

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ИЗМЕНЕНИЙ СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК СТАЦИОНАРНЫХ ПАЦИЕНТОК С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ ЗА 30 ЛЕТ: 1986–1988 и 2013–2015

Кравченко С.Л.^{1,2}, Корольков А.И.¹

kravchenko.s@serbsky.ru

¹ Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского
Национальный научный центр наркологии
119002, г. Москва, Малый Могильцевский пер., 3

² Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова
119021, г. Москва, ул. Россолимо, 11, стр. 9

Статья поступила 5.11.2018

Сопоставление социально-демографических характеристик двух случайных выборок из когорт женщин с зависимостью от алкоголя, впервые в жизни лечившихся в стационаре ННЦ наркологии в 1986–1988 гг. и 2013–2015 гг., показало, что отличия лежат преимущественно в социальной плоскости, и их нельзя

рассматривать в отрыве от происходивших перемен в обществе и в здравоохранении.

Либерализация организационных вопросов в области наркологии (анонимность, требование соблюдать врачебную тайну), рост благосостояния в совокупности с повышением уровня образования среди женщин привели к существенному расширению «социального диапазона» впервые в жизни лечившихся в бюджетном лечебном учреждении. Полученные результаты на конкретном примере говорят о существенной роли общественных механизмов во вторичной профилактике алкогольной зависимости у женщин в форме привлечения к терапии в стационаре.

Ключевые слова: женщины, зависимость от алкоголя, патоморфоз, социально-демографический аспект.

ВВЕДЕНИЕ

Статья открывает цикл публикаций, посвященных анализу различных аспектов формирования и течения алкогольной зависимости (АЗ) у женщин с точки зрения временной трансформации на протяжении последних трех десятилетий, исходя из опыта стационара ННЦ наркологии, филиала ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России (ННЦ наркологии). Настоящая статья посвящена сравнительному анализу социально-демографических перемен.

Известно, что АЗ формируется при взаимодействии социальных и биологических факторов [8; 16]. Более того, уровень заболеваемости АЗ может рассма-

Об авторах:

Кравченко Сергей Леонидович – канд. мед. наук, вед. науч. сотр. отделения клинических исследований алкоголизма Национального научного центра наркологии, филиала ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского»; доцент кафедры психиатрии и наркологии лечебного факультета Первого МГМУ им. И.М. Сеченова.

Корольков Алексей Игоревич – канд. мед. наук, ст. науч. сотр. отделения клинических исследований алкоголизма Национального научного центра наркологии, филиала ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского».

триваться в качестве индикатора социально-экономических проблем общества [23; 31; 34]. В частности, было показано [23], что падение уровня жизни в России в 1990–2000 гг. являлось основной причиной роста заболеваемости алкоголизмом и алкогольными психозами, а улучшение социально-экономической ситуации после 2004 г. (т.е. повышение уровня дохода населения) способствовало стабилизации эпидемиологической ситуации по алкоголизму.

Отечественная наркология за многие годы накопила уникальный клинический материал, нуждающийся в сравнительном анализе и осмыслении трансформации лечебных подходов на протяжении десятилетий. В наркологическую практику введены Стандарты медицинской помощи больным наркологического профиля в условиях стационара (приказ Минздрава России от 17 мая 2016 г. №302н) и Порядок оказания медицинской помощи таким больным (приказ Минздрава России от 30 декабря 2015 г. №1034н). Однако следует иметь в виду, что эти документы имеют организационное и плано-экономическое предназначение, разработаны согласно Федеральному закону от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (п. 4 ст. 37) в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг (Приказ Минздрава России от 13 октября 2017 г. №804н с изм. на 12 июля 2018 г.) и представляют собой набор условий, средств и методов оказания медицинской помощи при различных клинических состояниях. Другими словами, документы являются отражением «поперечного среза» клиники зависимостей от психоактивных веществ. Сами же количественные и качественные характеристики этих состояний и их клиническая эволюция с течением времени остаются неопределенными, придавая «срезу» усредненный характер проявлений алкогольной зависимости (АЗ).

Прояснение этих вопросов может дать полезную информацию с точки зрения сравнительной оценки накопленного за десятилетия клинического опыта отечественной наркологии и быть полезным с точки зрения возможной оптимизации терапии (сравнительный анализ спектра лекарственных средств, схем их применения, терапевтической эффективности) с учетом половой принадлежности.

Попытки временного анализа клинической патопластики АЗ делаются, но они единичны и касаются почти исключительно мужских контингентов или смешанных по полу выборок. В частности, показано, что тяжесть ряда клинических проявлений зависимости от алкоголя (например, патоморфоз алкогольного опьянения, рост прогредиентности АЗ, рост числа алкогольных психозов), как и других психических заболеваний (например, изменение соотношения аффективных расстройств и деструктивных психопатологических синдромов при шизофрении, лекарственный патоморфоз психозов и др.) с течением времени в известных пределах подвержены трансформации под многомерным влиянием меняющихся социально-экономических (транскультуральный патоморфоз) и биологических факторов (в том числе изменения гормонального статуса, нарушения морфофункциональных характеристик коры головного мозга и др.), что

признается весомым основанием для коррекции терапевтических подходов [6; 7; 12; 13; 19].

Так, была показана трансформация клинической картины синдрома отмены алкоголя (СОА) у больных АЗ мужчин, наблюдавшихся в 1965–2005 гг., происшедшая параллельно с изменением антиалкогольной политики и сопровождавшаяся динамикой частотно-количественных показателей потребления алкогольных напитков [20]. Авторы другого исследования [17] изучали влияние перемен алкогольной ситуации в стране на течение АЗ у мужчин в последние десятилетия. Сопоставив клинику и течение АЗ у мужчин на основе выборок 1988–1990 гг. и 2011–2012 гг., авторы не нашли существенных изменений: возраст формирования СОА остался прежним, а течение АЗ стало более благоприятным в силу роста потребления слабого алкоголя.

Гендерные аспекты временной трансформации АЗ затронуты в работе, посвященной клинико-терапевтическому патоморфозу АЗ среди некоренного населения республики Коми [19]. В доступной нам научной литературе это сравнительное исследование АЗ у женщин оказалось единственным с точки зрения интересующего нас временного аспекта, сопоставимого по масштабам с упомянутыми выше исследованиями мужчин. На основе анализа двух случайных выборок медицинских карт пациентов мужчин и женщин некоренной национальности в республике Коми, лечившихся в стационаре в 1983 и в 2003 гг., автор доказывает влияние ряда современных социальных проблем республики (миграционные процессы, неравенство в доходах, безработица и др.) на течение АЗ. Сопоставлению женских когорт в разные временные периоды посвящен лишь короткий фрагмент работы. В частности, были найдены признаки клинического патоморфоза АЗ среди женщин с течением времени: рост прогрессивности, учащение атипичных форм СОА, учащение развития психозов и др.

Эволюция паттернов потребления алкоголя в зарубежной научной литературе рассматривается исключительно в национальных эпидемиологических исследованиях, направленных на выработку государственной антиалкогольной политики в рамках глобальной стратегии Всемирной Организации Здравоохранения по сокращению вредного употребления алкоголя в популяционных масштабах [29; 30; 31; 32]. Подобный анализ проводят в форме анкетирования, учитывающего частотно-количественные показатели в расчете на душу населения, что включает не только сопоставление клинических показателей внутри контингентов лиц с зависимостью от алкоголя, но затрудняет даже саму оценку масштабов наносимого населению вреда [26].

Таким образом, знания о естественном течении АЗ (т.е. без участия фактора лечения) у женщин в контексте обсуждаемых проблем практически отсутствуют. Анализ имеющейся в нашем распоряжении клинической информации может дать дополнительный импульс исследованиям в этом направлении, сопоставить прошлый клинический опыт с нынешним, быть полезным как с точки зрения

понимания временных трендов, так и для оценки перспектив терапевтических программ.

Цель исследования – провести сравнительное исследование преморбидных характеристик женщин с АЗ в группах, лечившихся в стационаре ННЦ наркологии в 1986–1988 гг. и 2013–2015 гг. В задачи исследования входило сопоставление социально-демографических параметров (возраст, наследственность, семейное положение, трудовая занятость и ряд других).

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Материалом исследования служили сведения о пациентах, лечившихся впервые в жизни в разные годы в отделении клинических исследований алкоголизма ННЦ наркологии. Клинико-анамнестические данные о больных, как в 90-е, так и в 2000-е годы вносились в формализованную индивидуальную карту (в том числе, в соответствии с медицинской картой стационарного больного, форма №003/у), служившую источником информации для анализа; учитывались социально-демографические сведения, акушерско-гинекологический анамнез, особенности формирования и течения основного заболевания, данные о психическом и соматоневрологическом статусах пациентов, о проводимой терапии.

Основными методами исследования были клинический (диагностика соматических, психических и неврологических расстройств) и клинико-психопатологический (нозологическая и синдромальная диагностика), результаты которых вносились в индивидуальную карту больного в аналогичном формате на протяжении обоих периодов наблюдения.

Сведения из индивидуальных карт переносились во встроенную электронную базу данных (ЭБД) статистического пакета IBM SPSS Statistics for Windows, v. 23[®] в обезличенной форме, исключающей идентификацию пациента. Для определения адекватного задачам оптимального метода анализа использовалась встроенная опция «Инструктор по статистике» для двусторонней гипотезы с α -уровнем 0,05; нормальность распределения параметрических данных определялась тестом Холмогорова-Смирнова; в случае правильного распределения в зависимости от задач исследования был использован t-критерий для независимых или парных выборок; для анализа межгрупповых отличий непараметрических показателей и показателей с неправильным распределением использован критерий U Манна-Уитни, для сопоставления категориальных данных в выборке в форме номинальной шкалы, процентных соотношений признаков и их градаций применялись описательные статистики в виде двумерных таблиц сопряженности с вычислением критерия Пирсона, 2-сторонняя значимость (χ^2); корреляционные связи между переменными, измеренными в ранговой шкале, определялись с помощью коэффициента Спирмана, 2-сторонняя значимость (ρ).

Для расчета объема выборки использовали модуль IBM SPSS Sample Power 3[®]; он позволяет, в частности, рассчитать необходимый и достаточный размер выборки на основе величин эффектов «пилотных» данных при заданных уровнях значимости и мощности; в нашем исследовании: α -уровень – 0,05, мощность выборки – 0,85.

Дизайн исследования предварительный, «пилотный», первый этап исследования заключался в сравнении двух выборок по 40 больных, сформированных по принципу простой случайной выборки с использованием генератора случайных чисел применительно к общей ЭБД. В группу А вошли женщины, лечившиеся в 1986–1988 гг., в группу Б – лечившиеся в 2013–2015 гг. Результаты предварительного межгруппового анализа с помощью приложения IBM SPSS Sample Power 3 позволили сформировать окончательный объем выборки в 160 пациентов – по 80 больных со средней стадией АЗ в каждой группе. Завершающий этап состоял в статистическом анализе демографических показателей рассчитанного объема выборки.

Отдельного добровольного информированного согласия от больных на проведение данной работы не требовалось, т.к. получаемые сведения не выходили за рамки подписываемых при поступлении в клинику «Информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство» и «Согласия пациента на обработку персональных данных».

Условия и ограничения. Выбор границ временных диапазонов при формировании групп был продиктован характером и объемом накопленной с 1986 г. ЭБД, а также публикациями, посвященными патоморфозу АЗ у мужчин [17; 20] с учетом перспективы наших дальнейших исследований в части гендерно-половых аспектов. Практическое отсутствие среди поступающих на лечение в ННЦ наркологии в последние годы женщин с исходной стадией АЗ вынудило нас ограничиться в исследовании пациентками со средней стадией АЗ. Сбор новейших клинических сведений ограничили 2015 г., т.к. начиная с 2016 г. в клинике ННЦ наркологии в лечебной практике активно реализуются новые подходы к лечению, результаты которых будут предметом дальнейшего анализа.

Критерии включения: женский пол, диагноз «Зависимость от алкоголя (F10.2); первичное обращение в стационар. Критерии исключения: коморбидная психическая патология; злоупотребление иными психоактивными веществами; предшествующее лечение как амбулаторное, так и стационарное.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Социально-демографические характеристики сравниваемых групп приведены в *таблице 1*.

Таблица 1. Сопоставление ряда социально-демографических характеристик женщин, лечившихся в 1986–1988 гг. и в 2013–2015 гг. (средние величины приведены в форме $M \pm SD$)

Социально-демографические характеристики	1986–1988 N = 80 (группа А)	2013–2015 N = 80 (группа Б)	P
Возраст	38,7 ± 8,8	41,7 ± 8,7	0,040
Злоупотребление алкоголем со стороны родителей	50,0%	36,3%	0,110
Из них:			
только отец	87,50%	75,9%	0,335
только мать	25,0%	37,9%	0,295
оба родителя	12,5%	13,8%	1,000
Условия воспитания:			
в полной семье	72,5%	68,8%	χ^2
без отца	21,2%	21,2%	a) 0,772
без матери	6,3%	10,0%	b) 2
Итого:	100%	100%	c) 0,680
Образование:			
среднее	67,5%	18,8%	χ^2
среднее специальное	22,5%	36,3%	a) 42,436
высшее	10,0%	45,0%	b) 2
Итого:	100%	100%	c) 0,001
Место жительства:			
Москва	80,0%	46,3%	χ^2
Московская область	11,3%	40,0%	a) 21,009
Регионы	8,7%	13,7%	b) 2
Итого:	100%	100%	c) 0,001
Характер трудовой деятельности:			
работник сферы обслуживания	56,2%	15,0%	χ^2
работник умственного труда	6,3%	30,0%	a) 54,881
работник физического труда	26,2%	11,3%	b) 5
иждивенец	2,5%	25,0%	c) 0,001
неработающий пенсионер	8,8%	16,2%	
индивидуальный предприниматель	0%	2,5%	
Итого:	100%	100%	
Путь поступления в стационар:			
направление НД	93,8%	22,5%	χ^2
самостоятельное обращение*	6,2%	77,5%	a) 83,428
Итого:	100%	100%	b) 1
			c) 0,001
Семейное положение			
состоят в браке	56,3%	55,0%	1,000
из них повторно	46,7%	50,0%	1,000

Социально-демографические характеристики	1986–1988 N = 80 (группа А)	2013–2015 N = 80 (группа Б)	P
Злоупотребление алкоголем со стороны мужа (в т.ч. бывшего)	53,3%	47,7%	0,674
Сожительство	23,6%	17,5%	0,435
Злоупотребление алкоголем со стороны сожителя	94,7%	57,1%	0,026
Одиноким	20,0%	27,5%	0,353
Из них:			
в разводе	62,4%	63,6%	1,000
вдовы	31,3%	18,2%	0,450
не имеют постоянного партнера	6,3%	18,2%	0,374

Примечание: обозначения в ячейках с данными χ^2 : а) значение, б) число степеней свободы, в) асимптотическая значимость (2-х сторонняя);

* – в эту категорию также включены лица, добровольно поступившие по ходатайству администраций иных медучреждений или места работы.

Больные группы Б оказались в среднем несколько старше – $41,7 \pm 8,7$ лет против $38,7 \pm 8,8$ лет ($p = 0,040$), за счет преобладания доли пациенток в возрастных группах старше 40 лет (51,4% против 36,4%). В целом же средний возраст в обеих группах был сопоставим с контингентами пациенток наркологических стационаров, который колебался в пределах 37–42 лет [2; 8; 11; 27; 33; 35; 37]. Корреляции возраста больных, как возраста первого обращения на стационарное лечение, с другими структурно-динамическими показателями АЗ будут освещены в следующих публикациях.

Сопоставление семейной отягощенности злоупотреблением алкоголем / АЗ со стороны родителей также не выявило достоверных различий: среди лиц с семейным пьянством в группах от 75,9 до 87,5% случаев это был отец, в остальных случаях – мать; у 13,0–14,0% злоупотребляли алкоголем оба родителя. Приведенные выше цифры семейной трансмиссии АЗ / злоупотребления алкоголем в целом сопоставимы с данными научной литературы [1; 10; 11; 28; 36].

Не найдено межгрупповых различий по условиям воспитания: в полных семьях воспитывались от 68,8 до 72,5% пациенток, однако в обеих группах была равно велика доля тех, кто рос без отца или без матери, что в совокупности с пьянством в семье лишней раз доказывает значимость этих факторов риска развития АЗ.

Обращают на себя внимание определенные сдвиги в социальном статусе женщин, происшедшие к 2013–2015 гг. Так, образовательный уровень нынешнего контингента пациенток заметно изменился: если в 80-е годы у 90% он не превышал среднего специального, то в 2000-е годы 45% лечившихся женщин имели высшее образование ($p = 0,001$).

Созвучно переменам в уровне образования достоверно ($p = 0,001$) изменилась структура характера трудовой деятельности: прежде более половины больных (56,2%) составляли работницы сферы обслуживания (продавщицы, официантки, повара и др.), сейчас их доля сократилась почти в 4 раза (15,0%) и более чем в два раза уменьшилась доля лиц, непосредственно занятых на производстве и в сельском хозяйстве – с 26,2 до 11,3%. Одновременно среди женщин, лечившихся в 2000-е годы, в пять раз выросло – с 6,3 до 30,0% – число работников умственного труда (учителя, врачи, инженерно-технический персонал, служащие и др.) и снизилось в 2,3 раза число работников физического труда (11,3 против 26,2%). На порядок больше (25,0 против 2,5%) среди поступивших стало женщин-домохозяек, находящихся на иждивении мужей, и вдвое больше, до 16,2%, неработающих пенсионерок (что, в частности, отразилось на среднем возрасте больных группы Б). Помимо этого, в настоящее время среди женщин появился новый разряд трудовой занятости – индивидуальные предприниматели.

В 2000-е годы доля самостоятельно обратившихся в стационар выросла по сравнению с 80-ми годами более чем в 12 раз – с 6,2 до 77,5%. Заметно изменилось и соотношение мест проживания поступивших больных, сместившись из Москвы в Московскую область и регионы: если в 80-е годы оно составляло, соответственно, 80,0, 11,3, 8,7%, то к настоящему времени 53,7% пациенток – жительницы Московской области и регионов России.

Сопоставление семейного положения показало отсутствие различий между группами по ведущим показателям брачных отношений: замужних женщин 56,3% в группе А против 55,0% в группе Б; из них в повторные браки за период заболевания вступали, соответственно, 46,7 и 50,0% пациенток. Не найдено отличий также по доле разведенных (26,3 против 30,0%) и одиноких женщин (20,5 против 27,5%).

Злоупотребление алкоголем со стороны мужей (в том числе бывших мужей в случае повторных браков) имело место примерно у половины пациенток обеих групп (53,3 против 47,7%). Среди незамужних женщин, которые не остались одиночками, абсолютное большинство сожителей пациенток группы А злоупотребляли алкоголем, что свидетельствовало в пользу явного преобладания положительной ассортативности при выборе партнера по этому признаку: 94,7 против 57,1% в группе Б ($p = 0,026$) [15; 22 и др.].

Дополнительные характеристики ассортативности брачных отношений (включая сожителей) дал корреляционный анализ между уровнем образования пациенток и злоупотреблением алкоголем со стороны мужа / сожителя в обеих группах. В 80-е годы таких связей не было найдено ($p = 0,139$, $p = 0,138$); в 2000-е годы выявлена высоко достоверная средней силы отрицательная корреляция ($p = -0,332$, $p = 0,004$).

То есть у женщин в группе Б с ростом уровня образования проявилась тенденция к меньшему тяготению к пьющим мужчинам. Эти находки хотя и относятся к

больным с АЗ, но частично вписываются в результаты национального экономического исследования влияния социокультурной модернизации и экономических реформ 90-х годов на сферу семейных отношений, проведенного Национальным исследовательским университетом «Высшая школа экономики» (НИИ ВШЭ) в рамках Программы фундаментальных исследований [5]. Так, было выявлено, что на протяжении двух десятилетий к 2015 г. среди пар с высшим образованием ассортативность браков снижается, несмотря на рост доли населения с высшим образованием. Эта парадоксальная, на первый взгляд, ситуация объяснялась авторами гендерным дисбалансом в системе высшего образования в пользу женщин. На этом фоне у высокообразованных женщин сокращались шансы найти себе пару среди мужчин с таким же уровнем образования, поэтому они были вынуждены создавать пары с мужчинами с более низким уровнем образования.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Сопоставление социально-демографических характеристик двух случайных выборок из когорт женщин с АЗ, впервые в жизни лечившихся в стационаре ННЦ наркологии в 1986–1988 гг. и 2013–2015 гг. показало, что их отличия лежат преимущественно в социальной плоскости, что нельзя рассматривать в отрыве от происходивших позитивных перемен в обществе и в здравоохранении. Две из них в контексте нашего исследования представляются наиболее значимыми:

а) либерализация организационных аспектов наркологии вследствие анонимного лечения (т.е. без предъявления документа, удостоверяющего личность и место работы) в соответствии с приказом МЗ РФ от 23 августа 1999 г. №327 «Об анонимном лечении в наркологических учреждениях (подразделениях)», а также соблюдения врачебной тайны, согласно положению ст. 13 Федерального закона №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

б) отмеченный Росстатом неуклонный рост благосостояния населения в России не только в разы с 1986 г., но и за период 2013–2015 гг., средний темп которого по среднедушевым денежным доходам населения составил около 110% [21; 25]. В совокупности с общим ростом уровня образования в стране в последние годы среди женщин возрастных групп, соответствующих нашим выборкам [18], эти факторы способствовали существенному изменению социально-демографических характеристик пациенток, впервые в жизни обратившихся на лечение в клинику ННЦ наркологии.

Отличия пациенток 2000-х годов заключались, во-первых, в среднем несколько старшем возрасте, чем обращавшиеся в клинику 30 лет назад, за счет преобладания лиц в кластере старше 40 лет. Во-вторых, значительно повысился их образовательный уровень: более 80% это лица со средним специальным и высшим образованием, причем в несколько раз чаще это были женщины из Московской области и регионов, составив более 53,7% пациенток. В-третьих, в 5 раз чаще стали впервые обращаться в клинику работники умственного труда, в 10 раз чаще женщины-до-

мохозяйки, вдвое чаще неработающие пенсионеры; пути поступления в стационар за прошедшие годы изменились таким образом, что доля самостоятельного, добровольного, поступления составила 77,5% обратившихся, тогда как прежде она равнялась 6,2%. В-четвертых, семейное положение лечившихся стационаре в 2000-е и 80-е годы не различалось, однако пациентки, обратившиеся за наркологической помощью в 2013–2015 гг., не состоящие в браке, были значительно требовательнее к выбору партнера, предпочитая лиц, не злоупотребляющих алкоголем.

Таким образом, обобщение многолетнего опыта работы клинического отделения ННЦ наркологии показало характер и степень влияния социальных сдвигов на перемены в социально-демографических характеристиках женщин с АЗ. Отличительные черты контингента женщин, первично обращающихся в наркологический стационар бюджетного лечебного учреждения, определяются как текущими социальными условиями, так и организацией медицинской помощи. В какой степени эти соотношения важны с точки зрения научно-практической значимости, можно будет оценить после сопоставления лечившихся в разные годы групп женщин по конституционально-биологическим и клинико-терапевтическим характеристикам.

Полученные нами к настоящему моменту результаты дают основание предполагать существенную регулирующую роль общественных и государственных механизмов в расширении социально-демографического диапазона контингента женщин, впервые обращающихся в наркологический стационар. Сохранению такой тенденции может способствовать дальнейшее движение в этом направлении, например, повышение доступности и уровня информированности населения («горячие линии», специализированные сайты, лекции и т.п.), в том числе борьба со стигматизацией больных женщин, зачастую препятствующая обращению в стационар.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Альтшулер В.Б., Мохначев С.О., Кравченко С.Л.* Гендерные аспекты наркологических заболеваний. // Наркология: национальное руководство / под ред. Н.Н. Иванца, И.П. Анохиной, М.А. Винниковой. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – С. 458–469.
2. *Бохан Н.А., Мандель А.И., Анкудинова И.Э., Трескова И.А., Кисель Н.И.* Клиническая коморбидность психоневрологических проявлений алкоголизма у женщин. // Наркология. – 2011. – №10. – С. 36–40.
3. Гинекология: национальное руководство / под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова, В.Е. Радзинского, И.Б. Манухина. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 1008 с.
4. Гинекология: национальное руководство / под ред. В.И. Кулакова, Г.М. Савельевой, И.Б. Манухина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 1088 с.
5. *Зинченко Д.И., Лукьянова А.Л.* Ассортативность браков по образованию и неравенство доходов. // Экономический журнал ВШЭ. – 2018. – Т. 22. – №2. – С. 169–196.
6. *Клименко Т.В., Игонин А.Л., Кулагина Н.Е.* Клинический патоморфоз алкогольного опьянения: диагностика и причинные факторы. // Вопросы наркологии. – 2017. – №10. – С. 5–15.
7. *Колотилин Г.Ф., Яковлева М.В.* Клинико-психопатологический патоморфоз параноидной шизофрении. // Дальневосточный медицинский журнал. – 2009. – №3. – С. 64–66.

8. Кошкина Е.А., Киржанова В.В., Вышинский К.В. Эпидемиология алкоголизма. // Наркология: национальное руководство / под ред. Н.Н. Иванца, И.П. Анохиной, М.А. Винниковой. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – С. 50–63.
9. Кошкина Е.А., Киржанова В.В., Бобков Е.Н. Эпидемиология наркоманий. // Наркология: национальное рук-во / под ред. Н.Н. Иванца, И.П. Анохиной, М.А. Винниковой. – 2-е изд. перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 944 с. – С. 17–68.
10. Кошляк Н.М., Овчинников А.А. Современное состояние вопроса об экспертной оценке клинического течения алкоголизма у женщин. // Вестник судебной медицины. – 2016. – №4. – Т. 5. – С. 36–40.
11. Курьянова Н.Н. О формировании алкоголизма у женщин Астрахани. // Вопросы наркологии. – 2005. – №6 – С. 68–71.
12. Максимов В.И. Патоморфоз психических заболеваний. // Современная терапия в психиатрии и неврологии. – 2016. – №4. – С. 14–18.
13. Мандель А.И., Артемьев И.А., Невидимова Т.И., Батухтина Е.И., Воеводин И.В., Аболонин А.Ф., Солонский А.В., Прокопьева В.Д., Тошчакова В.А., Епимахова Е.В. и др. Клинико-патобиологические закономерности формирования и патоморфоза алкоголизма и наркоманий в социально-организованных популяциях. // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2015. – №3. – С. 53–63.
14. Менопауза. Доклад научной группы ВОЗ. – Всемирная организация здравоохранения, Женева, 1984 [Электронный ресурс]. – http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/41526/4/WHO_TRS_670_rus.pdf. – (дата обращения 01.10.2018).
15. Москаленко В.Д. Психотерапия созависимости. // Алкоголизм. Руководство для врачей. – М.: Медицинское информационное агентство, 2011. – С. 445–485.
16. Наркология: национальное руководство / под ред. Н.Н. Иванца, И.П. Анохиной, М.А. Винниковой. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 944 с.
17. Немцов А.В., Орлов А.В. Патоморфоз алкоголизма: 1988–90 vs. 2011–12 гг. // Вопросы наркологии. – 2014. – №4. – С. 3–11.
18. Образование в Российской Федерации: 2014 : статистический сборник. – М.: Высшая школа экономики, 2014. – 464 с.
19. Рафаенко М.В. Клинико-терапевтические аспекты патоморфоза хронического алкоголизма среди населения республики Коми : дис. ... канд. мед. наук. – М., 2011. – 160 с.
20. Савельев Д.В., Новиков Е.М., Булатников А.Н. Сравнительная характеристика синдрома отмены у больных алкоголизмом в г. Москве в 1965, 1985, 2005 гг. // Вопросы наркологии. – 2007. – №3. – С. 33–44.
21. Федеральная служба государственной статистики. Официальная статистика \ Население \ Уровень жизни \ Среднедушевые денежные доходы населения [Электронный ресурс]. – http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/level/#. – (дата обращения 01.08.2018).
22. Шайдукова Л.К. Проблема алкоголизма у супругов. // Социальная и клиническая психиатрия. – 2007. – Т. 17. – Вып. 3. – С. 96–101.
23. Шестаков М.Г. Алкоголизм как маркер социально-экономических проблем общества. // Социальные аспекты здоровья населения, 01.07.2010 [Электронный ресурс]. – <http://vestnik.mednet.ru/content/view/191/lang,ru/>. – (дата обращения 01.10.2018).
24. Шмелева С.В. Состояние здоровья и качества жизни у женщин с естественной менопаузой : дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2010. [Электронный ресурс]. – <http://medical-diss.com/medicina/sostoyanie-zdorovya-i-kachestva-zhizni-u-zhenschin-s-estestvennoy-menopauzoy#ixzz57AkNiWSI>. – (дата обращения 02.05.2018).

25. Экономика, управление, финансы : материалы VIII Международной науч. конф. (г. Краснодар, февраль 2018 г.). – Краснодар: Новация, 2018. – 96 с.
26. Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. // *The Lancet*. – 2018. – Vol. 392. – N10152. – P. 1015–1035.
27. Alcohol, gender and drinking problems: perspectives from low and middle-income countries. – WHO, 2005. – URL: http://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol_gender_drinking_problems.pdf. – (accessed 11.08.2018).
28. *Anderson P., Baumberg B.* Alcohol in Europe: a public health perspective: A report for the European Commission. Institute of Alcohol Studies, UK, June 2006. – 432p. – URL: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/alcohol_europe.pdf. – (accessed 28.11.2018).
29. *Devaux M., Sassi F.* Alcohol consumption and harmful drinking: trends and social disparities across OECD countries. – OECD Health Working Paper No.79. 12-May-2015. – URL: [http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=DELSA/HEA/WD/HWP\(2015\)2&docLanguage=En](http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=DELSA/HEA/WD/HWP(2015)2&docLanguage=En). – (accessed 28.11.2018).
30. *Grant B., Dawson D., Stinson F.* et al. The 12-Month Prevalence and Trends in DSM–IV Alcohol Abuse and Dependence. United States, 1991–1992 and 2001–2002. // *Alcohol Research & Health*. – 2006. – Vol. 29. – N2. – P. 79–91. – URL: <http://www.cyberleninka.ru/article/v/problemy-alkogolizma-u-suprugov>. – (accessed 28.11.2018).
31. *Moskalewicz J., Osterberg E.* Changes in alcohol affordability and availability. Twenty years of transitions in Eastern Europe. // National Institute for Health and Welfare. Report: 2016_013. Helsinki. – URL: <http://www.julkari.fi/handle/10024/131245>. – (accessed 28.11.2018).
32. *Pärna K., Ringmets I.* Alcohol consumption patterns during transition and economic growth in Estonia: Results from the 1996 and 2006 Health Interview Surveys. // *Open Journal of Preventive Medicine*. – 2011. – Vol. 1. – N3. – P. 80–87.
33. *Randall C., Roberts J., Del Boca F., Carrol K., Connors G., Mattson M.* Telescoping of landmark events associated with drinking: a gender comparison. // *J. Stud. Alcohol*. – 1999. – Vol. 60. – P. 252–260.
34. *Rehm J., Shield K., Rehm M.* et al. Alcohol consumption, alcohol dependence and attributable burden of disease in Europe: Potential gains from effective interventions for alcohol dependence. // Centre for Addiction and Mental Health. Toronto, Canada. 2006. – URL: https://www.researchgate.net/publication/235971838_Alcohol_consumption_alcohol_dependence_and_attributable_burden_of_disease_in_Europe_Potential_gains_from_effective_interventions_for_alcohol_dependence. – (accessed 20.09.2018).
35. *Schuckit M., Daepfen J., Tipp J., Hesselbrock M., Bucholz K.* The clinical course of alcohol-related problems in alcohol dependent and nonalcohol dependent drinking women and men. // *J. Stud. Alcohol*. – 1998. – Vol. 59. – P. 581–590.
36. *Wilsnack S., Wilsnack R., Kantor L.* Focus on: Women and the costs of alcohol use. // *Alcohol. Research: Current Reviews*. – 2013. – Vol. 35. – N2. – P. 219–228.
37. *Wilsnack S., Wilsnack R.* International gender and alcohol research: recent findings and future directions. // *Alcohol Res. Health*. – 2002. – Vol. 26. – N4. – P. 245–250.

COMPARATIVE ANALYSIS OF THE CHANGES IN SOCIO-DEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS OF FEMALE IN-PATIENTS WITH ALCOHOL DEPENDENCE OVER THE LAST 30 YEARS, FROM 1986-1988 TO 2013-2015

Kravchenko S.L.^{1,2}, Korolkov A.I.¹

¹ V. Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology
National Scientific Research Centre on Addictions
3, Malyi Mogiltsevsky per., Moscow, 119002, Russia

² I.M. Sechenov First Moscow State Medical University
11/9, Rossolimo st., Moscow, 119021, Russia

Comparison of socio-demographic characteristics of the two randomly selected samples from cohorts of women with alcohol dependence, who were treated for the first time in their lives in an inpatient department of the National Scientific Research Centre on Addictions in 1986–1988 and in 2013–2015 showed that differences between them lie predominantly in social sphere and cannot be considered in isolation from the positive changes in society and medical care. Liberalization of organizational aspects in addiction medicine (anonymity, requirement to comply with confidentiality), and an increase in well-being in conjunction with an increase in the level of education among women led to a significant expansion in the “social range” of those who were treated in a budgetary inpatient setting for the first time in their lives. The results obtained demonstrate by this specific example a significant role played by social mechanisms in secondary prevention of alcohol dependence in women in the form of their involvement into therapy in an inpatient setting.

Keywords: women, alcohol dependence, pathomorphosis, socio-demographic aspects.