

СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ИХ ПРОФИЛАКТИКА

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2018

УДК 616.89-008.441.13-07(575.3)

Шаропова Н.М.¹, Криворучко Ю.Д.², Маликов Н.В.¹, Мартюшов А.Н.³

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ВОЗРАСТНЫХ И КЛИНИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ПАЦИЕНТОВ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ СТАЦИОНАРОВ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ В ДВУХ РЕГИОНАХ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

¹Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино, 734003, г. Душанбе, Республика Таджикистан;

²ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского», 119991, г. Москва, Россия;

³ГБУЗ МО «Центральная клиническая психиатрическая больница», 127083, г. Москва, Россия

По данным предварительного анализа эпидемиологических данных в различных регионах Республики Таджикистан установлены различия в динамике эпидемиологических показателей. На основании этого выдвинута гипотеза о различиях во влиянии биологических и социальных факторов, увеличивающих риск развития алкогольной зависимости. В статье анализируются возрастные и связанные с ними характеристики пациентов, поступивших в наркологические лечебные учреждения городов Душанбе (100 наблюдений) и Курган-Тюбе (50 наблюдений). Полученные результаты анализа, показывающие различия обследованных групп пациентов, могут не только содействовать оптимизации объёмов и характера специализированной наркологической помощи, но и формировать представление об адресных профилактических мероприятиях для различных групп населения.

Ключевые слова: наркология; алкогольная зависимость; факторы риска алкогольной зависимости.

Для цитирования: Шаропова Н.М., Криворучко Ю.Д., Маликов Н.В., Мартюшов А.Н. Сравнительный анализ возрастных и клинических характеристик пациентов наркологических стационаров с алкогольной зависимостью в двух регионах Республики Таджикистан. *Медико-социальная экспертиза и реабилитация*. 2018; 21 (1–2): 73–78. DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/1560-9537-2018-21-1-73-78>

Для корреспонденции: Шаропова Нигина Минходжевна, д-р мед. наук, проф., заведующая кафедрой психиатрии и наркологии им. проф. М.Г. Гулямова. E-mail: sharopova@yandex.ru

Sharopova S.N.¹, Krivoruchko Yu.D.², Malikov N.V.¹, Martiushov A.N.³

COMPARATIVE ANALYSIS OF AGE AND CLINICAL CHARACTERISTICS OF ALCOHOL DEPENDENT PATIENTS IN NARCOLOGICAL HOSPITALS OF THE TWO REGIONS OF THE REPUBLIC OF TAJIKISTAN

¹Avicenna State Medical University, Dushanbe, 734003, Republic of Tajikistan;

²V.P. Serbsky National Medical Research Center of Psychiatry and Addiction;

³Central Clinical Psychiatric Hospital, Moscow, 127083, Russian Federation

According to the preliminary analysis of the epidemiological data in various regions of Tajikistan, there were established differences in the dynamics of epidemiological indices. Based on this, a hypothesis about differences in the impact of biological and social factors on the increase of the risk of the developing alcohol dependence was proposed. The article analyzes age and related characteristics of patients enrolled in a drug treatment medical institutions of Dushanbe (100 observations) and Kurgan-Tyube (50 observations). Obtained results of the analysis showing the differences of the examined groups of patients can help not only to optimize the volume and nature of the specialized narcological help but also to form an idea of targeted preventive measures for different population groups.

Keywords: *narcology; alcohol addiction; risk factors for alcohol dependence.*

For citation: Sharopova S.N., Krivoruchko Yu.D., Malikov N.V., Martiushov A.N. Comparative analysis of age and clinical characteristics of alcohol dependent patients in narcological hospitals of the two regions of the Republic of Tajikistan. *Mediko-sotsyal'naya ekspertiza i reabilitatsiya (Medical and Social Expert Evaluation and Rehabilitation, Russian Journal)*. 2018; 21 (1–2): 73–78. (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/1560-9537-2018-21-1-73-78>

For correspondence: Nigina M. Sharapova, MD, PhD, DSc, Prof., Head of the M.G. Gulyamov Department of Psychiatry and Addiction. E-mail: sharopova@yandex.ru

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Acknowledgment. The study had no sponsorship.

Received 27 November 2017

Accepted 19 December 2018

Роль совокупности факторов, связанных с проживанием в той или иной местности, неоднократно подтверждалась исследованиями в области наркологии, в том числе при выявлении факторов риска формирования алкогольной зависимости [1–5]. В ходе предварительного анализа статистических данных по Республике Таджикистан (РТ) обратили внимание на тот факт, что при значительном снижении общего числа зарегистрированных пациентов с алкогольной зависимостью, в регионах наблюдается их рост. Так, по данным Минздрава РТ¹, с 2012 по 2016 г. число страдающих алкогольной зависимостью по РТ сократилось с 8692 человек (110,0 на 100 тыс. населения) до 6231 (75,4 на 100 тыс. населения) (табл. 1). Аналогичная динамика указанных показателей отмечена и в г. Душанбе: 4766 (630,3 на 100 тыс. населения) в 2012 г. и 1847 человек (236,1 на 100 тыс. населения) в 2016. Вместе с тем в Согдийской и Хатлонской областях, а также в Горно-Бадахшанской автономной области (ГБАО), как следует из данных, приведённых в табл. 1, наблюдался рост как абсолютного, так и относительного числа зарегистрированных больных с алкогольной зависимостью. Исключение составили эти показатели в районах республиканского подчинения (2012 г. – 1076 человек; 59,4 на 100 тыс. населения; 2016 г. – 1124 человек; 59,2 на 100 тыс. населения), которые почти не менялись за рассматриваемый период.

Данная неоднозначная динамика числа зарегистрированных больных алкоголизмом в различных регионах РТ позволила выдвинуть гипотезу о различиях во влиянии социально-демографических факторов на формирование и течение психических расстройств, обусловленных алкогольной зависимостью, и структуру контингентов больных, поступающих на лечение в стационарные наркологические учреждения. В частности, в настоящей работе внимание сфокусировано на ряде возрастных характеристик, которые в известной степени дают представление не только о биологических, но и о социальных особенностях индивида в период развития алкогольной зависимости.

Материал и методы

Для проверки гипотезы о значимости возрастного и связанных с ним факторов провели сравнительный анализ группы случайно отобранных 100 случаев госпитализации больных в Республиканский клинический наркологический центр им. проф. М.Г. Гулямова в Душанбе (далее – группа Д) и группы из 50 случаев госпитализации в областной центр наркологии № 1 г. Курган-Тюбе Хатлонской области (далее – группа КТ). Во всех наблюдениях были установлены клинические признаки II стадии алкогольной зависимости (F10.2 по МКБ-10). Более чем в половине наблюдений данного исследования (85 случаев, или 56,7%) состояние определялось клинической картиной классического делирия (F10.40). Примерно треть наблюдений (54 случая, или 36,0%) была представле-

Таблица 1

Показатели числа больных алкогольной зависимостью, зарегистрированных в наркологических учреждениях в 2012–2016 гг. по регионам Республики Таджикистан, абс. (на 100 тыс. населения)

Регион	2012	2013	2014	2015	2016
Город Душанбе	4766 (630,3)	4611 (598,3)	1859 (237,6)	1933 (247,1)	1847 (236,1)
Согдийская область	1583 (68,1)	1591 (66,9)	1771 (72,9)	1985 (81,7)	1797 (74,0)
Хатлонская область	1109 (39,6)	1122 (39,1)	1124 (38,2)	1128 (38,4)	1267 (43,1)
ГБАО	158 (75,4)	147 (69,6)	191 (89,5)	200 (93,8)	196 (91,9)
РРП	1076 (59,4)	1101 (59,4)	1183 (62,3)	1162 (61,2)	1124 (59,2)
Всего...	8692 (110,0)	8572 (106,1)	6128 (74,2)	6408 (77,6)	6231 (75,4)

Примечание. РРП – районы республиканского подчинения.

на абстинентным состоянием без детализации симптомов психического статуса (F10.39), и 10 случаев (6,7%) диагностически были квалифицированы как абстинентное состояние с судорожными припадками (F10.31). И лишь в одном случае (0,7%) зарегистрировано психотическое состояние с шизофреноподобными симптомами (F10.50).

В соответствии с задачами исследования сравнительному анализу подлежали возраст начала употребления алкогольных напитков, возраст формирования алкогольной зависимости и возраст при настоящем поступлении в стационар. Используя эти возрастные характеристики, получили два расчётных параметра, связанных с возрастом:

– продолжительность формирования абстинентного синдрома (АС) как интервал в годах между возрастом начала алкоголизации и возрастом появления отчётливых клинических признаков АС, то есть II стадии алкоголизма;

– продолжительность II стадии алкоголизма как интервал в годах между возрастом формирования АС и настоящей госпитализацией.

Так же сравнивали частоты распределения больных по характеру злоупотребления алкоголем (непрерывный или эпизодический), по характеру алкоголизации (непрерывный или эпизодический) и по прогрессивности в зависимости от продолжительности формирования АС [6] – прогрессивный (до 6 лет), умеренно-прогрессивный (6–15 лет) и вялотекущий (свыше 15 лет). Кроме того, было учтено, является ли данная госпитализация первичной или повторной. Анализ первичных данных проведён с использованием статистических процедур дескриптивной статистики [7]. Сравнение средних значений (M) количественных переменных (возрастные и производные от них параметры) проводили путём нахождения их 95% доверительных интервалов (95% confidential interval, 95% CI) в группах пациентов и однофакторного дисперсионного анализа (ANOVA). Сравнение категориальных переменных осуществляли с помощью

¹Из годовых статистических отчётных форм № 11 (утверждены приказом статистического отдела при Президенте РТ № 54 от 11.11.2013), агрегируемых в Республиканском клиническом центре наркологии.

Таблица 2

Дескриптивная статистика социально-демографических и клинических характеристик по всем наблюдениям (без учёта разделения на группы по региону проживания)

Характеристика	Показатель	Значение
Пол – мужчины	n (%)	140 (93,3)
Место жительства – город	n (%)	145 (96,7)
Госпитализация – первичная	n (%)	60 (40,0)
Возраст на момент поступления, годы	M (95% CI)	46,1 (44,6–47,7)
до 30	n (%)	7 (4,7)
30–39	—	31 (20,7)
40–49	—	59 (39,3)
50–59	—	40 (26,7)
60+	—	13 (8,7)
Возраст начала употребления СН, годы	M (95% CI)	23,3 (22,5–24,2)
до 30	n (%)	126 (84,0)
30–39	—	22 (14,7)
40–49	—	2 (1,3)
Возраст формирования АС, годы	M (95% CI)	27,7 (26,9–28,5)
до 30	n (%)	99 (66,0)
30–39	—	45 (30,0)
40–49	—	6 (4,0)
Продолжительность формирования АС (прогредиентность):	M (95% CI)	4,6 (4,1–5,1)
прогредиентный	n (%)	107 (71,3)
умеренно-прогредиентный	—	41 (27,3)
вялотекущий	—	2 (1,3)
Характер алкоголизации:		
непрерывный	n (%)	112 (74,7)
эпизодический	—	38 (25,3)
Продолжительность II стадии алкогольной зависимости на момент госпитализации	M (95% CI)	18,4 (17,1–19,8)

Примечание. Здесь и в табл. 3: СН – спиртные напитки.

определения достоверности разности пропорций частотных распределений (Z-статистика) и их доверительных интервалов по группам. Дескриптивная статистика социально-демографических и клинических характеристик по всем наблюдениям (без учёта разделения на группы по региону проживания) приведена в табл. 2.

В абсолютном большинстве случаев (140 человек, или 93,3%) обследованные пациенты были лицами мужского пола; 145 (96,7%) человек постоянно проживали в городе, в пяти случаях пациенты проживали в пригороде Курган-Тюбе, в формально отнесён-

ных к сельским поселениям. В связи с этим фактор постоянного проживания в городской или сельской местности для последующего сравнительного анализа не использован. Первично госпитализированы 60 пациентов, или 40,0% от общего числа наблюдений. Средний возраст на момент поступления в наркологический стационар для всех пациентов составил 46,14 года при 95% доверительном интервале (95% CI) 44,62–47,66 года, минимальный возраст пациентов составил 24 года, максимальный – 75 лет. Кроме оценки среднего возраста обследованного контингента больных рассмотрено также их распределение по возрастным группам, которые в известной мере могут отражать, как уже упоминалось, социальный статус [4]. Пациенты молодого возраста составили наименьшую часть – примерно четверть от общего числа наблюдений. Так, к возрастной группе до 30 лет относилось лишь 7 пациентов (4,7%), а к возрастной группе 30–39 лет – 31 пациент (20,7%). Наибольшее число пациентов относилось к группе 40–49 лет (59, или 39,3%). Второй по численности (40 человек, или 26,7%) была группа 50–59 лет.

Чаще всего пациенты из обследованной выборки начинали систематически употреблять спиртное в молодом возрасте. Об этом свидетельствовали средний показатель этого параметра – 23,3 года (95% CI 22,5–24,2 года) и распределение частот по возрастным группам. До 30 лет алкоголь начинали употреблять 126 (84,0%) пациентов, в 30–39 лет – 22 пациента (14,7%) и от 40 до 49 лет – 2 пациента (1,3%).

Формирование абстинентного синдрома (АС) преимущественно отмечено в возрасте до 30 лет (99 человек, или 66,0%), средний возраст составлял 27,7 года (95% CI 26,9–28,5 года). Значительно реже формирование АС наблюдалось в возрасте 30–39 лет (45 наблюдений, или 30,0%). И только в 6 (4,0%) случаях клинические признаки АС появились после сорока лет. Расчётный параметр – продолжительность формирования АС – составил 4,6 года (95% CI 4,1–5,1 года), то есть в большинстве случаев речь шла о прогредиентном типе течения алкоголизма (107 наблюдений, или 71,3%). В 41 случае (27,3%) течение алкогольной зависимости квалифицировали как умеренно-прогредиентное; вялотекущий тип течения отмечен только в двух случаях (1,3%). К тому же следует отметить, что непрерывный характер алкоголизации (112 наблюдений, или 74,7%) значительно преобладал над эпизодическим (38 наблюдений, или 25,3%). Средняя продолжительность II стадии алкогольной зависимости на момент госпитализации составила 18,4 года (95% CI 17,1–19,8 года).

Результаты и обсуждение

Прежде чем рассматривать результаты сравнительного анализа заявленных в данном сообщении характеристик, следует отметить, что несмотря на случайный отбор, диагностическая структура сравниваемых групп пациентов была примерно одинаковой. В частности, наиболее часто наблюдавшееся абстинентное состояние с классическим делирием (F10.40) среди пациентов – жителей Душанбе (группа Д) зарегистрировано в 58,0% случаев, а среди жителей Курган-Тюбе – в 54,0% случаев (27 наблюдений),

Таблица 3

Результаты сравнительного анализа средних значений (ANOVA) исследованных возрастных факторов и производных параметров

	M (95% CI)		ANOVA	
	Душанбе	Курган-Тюбе	F	p
Возраст начала употребления СН*, годы	20,6 (20,0–21,1)	28,8 (27,5–30,2)	176,77	0,000
Возраст формирования АС, годы	25,4 (24,9–26,0)	32,3 (30,8–33,8)	111,34	0,000
Продолжительность формирования АС, годы	5,1 (4,5–5,6)	3,6 (2,7–4,5)	6,21	0,014
Возраст на момент поступления, годы	45,0 (43,2–46,8)	48,4 (45,8–51,1)	4,62	0,033
Продолжительность II стадии	19,6 (17,9–21,3)	16,0 (13,9–18,2)	7,38	0,007

то есть разность между пропорциями составила лишь 4,0%, и по значениям статистики (95% CI от -0,144 до 0,224; $Z = 0,29$; $p = 0,385$) нельзя утверждать, что имевшие место различия статистически достоверны. Аналогичное утверждение можно сделать и по второй по частоте случаев диагностической группе – абстинентное состояние БДУ (без дополнительных уточнений) (F10.39). Данный диагноз регистрировали в группе КТ несколько чаще, и его доля составила 38,0% (19 наблюдений) по сравнению с 35,0% в группе Д, то есть разница составила 3,0% (95% CI от -0,149 до 0,209; $Z = -0,54$; $p = 0,294$). Также отсутствовали различия между наблюдавшимися группами пациентов по редко регистрировавшимся диагнозам. Абстинентное состояние с судорожными припадками (F10.31) в группе Д зафиксировано в 6 случаях и в группе КТ – в 4 случаях. Шизофреноподобное психотическое расстройство (F10.50) наблюдалось только в 1 случае у пациента в группе Д.

Результаты сравнительного анализа средних значений исследованных возрастных факторов и производных параметров приведены в табл. 3. В соответствии с ними пациенты – жители Душанбе начинали употреблять алкоголь в значительно более молодом возрасте, чем жители Курган-Тюбе. Так, средний показатель этого параметра (см. табл. 3) у пациентов группы Д составил 20,6 года (95% CI 20,0–21,1 года), тогда как начало алкоголизации пациентов группы КТ в среднем происходило почти на десять лет позже, в 28,8 года (95% CI 27,5–30,2 года). Тот факт, что 95% доверительные интервалы средних оценок данного параметра не пересекаются, свидетельствовал о его неслучайном различии у сравниваемых групп, что, в свою очередь, подтверди результаты дис-

персионного анализа ($F = 176,8$; $p < 0,001$). В связи с этим вполне естественным выглядит и тот факт, что возраст формирования АС в группе Д (25,4 года; 95% CI 24,9–26,0 года) был значимо меньше ($F = 111,3$; $p < 0,001$), чем в группе КТ (32,3 года; 95% CI 30,8–33,8 года).

Средние значения продолжительности формирования абстинентного синдрома, которая определялась как разность между возрастом начала употребления алкоголя и возрастом появления клинических признаков абстиненции, указывали на довольно высокий темп течения алкогольной зависимости в обеих группах пациентов. В то же время следует отметить, что средняя продолжительность появления клинических признаков еѐ II стадии в среднем у пациентов группы Д (5,1 года; 95% CI 4,5–5,6 года) была примерно на полтора года достоверно больше ($F = 6,21$; $p = 0,014$), чем у пациентов группы КТ (3,6 года; 95% CI 2,7–4,5 года).

Таблица 4

Результаты сравнительного анализа частотного распределения исследованных случаев по признакам, представленным категориальными переменными

	$P_{д^*}$ %	$P_{кт^*}$ %	(95% CI $P_{д^*} - P_{кт^*}$ %)	Z	p
	(n = 100)	(n = 50)			
Пол:					
женщины	9,0	2,0	(-1,3;15,3)	1,27	0,102
мужчины	91,0	98,0	(-1,3;15,3)	-1,97	0,025
Госпитализация:					
первичная	33,0	54,0	(2,9;39,1)	-2,65	0,004
повторная	67,0	46,0	(2,9;39,1)	2,30	0,011
Тип течения (по характеру алкоголизации):					
непрерывно текущий	85,0	54,0	(14,0;48,0)	3,92	0,000
эпизодический	15,0	46,0	(14,0;48,0)	-4,31	0,000
Тип течения (по прогрессивности):					
прогрессирующий	70,0	74,0	(-12,6; 20,6)	-0,70	0,241
умеренно-прогрессирующий	28,0	26,0	(-14,5;18,5)	0,06	0,474
вялотекущий	2,0	0,0	(-2,2;6,2)	0,25	0,401
Возрастные группы начала употребления СН, годы:					
до 30	100,0	52,0	(32,7; 63,3)	7,32	0,000
30–39	0,0	44,0	(28,7;59,3)	-7,43	0,000
40–49	0,0	4,0	(-2,9;10,9)	-2,77	0,003
Возрастные группы формирования АС, годы:					
до 30	92,0	14,0	(65,5;90,5)	9,32	0,000
30–39	8,0	74,0	(51,2; 80,8)	-8,50	0,000
40–49	0,0	12,0	(1,5; 22,5)	-3,98	0,000
Возрастные группы на момент госпитализации, годы:					
до 30	4,1	6,0	(-7,1;11,1)	-0,96	0,169
30–39	27,8	8,0	(6,0;32,0)	2,50	0,006
40–49	39,2	36,0	(-15,9;19,9)	0,06	0,476
50–59	20,6	40,0	(2,8; 37,2)	-2,81	0,003
60+	8,2	10,0	(-9,4;13,4)	-0,72	0,236

Как уже упоминалось, несмотря на то, что возраст формирования АС в обеих группах пациентов, говоря условно, приходился на первую половину жизни, возраст на момент текущей госпитализации в среднем относился ко второй к её второй половине. Так, у пациентов группы Д средний возраст составил 45,0 года (95% CI 43,2–48,4 года), а средний возраст пациентов группы КТ – 48,4 года (95% CI 45,8–51,1 года). Тем не менее разница примерно в три года оказалась статистически достоверна ($F = 4,62; p < 0,001$). Соответственно, средняя продолжительность II стадии алкогольной зависимости, определяемая как разность между текущим возрастом и возрастом формирования абстинентного синдрома, у пациентов группы Д составила 19,6 года (95% CI 17,9–21,3 года) и достоверно ($F = 7,38; p < 0,007$) превышала таковую у пациентов группы КТ (16,0 года; 95% CI 13,9–18,2 года).

Результаты сравнительного анализа частотного распределения исследованных случаев по признакам, представленным категориальными переменными, приведены в табл. 4. Величины пропорции (в процентах) в ней обозначены как $P_i\%$ с подстрочным индексом, соответствующим группам пациентов: Д и КТ, а их разность как $P_{д.} \% - P_{кт.} \%$.

Как отмечалось ранее, подавляющую часть пациентов составляли мужчины. При этом их доля в группе Д была меньше, чем в группе КТ ($P_{д.} \% - P_{кт.} \% = 7,0\%$). Соответственно, такой же величиной была представлена разность пропорций и по категории «женщины». Поскольку в таблицах 2×2 пропорции распределены симметрично, 95% доверительные интервалы разности пропорций одинаковы для обеих исследуемых категорий, и в данном случае составили от -1,3% до 15,3%.

Значение статистики Z при сравнении пропорций по категории «женщины» ($Z = 1,27; p = 0,102$) не позволяло утверждать, что представленная разность пропорций достоверна. Вместе с тем та же величина разности для категории «мужчины» ($Z = -1,97; p = 0,025$) была статистически достоверна. Несимметричное значение Z -статистики и, следовательно, уровня « p » обусловлены тем, что их величина зависит от объёма выборки в каждой категории изучаемого фактора. И для того чтобы утверждать, что среди пациентов с алкогольной зависимостью – жителей Душанбе относительное число женщин будет больше, чем среди таковых в г. Курган-Тюбе, необходим больший объём выборки.

В качестве примечания отметим, что при сравнении пропорций по категории «мужчины» Z -статистика приобрела отрицательное значение. Это здесь и далее в свою очередь зависит от положения большей величины пропорции в таблице – в данном случае справа. Следует обратить внимание также, что нижняя граница 95% CI разности пропорций представлена отрицательной величиной. Это обстоятельство указывает на сомнительность результатов сравнения пропорций при условии имеющегося объёма выборки. Поэтому нельзя судить с полной уверенностью о различиях распределения пропорций между исследованными группами по гендерному фактору.

В группе пациентов – жителей Душанбе относи-

тельное число случаев первичной госпитализации составило треть от их числа (33,0%), тогда как доля первичных пациентов в Курган-Тюбе была немного больше половины (54,0%); 95% CI разности пропорций находился в интервале 2,9–39,1%. Данное распределение частот в известной мере можно объяснить распределением пропорций в исследованных группах, принимая во внимание тип течения алкогольной зависимости по характеру алкоголизации. В группе Д значительно преобладали случаи её непрерывно текущего типа, тогда как в группе КТ непрерывно текущий и эпизодический тип течения отмечали почти с равной вероятностью (54,0 и 46,0% соответственно). Это очевидное различие пропорций подтверждается и диапазоном 95% CI разности пропорций (14,0–48,0%) и значениями Z -статистики: 3,92 ($p < 0,001$) по непрерывному типу течения и -4,31 ($p < 0,001$) по эпизодическому типу течения.

В то же время пропорционально структуры сравниваемых групп по прогрессивности были примерно одинаковыми. По каждой из представленных категорий нижняя граница 95% CI принимала отрицательное значение, а величина Z -статистики не подтверждала достоверности имевших место некоторых различий распределения относительных частот.

Весьма примечательными являются результаты сравнения пропорционального распределения наблюдавшихся случаев по фактору «возрастные группы начала употребления спиртных напитков» и тесно связанному с ним фактору «возрастные группы формирования абстинентного синдрома». Все пациенты в группе Д начинали систематически употреблять алкоголь в возрасте до 30 лет, тогда как в группе КТ таких пациентов было чуть более половины (52,0%), то есть разность пропорций составила 48,0% (95% CI 32,7–63%) и, естественно, подтверждалась данными Z -статистики (7,32; $p < 0,001$). Только к группе КТ относились пациенты, начавшие систематически употреблять алкоголь в возрастном диапазоне 30–39 лет (44,0%), а также 40–49 лет (4,0%), хотя наличие наблюдений в этой возрастной группе, скорее всего, носит случайный характер (95% CI от -2,9 до 10,9%). Учитывая эти данные, а также средние показатели продолжительности формирования абстинентного синдрома в обследованных группах, вполне логичными выглядят результаты сравнения пропорционального распределения этого показателя в возрастных группах. Так, в возрастном интервале до 30 лет значительно преобладали пациенты в группе Д (92,0%), тогда как в группе КТ таких случаев было зарегистрировано лишь 14,0%, то есть разность пропорций составила 78,0% (95% CI 65,5–90,5%; $Z = 9,32; p < 0,001$). В возрастном интервале 30–39 лет наблюдалась противоположная картина, выразившаяся в значительном (на 66%) пропорциональном преобладании (95% CI 51,2–80,8%; $Z = -8,50; p < 0,001$) пациентов в группе КТ (74,0%), тогда как доля этих пациентов в группе Д составила лишь 8,0%. К тому же у 12,0% пациентов из группы КТ возраст формирования абстинентного синдрома относился к интервалу 40–49 лет. В то же время относящихся к нему пациентов в группе Д не было зарегистрировано вовсе; при этом данное

вероятное преобладание наблюдений формирования клинических признаков абстинентного синдрома на пятом десятке жизни среди пациентов – жителей Курган-Тюбе представлялось не случайным (95% CI 1,5–22,5%; $Z = -3,98$; $p < 0,001$).

Как уже показано выше, средний возраст на момент госпитализации, как по исследованной выборке в целом, так и по сравниваемым группам пациентов приходился на возрастной интервал 40–49 лет. К этому же возрастному интервалу относилось наибольшее число пациентов в обследованной выборке. Поэтому, вполне ожидаемо, разность пропорциональных значений в нём была невелика (2,8%) и статистически недостоверна ($Z = 0,06$; $p = 0,474$) при отрицательном значении нижней границы 95% доверительного интервала (от -14,5 до 19,9%). Также недостоверной была разность пропорций в возрастных группах до 30 лет (1,9%) и 60 лет и старше (1,8%). Вместе с тем было установлено, что относительное число пациентов в возрасте 30–39 лет в группе Д (27,8%) было на 19,8% достоверно больше ($Z = 2,5$; $p = 0,006$), чем в группе КТ (95% CI 6,0–32,0%). А относительное число пациентов в возрасте 50–59 лет в группе КТ (40,0%) примерно на такую же величину (19,4%; 95% CI 2,8–37,2%) на статистически значимом уровне ($Z = -2,8$; $p = 0,003$) превышало относительное число пациентов в группе Д. В связи с этим с высокой степенью вероятности можно предполагать, что различия возрастных показателей между обследованными группами пациентов задаются различиями пропорционального представительства в возрастных группах 30–39 лет и 50–59 лет.

Приведённые в настоящей работе результаты, полученные на довольно небольшом объёме выборки и с использованием ограниченного числа признаков, дали достаточно отчётливое представление о вероятных различиях континентов больных с алкогольной зависимостью в городах Душанбе и Курган-Тюбе, которым требуется лечение в условиях наркологического стационара. Конечно, эти результаты не могут в полной мере ответить на вопрос о различиях в динамике эпидемиологических показателей, упомянутых в начале данного сообщения. Вместе с тем они дают основания полагать, что различия возрастных и связанных с ними факторов могут свидетельствовать о различиях социальных условий, повышающих риск злоупотребления алкоголем и формирования алкогольной зависимости. Поэтому полученные результаты анализа могут не только содействовать оптимизации объёмов и характера специализированной наркологической помощи, но и формировать представление об адресных профилактических мероприятиях для различных групп населения.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Каюмов Б.П. *Методология прогнозирования и стратегии социально-трудовой реабилитации больных алкоголизмом*. М., 1990.
2. Иванец Н.Н. (ред.) *Эпидемиологические исследования в наркологии. Лекции по клинической наркологии*. М.: Российский благотворительный фонд «Нет алкоголизму и наркотикам». 1995: 16-40.
3. Витвицкий М.Н., Коломиец В.Ф. *Факторы риска и пути профилактики рецидивов алкоголизма у женщин. Актуальные вопросы психиатрии*. Душанбе, 1997: 54-7.
4. Гулямов М.Г., Нарзикулов Х.Н. *О роли социально-демографических показателей больных алкоголизмом в возникновении металкогольных психозов. Конгресс медицинских работников РТ «Медицина и здоровье»*. Душанбе, 1998:1:352-3.
5. Цыганков Б.Д., Дорофеев Г.К., Романов К.Д., Мартушов А.Н., Гаджиева У.Х. *Социально-демографические и клинические характеристики городских и сельских жителей, страдающих алкогольной зависимостью, как предикторы развития металкогольных психозов. Наркология*. 2010; 2: 64-70.
6. Говман А.Г. *Клиническая наркология*. М.: Миклош. 2003: 38-50.
7. Флейс Дж. *Статистические методы для изучения таблиц долей и пропорций. Финансы и статистика*. Москва, 1989. Пер. с англ.

REFERENCES

1. Kayumov B. P. *Methodology of forecasting and strategy of social and labor rehabilitation of alcoholism patients*. Moscow, 1990. (in Russian)
2. Ivanets N. N. (ed.) *Epidemiological research in addiction. Lectures on clinical psychiatry*. Moscow: Russian charitable Foundation "No to alcoholism and drugs". 1995: 16-40. (in Russian)
3. Vitvitsky M.N., Kolomiyets V. F. *Risk factors and ways to prevent recurrence of alcoholism in women. Topical issues of psychiatry*. Dushanbe, 1997: 54-7. (in Russian)
4. Guliamov M. G., Narzikulov H. N. *On the role of socio-demographic indicators of patients with alcoholism in the emergence of psychosis. Congress of medical workers RT "Medicine and health"*. Dushanbe, 1998; 1: 352-3. (in Russian)
5. Tsygankov B. D., Dorofeenko K. G., Romanov K. D., Martushov A. N., Hajiyeva W. H. *Socio-demographic and clinical characteristics of urban and rural residents suffering from alcohol dependence as predictors of development of alcoholic psychosis. Narcology*. 2010; 2: 64-70. (in Russian)
6. Gofman A. G. *Clinical narcology*. Moscow: Miklos. 2003: 38-50. (in Russian)
7. Fleiss J.L. *Statistical methods for rates and proportions. Finances and statistics*. Moscow, 1989. Translation from English. (in Russian)

Поступила 27.11.17

Принята к печати 19.12.17