

Jacek Moskalewicz, Janusz Sierosławski

UMIERALNOŚĆ OSÓB UZALEŻNIONYCH OD NARKOTYKÓW PRZYJMOWANYCH W INIEKCJACH

Zakład Badań nad Alkoholizmem i Toksykomaniami
Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie
Kierownik: Z. Kulka

Artykuł prezentuje wyniki badań nad umieralnością pacjentów Oddziału Detoksykacyjnego Instytutu Psychiatrii i Neurologii w latach 1983–1992. Obserwowana w tym okresie liczba zgonów przekracza oczekiwaną – dla populacji generalnej o podobnym rozkładzie płci i wieku – jedenastokrotnie dla mężczyzn i dwudziestokrotnie dla kobiet. Regresja Poisson'a ujawnia, że względne ryzyko zgonów w pierwszym roku po leczeniu jest blisko trzydzieści razy wyższe niż w czasie leczenia i kilkakrotnie wyższe niż w następnych latach.

WPROWADZENIE

Narkomania zawsze powodowała wiele problemów zdrowotnych i społecznych. Spotęgowały się one w ostatnich latach, w związku z epidemią AIDS. Dokumentuje to obszerna literatura (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7). Wiele badań wskazuje na rosnącą umieralność wśród osób uzależnionych i jej znaczne regionalne zróżnicowanie.

Problem umieralności stał się przedmiotem międzynarodowych badań zainicjowanych w 1992 r. przez Światową Organizację Zdrowia. Koordynatorem badań był Zakład Epidemiologii Regionu Lazio w Rzymie, gdzie gromadzono i przetwarzano dane pochodzące z sześciu uczestniczących w projekcie – krajów. Celem tego projektu było zbadanie dynamiki i zróżnicowania regionalnego umieralności wśród uzależnionych, przyjmujących narkotyki w iniekcjach. Badaniami objęto dziewięć miast z sześciu krajów Europy i Ameryki: Liverpool i Glasgow (Wielka Brytania), Barcelona (Hiszpania), Turyn, Rzym i Neapol (Włochy), Moskwa (Rosja), Warszawa (Polska), New Haven (USA). Badania miały charakter longitudinalny i retrospektywny. Okres katamnezy obejmował ok. dziesięć lat, w większości przypadków od początku lat osiemdziesiątych do roku 1992. Badania objęły pacjentów wybranych placówek terapii uzależnień, którzy w okresie badania po raz pierwszy podjęli w nich leczenie.

Celem tego artykułu jest prezentacja wyników badania zrealizowanego w naszym kraju.

METODA I MATERIAŁ BADAWCZY

Badania w Polsce przeprowadzono na oddziale detoksykacyjnym Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. Objęły one wszystkich – spełniających wymagane kryteria – pacjentów oddziału, od początku jego istnienia tj. od 1 stycznia 1983 do 31 grudnia 1992 r. Oddział dysponuje sześcioma łózkami. Pobyt pacjenta na oddziale powinien trwać 2–3 tygodnie, tj. przez czas potrzebny do ustąpienia fizycznych objawów abstynencyjnych. Wielu pacjentów jednak nie kończy kuracji i wypisuje się już po kilku dniach pobytu. Przez oddział rocznie przewija się ok. dwustu pacjentów. Wśród nich, niektórzy wielokrotnie.

Kryterium włączenia do badania stanowiło co najmniej jednokrotne przyjęcie narkotyku w iniekcji. Dane na temat pacjentów zbierane były – w drodze analizy historii chorób – przy użyciu wystandaryzowanego kwestionariusza.

Głównym źródłem informacji była dokumentacja dotycząca pierwszego pobytu. W kwestionariuszu uwzględniono następujące dane: płeć, data urodzenia i miejsce urodzenia, miejsce zamieszkania, wykształcenie (liczba lat nauki), status zawodowy (pracujący, niepracujący, uczeń, rencista), stan cywilny, daty pierwszego i ostatniego kontaktu z oddziałem, wiek pierwszego przyjęcia narkotyku w iniekcji, typ narkotyku. Ze względu na częste podejmowanie leczenia w różnych placówkach i brak pełnej informacji na ten temat w historii choroby, w badaniu nie brano pod uwagę okresu, jaki minął między pierwszą iniekcją a pierwszym leczeniem.

Danych na temat zgonów pacjentów poszukiwaliśmy w Centralnym Biurze Adresowym wykorzystującym elektroniczny system ewidencji ludności PESEL oraz w Archiwum Głównego Urzędu Statystycznego. Podobnie jak okres badania, okres obserwacji zgonów kończył się 31 grudnia 1992. Pierwsze, wstępne informacje o zgonach pacjentów pochodziły od personelu oddziału. Wymagały one jednak udokumentowania. Dzięki dokumentacji szpitalnej oraz informacji od personelu można też było na wstępie wyeliminować z poszukiwań sporą grupę pacjentów, o których było wiadomo, że żyli 31 grudnia 1992 roku. Zasadniczo, daty zgonów były ustalone w Biurze Adresowym a ich przyczyny w Głównym Urzędzie Statystycznym na podstawie archiwizowanych elektronicznie kart zgonów. Przyczyny zgonów kodowane były według IX Rewizji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób Urazów i Przyczyn Zgonów.

W analizach statystycznych wykorzystywaliśmy dwie miary: surowe współczynniki zgonów (na 1000 osobolat) oraz standaryzowane wskaźniki umieralności.

Surowe współczynniki zgonów pozwalają na porównywanie umieralności dla całego okresu badania, dla poszczególnych jego lat oraz dla różnych kategorii demograficznych niezależnie od ich liczebności.

Standaryzowane wskaźniki umieralności służyły do porównania ogólnej umieralności narkomanów z umieralnością w populacji generalnej. Wartość tego wskaźnika odpowiada stosunkowi zaobserwowanej i oczekiwanej liczby zgonów w badanej kohorcie. Oczekiwaną liczbę zgonów szacowano na podstawie współczynników zgonów dla województwa warszawskiego wystandaryzowanych według płci i wieku. Dwustronny 95% przedział ufności współczynników zakładał rozkład *Poisson'a* obserwowanych przypadków. Analizę uwarunkowań umieralności narkomanów przeprowadzono na podstawie modelu regresji *Poisson'a*.

Przez oddział detoksykacyjny, w okresie badania, przewinęło się 830 pacjentów. Po analizie ich historii chorób, do badań zakwalifikowano tylko pacjentów używają-

cych narkotyków w iniekcjach. Było ich 656 (79%) z czego 75% stanowili mężczyźni. Ponad 90% pacjentów urodziło się w latach 1950–1969. Ponad 70% było mieszkańcami Warszawy lub innych miejscowości województwa stołecznego. Około 1/4 badanych żyło w stanie małżeńskim, rozwiedzionych było 10%, pozostali to kawalerowie i panny. Ponad 80% legitymowało się wykształceniem wyższym niż podstawowe, w tym 17% wyższym niż średnie. W momencie pierwszego kontaktu z oddziałem pracowało ok. 20% pacjentów (tab. I).

Tabela I. Charakterystyka społeczno-demograficzna pacjentów objętych badaniem.

Zmienna	N	%
Płeć		
Mężczyźni	487	74,2
Kobiety	169	25,8
Rok urodzenia		
1970 i później	24	3,7
1960–1969	352	53,6
1950–1959	273	41,6
1949 i wcześniej	7	1,1
Wiek w momencie pierwszego przyjęcia		
<24	305	46,4
25–29	205	31,3
30–34	116	17,7
35 i więcej	30	4,6
Stan cywilny		
Kawaler, panna	399	60,8
Żonaty, zamężna	170	25,9
Rozwiedziony, rozwiedziona	75	11,4
Wdowiec, wdowa	9	1,4
Brak danych	3	0,5
Wykształcenie (lata nauki)		
<9	118	18,0
9–12	415	63,3
13 i więcej	109	16,6
Brak danych	14	2,1
Zatrudnienie		
Pracujący	123	18,8
Niepracujący	475	72,4
Uczniowie, studenci	19	2,9
Renciści	24	3,7
Brak danych	15	2,3
Miejsce zamieszkania		
Warszawa	432	65,8
Inne miejscowości wojew. stołecznego	34	5,2
Inne województwa	186	28,4
Brak danych	4	0,6

Tabela II. Wiek pierwszej iniekcji narkotyków i wiek pierwszego leczenia.

Zmienna	N	%
Wiek pierwszej iniekcji narkotyku		
<15	93	14,5
15-19	374	57,0
20-24	127	19,4
25 i więcej	47	7,2
Brak danych	15	2,3
Wiek pierwszego leczenia		
16-19	60	9,1
20-24	245	37,3
25-29	205	31,3
30-34	116	17,7
35 i więcej	30	4,6

Tabela III. Rozkład zgonów w okresie katamnesticznym.

Lata katamnezy	Liczba pacjentów	Liczba osobolat	Liczba zgonów	Surowy wsp. zgonów na 1000 osobolat
1980-1982	38	58	0	-
1983-1984	174	250	3	12,0
1985-1986	110	522	14	26,8
1987-1988	132	732	18	24,6
1989-1990	107	924	13	14,1
1991-1992	95	1107	34	30,7
Ogółem	656	3594	82	22,8

Niemal wszyscy badani byli uzależnieni od opiatów. Tylko u dwóch osób rozpoznano uzależnienie od amfetaminy. Wiek pierwszej iniekcji przypadła na szeroki przedział 11 - 53 lata, przy czym większość (58%) rozpoczęła przyjmowanie narkotyków w zastrzykach w wieku 15-19 lat. Średni wiek pierwszej iniekcji wynosił 18 lat.

Pierwszy kontakt pacjentów z badanym oddziałem detoksykacyjnym miał miejsce w wieku od 16 do 53 lat, przy czym 2/3 pacjentów zgłosiło się po raz pierwszy między dwudziestym a trzydziestym rokiem życia. Średni wiek pacjentów w momencie pierwszego kontaktu wynosił 26 lat (tab. II). W badaniu znalazło się 38 pacjentów, którzy pierwsze leczenie w Instytucie Psychiatrii i Neurologii podjęli w latach 1980-1982, jeszcze przed otwarciem oddziału detoksykacyjnego. Największy napływ pacjentów obserwowano w latach 1983-1984, kiedy to do badania włączono 174 osoby. Liczba pacjentów w kolejnych okresach dwuletnich oscylowała około 100 i wahała się od 95 do 132 (tab. III).

WYNIKI

W dziesięcioletnim okresie katamnesticznym zmarły 82 osoby tj. 12.5% badanej grupy. Dwudziestu sześciu pacjentów (4%) nie figurowało w Centralnym Biurze Adresowym. Pozostali, dla których biuro adresowe ustaliło aktualny adres zamieszkania, uznani zostali za żyjących.

Podobnie jak w populacji generalnej – w zbliżonych rocznikach – wśród uzależnionych obserwuje się nadwyżkę zgonów mężczyzn, których współczynniki zgonów były prawie dwukrotnie wyższe niż dla kobiet.

Jak widać w tabeli III rozkład zgonów w okresie katamnesticznym nie był równomierny. W pierwszych latach do 1984 r. zmarły tylko 3 osoby, w następnych okresach dwuletnich umierało po kilkanaście osób, najwięcej zgonów wystąpiło w latach 1991–1992. Liczby te nie dają pełnej informacji na temat trendów umieralności osób uzależnionych w badanym dziesięcioleciu. Liczba zgonów zależała bowiem przede wszystkim od liczby pacjentów objętych katamnezą, która z każdym rokiem była większa. Przedstawione w trzeciej kolumnie tabeli III surowe współczynniki zgonów na 1000 osobolat pacjentów objętych badaniem potwierdzają, że najniższa umieralność przypada na pierwsze lata katamnezy; w latach 1985–1988 utrzymuje się ona na prawie dwukrotnie wyższym poziomie, a następnie, w latach 1989–1990 spada do poziomu notowanego na początku okresy katamnezy. W latach 1991–1992 odnotowuje się najwyższy jak dotychczas współczynnik umieralności.

W całym okresie badania średni roczny współczynnik zgonów dla mężczyzn wynosił 25,7 na 1000 uzależnionych; dla kobiet – 14,3 na 1000 (tab. IV). Współczynniki te są mniej więcej dwukrotnie wyższe niż dla całej populacji generalnej. Biorąc jednak pod uwagę stosunkowo młody wiek badanej zbiorowości można było przypuszczać, że umieralność w tej grupie będzie znacznie niższa. Przyjmując współczynniki zgonów dla populacji województwa stołecznego o podobnym rozkładzie płci i wieku można było oczekiwać, że w okresie katamnesticznym umrze 7 a nie 82 osoby. Jak wynika z przedstawionych w tabeli V standaryzowanych wskaźników umieralności ryzyko zgonu narkomana jest 11 razy wyższe, a narkomanki 20 razy wyższe, niż w populacji generalnej w tych samych kategoriach wieku.

Tabela IV. *Surowe współczynniki zgonów.

	Mężczyźni	Kobiety
Liczba pacjentów	484	169
Liczba osobolat	2687	907
Obserwowana liczba zgonów	69	13
Surowy współczynnik zgonów na 1000 osobolat	25,7	14,3

Tabela V. Standaryzowane wskaźniki umieralności.

	Mężczyźni	Kobiety
Obserwowana liczba zgonów	69	13
Oczekiwana liczba zgonów	6,2	0,6
Standaryzowany wskaźnik umieralności	11,1	20,4

W analizie regresji udało się wyodrębnić dwa czynniki (płeć i czas jaki upłynął od ostatniego leczenia), wpływające w sposób istotny statystycznie na ryzyko zgonu. Jak

wynika z tabeli VI względne ryzyko zgonu dla kobiet jest dwa razy mniejsze niż dla mężczyzn. Ryzyko zgonu rośnie gwałtownie w pierwszym roku po zakończeniu ostatniego leczenia. Jest ono wówczas prawie 30 razy wyższe niż w trakcie leczenia. Trzeba dodać, że w ciągu pierwszego roku po ostatnim leczeniu zmarło 38 osób, a więc blisko połowa zmarłych w całym okresie katamnetycznym.

Tabela VI. Determinanty umieralności narkomanów – model regresji *Poisson'a*.

Zmienna	Względne ryzyko zgonu	95% przedział ufności
Płeć		
Mężczyźni	1,00	–
Kobiety	0,51*	0,28–0,93
Wiek		
<25	1,00	–
25–29	0,67	0,37–1,21
30–34	0,70	0,37–1,31
35 i więcej	0,85	0,39–1,82
Lata katamnezy		
1980–1985	1,00	–
1986–1992	1,18	0,66–2,11
Długość katamnezy		
<1	1,00	–
1–3	1,61	0,79–3,25
4–7	1,93	0,92–4,04
8 i więcej	2,11	0,71–6,24
Czas od ostatniego leczenia		
W leczeniu	1,00	–
<1	28,88*	8,79–94,9
1–3	8,52*	2,50–29,0
4–7	5,17*	1,47–18,2
8 i więcej	3,20	0,38–36,2

* $p \leq 0,05$

Przyczyny zgonów osób uzależnionych charakteryzuje bardzo duże zróżnicowanie (tab. VIII). Ogółem na 82 zgony odnotowano aż 27 przyczyn rejestrowanych według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób, Urazów i Przyczyn Zgonów. Największą, bo blisko czterdziestoprocentową kategorię, stanowią zgony nagłe, których przyczyna jest nieznana lub nieustalona (798). Drugą z kolei szeroką kategorią są urazy i zatrucia (800–999), wśród których blisko 90% stanowią przypadkowe lub celowe zatrucia różnymi substancjami. W sumie zgony nagłe z powodu urazów i zatruc lub z przyczyn nieznanych stanowią 70% ogółu zgonów. Uzależnienie lekowe (304) jako przyczyna zgonu pojawia się w 4 przypadkach.

Tabela VII. Surowe współczynniki zgonów dla wybranych pacjentów.

Zmienna	Liczba zgonów	Osobolata	Surowe wsp. zgonów
Płeć			
Mężczyźni	69	2687	25,7
Kobiety	13	907	14,3
Wiek			
<25	22	799	27,5
25-29	26	1308	19,9
30-34	22	1023	21,5
35 i więcej	12	464	25,9
Długość katamnezy			
<1	18	634	28,4
1-3	25	1074	23,3
4-7	33	1619	20,4
8 i więcej	6	266	22,5
Czas od ostatniego leczenia			
W leczeniu	3	1081	2,8
<1	38	563	67,5
1-3	21	813	25,8
4-7	19	1054	18,0
8 i więcej	1	82	12,2

Tabela VIII. Przyczyny zgonów narkomanów według IX Rewizji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób, Urazów i Przyczyn Zgonów.

Przyczyna zgonu	Nr klasyfikacyjne	Liczba zgonów	Odsetki
Nieokreślona infekcja wirusowa (AIDS)	79	3	3,7
Uzależnienie lekowe	304	4	4,9
Zaburzenia układu krążenia	390-459	4	4,9
Zgon nagły, przyczyna nieznaną	798	32	39,0
Urazy lub zatrucia	800-999	26	31,7
Inne lub nieznanne	38, 70, 162, 171, 201, 482, 486, 742, 799	11	13,4
Brak danych	-	2	2,4

DYSKUSJA

Zgony należą do najcięższych i najbardziej dramatycznych konsekwencji narkomanii. Kwestia wysokiej umieralności podnoszona jest w publicznych debatach nad tym problemem. Propaganda wizualna nie szczędzi nam obrazów kojarzących jednoznacznie narkomanie z śmiercią. W tym kontekście zadziwiająco mało jest badań i danych statystycznych na temat umieralności wśród ludzi uzależnionych. Ten

deficyt danych w dużej mierze wynika z przyczyn obiektywnych. Obowiązująca w Polsce IX Rewizja Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób Urazów i Przyczyn Zgonów, w której nie wydziela się zatruć środkami z grupy morfiny, nie daje możliwości zidentyfikowania większości zgonów, których przyczyną jest narkomania. Dane Komendy Głównej Policji, które pojawiają się w różnych publikacjach, też nie obejmują wszystkich zgonów i mają, jak się wydaje bardziej charakter danych operacyjnych niż rzetelnych statystyk.

Umieralność wśród narkomanów była w latach ubiegłych dwukrotnie przedmiotem naszych badań. Pierwsze badanie objęło wszystkich w Polsce pacjentów z rozpoznaniem 304 (uzależnienie lekowe) leczonych stacjonarnie w 1974 roku (2). Kolejne badanie dotyczyło pacjentów leczonych w roku 1984 (3). W obu badaniach okres katamnesticzny wynosił 4 lata. W omawianym tu badaniu zastosowano odmienny sposób doboru pacjentów. Zamiast ogólnopolskiego badania wszystkich pacjentów hospitalizowanych w jednym roku do badań włączono wszystkich pacjentów jednego ośrodka leczonych w okresie 10 lat. W miejsce stałego okresu katamnezy wprowadzono zmienny okres. Ta zmiana metodologii nie wyklucza możliwości porównywania wyników, natomiast powoduje spadek kosztów badania.

Zastosowanie nowego podejścia umożliwiło śledzenie trendów w umieralności w dłuższych niż poprzednio okresach czasu. W ciągu dziesięciu lat katamnezy surowe współczynniki zgonów wzrosły od 12 na 1000 osobolat do ponad 30 w latach 1991–1992, co zgodne jest z trendami obserwowanymi w Polsce i na świecie. Wpływ na rosnącą umieralność mają: postępująca marginalizacja środowiska, pojawienie się nowych, coraz silniejszych środków, wybuch epidemii zakażeń HIV. W badaniach katamnesticznych z lat 1974–1978 i 1984–1988 średnie roczne współczynniki umieralności wynosiły ok. 16–17 na tysiąc (2, 3), w całym okresie katamnesticznym 1983–1992 – 23 na tysiąc a w latach 1991–1992 – już 30 na tysiąc.

W naszych badaniach intrygujący jest, nie tyle rosnący trend, co krótkotrwały spadek współczynników zgonów, które zmalały dwukrotnie w latach 1989–1990, a następnie w latach 1991–1992 wzrosły osiągając nie notowany poprzednio poziom. Spadek ten mógł być refleksem (a i potwierdzeniem) malejącego rozpowszechnienia narkomanii w Polsce, jaki odnotowywały w drugiej połowie lat osiemdziesiątych statystyki medyczne i policyjne. Na krótkotrwały spadek umieralności narkomanów wpłynąć mogły też głębokie transformacje ustrojowe i zmiany społeczne wzmacniając, przynajmniej początkowo, więzi społeczne i osłabiając represyjne działania państwa i jego aparatu ścigania. Ponowny wybuch narkomanii, który nastąpił na początku lat dziewięćdziesiątych znalazł swoje dramatyczne odbicie w rosnącej szybko liczbie zgonów.

Potwierdziły się wcześniejsze ustalenia wskazujące na wysokie ryzyko zgonów kobiet-narkomanek. Wprawdzie surowe współczynniki zgonów kobiet są w naszym badaniu dwukrotnie mniejsze niż dla mężczyzn to jednak rejestrowana wśród kobiet liczba zgonów jest dwudziestokrotnie wyższa od oczekiwanej podczas gdy dla mężczyzn – jedenastokrotnie wyższa. Obserwacja ta uświadamia nam, że na ryzyko zgonów narkomanów wpływa nie tylko uzależnienie i jego konsekwencje ale również umieralność ogólna odpowiednia dla płci i wieku. Ze względu na stosunkowo niską umieralność kobiet w młodszych i średnich rocznikach wieku w populacji generalnej, umieralność oczekiwana dla kobiet objętych katamnesticzną była bardzo niska. W tym kontekście, narkomania okazała się bardzo istotnym czynnikiem ryzyka.

Analiza regresji ujawniła dwa interesujące zjawiska. Okazało się, że względne ryzyko zgonu nie rośnie wraz z wiekiem i jest w przybliżeniu takie samo dla najmłodszych – do dwudziestego piątego roku życia jak i dla najstarszych – powyżej 35 roku życia. Prawdopodobnie ta wskazuje na bardzo dużą wagę narkomanii jako czynnika ryzyka, która, jak się wydaje, odgrywa relatywnie mniejszą rolę w starszych rocznikach wieku. Można przypuszczać, że starsi narkomani tkwią w subkulturze, która wykształciła normy bardziej bezpiecznego używania substancji i, że ich styl życia w ogóle zawiera mniej elementów auto-destrukcji.

Według przyjętego modelu regresji, największym ryzykiem zgonu obciążony jest okres pierwszego roku po ostatnim pobycie na oddziale. Prawdopodobieństwo śmierci jest wtedy blisko trzydziestokrotnie wyższe niż podczas leczenia i mniej więcej cztery razy wyższe niż w następnych, po leczeniu, latach. Duża liczba zgonów w niedługim czasie po opuszczeniu oddziału wynikać może z przedawkowania narkotyków w warunkach obniżonej po leczeniu tolerancji. Jest też na pewno efektem złego stanu somatycznego pacjentów trafiających na detoksykację.

Pacjenci po detoksykacji wymagają szczególnej opieki, co uwzględnia system leczenia przyjęty w naszym kraju. Odrucie ma być tylko etapem całego procesu terapeutycznego. Po jego zakończeniu pacjent powinien trafić do ośrodka rehabilitacyjnego, gdzie ryzyko zgonu i innych komplikacji somatycznych jest znikome. Jednak wielu pacjentów, z różnych powodów, kończy leczenie na odruciu lub wręcz przerywa detoksykację, a spośród tych którzy podejmują rehabilitację większość opuszcza ośrodki przed końcem pełnego cyklu leczenia. Wszyscy oni, jak pokazują wyniki naszego badania, obarczeni są szczególnie wysokim ryzykiem zgonu. Jego zmniejszenie wymaga stworzenia alternatywnych form opieki takich jak, krótkoterminowa rehabilitacja, programy ambulatoryjne itp. Dla tych, którzy stracili motywację do leczenia niezbędne są programy z zakresu ograniczania szkód (harm reduction). Muszą one uwzględniać edukację w zakresie bardziej bezpiecznego używania narkotyków, obejmującą zwłaszcza informacje o spadku tolerancji i ryzyku przedawkowania bezpośrednio po okresie abstynencji wymuszonej leczeniem.

Narkomania *per se*, rozumiana jako uzależnienie od opiatów, rzadko bywa przyczyną zgonu. Objęci badaniem pacjenci umierali z najróżniejszych przyczyn, wśród których uzależnienie od leków stanowiło przyczynę czterech zaledwie zgonów. W sumie na 82 zarejestrowane w katamniezie zgony zidentyfikowano 27 różnych przyczyn. Dominują wśród nich zgony nagłe, których przyczyny nie podano w karcie zgonu. Świadczy to o niskiej jeszcze wiedzy lekarzy na temat narkomanii, której braku rzutują zapewne nie tylko na jakość danych statystycznych ale także na jakość i skuteczność opieki medycznej również w nagłych, wymagających wysokich kompetencji sytuacjach.

Epidemia HIV nie odbiła się jeszcze wyraźnie na wynikach katamnezy z lat 1983–92. Dopiero w ostatnich jej latach zmarło na AIDS trzech pacjentów. Biorąc pod uwagę wysokie rozpowszechnienie zakażeń HIV, można szacować, że już obecnie współczynniki zgonów wśród narkomanów są wyższe niż w latach objętych badaniem a druga połowa lat dziewięćdziesiątych przyniesie istotny ich wzrost.

J. Moskalewicz, J. Sierosławski

MORTALITY OF INJECTING DRUG USERS

SUMMARY

The paper presents and discusses results of a longitudinal study on mortality of injecting drug users from detoxification unit of the Institute of Psychiatry and Neurology, Warsaw, Poland. The study was a part of an international project initiated by the World Health Organization and co-ordinated by Department of Epidemiology Lazio Region, Rome, Italy. Nine centers from six countries participated in the project. All injecting drug users attending treatment in the 1983–1992 period were enrolled.

In Warsaw cohort, direct mortality rate for men was 25.7 per 1000 person-years and 14.3 per 1000 person-years for women. As compared with general population the risk of death was 11 times higher among males and 20 times higher among female drug users. Poisson's regression model showed that risk of dying (rate ratio) is particularly high during first year after last treatment.

Almost 40% of deaths were classified as sudden deaths, cause unknown (code 798 of ICD IX) while close to one third as injuries and poisonings (800–999).

PIŚMIENICTWO

1. *Brenner H., Hernando-Briungos P., Goos C.*: Drug Alcohol Depend, 1991, 29, 171. – 2. *Moskalewicz J., Sierosławski J.*: Umieralność wśród uzależnionych od leków, w: *Medycyna środowiskowa. Część czwarta: Problemy diagnostyki i terapii*, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Warszawa, 1984, 20. – 3. *Moskalewicz J., Sierosławski J.*: Alkoholizm i Narkomania, 1992, 9, 105. – 4. *Papaevangelou G., Richardson S.C.*: HIV prevalence and risk factors among injecting drug users in EC and COST countries, w: *Baert A.-E., Koch M.A., Montagnier L., Razquin M.C., Tyrell D.* AIDS research at EC level, Amsterdam, Oxford, Washington (DC), IOS Press, 1995, 73. – 5. *Perucci C.A., Davoli M., Rapiti E.*, et al: *Am. J. Public Health*, 1991, 81, 1307. – 6. *Uitzinger M.*: Alkoholizm i Narkomania, 1994, 3/17, 339. – 7. *Wille R.*: *Br. J. Addict.*, 1981, 76, 259.

Adres: Zakład Badań nad Alkoholizmem i Toksykomaniami, Instytut Psychiatrii i Neurologii,
02-957 Warszawa, Al. Sobieskiego 1/9