

*На правах рукописи*

ОРЛОВ АНДРЕЙ ВЯЧЕСЛАВОВИЧ

**КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АЛКОГОЛЬНОЙ  
ЗАВИСИМОСТИ С ПРЕИМУЩЕСТВЕННЫМ УПОТРЕБЛЕНИЕМ  
ПИВА ИЛИ ВОДКИ**

3.1.17. Психиатрия и наркология

**АВТОРЕФЕРАТ**

диссертации на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук

Москва – 2022

Работа выполнена в Федеральном государственном бюджетном учреждении «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации

**Научный руководитель:**

доктор медицинских наук, профессор **Клименко Татьяна Валентиновна**

**Официальные оппоненты:**

**Сиволап Юрий Павлович**, доктор медицинских наук, федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы», профессор кафедры психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии факультета непрерывного медицинского образования Медицинского института

**Асадуллин Азат Раилевич**, доктор медицинских наук, федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, профессор кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии с курсами ИДПО

**Ведущая организация:**

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Защита диссертации состоится «\_\_»\_\_\_\_\_2023 года на заседании объединенного диссертационного совета 99.2.083.02, созданного на базе ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России по адресу: 390026, г. Рязань, ул. Высоковольтная, д. 9

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России (390026, г. Рязань, ул. Шевченко, 34) и на сайте [www.rzgmu.ru](http://www.rzgmu.ru)

Автореферат разослан «\_\_»\_\_\_\_\_2023 года

Ученый секретарь  
объединенного диссертационного совета,  
кандидат медицинских наук, доцент

**Федотов Илья Андреевич**

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

### Актуальность темы исследования

Россию традиционно относят к странам северного типа потребления алкоголя, для которого характерно употребление спиртных напитков крепостью не менее 40 градусов абсолютного алкоголя, в основном водки. Последние десятилетия в России все больше стали потребляться пиво, особенно в молодёжной среде. По данным Федеральной службы по регулированию алкогольного рынка (Росалкогольрегулирование) в России в структуре проданных спиртных напитков пиво (670 302,5 тыс. daL за 2020 г.) и водка (73752,0 тыс. daL за 2020 г.) занимают лидирующее место и являются наиболее потребляемыми спиртными напитками в России (Федеральная служба по регулированию алкогольного рынка, 2021).

Отношение отечественных и зарубежных исследователей к оценке алкогольной зависимости (АЗ) в зависимости от вида употребляемого спиртного напитка остается неоднозначным. Одни исследователи признают наличие клинико-динамических различий АЗ в зависимости от вида употребляемого спиртного напитка и его крепости (Ковалев А.А., 2006; Аносова Е.В., 2011; Погосова А.В., 2011; Базадзе, М.А. 2009 и др.). Другие исследователи в категоричной форме это отрицают, ссылаясь на то, что большинство лиц с АЗ редко употребляют один вид спиртного напитка, чаще наблюдается употребление спиртных напитков различной крепости (Крупницкий Е.М., 2011; Немцов А.В., 2015), а последствия систематического потребления спиртных напитков, включая алкогольную смертность, зависят от количества потребляемого абсолютного алкоголя вне зависимости от вида употребляемого спиртного напитка (Гофман А. Г., 2003).

Таким образом, актуальность данного исследования определяется отсутствием единого мнения исследователей по вопросу о целесообразности разделения АЗ по виду употребляемого спиртного напитка по аналогии с различными видами наркотической зависимости, и как это может и должно учитываться при формировании всех форм профилактических мероприятий, в

том числе лечения, медицинской и социальной реабилитации данной категории пациентов.

### **Степень разработанности темы исследования**

Большинство исследований АЗ проводилось без учета вида употребляемого спиртного напитка. Высказывалось мнение, что на алкогольную смертность больше влияет не вид употребляемого спиртного напитка, а количество потребляемого алкоголя в переводе на чистый этанол (Немцов А.В. 2001). Исследования АЗ в аспекте вида потребляемого спиртного напитка чаще были посвящены их психофизиологическим эффектам. При этом по степени тяжести негативных психофизиологических последствий спиртные напитки были расположены в последовательности вино-пиво-крепкий алкоголь.

Изучению клинико-динамических особенностей АЗ вследствие употребления вина и пива были посвящены единичные исследования и только отечественными учеными. Были выделены клинические особенности АЗ вследствие употребления вина или пива, и в отечественной научной литературе все чаще стал использоваться термин «винный» и «пивной алкоголизм».

**Цель исследования:** изучение актуальности и целесообразности разделения АЗ по видам употребляемого алкогольного напитка на основе определения клинико-динамических особенностей АЗ у лиц с преимущественным употреблением пива или водки.

### **Задачи исследования**

1. Определить структуру употребляемых спиртных напитков (водка, пиво, коньяк, вино и др.) у пациентов с АЗ, которые обратились за стационарной наркологической помощью по поводу синдрома отмены алкоголя.

2. Сравнить клинические характеристики АЗ у лиц с преимущественным употреблением водки или пива.

3. По данным 10-летнего клинико-катамнестического наблюдения провести сравнительный анализ клинико-динамических особенностей АЗ у лиц с преимущественным употреблением водки или пива.

4. Определить возможное влияние личностных и социальных факторов

на выбор больными АЗ употребляемого вида спиртного напитка.

### **Научная новизна исследования**

1. Впервые проведено клиническое исследование по определению структуры употребляемых спиртных напитков (водка, пиво, коньяк, вино и др.) у пациентов с АЗ, которые обратились за стационарной наркологической помощью по поводу синдрома отмены алкоголя.

2. Впервые проведено сравнительное изучение клинических характеристик АЗ у лиц с преимущественным употреблением водки или пива.

3. Впервые проведён сравнительный анализ клинико-динамических особенностей АЗ с преимущественным употреблением водки или пива по данным 10-летнего клинико-катамнестического исследования.

4. Впервые проведено сравнение личностных особенностей больных АЗ с преимущественным употреблением различных алкогольных напитков и их влияние на выбор спиртного напитка для преимущественного употребления.

### **Теоретическая и практическая значимость работы**

Выявленные клинико-динамические различия АЗ в результате употребления спиртных напитков различной крепости, а именно пива и водки, доказывают гипотезу о клинической обоснованности и терапевтической целесообразности разделения АЗ по видам употребляемого алкогольного напитка, а дальнейшее изучение влияния различных видов спиртных напитков на клинику АЗ позволит более точно подходить к прогнозу медицинских и социальных последствий вследствие употребления пива или водки и формировать дифференцированные подходы к их профилактике.

Выделение видов АЗ вследствие употребления различных спиртных напитков по аналогии с различными видами наркотической зависимости по видам потребляемого наркотического средства позволяет разработать дифференцированные подходы к лечению и медицинской реабилитации данных больных, оптимизировать лечебно-реабилитационный процесс, использовать более эффективные индивидуализированные терапевтические программы.

Возможность развития АЗ в результате употребления различных спиртных напитков и клинико-динамические особенности АЗ вследствие употребления пива или водки необходимо учитывать при организации всех форм медицинской профилактики АЗ (первичной, вторичной и третичной).

Результаты исследования могут быть использованы в практической деятельности врачей психиатров-наркологов, работающих в системе амбулаторной, диспансерной и стационарной помощи. Полученные данные могут быть полезными для специалистов, работающих в смежных областях.

#### **Основные положения, выносимые на защиту:**

1. При употреблении различных видов спиртных напитков формируются различные виды АЗ.

2. Формирование АЗ с преимущественным употреблением пива или водки происходит через этап поискового полинаркотизма со смешанным употреблением различных спиртных напитков, затем формируется преимущественное употребление конкретного вида спиртного напитка и конкретный вид АЗ.

3. Различные виды АЗ сохраняют общий алгоритм развития синдрома зависимости от алкоголя, но имеют клинико-динамические особенности.

4. Выбор конкретного вида спиртного напитка для преимущественного употребления определяется в соответствии с ценностными ориентациями и личностными особенностями пациентов.

#### **Внедрение результатов**

Результаты настоящего исследования используются в практической работе врачей психиатров-наркологов в ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии» Департамента здравоохранения г. Москвы.

#### **Степень достоверности и апробация работы**

Достоверность и обоснованность результатов работы обеспечены изучением достаточного объема клинического материала (на первом этапе 412 больных, на втором 80 больных, на третьем 53 больных АЗ) с изучением

медицинской документации, использованием клинико-психопатологического, психометрических и статистических методов.

Основные положения работы представлены на Всероссийской научно-практической конференции «Совершенствование организации и оказания наркологической помощи населению» 20–21 октября 2011 г. (Москва), на II научно-практической конференции памяти профессора Ю.В. Валентика «Аддиктивные расстройства: технологии профилактики и реабилитации» 27–28 октября 2011 г. (Москва); на научно-практической конференции с международным участием «Мир аддикций: химические и не химические зависимости, ассоциированные психические расстройства» 29–30 ноября 2012 г. (Санкт-Петербург); на Всероссийском конгрессе с международным участием «Психоневрология: Век XIX – Век XXI», посвящённый 115-летию ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России и 165-летию со дня рождения В.М. Бехтерева 12–13 мая 2022 г. (Санкт-Петербург). Результаты исследования были представлены на учёном совете ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Минздрава России 20 марта 2013 г. (Москва) и на заседании Проблемного совета по социальной, клинической наркологии и организации наркологической помощи ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П.Сербского» Минздрава России 31 мая 2022 года и 27 сентября 2022 года.

### **Личный вклад автора**

Автор самостоятельно изучил и провел анализ зарубежных и отечественных литературных источников по теме диссертационного исследования. Автор непосредственно участвовал во всех этапах исследования от формулирования актуальности, цели, задач и дизайна исследования до получения клинического материала, его анализа и формулирования выводов исследования. Автором определены основные положения диссертационного исследования, выносимые на защиту, сформулированы выводы. Автор активно принимал участие в обсуждении результатов диссертации, подготовке научных статей и тезисов по материалам исследования, которые докладывались автором

на научных конференциях.

### **Публикации**

По теме диссертации опубликовано 10 статей в журналах, рекомендованных ВАК при Минобрнауки России для публикации результатов диссертационных исследований, одна из которых индексируется международной цитатно-аналитической базой данных Scopus.

### **Структура и объем диссертации**

Диссертация изложена на 175 страницах машинописного текста, состоит из введения, 4 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы и приложений. Работа иллюстрирована 41 таблицей и 13 рисунками. Список литературы включает 265 источников, из них 94 – отечественных авторов и 171 – зарубежных.

## **ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ**

### **Материалы и методы исследования**

В соответствии с целью и задачами исследования был разработан дизайн исследования, которое проводилось в несколько этапов.

На первом этапе с целью изучения структуры употребляемых спиртных напитков лицами с АЗ в период с 2010 по 2012 гг проведено сплошное исследование пациентов, которые поступили на стационарное лечение по поводу синдрома отмены алкоголя в государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения города Москвы».

Методом структурированного интервью обследовано 412 больных с АЗ в возрасте от 18 до 73 лет (медиана (Me)=44 года; межквартильное расстояние (МКр)=35-53 года). Из них 66 женщин (16%) и 346 мужчин (84%).

Критерием отбора больных в исследование было наличие у них АЗ средней стадии в соответствии с критериями МКБ-10 – F 10.2x2 - синдром зависимости от алкоголя. От всех больных было получено информированное добровольное согласие на участие в данном исследовании.

Из исследования исключались пациенты, имеющие психические и/или

соматические расстройства, не связанные с употреблением алкоголя, больные с выраженным психоорганическим синдромом, в том числе с деменцией, поскольку они не могли дать информированное добровольное согласие на участие в данном исследовании и сообщить достоверные анамнестические сведения, а также больные, имеющие иные формы зависимости (наркомания, токсикомания, игромания) кроме алкогольной.

Из употребляемых видов спиртных напитков фиксировали употребление водки, вина, пива, коньяка, шампанского, самогона, коктейлей и др. Несмотря на то, что многие больные употребляли различные спиртные напитки, у большинства из них было выявлено преобладающее употребление какого-либо одного вида спиртного напитка. Суточные дозы преобладающего в употреблении вида спиртного напитка пересчитывались в литры чистого этанола в соответствии с коэффициентами Госкомстата-Росстата (коэффициент алкогольного напитка умножался на суточную дозу алкоголя в литре, например, коэффициент водки 0,4 умножался на суточную дозу употребляемой водки в литрах). Преобладающим признавался вид спиртного напитка и соответственно этому вид АЗ, если в структуре систематического употребления алкоголя 75% и более приходилось на употребление данного вида алкоголя в течение года. Если преобладание одного вида алкоголя не удавалось выявить, больной относился в группу «смешанного» потребления алкоголя.

На втором этапе исследования для изучения клинических особенностей АЗ с преимущественным употреблением пива или водки из 412 больных, обследованных на первом этапе исследования, было отобрано 2 группы больных: группа ПА – больные АЗ с преимущественным употреблением пива (40 больных) и группа ВА – больные АЗ с преимущественным употреблением водки (40 больных), всего 80 больных.

Для исключения влияния всех других клинических и внеклинических факторов кроме вида употребляемого алкоголя на клиническую картину АЗ в группы ПА и ВА больные отбирались парным методом, когда каждому больному из группы ПА подбирался аналогичный по полу и возрасту с

допуском  $\pm 1$  год больной в группу ВА.

Больные обследовались клинико-психопатологическим методом и методом структурированного интервью. Были исследованы основные преморбидные социально-биологические и личностно-психологические особенности развития, в сравнительном аспекте изучались клинико-динамические характеристики формирования АЗ с преимущественным употреблением пива или водки. Для оценки клинических особенностей АЗ использовались психометрические методы: шкала CIWA-Ar (Sullivan J.T. с соавт., 1989); шкала Н.В.Чередниченко, В.Б. Альтшулера, 1992), «Индекс тяжести зависимости» (версия TREATNET; Э.Т. Маклеллан, 1979), опросник Шмишека-Леонгарда (Леонгард К., 1968; Шмишек Г., 1970), Мюнхенский личностный тест (Von Zerssen, 1988) и свободный ассоциативный эксперимент с ограниченным выбором (Зелевская А.А., 2015; Зарипов Р.И., 2016; Овчинникова И.Г., 2018; Попова З.Д., 2015; Потанина Ю.Д., Подлеская В.И., Федорова О.В., 2016).

На третьем этапе проведено продолжительностью в 10 лет клинико-катамнестическое исследование больных АЗ из группы ПА и ВА. Исследование на данном этапе проводилось по аналогичной схеме, которая была использована на втором этапе исследования (первичное обследование).

Статистическая обработка материала проводилась с использованием пакета статистических программ Statisticafor Windows (версия 7, 10). Статистическое описание возрастных и клинических характеристик из-за их несимметричного распределения производилось на основе непараметрических показателей: медиана (Me), межквартильное расстояние (МКр) и мода (Mo). Статистическая оценка различий производилась с помощью теста Манн-Уитни (Mann-Whitney),  $\chi^2$  и McNemarChi-square (A/D и B/C) и др. Статистически достоверными различия определены при значении  $p \leq 0,05$ .

## **ОСНОВНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РАБОТЫ**

**Первый этап исследования.** Все больные АЗ (412), обследованные в 2010-2012 гг., были систематизированы по преимущественному употреблению

вида спиртного напитка: водка (74%), пиво (9,7%), вино и коньяк (3,2%), алкогольные коктейли (2,4%), смешанное употребление (7,5%). Таким образом, среди лиц больных АЗ, которые обратились за стационарным лечением по поводу синдрома отмены алкоголя, преобладали больные с преимущественным употреблением водки.

Соотношение доли женщин к мужчинам было 1:5. Статистически достоверных различий по полученному образованию, материальному и семейному благополучию среди больных с преимущественным употреблением пива или водки не выявлено.

Формирование преимущественного употребления конкретного вида спиртного напитка происходило постепенно. На этапе первых проб алкоголя наблюдалось бессистемное употребление различных спиртных напитков без какого-либо предпочтения к употреблению конкретного спиртного напитка (этап поискового полинаркотизма). На этапе систематического употребления алкоголя и на начальной стадии АЗ у большинства больных сформировалось преимущественное употребление конкретного вида спиртного напитка (94,4% и 94,7% соответственно). Значительная часть больных (55%) в дальнейшем сохранила приверженность к преимущественному употреблению одного вида спиртного напитка с этапа систематического употребления алкоголя до средней стадии АЗ: чаще к водке (87,7%), достоверно реже - к пиву (9,7%), вину (3,9%), коньяку (0,8%). У остальных больных (45%) по мере формирования АЗ наблюдалась смена преобладающего в употреблении спиртного напитка: а) уменьшилось число больных с преимущественным употреблением вина (с 19,4% до 3,2%) и пива (соответственно с 15,8% до 9,7%;  $p < 0,01$ ); б) увеличилось число больных с преимущественным употреблением водки (с 57,5% до 74,0%) и лиц со смешанным употреблением спиртных напитков (с 5,3% до 7,5%;  $p < 0,01$ ).

Таким образом, преимущественное употребление конкретного вида спиртного напитка формировалось с этапа систематического употребления алкоголя, с несколько меньшей интенсивностью – на начальном этапе

формирования АЗ и происходило за счет уменьшения доли лиц с преимущественным употреблением вина и пива и увеличения доли лиц с преимущественным употреблением водки. Смена преимущественного употребления вида спиртного напитка наблюдалась на всех этапах формирования АЗ, но чаще - на этапе систематического употребления алкоголя, меньше - на начальной стадии АЗ.

**Второй этап исследования.** Сравнительный клинико-динамический анализ больных с преимущественным употреблением пива (группа ПА; N – 40) или водки (группа ВА; N – 40) показал, что АЗ у них сохраняла общие для синдрома зависимости от ПАВ клинико-динамические закономерности, но имела свои специфические клинические особенности.

Уровень толерантности к алкоголю на всех этапах формирования АЗ у больных из группы ПА был ниже, чем у больных из группы ВА: на этапе систематического употребления алкоголя соответственно 0,05 и 0,08 ( $p=0,041$ ), на начальной стадии АЗ – 0,1 и 0,14 ( $p=0,037$ ), на средней стадии – 0,12 и 0,2 ( $p=0,01$ ).

Состояние алкогольного опьянения на донологическом этапе чаще было лёгкой и средней степени тяжести (45% и 40% в группе ПА  $p>0,05$ ; 42,5% и 47,5% в группе ВА,  $p>0,05$ ), а на средней стадии АЗ в группе ПА увеличилась доля больных с алкогольным опьянением средней степени тяжести (62,5%), а в группе ВА - достоверно увеличилась доля больных с опьянением тяжёлой степени (37,5%,  $p<0,05$ ).

На средней стадии АЗ наблюдалось изменение клинической структуры состояния алкогольного опьянения с формированием его изменённых форм (61,25%). У больных из группы ПА это наблюдалось достоверно реже, чем в группе ВА (по группам соответственно 30/75,0% vs 21/52,5%,  $p=0,0310$ ): а) гиперстенический вариант астенической формы атипичного алкогольного опьянения (22,5% и 27,5%); б) депрессивная форма (20,0% и 17,5%; в) гипостенический вариант астенического алкогольного опьянения (10,0% и

17,5%); г) эпилептоидная форма наблюдалась только у больных из группы ВА (12,5%).

Амнезии опьянения реже наблюдались в группе ПА в сравнении с группой ВА: у них реже наблюдались алкогольные палимпсесты (соответственно 32,5% и 42,5%) и тотальные амнезии (соответственно 7,5% и 22,5%;  $p=0,0603$ ).

Первые признаки синдрома отмены алкоголя в группе ПА появлялись через 6 лет от начала систематического употребления алкоголя, в группе ВА – через 7 лет ( $p=0,0731$ ), однако развёрнутая клиническая картина синдрома в группе ПА сформировалась несколько позже - через 11 лет, в группе ВА через 10 лет ( $p=0,0433$ ).

В группе ПА синдром отмены алкоголя, в сравнении с группой ВА чаще протекал по нейровегетативному варианту (62,5% и 40,0%,  $p=0,0729$ ), а у больных из группы ВА наблюдалась симптоматика церебрального (20%) и психопатологического (10%) варианта ( $p=0,0482$ ). У больных из группы ПА синдром отмены алкоголя он был менее тяжелым (медиана 21 балл) по сравнению с аналогичным вариантом синдрома у больных из группы ВА (медиана 23 балла) ( $p < 0,05$ ).

В психопатологической структуре синдрома патологического влечения к алкоголю (первичного и вторичного) у больных ПА преобладали идеаторные и нейровегетативные нарушения при минимальной выраженности аффективных и поведенческих расстройств, а у больных ВА — аффективные и поведенческие расстройства.

У большинства больных обеих групп наблюдались запои. При этом у больных ПА чаще наблюдалось перемежающееся пьянство (у ПА - 32,5%; у ВА - 10%) и реже - запои (соответственно 67,5% и 90%) ( $p=0,0269$ ). Продолжительность запоев у больных из группы ПА по сравнению с больными ВА была существенно короче (Me 5 vs 14 дня,  $p=0,002$ ).

Не было выявлено различий между группами по преобладающей мотивации употребления алкоголя, по количеству и структуре возникающих психозов и по выявленным соматическим и неврологическим заболеваниям.

Больные из группы ПА в сравнении с группой из ВА имели меньше проблем, связанных с употреблением алкоголя и формирующейся АЗ. Оцененные по 5 шкалам индекса тяжести зависимости (состояние физического здоровья, работа и материальная поддержка, употребление алкоголя, семейное и социальное положение, состояние психического здоровья) суммарный показатель в баллах у больных ПА был достоверно меньше, чем у больных ВА ( $p < 0,05$ ).

У всех больных после медикаментозного купирования синдрома отмены алкоголя было проведено исследование личностных особенностей.

Оценка характерологических особенностей проводилась с использованием опросника Шмишека-Леонгарда (1970). Среди 80 обследованных больных характерологические особенности были выявлены у 78 (97,5%). В обеих группах исследования преобладали лица с тревожными (ПА - 22,5%; ВА - 20,0%), дистимическими (12,5% и 22,5%), циклотимическими (12,5% и 15,0%) и возбудимыми (12,5% и 20%) характерологическими особенностями. Реже были выявлены больные с характерологическими особенностями педантичного (10,0% и 7,5%), демонстративного (5,0% и 5,0%), застревающего (10,0% и 7,5%), эмотивный (7,5% и 5,0%), экзальтированного (5,0% и 5,0%) без достоверной разницы по группам исследования ( $p = 0,075$ ).

По результатам обследования по Мюнхенскому опроснику (версия для самооценки, Munich Personality Test, МРТ, Zerssen D.v, 1988) у больных из группы ПА и ВА все средние (медианы) исследованных показателей лежали в пределах межквартильных расстояний, которые почти совпадали. Таким образом, различий между группами ПА и ВА по результатам Мюнхенского личностного теста не выявлено ( $p > 0,05$ ).

При исследовании ценностных ориентаций методом ассоциативного эксперимента с ограниченным выбором больные с АЗ редко реагировали

словами алкогольной тематики (4,7% в обеих группах). Достоверные различия между группами ПА и ВА были выявлены по словам-реакциям «водка» и «пиво»: а) больные из группы ПА достоверно чаще реагировали на слово «пиво», чем больные группы ВА на слово «водка» (39:14; McNemarChi-square (A/D);  $p=0,001$ ); б) больные ПА реже реагировали на слово «водка», чем больные ВА – на слово «пиво» (3:18;  $p=0,002$ ). Полученные различия возможно связаны с влиянием лингвистической нагрузки, поскольку больные с ВА реагировали на стимульный материал «пиво» также часто, как и на «водку» (18:14). За пределами ключевых слов «пиво» и «водка» больные ПА и ВА практически не различались ни по предъявляемым алкогольным словам в целом, ни по составу слов-стимулов, ни по неалкогольным реакциям.

Таким образом, совокупность результатов проведенных исследований показала, что личностные особенности больных АЗ из групп ПА и ВА не коррелировали с выбором алкогольного напитка для преимущественного употребления. Видимо данный выбор происходил под влиянием внешних обстоятельств или иных клинических факторов.

**На третьем этапе исследования** было проведено продолжительностью 10 лет клинико-катамнестическое исследование больных из группы ПА и ВА.

Из 80 больных, которые были обследованы в 2010-2012 гг., через десять лет для исследования клинико-динамических особенностей АЗ с преимущественным употреблением пива или водки обследовано 53 больных (66,25%), в группе ПА – 23 больных, в группе ВА – 30 больных (сменили место жительства и т. д.).

По результатам клинико-катамнестического наблюдения АЗ у больных с преимущественным употреблением пива или водки имела следующие клинико-динамические особенности.

По мере развития АЗ у больных из групп ПА и ВА наблюдалось достоверное увеличение аддиктивной мотивации употребления алкоголя при снижении значения атарактической, субмиссивной, субкультуральной, гедонистической мотивации. При этом в обеих группах исследования

употребление алкоголя достоверно чаще было связано с аддиктивной мотивацией (52,2% и 56,7%), достоверно реже – с атактической мотивацией (21,7% и 23,3%) и еще реже – с гедонистической (8,7% и 10,0%), субмиссивной и субкультуральной (13,0% и 6,7%) мотивацией.

Суточная толерантность к алкоголю в группе ПА увеличилась с 0,12 л до 0,16 л, а в группе ВА она сохранялась на прежнем и более высоком уровне (0,20 л чистого этанола).

Изменилась тяжесть состояния алкогольного опьянения: в группе ПА увеличилась доля больных с опьянением лёгкой степени тяжести (с 25,5% до 30,4%), а в группе ВА – с опьянением средней степени (с 50,0% до 63,3%). Это может быть связано с тем, что по мере формирования АЗ доля потребления иных спиртных напитков снижалась, поскольку больные переходили на употребление либо только пива (группа ПА), либо только водки (группа ВА).

Увеличение доли изменённых форм алкогольного опьянения произошло в обеих группах (с 61,25% до 79,24%;  $p=0,0362$ ). При этом в группе ПА наблюдалось достоверное увеличение больных с гипостеническим вариантом астенической формы опьянения (с 10,0% до 34,8%), а в группе ВА – увеличения доли больных с гиперстеническим вариантом астенической формы опьянения (с 27,5% до 53,3%).

Изменилась частота и структура амнезий опьянения: а) число лиц с тотальной амнезией достоверно увеличилось в группе ПА с 7,5% до 30,4%; в группе ВА - с 22,5% до 43,3%; б) число лиц с алкогольными палимпсестами увеличилось только в группе ПА с 32,5% до 47,8%, а в группе ВА их число уменьшилось с 42,5% до 23,3%.

Изменилась клиника синдрома отмены алкоголя: а) увеличилась их продолжительность в группе ПА с 2 дней до 3 дней, а в группе ВА – с 3 дней до 4-х; б) изменений в степени тяжести синдрома не выявлено; в) изменилась клиническая структура синдрома отмены за счёт увеличения доли его церебральной (у ПА с 5,0% до 13,0%; у ВА с 20,0% до 43,4%) и психопатологической (в ПА с 5,0% до 8,7%; у ВА – с 10,0% до 20,0%) формы

при одновременном уменьшении доли нейровегетативной (в ПА с 62,5% до 56,5%; в ВА с 40,5% до 20,0%) и висцеральной (в ПА с 27,5% до 21,7%; в ВА с 32,5% до 16,6%) формы синдрома; г) изменилась клиническая структура синдрома по группам исследования: если при первичном исследовании в обеих группах чаще наблюдалась нейровегетативная форма синдрома отмены алкоголя (в ПА 62,5%; в ВА 40,0%), то при катamnестическом исследовании в группе ПА также достоверно чаще наблюдалась нейровегетативная форма, а в группе ВА преобладающей стала церебральная форма синдрома отмены алкоголя (43,4%).

Изменилась клиника запоев: а) наблюдалось увеличение их продолжительности в обеих группах, при этом в группе ПА они были достоверно короче (медиана 7 дней) по сравнению с группой ВА (медиана 14 дней); б) частота запоев не изменилась: они наблюдались в обеих группах в среднем один раз в полтора года, как и при первом обследовании; в) увеличилась доля больных с запойными формами употребления алкоголя (в группе ПА с 67,5% до 78,2%; в группе ВА с 90,0% до 93,3%;  $p < 0,05$ ).

В обеих группах исследования наблюдалось увеличение доли больных с соматическими заболеваниями алкогольной этиологии (алкогольный гепатит, токсическая энцефалопатия, алкогольный панкреатит, алкогольная кардиомиопатия), но у больных из группы ПА отмечалось более тяжёлое поражение печени (более высокие показатели печёночных ферментов).

Достоверной динамики по изменению числа лиц с алкогольными психозами не выявлено: у больных ПА при первичном и катamnестическом исследовании они наблюдались соответственно у 5% и 8,7% больных, а в группе ВА – у 12,5% и 13,3%.

В группе ПА за катamnестический период больные реже получали травмы в состоянии опьянения (медиана 2) в сравнении с группой ВА (медиана 4), различия между группами статистически достоверны ( $p = 0,047$ ).

В течение 10 лет больные группы больные ПА реже обращались за наркологической помощью (в среднем 3,5 раз), больные из группы ВА - в

среднем 6 раз за тот же период времени. При этом больные группы ПА в сравнении с группой ВА чаще включались в реабилитационные программы (соответственно по группам 11,1% и 4,0%) и программы амбулаторной терапии (соответственно 16,7% и 8,0%). По результатам проведённого лечения максимальная длительность ремиссии в группе ПА составила в среднем 2 года (максимальная – 7 лет), в группе ВА – максимальная длительность ремиссии 5 лет, медианное значение – 1 год.

Динамика изменений индекса тяжести зависимости при клинико-катамнестическом наблюдении имела статистически достоверные различия в группе ПА по шкалам «состояние физического здоровья», «употребление алкоголя», «состояние психического здоровья», а в группе ВА - в шкалах «состояние физического здоровья», «работа и материальная поддержка», «семейное и социальное положение» и «состояние психического здоровья». При этом тяжесть показателей по индексу тяжести зависимости в группе ПА была достоверно ниже в сравнении с группой ВА.

При сравнении динамики социального маршрута обследованных пациентов были выявлены различия.

В социальном плане больные ПА были более сохранными, в отличие от больных из группы ВА. Они реже теряли место работы: в группе ПА увеличилась доля больных, имеющих работу с 40,0% до 52,2%, в группе ВА увеличилась доля безработных больных с 50,0% до 73,3%. Также увеличилась доля больных, которые имели увольнения с работы, но медианное значение данного показателя в группе ПА увеличилось с 4 до 6, а в группе ВА – с 6 до 9 ( $p < 0,05$ ). Без достоверной разницы по группам увеличился процент больных, работающих по полученной специальности (в группе ПА с 27,5% до 30,4%; в группе ВА – с 17,5% до 20,0%;  $p > 0,05$ ).

В обеих группах увеличилась доля больных, имеющих судимость: в группе ПА - с 10,0% до 17,3%, а в группе ВА - с 10% до 16,7% ( $p < 0,05$ ).

Изменилась структура полученного образования: в обеих группах наблюдалось относительное уменьшение доли больных с высшим

образованием (с 20,0% до 17,3% и с 15,0% до 10,0%) и относительное увеличение доли больных, имеющих полное среднее образование (с 12,5% до 17,3% и с 12,5% до 16,7%), процент больных со средне-специальным образованием увеличился только в группе ВА (с 57,5% до 60,0%).

Среди больных группы ПА увеличилась доля больных, состоящих в зарегистрированном и незарегистрированном браке (с 35,0% до 52,2%, с 7,5% до 17,4%), а в группе ВА, наоборот, увеличился процент больных, которые не состояли в браке, и также доля вдовцов и вдов (с 17,5% до 40,0%, с 5% до 10%).

## **ВЫВОДЫ**

1. Формирование преимущественного употребления конкретного вида спиртного напитка происходило постепенно.

1.1. После бессистемного употребления различных видов спиртных напитков на этапе первых проб (этап поискового полинаркотизма) с этапа систематического употребления алкоголя и с несколько меньшей интенсивностью – на начальном этапе АЗ наблюдалось формирование преимущественного употребления конкретного вида спиртного напитка.

1.2. По мере формирования у больных преимущественного употребления конкретного вида спиртного напитка наблюдалось уменьшение доли лиц с преимущественным употреблением вина и пива и увеличение доли лиц с преимущественным употреблением водки. При этом больше половины больных (58,0%) переходили на преимущественное употребление водки.

1.3. В половине случаев преобладающее употребление водки наблюдалось с этапа систематического употребления алкоголя и сохранялось на всех последовательных этапах развития АЗ.

2. Независимо от вида преимущественно употребляемого спиртного напитка АЗ сохраняла общие для синдрома зависимости от ПАВ клинико-динамические закономерности, но имела специфические клинические особенности, что отчётливо проявлялось к средней стадии АЗ.

2.1. Для АЗ с преимущественным употреблением пива были характерны относительно невысокая толерантность к алкоголю (0,12 л); состояния опьянения средней степени тяжести (62,5%) с относительно более редкими алкогольными палимпсестами (32,5%) и тотальными амнезиями опьянения (7,5%); появление изменённых форм опьянения (52,5%); синдром отмены алкоголя нетяжелой степени и чаще по нейровегетативному варианту (62,5%); патологическое влечение к алкоголю с преобладанием идеаторных и нейровегетативных нарушений; относительно невысокие показатели по индексу тяжести зависимости.

2.2. Для АЗ с преимущественным употреблением водки были характерны относительно высокая толерантность к алкоголю (0,2 л); состояния алкогольного опьянения средней (50,0%) и тяжёлой (37,5%) степени тяжести ( $p < 0,05$ ) с относительно более частыми алкогольными палимпсестами (42,5%) и тотальными амнезиями (22,5%;  $p = 0,0603$ ); относительно более частое появление изменённых форм опьянения (75,0%), в том числе эпилептоидной формы (22,5%), которые не наблюдались при АЗ с преимущественным употреблением пива; синдром отмены алкоголя чаще по церебральному (20%) и психопатологическому (10%) варианту ( $p = 0,0482$ ) и относительно более тяжелой степени тяжести ( $p < 0,05$ ); патологическое влечение к алкоголю с преобладанием аффективных и поведенческих расстройств; относительно высокие суммарные показатели по индексу тяжести АЗ.

3. Не установлено, что личностные особенности больных АЗ с преимущественным употреблением пива или водки влияли на выбор алкогольного напитка для преимущественного употребления.

4. По результатам 10-летнего клинико-катамнестического наблюдения АЗ средней стадии претерпевала некоторые клинико-динамические изменения, но сохраняла специфичность при преимущественном употреблении пива или водки.

4.1. Независимо от вида преимущественно употребляемого спиртного напитка изменилась структура мотивации употребления алкоголя за счёт

достоверного увеличения аддиктивной мотивации при снижении значения всех других форм; увеличилась частота тотальной амнезии состояния опьянения, продолжительность синдрома отмены алкоголя и изменение его структуры за счет увеличения доли его церебрального и психопатологического вариантов; увеличилась нагрузка соматическими и неврологическими заболеваниями алкогольной этиологии.

4.2. При АЗ с преимущественным употреблением пива продолжался рост толерантности к алкоголю; увеличилась частота состояний опьянения лёгкой степени (с 25,5% до 30,4%) при увеличении частоты алкогольных палимпсестов (с 32,5% до 47,8%); среди измененных форм опьянения увеличилась доля гипостенического варианта астенической формы опьянения (с 10,0% до 34,8%); изменилась клиническая структура синдрома отмены алкоголя за счет увеличения доли нейровегетативной формы; наблюдалось относительно более тяжёлое поражение печени (более высокие показатели печёночных ферментов).

4.3. При АЗ с преимущественным употреблением водки наблюдалось плато толерантности на относительно более высоком уровне (0,2 л); увеличилась доля больных со средней степенью опьянения (с 50,0% до 63,3%) при достоверном уменьшении частоты алкогольных палимпсестов (с 42,5% до 23,3%); среди измененных форм опьянения увеличилась доля гиперстенического варианта астенической формы опьянения (с 27,5% до 53,3%); изменилась клиническая структура синдрома отмены алкоголя за счет увеличения доли церебральной формы синдрома отмены алкоголя (43,4%).

4.4. По индексу тяжести зависимости тяжесть всех показателей при АЗ с преимущественным употреблением пива была достоверно меньше в сравнении с больными АЗ с преимущественным употреблением водки.

5. Больные АЗ с преимущественным употреблением пива реже обращались за наркологической помощью и чаще включались в программы медицинской реабилитации и в программы амбулаторной терапии.

Эффективность терапии, оценённая по показателю длительности ремиссии АЗ, также у них была лучше.

6. При сохранении общего алгоритма формирования АЗ с преимущественным употреблением пива или водки имела клинико-динамические особенности, подтверждённые результатами 10-летнего клинико-катамнестического наблюдения, что позволяет выделить различные виды АЗ – с преимущественным употреблением пива или водки, или так называемый пивной и водочный алкоголизм.

### **ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

1. Поскольку АЗ с преимущественным употреблением пива или водки имеет клинико-динамические особенности, это важно учитывать при клинической диагностике АЗ.

2. Лечение больных АЗ должно проводиться с учетом клинических особенностей фазных (состояние опьянения, синдром отмены, актуализация первичного патологического влечения) и резидуальных психических и соматических расстройств у больных с преимущественным употреблением пива или водки.

3. В отношении больных АЗ целесообразно использовать дифференцированные программы медицинской реабилитации с учетом особенностей индекса тяжести зависимости у больных с преимущественным употреблением пива или водки.

4. Организация всех форм профилактики рискованного употребления алкоголя и АЗ должна содержать информацию о медицинских и социальных последствиях употребления всех видов спиртных напитков, в том числе пива и водки.

5. С учетом высокой нагрузки больных АЗ с преимущественным употреблением пива или водки соматическими заболеваниями алкогольной этиологии (алкогольный гепатит, токсическая энцефалопатия, алкогольный панкреатит, алкогольная кардиомиопатия) представляется целесообразным

организовать в общесоматических стационарах скрининг на выявление больных АЗ и их мотивационное консультирование на обращение за специализированной наркологической помощью.

### **СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ**

1. Соотношение «пивного» и «водочного» алкоголизма: количественный анализ доминирования / А.В. Немцов [и др.] // Вопросы наркологии. - 2012. - №2. - С. 32-46. (Немцов А.В., Брюн Е.А., Бузик О.Ж., Орлов А.В., Бояринцев Д.Н., Фоменков А.А., Колесников А.Е., Матис О.А., Вдовин А.С., Пахомов С.Р., Попов С.И.)

2. Немцов, А.В. Типы алкогольных напитков и смена их потребления больными алкоголизмом / А.В. Немцов, А.В. Орлов // Вопросы наркологии. - 2012. - №5. - С. 26-38.

3. Немцов, А.В. Характеристика больных алкоголизмом с преобладающим употреблением пива или водки в условиях ассоциативного эксперимента / А.В. Немцов, А.В. Орлов // Вопросы наркологии. - 2013. - № 5. - С. 70-74.

4. Немцов, А.В. Спиртные напитки больных алкоголизмом / А.В. Немцов, А.В. Орлов // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. - 2013. - № 2. - С. 37-41.

5. Немцов, А.В. Соматические заболевания и травмы у больных «пивным» и «водочным» алкоголизмом // А.В. Немцов, А.В. Орлов, В.В. Шейн // Вопросы наркологии. - 2014. - № 3. - С. 56-63.

6. Немцов, А.В. Патоморфоз алкоголизма: 1988-90 vs. 2011-12 гг / А.В. Немцов, А.В. Орлов // Вопросы наркологии. - 2014. - № 4. - С. 3-12.

7. Немцов, А.В. Личностные особенности больных «пивным» и «водочным» алкоголизмом / А.В. Немцов, А.В. Орлов // Наркология. - 2014. - Т.13, №8 (151). - С. 62-65.

8. Немцов, А.В. Алкоголизм в конце 1980-х и начале 2010-х годов / А.В. Немцов, А.В. Орлов // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 2016. - Т.116, № 6. - С. 60-65.

9. Клименко, Т.В. Клинические особенности алкогольной зависимости с преимущественным употреблением пива или водки / Т.В. Клименко, А.В. Орлов // Наркология. - 2022. - Т.21, № 8. - С. 41-48.

10. Орлов, А.В. Клинико-динамические особенности алкогольной зависимости с преимущественным употреблением пива или водки по данным 10-летнего клинико-катамнестического наблюдения / А.В. Орлов, Т.В. Клименко // Наркология. - 2022. - Т.21, № 9. - С. 32-39.

### **СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ**

АЗ – алкогольная зависимость

ИТЗ – индекс тяжести зависимости

Me – медиана

МКБ-10 – международная классификация болезней Десятого пересмотра

МКр – межквартильное расстояние

МНПЦ наркологии – Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения города Москвы»

Mo – мода

ПА и ВА – обозначают как заболевание (пивной и водочный алкоголизм), так и больных пивным и водочным алкоголизмом

ПАВ – психоактивное вещество

тыс. daL – тысяч декалитров