

# КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НАРКОЛОГИИ

## СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ИЗМЕНЕНИЙ КЛИНИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК СТАЦИОНАРНЫХ ПАЦИЕНТОК С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ ЗА 30 ЛЕТ: 1986–1988 и 2013–2015

Кравченко С.Л.<sup>1,2</sup>, Корольков А.И.<sup>1</sup>

serevsa@yandex.ru

- <sup>1</sup> Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского. Национальный научный центр наркологии Россия, г. Москва
- <sup>2</sup> Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова Россия, г. Москва

Статья поступила 25.03.2019

*Сопоставлены клинические характеристики двух случайных выборок из когорт женщин с зависимостью от алкоголя, впервые в жизни лечившихся, обратившись в стационар ННЦ наркологии в 1986–1988 гг. и 2013–2015 гг. Показана позитивная роль социальных перемен и либерализации наркологической помощи в расширении контингента женщин с зависимостью от алкоголя, поступающих на стационарное лечение. Государственные механизмы регуляции позволили охватить лечебной помощью более «легкие» формы течения болезни и предоставить возможность лечения для женщин, по разным причинам не обращавшихся в стационар.*

**Ключевые слова:** женщины, зависимость от алкоголя, конституционально-биологические факторы, патоморфоз.

Статья продолжает 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). В публикации будут изложены результаты сравнительного анализа конституционально-биологических показателей.

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 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».

Сопоставление социально-демографических характеристик двух случайных выборок из когорт женщин с алкогольной зависимостью (АЗ), впервые в жизни лечившихся, обратившись в стационар ННЦ наркологии в 1986–1988 гг. и 2013–2015 гг. [14] выявило существенную регулирующую роль государственных, организационных механизмов в расширении «социально-демографического диапазона» контингента женщин, впервые обращающихся в бюджетный наркологический стационар. В частности, либерализация организационных аспектов лечения болезней зависимости, рост благосостояния населения и образовательного уровня женщин способствовали существенному изменению социально-демографических характеристик пациенток 2000-х годов: резкий рост доли добровольно потупивших, увеличение доли лиц в возрасте старше 40 лет и лиц с более высоким образовательным уровнем; большую заинтересованность в лечении проявили домохозяйки, не работающие пенсионеры; появился разряд индивидуальных предпринимателей. В какой степени эти социально-демографические тренды важны с точки зрения научно-практической значимости можно будет оценить после сопоставления обследованных нами в разные годы женщин по конституционально-биологическим и клинико-терапевтическим параметрам.

Попытки временного анализа биосоциальных влияний на клиническую патопластику АЗ делаются, но они малочисленны, касаются либо мужских контингентов, либо смешанных по полу выборок. Так, в практике судебно-психиатрической экспертизы клинический динамический патоморфоз психопатологической структуры состояния алкогольного опьянения определялся комплексом факторов «почвы», отнесенных к постоянным (личностные расстройства, органические психические расстройства, алкогольная зависимость) и временным (психогении, переутомление, инфекционные заболевания). Основным из них авторами признана «прогредиентная динамика психических расстройств алкогольного спектра от эпизодического и пагубного употребления алкоголя до алкогольной зависимости» [11]. Описана клиническая трансформация в последние годы острых алкогольных психозов (уменьшение числа классических делириев, нарастание частоты атипичных и смешанных алкогольных психозов) под влиянием сопутствующей органной патологии, наличия органических изменений головного мозга различного генеза, конституциональных особенностей, что затрудняет, как диагностику, так и принятие юридического решения о недобровольной госпитализации в наркологический стационар [4; 10].

Изучались сдвиги в клинической картине синдрома отмены алкоголя (СОА), произошедшие за 40 лет у больных алкоголизмом мужчин [21]. Выявили, что СОА наиболее тяжелым оказался у больных, наблюдаемых в 1965 и 2005 гг., и сравнительно легким – у пациентов в 1985 г. Это явление отнесли к интранозоморфозу (изменение клиники болезни в пределах свойственных ей синдромов), как одной из форм патоморфоза (видоизменение клиники психического заболевания, его нозологической формы) [5], и нашли прямые корреляции тяжести СОА

с количеством и характером потребляемых спиртных напитков. Так, если в 1965 г. преобладало сочетание крепких алкогольных напитков (96,4%) с суррогатами алкоголя (63,6%), то в 2005 г. при той же частоте потребления крепкого алкоголя доля потребляемых суррогатов уменьшилась в 5 раз, но в четыре раза выросла доля потребления слабоалкогольных напитков (49,1%). К похожим выводам пришли авторы другого исследования [16], поставив перед собой задачу выявить то, как сказались перемены алкогольной ситуации в стране на течении АЗ в последние десятилетия. Сопоставление клиники и течения алкоголизма у мужчин на основе выборок 1988–1990 гг. и 2011–2012 гг. показало отсутствие за 20 лет существенного патоморфоза алкоголизма, и возраст формирования СОА остался прежним. Были найдены лишь небольшие количественные изменения клинической картины заболевания, а течение алкоголизма стало более благоприятным: СОА был более коротким и клинически менее выраженным. Это, считают авторы, можно объяснить увеличением доли потребления слабоалкогольных напитков – прежде всего, пива.

Некоторые гендерные аспекты временной трансформации АЗ затронуты в работе, посвященной клинико-терапевтическому патоморфозу АЗ среди некоренного населения республики Коми [18]. На основе анализа двух случайных выборок медицинских карт больных мужчин и женщин некоренной национальности в республике Коми, лечившихся в стационаре в 1983 и в 2003 гг., автор доказывает влияние факторов, в том числе социальных проблем республики (миграционные процессы, неравенство в доходах, безработица и др.), на течение АЗ. Сопоставление женских когорт показало: патоморфоз АЗ среди женщин с течением времени характеризовался усилением прогрессивности заболевания и увеличением числа алкогольных психозов. Одновременно анализ социальных последствий АЗ выявил тенденцию к снижению в 2003 г. по сравнению с 1983 г. доли пациентов с выраженной социальной дезадаптацией: слабо выраженная социальная дезадаптация среди женщин выявлялась достоверно чаще – 58,4% против 18,1%, что, на наш взгляд, с учетом роста в 2003 г. числа женщин с высшим образованием в 3,6 раза и частоты употребления суррогатов в 2,5 раза, нуждается в отдельном изучении.

Клиническая эволюция паттернов потребления алкоголя в течение десятилетий 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 [26; 27; 29; 30 и др.]. Исследования такого рода учитывают частотно-количественные индексы в расчете на душу населения, используют отличающиеся методологии и критерии, проводятся в форме анкетирования, что исключает не только сопоставление клинических показателей внутри контингентов лиц с зависимостью от алкоголя, но затрудняет, по мне-

нию авторов аналитического обзора 1286 различных источников за 1990–2016 гг., даже саму оценку масштабов наносимого алкоголем вреда населению [24].

Таким образом, естественная эволюция АЗ у женщин с течением десятилетий (т.е. без учета терапевтического вмешательства) в контексте изложенных выше проблем остается малоизвестной. 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 – изучить влияние преморбидной «почвы» (половая функция, соматоневрологическая и личностная патология, дистресс) на тяжесть клиники АЗ в когортах женщин, лечившихся в стационаре ННЦ наркологии в 1986–1988 гг. и 2013–2015 гг. Задачи исследования, исходя из этого, заключались в межгрупповом сопоставлении ряда конституционально-биологических и клинических характеристик женщин, а также в анализе сравнительной динамики АЗ.

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Материалом исследования служили сведения о пациентах, лечившихся в разные годы впервые в жизни в отделении клинических исследований алкоголизма ННЦ наркологии. Основными методами исследования были клинический (диагностика соматических, психических и неврологических расстройств) и клиничко-психопатологический (нозологическая и синдромальная диагностика). Клиничко-anamнестические данные о больных в 80-е и в 2000-е годы одновременно с заполнением медицинской карты стационарного больного (форма 003/у) вносились в формализованную индивидуальную карту (ИК), служившую источником информации для анализа. Формат ИК больного оставался единым на протяжении обоих периодов наблюдения.

### Статистический анализ

Сведения из индивидуальной карты в обезличенной форме, исключающей идентификацию пациента, переносились во встроенную электронную базу данных (ЭБД) статистического пакета IBM SPSS Statistics for Windows, v. 23<sup>®</sup>. Для определения адекватного задачам оптимального метода анализа использовалась встроенная опция «Инструктор по статистике» для двусторонней гипотезы с альфа-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 форме номинальной шкалы, процентных соотношений признаков и их градаций при-

менялись описательные статистики в виде двумерных таблиц сопряженности с вычислением критерия  $\chi^2$  Пирсона (2-сторонняя значимость).

### Дизайн исследования

В данном исследовании продолжен анализ выборки, сформированной на «пилотном» этапе и в дальнейшем расширенной до статистически необходимого объема в 160 пациентов с помощью приложения IBM SPSS Sample Power3 [15]. В группу А (гр. А) вошли женщины, лечившиеся в 1986–1988 гг., в группу Б (гр. Б) – лечившиеся в 2013–2015 гг. (по 80 больных со средней стадией АЗ в каждой группе). 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 [16; 21], ввиду 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; 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

Отдельные конституционально-биологические характеристики доболезненного периода приведены в *таблице 1*.

Больные гр. Б были в среднем незначительно старше – 41,7 (8,7) лет против 38,7 (8,8) лет ( $p = 0,040$ ) за счет большего суммарного размера возрастных кластеров старше 40 лет (51,4% против 36,4%). Сами же внутригрупповые пропорции различных диапазонов возрастов по показателю  $\chi^2$  в обеих группах были схожими ( $p = 0,545$ ). В целом, по среднему возрасту обследованные нами пациентки обеих групп были сопоставимы с когортами пациенток наркологических стационаров [6; 12; 28; 33].

Таблица 1. Сопоставление ряда конституционально-биологических характеристик женщин, лечившихся в 1986–1988 гг. и в 2013–2015 гг.

Показатели	1986–1988	2013–2015	P
	N = 80 (гр. А)	N = 80 (гр. Б)	
Возраст больных (годы)	38,7 (8,8)	41,7 (8,7)	0,040
Диапазоны возраста			
20–25 лет	5,0%	1,3%	$\chi^2$
26–30 лет	15,0%	8,8%	a) 5,959
31–35 лет	16,3%	17,5%	b) 7
36–40 лет	27,5%	21,3%	c) 0,545
41–45 лет	16,3%	21,3%	
46–50 лет	7,5%	11,3%	
51–55 лет	8,8%	13,8%	
56 лет и старше	3,8%	5,0%	
Средний возраст менархе (годы)	13,4 (1,4)	12,7 (0,8)	0,001
Диапазоны возраста менархе			
10–11 лет	3,8%	2,5%	$\chi^2$
12–13 лет	57,5%	75,0%	a) 10,659
14–15 лет	28,8%	22,5%	b) 3
16 лет и старше	10,0%	0%	c) 0,014
Возраст менопаузы (годы)	44,2 (5,2)	48,8 (2,9)	0,020
Перенесенные заболевания			
Диагностированные воспалительные заболевания органов малого таза	25,0%	11,3%	0,024
Психотравмирующие ситуации (дистрессы)	62,5%	53,8%	0,336
Расстройство личности	3,8%	0%	0,245

Примечание: средние величины приведены в форме M (SD); обозначения в ячейках с данными  $\chi^2$ : а) значение, б) число степеней свободы, с) асимптотическая значимость (2-сторонняя).

Что касается появления первой менструации – одного из основных биологических признаков созревания женского организма, средний возраст менархе оказался достоверно меньше у пациенток гр. Б – 12,7 (0,8) лет против 13,4 (1,4) лет ( $p = 0,001$ ). При этом подавляющее число женщин обеих групп вошло в нормативные для показателя возрастные диапазоны от 12 до 13 лет [8]. Однако в гр. А оказалось более 1/3 женщин с отставленным возрастом наступления менархе вплоть до возрастного кластера «16 лет и старше», отсутствующего в гр. Б. В определенной мере позднее начало менархе свидетельствует о гормональной дисфункции (один из показателей слабости половой конституции) как негативном факторе биологической почвы не только формирования, но и течения зависимости от алкоголя, особенно в плане его последующих токсикогенных вли-

яний на половую сферу [2; 17]. Это направление исследований представляется нам перспективным с точки зрения поиска протективных факторов формирования и течения АЗ у женщин.

Подтверждением негативных влияний этанола на половую функцию женщин можно считать более раннее наступление менопаузы у женщин гр. А: 44,2 (5,2) года против 48,8 (2,9) года в гр. Б ( $p = 0,020$ ). Отдельно следует отметить, что средний возраст наступления климактерических расстройств в гр. Б приближается к среднему физиологическому возрасту таковых у здоровых женщин, по данным разных источников колеблющийся в пределах 49–51 года [8; 15]. И если ранняя менопауза как результат токсикогенности этанола и его дериватов у больных гр. А понятна, то причинами почти нормативного уровня этого показателя в гр. Б могут быть и более «легко» протекающая АЗ (об этом будет сказано ниже), и успехи последних десятилетий в области лечения и профилактики климактерических расстройств, либо какие-то иные неучтенные нами факторы, что прояснит лишь специальное исследование в этой области.

По количеству диагностированных воспалительных заболеваний органов малого таза гр. А опережала гр. Б более чем вдвое – 25,0% против 11,3%. Доля личностных расстройств, отвечающих критериям МКБ-10, была незначительной, отмечена только в гр. А и составила 3,8% ( $p = 0,245$ ). О непреходящей роли психической травматизации в генезе АЗ у женщин говорит тот факт, что об эмоционально значимых психотравмирующих жизненных обстоятельствах как причинах начала злоупотребления алкоголем в обеих группах сообщали более половины пациенток (62,5% против 53,8%,  $p = 0,336$ ).

Количественные показатели темпа становления АЗ у женщин, лечившихся в разные годы, сопоставлены в *таблице 2*.

Из данных *таблицы 2* следует: по основным принятым в отечественной и мировой практике «опорным точкам» оценки скорости формирования АЗ [13; 23; 32] группы статистически достоверно не различались. Среднее время формирования СОА от возраста начала систематического злоупотребления (т.е. прогрессивность в наркологическом толковании) по этой причине также было одинаковым – 5,4 (3,4) года против 5,6 (3,5) года ( $p = 0,937$ ). При этом в гр. Б давность заболевания от момента формирования патологического влечения к алкоголю (ПВА) была больше – 5,5 (4,2) года против 7,6 (4,5) года ( $p = 0,010$ ), что согласуется с более старшим средним возрастом, т.е. в среднем более поздним возрастом первого обращения на стационарное лечение. Известно, что факт первого обращения на лечение при болезнях зависимостей обусловлен сложным, уникальным в каждом случае комплексом субъективных и объективных обстоятельств [1; 19; 25; 31].

Более ранний возраст первого обращения больных в стационар в 80-е годы, исходя из данных анализа путей поступления [14], мог быть частично обусловлен элементами социального «давления» (включая участие милиции), «обязатель-

ности» лечения, когда 93,8% женщин поступали по путевкам наркологических диспансеров; среди контингента женщин 2000-х годов – 22,5%, и лишь с целью поступления именно в клинику ННЦ наркологии. Здесь следует отметить, что практика 80-х годов являлась недостатком сложившейся в тот период системы наркологической помощи, т.к. недифференцированная полупринудительность выявления и привлечения к лечению больных с АЗ имела негативный потенциал в выстраивании взаимоотношений врача и больного, в возможности создать атмосферу доверия и уважения к врачу, что необходимо для достижения терапевтического эффекта [3].

Таблица 2. Особенности темпа формирования АЗ у женщин, лечившихся в 1986–1988 гг. и в 2013–2015 гг.

Показатели	1986–1988	2013–2015	P
	N = 80 (гр. А)	N = 80 (гр. Б)	
Давность заболевания от возраста формирования начальной стадии АЗ (годы)	5,5 (4,2)	7,6 (4,5)	0,010
Возраст начала систематического злоупотребления алкоголем* (годы)	30,2 (8,9)	30,6 (9,0)	0,653
Возраст формирования начальной стадии АЗ (годы)	33,2 (9,1)	34,1 (8,9)	0,297
Возраст формирования средней стадии АЗ (годы)	35,6 (9,2)	36,1 (8,9)	0,434
Время формирования средней стадии АЗ от возраста начала систематического злоупотребления алкоголем (прогредиентность) (годы)	5,4 (3,4)	5,6 (3,5)	0,937

Примечание: \* – ориентиром являлось превышение ежедневной дозы потребления алкоголя 42 г чистого этанола для женщин по меркам National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism. URL: <https://www.rethinkingdrinking.niaaa.nih.gov/How-much-is-too-much/Is-your-drinking-pattern-risky/Whats-Low-Risk-Drinking.aspx>; средние величины приведены в форме M (SD).

В какой мере либерализация организационных вопросов в области наркологии и другие социальные перемены отразились на эффективности схем и методов лечения в 80-е и 2000-е гг. применительно к женщинам на длительности и качестве ремиссий будет изложено в следующих публикациях.

Ряд клинических особенностей АЗ в исследуемых группах приведен в таблице 3.



Таблица 3. Особенности клиники АЗ у женщин, лечившихся в 1986–1988 гг. и в 2013–2015 гг.

Показатели	1986–1988 N = 80 (гр. А)	2013–2015 N = 80 (гр. Б)	P
Тип алкогольного напитка:			$\chi^2$
слабый алкоголь (5–8% спирта)	5,0%	25,0%	a) 22,058
вина (12–16% спирта)	41,3%	13,8%	b) 2
крепкий алкоголь (40% спирта)	53,8%	61,3%	c) 0,001
Средняя суточная переносимость алкоголя за последние 3 года (мл 100% спирта)*	141,0 (55,0)	147,0 (55,0)	0,291
Характеристика СОА			
<i>Психопатологические расстройства:</i>			
тревога	27,5%	52,5%	0,002
сниженное настроение	23,8%	46,3%	0,005
идеи отношения	21,3%	3,8%	0,001
<i>Соматические расстройства:</i>			
боли в обл. сердца, аритмия	27,5%	5,0%	0,001
диспепсия	20,0%	3,8%	0,003
<i>Церебральные расстройства:</i>			
головная боль	52,5%	26,6%	0,001
головокружение	18,8%	2,5%	0,001
Соматоневрологический статус			
Поверхностная чувствительность			$\chi^2$
не изменена	58,8%	72,5%	a) 11,175
снижена	38,8%	17,5%	b) 2
повышена	2,5%	10,0%	c) 0,004
Сухожильные рефлексы			$\chi^2$
не изменены	42,5%	73,8%	a) 17,516
снижены	37,5%	21,3%	b) 2
повышены	20,0%	5,0%	c) 0,001
Патологические рефлексы	23,8%	6,3%	0,003
Нарушения сердечного ритма	16,3	0	0,001

Примечание: средние величины приведены в форме M (SD);

\* – период, за который оценивалась переносимость алкоголя, нами был определен эмпирически как оптимальное время уверенного воспроизведения большими женщинами этих данных анамнеза;  
в силу большого числа показателей в таблице приведены только статистически достоверные различия;  
обозначения в ячейках с данными  $\chi^2$ : а) значение, б) число степеней свободы, с) асимптотическая значимость (2-сторонняя).

У пациенток гр. Б помимо явного тяготения к постоянному потреблению алкоголя (60%) в структуре предпочитаемых алкогольных напитков доля слабого алкоголя составляла 25,0% против 5,0% в гр. А ( $p = 0,001$ ). Слабоалкогольные напитки (пиво, коктейли) преобладали в суммарном суточном объеме 100% этанола, но потреблялись одновременно или попеременно с крепким алкоголем. Тем не менее обращает на себя внимание отсутствие межгрупповых различий по среднему суточному потреблению алкоголя в последние 3 года как показателю сравнимой силы токсикогенных влияний этанола на психическую и физическую сферы (различия в результатах токсических эффектов приведены ниже).

СОА в гр. Б на этом фоне характеризовался преобладанием эмоциональных расстройств относительно мягкого, астено-невротического уровня: симптомов тревоги – 27,5% против 52,5% в гр. Б ( $p = 0,002$ ) и сниженного настроения – 46,3% против 23,8% ( $p = 0,005$ ). СОА в гр. А протекал с достоверно большей долей церебральных симптомов (головная боль, головокружение) и склонностью к идеям отношения (21,3% против 3,8% гр. Б), что свидетельствовало о более тяжелом регистре психопродуктивных нарушений, относящихся к разряду параноидных симптомов и чреватых развитием бредовых состояний [7; 20]. Алкогольные психозы (делирий, галлюциноз) встречались только в гр. А в 5,5% наблюдений (межгрупповые отличия недостоверны).

В условиях несколько большей средней длительности СОА в гр. Б – 3,7 (1,6) дней против 2,3 (1,7) дней ( $p = 0,001$ ), при сопоставимых суточных дозах алкоголя более легкое течение СОА можно объяснить меньшей органный уязвимостью, зависящей как от характера потребления алкоголя (дозы, длительность, тип напитка), так и от индивидуальной устойчивости к его повреждающим влияниям. Подтверждением сказанному можно считать большую сохранность неврологического и соматического статусов после купирования СОА пациенток гр. Б.: в структуре показателей выявлено достоверно меньше нарушений со стороны поверхностной чувствительности, сухожильных рефлексов, меньшая доля патологических рефлексов и аритмий (табл. 3).

Результаты анализа некоторых психосоциальных характеристик пациенток стационара (отношение к болезни, к лечению, к условиям пребывания, особенности поведения) представлены в таблице 4.

Нормализация психофизического статуса пациенток, как одна из первоочередных задач терапии, очевидна. Однако по окончании тягостных абстинентных и эмоциональных нарушений повышается роль инных субъективных и внешних, ситуационных факторов в поддержании мотивации к продолжению терапии [1; 9]. Из показателей психического статуса обратил на себя внимание более низкий уровень критических суждений о своей АЗ больных гр. А: они реже признавали себя больными (27,5% против 58,8%,  $p = 0,001$ ) и реже были способны описать влечение к алкоголю (36,3% против 68,8%,  $p = 0,001$ ).

Таблица 4. Показатели психического и социального статусов женщин, лечившихся в 1986–1988 гг. и в 2013–2015 гг.

Показатели	1986–1988	2013–2015	P
	N = 80 (гр. А)	N = 80 (гр. Б)	
Осознание ПВА	36,3%	68,8%	0,001
Осознание болезни	27,5%	58,8%	0,001
Желание досрочной выписки	32,5%	21,3%	0,153
Из них:			
уклонение от лечения	67,9%	26,3%	0,008
алкогольная анозогнозия	47,4%	17,9%	0,050
Сохранность социального статуса	27,5%	50,0%	0,006

Тем не менее, по доле желающих выписаться до окончания курса терапии группы статистически значимо не различались (32,5% против 21,3%,  $p = 0,153$ ). Отличия выявились в ходе анализа сопутствующих обстоятельств: желающие прервать лечение пациентки гр. А значительно опережали гр. Б по доле лиц с алкогольной анозогнозией (47,4% против 17,9%;  $p = 0,050$ ), попыткам уклониться от предписанного лечения и лечебного режима (67,9% против 26,3%;  $p = 0,008$ ). В гр. Б, наоборот, проявления недовольства режимом чаще имели характер претензий к условиям лечения (неизменность круглосуточного пребывания, отсутствие возможности режима «дневного» лечения, недостаточный комфорт пребывания), либо подтверждались объективными внешними причинами, требующими досрочной выписки. В этой же группе оказалось достоверно больше женщин с сохранным социальным статусом (27,5% против 50,0%;  $p = 0,006$ ), т.е. не потерявших работу, уровень дохода, образ жизни, сохранивших круг общения.

## ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

Результаты анализа показали, что в группе пациенток 2000-х гг., в сравнении с больными 80-х гг., АЗ в целом протекала в более легких формах, несмотря на несколько большую давность заболевания, но при сопоставимости факторов преморбидной «почвы», при том же темпе синдромаобразования, сравнимой переносимости алкоголя. В гр. Б легче протекал СОА, в меньшем количестве выявлялась органная патология, более сохранным были психический и социальный статусы. Как известно, результаты негативных влияний этанола и его дериватов на психическое и физическое здоровье опосредуются взаимодействием индивидуальной устойчивости и силы алкогольно-токсического фактора. В этом плане пациентки гр. Б отличались большим здоровьем половой сферы и значительно меньшей долей воспалительных заболеваний малого таза, однако полноценно выявить влияние полового статуса женщин (в том числе силы их половой конституции) на течение АЗ можно лишь после специального исследования. Что

касается большей органной сохранности у пациенток гр. Б., отнести ее только лишь за счет формы потребления и типа преобладающего напитка не представляется возможным по причине малого числа случаев зависимости исключительно от его конкретного вида на протяжении всей алкогольной истории.

Таким образом, опыт клиники ННЦ наркологии показал, что позитивные социальные сдвиги и либерализация наркологической помощи существенно расширили контингент женщин с зависимостью от алкоголя, обращающихся на стационарное лечение, охватывая более «легкие» формы течения болезни, предоставляя возможность лечения для тех, кто в нем нуждался, но по разным причинам не обращался в стационар. Это является подтверждением высказанного нами ранее тезиса о перспективности наращивания усилий на медико-социальном и организационном направлениях работы с населением. К мерам воздействия такого рода относится разъяснительная работа, повышение уровня информированности населения о болезни и методах терапии, усиление взаимодействия с первичным звеном медицинских организаций с целью ранней диагностики болезней зависимости (повсеместное внедрение скрининговых методик, обучение персонала мотивационным интервью).

В этом же ключе позитивную роль может сыграть оптимизация локальных условий: гибкие по режиму пребывания в стационаре в зависимости от состояния пациенток и сопутствующих внешних обстоятельств разнообразные схемы терапии, повышающие привлекательность первичного лечения и стимулирующие мотивацию больных к получению этой формы больничной помощи.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Азибалова Т.В., Рычкова О.В., Тучин П.В. Мотивационная психотерапия наркологических больных // 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. 719–723.
2. Альтшулер В.Б., Иванец Н.Н., Кравченко С.Л. Женский алкоголизм: клинические аспекты. – М.: Гениус, 2006. – 216 с.
3. Альтшулер В.Б., Кравченко С.Л. Протоколы ведения наркологических больных и порядок оказания наркологической помощи в Российской Федерации (стационарное лечение) // Клинические и организационные вопросы наркологии / под ред. Е.А. Кошкиной. – М.: Гениус Медиа, 2011. – С. 543–559 с.
4. Банников А.Г., Логинов В.И., Грибунов А.С., Минин В.В. К вопросу о патоморфозе острых алкогольных психозов // Врач скорой помощи. – 2016. – №1. – С. 43–45.
5. Большая медицинская энциклопедия. – 3-е изд. [Электронный ресурс]. – <http://бмэ.org/index.php/ПАТОМОРФОЗ>. – (дата обращения 14.06.2019).
6. 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.
7. Гельдер М., Гэт Д., Мейо Р. Оксфордское руководство по психиатрии. – Киев : Сфера, 1999. – 1713 с. [Электронный ресурс]. – [https://bookap.info/klinika/gelder\\_oxsfordskoe\\_rukovodstvo\\_po\\_pshihatrii](https://bookap.info/klinika/gelder_oxsfordskoe_rukovodstvo_po_pshihatrii). – (дата обращения 28.06.2019).

8. 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.
9. Дудко Т.Н., Зенцова Н.И. Мотивы и мотивация на участие в лечебно-реабилитационном процессе // 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. 804–810.
10. Зотов П.Б. Патоморфоз алкогольного делирия // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2007. – №1. – С. 40–43.
11. Клименко Т.В., Игонин А.Л., Кулагина Н.Е. Клинический патоморфоз алкогольного опьянения: диагностика и причинные факторы // Вопросы наркологии. – 2017. – №10. – С. 5–15.
12. Кошкина Е.А., Куржанова 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.
13. Кошляк Н.М., Овчинников А.А. Современное состояние вопроса об экспертной оценке клинического течения алкоголизма у женщин // Вестник судебной медицины. – 2016. – Т. 4. – №5. – С. 36–40.
14. Кравченко С.Л., Корольков А.И. Сравнительный анализ изменений социально-демографических характеристик стационарных пациенток с алкогольной зависимостью за 30 лет: 1986–1988 и 2013–2015 // Вопросы наркологии. – 2019. – №1. – С. 53–65.
15. 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](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/41526/4/WHO_TRS_670_rus.pdf). – (дата обращения 28.06.2019).
16. Немцов А.В., Орлов А.В. Патоморфоз алкоголизма: 1988–90 vs. 2011–12 гг. // Вопросы наркологии. – 2014. – №4. – С. 3–11.
17. Радзинский В.Е., Оразмурадов А.А. Беременность и психоактивные вещества // 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. 551–556.
18. Рафаенко М.В. Клинико-терапевтические аспекты патоморфоза хронического алкоголизма среди населения республики Коми : дис. ... канд. мед. наук. – М., 2011.
19. Роджерс К. Искусство консультирования и терапии. – М.: Апрель-Пресс : Эксмо, 2002. – 976 с.
20. Руководство по психиатрии / под ред. А.В. Снежневского. – Т. 1. – М.: Медицина, 1983. – 480 с.
21. 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.
22. Шмелева С.В. Состояние здоровья и качества жизни у женщин с естественной менопаузой : дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2010.
23. Alcohol-use disorders. Diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence. National clinical practice guideline 115. The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists, 2011. – 610 p. – URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg115/evidence/fullguideline-%20136423405>. – (accessed 28.06.2019).
24. 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. – P. 1015–1035.
25. Changing trends in women's drinking // Alcohol and women. – IAS. Institute of Alcohol Studies. Alcohol knowledge center. – Registered charity No.1112671. – UK, 2017. – URL: <http://www.ias.org.uk/Alcohol-knowledge-centre/Alcohol-and-women/Factsheets/Changing-trends-in-womens-drinking.aspx>. – (accessed 28.06.2019).

26. *Devaux M., Sassi F.* Alcohol consumption and harmful drinking: trends and social disparities across OECD countries. OECD Health Working Paper No.79. – Organization for Economic Cooperation and Development. 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 28.06.2019).
27. *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.
28. *Hughes T., Wilsnack S., Kantor L.* The influence of gender and sexual orientation on alcohol use and alcohol-related problems: toward a global perspective // *Alcohol Use among Special Populations. Alcohol Research: Current Reviews*. – 2016. – Vol. 38. – P. 121–132. – URL: <https://www.arcr.niaaa.nih.gov/arcr381/article14.htm>. – (accessed 14.06.2019).
29. *Moskalewicz J., Osterberg E.* Changes in alcohol affordability and availability. Twenty years of transitions in Eastern Europe. – National Institute for Health and Welfare. Report 13/2016. Helsinki. – URL: <http://www.julkari.fi/handle/10024/131245>. – (accessed 28.06.2019).
30. *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. – N.3. – P. 80–87.
31. *Rehm J., Shield K., Rehm M., Gmel G., Frick U.* 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. January 2012. – 144 p. – URL: [https://www.zora.uzh.ch/id/eprint/64919/1/CAMH\\_Alcohol\\_Report\\_Europe\\_2012.pdf](https://www.zora.uzh.ch/id/eprint/64919/1/CAMH_Alcohol_Report_Europe_2012.pdf); accessed 28.06.2019.
32. *Schuckit M.A.* Alcohol-use disorders // *Lancet*. – 2009. – Vol. 373. – P. 492–501.
33. Substance abuse treatment and care for women: Case studies and lessons learned. United Nations Office on Drugs and Crime. United Nations Publication. Sales No. E.04.XI.24. ISBN 92-1-148194-5. Vienna. 2004. – 96 p. – URL: [https://www.unodc.org/doc/wdr2016/WORLD\\_DRUG\\_REPORT\\_2016\\_web.pdf](https://www.unodc.org/doc/wdr2016/WORLD_DRUG_REPORT_2016_web.pdf). – (accessed 28.06.2019).

## COMPARATIVE ANALYSIS OF CHANGES IN CLINICAL CHARACTERISTICS OF FEMALE INPATIENTS WITH ALCOHOL ADDICTION FOR 30 YEARS: 1986–1988 vs 2013–2015

Kravchenko S.L.<sup>1,2</sup>, Korolkov A.I.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> V. Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology  
National Scientific Research Centre on Addictions  
Moscow, Russia

<sup>2</sup> I.M. Sechenov First Moscow State Medical University  
Moscow, Russia

The study compares clinical characteristics of the two randomly selected samples from the cohorts of women with alcohol addiction which had been treated for the first time in their lives after seeking care in the hospital of the National Scientific Research Centre on Addictions in 1986–1988 and 2013–2015. The positive role of social change and liberalization of drug treatment in expanding the number of alcohol addicted women admitted for inpatient care is shown. Government regulatory mechanisms allowed covering with treatment care more “light” forms of the disease course and provide treatment options for women who did not apply to inpatient facilities for various reasons.

**Keywords:** women, alcohol addiction, biological and constitutional factors, pathomorphosis.