около 30% от всех случаев летальных исходов. О подобной периодичности с резким подъёмом заболеваемости в январе каждого года сообщает в своём исследовании А.В. Немцов [10], объясняя этот факт внеалкогольными социально-бытовыми факторами. У 50% больных с ААС, у 33% больных с алкогольным делирием и у 23,5% больных с алкогольной энцефалопатией смерть наступала в период с 3 до 10 ч утра. При патологоанатомическом исследовании умерших больных был обнаружен ряд изменений со стороны внутренних органов (табл. 3).

Пневмония, нередко двусторонняя сливная, абсцедирующая встречалась у больных с алкогольным делирием в 40,7% случаев, у больных с острой алкогольной энцефалопатией — в 64,7% случаев. Причиной смерти при ААС в 92,6% случаев стала острая коронарная недостаточность. Кардиомиопатия обнаруживалась в 40,7% случаев при алкогольном делирии и в 70,6% случаев при острой алкогольной энцефалопатии. Кроме того, часто выявлялись полиорганная недостаточность, жировая дистрофия печени, некрозы внутренних органов, признаки ИБС.

Продолжительность злоупотребления алкоголем перед поступлением в стационар колебалась от 16 дней до многомесячного пьянства. Большинство больных (85%), умерших от алкогольного делирия, и все пациенты, умершие от алкогольной энцефалопатии, злоупотребляли алкоголем более 19 дней. В группе пациентов, умерших в состоянии ААС, этот показатель был несколько ниже и составил 75% (запой длительностью от 2 до 3 недель). Установлено, что в 31% всех изученных случаев принимались самодельные алкогольные напитки сомнительного качества. Из картотеки диспансерного наблюдения выявлено, что только 17,2% от общего числа умерших больных ранее обращались за медицинской помощью в наркологический диспансер (из них — 17,4% с алкогольным делирием, 11,8% с алкогольной энцефалопатией и 70,8% с ААС).

Заключение

Таким образом, при анализе динамики показателей первичной заболеваемости АП среди населения Алтайского края за период с 1979 по 2010 гг. выявлено, что число случаев первичной обращаемости за медицинской помощью по поводу АП остаётся на высоких уровнях, в том числе подтверждается рост

Таблица 2

Характеристика летальных исходов при алкогольном абстинентном синдроме и острых алкогольных психозах среди больных ГУЗ «Алтайский краевой наркологический диспансер» в 2001—2010 гг.

Показатели	Диагностические группы больных		
	Алкогольный абстинентный синдром	Алкогольный делирий	Острая алкогольная энцефалопатия
Количество больных (n=60)	16	27	17
Соотношение мужчин и женщин	13/1	4/1	9/1
Средний возраст	53,6±9,4	50,3±12,5	51,2±9,7
Продолжительность запоя до госпитализации	16,6	19	От 30 дней до е/д формы пьянства
Доля больных, ранее состоявших на учёте	42,8%	7,4%	11,8%
Летальность (% от общего числа пролеченных с данным диагнозом)	0,1%	0,8%	27,9%
Средняя длительность пребывания в стационаре (дней)	2,7	2,9	11
Досрочная летальность	57,1%	51,8%	0%

**Судебно-медицинская оценка патологоанатомических изменений внутренних органов
у больных, умерших в Алтайском наркологическом диспансере в 2001—2010 гг.**

Патологоанатомические изменения / Частота встречаемости*	Алкогольный абстинентный синдром		Алкогольный делирий		Острая алкогольная энцефалопатия	
	Абс.=16	%	Абс.=27	%	Абс.=17	%
Острая коронарная недостаточность	13	92,6	18	66,7	6	35,3
Алкогольная кардиомиопатия	4	28,5	11	40,7	12	70,6
Тромбоэмболия лёгочной артерии	2	14,3	3	11,1	1	5,9
Отёк лёгких	4	28,5	8	29,6	8	47,6
Тромбоз ушка правого предсердия	2	14,3	2	7,4	1	5,9
Жировая дистрофия печени	9	64,3	3	48,1	11	64,7
Пневмония	5	35,7	11	40,7	11	64,7
Отёк-набухание головного мозга	3	21,4	12	44,4	16	94
Венозное полнокровие внутренних органов	8	57,1	15	55,6	9	52,9
Дистрофическая дегенерация нейронов головного мозга (токсическая энцефалопатия)	1	7,1	3	11,1	9	52,9
Цирроз печени	—	—	2	7,4	—	—
Лёгочно-сердечная недостаточность	—	—	4	14,8	5	29,4
Абсцессы в лёгких	—	—	4	14,8	1	5,9
"Мускатная " печень	—	—	3	11,2	5	29,4
Некротический цистит	—	—	—	—	2	11,8
Туберкулёз лёгких	—	—	—	—	1	5,9
Примечание. * — у одного больного диагностировались один и более признаков патологоанатомических изменений внутренних органов						

алкоголизации женщин. В то же время прослеживается умеренная тенденция к стабилизации показателей заболеваемости АП и отсутствие зарегистрированных заболеваний у подростков. Летальность больных острыми АП от общего числа пролеченных больных с данной нозологией в условиях наркологического стационара составляет в среднем 0,6%. Только 17,2% от общего числа умерших больных ранее обращались за медицинской помощью в наркологический диспансер.

Факторами, повышающими риск смерти у больных с острыми АП, являются: повторные обращения в наркологический стационар; АП в анамнезе; употребление некачественного самодельного алкоголя; длительный запой или ежедневная форма пьянства; поступление в зимний период; наличие сопутствующей патологии внутренних органов. Наступление смерти наиболее часто обусловлено развитием пневмонии, внезапной коронарной смерти и сердечной декомпенсацией вследствие выраженной кардиомиопатии. Увеличение в общей структуре АП процентного соотношения острой алкогольной энцефалопатии, а также исход психозов в алкогольную деменцию может свидетельствовать об утяжелении клинической картины АП, увеличении в их структуре доли тяжело протекающих делириев.

Список литературы

1. Альтшулер В.Б., Кравченко С.А. Клинические исследования алкоголизма как источник терапевтических поисков // Вопросы наркологии. — 2010. — №6. — С. 27—34.
2. Артемьев И.А., Миневич В.Б. Смертность, связанная с алкоголизацией. — Томск, 1989. — 32 с.
3. Бохан Н.А., Мандель А.И., Максименко Н.Н., Михалева Л.Д. Смертельные исходы при алкогольной зависимости // Наркология. — 2007. — №12. — С. 37—40.
4. Бохан Н.А., Мандель А.И., Кузнецов В.Н. Алкогольная смертность в отдалённых сельских районах Западной Сибири // Наркология. — 2011. — №9. — С. 43—47.
5. Гофман А.Г., Орлова М.А., Меликсетян А.С. Алкогольные психозы: клиника, классификация // Социальная и клиническая психиатрия. — 2010. — №1. — С. 5—12.
6. Карпец А.В. Смертность больных острыми алкогольными психозами в наркологическом стационаре // Вопросы наркологии. — 2002. — №3. — С. 43—47.
7. Киржанова В.В. Состояние наркологической помощи населению Российской Федерации и оценка её эффективности // Вопросы наркологии. — 2010. — №6. — С. 19—26.
8. Кошкина Е.А. Заболеваемость психическими и поведенческими расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ, в Российской Федерации в динамике за 5 лет // Вопросы наркологии. — 2011. — №1. — С. 17—27.
9. Мостовой С.М. Алкоголизм и алкогольные психозы на Дальнем Востоке (клинико-эпидемиологический, этнокульту-

ральный и организационный аспекты): Автореф. дисс. на соискание учёной степени д.м.н. — М., 2002. — 40 с.

10. Немцов А.В. Периодичность заболеваемости алкогольными психозами. Сообщение 1. Бытовые факторы // Наркология. — 2008. — №11. — С. 28—35.

11. Новиков Е.М., Левочкина О.В. Алкогольные психозы у лиц молодого возраста и подростков // Наркология. — 2011. — №3. — С. 74—80.

12. Прокудин В.Н., Музыченко А.П., Хунданов Л.Л. Наркологические расстройства у больных многопрофильной соматической больницы // Наркология. — №6 — 2002. — С. 40—43.

13. Стрелец И.В., Уткин С.И. Причины возникновения, клиника и терапия острых психозов, развившихся в ходе стационарного лечения у больных алкоголизмом и наркоманиями // Вопросы наркологии. — 1998. — №2. — С. 19—22.

REGIONAL DYNAMIC AND OUTCOMES OF SICKNESS RATE WITH ALCOHOL PSYCHOSES

BOKHAN N.A.¹ M.D., Professor, Corresponding Member of RAMSci, Head of Addictive States Department, Deputy Director on Research of FSBI «MHRI» SB RAMSci, Tomsk

IVANOV A.A.² Chief Doctor of SIH «Altai Krai Addictological Dispensary», Barnaul

MANDEL A.I.¹ M.D., Professor, Leading Researcher of Addictive States Department of FSBI «MHRI» SB RAMSci, Tomsk

¹ FSBI «Mental Health Research Institute» SB RAMSci, 634014, Tomsk, Aleutskaya Street, 4, tel.: (382-2) 72-43-79, fax: (382-2) 72-44-25, e-mail: redo@mail.tomsknet.ru

² SIH «Altai Krai Addictological Dispensary», 656049, Alai Krai, Barnaul, L. Tolstoy Street, 23, e-mail: aknd@yandex.ru

Induces of initial sickness rate with alcohol psychoses among population of Altai Krai for period 2000—2010 have been analyzed. Relevance of increase of alcoholization of women is confirmed. Lethality of patients wit acute alcohol psychoses under conditions of addictological institution with blind 24-hour reception constitutes 0,6%. Factors heightening risks of death are: low-grade alcohol consumption; everyday form of drinking; admission during winter; presence of concomitant somatic pathology (pneumonias, cardiomyopaties, and development of sudden coronary death).

Key words: sickness rate with alcohol psychoses, mortality, lethality, pathologic-anatomical changes