

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР
ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ ИМЕНИ В.П. СЕРБСКОГО»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

На правах рукописи

ОРЛОВ АНДРЕЙ ВЯЧЕСЛАВОВИЧ

**Клинико-динамические особенности алкогольной зависимости
с преимущественным употреблением пива или водки**

3.1.17. Психиатрия и наркология

ДИССЕРТАЦИЯ

на соискание учёной степени кандидата медицинских наук

Научный руководитель:
доктор медицинских наук,
профессор
Клименко Татьяна Валентиновна

Москва – 2022

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	4
ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ	12
1.1. Основные паттерны потребления алкоголя.....	12
1.2. История употребления алкоголя в России.....	13
1.3. Клинические исследования алкогольной зависимости в результате употребления различных видов спиртных напитков	17
1.4. Последствия употребления алкоголя	19
1.5. Факторы, влияющие на выбор вида употребляемого спиртного напитка	26
ГЛАВА 2. ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	30
ГЛАВА 3. СТРУКТУРА ПОТРЕБЛЕНИЯ СПИРТНЫХ НАПИТКОВ У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ, КОТОРЫЕ ОБРАТИЛИСЬ ЗА СТАЦИОНАРНОЙ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩЬЮ ПО ПОВОДУ СИНДРОМА ОТМЕНЫ АЛКОГОЛЯ.....	38
ГЛАВА 4. КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ С ПРЕИМУЩЕСТВЕННЫМ УПОТРЕБЛЕНИЕМ ПИВА ИЛИ ВОДКИ	46
4.1. Клинико-динамические особенности алкогольной зависимости с преимущественным потреблением пива или водки	46
4.2. Личностные особенности больных алкогольной зависимостью и их возможное влияние на выбор употребляемого вида спиртного напитка.....	69
4.3. Клинико-катамнестическое исследование больных с алкогольной зависимостью с преимущественным употреблением пива или водки	80
4.4. Динамика социального функционирования больных групп с преимущественным употреблением пива или водки.....	93
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	99
ВЫВОДЫ	109
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....	112

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ.....	113
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	114
СПИСОК ИЛЛЮСТРАТИВНОГО МАТЕРИАЛА	148
ПРИЛОЖЕНИЕ 1. Клинические примеры	152
ПРИЛОЖЕНИЕ 2. Краткая клиническая карта	174
ПРИЛОЖЕНИЕ 3. Клинико-anamнестическая карта	175

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования и степень ее разработанности

Россия относится к странам северного типа потребления алкоголя, для которого характерно употребление спиртных напитков крепостью не менее 40 градусов абсолютного алкоголя, в основном водки. Употребление алкогольных напитков с меньшей крепостью, в частности вина, встречалось реже и обычно в регионах культивирования винограда.

Возможно, за счёт традиционного доминирования в структуре потребления спиртных напитков именно водки при исследовании клинико-динамических особенностей алкогольной зависимости (АЗ) практически никогда не учитывался вид употребляемого спиртного напитка. Проводились единичные исследования АЗ с учетом вида употребляемого спиртного напитка. В работах И.Н. Пятницкой (1984), Е.И. Кавсадзе (1984), О.Н. Новиковой (1983) [52] среди клинических особенностей винного алкоголизма в его сопоставлении с водочным алкоголизмом были выделены: более раннее начало употребления вина (13 лет) по сравнению с началом употребления водки (15 лет); переход на систематическое употребление вина в более старшем возрасте, с 17 лет (при водочном до 17 лет), меньшая прогрессивность и более продолжительные стадии винного алкоголизма; небольшая интенсивность патологического влечения к алкоголю, что авторы связывали с большей сохранностью эмоциональной сферы и меньшей кататимностью мышления; развитие к средней стадии АЗ алкогольных палимпсестов при относительной редкости тотальных амнезий.

Исследованиями Е.И. Кавсадзе (1984) было установлено, что при винном алкоголизме по сравнению с водочным алкоголизмом (ВА) реже наблюдаются нарушения нервной системы (парестезии, повышением сухожильных рефлексом, моно- и полиневриты), но чаще развиваются сердечно-сосудистые заболевания (гипертоническая болезнь, атеросклеротический кардиосклероз) и заболевания желудочно-кишечного тракта (гепатит, холецистит, острый гастрит, энтерит,

язвенная болезнь), что авторами исследования было связано с высокой кислотностью употребляемого вина.

После 1985 г., когда по результатам государственной алкогольной политики наблюдалось почти двукратное снижение потребления вина, интерес к изучению винного алкоголизма минимизировался [85].

Последние десятилетия населением России все больше стало потребляться пиво, особенно в молодёжной среде [56]. По информации, полученной из Федеральной службы по регулированию алкогольного рынка, среди продаваемых спиртных напитков соотношение водки к пиву в 2011 году было 1:7, а в 2020 году – 1:9 [88, 89]. В немалой степени этому способствовала ценовая доступность пива и сложившееся мнение о его относительной безвредности [1, 19, 40, 62, 218].

Исследованиями Е.В. Аносовой, А.В. Погосова (2011), М.А. Базадзе с соавт. (2009) было показано, что для пивного алкоголизма (ПА) характерно относительно быстрое формирование (в течение первых 3-х лет после начала систематического употребления пива) и развитие абстинентного синдрома тяжёлой степени.

Исследование А.А. Ковалева (2009) показало, что при ПА состояние интоксикации протекает с выраженным седативным эффектом; изменённые формы алкогольного опьянения формируются на более поздних этапах формирования АЗ и протекают чаще с алкогольными палимпсестами; в клинической структуре синдрома отмены преобладают психопатологические расстройства (тревога, страх, подавленное настроение, расстройства сна, идеи самообвинения и т. п.) при меньшей выраженности соматовегетативных и неврологических расстройств (потливость, тремор, атаксия, колебания АД и т. п.); интеллектуально-мнестические нарушения незначительны; больные ПА длительное время остаются профессионально и социально сохранными.

Несмотря на проведённые исследования по клинической специфике АЗ в зависимости от вида употребляемого спиртного напитка, дифференциация АЗ по типу потребляемого спиртного напитка не вошла ни в международную, ни в

российскую классификацию болезней. И отношение авторов к данному вопросу остается неоднозначным. Одни исследователи признают наличие клинко-динамических различий АЗ в результате употребления спиртных напитков различной крепости [4, 8, 10, 44, 45, 63], а другие в категорической форме отрицают такую возможность, объясняя это тем, что большая часть больных с АЗ редко употребляют только один вид спиртного напитка, а чаще – разные [55, 16, 162].

По примеру различных видов наркотической зависимости, которые связаны с употреблением различных наркотических средств, была сформирована гипотеза настоящего исследования о том, что АЗ имеет клинко-динамические особенности в зависимости от вида употребляемого алкогольного напитка, например, пива или водки.

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.

Цель исследования – изучение актуальности и целесообразности разделения АЗ по видам употребляемого алкогольного напитка на основе определения клинко-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

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 значимость

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 по аналогии разделения наркотической зависимости по видам потребляемого наркотического средства.

Полученные результаты о клинической специфичности АЗ с

преимущественным употреблением пива или водки позволяют говорить о необходимости их учета при осуществлении лечения и медицинской реабилитации данных пациентов, а также при организации профилактических мероприятий по предупреждению развития психических расстройств и расстройств поведения, связанных с употреблением пива или водки.

Дальнейшее изучение влияния различных видов спиртных напитков на формирование связанных с этим психических расстройств и расстройств поведения позволит более точно подходить к прогнозу медицинских и социальных последствий вследствие употребления пива или водки и формировать дифференцированные подходы к их профилактике.

Практическая значимость

Обоснование актуальности разделения АЗ по видам употребляемого спиртного напитка по аналогии с различными видами наркотической зависимости по видам потребляемого наркотического средства позволяет разработать дифференцированные подходы терапевтического и социально-реабилитационного воздействия, что поможет существенно оптимизировать лечебный процесс, использовать более эффективные индивидуализированные терапевтические и реабилитационные программы.

Возможность развития АЗ в результате употребления различных спиртных напитков, в том числе слабоалкогольных, и клинико-динамические особенности АЗ, связанные с употреблением 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, прежде всего для врачей, работающих в смежных областях.

Методы исследования: клинико-психопатологический, клинико-катамнестический, статистический и психометрические методы (шкала CIWA-Ar (Sullivan J.T. с соавт., 1989, шкала Н.В. Чередниченко, В.Б. Альтшулера (1992), «Индекс тяжести зависимости» (ИТЗ) версия TREATNET, опросник Шмишека–Леонгарда, Мюнхенский личностный тест (МЛТ) (Von Zerssen, 1988) и свободный ассоциативный эксперимент с ограниченным выбором.

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.

Объём и структура 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.

ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

1.1. Основные паттерны потребления алкоголя

В научном сообществе обычно выделяют две основные модели потребления алкоголя: южный и северный. Южный тип отличает частое употребление алкоголя, в основном вина, но в относительно маленьких дозах. Такое потребление включено в повседневную жизнь и лишь в редких случаях имеет серьезные социальные последствия, в том числе приводит к осуждению обществом. Такая модель характерна в первую очередь для жителей южных винодельческих стран: Португалии, Испании, Франции, Греции [18, 21].

Северная модель потребления алкоголя характеризуется эпизодическим употреблением крепкого алкоголя, но в больших дозах, и оно часто сопровождается тяжелой интоксикацией, что часто приводит к более явным социальным последствиям и вызывает негативное отношение общества. Это в свою очередь определяет необходимость контролировать процесс производства и потребления спиртных напитков населением [262]. Страны с северным типом потребления – это Финляндия, Швеция, Норвегия, страны Балтии, Польша, северная Германия, Россия, Украина и Беларусь.

В России, как в стране с северной моделью, в основном потребляют крепкие алкогольные напитки – крепостью не менее 40 градусов абсолютного алкоголя, на первом месте по потреблению стоит водка [76, 92].

На протяжении XX века в ряде стран Северной Европы происходили различные общественно-политические процессы, в результате которых население перешло от потребления крепких спиртных напитков к потреблению вина и пива, которое расценивается как более безопасное. В результате социальная напряжённость, связанная с медицинскими и социальными последствиями потребления алкоголя, снизилась, а продолжительность жизни граждан несколько увеличилась [187].

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) разделила страны Европы по размерам среднедушевого потребления пива на четыре основных группы [256, 257, 258]:

- 1) с низким потреблением пива – менее 40 литров в год (Исландия, Польша, Италия);
- 2) со средним уровнем потребления пива – от 40 до 80 литров в год (Португалия, Швеция, Франция, Греция, Испания, Болгария, Норвегия, Румыния, Швейцария, страны, расположенные на территории бывшей Югославии, Россия);
- 3) с высоким уровнем потребления пива – от 80 до 120 литров в год (Венгрия, Финляндия, Великобритания, Люксембург, Нидерланды);
- 4) с очень высоким уровнем потребления пива – свыше 120 литров в год (Чехия, Германия, Дания, Словакия, Ирландия).

Таким образом, Россия относится к странам со средним объёмом потребления пива (57,7 литров в 2019 году) [182].

1.2. История употребления алкоголя в России

В настоящее время широко распространено представление о тяжести российского пьянства, которое считается давней традицией, уходящей в глубь веков [28, 92]. Между тем алкогольная история России неоднозначна и включает целый ряд этапов, которые различаются уровнем потребления алкоголя и составом потребляемых алкогольных напитков. До XV–XVI веков в России основными напитками были пиво и мёд (хмельной напиток на основе мёда). С появлением «царских кабаков» (1553 г) увеличилось потребление водки, в то время 20-градусной. С XVI века наметился рост потребления алкоголя за счет роста производства и потребления водки, что было связано с государственным регулированием алкогольного рынка с целью увеличения доходной части государственного бюджета. Однако рост потребления алкоголя происходил медленно, и к началу XX века среднедушевое потребление алкоголя не превышало 4,0 литров алкоголя на человека в год (3,3 литра в 1913 году [56]).

В советское время после введения государственной монополии на производство водки (1925) государственные продажи алкоголя составили 3,7 литра на человека в год без учёта самогона. Некоторое снижение (до 2,3 литра на человека) потребления алкоголя произошло ко времени Второй мировой войны. В дальнейшем наблюдался значительный рост производства и потребления вина и водки. Рост продаж спиртных напитков увеличился с 4,5 литров в 1960 г до 8,2 литров на душу населения в 1970 году без учёта самогона, доля которого составляла приблизительно от трети до половины от общего потребления. Важно отметить неуклонный рост потребления именно крепкого алкоголя и вина, в отличие от пива, что в конечном итоге привело к упрочнению «северного» типа потребления алкоголя, характерного для северных стран Европы [56].

Начало антиалкогольной кампании в 1985 году положило начало невиданным в мировой истории колебаниям уровня потребления алкоголя и алкогольной смертности с тремя минимумами: в 1987–1988 годах, в 1998 году и в 2004–2009 годах [59].

В последние три десятилетия происходили значительные колебания потребления алкоголя в России [76, 94], в то же время уровень потребления алкоголя в целом держался как один из самых высоких в мире, а по потреблению крепких напитков Россия стала занимать лидирующее положение в мире [56, 81, 86, 92]. Эксперты полагают, что реальное потребление алкоголя в России в некоторые периоды достигало 15–18 литров (16,3 литра в 2003 году, 18,7 – в 2005 году, 18 литров – в 2011 году) спирта на душу населения [97].

С 1997 года в России начался существенный рост производства и потребления пива – с 17,0 литров (1998) до 81,3 литра (2007) на человека в год [37], т. е. за 10 лет произошло пятикратное увеличение производства и потребления пива в Российской Федерации (РФ).

По информации Федеральной службы по регулированию алкогольного рынка (Росалкогольрегулирование) в России в 2020 году было продано 670 302,5 тыс. daL пива, 73 752,0 тыс. daL водки и 55 037,9 тыс. daL вина [88].

Если содержание этанола проданной водки и пива перерасчитать по коэффициенту Росстата, то получится, что этанола в составе пива (33 112,9 тыс. daL) продано больше, чем этанола в составе водки (28 763,3 тыс. daL).

С 2007 года отмечается тенденция к снижению потребления пива в России (80,9 литра в 2007 году, 57,7 литра в 2019 году).

Рост потребления пива и вовлечение в его потребление молодёжи сформировали негативное отношение общества к употреблению пива. Это получило своё отражение в постановлении Первого заместителя Министра здравоохранения и Главного санитарного врача РФ «Об усилении Госсанэпиднадзора за пивоваренной продукцией» (№ 16; 15.12.2000). Там же впервые было высказано предположение о том, что в России растёт количество больных ПА. После такого заявления через СМИ стало формироваться устойчивое представление о тяжести и широкой распространённости пивного алкоголизма [48, 11]. Однако научных исследований по данной проблеме не было, и статистический учёт данных не проводился.

Постепенно увеличение потребителей пива среди подростков стало важной российской проблемой [1, 3, 14, 40, 47, 49, 78, 66, 74, 83, 219]. При этом российские исследователи отмечали отсутствие связи между количеством суицидов и употреблением пива и вина, но наличием данной связи с употреблением крепких алкогольных напитков [223]. Было отмечено, что потребление алкоголя подростками, в том числе пива, часто носит правовой характер в связи с нарушением закона при продаже алкоголя несовершеннолетним [9, 12].

Пиво как напиток знакомо человечеству не менее семи тысяч лет [169, 253]. Не позже IX века стали производить пиво в России. Об этом свидетельствуют найденные новгородские берестяные грамоты, датированные IX веком. В этих грамотах говорится, что в Новгороде проживала большая группа ремесленников – солодовщиков, хмелевиков и пивоваров [36]. Долгое время пиво и медовуха были единственными спиртными напитками для большей части населения страны, в то время как водка и вино были дорогостоящими напитками и долго оставались

уделом только российской знати. Промышленное производство пива в России стало развиваться лишь в середине XIX века. Именно в это время в России были построены крупные заводы в г. Москве и г.С-Петербурге, г.Харькове и г.Киеве [29].

В отличие от водки [22] пиво [23] содержит больше компонентов в своем составе, хотя представленная на продажу алкогольная продукция по качеству и составу может отличаться от рекомендуемых [51, 118]. Пиво изготавливается из натурального сырья, которое содержит много разных соединений, образующихся в процессе ферментации растительного сырья. Основными компонентами пива являются вода (91–93%), углеводы (1,5–4,5%), этиловый спирт (3,5–4,5%) и азотсодержащие вещества (0,2–0,65%). Прочие компоненты содержатся в пиве в ничтожных долях [64, 103].

В пиве содержится большое количество воды, поэтому этанол не оказывает дегидратирующего действия, а благодаря изотоническим свойствам напитка осмотическое давление крови и других жидких сред существенно не нарушаются. Углекислый газ быстро формирует ощущение насыщения и утоления жажды. Углеводы пива на 75–85% состоят из олигосахаридов, 10–15% приходится на моносахариды (глюкоза, фруктоза, сахароза), а 2–8% – это полисахариды. Остальные компоненты пива – это минеральные соединения, витамины, органические кислоты, фенольные соединения, горькие вещества, ароматические соединения, биогенные амины и фитоэстрогены [222].

В России доступно пиво разной крепости от безалкогольного (от 0,1%) до крепкого (до 12% этилового спирта), однако наиболее популярное среди населения по крепости и доступное по цене пиво крепостью 3–5,5% этилового спирта.

После 2000 года в России стали проводиться исследования клинических особенностей ПА, которые опирались на исходный тезис о его «большой» распространённости [8, 44]. Однако в исследовании Р.Д. Илюк (2011) и М.В. Кошкиной (2011) было отмечено, что у больных АЗ потребление исключительно пива встречается крайне редко (1%) и преимущественно только у

лиц молодого возраста [35, 49]. Также утверждалось, что с ростом потребления пива наблюдается некоторое снижение потребления водки и снижение смертности в связи алкогольными отравлениями [63, 204].

Решение алкогольных проблем является одной из приоритетных задач России, а это возможно лишь при грамотной алкогольной политике государства [41, 79, 90, 93, 203, 204, 250].

1.3. Клинические исследования алкогольной зависимости в результате употребления различных видов спиртных напитков

Поскольку в России развитие АЗ всегда больше было связано с потреблением водки, при исследовании клинических особенностей АЗ никогда не учитывался вид употребляемого спиртного напитка. Редкостью являются исследовательские работы об особенностях клинической картины АЗ в зависимости от типа потребляемого алкогольного напитка. В частности, в России работы, посвящённые описанию клинической картины ПА, единичны, и все они выполнены после 2000 годов.

В России в 2008 году впервые был зарегистрирован патент на выявление ПА у подростков [85].

Исследования А.А. Ковалёва являются практически единственными по исследованию клиники ПА и показывают, что для данного вида АЗ типично: а) первичное патологическое влечение к алкоголю высокой интенсивности, которое наблюдается на всех этапах ПА; б) высокий темп формирования СОА; в) стремительный рост толерантности к пиву, г) преобладание седативного компонента в клинической картине алкогольного опьянения; д) лечение ПА должно быть интенсивным и длительным. Выделенным клиническим характеристикам ПА, по мнению А.А. Ковалёва, сопутствует отсутствие выраженных интеллектуально-мнестических и нравственно-этических изменений личности даже на отдалённых этапах заболевания, а социальные последствия ПА появляются позже в сравнении с клинической симптоматикой заболевания. Автор

это связывает с тем, что низкое содержание этанола в пиве обладает относительно слабо выраженным токсическим эффектом на центральную нервную систему [42, 43, 45, 54].

М.А. Базадзе с соавт. (2009) описали запойные формы употребления алкоголя при ПА у мужчин и установили, что СОА при ПА развивается в достаточно короткие сроки (у 40% больных до трёх лет) и отличается тяжёлой степенью выраженности, в короткие сроки наращивается толерантность, которая увеличивается к средней стадии ПА иногда десятикратно; достаточно долго определяется интеллектуальная сохранность и профессиональная состоятельность больных ПА [10].

Другие авторы, наоборот, считают, что при ПА синдром психической зависимости и СОА формируется в относительно длительные сроки, Они это связывают с наличием в пиве достаточно высокой концентрации витамина В1, который уменьшает токсическое действие этанола, то есть выполняет роль протектора, а тяжесть СОА, который в полной мере может проявиться лишь при стационарном лечении на фоне прекращения алкоголизации, менее выражена из-за постоянной формы употребления пива [67].

В России ПА редко становится самостоятельной исследовательской задачей. Так, в работах Е.В. Аносовой ПА изучался в сравнении с гашишной наркоманией. И снова были обследованы больные подросткового возраста на начальных этапах развития АЗ. Описанное своеобразие симптомов алкоголизма и личностные особенности больных можно лишь отчасти отнести на счёт ПА [5, 6, 7, 8, 69, 70, 71, 72, 73].

По результатам исследования подросткового алкоголизма А.Ю. Егоров и С.А. Игумнов (2005) отметили, что у употребляющих пиво подростков отмечается полная анозогнозия, так как они всегда отрицали, что у них есть какие-либо проблемы, связанные с приёмом пива. В этом же исследовании говорится, что подростки, которые предпочитают лёгкие алкогольные напитки, в основном употребляют их в компании сверстников и достаточно редко в одиночестве, что указывает на групповой характер психической зависимости. Также важно

отметить, что более чем у половины подростков употребление алкоголя изредка сочеталось с употреблением наркотических или токсических веществ [38, 91, 29].

В исследованиях зарубежных авторов в отличие от российских термин ПА используется крайне редко [27]. При этом исследований, посвящённых злоупотреблению пивом, довольно много, и касаются они, например, влияния социальных факторов, в том числе влияния рекламной продукции на рост числа потребителей пива [100, 112, 150, 158, 214, 225, 230, 235]. Также зарубежные исследователи отмечают, что употребление пива и других алкогольных напитков повышает количество автоаварий [172], суицидов и убийств [149], увеличивает агрессивность в состоянии опьянения [164, 172].

1.4. Последствия употребления алкоголя

Самым тяжёлым следствием злоупотребления алкоголем является связанная с употреблением алкоголя смертность.

В большом исследовании 1991 года, которое проведено на материале населения г. Курска, среди умерших повышенное содержание алкоголя выявлено у 9% женщин и 29% мужчин [87]. Исследование, проведённое в Ижевске в 1998–1999 годах, выявило, что среди умерших мужчин в возрасте 25–54 лет алкоголь в крови имели 62% [262]. Другое исследование 1990–2004 годов в г.Барнауле показало, что в разных возрастных группах среди умерших был выявлен алкоголь в крови: 15 лет – 34 года – у 68% мужчин и 61% женщин; 35–69 лет – у 60% мужчин и 53% женщин; у лиц старше 70 лет – 36% мужчин и 25% женщин [263]. В масштабном исследовании 1999–2008 годов, проведённом в трёх российских городах (Барнаул, Бийск и Томск), при обследовании 151 000 человек было выявлено, что основной алкогольный урон наносит крепкий алкоголь [262].

В России смертность, связанная с потреблением алкоголя – это не только тяжелые алкогольные отравления, но и часто самоубийства лиц в состоянии алкогольного опьянения, убийства, смерти от цирроза печени и сердечно-

сосудистых заболеваний, инсультов, панкреатитов, болезней органов дыхания, рака органов системы пищеварения [52].

К настоящему времени среди исследователей нет единого мнения относительно влияния употребления алкоголя и его различных видов на состояние здоровья человека. Достаточно широко среди некоторых исследователей и населения распространено мнение, что умеренное употребление пива, вина и крепкого алкоголя имеет для состояния здоровья человека нейтральное значение или даже оказывает благоприятное воздействие на его организм. Другие исследователи считают, что употребление алкогольных напитков в любом количестве оказывает на организм человека негативное воздействие.

Многочисленные исследования по влиянию употребления алкоголя и его отдельных видов на состояние здоровья человека, которые представлены в научных электронных библиотеках PubMed, MEDLINE в последние 30 лет, в зависимости от полученных результатов и позиции авторов по данному вопросу были разделены на три группы:

- 1) условно-нейтральные последствия потребления пива в сравнении с потреблением других видов алкогольных напитков,
- 2) негативные последствия потребления алкоголя вне зависимости от вида употребляемого спиртного напитка,
- 3) более выраженные негативные последствия употребления пива в сравнении с другими алкогольными напитками.

В доступных источниках было обнаружено много научных исследований, авторы которых придерживаются мнения об **условно-нейтральном значении для здоровья человека употребления пива** в сравнении с другими алкогольными напитками или даже устанавливают различные положительные эффекты от употребления пива. Они считают, что переход с употребления водки на употребление пива положительно влияет на продолжительность жизни, на состояние здоровья и как итог – на алкогольную ситуацию в целом [96, 148]. Согласно многим исследованиям больные ПА более долго сохраняют социальные

и интеллектуальные навыки [44]; существенно реже у них появляются симптомы тяжёлого алкогольного опьянения и алкогольные психозы [223]. При этом акцент делается на многокомпонентном составе пива. Авторы показывают, что входящие в состав пива антиоксиданты, витамины, полифенолы, фитоэстрогены, питательные и другие вещества при употреблении пива оказывают различное влияние на физиологические функции организма [261]. Например, показано, что пиво может быть важным источником фтора [243]; обладает антиоксидантным и противовоспалительным эффектом [99, 113, 122, 130, 133, 163, 224, 226, 240], снижает концентрацию гомоцистеина плазмы крови [161, 231], повышает количество липопротеинов высокой плотности (ЛПВП) и способствует выведению холестерина [210], снижает активность раковых клеток [241], положительно влияет на состав кишечной микрофлоры [153, 191], компенсирует снижение уровня эстрогенов [212].

В некоторых исследованиях показано, что потребление пива уменьшает вероятность развития сердечно-сосудистых заболеваний [101, 160, 190], снижает риск развития острого и хронического панкреатита [143, 147, 205], способствует размножению *bacteroidetes bacterium* по отношению к *firmicutesbacterium*, что положительно влияет на состав кишечной микрофлоры [153, 221]. В работах U. Becker, M. Grønbaek, D. Johansen et al. (2002) выявлен меньший риск смерти от цирроза печени при злоупотреблении пивом, в отличие от злоупотребления крепкими алкогольными напитками [202]. Авторы O. Campollo et al (2001) сообщают, что больные циррозом печени злоупотребляют пивом лишь на начальных этапах, затем переходят на крепкие алкогольные напитки [120].

Проведённое в 1998 году эпидемиологическое исследование среди населения США о практике употребления алкоголя выявило, что медицинские последствия потребления пива и вина более благоприятны по сравнению с потреблением ликёров, в частности в отношении влияния на развитие сердечно-сосудистой патологии [123].

По результатам проведённого в пяти районах Чехии в 2000 году популяционного исследования сообщалось, что потребление от 4 до 8 литров пива в неделю снижает риск возникновения инфаркта миокарда [110].

Антимутагенная активность компонентов пива против опухолевых клеток человека проявляется снижением пролиферации и инвазии раковой опухоли в толстой кишке [200], простате [131], молочной железе и яичниках [199], поджелудочной железе [146].

Наличие антиоксидантов, витаминов, питательных веществ и диетических волокон, а также фитоэстрогенов в пиве уменьшает тяжесть симптомов, связанных с менопаузой [249], и положительно влияет на абдоминальный жир, остеопороз и гидратацию организма у женщин [248].

Потсдамское проспективное исследование (2009) не нашло научного обоснования убеждения о формировании «пивного живота» у потребителей пива [232].

Обобщённый анализ приведённых исследований, в которых доказываются условно-нейтральные или даже условно-положительные последствия употребления пива для организма человека, позволил некоторым исследователям даже говорить об актуальности положительного влияния потребления пива на здоровье человека, а также о клиническом потенциале его безалкогольных соединений, которые могут быть полезными для формирования новых методов лечения распространённых хронических заболеваний [208].

Во вторую группу были включены исследования, которые **не выявили различий по тяжести медицинских последствий между лицами с АЗ, которые употребляли различные виды спиртных напитков** (от пива и вина до водки и коньяков). По данным этих исследований наличие и тяжесть медицинских негативных последствий употребления алкоголя зависит не от вида потребляемого спиртного напитка, а от его объёмов. Например, не выявлено дифференцированного ответа на употребление различных видов спиртных напитков, в том числе пива, кардиометаболические, раковые или

нейродегенеративные заболевания, на состояние гемостаза и сердечно-сосудистой системы [121, 145, 207].

Многочисленными исследованиями было показано, что физиологические и соматогенные последствия употребления алкоголя определяются не видом спиртного напитка, а его относительным объёмом: риск формирования артериальной гипертензии [128, 242], риск развития цирроза печени [104], развитие острого панкреатита [215, 229], развитие сиалоза, проявляющегося двусторонним, вялым, невоспалительным, неопухолевым, мягким, симметричным, безболезненным увеличением околоушных желез [111, 117, 168, 188,].

Риск возникновения онкологического заболевания зависит от количества употребляемого алкоголя, а не от вида употребляемого спиртного напитка [132, 139, 174, 195, 233, 234, 211], в частности не обнаружено связи между типом алкогольного напитка и развитием рака яичников [119, 180], рака полости рта [213] и молочной железы [181], риском метаплазии желудочно-кишечного тракта [159].

При изучении личностных особенностей больных алкоголизмом, предпочитающих различные алкогольные напитки, было показано, что раннее употребление пива и крепкого алкоголя приводит к негативным социальным и личностным последствиям [129, 135].

По мнению А.Г. Гофмана, последствия систематического потребления спиртных напитков определяются не крепостью употребляемых спиртных напитков, а количеством потребляемого абсолютного алкоголя вне зависимости от вида спиртного напитка [25]. Аналогичные данные были получены относительно связи употребления алкоголя и смертности: было показано, что алкогольная смертность определяется количеством потребляемого алкоголя в переводе на чистый этанол [70].

Таким образом, данная группа исследований, с одной стороны, подтверждает только дозозависимый эффект негативных медицинских последствий употребления различных спиртных напитков, а с другой стороны,

противоречит результатам исследований, отнесённых к первой группе, которыми утверждались благоприятные для здоровья профилактические эффекты от употребления пива.

В третью группу были отнесены исследования, которые выявили **более выраженное относительно других видов спиртных напитков негативное влияние потребления пива на здоровье человека**. В этих исследованиях указывалось, что пиво является многокомпонентным спиртным напитком, состав которого может отличаться от местности и санитарных требований при его производстве. Например, употребление пива в районах с высоким содержанием фтора может повышать риск развития заболеваний костей и суставов [254]. Состав пива, ферментированного из заражённой кукурузы в странах Африки, содержит канцерогены, вызывающие развитие рака пищевода [134, 206]. Возникающий дефицит цинка и ниацина (никотиновой кислоты) и его предшественника триптофана при употреблении пива вызывает развитие заболевания пеллагра [102, 184]. Компоненты пива могут вызывать аллергические реакции в виде анафилаксии и крапивницы [114, 157, 154, 217, 239,].

При длительном чрезмерном употреблении пива развивается редкий метаболический синдром - «пивная потomanия» (выраженная гипонатриемия на фоне злоупотребления пивом), который проявляется головокружением, мышечной слабостью, неврологическими нарушениями и судорогами, что связывают с гипонатриемией и гипокалиемией [108, 115, 192, 197, 209].

Большое количество исследователей отмечают негативное влияние употребления пива на сердечно-сосудистую систему. Так, O. Bollinger на заседании медицинского общества в Мюнхене в 1884 году отметил, что в Мюнхене одной из наиболее распространённых причин смерти была гипертрофия миокарда. Эти выводы были сделаны на базе проведённых 1000 вскрытий, среди которых обнаружилось 46 случаев данной патологии. Также отмечалось, что в Мюнхене на 1882 год потребление пива на душу населения составило 432 л., когда в Германии в целом этот же показатель составлял 88 л. Результаты данного исследования были взяты за основу при формировании представления о

баварском «пивном» сердце. Однако сам O. Bollinger отмечал, что при чрезмерном употреблении пива нужно учитывать прямое влияние алкоголя на сердце, и в меньшей степени – большой объём жидкости, поступающей в организм [196].

Ряд других исследований подтверждали негативное влияние потребления пива на сердечно-сосудистую систему. Например, было установлено, что употребление пива более одного раза в сутки способствует развитию гипертонической болезни [176] и отрицательно влияет на гемодинамику [255]. Исследователями D.A. Cohen et al. (2004) было показано, что умеренное потребление пива увеличивает риск преждевременной смертности от цирроза печени и сердечно-сосудистых заболеваний [124]. В исследовании синдрома бери-бери (сочетание полинейропатии с нарушением корковой деятельности головного мозга) на примере двух мужчин среднего возраста, которые употребляли чрезмерное количество пива, было показано, что высокое содержание углеводов в сочетании с низким содержанием тиамин подвергает лиц с пивной зависимостью особому риску дефицита тиамин [259].

Доказаны негативные медицинские последствия потребления пива для состояния желудочно-кишечного тракта: увеличивается риск развития хронического гастрита [167], хронического панкреатита [109] и цирроза печени [124].

Выявленные мутагенные свойства компонентов пива повышают риск возникновения рака пищевода, печени, поджелудочной железы [106], ротоглотки [98], желудка [179, 245], толстой кишки [236], лёгких [120], яичников [180].

При этом во всех приведённых исследованиях потребление пива определяется как основной фактор риска развития вышеуказанных хронических неинфекционных заболеваний.

1.5. Факторы, влияющие на выбор вида употребляемого спиртного напитка

Факторы, влияющие на выбор алкогольного напитка, разнообразны. Исследованиями M.I. Vetancur et al. (2020) показано, что выбор пива обусловлен потребительскими переменными (охватывающими биологические, психологические и социокультурные факторы), внутренними атрибутами продукта (вкусовыми качествами самого пива), внешними атрибутами продукта (внешние сенсорные характеристики, такие как упаковка), а также контекстуальными и экологическими влияниями [107].

R.C. Evenson (1986), описывая социальный статус потребителей пива на материале обследования 10 562 больных АЗ, определил, что среди них чаще встречаются лица среднего возраста и социально стабильные [138]. В исследованиях A.L. Klatsky et al. на материале 53 172 больных АЗ было показано, что больные с зависимостью от пива занимают промежуточное положение между потребителями вина и крепкого алкоголя; среди больных с зависимостью от вина преобладают женщины молодого либо среднего возраста, некурящие, со средним или высшим образованием; больные, употребляющие крепкий алкоголь, – это лица среднего и более старшего возраста, имеющие образование не выше средне-профессионального, а также имеющие относительно больше соматических последствий АЗ [170]. H. Klein et al. (1990) установили, что среди потребителей пива преобладают малообразованные мужчины, которые употребляют пиво вне связи с употреблением пищи [171].

Другие исследователи сообщают, что проблема употребления пива часто связана с подростковым возрастом, что эти подростки имеют неблагоприятные семейные условия, и у них наблюдается выраженное девиантное поведение [193, 194, 244]. Исследования интеллекта в зависимости от предпочитаемого алкогольного напитка выявили, что потребители пива имеют более низкие интеллектуальные способности и являются менее образованными, чем потребители вина [201]. Другие авторы отметили, что в пожилом возрасте у потребителей пива повышаются вербальные возможности [125].

При поиске гендерных различий при употреблении различных алкогольных напитков обнаружено, что при употреблении пива женщины чаще обращаются за медицинской помощью, хотя потребляют то же количество алкоголя в сравнении с мужчинами [137].

Также ряд учёных обнаружили личностные особенности, определяющие выбор алкогольного напитка, в частности повышенный уровень невротизации у больных алкоголизмом, предпочитающих пиво [193, 216].

Группа исследователей Vègue et al. (2013) у потребителей пива отметила повышение самооценки в состоянии опьянения, что отчасти определяет предпочтение алкогольного напитка [105], в то же время Н. Theobald, S-E. Johansson (2003) в своём исследовании отметили, что положительный эффект на самостоятельную оценку людьми состояния своего здоровья имеется лишь при умеренном употреблении вина, в отличие от потребления пива и крепкого алкоголя [247]. Однако следует сказать, что все эти данные относятся к потребителям алкогольных напитков, а не к больному АЗ. Как видно, зарубежных исследователей чаще интересуют социальные или личностные характеристики потребителей алкоголя. При этом описанные характеристики во многом зависят от местных условий.

Зарубежных исследований, в которых встречается описание клинической картины алкоголизма, вызванного различными алкогольными напитками, немного. В частности, в одной работе сообщается, что по мере развития АЗ происходит увеличение разнообразия потребляемых алкогольных напитков наряду с ростом толерантности [175]. В другом исследовании сообщается о зависимости вкусовых предпочтений при выборе алкогольного напитка от наследственности по алкоголизму [265]. Также определённая связь наследственности с выбором алкогольного напитка получена при использовании результатов ЭЭГ [166]. Исследователи Т. Flensburg-Madsen et al. (2008), касаясь АЗ и алкогольных эксцессов, вызванных различными алкогольными напитками, утверждают, что существует связь между формированием АЗ и дозами потребляемого алкоголя, а не типом алкоголя [144]. Исследователи из Польши

отметили, что возникновение алкогольных психозов в большей степени зависит от употребления крепких алкогольных напитков, но не вина или пива [251].

Исследователи (Т. Hillemacher et al., S. Walker) сделали вывод, что употребление пива больными АЗ в отличие от больных, употребляющих крепкий алкоголь, вызывает более выраженное патологическое влечение к алкоголю [155, 156, 183], другие (J.M. CorrêaFilho, D.A. Baltieri) заявили, что больные алкоголизмом, употребляющие пиво, имеют более благоприятный прогноз при лечении в отличие от больных, употребляющих крепкие алкогольные напитки [126, 252]. Как видим, из немногих приведённых работ следует, что описание клинической картины часто носит фрагментарный характер.

Другим направлением в зарубежных исследованиях стали лабораторные работы, проводимые на животных. Результаты показывают, что крысы предпочитают пиво разбавленному алкоголю той же крепости, при этом более неблагоприятный эффект пиво оказывает на самок и на их потомство [141]. Исследователи отметили также на примере налтрексона, антагониста опиатных рецепторов, что при приёме налтрексона крысы стали значительно меньше потреблять пиво [142, 151, 194, 220, 178, 177].

Таким образом, тема зависимости клинической картины АЗ от типа преобладающего в употреблении спиртного напитка слабо представлена в исследованиях западных учёных. И это при том, что они много занимались проблемами медицинских последствий потребления различных напитков. Это, вероятно, связано с тем, что западных исследователей больше интересовала общая популяция потребителей различных видов спиртных напитков.

В заключение необходимо подчеркнуть, что Россия – страна с северным типом потребления алкоголя, где существенно преобладает потребление крепких спиртных напитков, при этом доля пива в общей структуре потребления в первом полугодии 2022 года составила 38,6%, доля крепкого алкоголя составила 48,4%, а вина – 11,5% [81]. Литературные источники не дают ответа, как рост потребления пива отразился на клинической картине АЗ в целом и на составе этих больных.

Анализ соматических и неврологических нарушений вследствие злоупотребления алкогольными напитками показывает, что эти последствия часто зависят не столько от видов напитков, сколько от содержащегося в них алкоголя. При умеренном употреблении условно-положительные медицинские последствия чаще наблюдаются у вина и пива в сравнении с крепкими алкогольными напитками. Однако эти работы выполнены, как правило, на выборках из общей популяции и часто в совокупности имеют неоднозначные выводы, иногда противоречивые. Работы, касающиеся ПА, выполнены почти исключительно в России и после 2000 года, при этом также часто носят противоречивый характер.

Проведенный анализ доступных литературных источников показал, что в совокупности исследований, посвящённых злоупотреблению различными алкогольными напитками, можно выделить направление, изучающее соматические и неврологические заболевания больных АЗ в зависимости от предпочитаемого алкогольного напитка. Исследовательских работ, посвящённых рассмотрению клинической картины АЗ в зависимости от предпочитаемого алкогольного напитка, единицы. При этом вред алкогольных напитков и возникающие медицинские последствия имеют свою специфичность в зависимости от типа алкогольного напитка, что определяется составом и дозой потребляемого алкогольного напитка. В России же последние десятилетия стал свободно фигурировать термин «пивной алкоголизм», а в результатах редких исследовательских работ нет описания дифференциальных признаков, которые необходимы для разделения АЗ по видам потребляемых алкогольных напитков. При этом нет указаний, насколько эти различия необходимы и достаточны для выделения как самостоятельной диагностической единицы пивного алкоголизма.

ГЛАВА 2. ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА 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 и структуры АЗ в зависимости от вида потребляемого алкоголя в период с 2010 по 2012 годы было проведено сплошное исследование всех пациентов, которые поступили на стационарное лечение по поводу СОА в государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения города Москвы» (далее — ГБУЗ «МНПЦН»).

На данном этапе методом структурированного интервью было обследовано 412 больных после купирования у них СОА (F10.3x – Абстинентное состояние (синдром отмены) алкоголя). Интервью проводилось с использованием разработанной «Краткой клинической карты» (Приложение 2), содержащей 59 вопросов, касающихся наркологического анамнеза обследованных пациентов, в том числе анализировался вид алкоголя для преимущественного употребления (не менее 75% по алкоголю) и средние суточные дозы употребляемого алкоголя.

Критерием отбора больных 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. Исключались больные с выраженным психоорганическим синдромом, в том числе с деменцией, так как 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 алкоголя фиксировали употребление водки, вина, пива, коньяка, шампанского, самогона, коктейлей и др. Несмотря на то, что многие больные употребляли различные спиртные напитки, у основной части больных можно было выявить преобладающее употребление какого-либо одного вида алкоголя. Это устанавливалось по соотношению объёмов и частоты употребления различных видов алкоголя. Суточные дозы вида алкоголя, преобладающего при его систематическом употреблении, пересчитывались в литры чистого этанола в соответствии с коэффициентами Госкомстата-Росстата: коэффициент алкогольного напитка умножался на суточную дозу алкоголя в литры (пример: коэффициент водки (0,4) умножается на суточную дозу в литрах). Преобладающим признавался вид алкоголя и соответственно этому тип 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.

В соответствии с целью и задачами данного исследования для **второго (основного) этапа исследования** из 412 больных, обследованных на первом этапе исследования, было отобрано 2 группы больных: группа ПА – больные с преимущественным потреблением пива (40) и группа ВА – больные с преимущественным потреблением водки (40). Всего на втором этапе исследования было обследовано 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 ± 1 год больной в группу ВА.

На данном этапе исследования больные обследовались клинко-психопатологическим методом и методом структурированного интервью. Использовалась «Клинко-анамнестическая карта», содержащая 76 пунктов, которые были объединены в 7 разделов (Приложение 3). Дополнительно

заполнялась «Карта смены напитков в течение жизни у больных алкоголизмом». Были исследованы основные преморбидные социально-биологические и личностно-психологические особенности, клинико-динамические характеристики формирования и развития АЗ с преимущественным употреблением пива или водки, а также структура потребляемых спиртных напитков на всех последовательных этапах формирования АЗ, начиная с первых проб алкоголя.

Для оценки тяжести СОА применялась шкала CIWA-Ar (J.T. Sullivan с соавт., 1989) [244].

Для оценки симптомов ПВА использовалась шкала Н.В. Чередниченко, В.Б. Альтшулера (1992).

Для достоверной оценки проблем, встречающихся у больных АЗ, особенностей употребления алкоголя, характера зависимости и степени её тяжести использован опросник «Индекс тяжести зависимости» (ИТЗ)[53]. ИТЗ является общепризнанным инструментом, применяемым для научных и клинических целей в наркологии во всем мире.

ИТЗ был разработан в 1979 году Т. Маклелланом и Д. Каризе как клинический/исследовательский инструмент для всесторонней оценки проблем, которые были у пациентов с наркотической и алкогольной зависимостью. Благодаря этому инструмент можно не только проводить оценку отдельных клинических случаев, но и его можно использовать в научно-исследовательской деятельности, а методика, лежащая в его основе, позволяет применять его как в условиях стационара и/или амбулаторных клиник и реабилитационных центров, так и среди потребителей ПАВ вне медицинских учреждений.

В России адаптированы и получили распространение две основных версии: Полная Европейская версия на русском языке (EuropASI) и сокращённая версия TREATNET. В данном исследовании использовали ИТЗ сокращённую версию TREATNET, которая содержит на 32 вопроса меньше, не использует оценок интервьюера и имеет всего шесть шкал: **состояние физического здоровья, работа и материальная поддержка, употребление наркотиков и алкоголя,**

совершённые правонарушения, семейное и социальное положение, состояние психического здоровья.

Для оценки характерологических особенностей был использован опросник Шмишека–Леонгарда.

Для анализа ценностных ориентаций использовался ассоциативный эксперимент [82].

Для оценки личностных особенностей использовался Мюнхенский личностный тест (версия для самооценки) [264].

Каждая группа ПА и ВА включала 31 мужчину и 9 женщин в возрасте от 22 до 62 лет. Медианный возраст больных из групп ПА и ВА составил 32,5 и 33,0 года (межквартильное расстояние 28,0–42,5 и 30,0–43,0) (Таблица 2.1).

Таблица 2.1 – Гендерная принадлежность и возраст пациентов к периоду обследования

Возраст	До 18 лет		19–30 лет		31–40 лет		41–50 лет		51–59 лет		60 лет и старше		Итого	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Мужчины	0	0	24	30	22	27,5	12	15	4	5	0	0	62	77,5
Женщин	0	0	8	10	2	2,5	3	3,75	3	3,5	2	2,5	18	22,5
Общее кол-во	0	0	32	40	24	30	15	18,75	7	7,8	2	2,5	80	100

Лишь у четвертой части пациентов не было выявлено отягощённой наследственности. В тех случаях, где наследственность была отягощена, нередко встречалась отягощённость по АЗ одновременно во втором и третьем поколении (Таблица 2.2).

Таблица 2.2 – Структура наследственной отягощённости

Наследственность	Злоупотребление алкоголем				Алкогольная зависимость				Наркотическая зависимость				Психические расстройства, эпилепсия			
	Группа ПА		Группа ВА		Группа ПА		Группа ВА		Группа ПА		Группа ВА		Группа ПА		Группа ВА	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Родители отца	12	30	10	25	7	17,5	7	17,5	0	0	0	0	0	0	0	0
Родители матери	9	22,5	12	30	3	7,5	8	20	0	0	0	0	0	0	1	2,5
Отец	20	50	23	57,5	14	35	19	47,5	0	0	1	2,5	1	2,5	0	0
Мать	4	10	5	12,5	3	7,5	3	7,5	0	0	1	2,5	0	0	0	0

Большая часть больных родились в семьях рабочих (80%), 40% обследованных воспитывались в неполных семьях, более половины больных из группы ПА и из группы ВА в школе учились удовлетворительно, при этом различий в группе больных ПА и ВА не установлено (Таблица 2.3).

Таблица 2.3 – Особенности пренатального, натального и постнатального периода

Параметр	Признак	Группа ПА,		Группа ВА,	
		абс	%	абс	%
Родился/ась в семье	Рабочих	32	80	32	80
	Крестьян	1	2,5	-	-
	служащих	4	10	7	17,5
	творческих работников	2	5	-	-
	Другое	1	2,5	1	2,5
Воспитывался в семье до совершеннолетия	полной	25	62,5	19	47,5
	неполной (мать, отец)	14	35	18	45
	Другое	1	2,5	3	7,5
Отношение больного/ой к родителям на момент обследования	Уважительное	38	95	26	65
	Безразличное	-	-	3	7,5
	негативное	1	2,5	1	2,5
	Другое	1	2,5	10	25
Особенности воспитания	воспитание б/о	23	57,5	15	37,5
	Гипопротекция	7	17,5	10	25
	Гиперпротекция	7	17,5	8	20
	гиперпротекция по типу «кумир семьи»	1	2,5	3	7,5
	эмоциональное отвержение (по типу «Золушка»)	-	-	-	-
	условия жестких взаимоотношений	2	5	3	7,5
	оценить невозможно	-	-	1	2,5

Продолжение таблицы 2.3

Параметр	Признак	Группа ПА,		Группа ВА,	
		абс	абс	абс	абс
Учился/ась в школе	Хорошо	11	27,5	12	30
	Посредственно	25	62,5	22	55
	Плохо	4	10	6	15
	во вспомогательной школе	0		0	
Отношения в школе с одноклассниками	Дружные	30	75	32	80
	Неровные	7	17,5	6	15
	Конфликтные	3	7,5	1	2,5
	Безразличные	-	-	1	2,5
Беременность	с патологией	2	5	3	7,5
	без патологии	38	95	37	92,5
Роды	с осложнениями	4	10	2	5
	без патологии	36	90	38	95

Характер воспитания в семье в группах ПА и ВА не имел значимых различий ($p>0,05$): 17 больных (7/17,5% vs 10/25%) воспитывались в условиях гипопротекции, 15 больных (7/17,5% vs 8/20%) – в условиях гиперпротекции, половина больных и в той и другой группе не проявила каких-либо особенностей воспитания. При этом уважительное отношение к своим родителям сохранили ПА к моменту обследования, в отличие от ВА (38/95% vs 26/65%; $p=0,001$).

Больше половины пациентов к периоду обследования имели средне-специальное образование, а четвертая часть пациентов имели незаконченное высшее либо высшее образование (Таблица 2.4).

Таблица 2.4 – Образовательный уровень к периоду обследования

Образование	Незаконченное среднее		Среднее		Средне-специальное		Незаконченное высшее		Высшее	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Группа ПА	3	7,5	5	12,5	21	52,5	3	7,5	8	20
Группа ВА	3	7,5	5	12,5	23	57,5	3	7,5	6	15

Все больные начали работать в среднем в возрасте 18 лет (Me 18; от 12 до 24 лет, различия ПА vs ВА $p=0,67$).

Больные обеих групп по своему социальному положению не имели значимых различий. Трудовой статус в двух группах не различался: половина из

них не работали, меньше половины трудились, трое больных учились, двое были пенсионерами.

Только 18/22,5% человек работали по специальности: 11/27,5% ПА и 7/17,5% ВА ($p=0,4225$). На протяжении жизни больных часто увольняли с работы: Ме 4 (ПА) и 6 раз (ВА) ($p<0,05$) (Таблица 2.5).

Таблица 2.5 – Трудовая занятость к периоду обследования

Трудовой статус	Не учится и не работает		Учится		Работает		На пенсии	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Группа ПА	21	52,5	2	5	16	40	1	2,5
Группа ВА	20	50	1	2,5	18	45	1	2,5

В группах ПА и ВА официально состояли в зарегистрированных отношениях (были женаты/замужем) 13/35% vs 12/32,5%, около трети больных были в разводе, при этом лишь 17/21,25% никогда не имели семейных отношений (Таблица 2.6), различий между группами выявлено не было ($p>0,05$).

Таблица 2.6 – Семейное положение к периоду обследования

Семейное положение	Женат/замужем		«Гражданский брак»		Вдова/вдовец		Развод		Не женат/не замужем	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Группа ПА	13	35	3	7,5	2	5	11	27,5	10	25
Группа ВА	12	32,5	4	10	2	5	13	32,5	7	17,5

Таким образом, по социально-демографическим характеристикам больные из группы ПА по сравнению с больными из группы ВА на протяжении болезни сохраняли уважительное отношение к родителям и реже меняли места работы в связи с увольнением (Ме 4 (ПА) и 6 раз (ВА) ($p < 0,05$)).

На третьем этапе исследования в 2020–2021 годах было проведено продолжительностью в 10 лет клиничко-катамнестическое исследование пациентов из группы ПА и ВА.

Исследование на данном этапе проводилось по аналогичной схеме, которая была использована на втором этапе исследования в 2010–2012 годах. Полученные данные были занесены на бумажном носителе в «Клинико-anamнестическую карту» (Приложение 3), а в дальнейшем – в электронную таблицу.

Общий дизайн исследования представлен в таблице 2.7.

Таблица 2.7 – Дизайн исследования

Этапы исследования	Время проведения	Основная задача исследования	Количество пациентов
1 этап	2010–2012 гг.	Изучение структуры употребляемых спиртных напитков в зависимости от вида потребляемого алкоголя	412
2 этап	2011–2012 гг.	Изучение клинико-динамических особенностей алкогольной зависимости с преимущественным употреблением водки или пива	80
3 этап	2020–2021 гг.	Клинико-катамнестическое исследование	65

Все этапы исследования проводились на базе ГБУЗ «МНПЦН».

Статистическое описание возрастных и клинических характеристик из-за их несимметричного распределения производилось на основе непараметрических показателей: медиана (Me), межквартильное расстояние (МКр) и мода (Mo). Учитывалось также количество переходов с употребления одного вида алкоголя к другому как у отдельных больных, так и суммарно у всех больных в течение исследуемого периода. Статистическая оценка различий производилась с помощью теста Манн-Уитни (Mann-Whitney), χ^2 и McNemarChi-square (A/D и B/C). Использовалась также корреляция по Спирмену (Rs). В работе использован пакет статистических программ Statisticafor Windows (версия 7, 10). Статистически достоверными различия определены при значении $p \leq 0,05$.

ГЛАВА 3. СТРУКТУРА ПОТРЕБЛЕНИЯ СПИРТНЫХ НАПИТКОВ У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ, КОТОРЫЕ ОБРАТИЛИСЬ ЗА СТАЦИОНАРНОЙ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩЬЮ ПО ПОВОДУ СИНДРОМА ОТМЕНЫ АЛКОГОЛЯ

В период с 2010 по 2012 год было проведено сплошное исследование всех пациентов, которые поступили на стационарное лечение по поводу СОА в ГБУЗ «МНПЦН». Всего методом структурированного интервью обследовано 412 больных.

По результатам обследованных 412 больных потребителей пива были моложе потребителей водки: Ме – 39 и 45 лет соответственно ($p=0,05$).

В исследовании А.А. Ковалёва (2006) также выявлено, что ПА чаще встречается в более молодом возрасте [50], а средний возраст больных с ПА составил 30,9 года, в сравнении с потребителями крепких алкогольных напитков – 40,1 года.

По указанной в главе 2 формуле все больные были систематизированы по преимущественному употреблению вида алкогольного напитка: больные АЗ с преимущественным употреблением водки (305/74%), с преимущественным употреблением пива (40/9,7%), вина и коньяка (по 13/3,2%), алкогольных коктейлей (10/2,4%). Относительно большой процент составили больные со смешанной формой потребления алкоголя (31/7,5%). Таким образом, среди лиц, которые обращаются за стационарным лечением по поводу СОА, преобладали больные АЗ с преимущественным употреблением водки (Рисунок 3.1).

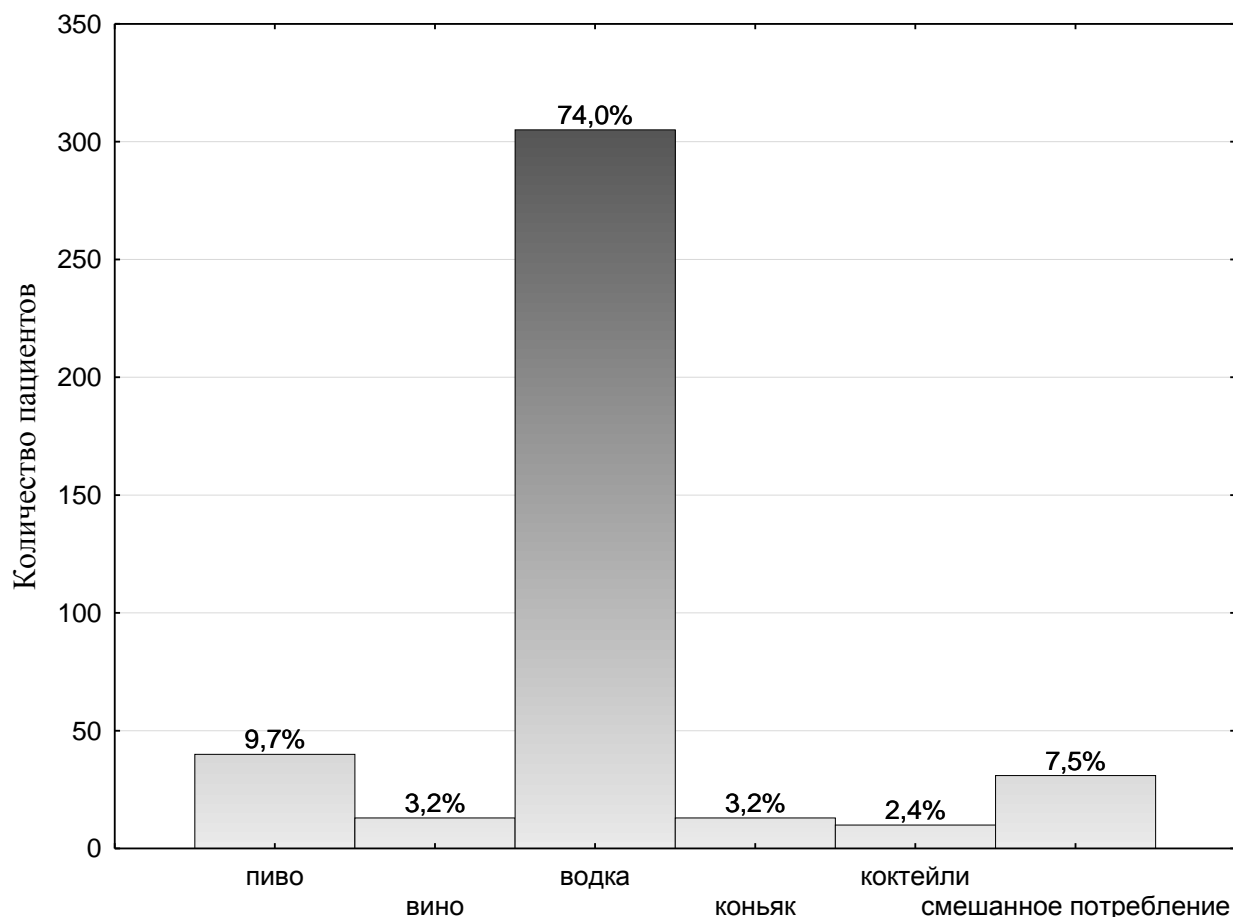


Рисунок 3.1 — Распределение больных АЗ по преобладающему виду употребляемого спиртного напитка (412 больных)

Обследование больных в клинко-динамическом аспекте показало, что на последовательных этапах формирования АЗ наблюдалось изменение доминирующего спиртного напитка в структуре употребляемого алкоголя. 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).

Количество больных с преобладающим спиртным напитком в виде водки преоблададо в структуре потребления алкоголя и всегда достоверно больше на

всех последовательных этапах формирования АЗ от этапа эпизодического употребления алкоголя (57,5%) до средней стадии АЗ (74,0%). Одновременно наблюдалось уменьшение числа больных с преимущественным употреблением вина (с 19,4% до 3,2%) и пива (с 15,8% до 9,7%; все $p < 0,05$). На этапе от эпизодического употребления до начальной стадии АЗ доля лиц с преимущественным употреблением других спиртных напитков была небольшая, однако к средней стадии АЗ их число увеличилось (с 5,3% до 7,5%; $p < 0,05$) (Рисунок 3.2).

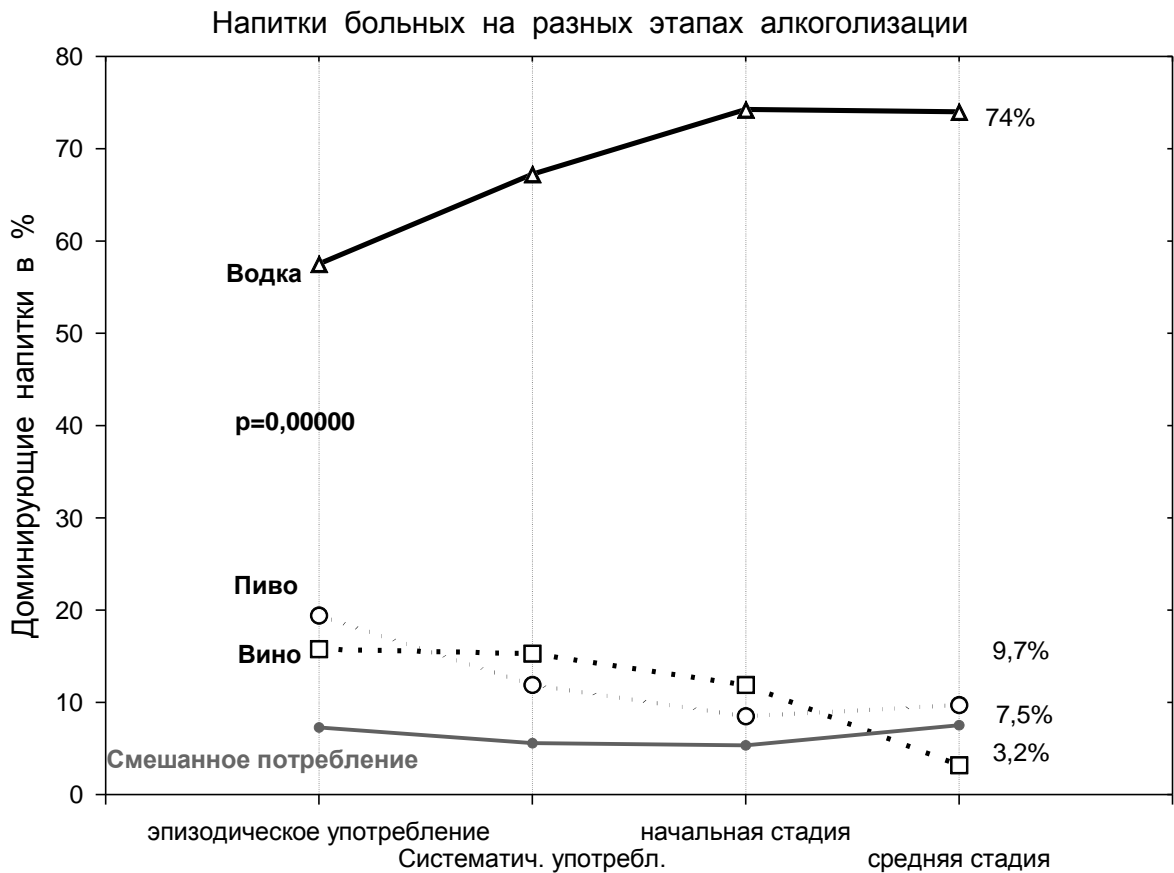


Рисунок 3.2 – Распределение больных АЗ по преобладающему употреблению спиртного напитка на различных этапах формирования АЗ

Как видно из таблицы 3.1, смена преобладающего в употреблении вида спиртного напитка на последовательных этапах формирования АЗ наблюдалась у половины больных и происходила на всех этапах формирования АЗ. При этом большинство больных переходили на преобладающее употребление водки. Только на средней стадии АЗ наблюдалось увеличение лиц, которые перешли на

преобладающее употребление других спиртных напитков.

Таблица 3.1 – Доля больных, сменивших преимущественное употребление одного вида спиртного напитка на другой

Этапы формирования АЗ	Смена на								Всего	
	водку		пиво		вино		смешанное потребление			
	абс	%	абс	%	абс	%	абс /	%	абс	%
Систематическое употребление алкоголя	48	11,7	14	3,4	2	0,5	0		64	15,6
начальная стадия АЗ	38	9,2	6	1,5	1	0,2	3	0,7	48	11,6
средняя стадия АЗ	15	3,6	9	2,2	1	0,2	36	9,0	61	14,8
Всего	101	24,5	29	7,0	4	0,9	39	9,7	173	41,9

Чаще всего смена преобладающего в употреблении спиртного напитка происходила на этапе систематического употребления алкоголя. Затем по мере формирования АЗ число таких больных уменьшалось, что свидетельствовало о постепенной стабилизации структуры потребления спиртных напитков.

227 больных на всех последовательных этапах развития АЗ сохранили приверженность к употреблению одного вида спиртного напитка: коньяк (2/0,8%) или вино (9/3,9%) или пиво (17/7,5%) или водка (199/87,7%). Значительная часть больных сохраняла приверженность к одному виду спиртного напитка, преимущественно к водке (55%) (Рисунок 3.3).

Смена спиртного напитка для преимущественного употребления не исключала эпизодического и связанного со случайными, обычно внеклиническими, факторами употребления спиртных напитков другого вида.

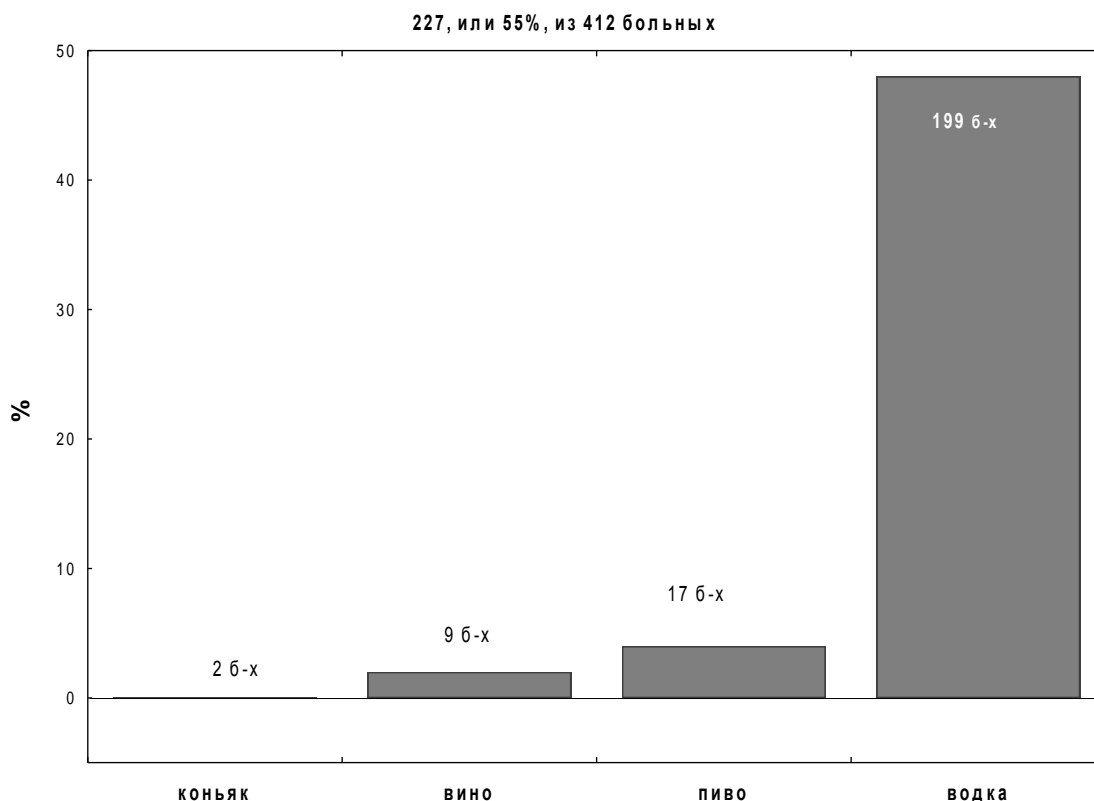


Рисунок 3.3 – Больные, сохранившие приверженность к употреблению одного вида алкогольного напитка на всех последовательных этапах развития алкогольной зависимости

По мере прогрессивного развития АЗ наблюдалось уменьшение доли лиц с преимущественным употреблением вина и пива и увеличение доли лиц с преимущественным употреблением водки.

Возраст обследованных больных – от 18 до 73 лет (Me=44 года; МКР=35–53 года). При этом на больных в возрасте до 25 лет пришлось только 2,7%, а на больных в возрасте до 35 лет – 26,0%.

Во всех возрастных группах преобладали больные с преимущественным употреблением водки: в возрасте до 25 лет – в 7 раз, в возрасте 26–30 лет – в 8 раз, в возрасте 31–35 лет – в 11 раз (Рисунок 3.4).

За пределами рисунка осталось трое больных с преимущественным употреблением водки: один в возрасте 18 лет и двое — в возрасте 73 года.

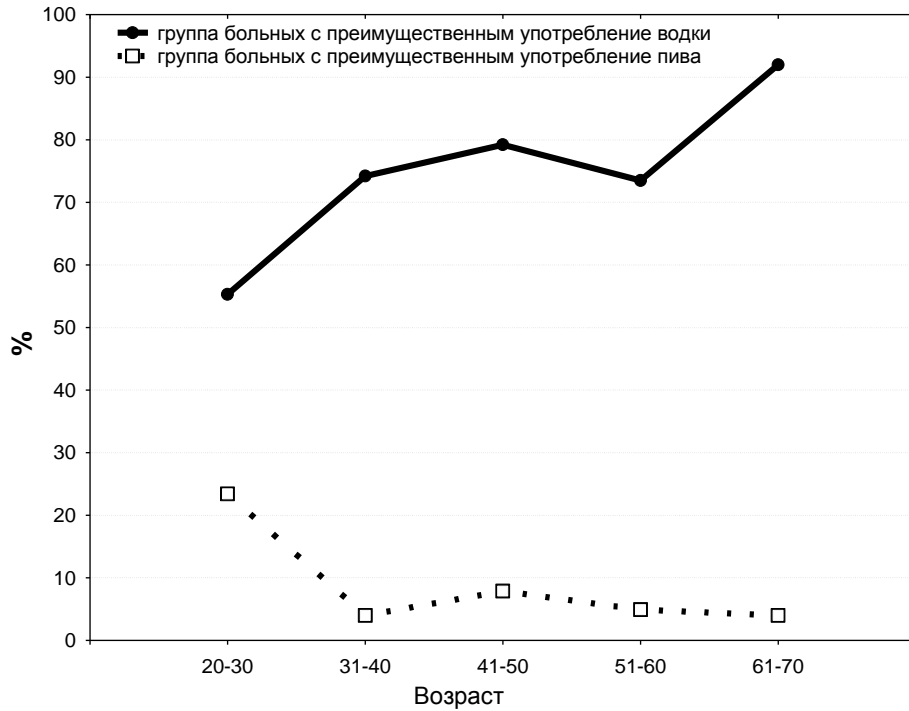


Рисунок 3.4 – Соотношение «водочных» и «пивных» больных алкоголизмом в разных возрастных группах (каждая группа принята за 100%)

Среди обследованных больных было **66 женщин (16%)** и **346 мужчин (84%)** (Таблица 3.2).

Таблица 3.2 – Возрастной состав и гендерная принадлежность пациентов

Возраст	До 18 лет		19–30 лет		31–40 лет		41–50 лет		51–59 лет		60 и старше		Итого	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Мужчины	1	2,4	39	9,5	104	25,2	88	21,4	83	20,1	31	7,5	346	84
Женщины	0		8	19,4	20	4,8	13	3,6	17	4,1	8	1,9	66	16
Общее количество	1	2,4	47	11,4	124	30,1	101	24,5	100	24,3	39	9,5	412	100

Среди больных с преимущественным употреблением пива или водки преобладали мужчины (соответственно 55% и 78%). Среди больных с преимущественным потреблением других спиртных напитков соотношение количества мужчин и женщин не имело значимых различий ($p > 0,05$) (Рисунок 3.5).

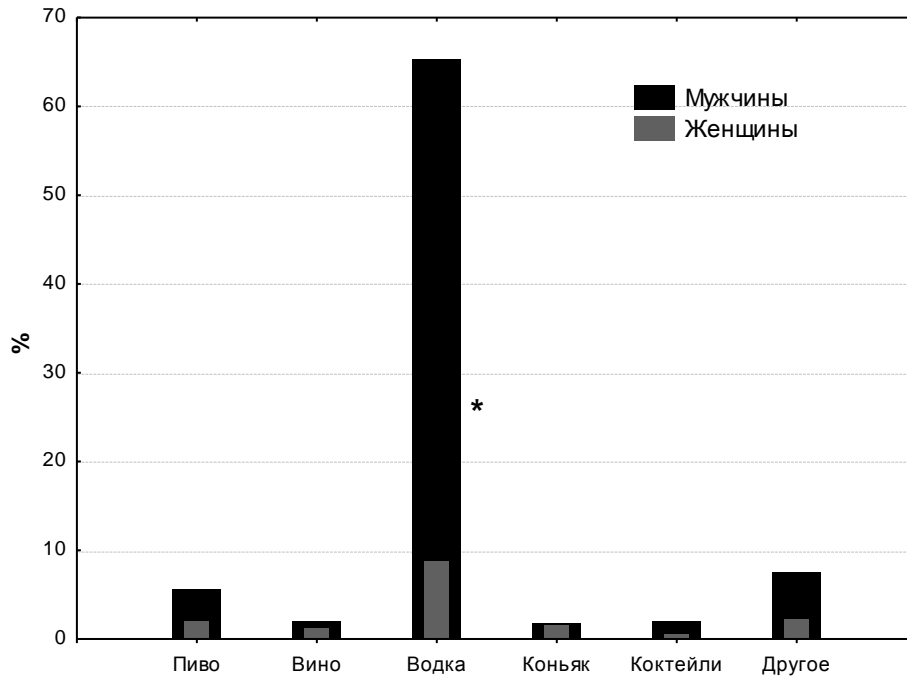


Рисунок 3.5 – Распределение больных АЗ по полу и по преобладающему в употреблении алкогольному напитку (числами обозначена доля больных в % от их общего количества (412); «*» – $p=0,0001$)

160 пациентов (40%) состояли в зарегистрированном **браке**, 22 (5%) проживали в незарегистрированном (гражданском браке) 96 (24%) были разведены, 27 (7%) – были вдовцами, остальные больные никогда в брак не вступали (24%). Значимых различий среди пациентов с преимущественным употреблением разных спиртных напитков по семейному положению выявлено не было ($p>0,05$).

Большинство пациентов имели среднее специальное **образование** (39 %), 27 % – среднее образование, 26 % – высшее, 5 % имели незаконченное высшее образование, и 3 % не получили даже среднего образования. Значимых различий среди пациентов с преимущественным употреблением разных спиртных напитков по уровню полученного образования также не выявлено ($p>0,05$).

Различий по **материальному положению** также выявлено не было, большая часть больных (78 %) оценивали своё материальное положение как среднее ($p>0,05$).

Практически все обследованные пациенты в анамнезе обращались за

лечением по поводу АЗ, причём больше половины из них – за лечением в стационарных условиях и до нескольких раз.

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.

Среди больных АЗ, которые поступают на стационарное лечение по поводу синдрома отмены алкоголя, соотношение доли женщин к мужчинам было 1/5, при этом статистически достоверных различий по полученному образованию, материальному и семейному благополучию в группах преимущественным употреблением водки или пива выявлено не было.

ГЛАВА 4. КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ С ПРЕИМУЩЕСТВЕННЫМ УПОТРЕБЛЕНИЕМ ПИВА ИЛИ ВОДКИ

Задачей данной части диссертационного исследования было сравнить клинико-динамические особенности АЗ с преимущественным употреблением пива или водки.

Исследование проводили на двух группах больных с преимущественным употреблением пива (группа ПА) или водки (группа ВА), которые были сформированы с использованием парного метода. В каждую группу было включено по 40 больных.

4.1. Клинико-динамические особенности алкогольной зависимости с преимущественным потреблением пива или водки

Первое употребление алкоголя у большинства обследованных пришлось на возраст от 10 до 20 лет (Таблица 4.1) без достоверной разницы по группам ПА и ВА ($p > 0,05$).

Медианный возраст первого употребления алкоголя составил 15 лет ($p = 0,298$), что расходится с результатами исследования Е.В. Аносовой (2011), которая отметила средний возраст первого опьянения в 11,5 лет [8].

Таблица 4.1 – Возраст первых проб употребления алкоголя

Группы	До 10 лет		10-15 лет		16 – 20 лет		старше 20 лет	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
ПА	5	12,5	17	42,5	18	45	0	0
ВА	2	5	19	47,5	16	40	3	7,5

У большинства больных первое употребление алкоголя произошло в компании друзей (группа ПА – 26/65%; группа ВА – 34/85%), различий между группами ПА и ВА не выявлено ($p = 0,62$).

Первые пробы алкоголя в обеих группах (ПА и ВА) больных чаще были связаны с любопытством (соответственно 43% и 43%), самоутверждением (38% и 43%), реже – с субкультуральными обстоятельствами («праздник», «семейное торжество», «день рождения», «гости», «встречи друзей», «отдых на природе, шашлыки» и др.). Достоверных различий по группам исследования по данному показателю не выявлено ($p=0,68$).

При первых пробах алкоголя чаще употреблялись водка (30%), или пиво (24%), или вино (21%). Реже первые пробы алкоголя были связаны с употреблением других алкогольных напитков (коньяк, самогон, спирт, коктейли и др.). При этом только 20% обследованных из группы ПА выбрали пиво и только 25% обследованных из группы ВА при первой пробе алкоголя выбрали водку (Рисунок 4.1).

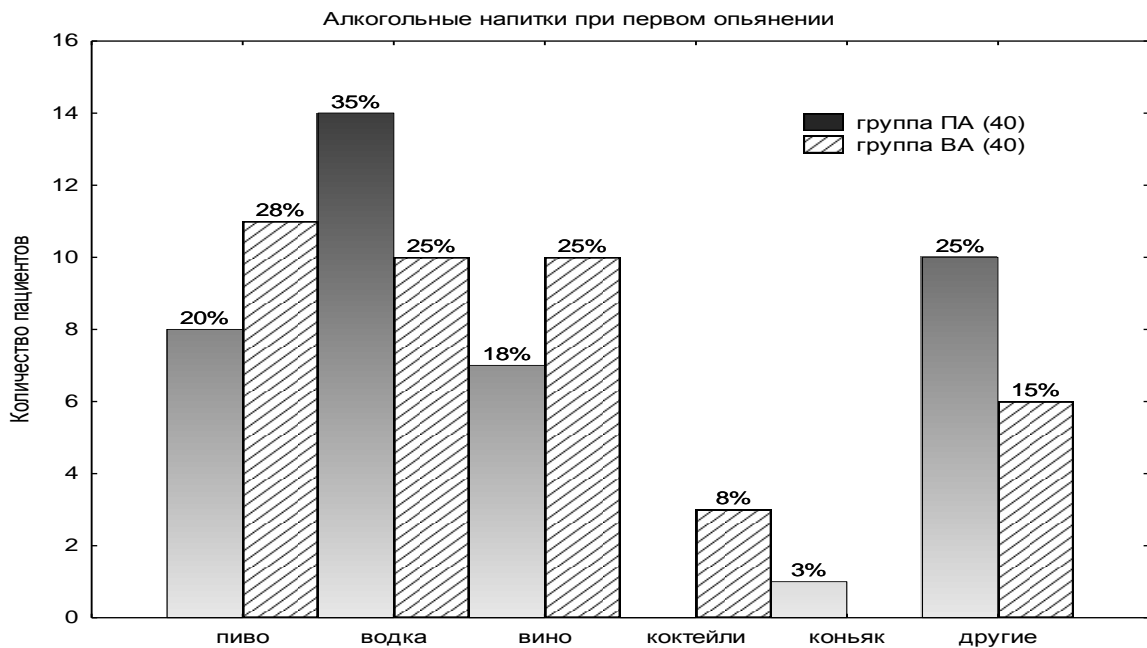


Рисунок 4.1 – Распределение больных АЗ по доминирующим напиткам при первом опьянении

Уже при первых пробах алкоголя больные из группы ПА употребляли меньшие объёмы алкоголя по сравнению с больными группы ВА: соответственно 0,03 литра и 0,04 литра алкоголя ($p=0,047$). Расчёт проводился по формуле, представленной в главе 2.

Состояние алкогольного опьянения после первых проб алкоголя у всех обследованных было с весёлым, благодушным оттенком.

Длительность этапа эпизодического употребления алкоголя в группе ПА в среднем составила 4,0 года, в группе ВА – 4,5 года.

Возраст начала этапа **систематического употребления алкоголя** у обследуемых в группах ПА (19 лет) и ВА (19,5 лет) статически не различался ($p=0,162$): большинство обследуемых группы ПА (29/73%) и группы ВА (31/78%) перешли на систематическое употребление в возрасте от 16 до 25 лет (Таблица 4.2).

Таблица 4.2 – Возраст начала этапа систематического употребления алкоголя

Группы	До 15 лет		16-20 лет		21– 25 лет		26–30 лет		Старше 31 года	
	абс	%	Абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
ПА	6	15	18	45	11	27,5	2	5	3	7,5
ВА	2	5	18	45	13	32,5	2	5	5	12,5

На этапе систематического употребления алкоголь употреблялся 1–2 раза в неделю, суточная толерантность увеличивалась до 0,05 л в группе ПА и до 0,08 л ВА чистого алкоголя, различия между группами $p=0,041$.

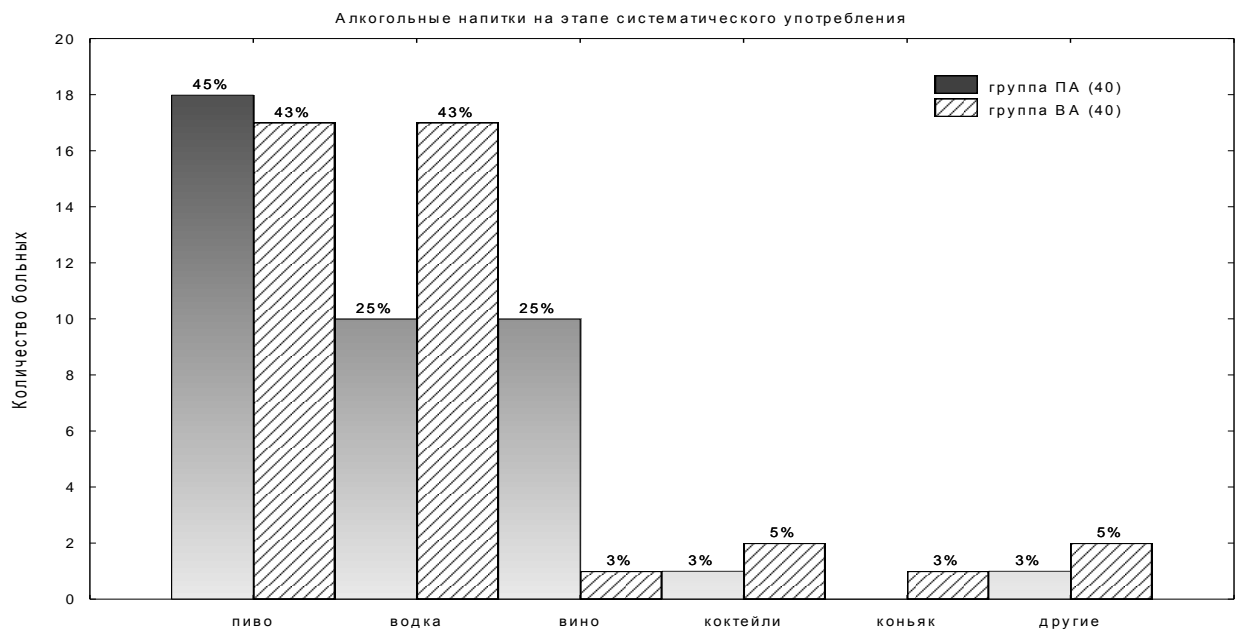


Рисунок 4.2 – Распределение обследуемых групп по доминирующему напитку на этапе систематического употребления алкоголя (группы ВА и ПА)

На этапе систематического употребления алкоголя увеличилась доля лиц с преимущественным употреблением пива (в группе ПА 45% и в группе ВА 43%) или водки (в группе ПА 25% и в группе ВА 43%) и уменьшилась доля лиц с преимущественным употреблением других алкогольных напитков до 6% в группе ПА и до 16% в группе ВА, значимых различий между группами ВА и ПА не выявлено ($p=0,16$) (Рисунок 4.2).

Наиболее распространённой мотивацией употребления алкоголя на этапе систематического употребления алкоголя в обеих группах была субмиссивная (65% и 55%) – употребление алкоголя в компании, за компанию и под влиянием референтной группы, реже алкоголь употреблялся с целью получения физического и психологического удовлетворения от действия алкоголя (гедонистическая мотивация – 10% и 15%), для снятия психологического напряжения, «от стресса», «от скуки», с целью поднятия настроения, расслабиться, «забыться», уменьшить влияние психотравмирующей ситуации, снять эмоциональное или физическое напряжение, чтобы улучшить сон, аппетит или взбодриться (атактическая мотивация – 25% и 30%).

В основе выбора спиртного напитка для преимущественного потребления были аналогичные мотивы: влияние референтной группы, субъективные переживания в состоянии алкогольной интоксикации, когда выбор для употребления делался в сторону спиртного напитка, который давал максимально желаемый эффект от состояния опьянения, в том числе в связи с основной мотивацией его употребления. Потребители водки свой выбор аргументировали тем, что именно употребление водки позволяло быстрее достичь состояния «расслабления» или «кайфа», исходили из рациональных соображений, что «водка – самый чистый и более качественный по сравнению с другими спиртными напитками продукт». Потребители пива свой выбор объясняли тем, что употребление пива не требует желательного или даже обязательного ритуала застолья, не дает быстрого состояния опьянения, в связи с чем не препятствует продолжению общения в компании, а также тем, что расценивали данный спиртной напиток как более безопасный.

На этапе систематического употребления алкоголя чаще наблюдалось состояние опьянения лёгкой и средней степени тяжести (45% и 40% в группе ПА; 42,5% и 47,5% в группе ВА), различий в группах ПА и ВА выявлено не было ($p>0,05$).

На начальном этапе АЗ формировалась т. н. «психическая зависимость» или синдрома патологического влечения к алкоголю (ПВА) [77].

У больных ПА и ВА групп его формирование наблюдалось в медианном возрасте 19,5 и 22,0 ($p=0,138$) соответственно (Таблица 4.3).

Таблица 4.3 – Возраст формирования первичного патологического влечения к алкоголю

Группы	До 15 лет		16–20 лет		21–25 лет		26–30 лет		Старше 31 года	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
ПА	5	12,5	14	35,0	12	30,0	5	12,5	4	10,0
ВА	5	12,5	12	30,0	15	37,5	4	10,0	4	10,0

Первичное ПВА наблюдалось вне состояния алкогольного опьянения. В его психопатологической структуре наблюдались идеаторный, поведенческий, эмоциональный, нейровегетативный компоненты. Идеаторный компонент ПВА проявлялся размышлениями, воспоминаниями и фантазиями об алкоголе и его употреблении, поиском мотивов и мотивации для его употребления. Аффективный компонент ПВА проявлялся колебаниями настроения, беспокойством, тревогой. Поведенческий компонент ПВА проявлялся реакциями группирования с пьющей компанией, поиском единомышленников по употреблению алкоголя. Вегетативный компонент у больных групп ПА и ВА проявлялся нейровегетативными реакциями (потливостью, учащением сердцебиения и т. д.) при воспоминании об алкоголе, нарушениями режима сна-бодрствования, инсомниями разного типа, расстройствами аппетита.

Актуализация первичного ПВА утрачивала связь с психологически понятными мотивами употребления алкоголя.

На начальном этапе АЗ стал проявляться выбор преобладающего для употребления алкогольного напитка: в группе ПА чаще употреблялось пиво (пиво – 53%; водка – 30%), в группе ВА – водка (водка – 63%; пиво – 30%). Доля других алкогольных напитков в преимущественном употреблении уменьшилась до 12,5% (различия между группами ПА и ВА достоверны ($p=0,01$)) (Рисунок 4.3).

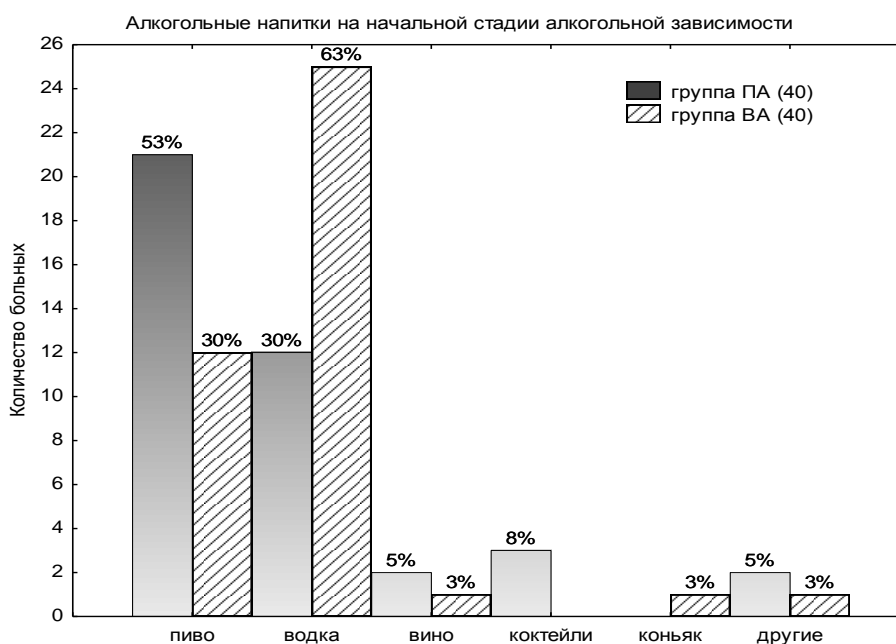


Рисунок 4.3 – Распределение больных по доминирующему в употреблении спиртному напитку на начальной стадии АЗ

Таким образом, на начальной стадии АЗ в группе ПА, где больше половины больных употребляли пиво в отличие от больных группы ВА, среди которых больше половины предпочитали употреблять водку. Таким образом, постепенно формировались группы с предпочтением в употреблении пива или водки (Рисунок 4.4).

Утрата количественного контроля при употреблении алкоголя у больных в группе ПА произошла в более старшем возрасте (медианный возраст – 23,5 года) по сравнению с больными из группы ВА (23 года) (Таблица 4.4; $p=0,78$).

В этом же возрасте многие больных из группы ПА (40%) и группы ВА (50%) утратили рвотный рефлекс в ответ на употребление повышенных доз алкоголя.

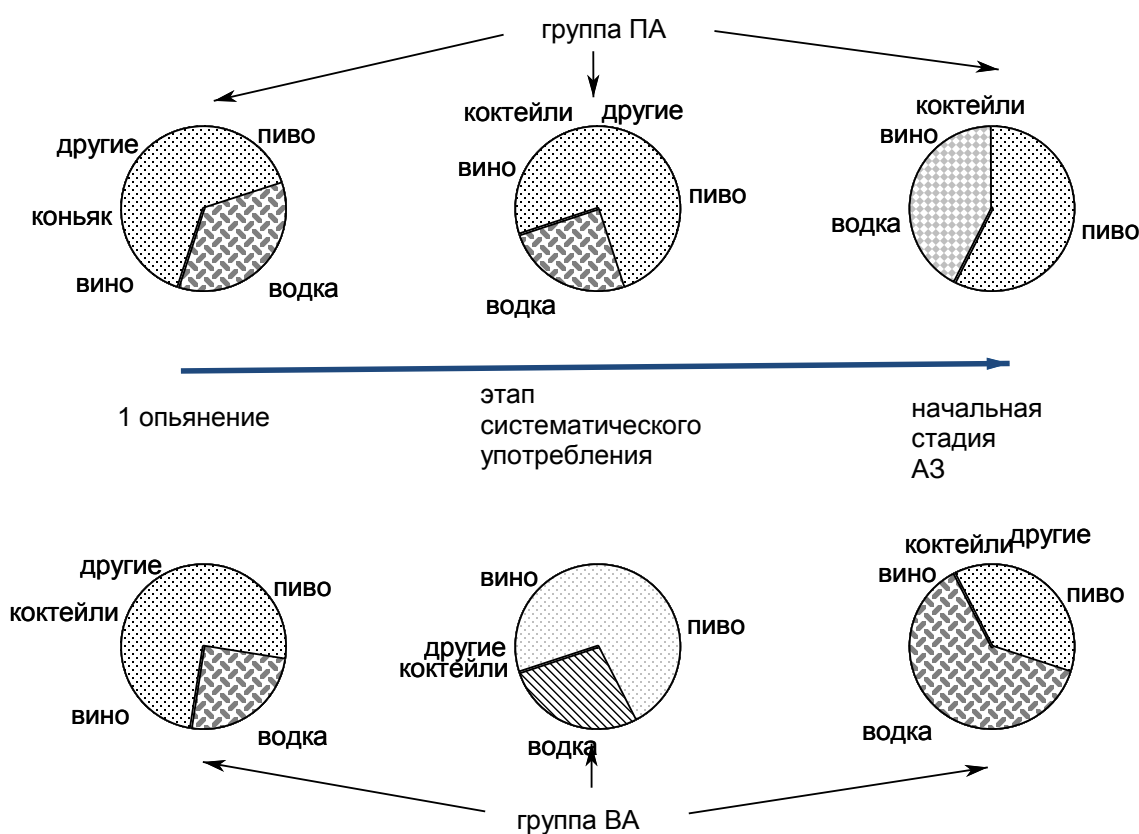


Рисунок 4.4 – Динамика изменение структуры употребления алкогольных напитков на разных этапах АЗ в группе ПА и ВА

Таблица 4.4 – Возраст утраты количественного контроля

Группы	15–20 лет		21–25 лет		26–30 лет		31–35 лет		Старше 36 лет	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
ПА	12	30,0	13	32,5	6	15,0	3	7,5	6	15,0
ВА	3	7,5	14	35,0	7	17,5	3	7,5	5	12,5

Утрата ситуационного контроля в группе ПА наблюдалась в более старшем возрасте (27 лет) по сравнению с больными из группы ВА (25 лет), выявлены статистически значимые различия ($p=0,039$).

Толерантность к алкоголю на начальной стадии АЗ в группе ПА достигала 0,1 литра, а в группе ВА она была несколько выше – 0,14 литра в перерасчёте на чистый этанол, различия были статистически достоверными ($p=0,037$).

На начальной стадии АЗ в группах ПА и ВА чаще наблюдалось состояние опьянения лёгкой и (или) средней степени тяжести (ПА – 90%; ВА – 82,5%), различий не выявлено ($p > 0,05$).

Длительность начальной стадии АЗ у больных ПА составила в среднем 5,0 лет, а у ВА 4,5 года ($p = 0,05$).

Таким образом, у больных из группы ПА начальная стадия АЗ была более продолжительная, а состояния опьянения имели меньшую тяжесть, ситуационный контроль утрачивался позже, что отчасти объясняется меньшей толерантностью в группе ПА в сравнении с группой ВА. Полученные результаты имеют некоторую схожесть с исследованиями винного алкоголизма, для которого описывается более длительная начальная стадия АЗ (9–15 лет) в сравнении с ВА (1–4 года) [61].

На средней стадии АЗ у всех обследованных формировалось отчётливое преимущество в употреблении пива (группа ПА) или водки (группа ВА) (Рисунок 4.5). При этом эпизодически либо в дополнение к употреблению преимущественного вида спиртного напитка, либо даже вместо него больные употребляли другие алкогольные напитки. Обычно это было связано с выкарными обстоятельствами из-за невозможности по разным объективным причинам получить привычный вид употребляемого спиртного напитка.

Формирование СОА как основного клинического расстройства средней стадии АЗ наблюдалось через шесть лет от начала систематического употребления алкоголя в группе ПА и через семь лет в группе ВА, значимых различий между обследуемыми группами выявлено не было ($p = 0,0731$).

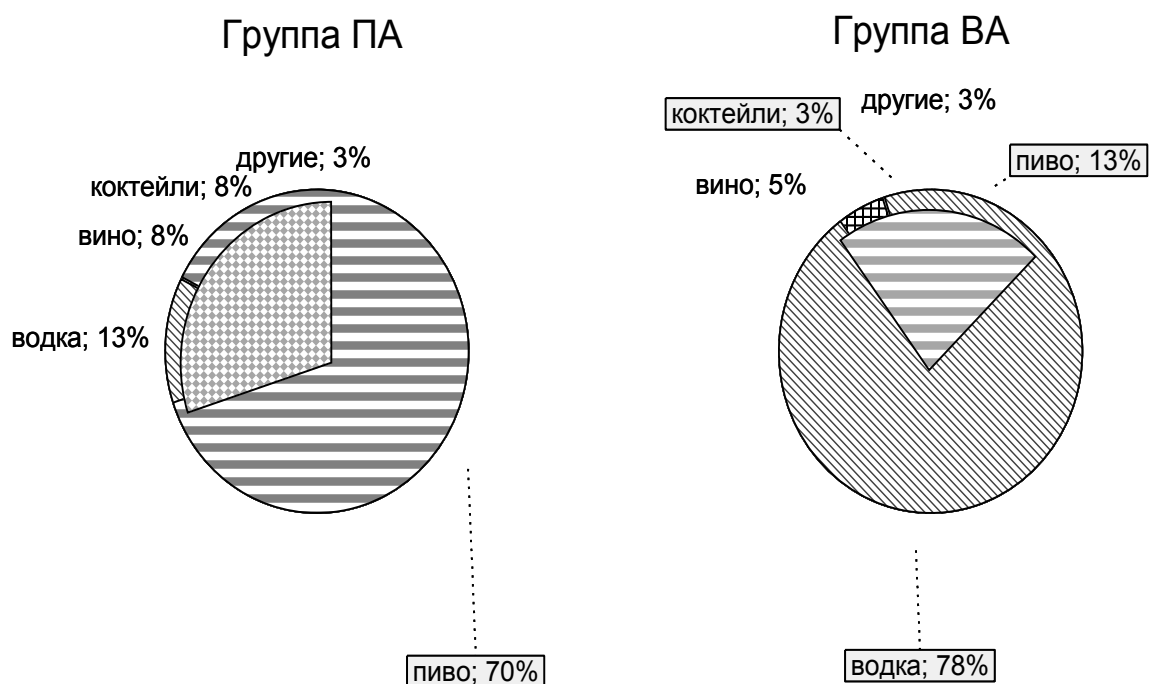


Рисунок 4.5 – Распределение преобладающих в употреблении алкогольных напитков на средней стадии АЗ

Возраст формирования СОА представлен на рисунке (Рисунок 4.6), различий между группами ПА и ВА по возрасту появления СОА не выявлено ($p=0,386$), медианный возраст у больных ПА – 25,0 [21,5; 31,5] лет и у больных ВА – 26,5 [23,00; 33,00] лет.

У больных из группы ПА СОА начал формироваться в возрасте 17–20 лет, а у 8/20% больных из ВА первые признаки СОА появились в возрасте 21 года. Но у большинства больных обеих групп возраст формирования СОА пришелся на возраст 24–25 лет ($p=0,247$).

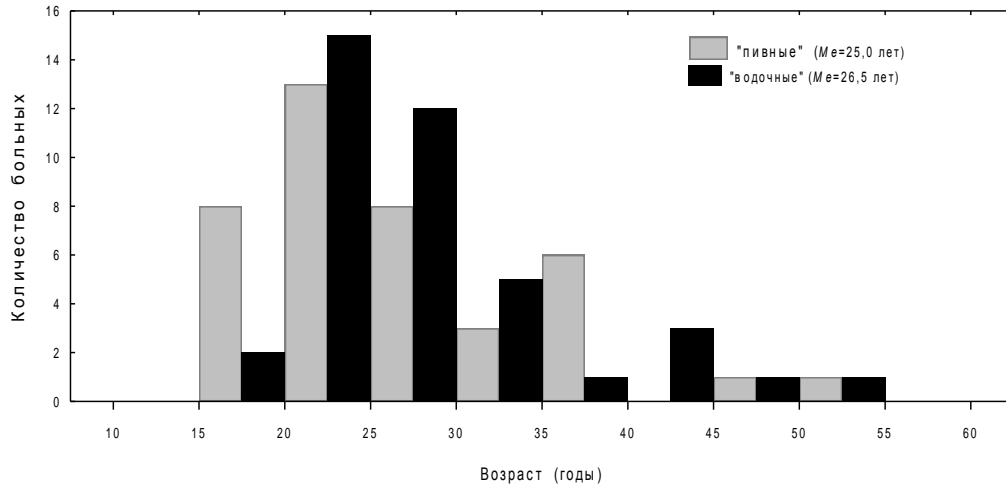


Рисунок 4.6 – Возраст формирования СОА у больных ПА и ВА

Продолжительность СОА на начальных этапах его формирования не превышала одного дня, однако при формировании развернутой клиники СОА его длительность у больных ПА была 2 дня, у больных ВА – 3 дня ($p=0,009$) (Рисунок 4.7 и Рисунок 4.8).

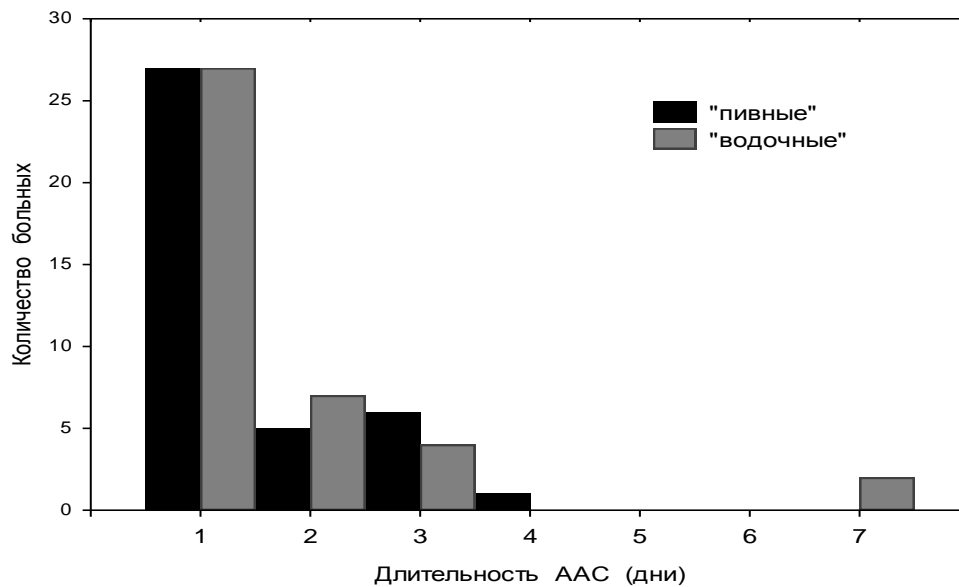


Рисунок 4.7 – Продолжительность СОА на начальных этапах его формирования

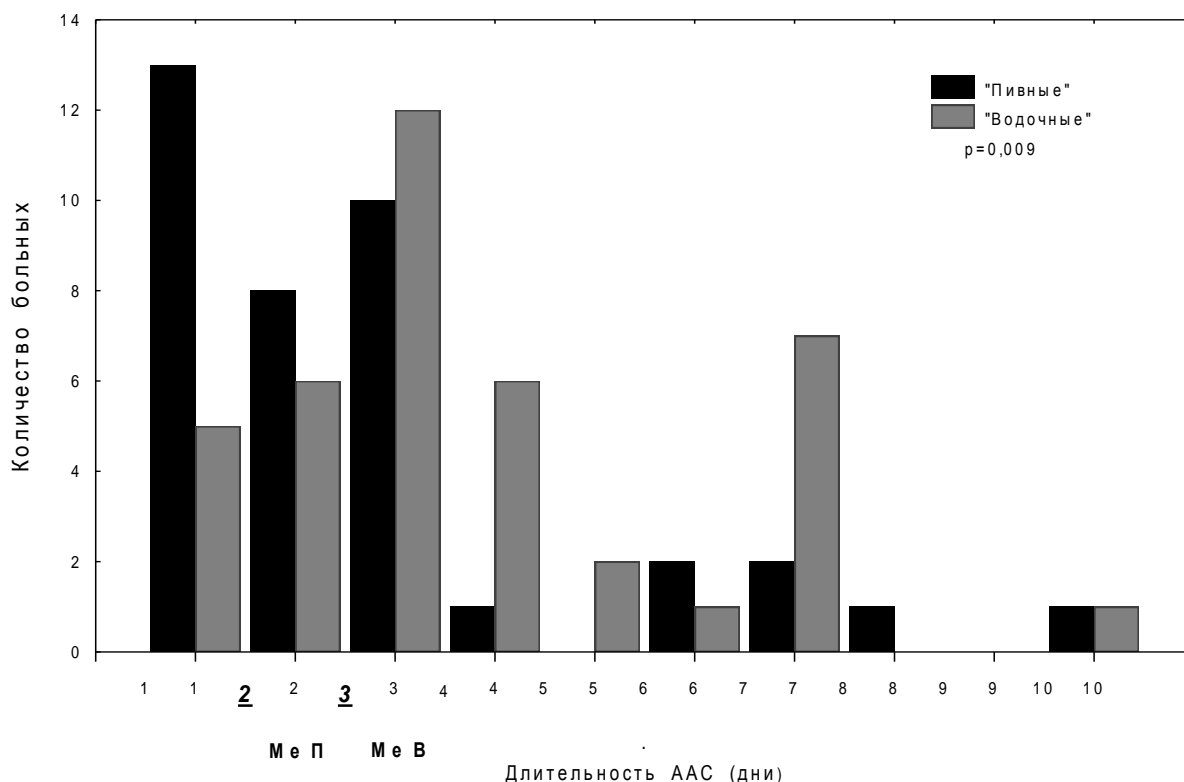


Рисунок 4.8 – Продолжительность развернутого СОА

Развёрнутая клиническая картина СОА формировалась в течение 2–5 лет после формирования его первых признаков: в группе ПА – 5 лет, в группе ВА медиана – 3 года ($p=0,0433$). Формирование развёрнутой клинической картины СОА в группе ПА произошло в медианном возрасте 30 лет, а в группе ВА – в 31 год, различия не выявлены ($p=0,0673$).

СОА проявлялся комплексом соматовегетативных, психоневрологических нарушений, возникающих после прекращения употребления алкоголя. Симптоматика СОА была разнообразна, проявления СОА включали головную боль, головокружение, астению, чувство разбитости, жажду, тошноту, вздутие живота, жидкий стул, повышение артериального давления, тахикардию, неприятные ощущения или боли в области сердца, плохое настроение, внутреннюю напряжённость, повышенную раздражительность, дисфорические расстройства настроения, эмоциональную подавленность, двигательное беспокойство, прерывистый, поверхностный, тревожный сон, идеи отношения и

виновности, размахистый тремор всего тела или рук, век, языка; нистагм, повышенную потливость, тахикардию, эпилептические припадки и др.

У всех пациентов оценивались клинико-динамические проявления СОА и было выделено четыре основных клинических варианта СОА: нейровегетативный, висцеральный, церебральный и психопатологический.

Наиболее распространённым клиническим вариантом СОА был нейровегетативный, который чаще был диагностирован у группы ПА – 25 пациентов (62,5%) и реже в группе ВА – 16 пациентов (40,0%) ($p=0,0729$). Данный вариант СОА проявляется астенией, вялостью, расстройствами сна, снижением аппетита, повышенной потливостью, жаждой, сухостью во рту, отечностью лица, повышением или понижением АД, учащённым сердцебиением, тремором пальцев рук и век.

Церебральный вариант СОА был установлен в двух случаях в группе ПА (5%) и у восьми пациентов группы ВА (20%), между группами различий не выявлено ($p=0,0872$). Данный вариант СОА проявлялся выраженной головной болью с головокружением, гиперакузией и ощущением тошноты, а также мышечными подёргиваниями, резкими вздрагиваниями и даже обмороками и эпилептиформными судорожными припадками.

Висцеральный вариант СОА, он же соматический вариант, выявлен у 11 пациентов группы ПА (27,5%) и 13 пациентов группы ВА (32,5%), между группами различий не выявлено ($p=0,8076$). Данный вариант СОА устанавливался при выявлении субиктеричности склер, тошноты, рвоты, болей в животе, метеоризма, жидкого стула, нарушений сердечного ритма и одышки. Особенностью этого варианта СОА была непропорциональность между тяжестью его клинических проявлений, с одной стороны, и относительно короткой продолжительностью предшествующего употребления алкоголя – с другой (В.Б. Альтшулер [1]).

У двух человек (5%) группы ПА и четырех пациентов группы ВА (10%) был выявлен психопатологический вариант СОА, между группами различий не выявлено ($p=0,6752$). Психопатологический вариант СОА характеризовался

выявлением в клинической картине СОА тревоги, страха, общей подавленности, дисфории, суицидальных мыслей и поведения, идей отношения и виновности, тотальной бессонницы, гипнагогических галлюцинаций, ярких «приключенческих» сновидений, а также просоночных состояний. Если в структуре СОА преобладали психические расстройства над вегетативной симптоматикой, то это оценивалось как неблагоприятный прогностический признак. А.Г. Гофман считает данный клинический вариант СОА самым тяжёлым и переходным к развитию алкогольного психоза (Р.А. Курбангалиев и др., 2008 [50]; А.Г. Гофман, 2012 [24]).

Таким образом, у больных из группы ПА чаще наблюдался нейровегетативный вариант СОА, тогда как в группе ВА чаще наблюдались церебральный и психопатологический вариант СОА (в группе ПА 10% и 30% в группе ВА, $p=0,0482$), висцеральный вариант клинического СОА равномерно представлен в обеих группах.

Оценка тяжести СОА проводилась по международной шкале оценки тяжести состояния отмены алкоголя Клинического института фонда исследования зависимостей, пересмотренной (англ. Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol scale, Revised, CIWA-Ar 1989). Шкала CIWA-Ar включает десять параметров: наличие тошноты и рвоты, тремора пальцев рук и предплечья, пароксизмальной потливости, чувства тревоги и беспокойства, психомоторного возбуждения (ажитации), головной боли и ощущения распираания в голове, нарушений тактильного, слухового и зрительного восприятия, а также нарушений ориентировки и сенсорной сферы. При использовании шкалы производится оценка выраженности указанных компонентов в баллах, которые затем суммируют. Максимально возможное количество баллов – 67. Результаты оценки интерпретируются следующим образом: сумма баллов от 0 до 9 соответствует очень умеренному абстинентному синдрому, от 10 до 15 – лёгкому абстинентному синдрому, от 16 до 20 — умеренному, и свыше 20 баллов — тяжёлому абстинентному синдрому. Так, пациенты с суммарным количеством баллов менее 10 не нуждаются в проведении медикаментозной терапии, а лица, у

которых суммарное количество баллов более 10, нуждаются в активной медицинской помощи, и их состояние рекомендуют отслеживать каждые 2 часа (А.Ю. Ненастьева, 2018) [60]. Шкала CIWA-Ar обладает высокой валидностью, надёжностью и информативностью, а также удобна в применении: одно обследование проходит около одной минуты при наличии опыта её использования у исследователя (D. Williams et al., 2001) [260].

В данном исследовании были сопоставлены клинические варианты СОА с его тяжестью, оценённой по сумме баллов по шкале CIWA-Ar в группах ПА и ВА. Было выявлено, что у всех обследуемых, независимо от клинического варианта, тяжесть СОА оценивалась как умеренно тяжёлая (16–20 баллов) либо тяжёлая (свыше 20 баллов).

Оценка тяжести СОА по шкале CIWA-Ar показала, что все клинические варианты СОА у больных из группы ПА были менее тяжёлыми по сравнению с аналогичными вариантами СОА у больных из группы ВА (Таблица 4.5).

Таблица 4.5 – Клинические варианты СОА у групп ПА и ВА

Клинические варианты СОА	Группа ПА Медиана (сумма баллов)	Группа ВА Медиана (сумма баллов)	p-value*
Нейровегетативный	20,0	22,0	0,051
Висцеральный	21,0	22,5	0,045
Церебральный	22,5	23,5	>0,05
Психопатологический	21,5	23,0	>0,05

Примечание — *p-value по результатам теста Манна-Уитни

После медикаментозного купирования СОА у некоторых больных из группы ПА и ВА (соответственно 37,5% и 25%) наблюдались постабстинентные расстройства продолжительностью до 14 дней, различий по их длительности между группами не выявлено ($p=0,357$). Они проявлялись жалобами на физическую слабость, вялость, повышенную утомляемость, плохое настроение, «грустные мысли», недостаточный сон; плохое самочувствие, тревожность, больные пессимистически оценивали свое здоровье. Утром после пробуждения они не

чувствовали себя отдохнувшими, испытывали чувство слабости, неудовлетворённости. Аппетит, как правило, был снижен, вкусовые ощущения притуплены. Кроме того, больные вспоминали о нанесённых им ранее обидах, несправедливостях; в их мыслях наблюдались идеи самообвинения и самоосуждения. В отделении такие больные были пассивны, большую часть времени проводили в постели. При этом они навязчиво обращались за помощью к врачам, проходили обследование у всех специалистов, однако к лечению относились формально. Проводимые занятия с психологом и психиатром-наркологом улучшали их настроение, при этом чаще оставалось формальное отношение к болезни, которое выражалось в большинстве случаев отказом от прохождения реабилитационных программ в стационаре, в то же время сохранялась настроенность на амбулаторные реабилитационные программы.

Наряду с первичным ПВА на средней стадии АЗ наблюдалось вторичное ПВА, которое развивалось в структуре СОА и (или) в состоянии алкогольной интоксикации. Вторичное ПВА представляло собой многокомпонентную структуру, в которой также были выделены идеаторный, поведенческий, эмоциональный и вегетативный компоненты.

Идеаторный компонент вторичного ПВА у больных из группы ПА проявлялся тем, что больные стремились делиться мыслями и жизненными ситуациями алкогольной тематики, легко переходили и поддерживали разговор на тему употребления алкоголя, при этом отрицали очевидные для окружающих проблемы, связанные с употреблением алкоголя, отказывались обсуждать вопросы терапии, ссылаясь на свою социальную сохранность («меня дома семья ждёт, пиво работе не мешает»). При этом они часто осуждали пьянство, формально утверждали, что они настроены на амбулаторное лечение или лечение в условиях дневного стационара, активно принимали участие в обследовании, интересовались их результатами. Аффективный компонент ПВА проявлялся эмоциональной лабильностью и неустойчивостью, тревогой, сниженным настроением, что быстро купировалось приёмом пива. Вегетативный компонент ПВА проявлялся повышенной саливацией, учащением сердцебиения, чувством

повышенной «жажды». Поведенческий компонент ПВА проявлялся высказываниями недовольства режимом отделения, желанием скорейшей выписки, а также появлением суетливости и многоречивости при обсуждении тем, связанных с употреблением пива.

У больных из группы ВА идеаторный компонент вторичного ПВА проявлялся мыслями и образами, связанными с тематикой потребления алкоголя и одновременно проявлением недостаточности критического отношения к заболеванию. Аффективный компонент ПВА проявлялся повышенной раздражительностью, дисфорическими реакциями, беспокойством, эмоциональной напряжённостью. Вегетативный компонент ПВА проявлялся оживлением эмоциональных реакций при воспоминании об алкоголе, нарушением режима сна-бодрствования, расстройствами аппетита; при обсуждении алкогольных тем – чувством «подсасывания в области желудка». Больные часто проявляли враждебность в отношении разговора по теме лечения и отказа от употребления алкоголя, не имели установки на отказ от употребления алкоголя, объявляли о намерении в скором времени выписаться из отделения, показывали низкую концентрацию внимания при попытке обсуждать вопросы лечения, а также стремление уклониться от лечения, установкой на прекращение лечения, враждебностью к медицинскому персоналу и нарушениями режима отделения. Нередко (60%) они утверждали, что состояние опьянения способствует раскрепощению, новым знакомствам и ведению активной половой жизни.

Для исследования психопатологической структуры ПВА использовалась шкала Н.В. Чередниченко, В.Б. Альтшулера (1992), которая позволяла измерить его основные психопатологические компоненты (Таблица 4.6). По данной шкале у больных ПА в сравнении с группой больных ВА в структуре вторичного ПВА были больше выражены идеаторные (4,8 и 3,8 балла) и нейровегетативные нарушения (5,5 и 4,8 балла), а у больных из группы ВА преобладали аффективный (8,9 и 8,1 балла) и поведенческий компоненты (2,5 и 2,0 балла), различия между группами были статистически достоверны ($p < 0,05$).

Таблица 4.6 – Клиническая структура ПВА у больных из групп ПА и ВА

Синдромальная структура ПВА	Сумма баллов в группе ПА M±S (балл)	Сумма баллов в группе ВА M±S (балл)	Максимально возможный балл по показателю
Аффективные	8,1 ± 1,7	8,9 ± 1,9	12
Вегетативные	5,5 ± 0,6	4,8 ± 0,5	9
Идеаторные	4,8 ± 1,8	3,8 ± 1,7	7
Поведенческие	2,0 ± 0,7	2,5 ± 0,8	3
Общий балл	20,4 ± 4,8	20,0 ± 4,9	31

Примечание: данные представлены в виде M±S (средними значениями и стандартными отклонения) 2. В каждой группе 40 человек, общий объем выборки — 80.

Изменилась структура мотивации употребления алкоголя (Таблица 4.7).

Таблица 4.7 – Мотивация употребления алкоголя

Мотивация	Группа ПА				Группа ВА			
	Этап систематического употребления		Средняя стадия		Этап систематического употребления		Средняя стадия	
	абс	%	абс	%	абс/	%	абс	%
Атарактическая	4	10,0	10	25,0	6	15,0	8	20,0
Аддиктивная	-	-	13	32,5	-	-	12	30,0
Субмиссивная и субкультуральная	26	65,0	7	17,5	22	55,0	8	20,0
Гедонистическая	8	15,0	6	15,0	7	17,5	7	17,5
Гиперактивации	-	-	4	10,0	-	-	5	12,5

Если на донологическом этапе АЗ преобладающей мотивацией была субмиссивная и субкультуральная, а аддиктивная и мотивация реакции гиперактивации отсутствовали, то на средней стадии АЗ употребление алкоголя достоверно чаще было связано с аддиктивной мотивацией, связанной с актуализацией ПВА (32,5% и 30,0%), и атарактической мотивацией, потребностью нейтрализовать субъективно дискомфортные эмоциональные переживания (25,0% и 20,0%), эти изменения были статистически достоверны ($p < 0,05$). Все другие виды мотивации алкоголя наблюдались реже: гедонистическая, отражающая стремление получить физическое и психологическое удовлетворение от действия алкоголя, получения алкогольной эйфории (15,0% и 17,5%); субмиссивная и субкультуральная мотивации,

связанные с подчинением давлению со стороны третьих лиц и (или) социальной среды (17,5% и 20,0%); мотивация гиперактивации поведения (10,0% и 12,5%); различий между группами ПА и ВА выявлено не было ($p > 0,05$).

Толерантность к алкоголю достигала максимума: у больных ПА доля чистого этанола в потреблении была достоверно меньше, чем у ВА ($p = 0,01$), в группе ВА – до 0,2 литра и в группе ПА – до 0,12 литра в перерасчёте на чистый этанол.

У больных группы ПА чаще наблюдалось состояние опьянение лёгкой (25%) и средней степени тяжести (62,5%) и реже – тяжёлой (12,5%), в группе ВА – средней (50,0%) и тяжёлой степени (37,5%) и реже – лёгкой степени тяжести (12,5%) ($p < 0,05$).

Если на донозологических этапах и на начальной стадии АЗ у большинства больных состояние опьянения сопровождалось повышением настроения, эйфорией, благодушием, весёлостью либо повышенной сонливостью (так называемое простое алкогольное опьянение), то на средней стадии АЗ простая форма алкогольного опьянения наблюдалась у 19 (47,5%) больных из группы ПА и у 11 (27,5%) больных из группы ВА.

У большей части больных произошло изменение клинической структуры состояния алкогольного опьянения (63,75%; Me 26 vs 27 лет, $p = 0,43$) с формированием его изменённых форм:

а) гиперстенический вариант астенической формы атипичного алкогольного опьянения, при котором наблюдались кратковременные и легко истощаемые реакции раздражительности, гневливости (группа ПА – 22,5%; группа ВА – 27,5%);

б) депрессивная форма, которая характеризовалась субдепрессивным аффектом с элементами повышенной тревожности и тоскливости (группа ПА – 20,0% и группа ВА – 17,5%);

в) гипостенический вариант астенического алкогольного опьянения проявлялся эмоциональной неустойчивостью, высокой психофизической

истощаемостью, снижением внимания (в группе ПА – 10,0 % и 17,5 % в группе ВА);

г) эпилептоидная форма проявлялась сочетанием тоскливого аффекта, депрессивно-дисфорического настроения и злобно-агрессивных приступов психомоторного возбуждения и наблюдалась только у больных из группы ВА (12,5%).

В больных из группы ПА формирование изменённых форм опьянения происходит достоверно реже, чем в группе ВА (30/75,0% vs 21/52,5%, $p=0,0310$).

У больных обеих групп наблюдались **алкогольные палимпсесты** (в группе ПА у 32,5% и в группе ВА 42,5%) и тотальные амнезии (7,5% в группе ПА и в группе ВА 22,5%) состояния опьянения, достоверность различий между группами $p=0,0603$.

У 30% больных в группах ПА и ВА в равных долях в состоянии алкогольного опьянения наблюдались суицидальные мысли, которые у двух больных в группе ВА и у одной больной в группе ПА сопровождалось нанесением самопорезов.

Среди форм потребления алкоголя у обследованных больных АЗ наблюдались перемежающееся пьянство и запойное пьянство – перемежающееся пьянство у 32,5% в группе ПА и у 10% в группе ВА; запойное пьянство у 67,5% в группе ПА и у 90% в группе ВА ($p=0,0269$). Так, перемежающееся пьянство чаще наблюдалось у больных ПА, в сравнении с больными из группы ВА. У больных ПА запои по сравнению с больными ВА они были короче (Me 5 vs 14 дня, $p=0,002$). Частота возникновения запоев у всех больных была в среднем один раз в полтора года.

Алкогольные психозы на средней стадии АЗ наблюдались у 5% пациентов в группе ПА (протекали по типу алкогольного делирия) и у 12,5% пациентов из группы ВА (делириозной структуры 10%, галлюцинаторной – 2,5%), различий не выявлено ($p=0,4315$).

Все больные были обследованы врачом-терапевтом и врачом-неврологом. По медицинским показаниям были проведены биохимические исследования; ГГТ,

АСТ, АЛТ, глюкоза, общий билирубин, общий холестерин крови, общий белок, значимых статистических различий выявлено не было (Таблица 4.8).

Таблица 4.8 – Биохимические показатели больных групп ПА и ВА

Показатели	АСТ, Ед/л	АЛТ, Ед/л	ГГТ, Ед/л	Общ. билирубин, мкмоль/л	Глюкоза, ммоль/л	Холестерин, ммоль/л	Белок, г/л
Группа ПА	42,0	44,0	94,0	9,4	4,6	5,6	70,3
Группа ВА	55,0	47,0	98,0	11,6	4,7	5,4	72,4

Все больные за исключением одного имели соматические и неврологические заболевания, нередко – несколько (в среднем по 2,5 диагноза) (Таблица 4.9).

Таблица 4.9 – Наличие черепно-мозговых травм соматических и неврологических заболеваний

Заболевания и травмы		Группа ПА	Группа ВА
Всего соматических и неврологических заболеваний		104 (100%)	107 (100%)
Из них вызваны алкоголем		78,8%	90,6%
В том числе	Болезни печени	27%	32%
	Токсическая энцефалопатия	22%	27%
	Кардиомиопатии	14%	12%
	Полиневропатия	6%	10%
	Эпиприпадки	5%	5%
	Артериальная гипертензия	3%	2%
	Хронический панкреатит	2%	3%
Черепно-мозговые травмы в анамнезе (всего количество 112)		38,4% (43)	61,6%*** (69)
Из них в опьянении	Одна	8%	8
	Две	5%	10%
	Три	3%	12%*
	Всего	16%	29%**

Примечание –* p=0,054, ** p=0,045, *** p=0,015

Большинство соматических и неврологических заболеваний были связаны с хронической алкогольной интоксикацией (86,25%). Больные из группы ПА и ВА статистически не различались по данному показателю, ни по количеству отдельных заболеваний, ни по их сумме (Таблица 4.9).

Число перенесённых в анамнезе черепно-мозговых травм было меньше у больных группы ПА по сравнению с группой ВА ($p < 0,05$).

Прогрессиентность АЗ определяли по длительности от начала систематического употребления алкоголя до начала формирования СОА. В группе ПА этот показатель составил шесть лет и семь лет в группе ВА, достоверность различий между группами составила $p = 0,0731$. Развёрнутая клиническая картина СОА формировалась в группе ПА в течение пяти лет, в группе ВА - медиана три года ($p = 0,0433$), что свидетельствовало о менее прогрессиентном характере формирования АЗ в группе ПА, в отличие от больных из группы ВА.

Для оценки степени тяжести зависимости в данном исследовании использовался ИТЗ (сокращённая версия TREATNET), результаты представлены в таблице 4.10.

Таблица 4.10 – Оценка тяжести зависимости, показатели суммарных баллов

Шкалы ИТЗ (6)	Группа ПА, Суммарные баллы* Медианна	Группа ВА, Суммарные баллы* медианна	P
Состояние физического здоровья	0,3056	0,4000	0,0341
Работа и материальная поддержка	0,5539	0,6082	0,0201
Употребление алкоголя	0,4477	0,5547	0,0122
Совершённые правонарушения	0,0100	0,0150	0,2688
Семейное и социальное положение	0,3367	0,4567	0,0183
Состояние психического здоровья	0,2879	0,3112	0,0473

Примечание: расчёт суммарных баллов в ИТЗ проводился в соответствии с рекомендациями на www.tresearch.org

В полученных результатах ИТЗ между группами ПА и ВА были выявлены достоверно значимые различия при сравнении показателей суммарных баллов в шкалах: состояние физического здоровья, работа и материальная поддержка, употребление алкоголя, семейное и социальное положение, состояние психического здоровья. В результате показатели этих шкал были ниже в группе ПА, в сравнении с группой ВА, что отражало меньшую тяжесть проблем, возникающих у больных АЗ группы ПА в сравнении с группой ВА (Таблица 4.10).

При сохранении общих клинико-динамических закономерностей АЗ с преимущественным употреблением пива или водки имела специфические клинические особенности.

- На средней стадии АЗ, в сравнении систематическим этапом употребления алкоголя, в группе ПА увеличилась доля больных с алкогольным опьянением средней степени тяжести (с 40% до 62,5%), а в группе ВА - увеличилась доля больных с опьянением тяжёлой степени (с 10,0% до 37,5%), ($p < 0,05$).

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

- На средней стадии АЗ у большей части больных произошло изменение клинической структуры состояния алкогольного опьянения (61,25%) с формированием его изменённых форм: а) гиперстенический вариант астенической формы атипичного алкогольного опьянения (группа ПА – 22,5%; группа ВА – 27,5%); б) депрессивная форма (группа ПА – 20,0% и группа ВА – 17,5%); в) гипостенический вариант астенического алкогольного опьянения (в группе ПА – 10,0% и 17,5% в группе ВА); г) эпилептоидная форма наблюдалась только у больных из группы ВА (12,5%). У больных из группы ПА формирование изменённых форм опьянения происходит достоверно реже, чем в группе ВА (30/75,0% vs 21/52,5%, $p = 0,0310$).

- Отличие по клинической структуре СОА: у больных ПА чаще наблюдался нейровегетативный вариант СОА, у больных из группы ВА – церебральный и психопатологический вариант СОА ($p = 0,0482$).

- Отличие по степени тяжести СОА по шкале CIWA-Ar: все клинические варианты СОА у больных из группы ПА были менее тяжелыми (медиана 21 балл) по сравнению с аналогичными вариантами СОА у больных из группы ВА (медиана 23 балла) ($p < 0,05$).

- В психопатологической структуре ПВА (первичного и вторичного) у больных ПА преобладали идеаторные и нейровегетативные нарушения при минимальной выраженности аффективных и поведенческих расстройств, а у больных ВА – аффективное и поведенческое нарушения.

- У больных ПА чаще наблюдалось перемежающееся пьянство (32,5% в группе ПА и у 10% в группе ВА, а в группе ВА чаще наблюдались запои (67,5% в группе ПА и 90% в группе ВА; $p=0,0269$).

- У больных ПА по сравнению с больными ВА запои были существенно короче (Me 5 vs 14 дня, $p=0,002$).

- Прогрессиентность АЗ определяли длительностью от начала систематического употребления алкоголя до начала формирования СОА – так, в группе ПА этот показатель составил 6 лет и 7 лет в группе ВА, достоверность различий между группами составила $p=0,0731$. Р развёрнутая клиническая картина СОА формировалась в группе ПА 5 лет, в группе ВА медиана 3 года ($p=0,0433$), что свидетельствовало о менее прогрессиентном характере формирования АЗ в группе ПА, в отличие от ВА, несмотря на тенденцию более раннего формирования СОА в группе ПА.

- Больные группы ПА, в сравнении с группой ВА, имели меньше проблем, связанных с АЗ. По ИТЗ была выявлена достоверность различий ($p<0,05$) в 5 шкалах (состояние физического здоровья, работа и материальная поддержка, употребление алкоголя, семейное и социальное положение, состояние психического здоровья), суммарный показатель баллов в группе ПА был значимо меньше, чем в группе ВА.

- Амнезии опьянения реже определялись в группе ПА в сравнении с группой ВА. У больных обеих групп (в группе ПА у 32,5% и в группе ВА 42,5%) наблюдались алкогольные палимпсесты, а тотальные амнезии состояния опьянения реже наблюдались в группе ПА (7,5%) в отличие от группы ВА (22,5%), достоверность различий между группами $p=0,0603$.

По результатам обследования различий между группами ПА и ВА не было выявлено по преобладающей мотивации употребления алкоголя, по количеству и

структуре возникающих психозов и по установленным соматическим и неврологическим заболеваниям.

Таким образом, АЗ с преимущественным употреблением пива или водки имела специфические клинические особенности по темпам роста толерантности, по психопатологической структуре и тяжести СОА, особенностям клиники ПВА и запоям, а также по темпу прогрессивности АЗ.

4.2. Личностные особенности больных алкогольной зависимостью и их возможное влияние на выбор употребляемого вида спиртного напитка

У всех больных после медикаментозного купирования СОА было проведено исследование личностных особенностей с использованием клинико-психопатологического, клинико-анамнестического, психометрических методов и метода ассоциативного эксперимента.

При клиническом обследовании использовался метод психологической беседы. Выявлено, что у обследуемых группы ПА чаще были доброжелательны в общении. Они были заинтересованы в беседе с врачами и в проведении обследований, достаточно охотно и подробно сообщали анамнестические сведения, были настроены на сохранение и улучшение семейных отношений и ситуации с работой. Они расценивали употребление пива как ритуал обыденной жизни многих людей, были мало озабочены объёмами употребляемого алкоголя, сам факт наличия у них АЗ признавали на формальном уровне, за лечением обращались под влиянием родственников, однако необходимости лечения не отрицали. Они активно участвовали в клиническом и психологическом обследовании, интересовались его результатами.

Больные ВА менее охотно шли на контакт с врачами, при общении были скрытными, эмоционально напряжёнными, избирательно сообщали анамнестические сведения, скрывали многие факты, связанные с употреблением алкоголя, преуменьшали частоту и объёмы употребляемого алкоголя, использовали все поводы для прекращения беседы с врачом, с неохотой

выполняли тестовые методики, ссылаясь на усталость или на отсутствие интереса к проводимым исследованиям.

Оценка характерологических особенностей проводилась с использованием **опросника Шмишека-Леонгарда (1970)**, который был разработан Г. Шмишеком в 1970 году на основе теоретической концепции К. Леонгарда об акцентуации характера. Опросник состоит из 88 вопросов, 10 шкал, соответствующих определённым акцентуациям характера. Основной тип акцентуированного характера определяется по максимальному количеству баллов, которые набирал обследуемый по результатам тестирования. Сумма баллов, умноженная на соответствующий коэффициент, давала показатель типа акцентуации. Максимальный показатель по каждому типу акцентуации – 24 балла. Признаком акцентуации считается количество баллов выше 18.

Полученные результаты представлены в таблице 4.11.

Таблица 4.11 – Характерологические особенности больных из групп ПА и ВА

Тип акцентуации К. Леонгарда	Изменения личности, достигшие уровня акцентуаций характера			
	Группа ПА обследуемых		Группа ВА обследуемых	
	абс	%	абс	%
1. Тревожный	9	22,5	8	20,0
2. Дистимический	5	12,5	5	12,5
3. Циклотимический	5	12,5	6	15,0
4. Демонстративный	2	5,0	2	5,0
5. Педантичный	4	10,0	3	7,5
6. Возбудимый	5	12,5	8	20,0
7. Застревающий	4	10,0	3	7,5
8. Эмотивный	3	7,5	2	5,0
9. Экзальтированный	2	5,0	2	5,0
10. Гармоничный	1	2,5	1	2,5

Среди обследованных 80 больных характерологические особенности были выявлены у 78 обследуемых (97,5%).

Дистимические черты характера проявлялись пессимистическим отношением к будущему, заниженной самооценкой, а также низкой

контактностью, немногословностью в беседе. Для них были свойственны угрюмость, заторможенность, обострённое чувство справедливости.

Больным с циклотимическими чертами характера свойственны частые периодические смены настроения, зависящие от внешних обстоятельств. Так, прежде шумные и бойкие, они становятся апатичными, наблюдается падение аппетита, бессонница или, наоборот, сонливость. На замечания реагируют раздражением, иногда грубостью и гневом. Сами при этом переживают состояние уныния, вплоть до переживания депрессивных, а иногда суицидальных мыслей.

Для больных с тревожными характерологическими чертами характерны тревожность, обидчивость, чувствительность, застенчивость, низкая контактность, минорное настроение, робость, пугливость, неуверенность в себе. По мере заострения личностных черт происходило усиление социальной замкнутости. Так, выраженная чувствительность к негативным оценкам окружающих приводила к избеганию социального взаимодействия, усилению депрессивных проявлений. Также у них выявлялись признаки эмоционального и волевого дефекта.

Больным с педантичными чертами свойственна нерешительность, совестливость, ипохондричность, склонность к постоянным сомнениям, чрезмерная поглощённость деталями. В дальнейшем на фоне усиления основных черт проявлялись симптомы повышенной утомляемости, слабости, пониженного настроения.

Больные с характерологическими особенностями демонстративного, экзальтированного, возбудимого круга отличались демонстративностью, раздражительностью, конфликтностью, лживостью, эгоизмом, эгоцентризмом, агрессией, а также снижением морально-этических установок.

Застревающие характерологические особенности проявлялись недоверчивостью, длительным переживаниям, обидчивостью, чувством несправедливости по отношению к обследуемому. Так, больной мог работать дома («ремонт компьютеров»), одновременно пил пиво, формально поддерживал отношения с бывшей женой и ребенком, проживающей в соседнем доме.

Эмотивные характерологические особенности проявлялись эмоциональностью, чувствительностью, тревожностью, болтливостью, боязливостью. Употребление алкоголя у них было связано с желанием придать уверенность себе, выглядеть в лучшем свете среди окружения.

Как видно из таблицы 4.11, среди больных группы ПА преобладали лица с тревожными (22,5%), дистимическими (12,5%), циклотимическими (12,5%) и возбудимыми (12,5%) характерологическими особенностями. У больных из группы ВА также преобладали лица с тревожными (20,0%), циклотимическими (15,0%), дистимическими (12,5%) и возбудимыми (20,0%) характерологическими особенностями. Реже были выявлены больные с характерологическими особенностями педантичного (ПА – 10,0%; ВА – 7,5%), демонстративного (ПА – 5,0%; ВА – 5,0%), застревающего (ПА – 10,0%; ВА – 7,5%), эмотивного (ПА – 7,5%; ВА – 5,0%), экзальтированного (ПА – 5,0%; ВА – 5,0%) без достоверной разницы по группам исследования.

Таким образом, не было установлено каких-либо значимых различий между больными АЗ с преимущественным употреблением пива или водки ($p=0,075$).

Также оценка характерологической структуры обследованных больных АЗ проводилась с использованием Мюнхенского личностного теста (версия для самооценки, Munich Personality Test, МРТ, Zerksen D.), который был разработан в 1988 году Von Zerksen и соавт. Особенностью данного теста является то, что описываемая структура личности может быть охарактеризована в виде совокупности нескольких самостоятельных векторов, а именно: экстраверсия, невротизм, толерантность к фрустрации, ригидность, тенденции к изоляции, эзотерические тенденции и шизоидия. К преимуществам данного теста относят его чувствительность к преморбидной характерологической структуре личности, что позволяет её оценить до влияния на неё хронической алкогольной интоксикации и формирующейся АЗ.

В основе Мюнхенского теста лежит представление о независимости и самостоятельности шести составляющих основу личности. При этом шкалы невротизма и экстраверсии основаны на концепции Н.Ж. Eysenck [140].

«Ригидность» соответствие представлениями Н. Tellenbach [246] рассматривается как фактор риска развития депрессии. «Переносимость фрустрации», по А. Ellis [136], свидетельствует о низкой переносимости фрустрации вследствие опасений быть неэффективным, не контролировать себя. «Тенденции к изоляции» и «Эзотерические тенденции» вместе образуют шкалу шизоидии по Е. Kretschmer [173] о личностных типах как факторах риска последующего развития психопатологической симптоматики. Две вспомогательные шкалы – «Ориентация на социальные нормы» и «Мотивация» – служат для контроля правильности заполнения остальных шкал. Первую авторы называют шкалой лжи [1040], а низкие значения по этой шкале указывают на правдивость утверждений больного, тогда как высокие — на ложную информацию в ответах.

Всем 80 больным было предложено заполнить Мюнхенский личностный тест (версия для самооценки), однако часть из них была исключена: 4 отказались от продолжения исследования, 2 были выписаны досрочно. Таким образом, в данном исследовании приняли участие 74 больных: 40 ПА (Me = 33,0 года и разброс 21–62) и 34 ВА (возраст Me = 32,5 года и разброс 23–62).

Тест содержит 51 вопрос, которые распределены по шести личностным шкалам: экстраверсия, нейротизм, устойчивость к фрустрации, ригидность, тенденции к изоляции, эзотерические тенденции и контрольная шкала (ориентации к социальным нормам). Больной самостоятельно отмечал один из четырёх предлагаемых ответов: «абсолютно верно», «в основном так», «не совсем так», «не верно». Все данные в последующем были занесены в электронную таблицу. Ответы больных в соответствии с ключом к Мюнхенскому личностному тесту были распределены по семи шкалам. В качестве условного контроля служили показатели Мюнхенского личностного теста для здоровых, взятые из R.C. Evenson [138], хотя это не имело существенного значения для сравнения ВА и ПА. Эта работа не содержала показателей ориентации на социальную норму, а тенденция к изоляции и эзотерические тенденции по рекомендации D. Zerssen [264] были усреднены с обозначением средней как «шизоидность», что и было сделано в R.C. Evenson (1986) [138].

Полученные результаты представлены в таблице 4.12.

Таблица 4.12 – Основные показатели Мюнхенского теста у больных из группы ВА и ПА

Основные значения теста (максимальное количество баллов)	Группа ПА Медиана (сумма баллов) [Верхний Квартиль; Нижний Квартиль]	Группа ВА Медиана (сумма баллов) [Верхний Квартиль; Нижний Квартиль]	p-value*
Экстраверсия (максимум 30)	16,00 [13,50; 20,00]	17,50 [14,00; 22,00]	0,323
Невротизм (максимум 30)	15,00 [11,50; 21,50]	17,00 [14,00; 19,00]	0,520
Устойчивость к фрустрации (максимум 18)	9,00 [7,0; 11,00]	8,0 [6,0; 10,0]	0,339
Ригидность (максимум 24)	15,00 [11,50; 17,00]	15,00 [13,00; 19,00]	0,254
Тенденция к изоляции (максимум 15)	5,50 [4,00; 8,00]	7,00 [4,00; 9,00]	0,096
Эзотерические тенденции (максимум 9)	3,00 [2,00; 4,00]	3,00 [1,00; 5,00]	0,734
Ориентация на социальные нормы (максимум 18)	11,00 [8,00; 13,00]	10,0 [7,00; 12,00]	0,089
Шизоидии	14,00 [10,00; 17,00]	13,0 [8,00; 17,00]	>0,05

Примечание: *p-value по результатам теста Манна-Уитни

Как видно из таблицы 4.12, по результатам обследования по Мюнхенскому опроснику (версия для самооценки, Munich Personality Test, MPT, 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 ($p > 0,05$).

Для анализа ценностных ориентаций был выбран ассоциативный эксперимент, который позволяет выявить ассоциативное поле обследуемых лиц и тем самым определить «психологическую значимость» предъявляемых слов-стимулов, в том числе слов-стимулов алкогольной тематики.

Впервые термин «ассоциация» («ассоциация идей» – association of ideas) был введён в научный оборот английским философом и педагогом Дж. Локком (J. Locke) [31], который развил теорию познания, согласно которой происхождение всех знаний возникает из чувственного восприятия внешнего мира. Принцип ассоциации используется при изучении психических процессов человека в работах D. Hartley [65], J. Mill, T. Brown, A. Bain, H. Spencer [84], по мнению которых психика образуется из первичных психических образований – ощущений (ощущений), чувств, образов и из более сложных вторичных – мысли, представления, чувства, которые возникают посредством ассоциаций. Ассоциативная психология, будучи одним из направлений мировой психологии, оказала влияние на разработку новых методов изучения: образной и механической памяти (H. Ebbinghaus, F. Galton [84]), мотиваций (S. Freud, K. Jung [17]), патологических изменений психики (E. Kraepelin, E. Bleuler [39]), рефлекторной теории (И.М. Сеченов, И.П. Павлов [46]). Методика ассоциативного эксперимента была разработана в практической психологии американскими психологами A. Rozanov и H. Kent [20].

Под ассоциативным экспериментом в психолингвистике понимается метод, направленный на изучение вербальных ассоциаций на заданные в ходе опроса слова-стимулы. При использовании ассоциативного эксперимента создаётся ситуация, в которой фиксируются фрагменты языкового сознания, отражающие идеальное содержание психического мира человека в реальный момент времени. Ассоциативный эксперимент как метод изучения языкового сознания даёт возможность определить отношение человека к тем или иным фактам окружающего мира и выявить круг его ценностей через неосознанную реакцию на конкретные понятия, например дом, семья, мир, алкоголь.

В данном исследовании использовалась методика свободного ассоциативного эксперимента, в котором испытуемым предъявлялся перечень слов, в ответ на которые им предлагалось ответить первыми, приходящими в голову, словами.

Слова-стимулы (вербальные стимулы) – это набор слов, который предназначен для выявления ответной реакции. Слова предлагаются испытуемым последовательно, чтобы им было не понятно, зачем проводится психолингвистический эксперимент. Слова-стимулы предоставляются быстро, чтобы у испытуемых не было времени на обдумывание реакции, потому что их словесные ассоциации должны быть спонтанными.

Слова-реакции – это словесно выраженные ассоциации, которые возникают как реакции на слова-стимулы. Это ментальный лексикон, в котором отражаются особенности сознания, культуры, жизненных позиций, модели поведения современного носителя языка. Благодаря словам-реакциям определяются имеющиеся в сознании связи между словами, выявляется характер их взаимодействия в различных процессах понимания, хранения и порождения речевых высказываний, они непосредственно связаны в ассоциативной вербальной сети (как способе репрезентации языкового сознания).

Полученные слова-реакции носителей языка на одно слово-стимул образуют ассоциативное поле, в котором слова, близкие по значению, объединяются в группы. Ассоциативное поле имеет ядро (реакции, имеющие наибольшее число когнитивных связей) и периферию (единичные, уникальные реакции). Оно выявляет устоявшуюся систему вербальных ассоциаций, которые являются итогом когнитивной деятельности человека, и представляет собой модель языкового сознания представителей определённой культуры. С помощью моделирования языкового сознания можно описать речевой опыт носителя языка. Ассоциативные поля содержат понятия и представления, фрагменты картины мира, мотивов и оценок, чувств и эмоций, которыми располагает память человека, отражают язык в его предречевой готовности, а также несут в себе значительную экстралингвистическую информацию. Со времени работ Е. Rosch считается, что значимое вспоминается в первую очередь [228].

Со всеми больными по единой схеме был проведён свободный ассоциативный эксперимент с ограниченным выбором: на одно слово-стимул – одно слово-реакция, всего 30 слов (ребёнок, одежда, уют, арахис, пузо, цветок,

отдых, мороз, пена, Россия, огонь, бутылка, раздражение, мост, стул, стакан, рыба, вечеринка, мужчина, баня, дверь, магазин, домино, дача, работа, пятница, сыр, компания, праздник, кружка). Предъявление слова-стимула и ответ были устными. Следующее слово-стимул предъявлялось после письменной фиксации ответа врачом.

Больным группам ПА и ВА (80) было предложено принять участие в ассоциативном эксперименте, однако часть из них была исключена: 8 отказались от продолжения исследования, 3 были выписаны досрочно. Таким образом, основной материал по данному исследованию составили 69 больных: 36 ПА (соответственно, $M_e = 33$ года и разброс 23–62) и 33 ВА (возраст $M_e = 32$ года и разброс 22–52). Среди них были женщины: 8 ПА и 8 ВА.

Все слова-стимулы – существительные в именительном падеже и единственном числе (всего 990 у ПА и 1080 у ВА). Слова-стимулы, относящиеся к алкогольной тематике, чередовались с нейтральными словами. Всем им было предъявлено 2070 слов-стимулов, из которых 1587 условно считались алкогольной тематики («бутылка», «стакан», «праздник», «кружка» и т. д.). Все данные, зафиксированные на бумажном носителе, в последующем были занесены электронную таблицу, которую преобразовали в частотную таблицу слов-реакций.

Статистическое сравнение частот слов в группах ПА и ВА производили либо попарно с помощью сравнения двух выборочных долей (z-тест для двух долей (z-testfortwoproportion)), либо на основе таблицы 2x2 с помощью χ^2 с поправкой Yates, а возрастное сравнение – с помощью критерия Манна–Уитни. Слова-стимулы и слова-реакции в тексте обозначены курсивом.

Полученные результаты представлены в таблице 4.13.

Таблица 4.13 – Слова-реакции пиво и водка на общее количество слов-стимулов

Исследуемые группы	Слова-реакции				Всего, количество слов	
	Водка, количество слов		Пиво, количество слов			
	абс	%	абс	%	абс	%
Группа ВА	14	1,3	18	1,7	32	2,9
Группа ПА	3	0,3	39	3,9	42	4,2
Всего	17	0,8	57	2,8	74	3,6

Анализ полученных результатов проводился в нескольких аспектах.

1. От стимула к «алкогольной» реакции. Это определялось по количеству слов-реакций, таких как названия алкогольных напитков и слов, связанных с употреблением алкоголя. Всего слов-реакций алкогольного содержания было 52 у ПА (5,3%) и 49 у ВА (4,5%; $p=0,272$). Статистически значимым было разделение больных по отношению к *пиву* и *водке* на слова-стимулы (таблица 11; χ^2 , $p=0,0006$). При этом ПА не были более продуктивными в сравнении ВА (42:32; $p=0,237$), но *пиво* было более частой реакцией в сравнении с *водкой* (57:17; $p=0,0001$) как у ПА (39:3; $p=0,0001$), так и у ВА (18:14; $p=0,059$).

Расчёты на основе таблицы 4.13 дают возможность перекрёстного сравнения. Соответственно, больные группы ПА существенно чаще реагировали словом *пиво*, чем больные группы ВА – словом *водка* (39:14; McNemarChi-square (A/D); $p=0,001$). Также больные ПА реже реагировали словом *водка*, чем больные ВА – словом *пиво* (3:18; $p=0,002$).

Помимо ключевых слов *водка* и *пиво* реакциями больных на слова-стимулы были также другие слова, относящиеся к процессу потребления алкоголя (*выпивка, пьянка, застолье, попойка, собутельники*; всего 10 слов-реакций), тогда как у ПА – встречались только слова *выпивка, застолье*, и в этом ВА имели статистически значимые различия с ПА (19:8; $p=0,019$).

2. От стимула к «неалкогольной» реакции. Слова, которые никак не связаны с алкоголем либо процессом его употребления, мы обозначили как «неалкогольные». Неалкогольные слова-реакции были сходными в двух группах больных. Например, на стимул *уют* частой реакцией был *дом* (10:10) и *тепло*

(8:5), на *мороз – холод (холодно)* (13:12), на *мужчину – женщина* (11:17), на *дачу – отдых (отдыхать)* (14:11), на *магазин – продукты* (18:15), статистических различий между группами ПА и ВА не было ($p > 0,05$).

3. От «алкогольной» реакции к слову-стимулу. Иначе говоря, какие стимулы вызвали алкогольные реакции, и прежде всего наиболее частые слова-реакции: *пиво* и *водка*. Как группа ПА, так и группа ВА реагировали словом *водка* только на два стимула (*бутылка* и *стакан*) с разницей в частоте. Состав стимулов, провоцировавших *пиво*, был представлен большим количеством слов, особенно у ПА (12:7; $p = 0,162$). В качестве стимулов лидировали *кружка* (8:6), *пузо* (10:4) и *бутылка* (7:2). А такие провокативные стимулы, как *пена* и *баня*, редко давали реакцию словом *пиво* (2:1 и 1:1), без значимых статистических различий.

Как показало исследование, больные АЗ редко реагировали на слова алкогольной тематики: 4,7% в группе ПА и в группе ВА. Такой низкий уровень ответов может быть связан с тем, что исследование проводилось после купирования СОА, когда синдром ПВА был менее выражен.

Главное, наиболее значимое различие ПА и ВА состояло в различии частот слов-реакций *водка* и *пиво* (см таблицу 4.13) в соответствии с принадлежностью к ПА или ВА. Скорее всего, это различие есть отражение образа жизни и частоты употребления того или другого напитка. Иначе говоря, скорее различие есть отражение привычки, а не потребности. Возможно также влияние лингвистической нагрузки. Об этом может свидетельствовать то, что ВА продуцировали *пиво* также часто, как и *водка* (18:14).

Важно, что за пределами ключевых слов (*водка* и *пиво*) ПА и ВА практически не различались: ни по предъявляемым алкогольным словам в целом, ни по составу слов-стимулов, ни по неалкогольным реакциям.

Таким образом, по данным ассоциативного эксперимента также не получено каких-либо различий между больными из группы ПА и ВА.

Совокупность результатов проведённых 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 и сохранялся в результате этих же обстоятельств или привычки, а если и менялся, то в связи со сменой внешних или других условий.

4.3. Клинико-катамнестическое исследование больных с алкогольной зависимостью с преимущественным употреблением пива или водки

В течение десяти лет клинико-катамнестического наблюдения большая часть больных продолжили своё участие в данном исследовании.

Для изучения динамики изменений клинической картины больных АЗ исследовали две группы больных (ПА и ВА). Из 80 больных, обследованных в 2010–2012 годах, через десять лет 65 (81,25%) больным было предложено продолжить участие в исследовании, у остальных клинические и анамнестические данные получить было невозможно (сменили место жительства и т. д.).

При клинико-катамнестическом исследовании сохранился сопоставимый возрастной и гендерный состав больных из групп ПА и ВА, различий по данным показателям выявлено не было ($p > 0,05$) (см. таблицу 4.14).

Медианный возраст обследуемых при катамнестическом обследовании — 42 года (при первичном обследовании — соответственно 33,0 и 32,5).

Таблица 4.14 – Возраст и гендерная принадлежность на период клинико-катамнестического исследования

Возраст	До 30 лет		31–40 лет		41–50 лет		51–59 лет		60 и старше		Итого	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Мужчины	0	0	21	32,3	19	29,2	10	15,3	3	4,6	53	81,5
Женщины	0	0	7	10,8	2	3,1	2	3,1	1	1,5	12	18,5
Общее количество	0	0	28	43,1	21	32,3	12	18,5	4	6,2	65	100

При катамнестическом обследовании участие в исследовании продолжили 23 больных из группы ПА и 30 больных из группы ВА. Остальные больные отказались от обследования. Среди них половина больных свой отказ мотивировали своей «занятостью», хотя сообщили, что периодически продолжают употреблять алкоголь.

Таким образом, большинство из обследуемых 53/81,5%, которые продолжили участие в исследовании, на протяжении 10-летнего катамнестического периода сохранили приверженность к преимущественному употреблению ранее выбранного спиртного напитка.

Для исследования клинико-динамических особенностей АЗ с преимущественным употреблением пива или водки при клинико-катамнестическом исследовании были обследованы только больные, которые сохранили приверженность к ранее выбранному виду алкогольного напитка: в группе ПА – 23 больных, в группе ВА – 30 больных, всего 53 больных.

По результатам 10-летнего катамнестического наблюдения по мере развития АЗ у больных ПА и ВА наблюдалось достоверное увеличение значения аддиктивной мотивации (с 32,5% до 52,2% и с 30,0% до 56,7%), увеличение атарактической в группе ВА (с 20,0% до 23,3%) при снижении в группе ПА (с 25,0% до 21,7%), а субмиссивная, субкультуральная (с 17,5% до 13,0% и с 20,0% до 6,7%), гедонистическая мотивация (с 15,0% до 8,7% и с 17,5% до 10%) и мотивация гиперактивации (с 10,0% до 4,3% и с 12,5% до 3,3%) снижались. При этом в обеих группах исследования употребление алкоголя достоверно чаще было связано с аддиктивной **мотивацией** (52,2% и 56,7%), достоверно реже – с атарактической 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 (Таблица 4.15).

Таблица 4.15 – Мотивация употребления алкоголя

Мотивация	Группа ПА					Группа ВА				
	2010–2011		2020		p	2010–2011		2020		p
	абс	%	абс	%		абс	%	абс	%	
Атарактическая	10	25,0	5	21,7	<0,05	8	20,0	7	23,3	<0,05
Аддиктивная	13	32,5	12	52,2	0,0250	12	30,0	17	56,7	0,018
Субмиссивная и субкультуральная	7	17,5	3	13,0	-	8	20,0	2	6,7	-
Гедонистическая	6	15,0	2	8,7	-	7	17,5	3	10	-
Гиперактивации	4	10,0	1	4,3	-	5	12,5	1	3,3	-

Суточная толерантность в группе ПА увеличилась с 0,12 л этанола при первичном исследовании до 0,16 л при катамнестическом обследовании, а в группе ВА сохранилась на уровне 0,20 л чистого этанола, различия по данному показателю между группами ПА и ВА достоверно значимы ($p=0,05$) (Таблица 4.16).

Таблица 4.16 – Суточная толерантность к алкоголю

Клинический параметр	Группа ПА			Группа ВА		
	2010-2011, л	2020, л	p	2010-2011, л	2020, л	p
Суточная толерантность	0,12	0,16	0,012	0,2	0,2	>0,05

По результатам 10-летнего катамнестического наблюдения изменилась **тяжесть состояния алкогольного опьянения**: в группе ПА увеличилась доля больных с опьянением лёгкой степени тяжести (с 25,0% 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). (Таблица 4.17).

Таблица 4.17 – Тяжесть состояния алкогольного опьянения

Тяжесть опьянения	Группа ПА				Группа ВА			
	2010–2011		2020		2010–2011		2020	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Лёгкая степень	10	25	9	30,4	5	12,5	3	6,7
Средняя степень	25	62,5	14	60,9	20	50	19	63,3
Тяжёлая степень	5	12,5	3	13,0	15	37,5	9	30,0

Одновременно увеличилось число больных с **изменёнными (атипичными) формами алкогольного опьянения** с 61,25% при первичном обследовании до 79,24% при повторном ($p=0,0362$). При этом у больных из группы ПА достоверно чаще увеличилось число больных с *гипостеническим вариантом астенической формы опьянения* (с 10,0% до 34,8%), а у больных из группы ВА – с *гиперстеническим вариантом астенической формы* (с 27,5% до 53,3%). Также увеличилась доля всех других форм атипичного опьянения между первичным и катamnестическим обследованием (Таблица 4.18).

Таблица 4.18 – Формы опьянения при катamnестическом наблюдении

Форма опьянения	Группа ПА					Группа ВА				
	2010–2011		2020		p	2010–2011		2020		p
	абс	%	абс	%		абс	%	абс	%	
Простая	19	47,5	6	26,1	>0,05	11	27,5	5	16,7	>0,05
Гиперстенический вариант астенической формы	9	22,5	5	21,7	>0,05	11	27,5	16	53,3	0,05
Депрессивный вариант	8	20,0	4	17,3	>0,05	6	15,0	4	13,3	>0,05
Гипостенический вариант астенической формы	4	10,0	8	34,8	<0,001	7	17,5	4	13,3	>0,05
Эпилептоидная форма	0	0	0	0	-	5	12,5	2	6,67	>0,05

Длительность запоев за десять лет катamnестического наблюдения увеличилась в основном у больных из группы ПА (медиана 7 дней), в отличие от больных из группы ВА (медиана 14 дней), и была достоверно короче. При этом частота возникновения запоев в среднем составила в обеих группах один раз в полтора года, как и при первичном обследовании (Таблица 4.19).

Таблица 4.19 – Длительность запоев при катамнестическом наблюдении

Запой	Группа ПА			Группа ВА		
	2010–2011г., медианна (дни)	2020 г., медиана (дни)	р	2010–2011, медиана (дни)	2020 г., медиана (дни)	р
Длительность	5	7	0,0261	14	14	0,998

За десятилетний период наблюдения в группе больных ПА увеличилось число больных с запойными формами пьянства (с 67,5% до 78,2%, $p=0,0214$) при снижении доли больных с перемежающимся пьянством (с 32,5% до 21,7%, $p<0,05$). В группе ВА также увеличилось число лиц с запоями (с 90,0% до 93,3%) при уменьшении числа лиц с перемежающимся пьянством (с 10,0% до 6,7%, $p<0,05$). При этом и при первичном, и при клинико-катамнестическом исследовании в группах ПА и ВА преобладали больные с запоями (соответственно 90,0% и 67,5%) (табл. 4.20) ($p<0,05$).

Таблица 4.20 – Характеристика запоев при катамнестическом наблюдении

Запой	Группа ПА				Группа ВА			
	2010–2011		2020		2010–2011		2020	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Истинные	13	32,5	7	30,4	28	70,0	25	83,3
Псевдозапой	14	35,0	11	47,8	8	20,0	3	10,0
Смешанное	13	32,5	5	21,7	4	10,0	2	6,7

В течение десяти-летнего катамнестического наблюдения в обеих группах исследования кратно увеличилось число лиц с тотальной амнезией состояния алкогольного опьянения: в группе ПА с 7,5% до 30,4%; в группе ВА с 22,5% до 43,3%. Доля лиц с алкогольными палимпсестами увеличилась только в группе ПА (с 32,5% до 47,8%). Среди больных группы ВА число лиц с палимпсестами уменьшилось с 42,5% до 23,3% (Таблица 4.21).

За период катамнестического наблюдения изменилась **клиническая картина СОА**. У больных из группы ПА его продолжительность с двух дней увеличилась до трех дней, а в группе ВА – с трех дней до четырех.

Оценка тяжести СОА по шкале CIWA-Ar при катамнестическом исследовании показала, что все у больных из группы ВА СОА всегда был более тяжёлым по сравнению с аналогичными вариантами СОА у больных из группы ПА, однако заметных изменений в степени тяжести СОА не наблюдалось (21 балл в группе ПА и 23 в группе ВА, между группами имелись статистически достоверное различие, $p < 0,05$).

Таблица 4.21 – Амнезии опьянения

Амнезии опьянения	Группа ПА					Группа ВА				
	2010–2011		2020–2021		p	2010–2011		2020–2021		p
	абс	%	абс	%		абс	%	абс	%	
палimpseсты	13	32,5	11	47,8	>0,05	17	42,5	7	23,3	>0,05
тотальные амнезии	3	7,5	7	30,4	0,0059	9	22,5	13	43,3	0,0046

В обеих группах исследования произошло увеличение числа больных с СОА церебральной (у ПА с 5,0% до 13,0%; у ВА с 17,5% до 43,4%) и психопатологической (в ПА с 5,0% до 8,7%; у ВА с 10,0% до 20,0%) формой. Одновременно уменьшилась доля больных с нейровегетативной (в ПА с 62,5% до 56,5%; в ВА с 40,0% до 20,0%) и висцеральной (в ПА с 27,5% до 21,7%; в ВА с 32,5% до 16,6%) формой СОА. Вследствие этого произошло изменение в клинической структуре СОА. Если при первичном исследовании в обеих группах исследования чаще наблюдался СОА нейровегетативной формы (в ПА 62,5%; в ВА 40,0%), то при клинико-катамнестическом исследовании в группе ПА также достоверно чаще наблюдался СОА нейровегетативной формы, а в группе ВА преобладающим стал церебральный вариант СОА (43,4%) (Таблица 4.22).

В период катамнестического наблюдения по наличию эпизиндрома в постабстинентном состоянии различий между группами ПА и ВА не было. За

катамнестический период эписиндром отмечался у 13,3% больных группе ПА и у 16,7% больных в группе ВА ($p>0,05$).

Таблица 4.22 – Клиническая структура СОА

Клинические особенности СОА		Группа ПА					Группа ВА				
		2010–2011		2020		p	2010–2011		2020		p
		абс	%	абс	%		абс	%	абс	%	
Клинические варианты	Нейровегетативный	25	62,5	13	56,5	>0,05	16	40,0	6	20,0	>0,05
	Висцеральный	11	27,5	5	21,7	>0,05	13	32,5	5	16,6	>0,05
	Церебральный	2	5,0	3	13,0	>0,05	7	17,5	13	43,4	0,004
	Психопатологический	2	5,0	2	8,7	>0,05	4	10,0	6	20,0	>0,05

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

Наличие **суицидальных мыслей** в состоянии опьянения отмечено у 30,4% больных группы ПА и 30% больных групп ВА. У 8,7% из группы ПА и 16,7% ВА больных они сопровождалась нанесением самопорезов и демонстративными попытками повешения в состоянии опьянения, при клинико-динамическом наблюдении в сравнении с первичным обследованием различий не выявлено, доля больных с суицидальными мыслями, как и при первичном обследовании, составила 30% в каждой группе ($p>0,05$).

При первичном исследовании в 2010-2011 годах по результатам обследования врачом-терапевтом и врачом-неврологом только у одного больного из 80 обследованных не было обнаружено соматических и неврологических заболеваний. У всех остальных больных были диагностированы различные и нередко комплекс соматических и неврологических заболеваний, в том числе алкогольной этиологии (Таблица 4.23). Соматоневрологический статус пациентов обеих групп исследования определялся заболеваниями алкогольной этиологии (алкогольный гепатит, алкогольная кардиомиопатия, алкогольный панкреатит,

алкогольная полиневропатия, токсическая энцефалопатия) при достоверно меньшей нагрузке так называемыми неинфекционными заболеваниями, причинно-следственная связь развития которых с хронической алкогольной интоксикацией и АЗ не столь прямолинейна (церебральный атеросклероз, хронический бронхит, язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, хронический холецистит, остеохондроз позвоночника).

Таблица 4.23 – Соматические и неврологические заболевания

Заболевания (код по МКБ-10)	Группа ПА			Группа ВА		
	2010– 2011, %	2020– 2021, %	P	2010– 2011, %	2020– 2021, %	P
Алкогольный гепатит (K 70.1)	70	74	0,028	85	87	0,043
Токсическая энцефалопатия (G 92)	58	61	0,008	73	77	0,028
Алкогольная кардиомиопатия (I 42.6)	38	39	0,018	33	33	>0,05
Алкогольная полиневропатия (G62.9)	15	17	0,179	28	33	0,151
Алкогольный панкреатит (K86.0)	5	17	0,179	8	17	0,179
Артериальная гипертензия (I 10)	15	17	0,179	8	13	>0,05
Хронический бронхит (J42)	10	13	0,068	10	17	>0,05
Язвенная болезнь желудка (K 25)	5	9	-	3	7	-
Язвенная болезнь 12-ной кишки (K27)	13	13	>0,05	3	3	-
Хронический холецистит (K81.1)	5	4	-	0	3	-
Хронический гастрит (K29.3)	5	4	-	3	3	-
Остеохондроз позвоночника (M 42.1)	5	9	-	8	7	-

Примечание: проценты округлены до целых значений.

По результатам десяти летнего клинико-катамнестического наблюдения в обеих группах наблюдения наблюдалось увеличение показателей по всем заболеваниям алкогольной этиологии:

- алкогольный гепатит (в группе ПА с 70 до 74%; $p=0,028$; в группе ВА с 85 до 87%; $p=0,043$),
- алкогольный панкреатит (в группе ПА с 5 до 17%; $p=0,179$; в группе ВА с 8 до 17%; $p=0,179$),

- алкогольная полиневропатия (в группе ПА с 15 до 17%; $p=0,179$; в группе ВА с 28 до 33%; $p=0,151$),
- токсическая энцефалопатия (в группе ПА с 58 до 61%; $p=0,008$; в группе ВА с 73 до 77%; $p=0,028$),
- в группе ПА увеличилась доля больных с алкогольной кардиомиопатией (с 38 до 39%; $p=0,018$), в отличие от группы ВА.

Среди заболеваний «неалкогольной» этиологии уровень и структура заболеваемости сохранились, изменения не имели достоверной статистической значимости.

Увеличение за десяти-летний период клинико-катамнестического наблюдения заболеваемости по алкогольному гепатиту в группе ПА сопровождалось увеличением показателей трансаминаз (АСТ, АЛТ, ГГТ) (табл. 4.24), что отражало нарастание тяжести алкогольного поражения печени. При этом в пределах нормы увеличился показатель глюкозы ($p=0,001$) и снизился уровень холестерина ($p=0,033$), что ранее уже было описано у потребителей пива [152, 210, 227]. Статистически достоверных различий в таких показателях, как общего билирубина, общего белка, выявлено не было ($p>0,05$).

Таблица 4.24 – Результаты лабораторных исследований

Показатели	Группа ПА 23 б/х медианна			Группа ВА 30 б/х медианна		
	2010–2011	2020–2021	P	2010–2011	2020–2021	P
АСТ, Ед/л	40,0	55,0	0,073	53,0	57,0	0,056
АЛТ, Ед/л	43,0	57,0	0,036	44,0	55,0	0,157
ГГТ, Ед/л	92,0	114,1	0,044	98,0	105,0	0,136
Общ. билирубин, мкмоль/л	9,4	10,8	0,722	11,6	10,7	0,498
Глюкоза, ммоль/л	4,6	4,9	0,009	4,7	4,4	0,638
Холестерин, ммоль/л	5,6	5,0	0,033	5,0	5,7	0,009
Белок, г/л	70,7	75,1	0,093	74,0	75,3	0,202

В группе ВА за катамнестический период динамика показателей печеночных ферментов (ГГТ, АСТ, АЛТ), глюкозы, общего билирубина – без значимых статистических различий ($p > 0,05$), но отмечено достоверно значимое увеличение общего холестерина крови ($p = 0,009$), что характерно для больных с высокой толерантностью к алкоголю [33].

Больные группы ПА в сравнении с группой ВА за десятилетний период реже получали травмы, требующие медицинской помощи в состоянии опьянения (медиана составила 2 и 4, $p = 0,047$).

В течение десяти лет катамнестического наблюдения большинство обследованных без достоверной разницы по группам исследования **обращались за наркологической помощью** (в ПА 78,3%; в ВА 83,3%, $p = 0,9096$). Больные из группы ПА обращались за наркологической помощью достоверно реже (в среднем в ПА 3,5 раза, в ВА 6 раз ($p = 0,011$), так, максимальное количество обращений в группе ПА 10, а в группе ВА 28.

Больные группы ПА чаще включались в программы медицинской реабилитации (соответственно по группам 11,1% и 4,0%) и чаще включались в программы амбулаторной терапии (соответственно 16,7% и 8,0%).

По результатам проведённого лечения максимальная **длительность ремиссии** АЗ в группе ПА после проводимого лечения составила 2 года (верхний квартиль 2, нижний квартиль 3), максимальная – 7 лет. В группе ВА продолжительность ремиссий АЗ составила 5 лет, медианное значение – один год (верхний квартиль 1, нижний квартиль 2) (Таблица 4.25).

Таблица 4.25 – Обращение больных за наркологической помощью

Показатель	Группа ПА 2010–2011 по 2020 г.		Группа ВА 2010–2011 по 2020 г.		p
	абс	%	Абс	%	
Процент больных, обратившихся за наркологической помощью	18	78,3	25	83,3	0,909

Продолжение таблицы 4.25

Показатель		Группа ПА 2010–2011 по 2020 г.		Группа ВА 2010–2011 по 2020 г.		р
		абс	%	Абс	%	
Объём терапевтической помощи (% от количества госпитализаций)	Детоксикация	13	72,2	22	88,0	0,4789
	Реабилитационные программы	2	11,1	1	4,0	0,7670
	Амбулаторное лечение	3	16,7	2	8,0	0,1271

За время катamnестического наблюдения при исследовании ИТЗ у больных двух групп ПА и ВА различия по тяжести возникающих проблем в результате употребления алкоголя между группами сохранились, а динамика при клинико-катamnестическом наблюдении имела статистически достоверные различия. В группе ПА различия были выявлены в шкалах «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» (Таблица 4.26).

Таблица 4.26 – Оценка тяжести зависимости, показатели суммарных баллов за катamnестический период

Шкалы ИТЗ (6)	Группа ПА, Суммарные баллы* медиана			Группа ВА, Суммарные баллы* медиана		
	2010– 2011	2020– 2021	Р	2010– 2011	2020– 2021	Р
Состояние физического здоровья	0,3056	0,3624	0,0114	0,4000	0,4733	0,0147
Работа и материальная поддержка	0,5539	0,5619	0,1538	0,6082	0,6341	0,0384
Употребление алкоголя	0,4477	0,5176	0,0375	0,5547	0,5611	0,2123
Совершённые правонарушения	0,0100	0,0100	0,8767	0,0150	0,0172	0,7668
Семейное и социальное положение	0,3367	0,3422	0,2479	0,4567	0,5137	0,0357
Состояние психического здоровья	0,2879	0,3312	0,04336	0,3112	0,3941	0,0471

Примечание: расчёт суммарных баллов в ИТЗ проводился в соответствии с рекомендациями на www.tresearch.org.

Таким образом, клинико-катамнестическое наблюдение над больными АЗ с преимущественным употреблением пива или водки показало, что АЗ у них имела много различий.

- Суточная толерантность к алкоголю в группе ПА увеличилась (с 0,12 л до 0,16 л), а в группе ВА сохранилась на прежнем уровне (0,20 л чистого этанола).

- Изменение тяжести состояния опьянения: в группе ПА увеличилось число больных с опьянением лёгкой (с 25,5% до 30,4%) степени тяжести, а у больных ВА – со средней степенью тяжести опьянения (с 50,0% до 63,3%).

- Увеличение изменённых форм алкогольного опьянения в обеих группах (с 61,25% до 79,24%; $p=0,0362$): в группе ПА – за счёт достоверного увеличения больных с гипостеническим вариантом астенической формы опьянения (с 10,0% до 34,8%), а в группе ВА – за счёт увеличения доли гиперстенического варианта астенической формы опьянения (с 27,5% до 53,3%).

- Изменение клиники запоев: а) увеличение их длительности, при этом у больных из группы ПА они достоверно короче (медиана 7 дней) по сравнению с группой ВА (медиана 14 дней); б) частота не изменилась: в обеих группах в среднем один раз в полтора года, как и при первом обследовании; в) при первичном и при катамнестическом исследовании в группах ПА и ВА преобладали больные с запоями (90,0%, 93,3 в группе ВА и 67,5%, 78,2% соответственно) ($p<0,05$).

- Изменение числа лиц с амнезиями опьянения: а) увеличение числа лиц с тотальной амнезией 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%.

- Изменение клиники СОА: а) продолжительность СОА у больных из группы ПА увеличилась с двух дней до трех дней, а в группе ВА – с трех дней до четырех; б) изменений в степени тяжести СОА не произошло; в) изменение клинической структуры СОА за счёт увеличения доли СОА 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 СОА; г) изменение клинической структуры СОА по группам исследования: если при первичном исследовании в обеих группах исследования чаще наблюдался СОА нейровегетативной формы (в ПА 62,5%; в ВА 40,0%), то при катамнестическом исследовании в группе ПА также достоверно чаще наблюдался СОА нейровегетативной формы, а в группе ВА преобладающим стал церебральный вариант СОА (43,4%).

- В обеих группах ПА и ВА отмечено увеличение доли больных с заболеваниями алкогольной этиологии (алкогольный гепатит, токсическая энцефалопатия, алкогольный панкреатит, алкогольная кардиомиопатия), но в группе ПА отмечено более тяжёлое поражение печени, что проявлялось высокими показателями печёночных ферментов в сравнении с группой ВА.

- В группе ПА за катамнестический 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 ПА реже обращались за наркологической помощью, 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 два года (максимальная – семь лет), в группе ВА – максимальная длительность ремиссии пять лет, медианное значение – один год.

- Динамика изменений ИТЗ 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 ИТЗ в группе ПА достоверно ниже в сравнении с группой ВА.

Достоверных различий между группами ПА и ВА не было выявлено в характеристике мотивации и количестве алкогольных психозов.

- По мере развития АЗ у больных ПА и ВА наблюдалось достоверное увеличение аддиктивной мотивации употребления алкоголя при снижении значения атактической, 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.

- Достоверной динамики по изменению числа лиц с алкогольными психозами не выявлено: у больных ПА при первичном и катамнестическом исследовании они наблюдались соответственно у 5% и 2/8,7% больных, а в группе ВА — у 12,5% и 4/13,3%.

4.4. Динамика социального функционирования больных групп с преимущественным употреблением пива или водки

Клиническая картина АЗ, её динамика неразрывно связаны с социальным маршрутом больных.

В исследовании, проводимом в 2011–2012 годах, между группами ПА и ВА не было выявлено значимых различий по семейному положению (см. глава 2).

В течение десяти лет катамнестического наблюдения среди больных группы ПА отмечается улучшение семейного статуса за счёт увеличения количества

больных, которые либо вступили в брак, либо состояли в так называемом гражданском браке (с 35,0% до 52,2%, с 7,5% до 17,4%), и уменьшения процента больных, которые не состояли в браке. Среди больных группы ВА в семейном статусе отмечалась негативная динамика за счёт увеличения процента больных, которые не состояли в браке, и также выросло количество вдовцов и вдов (с 17,5% до 40,0%, с 5% до 10%) (Таблица 4.27).

Таблица 4.27 – Семейное положение при катамнестическом наблюдении

Семейное положение	Группа ПА					Группа ВА				
	2010–2011		2020		p	2010–2011		2020		p
	абс	%	абс	%		абс	%	абс	%	
Женат/замужем	14	35	12	52,2	0,035	13	32,5	6	20,0	>0,05
«Гражданский брак»	3	7,5	4	17,4	>0,05	4	10,0	3	10,0	>0,05
Вдова/вдовец	2	5	1	4,3	>0,05	2	5,0	3	10,0	>0,05
Развод	11	27,5	5	21,7	>0,05	13	32,5	6	20,0	>0,05
Не женат/ не замужем	10	25,0	1	4,3	0,044	7	17,5	12	40,0	0,0029

За период катамнестического наблюдения родственники больных в группе ПА стали чаще высказывать неодобрительное отношение к употреблению алкоголя обследуемыми (с 37,5% до 60,9%) либо стали активно противодействовать употреблению алкоголя (с 2,5% до 13,0%). Среди больных группы ВА увеличилось количество родственников, которые активно противодействовали употреблению алкоголя (с 35,0 % до 56,7%), также увеличилось количество родственников, которые злоупотребляли алкоголем сами (с 2,5% до 10,0%) либо высказали индифферентное отношение к употреблению алкоголя (с 10,0% до 13,3%) (Таблица 4.28).

Таблица 4.28 – Семейная ситуация при катamnестическом наблюдении

Семейная ситуация	Группа ПА					Группа ВА				
	2010–2011		2020		p	2010–2011		2020		p
	абс	%	абс	%		абс	%	абс	%	
Активное противодействие	1	2,5	3	13,0	>0,05	1	35,0	18	60,0	0,05
Неодобрительное	15	37,5	14	60,9	0,0782	21	52,5	6	20,0	0,064
Индифферентное	20	50,0	4	17,4	0,0149	4	10,0	3	10,0	>0,05
Злоупотребляют алкоголем сами	4	10,0	3	13,0	>0,05	1	2,5	3	10,0	>0,05

Более половины – больных к периоду катamnестического наблюдения имели средне-специальное образование. Процент больных со средне-специальным образованием в группе ПА — без значимой динамики, а в группе ВА увеличился с 57,5% до 60,0%. Также отмечено уменьшение доли больных с высшим образованием (с 20,0% до 17,3% и с 15,0% до 10,0%) и увеличение доли лиц, имеющих полное среднее образование (с 12,5% до 17,3% и с 12,5% до 16,7%) (Таблица 4.29).

Таблица 4.29 – Образование при катamnестическом наблюдении

Образование	Группа ПА					Группа ВА				
	2010–2011		2020		p	2010–2011		2020		p
	абс	%	абс	%		абс/	%	абс	%	
Незаконченное среднее	3	7,5	1	4,3	-	3	7,5	2	6,7	-
Среднее	5	12,5	4	17,3	0,0080	5	12,5	5	16,7	0,0005
Средне-специальное	21	52,5	12	52,1	0,2300	23	57,5	18	60,0	0,0013
Незаконченное высшее	3	7,5	1	4,3	-	3	7,5	2	6,7	-
Высшее	8	20,0	4	17,3	0,0543	6	15	3	10,0	0,0008

Большая часть больных, как и прежде (84%) проживали в отдельной квартире. Больные двух групп сообщили, что заинтересованы в профессиональной и семейной устойчивости; интерес к самообразованию, увлечениям, физическим упражнениям был снижен.

Важным аспектом социальной адаптации является наличие постоянного дохода и работы. На протяжении последних десяти лет больные часто меняли места работы в связи с увольнениями, медианное значение количества увольнений увеличилось в группе ПА с 4 до 6, а в группе ВА – с 6 до 9, при этом имелись статистически значимые различия между двумя группами ($p=0,05$) (Таблица 4.30).

Таблица 4.30 – Количество увольнений при катамнестическом наблюдении

Количество увольнений	Группа ПА			Группа ВА		
	2010–2011, медиана	2020, медиана	p	2010–2011, Медиана	2020, медиана	p
Количество увольнений, медиана	4	6	0,0234	6	9	0,0110

За катамнестический период в группе ПА отмечалось увеличение количества больных, имеющих постоянную работу (с 40,0% до 52,2%), в группе ВА увеличилось количество безработных больных (с 50,0% до 73,3%), а также в обеих группах увеличился процент больных, находящихся на пенсии (с 2,5% до 6,7%), значимых различий не выявлено.

Увеличение процента работающих по полученной специальности при катамнестическом наблюдении в группах ПА и ВА (27,5 до 30,4 и 17,5 до 20,0) не имело значимых статистических различий ($p>0,05$), остальные имели работу, не требующую высокой квалификации (Таблица 4.31).

Таблица 4.31 – Трудовой статус при катамнестическом наблюдении

Трудовой статус	Группа ПА					Группа ВА				
	2010–2011,		2020,		p	2010–2011,		2020,		p
	абс	%	абс	%		абс	%	абс	%	
Не учится и не работает	21	52,5	8	34,8	0,0543	20	50,0	22	73,3	0,0376
Учится	2	5	0	0	-	1	2,5	0	0	-
Работает	16	40,0	12	52,2	0,0464	18	45,0	6	20,0	0,0046
На пенсии	1	2,5	3	13,0	-	1	2,5	2	6,7	-
Работали по полученной специальности	11	27,5	7	30,4	0,4414	7	17,5	6	20,0	0,0550

Также за катамнестический период в обеих группах увеличилось количество больных, имеющих судимость: в группе ПА с 10,0% до 17,3%, а в группе ВА с 10% до 16,7% (Таблица 4.32). Максимальное количество судимостей у одного больного: в группе ПА – две судимости, а в группе ВА – четыре судимости.

Таблица 4.32 – Количество судимостей при катамнестическом наблюдении

Параметр	Группа ПА					Группа ВА				
	2010-2011		2020		p	2010-2011		2020		p
	абс	%	абс	%		абс	%	абс	%	
Количество больных, имеющих судимость	4	10	4	17,3	0,0035	4	10	5	16,7	0,0002

Таким образом, клинико-катамнестическое наблюдение над больными АЗ с преимущественным употреблением пива или водки показало, что их социальный маршрут различался:

- В социальном плане больные ПА были более сохранными, в отличие от ВА они реже меняли места работы.
- У больных ПА потребление пива было более терпимым для их родственников и их социального окружения.
- В группах ПА и ВА отмечалось уменьшение доли больных с высшим образованием (с 20,0% до 17,3% и с 15,0% до 10,0%) и 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 браке и в незарегистрированном (гражданском) браке (с 35,0% до 52,2%, с 7,5% до 17,4%), а среди больных группы ВА, наоборот, увеличился процент больных, которые не состояли в браке, и также вдовцов и вдов (с 17,5% до 40,0%, с 5% до 10%).

- В группе ПА увеличилось количество больных, имеющих работу (с 40,0% до 52,2%), в группе ВА увеличилось количество безработных больных (с 50,0% до 73,3%).

- Увеличилось количество увольнений: медианное значение в группе ПА увеличилось с 4 до 6, а в группе ВА – с 6 до 9, при этом имелись статистически значимые различия между двумя группами ($p < 0,05$).

Без достоверной разницы по группам исследования увеличился процент больных, работающих по полученной специальности (с 27,5% до 30,4% и с 17,5% до 20,0%; $p > 0,05$).

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

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В соответствии с гипотезой, что АЗ имеет клинико-динамические особенности в зависимости от вида употребляемого алкогольного напитка, и по аналогии с различными видами наркотической зависимости целесообразно деления АЗ по типу потребляемого алкогольного напитка, была сформулирована цель исследования - изучение актуальности и целесообразности деления АЗ по видам употребляемого алкогольного напитка на основе определения клинико-динамических особенностей АЗ у лиц с преимущественным употреблением пива или водки. В соответствии с данной целью исследования и сформулированными к ней задачами был разработан дизайн исследования, который включал три последовательных этапа.

На первом этапе на материале сплошного исследования методом структурированного интервью 412 больных АЗ, которые в период с 2010 по 2012 год поступили на стационарное лечение по поводу СОА в ГБУЗ «МНПЦН ДЗ г. Москвы», была изучена структура употребляемых спиртных напитков. Среди обследованных больных было 66 женщин (16%) и 346 мужчин (84%) в возрасте от 18 до 73 лет (Me=44 года; МКР=35–53 года).

Все больные употребляли несколько видов спиртных напитков (водку, вино, пиво, коньяк, шампанское, самогон, коктейли и др.), но у большинства из них было выявлено преобладающее употребление какого-либо одного вида алкоголя. Это устанавливалось по соотношению объемов и частоты употребления различных видов алкоголя. Суточные дозы вида алкоголя, преобладающего при его систематическом употреблении, пересчитывались в литры чистого этанола в соответствии с коэффициентами Госкомстата-Росстата (коэффициент алкогольного напитка умножался на суточную дозу алкоголя в литре (пример: коэффициент водки (0,4) умножается на суточную дозу в литры). Преобладающим признавался вид алкоголя и соответственно этому тип АЗ, если в структуре систематического употребления алкоголя 75% и более приходилось на употребление данного вида алкоголя.

Все больные были систематизированы по преимущественному употреблению вида алкогольного напитка: больные АЗ с преимущественным употреблением водки (305; 74%), с преимущественным употреблением пива (40; 9,7%), вина и коньяка (по 13; 3,2%), алкогольных коктейлей (10; 2,4%). Если преобладание одного вида алкоголя не удавалось выявить, больной относился в группу «смешанного» потребления (7,5%). Таким образом, среди лиц, которые обращаются за стационарным лечением по поводу СОА, преобладали больные АЗ 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.

На **втором этапе** для сравнения клинико-динамических особенностей АЗ с преимущественным употреблением пива или водки из 412 больных, обследованных на первом этапе исследования, было отобрано 40 больных с преимущественным потреблением пива (группа ПА) и 40 больных с преимущественным потреблением водки (группа ВА). Для исключения влияния на клиническую картину АЗ всех других клинических и внеклинических факторов кроме вида спиртного напитка, каждому больному из группы ПА подбирался аналогичный по полу и возрасту больной в группу ВА.

Сравнительный клинико-динамический анализ больных из группы ПА и ВА показал, что АЗ у них сохраняла общие для синдрома зависимости от ПАВ клинико-динамические закономерности, но имела клинические особенности.

- При сохранении общих клинико-динамических закономерностей АЗ с преимущественным употреблением пива или водки имела специфические клинические особенности.

- На средней стадии АЗ, в сравнении систематическим этапом употребления алкоголя, в группе ПА увеличилась доля больных с алкогольным опьянением средней степени тяжести (с 40% до 62,5%), а в группе ВА - увеличилась доля больных с опьянением тяжёлой степени (с 10,0% до 37,5%), ($p < 0,05$).

- На всех этапах формирования АЗ уровень толерантности к алкоголю у больных из группы ПА был ниже, чем у больных из группы ВА (на этапе

систематического употребления 0,05 и 0,08 ($p=0,041$), на начальной стадии 0,1 и 0,14 ($p=0,037$), на средней стадии 0,12 и 0,2 ($p=0,01$)).

- На средней стадии АЗ у большей части больных произошло изменение клинической структуры состояния алкогольного опьянения (61,25%) с формированием его изменённых форм: а) гиперстенический вариант астенической формы атипичного алкогольного опьянения (группа ПА – 22,5%; группа ВА – 27,5%); б) депрессивная форма (группа ПА – 20,0% и группа ВА – 17,5%); в) гипостенический вариант астенического алкогольного опьянения (в группе ПА – 10,0% и 17,5% в группе ВА); г) эпилептоидная форма наблюдалась только у больных из группы ВА (12,5%). У больных из группы ПА формирование изменённых форм опьянения происходит достоверно реже, чем в группе ВА (30/75,0% vs 21/52,5%, $p=0,0310$).

- Отличие по клинической структуре СОА: у больных ПА чаще наблюдался нейровегетативный вариант СОА, у больных из группы ВА – церебральный и психопатологический вариант СОА ($p=0,0482$).

- Отличие по степени тяжести СОА по шкале CIWA-Ar: все клинические варианты СОА у больных из группы ПА были менее тяжелыми (медиана 21 балл) по сравнению с аналогичными вариантами СОА у больных из группы ВА (медиана 23 балла) ($p < 0,05$).

- В психопатологической структуре ПВА (первичного и вторичного) у больных ПА преобладали идеаторные и нейровегетативные нарушения при минимальной выраженности аффективных и поведенческих расстройств, а у больных ВА – аффективное и поведенческое нарушения.

- У больных ПА чаще наблюдалось перемежающееся пьянство (32,5% в группе ПА и у 10% в группе ВА, а в группе ВА чаще наблюдались запои (67,5% в группе ПА и 90% в группе ВА; $p=0,0269$).

- У больных ПА по сравнению с больными ВА запои были существенно короче (Me 5 vs 14 дня, $p=0,002$).

- Прогрессиентность АЗ определяли длительностью от начала систематического употребления алкоголя до начала формирования СОА – так, в

группе ПА этот показатель составил 6 лет и 7 лет в группе ВА, достоверность различий между группами составила $p=0,0731$. Р развёрнутая клиническая картина СОА формировалась в группе ПА 5 лет, в группе ВА медиана 3 года ($p=0,0433$), что свидетельствовало о менее прогрессивном характере формирования АЗ в группе ПА, в отличие от ВА, несмотря на тенденцию более раннего формирования СОА в группе ПА.

- Больные группы ПА, в сравнении с группой ВА, имели меньше проблем, связанных с АЗ. По ИТЗ была выявлена достоверность различий ($p<0,05$) в 5 шкалах (состояние физического здоровья, работа и материальная поддержка, употребление алкоголя, семейное и социальное положение, состояние психического здоровья), суммарный показатель баллов в группе ПА был значимо меньше, чем в группе ВА.

- Амнезии опьянения реже определялись в группе ПА в сравнении с группой ВА. У больных обеих групп (в группе ПА у 32,5% и в группе ВА 42,5%) наблюдались алкогольные палимпсесты, а тотальные амнезии состояния опьянения реже наблюдались в группе ПА (7,5%) в отличие от группы ВА (22,5%), достоверность различий между группами $p=0,0603$.

По результатам обследования различий между группами ПА и ВА не было выявлено по преобладающей мотивации употребления алкоголя, по количеству и структуре возникающих психозов и по установленным соматическим и неврологическим заболеваниям.

Таким образом, АЗ с преимущественным употреблением пива или водки имела специфические клинические особенности по темпам роста толерантности, по психопатологической структуре и тяжести СОА, особенностям клиники ПВА и запоям, а также по темпу прогрессивности АЗ.

Всем больным после медикаментозного купирования СОА было проведено исследование личностных особенностей с использованием клинико-психопатологического, клинико-анамнестического, психометрических методов и метода ассоциативного эксперимента. Оценка характерологических особенностей проводилась с использованием опросника Шмишека-Леонгарда (1970). Среди

обследованных 80 больных характерологические особенности были выявлены у 78 обследуемых (97,5%). Среди больных группы ПА преобладали лица с тревожными (22,5%), дистимическими (12,5%), циклотимическими (12,5%) и возбудимыми (12,5%) характерологическими особенностями. У больных из группы ВА также преобладали лица с тревожными (20,0%), циклотимическими (15,0%), дистимическими (12,5%) и возбудимыми (20,0%) характерологическими особенностями. Реже были выявлены больные с характерологическими особенностями педантичного (ПА – 10,0%; ВА – 7,5%), демонстративного (ПА – 5,0%; ВА – 5,0%), застревающего (ПА – 10,0%; ВА – 7,5%), эмотивного (ПА – 7,5%; ВА – 5,0%), экзальтированного (ПА – 5,0%; ВА – 5,0%) типа 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 выявлено не было ($p>0,05$).

При исследовании ценностных ориентаций методом ассоциативного эксперимента с ограниченным выбором больные АЗ редко реагировали словами алкогольной тематики (4,7% в группе ПА и в группе ВА). Достоверные различия между группами ПА и ВА были выявлены по словам-реакциям «водка» и «пиво»:

а) больные 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; $p=0,002$).

Полученное различие может быть отражением образа жизни и частоты употребления того или другого напитка, то есть отражают привычки, а не потребности. Возможно также влияние лингвистической нагрузки – это подтверждается тем, что ВА реагировали на стимульный материал «пиво» также часто, как и на «водка» (18:14).

За пределами ключевых слов (водка и пиво) ПА и ВА практически не различались: ни по предъявляемым словам алкогольной тематики в целом, ни по составу слов-стимулов, ни по неалкогольным реакциям.

Таким образом, совокупность результатов проведённых исследований показала, что личностные особенности больных АЗ из групп ПА и ВА не коррелируют с выбором алкогольного напитка для преимущественного употребления. Видимо, данный выбор связан с влиянием внешних обстоятельств и сохранялся в результате этих же обстоятельств или привычки, а если и менялся, то в связи со сменой внешних или других условий.

На третьем этапе исследования было проведено клинико-катамнестическое изучение больных из группы ПА и ВА продолжительностью 10 лет. Из 80 больных, которые были обследованы в 2010–2012 годах, через десять лет в 2020–2021 годах в исследовании участвовали: в группе ПА – 23 больных, в группе ВА – 30 больных, всего – 53 больных.

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

- Суточная толерантность к алкоголю в группе ПА увеличилась (с 0,12 л до 0,16 л), а в группе ВА сохранилась на прежнем уровне (0,20 л чистого этанола).
- Изменение тяжести состояния опьянения: в группе ПА увеличилось число больных с опьянением лёгкой (с 25,5% до 30,4%) степени тяжести, а у больных ВА – со средней степенью тяжести опьянения (с 50,0% до 63,3%).
- Увеличение изменённых форм алкогольного опьянения в обеих группах (с 61,25% до 79,24%; $p=0,0362$): в группе ПА – за счёт достоверного увеличения больных с гипостеническим вариантом астенической формы опьянения (с 10,0% до 34,8%), а в группе ВА – за счёт увеличения доли гиперстенического варианта астенической формы опьянения (с 27,5% до 53,3%).
- Изменение клиники запоев: а) увеличение их длительности, при этом у больных из группы ПА они достоверно короче (медиана 7 дней) по сравнению с группой ВА (медиана 14 дней); б) частота не изменилась: в обеих группах в

среднем один раз в полтора года, как и при первом обследовании; в) при первичном и при катамнестическом исследовании в группах ПА и ВА преобладали больные с запоями (90,0%, 93,3 в группе ВА и 67,5%, 78,2% соответственно) ($p < 0,05$).

- Изменение числа лиц с амнезиями опьянения: а) увеличение числа лиц с тотальной амнезией 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%.

- Изменение клиники СОА: а) продолжительность СОА у больных из группы ПА увеличилась с 2 дней до 3 дней, а в группе ВА – с 3 дней до 4-х; б) изменений в степени тяжести СОА не произошло; в) изменение клинической структуры СОА за счёт увеличения доли СОА 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 СОА; г) изменение клинической структуры СОА по группам исследования: если при первичном исследовании в обеих группах исследования чаще наблюдался СОА нейровегетативной формы (в ПА 62,5%; в ВА 40,0%), то при катамнестическом исследовании в группе ПА также достоверно чаще наблюдался СОА нейровегетативной формы, а в группе ВА преобладающим стал церебральный вариант СОА (43,4%).

- В обеих группах ПА и ВА отмечено увеличение доли больных с заболеваниями алкогольной этиологии (алкогольный гепатит, токсическая энцефалопатия, алкогольный панкреатит, алкогольная кардиомиопатия), но в группе ПА отмечено более тяжёлое поражение печени, что проявлялось высокими показателями печёночных ферментов в сравнении с группой ВА.

- В группе ПА за катамнестический 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 ПА реже обращались за наркологической помощью, 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 два года (максимальная – семь лет), в группе ВА – максимальная длительность ремиссии пять лет, медианное значение – один год.

- Динамика изменений ИТЗ 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 ИТЗ в группе ПА достоверно ниже в сравнении с группой ВА.

Достоверных различий между группами ПА и ВА не было выявлено в характеристике мотивации и количестве алкогольных психозов.

- По мере развития АЗ у больных 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 атарактической 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.

- Достоверной динамики по изменению числа лиц с алкогольными психозами не выявлено: у больных ПА при первичном и катамнестическом

исследовании они наблюдались соответственно у 5% и 8,7% больных, а в группе ВА — у 12,5% и 13,3%.

При сравнении динамики социального маршрута обследованных пациентов было выявлено:

- В социальном плане больные ПА были более сохранными, в отличие от ВА они реже меняли места работы.

- У больных ПА потребление пива было более терпимым для их родственников и их социального окружения.

- В группах ПА и ВА отмечалось уменьшение доли больных с высшим образованием (с 20,0% до 17,3% и с 15,0% до 10,0%) и 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 браке и в незарегистрированном (гражданском) браке (с 35,0% до 52,2%, с 7,5% до 17,4%), а среди больных группы ВА, наоборот, увеличился процент больных, которые не состояли в браке, и также вдовцов и вдов (с 17,5% до 40,0%, с 5% до 10%).

- В группе ПА увеличилось количество больных, имеющих работу (с 40,0% до 52,2%), в группе ВА увеличилось количество безработных больных (с 50,0% до 73,3%).

- Увеличилось количество увольнений: медианное значение в группе ПА увеличилось с четырех до шести, а в группе ВА – с шести до девяти, при этом имелись статистически значимые различия между двумя группами ($p < 0,05$).

Без достоверной разницы по группам исследования увеличился процент больных, работающих по полученной специальности (с 27,5% до 30,4% и с 17,5% до 20,0%; $p > 0,05$).

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

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 измененных 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 счёт 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 СОКРАЩЕНИЙ

АЗ – алкогольная зависимость

АЛТ – аланинаминотрансфераза

АСТ – аспартатаминотрансфераза

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

ГГТ – гамма-глутамилтрансфераза

ИТЗ – индекс тяжести зависимости

МКБ – международная классификация болезней

МНПЦ наркологии – ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения города Москвы»

ПАВ – психоактивное вещество

ПВА – патологическое влечение к алкоголю

СОА – синдром отмены алкоголя

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Альтшулер, В. Б. Алкоголизм / В. Б. Альтшулер. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 264 с. – ISBN 978-5-9704-1601-3.
2. Андрущенко, Н. Ю. Пивной алкоголизм в подростковой среде / Н. Ю. Андрущенко, О. В. Гаврилова // Современное образование Витебщины. – 2015. – № 3 (9). – С. 66–69.
3. Андрущенко, Н. Ю. Профилактика пивного алкоголизма среди подростков / Н. Ю. Андрущенко // Социально-психологические проблемы современного общества и человека: пути решения : материалы международной научно-практической конференции, Витебск, 29-30 октября 2015 года ; под ред. А. П. Орлова. – Витебск: Витебский государственный университет им. П.М. Машерова, 2015. – С. 168–169.
4. Аносова, Е. В. Пивной алкоголизм, осложнённый гашишной наркоманией, у подростков: клиника, диагностика, терапия : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.27 / Аносова Елена Васильевна; Гос. науч. центр соц. и судеб. психиатрии им. В.П. Сербского МЗ РФ. – Москва, 2011. – 22 с.
5. Аносова, Е. В. Изменения личности при пивном алкоголизме, сочетающемся с гашишной наркоманией, у подростков / Е. В. Аносова // Университетская наука: Взгляд в будущее: материалы итоговой научной конференции сотрудников КГМУ, Центрально-Чернозёмного научного центра РАМН и отделения РАЕН. – Т. III. – Курск : ГОУ ВПО КГМУ. – 2011. – С. 3–7.
6. Аносова, Е. В. Клиника пивного алкоголизма у подростков / Е. В. Аносова // Материалы IV международной научной конференции молодых учёных-медиков. – Курск : ГОУ ВПО КГМУ, 2010. – С. 228–236.
7. Аносова, Е. В. Личностные изменения у подростков с пивным алкоголизмом, осложнённым гашишной наркоманией / Е. В. Аносова // Материалы 76-й Всероссийской научной конференции студентов и молодых учёных с международным участием. Часть II. – Курск : ГОУ ВПО КГМУ, 2011. – С. 5.

8. Аносова, Е. В. Пивной алкоголизм, осложнённый гашишной наркоманией у подростков (клиника, диагностика, терапия): дисс. ... канд. мед. наук : специальность 14.01.27 / Елена Васильевна Аносова; ФГУ «ГНЦ социальной и судебной психиатрии». – Москва, 2011. – 180 с.
9. Артеменко, Н. В. Установление уголовной ответственности за продажу несовершеннолетним алкогольной продукции (ст. 151 УК РФ): оправдаются ли надежды / Н. В. Артеменко, Н. Г. Шимбарева // Вопросы ювенальной юстиции. – 2012. – № 4. – С. 13–16.
10. Базадзе, М. А. Клинико-динамические особенности формирования пивных запоев / М. А. Базадзе, С. М. Лизунов, Е. Ю. Чуева // Материалы I Российского национального конгресса по наркологии с международным участием (24–27 ноября, 2009 г., г. Москва). – Москва, 2009. – С. 49–50.
11. Баландина, Л. Д. Пивной фронт: за кем победа? / Л. Д. Баландина, О. И. Красникова // Здоровье сберегающие технологии в образовательном пространстве среднего профессионального образования Нижегородской области: проблемы и перспективы развития : Сборник статей участников I Областной научно-практической конференции, Арзамас, 14 марта 2019 года. – Арзамас: ООО «Интерконтакт», 2019. – С. 167-169.
12. Баранчикова, М. В. К вопросу о квалификации розничной продажи несовершеннолетним алкогольной продукции / М. В. Баранчикова // Вестник Казанского юридического института МВД России. – 2014. – № 1(15). – С. 41–45.
13. Башарин, К. Г. «Угловские чтения» – эффективный метод первичной профилактики алкоголизма, табакокурения и наркомании / К. Г. Башарин // Антиалкогольная политика Российской Федерации как средство обеспечения национальной безопасности : материалы I Всероссийской научно-практической конференции, Якутск, 10–11 ноября 2017 года. – Якутск: Издательский дом Северо-Восточного федерального университета имени М.К. Аммосова, 2018. – С. 63-68. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=32639398&selid=32687700> (дата обращения: 05.02.2021). – Режим доступа: Научная электронная библиотека eLIBRARY.RU.

14. Бороноев, П. Г. Проявления алкогольной девиации в студенческой среде / П. Г. Бороноев // Историческая и социально-образовательная мысль. – 2012. – № 6. – С. 174–177.
15. Бохан, Т. Г. Проблемы становления идентичности у подростков и юношей при формировании пивной аддикции / Т. Г. Бохан, Н. В. Твердохлебова // Вестник Томского государственного педагогического университета. – 2012. – № 6(121). – С. 126-130.
16. Будилова, Е. В. Социально значимые заболевания населения России и факторы среды (по 84 субъектам РФ за 2014-2016 гг.) / Е. В. Будилова, М. Б. Лагутин // Вестник Московского университета. Серия 23: Антропология. – 2019. – № 4. – С. 87-104.
17. Бурлачук, Л. Ф. Психодиагностика : учебник для вузов / Л. Ф. Бурлачук. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва [и др.] : Питер, 2008. – 378 с. – ISBN 978-5-91180-841-9.
18. Врублевский, А. Г. Варианты алкоголизма: закономерности формирования, течения и принципы прогнозирования : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Андрей Генрихович Врублевский; Всесоюзный научный центр мед.-биологических проблем наркологии . – Москва, 1989. – 49 с.
19. Гаврилова, О. В. Пивной алкоголизм в подростковой среде как проблема современности / О. В. Гаврилова // Мир детства в современном образовательном пространстве : сборник статей студентов, магистрантов, аспирантов / Витебский государственный университет им. П. М. Машерова ; ответственный редактор И. А. Шарпова. – Витебск : Витебский государственный университет им. П. М. Машерова, 2015. – С. 268-271.
20. Глухов, В. П. Психолингвистика : учебник и практикум для академического бакалавриата / В.П. Глухов. – Москва : Юрайт, 2016. – 351 с. ISBN 978-5-9916-6173-7.
21. Горячева, Н. В. Сравнительный анализ паттернов потребления спиртных напитков в России и странах Северной Европы / Н. В. Горячева //

Криминология: вчера, сегодня, завтра: труды Санкт-Петербургского криминологического клуба. – 2004. – № 1(7). – С. 230-239.

22. ГОСТ 12712–2013. Водки и водки особые. Общие технические условия : издание официальное : утвержден и введен в действие Приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 28 июня 2013г. №340-ст : введен впервые : дата введения 2014-07-01. – Москва : Стандартиформ, 2014. – 8 с.

23. ГОСТ 31711–2012. Пиво. Общие технические условия : издание официальное : утвержден и введен в действие Приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 29 ноября 2012г. №1588-ст: введен впервые : дата введения 2013-07-01, переиздание : 2019, декабрь. – Москва : Стандартиформ, 2019. – 12 с.

24. Гофман, А. Г. Клиника алкогольного абстинентного синдрома / А. Г. Гофман // Вопросы наркологии. – 2012. – № 6. – С. 82–90.

25. Гофман, А. Г. Клиническая наркология / А. Г. Гофман.- 3-е изд., – Москва : ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2019. – 386 с. - ISBN 978-5-9986-0359-4.

26. Грибкова, И. Н. Методология идентификации пивных напитков / И. Н. Грибкова, Я. Даркшевич // Актуальные вопросы современной науки: теория, методология, практика, инноватика : сборник научных статей по материалам V Международной научно-практической конференции, Уфа, 27 апреля 2021 года. – Уфа: Общество с ограниченной ответственностью «Научно-издательский центр «Вестник науки», 2021. – С. 32-39.

27. Димова, Е. Д. Специфика пивной алкогольной зависимости в молодёжной среде в Болгарии / Е. Д. Димова, М. Т. Майсурадзе // Интегративный подход в профилактике зависимостей в молодёжной среде: Материалы IV Международного научного форума, Ростов-на-Дону-Элиста-Ставрополь-Потсдам, Германия, 30 ноября 2017 года. – Ростов-на-Дону : Южный федеральный университет, 2017. – С. 90–95.

28. Доклад Общественной палаты Российской Федерации «Злоупотребление алкоголем в Российской Федерации: социально-экономические последствия и меры противодействия». – Москва, 2009. [Электронный ресурс]. – URL: <https://www.hse.ru/data/2013/08/14/1291400719/alkogol.pdf> (дата обращения: 11.11.2022).

29. Дубровин, И. И. Всё о пиве / И. И. Дубровин. – Москва : Т8 Издательские технологии, 2020. – 96 с. – ISBN: 978-5-517-01863-2.

30. Егоров, А. Ю. Расстройства поведения у подростков: клинико-психологические аспекты / А. Ю. Егоров, С. А. Игумнов. – Санкт-Петербург : Речь, 2005. – 436 с. – ISBN 5-9268-0393-4.

31. Ждан, А. Н. История психологии : учебник. – Москва : Изд-во МГУ, 1990. – 367 с. – ISBN 5-211-01027-2.

32. Запесоцкая, И. В. Особенности самоотношения при пивном алкоголизме / И. В. Запесоцкая // Региональный вестник. – 2019. – № 19(34). – С. 7-8.

33. Зволинская, Е. Ю. Ассоциация факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний и вероятности развития фатальных сердечно-сосудистых событий с количеством потребляемого алкоголя в выборке мужчин 42–43 лет / Е. Ю. Зволинская, В. Б. Розанов, А. А. Александров [и др.] // Международный журнал сердца и сосудистых заболеваний. – 2016. – Т. 4, № 12. С. 3–7.

34. Иванова, А. Е. Тенденции и последствия алкоголизации населения / А. Е. Иванова, А. А. Корнешов // Социальные аспекты здоровья населения : электронный журнал: URL: <https://www.vestnik.mednet.ru/content/view/187/27/lang,ru/>. Дата публикации: 01 июля 2010.

35. Илюк, Р. Д. Сравнительное исследование зависимости от пива и крепких алкогольных напитков / Р. Д. Илюк, К. В. Рыбакова, Е. М. Крупицкий. – Санкт-Петербург : Изд-во СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2012. – 176 с. – ISBN 978-5-4380-0005-1.

36. История пивоварения в России // РИА Новости: [сайт]. - URL: <https://www.https://ria.ru/20120609/668377156.html> (дата публикации: 09 июня 2012, обновлено 29 февраля 2020).
37. Кайшев, В. Г. Пиво и напитки: динамика развития за 1995–2006 годы / В.Г. Кайшев // Пиво и напитки. – 2006. – № 5. – С. 4-5.
38. Калабина Т. Н. Риск развития пивной зависимости в молодежной среде / Т. Н. Калабина, В. И. Калабин // Туризм и образование: исследования и проекты : материалы II Всероссийской научно-практической конференции, Петрозаводск, 23-24 ноября 2017 г.) – Петрозаводск : Петрозаводский государственный университет, 2018. – С. 198-199.
39. Каннабих, Ю. В. История психиатрии / Ю. В. Каннабих. – 3-е изд. – Москва : Академический проспект, 2019. – 426 с. – ISBN 978-5-8291-2348-2.
40. Касянчук, Е. В. Мотивационные тенденции в сфере взаимодействия с другими у старшеклассников группы риска развития пивного алкоголизма / Е. В. Касянчук // Психология образования будущего: от традиций к инновациям: материалы II международной конференции студентов, магистрантов и аспирантов, Ярославль, 22 марта 2018 г. / под ред. Н. В. Нижегородцевой. – Ярославль: Ярославский государственный педагогический университет им. К. Д. Ушинского, 2018. – С. 56–58.
41. Киселев, В. М. Разработка новой алкогольной политики России / В. М. Киселев, О. В. Коркачева // Техника и технология пищевых производств. - 2009. – № 1(12) – С. 77–78.
42. Ковалев, А. А. Клиническая динамика основных синдромов пивного алкоголизма в зависимости от стадий заболевания и личностного фактора / А. А. Ковалев // Территориальные проблемы профилактики : сборник научных трудов. – Москва : ЦНИИОИЗ, 2007. – №1. – С. 86–90.
43. Ковалев, А. А. Особенности соматической патологии и своеобразие клиники пивного алкоголизма / А. А. Ковалев // Сборник материалов межклинической конференции, посвященной 60-летию кафедры гигиены МГМСУ. – Москва, 2006. – С. 82–83.

44. Ковалев, А. А. Особенности формирования и клинические проявления абстинентного синдрома у больных пивным алкоголизмом: дис. ... канд. мед. наук : 14.00.18 «Психиатрия», 14.00.45 «Наркология» / Ковалев Андрей Александрович; науч. рук. Валентик Юрий Владимирович; РМАПО. – Москва, 2006. – 220 с.

45. Ковалев, А. А. Особенности формирования и клинические проявления абстинентного синдрома у больных пивным алкоголизмом / А. А. Ковалев // Наркология. – 2009. – Т. 8, № 5. – С. 56–61.

46. Кольцова, В. А. Учение И. М. Сеченова о рефлексах головного мозга: манифест русской объективной психологии / В. А. Кольцова, А. Н. Ждан // Психологический журнал. – 2015. – Т. 36, № 2. – С. 70–77.

47. Коробкина З.В. Об особенностях пивного алкоголизма // газета «Соборная весть», 2004. – №29. – по материалам статьи Коробкиной З.В. Вред пива и пивной алкоголизм / [Электронный ресурс] / URL: <http://www.theme.orthodoxu.ru/pivo/> (дата обращения: 02.10.2022).

48. Коробкина, З.В. Россию погубит не СПИД и не туберкулез, а легальный наркотик – пиво! / З.В. Коробкина // Наша держава. – 2011. – С. 3.

49. Кошкина, М. В. Распространённость злоупотребления алкоголем среди студенческой молодёжи как угроза национальной безопасности / М.В. Кошкина // Вестник Оренбургского государственного педагогического университета. – 2011. – № 2(58) – С. 58–62.

50. Курбангалиев, Р. А. Клиника и лечение алкогольного абстинентного синдрома / Р. А. Курбангалиев, К. С. Байсултанова, Г. Д. Танабергенова и др. // Медицинский журнал Западного Казахстана. – 2008. – № 2(18). – С. 79–85.

51. Лесных, Н. Ю. Оценка качества водочной продукции в городе Санкт-Петербург / Н. Ю. Лесных, А. Е. Михайлова, А. С. Антипова // Forcipe : материалы всероссийского научного форума студентов с международным участием «Студенческая весна – 2019». – 2019. – Т. 2. – спецвыпуск – С. 995.

52. Лисицын, Ю. П. Алкоголизм: медико-социальные аспекты. Руководство для врачей / Ю.П. Лисицын, П. И. Сидоров. – Москва : Медицина, 1990. – 526 с. – ISBN 5-225-00355-9.

53. Маклеллан, Э. Т. Индекс тяжести зависимости : версия Treatnet [Текст] : руководство и опросник : русская версия: пилотное издание : переработанная версия к руководству «Индекс тяжести зависимости» (ИТЗ) 1990 года, разработанному Пенсильванским университетом совместно с Центром управления по делам бывших военнослужащих в целях изучения алкогольной и наркотической зависимости / Э. Т. Маклеллан, Д. Каризе – Москва : УНП ООН, 2009. – 128 с.

54. Михайлова, Ю. В. Предотвратимая смертность в России и пути её снижения / Ю. В. Михайлова, А. Е. Иванова. – Москва : ЦНИИОИЗ, 2006. – 312 С.

55. Немцов, А. В. Алкогольная патология и типы алкогольных напитков / А. В. Немцов, Н. А. Костенко // Вопросы наркологии. – 2015.– № 3. – С. 62–71.

56. Немцов, А. В. Алкогольная история России: Новейший период / А. В. Немцов. – Москва : Книжный дом «ЛИБРОКОМ», 2009. – 320 с. – ISBN 978-5-397-00304-9.

57. Немцов, А. В. Алкогольная смертность в России - общий уровень, диагностические, гендерные, временные и географические различия / А.В. Немцов // Международный семинар «Смертность в странах бывшего СССР. Пятнадцать лет спустя: что изменилось?», Киев, 12-14 ноября 2006 г. – Киев : Национальная академия наук, 2006. – С. 177–193.

58. Немцов, А. В. Отзыв на статью Ковалева А. А. и Ковалева А. А. «Особенности формирования и клинические проявления абстинентного синдрома у больных пивным алкоголизмом» / А. В. Немцов // Наркология. – 2009. – Т. 8, № 10(94). – С. 97.

59. Немцов, А. В. Российская смертность в свете потребления алкоголя / А. В. Немцов // Демографическое обозрение. – 2015. – Т. 2, № 4. – С. 111–135.

60. Ненастьева, А. Ю. Психометрические шкалы в современной клинической наркологии / А. Ю. Ненастьева // Вопросы наркологии. – 2018. – № 7(167). – С. 46–71.

61. Новикова, Г. А. Диагностический подход для оценки физического здоровья молодых людей при пивной алкоголизации / Г. А. Новикова, Л. А. Новикова // *Материалы и методы инновационных исследований и разработок : сборник статей Международной научно-практической конференции*, Самара, 10 марта 2018 г. – Самара: Аэтерна, 2018. – С. 152-154. Электрон. ресурс. URL: https://www.elibrary.ru/download/elibrary_32563864_64664895.pdf (дата обращения: 14.12.2021).
62. Новикова, Г. А. Особенности нейродинамики и вегетативного статуса у подростков при пивной алкоголизации / Г. А. Новикова, Л. А. Новикова // *Академический журнал Западной Сибири*. – 2015. – Т. 11, № 1(56). – С. 45–46.
63. Нужный, В. П. Пиво в Российской Федерации: новая реальность / В. П. Нужный, В. В. Рожанец // *Наркология*. – 2007. – Т. 6, № 3(63). – С. 30–42.
64. Нужный, В. П. Пиво: химический состав, пищевая ценность, биологическое действие и потребление / В. П. Нужный // *Вопросы наркологии*. – 1997. – № 4. – С. 69–76.
65. Нуркова, В. В. *Общая психология : учебник для СПО* / В. В. Нуркова, Н. Б. Березанская. – 3-е изд., перераб. и доп. – Москва : Юрайт, 2019. – 524 с. – ISBN 978-5-534-06919-8.
66. Опарина, И. Г. Молодёжный пивной алкоголизм в России: причины и пути решения проблемы / И. Г. Опарина, Л. А. Москаленко // *Вестник Восточно-Сибирского института Министерства внутренних дел России*. – 2010. – № 2 (53). – С. 45–50.
67. Павловская, Г. П. Пивной алкоголизм: дебют и исход / Г. П. Павловская, Ю. Н. Ружников // *Известия Уральского государственного университета*. – 2004. – №. 32. – С. 157–160.
68. Петриков, Р. И. Половозрастные особенности возникновения алкогольной зависимости у подростков / Р. И. Петриков, Н. Т. Селезнева // *Вестник Красноярского государственного педагогического университета им. В.П. Астафьева*. – 2020. – № 3(53). – С. 183-195.

69. Погосов, А. В. Дисфункциональные семьи – фактор риска пивного алкоголизма у подростков / А. В. Погосов, Ю. В. Богушевская, Е. В. Аносова // II Сборник научно-практической конференции «Психология здоровья семьи». – Курск : ГОУ ВПО КГМУ, 2008. – С. 124–126.

70. Погосов, А. В. Клинико-динамические особенности пивного алкоголизма, сочетающегося с гашишной наркоманией, у подростков / А. В. Погосов, Е. В. Аносова // Архив психиатрии. – 2009. – № 3 (58). – С. 54–59.

71. Погосов, А. В. Клинические особенности пивного алкоголизма, формирующегося у подростков / А. В. Погосов, Е. В. Аносова // Материалы научно-практической конференции «Наркология 2010», посвящённой 25-летию ФГУ НИЦ наркологии. – Москва, 2010. – С. 8–10.

72. Погосов, А. В. Особенности сочетания пивного алкоголизма с гашишной наркоманией у подростков / А. В. Погосов, Е. В. Аносова // Журнал неврологии и психиатрии имени С. С. Корсакова. – 2010. – Т. 110. – № 5-2. – С. 28–32.

73. Погосов, А. В. Пивной алкоголизм, осложнённый гашишной наркоманией, у подростков / А. В. Погосов, Е. В. Аносова // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». – 2011. – № 2. – С. 67–77.

74. Позднякова, М. Е. Алкогольные традиции в современной России / М. Е. Позднякова // Россия реформирующаяся. – 2011 – № 10. – С. 350–372.

75. Попов, Ю. В. Рецензия на книгу Р. Д. Илюка, К. В. Рыбаковой, Л. С. Киселева, Е. М. Крупицкого «Сравнительное исследование зависимости от пива и крепких алкогольных напитков» // Обзорение психиатрии и медицинской психологии. – Санкт-Петербург : Контраст. – 2012. – № 3. – С. 125.

76. Потребление алкоголя на душу населения в России 2021. [Электронный ресурс] URL: <https://www.hwim.ru/koktejl/statistika-alkogolizma.html> (дата обращения: 10.11.2022).

77. Пятницкая, И. Н. Общая и частная наркология / И.Н. Пятницкая. – Москва: Медицина, 2008. – 640 с. – ISBN 5-225-03329-6.

78. Разводовский, Ю. Е. Социальные и клинические корреляты алкогольной зависимости у мужчин / Ю. Е. Разводовский, Ю. В. Мокров // Академический журнал Западной Сибири. – 2019. – Т. 15. – № 6(83). – С. 3-5.

79. Распоряжение Правительства РФ от 30 декабря 2009 г. № 2128-р «О Концепции реализации государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактике алкоголизма среди населения РФ на период до 2020 г.» [Электронный ресурс]. – URL: <https://www.base.garant.ru/12172220/> (дата обращения: 11.11.2022).

80. Результаты анкетирования больных с патологией гепатобилиарной системы на фоне зависимости от алкоголя / Е. В. Иванишкина, В. Н. Диденко, А. В. Крикова [и др.] // Вестник Смоленской государственной медицинской академии. – 2020. – Т. 19, № 2. – С. 75-82.

81. Россияне стали чаще потреблять крепкий алкоголь [Электронный ресурс]. – URL: <https://www.rg.ru/2022/08/09/rossiiane-stali-chashche-potrebljat-krpekij-alkogol.html> (дата обращения: 11.11.2022).

82. Рубинштейн, С. Я. Экспериментальные методики патопсихологии / С. Я. Рубинштейн. – Москва : Эксмо-Пресс, 1999. – 303 с. – ISBN 5-04-003930-1.

83. Смирнова, Г. П. Урок-конференция «Пиво – мифы и реальность. Пивной алкоголизм» / Г. П. Смирнова // Биология в школе. – 2013. – № 4 – С. 37–39.

84. Спенсер, Г. Основные направления психологии в классических трудах. Ассоциативная психология / Г. Спенсер, Т. Циген. – Москва : АСТ-ЛТД, 1998. – 560 с. – ISBN 5-15-000936-9.

85. Способ прогнозирования риска развития пивной зависимости у подростков : патент № 2339314 С1, Российская Федерация, МПК А61В 10/00 / П. И. Сидоров, А. Г. Соловьев, Г. А. Новикова, И. А. Новикова; заявитель и патентообладатель ГОУ ВПО СГМУ Росздрава. – №2007117287/14; заявл. 08.05.2007; опубл. 27.11.2008.

86. Статистика: Потребление алкоголя в России [Электронный ресурс]. – URL: https://www.ruxpert.ru/Статистика:Потребление_алкоголя_в_России (дата обращения: 20.08.2022).

87. Сякина, Г. Е. Исследование отношения студентов к употреблению пивных напитков / Г. Е. Сякина, М. А. Терехова // Инновации. Наука. Образование. – 2022. – № 50. – URL: https://www.elibrary.ru/download/elibrary_48046311_29452340.pdf (дата обращения: 19.10.2021).

88. Федеральная служба по регулированию алкогольного рынка / Статистический сборник : Основные показатели, характеризующие рынок алкогольной продукции в 2018–2020 годах. – Москва : 2021. – 131 с.

89. Федеральная служба по регулированию алкогольного рынка / Статистический сборник : Основные показатели, характеризующие рынок алкогольной продукции в 2010–2012 годах. – Москва : 2013. – 256 с.

90. Федеральный закон от 22.11.1995 № 171ФЗ (ред. от 01.05.2019) «О государственном регулировании производства и оборота этилового спирта, алкогольной и спиртосодержащей продукции и об ограничении потребления (распития) алкогольной продукции» [Электронный ресурс]. – URL: <https://www.base.garant.ru/10105489/> (дата обращения: 11.11.2022).

91. Фомина, Н. А. Исследование алкогольных установок у современных подростков / Н. А. Фомина, В. Б. Орлов // Прикладная юридическая психология. – 2018. – № 1(42). – С. 32-40. Электрон. версия. URL: https://www.elibrary.ru/download/elibrary_32840588_14707314.pdf (дата обращения: 23.08.2022).

92. Халтурина, Д. А. Алкогольная катастрофа и возможности государственной политики в преодолении алкогольной сверхсмертности в России / Д. А. Халтурина, А. В. Коротаев. – Москва : URSS, 2008. – 374 с. - ISBN 978-5-9710-0195-9.

93. Халтурина, Д. А. Алкогольная политика: мировой опыт и российские реалии / Д. А. Халтурина // Наркология. – 2007. – Т. 6. – № 5(65). – С. 10–18.

94. Щербакова, Е. М. Мировые тенденции потребления алкоголя, оценки ВОЗ 2018 года / Е. М. Щербакова // [Электронный ресурс] ДемоскопWeekly. – 2019. – № 815–816. – URL: <http://www.demoscope.ru/weekly/2019/0815/barom01.php> (дата обращения: 20.10.2022).

95. Akhmedjonov, A., Suvankulov, F. Alcohol consumption and its impact on the risk of high blood pressure in Russia / A. Akhmedjonov, F. Suvankulov // *Drug Alcohol Rev.* – 2013. – Vol. May; 32(3). – P. 248–253.

96. Alcohol in postwar Europe: a discussion of indicators on alcohol consumption and alcohol-related harm. ECAS II / Ed. by H. Leifman, E. Osterberg, M. Ramstedt. – Stockholm : National Institute of Public Health, European Commission, 2002. URL: https://www.researchgate.net/publication/242398264_Alcohol_in_postwar_Europe_a_discussion_of_indicators_on_consumption_and_alcohol-related_harm (дата обращения 15.12.2022).

97. Alcohol in postwar Europe: Consumption, drinking patterns, consequences and policy responses in 15 European countries. ECAS I // Ed. by T. Norstrom. – Stockholm : National Institute of Public Health, European Commission, 2001. - URL: https://www.researchgate.net/publication/238267076_Alcohol_in_Post-war_Europe_Consumption_Drinking_Patterns_and_Policy_Responses_in_15_European_Countries (дата обращения 15.12.2022).

98. Altieri, A. Wine, beer and spirits and risk of oral and pharyngeal cancer: a case-control study from Italy and Switzerland / A. Altieri, C. Bosetti, S. Gallus, S. Franceschi, et al. // *Oral Oncol.* – 2004. – Vol. Oct; 40(9). – P. 904–909. – URL: https://www.researchgate.net/publication/8335082_Wine_beer_and_spirits_and_risk_of_oral_and_pharyngeal_cancer_a_case-control_study_from_Italy_and_Switzerland (дата обращения 19.11.2022).

99. Ambra R, Pastore G, Lucchetti S. The Role of Bioactive Phenolic Compounds on the Impact of Beer on Health. *Molecules*. 2021 Jan 18; 26(2):486. doi: 10.3390/molecules26020486. URL: https://www.researchgate.net/publication/348610052_The_Role_of_Bioactive_Phenolic_Compounds_on_the_Impact_of_Beer_on_Health (дата обращения: 16.01.2022).

100. Anderson, P. Is Buying and Drinking Zero and Low Alcohol Beer a Higher Socio-Economic Phenomenon? Analysis of British Survey Data, 2015–2018 and Household Purchase Data 2015–2020 / P. Anderson, A. O'Donnell, D. Kokole, E. Jané Llopis, E. Kaner // *Int J Environ Res Public Health*. – 2021. – Vol. Sep. 30; 18(19) – P. 10347. – doi: 10.3390/ijerph181910347. PMID: 34639647; PMCID: PMC8508356.
101. Arranz, S. Wine, beer, alcohol and polyphenols on cardiovascular disease and cancer / S. Arranz, G. Chiva-Blanch, P. Valderas-Martínez, A. Medina-Remón, R. M. Lamuela-Raventós, R. Estruch // *Nutrients*. – 2012. – Vol. 4(7). – P. 759–781. – doi: 10.3390/nu4070759. Epub 2012 Jul 10. PMID: 22852062; PMCID: PMC3407993.
102. Badawy, A. A. Pellagra and alcoholism: a biochemical perspective / A. A. Badawy // *Alcohol*. – 2014. – Vol. May-Jun; 49(3). – P. 238–250. – doi: 10.1093/alcalc/agu010. Epub 2014 Mar 13. PMID: 24627570.
103. Baiano A. Craft beer: An overview. *Compr Rev Food Sci Food Saf*. 2021 Mar; 20(2):1829-1856. Epub 2020 Dec 24. - URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/33369039/> (дата обращения: 20.10.2022).
104. Becker, U. Lower risk for alcohol-induced cirrhosis in wine drinkers / U. Becker, M. Grønbaek, D. Johansen, T.I. Sørensen // *Hepatology*. – 2002. – Vol. Apr; 35(4). – P. 868-75. – doi: 10.1053/jhep.2002.32101. PMID: 11915033.
105. Bègue, L. Beauty is in the eye of the beer holder': people who think they are drunk also think they are attractive / L. Bègue, B. J. Bushman, O. Zerhouni [et al.] // *Br. J. Psychol*. – 2013. – Vol. 104(2). – P. 225–234.
106. Benedetti, A. Lifetime consumption of alcoholic beverages and risk of 13 types of cancer in men: results from a case-control study in Montreal / A. Benedetti, M. E. Parent, J. Siemiatycki // *Cancer Detect Prev*. – 2009. – Vol. 32(5–6). – P. 352–362. – doi: 10.1016/j.canep.2009.03.001. PMID: 19588541.
107. Betancur M.I., Motoki K., Spence C., Velasco C. Factors influencing the choice of beer: A review. *Food Res Int*. 2020 Nov; 137:109367. doi: 10.1016/j.foodres.2020.109367. Epub 2020 Jun 10. - URL: https://www.researchgate.net/publication/341680075_Factors_influencing_the_choice_of_beer_A_review (дата обращения: 16.01.2022).

108. Bhattarai, N. Beer potomania: a case report / N. Bhattarai, P. Kafle, M. Panda // *BMJ Case Rep.* – 2010. – Vol. Apr. 29 ; 2010:bcr10.2009.2414. – doi: 10.1136/bcr.10.2009.2414. PMID: 22736559; PMCID: PMC3047485.

109. Biwolé Sida, M. Pancréatites chroniques au Cameroun. Analyse des aspects étiologiques et cliniques [Chronic pancreatitis in Cameroon. Analysis of etiological and clinical aspects] / M. Biwolé Sida, S. Nko'o Amvene, A.G. Juimo, E. Mama, K.B. Ngu // *Ann Gastroenterol Hepatol (Paris)*. – 1992. – Vol. May-Jul; 28(3) – P. 109–112. French. PMID: 1514763.

110. Bobak, M. Effect of beer drinking on risk of myocardial infarction: population based case-control study / M. Bobak, Z. Skodova, M. Marmot // *BMJ.* – 2000. – Vol. May 20; 320(7246):1378-9. – doi: 10.1136/bmj.320.7246.1378. PMID: 10818027; PMCID: PMC27381.

111. Bohl, L. Morphometric analysis of the parotid gland affected by alcoholic sialosis / L. Bohl, C. Merlo, C. Carda, M.E. Gómez de Ferraris, M. Carranza // *J. Oral Pathol Med.* – 2008. – Vol. Sep; 37(8). – P. 499–503. – doi: 10.1111/j.1600-0714.2008.00648.x. Epub 2008 Feb 19. PMID: 18298472.

112. Boniface, S. Underage Adolescents' Reactions to Adverts for Beer and Spirit Brands and Associations with Higher Risk Drinking and Susceptibility to Drink: A Cross-Sectional Study in the UK / S. Boniface, N. Critchlow, K. Severi, A. M. MacKintosh, at al. // *Alcohol Alcohol.* – 2022. – Vol. May 10; 57(3). – P. 347–356. – doi: 10.1093/alcalc/agab018. PMID: 33887764; PMCID: PMC9086752.

113. Boronat, A. Beer Phenolic Composition of Simple Phenols, Prenylated Flavonoids and Alkylresorcinols / A. Boronat, N. Soldevila-Domenech, J. Rodríguez-Morató, M. Martínez-Huélamo, at al. // *Molecules.* – 2020. – Vol. Jun 2; 25(11). – P. 2582. – doi: 10.3390/molecules25112582. PMID: 32498371; PMCID: PMC7321207.

114. Brussino, L. Beer anaphylaxis due to coriander as hidden allergen / S. Nicola, V. Giorgis, G. Rolla // *BMJ Case Rep.* – 2018. – Aug 8; 2018:bcr2018225562. – doi: 10.1136/bcr-2018-225562. PMID: 30093499; PMCID: PMC6088294.

115. Campbell, M. C. Hyponatremia and central pontine myelinolysis as a result of beer potomania: a case report. *Prim Care Companion / M. C. Campbell // J. Clin Psychiatry.* – 2010. – Vol. 12(4). – PCC.09100936. – doi: 10.4088/PCC.09100936ecr. PMID: 21085565; PMCID: PMC2983455.

116. Campollo, O. Drinking patterns and beverage preferences of liver cirrhosis patients in Mexico / O. Campollo, M. D. Martínez, J. J. Valencia, J. Segura-Ortega // *Subst Use Misuse.* – 2001. – Vol. Feb; 36(3). – P. 387398. – doi: 10.1081/ja-100102632. PMID: 11325173.

117. Carda, C. Alcoholic parotid sialosis: a structural and ultrastructural study / C. Carda, M.E. Gomez de Ferraris, A. Arriaga, M. Carranza, A. Peydró // *Med Oral.* – 2004. – Vol. Jan-Feb; 9(1). – P. 24–32. English, Spanish. PMID: 14704614.

118. Carvalho DO, Guido LF. A review on the fate of phenolic compounds during malting and brewing: Technological strategies and beer styles. *Food Chem.* 2022 Mar 15; 372:131093. doi: 10.1016/j.foodchem.2021.131093. Epub 2021 Sep 15. - URL: https://www.researchgate.net/publication/354611950_A_review_on_the_fate_of_phenolic_compounds_during_malting_and_brewing_Technological_strategies_and_beer_styles (дата обращения: 05.08.2022).

119. Chang, E. T. Wine and other alcohol consumption and risk of ovarian cancer in the California Teachers Study cohort / E. T. Chang, A. J. Canchola, V. S. Lee, C. A. Clarke, D. M. Purdie [at al.] // *Cancer Causes Control.* – 2007. – Vol. 18(1). – P. 91–103. – doi: 10.1007/s10552-006-0083-x. PMID: 17186425; PMCID: PMC1764867.

120. Chao, C. Associations between beer, wine, and liquor consumption and lung cancer risk: a meta-analysis / C. Chao // *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* – 2007. – Vol. Nov; 16(11). – P. 2436–2447. – doi: 10.1158/1055-9965.EPI-07-0386. PMID: 18006934.

121. Chiva-Blanch G, Badimon L. Benefits and Risks of Moderate Alcohol Consumption on Cardiovascular Disease: Current Findings and Controversies. *Nutrients.* 2019 Dec 30; 12(1):108. - URL: <https://www.researchgate.net/publication/338364567> (дата обращения: 21.10.2022).

122. Chiva-Blanch, G. Effects of alcohol and polyphenols from beer on atherosclerotic biomarkers in high cardiovascular risk men: a randomized feeding trial / G. Chiva-Blanch, E. Magraner, X. Condines, P. Valderas-Martínez, I. Roth, S. Arranz [et al.] // *Nutr Metab Cardiovasc Dis.* – 2015. – Vol. 25(1). – P. 36–45. – doi: 10.1016/j.numecd.2014.07.008. Epub 2014 Aug 2. PMID: 25183453.

123. Chou, S. P. Alcoholic beverage preference and risks of alcohol-related medical consequences: a preliminary report from the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey / S. P. Chou, B. F. Grant, D. A. Dawson // *Alcohol Clin Exp Res.* – 1998. – Vol. Oct; 22(7). P. 1450–1455. – doi: 10.1111/j.1530-0277.1998.tb03934.x. PMID: 9802527.

124. Cohen, D. A. Beer consumption and premature mortality in Louisiana: an ecologic analysis / D. A. Cohen, K. Mason, T. A. Farley // *J. Stud Alcohol.* – 2004 – Vol. 65(3). – P. 398-403. – doi: 10.15288/jsa.2004.65.398. PMID: 15222597.

125. Corley, J. Alcohol intake and cognitive abilities in old age: the Lothian Birth Cohort 1936 study / Corley J., Jia X., Brett C.E. [et al.] // *Neuropsychology.* – 2011. – Vol. 25(2). – P. 166–175.

126. Corrêa Filho, J. M. Psychosocial and clinical predictors of retention in outpatient alcoholism treatment / J. M. Corrêa Filho, D. A. Baltieri // *Rev Bras Psiquiatr.* – 2012. – Vol. 34(4). – P. 413–421.

127. Daimiel L, Micó V, Díez-Ricote L, Ruiz-Valderrey P, Istaş G, Rodríguez-Mateos A, Ordovás JM. Alcoholic and Non-Alcoholic Beer Modulate Plasma and Macrophage microRNAs Differently in a Pilot Intervention in Humans with Cardiovascular Risk. *Nutrients.* 2020 Dec 28; 13(1):69. doi: 10.3390/nu13010069. - URL: <https://www.researchgate.net/publication/348036866>_ (дата обращения: 23.09.2022).

128. Dally, S. High blood lead level in alcoholics: wine vs. beer / S. Dally, C. Girre, E. Hispard, G. Thomas, L. Fournier // *Drug Alcohol Depend.* – 1989. – Vol. Jan; 23(1). – P. 45–48. – doi: 10.1016/0376-8716(89)90032-x. PMID: 2920666.

129. De Bruyn, S. Task Force substance use in Flemish universities and colleges. Problem drinking among Flemish students: beverage type, early drinking onset

and negative personal & social consequences / S. De Bruyn, E. Wouters, K. Ponnet [et al.] // *BMC Public Health*. – 2018. – Vol. Feb 12; 18(1). – P. 234. – doi: 10.1186/s12889-018-5120-7. PMID: 29433466; PMCID: PMC5809947.

130. De Gaetano, G. Effects of moderate beer consumption on health and disease: A consensus document / G. de Gaetano, S. Costanzo, A. Di Castelnuovo [et al.] // *Nutr Metab Cardiovasc Dis*. – 2016. – Vol. Jun; 26(6). – P. 443–467. – doi: 10.1016/j.numecd.2016.03.007. Epub 2016 Mar 31. PMID: 27118108.

131. Delmulle, L. Anti-proliferative properties of prenylated flavonoids from hops (*Humulus lupulus* L.) in human prostate cancer cell lines / L. Delmulle, A. Bellahcene, W. Dhooge [et al.] // *Phytomedicine*. – 2006. – Vol. 13. – P. 732–734.

132. Deng, W. Alcohol consumption and risk of stomach cancer: A meta-analysis / W. Deng, L. Jin, H. Zhuo, V. Vasiliou, Y. Zhang // *Chem Biol Interact*. – 2021. – Feb. 25; 336:109365. – doi: 10.1016/j.cbi.2021.109365. Epub 2021 Jan 4. PMID: 33412155.

133. Denke, M. A. Nutritional and health benefits of beer / M. A. Denke // *Am J Med Sci*. – 2000. – Vol. Nov; 320(5). – P. 320–326. – doi: 10.1097/00000441-200011000-00004. PMID: 11093684.

134. Dlamini, Z. Esophageal cancer in African blacks of Kwazulu Natal, South Africa: an epidemiological brief / Z. Dlamini, K. Bhoola // *Ethn Dis*. – 2005. – Autumn; 15(4). – P. 786-789. PMID: 16259509.

135. Drugs and Lactation Database (LactMed®). Bethesda (MD): National Institute of Child Health and Human Development. – Alcohol. 2022 Jan 18. - URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK501469/> (дата обращения: 20.10.2022).

136. Ellis, A. Overcoming procrastination: or how to think and act rationally in spite of life's inevitable hassles, signet / A. Ellis, W. Knaus // *Alcohol. Clin. Exp. Res*. – 1997. – Vol. 22 (6). – P. 1180–1184.

137. Ely, M. Gender differences in the relationship between alcohol consumption and drink problems are largely accounted for by body water / M. Ely, R. Hardy, N. T. Longford [et al.] // *Alcohol*. – 1999. – Vol. 34 (6). – P. 894–902.

138. Evenson, R. C. Missouri alcoholism severity scale: relationship with type of alcohol consumption / R. C. Evenson // *J. Stud. Alcohol.* – 1986. – Vol. 47. – P. 381–383.

139. Everatt, R. Alcohol consumption and risk of gastric cancer: a cohort study of men in Kaunas, Lithuania, with up to 30 years follow-up / R. Everatt, A. Tamosiunas, I. Kuzmickiene [et al.] // *BMC Cancer.* – 2012. – Vol. Oct 15; 12 – P. 475. – doi: 10.1186/1471-2407-12-475. PMID: 23066954; PMCID: PMC3527179.

140. Eysenck, H. J. *Manual of the Eysenck Personality Inventory* / H. J. Eysenck, Eysenck S.B.G. – London : Hodder& Stoughton, 1975. – 385 p.

141. Fazakaş-Todea, I. The effect of ethanol upon early development in mice and rats. XVIII. In vivo effect of acute preimplantation intoxication with beer and cognac on the background of chronic biparental intake (in mice) / I. Fazakaş-Todea // *Rom J Morphol Embryol.* – 1993. – Vol. 39(1-2). – P. 27–32. PMID: 8032016.

142. Fazakaş-Todea, I. The effect of ethanol upon early development in mice and rats. XIX. The late effect of acute preimplantation intoxication with beer and cognac, on the background of chronic consumption, in mice / I. Fazakaş-Todea // *Rom. J. Morphol. Embryol.* – 1993. – Vol. 39(3–4). – P. 93–98.

143. Feick, P. Effect of non-alcoholic compounds of alcoholic drinks on the pancreas / P. Feick, A. Gerloff, M. V. Singer // *Pancreatology.* – 2007. – Vol. 7(2-3). – P. 124–130. – doi: 10.1159/000104237. Epub 2007 Jun 21. PMID: 17592224; PMCID: PMC2790779.

144. Flensburg-Madsen, T. Beverage preference and risk of alcohol– use disorders: a Danish prospective cohort study / T. Flensburg-Madsen, J. Knop, E.L. Mortensen [et al.] // *J. Stud. Alcohol Drugs.* – 2008. – Vol. 69 (3). – P. 371–377.

145. Galán Labaca, I. Tipos de bebidas alcohólicas y efectos diferenciados en la salud: una revisión paraguas de estudios observacionales [Differential health effects of alcoholic beverages: an umbrella review of observational studies.] / I. Galán Labaca, L. Segura-García, F.J. Álvarez, M. Bosque-Prous // *Rev Esp Salud Publica.* – 2020. – Vol. Nov 13; 94:e202011147. (in Spanish). PMID: 33177485.

146. Gerloff, A. Beer and its non-alcoholic compounds: role in pancreatic exocrine secretion, alcoholic pancreatitis and pancreatic carcinoma / A. Gerloff, M.V. Singer, P. Feick // *Int J Environ Res Public Health*. – 2010. – Vol. Mar; 7(3). – P. 1093-1104. – doi: 10.3390/ijerph7031093. Epub 2010 Mar 15. PMID: 20617020; PMCID: PMC2872306.

147. Gerloff, A. Pancreas – non-alcoholic constituents and their effects / A. Gerloff, P. Feick, M. V. Singer // *Dig Dis*. – 2010. – Vol. 28(6). – P. 812–819. – doi: 10.1159/000324290. Epub 2011 Apr 27. PMID: 21525767.

148. Global Status Report on Alcohol, 2004. – WHO. Department of Mental Health and Substance Abuse. – Geneva, 2011. – 386 p.

149. Gruenewald, P. J. Suicide rates and alcohol consumption in the United States, 1970–89 / P. J. Gruenewald, W. R. Ponicki, P. R. Mitchell // *Addiction*. – 1995. – Vol. 90(8). – P. 1063–1075.

150. Halonen, J. I. Association of the availability of beer, wine, and liquor outlets with beverage-specific alcohol consumption: a cohort study / J. I. Halonen, M. Kivimäki, J. Pentti [et al.] // *Alcohol Clin Exp Res*. – 2014. – Vol. Apr; 38(4). – P. 1086–1093. – doi: 10.1111/acer.12350. Epub 2014 Jan 24. PMID: 24460841.

151. Hargreaves, G. A. Beer promotes high levels of alcohol intake in adolescent and adult alcohol-preferring rats / G. A. Hargreaves, E. Y. Wang, A.J. Lawrence [et al.] // *Alcohol*. – 2011. – Vol. 45(5). – P. 485–498.

152. Hernández-Quiroz, F. Influence of moderate beer consumption on human gut microbiota and its impact on fasting glucose and β -cell function / F. Hernández-Quiroz, K. Nirmalkar, L. E. Villalobos-Flores [et al.] // *Alcohol*. – 2020. – Vol. Jun;85. – P. 77–94. – doi: 10.1016/j.alcohol.2019.05.006. Epub 2019 Jun 12. PMID: 31201859.

153. Hernández-Quiroz, F. Influence of moderate beer consumption on human gut microbiota and its impact on fasting glucose and β -cell function / F. Hernández-Quiroz, K. Nirmalkar, L. E. Villalobos-Flores, S. Murugesan, Y. Cruz-Narváez [at al.] // *Alcohol*. – 2020. – Vol. 85. – P. 77–94. – doi: 10.1016/j.alcohol.2019.05.006. Epub 2019 Jun 12. PMID: 31201859.

154. Herzinger, T. Anaphylaxis to wheat beer / T. Herzinger, G. Kick, D. Ludolph-Hauser, B. Przybilla // *Ann Allergy Asthma Immunol.* – 2004. – Vol. Jun; 92(6). – P. 673–675. – doi: 10.1016/S1081-1206(10)61436-6. PMID: 15237771.

155. Hillemacher, T. Influence of beer, wine and spirits consumption on craving / T. Hillemacher, K. Bayerlein, U. Reulbach [et al.] // *Addict. Biol.* – 2005. – Vol. 10(2). – P. 181–186.

156. Hillemacher, T. Volume intake and craving in alcohol withdrawal / T. Hillemacher., K. Bayerlein., J. Wilhelm [et al.] // *Alcohol.* – 2000. – Vol. 41 (1). – P. 61–65.

157. Hinton AN, Goldminz AM. Alcohol-Related Dermatitis: A Review. *Dermatitis.* 2020 May/Jun;31(3):185-190. doi: 10.1097/DER.0000000000000579. - URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32217881/> (дата обращения: 05.08.2022).

158. Hollingworth, W. Prevention of deaths from harmful drinking in the United States: the potential effects of tax increases and advertising bans on young drinkers / W. Hollingworth, B. E. Ebel, C. A. McCarty [et al.] // *J. Stud. Alcohol.* – 2006. – Vol. 67(2). – P. 300–308.

159. Holmes, H. M. Alcohol consumption and the risk of gastric intestinal metaplasia in a U.S. Veterans population / H. M. Holmes, A. G. Jove, M. C. Tan [et al.] // *PLoS One.* – 2021. – Nov. 15; 16(11):e0260019. – doi: 10.1371/journal.pone.0260019. PMID: 34780551; PMCID: PMC8592489.

160. Humia BV, Santos KS, Barbosa AM, Sawata M, Mendonça MDC, Padilha FF. Beer Molecules and Its Sensory and Biological Properties: A Review / *Molecules.* 2019 Apr 20; 24(8):1568. doi: 10.3390/molecules24081568. - URL: <https://www.pdf.semanticscholar.org/ffea/53958be31c9fe0a44fe0057ef851d99cbc61.pdf> (дата обращения: 21.10.2022).

161. Husemoen, L. L. Effect of lifestyle factors on plasma total homocysteine concentrations in relation to MTHFR (C677T) genotype. *Inter 99 (7)* / L. L. Husemoen, T. F. Thomsen, M. Fenger, T. Jørgensen // *Eur J Clin Nutr.* – 2004. – Vol. Aug; 58(8). – P. 1142–1150. – doi: 10.1038/sj.ejcn.1601942. PMID: 15054427.

162. Iliuk, R. D. [Epidemiology, medical and social features of the addiction to beer and strong alcohol] / R. D. Iliuk, K.V. Rybakova, A.S. Kiselev, E. M. Krupitskii // *Zhurnal nevrologii i psikiatrii imeni S. S. Korsakova*. – 2011. – Vol. 111(11 Pt 2). – P. 3–13. (in Russian). PMID: 22611690
163. Imhof, A. Overall alcohol intake, beer, wine, and systemic markers of inflammation in western Europe: results from three MONICA samples (Augsburg, Glasgow, Lille) / A. Imhof, M. Woodward, A. Doering, N. Helbecque, H. Loewel [et al.] // *Eur Heart J*. – 2004. – Vol. Dec; 25(23). P. 2092–2100. – doi: 10.1016/j.ehj.2004.09.032. PMID: 15571824.
164. Jay, J. Alcohol outlets and firearm violence: a place-based case-control study using satellite imagery and machine learning / J. Jay // *Inj Prev*. – 2020. – Vol. 26(1). – P. 61–66. – doi: 10.1136/injuryprev-2019-043248. Epub 2019 Aug 29. PMID: 31467144; PMCID: PMC8268046.
165. Jensen, M. K. Alcoholic beverage preference and risk of becoming a heavy drinker / M. K. Jensen, A. T. Andersen, T. I. Sørensen [et al.] // *Epidemiology*. – 2002. – Vol. 13(2). – P. 127–132.
166. Kaplan, R. F. Behavioral and EEG responses to alcohol in nonalcoholic men with a family history of alcoholism / R. F. Kaplan, V. M. Hesselbrock, S. O'Connor // *Prog. Neuropsychopharmacol Biol. Psychiatry*. – 1988. – Vol. 12 (6). – P. 873–885.
167. Kapzan, B. Alkoholkonsum und chronische Gastritis [Alcohol consumption and chronic gastritis] / B. Kapzan, P. Neumann, K.L. Heilmann // *Leber Magen Darm*. – 1985. – Vol. Jan; 15(1). – P. 14–18. (in German). PMID: 3974396.
168. Kastin, B. Alcoholic sialosis / B. Kastin, L. Mandel // *N Y State Dent J*. – 2000. – Vol. Jun-Jul; 66(6). P. 22–24. PMID: 11132299.
169. Khaderi SA. Introduction: Alcohol and Alcoholism. *Clin Liver Dis*. 2019 Feb; 23(1):1-10. doi: 10.1016/j.cld.2018.09.009. - URL: https://www.researchgate.net/publication/355762675_Alcohol-Related_Liver_Disease (дата обращения: 05.08.2022).

170. Klatsky, A. L. Correlates of alcoholic beverage preference: traits of persons who choose wine, liquor or beer / A. L. Klatsky, M.A. Armstrong, H. Kipp // *Br. J. Addict.* – 1990. – Vol. 85(10). – P. 1279–1289.
171. Klein, H. Drinker prototypes in American society / H. Klein, D. J. Pittman // *J. Subst. Abuse.* – 1990. – Vol. 2(3). – P. 299–316.
172. Klein, H. Perceived consequences associated with the use of beer, wine, distilled spirits, and wine coolers / H. Klein, D. J. Pittman // *Int. J. Addict.* – 1990. – Vol. 25(5). – P. 471–493.
173. Kretschmer, E. Körperbau und Charakter, 26 Auflage Springer / E. Kretschmer. – Verlag, Berlin, 1977. – 428 p.
174. Kumagai, N. Heavy alcohol intake is a risk factor for esophageal squamous cell carcinoma among middle-aged men: A case-control and simulation study / N. Kumagai, T. Wakai, K. Akazawa, Y. Ling, S. Wang [et al.] // *Mol Clin Oncol.* – 2013. – Vol. 1(5). – P. 811–816. – doi: 10.3892/mco.2013.142. Epub 2013 Jul 4. PMID: 24649251; PMCID: PMC3915638.
175. Kunda, S. Alcohol tolerance and the clinical course of alcoholism / S. Kunda // *Cesk. Psychiatr.* – 1994. – Vol. 90(6). – P. 320–327.
176. Laforge, R. Alcohol consumption, gender and self-reported hypertension / R. Laforge, G. D. Williams, M. C. Dufour // *Drug Alcohol Depend.* – 1990. – Vol. 26(3). – P. 235–249. – doi: 10.1016/0376-8716(90)90165-b. PMID: 2265591.
177. Lancaster, F. E. Sex differences in alcohol preference and drinking patterns emerge during the early postpubertal period / F. E. Lancaster, T. D. Brown, K. L. Coker [et al.] // *Alcohol Clin. Exp. Res.* – 1996. – Vol. 20(6). – P. 1043–1049.
178. Lancaster, F. E. Voluntary beer drinking in rats / F. E. Lancaster, K. Spiegel, M. Zaman // *Alcohol Drug Res.* – 1987. – Vol. 7(5–6). – P. 393–403.
179. Larsson, S. C. Alcoholic beverage consumption and gastric cancer risk: a prospective population-based study in women / S. C. Larsson, E. Giovannucci, A. Wolk // *Int J Cancer.* – 2007. – Vol. Jan 15; 120(2). – P. 373–377. – doi: 10.1002/ijc.22204. PMID: 17066442.

180. Larsson, S. C. Wine consumption and epithelial ovarian cancer / S. C. Larsson, A. Wolk // *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* – 2004. – Vol. Nov; 13(11 Pt 1). – P. 1823; author reply 1823-4. PMID: 15533916.

181. Li, Y. Wine, liquor, beer and risk of breast cancer in a large population / Y. Li, D. Baer, G.D. Friedman [et al.] // *Eur J Cancer.* – 2009. – Vol. Mar; 45(5). – P. 843–850. – doi: 10.1016/j.ejca.2008.11.001. Epub 2008 Dec 16. PMID: 19095438.

182. List of countries by beer consumption per capita [Electronic resource] Available at: https://en.wikipedia.org/wiki/List_of_countries_by_beer_consumption_per_capita (accessed: 13.11.2022).

183. Long, C. G. Low alcohol beers and wines: attitudes of problem drinkers to their use and their effect on craving / C. G. Long, E. M. Cohen // *Br. J. Addict.* – 1989. – Vol. 84(7). – P. 777–783.

184. Lorentzen, H. F. Zinkmangel og pellagra ved alkoholmisbrug [Zinc deficiency and pellagra in alcohol abuse] / H. F. Lorentzen, A. M. Fugleholm, K. Weismann // *Ugeskr Laeger.* – 2000. – Dec 11; 162(50):6854-6. Danish. PMID: 11187143.

185. Lundborg, P. Young people and alcohol: an econometric analysis / P. Lundborg // *Addiction.* – 2002. – Vol. 97(12). – P. 1573–1582.

186. Makara-Studzińska, M. Alcohol consumption patterns among young people from rural areas of Lublin province / M. Makara-Studzińska, A. Urbańska // *Ann. Agric. Environ Med.* – 2007. – Vol. 14(1). – P. 45–49.

187. Makela, P. Who drinks more or less when policies change? The evidence from 50 years of Nordic studies. The effects of Nordicalcohol policies: Analyses of changes in control systems / P. Makela, K. Tryggvesson, I. Rossow / Ed. by R. Room. – Helsinki : Nordic Council for Alcohol and Drug Research, 2002. – P. 17–70.

188. Mandel, L. Alcoholic (beer) sialosis / L. Mandel, J. Vakkas, A. Saqi // *J Oral Maxillofac Surg.* – 2005. – Vol. Mar; 63(3). – P. 402–405. – doi: 10.1016/j.joms.2004.04.034. PMID: 15742296.

189. Mann, R. E. Drinking-driving fatalities and consumption of beer, wine and spirits / R. E. Mann, R. F. Zalzman, M. Asbridge [et al.] // *Drug Alcohol Rev.* – 2006. – Vol. 25(4). – P. 321–325.
190. Marcos A, Serra-Majem L, Pérez-Jiménez F, Pascual V, Tinahones FJ, Estruch R. Moderate Consumption of Beer and Its Effects on Cardiovascular and Metabolic Health: An Updated Review of Recent Scientific Evidence. *Nutrients*. 2021 Mar 9; 13(3):879. doi: 10.3390/nu13030879. - URL: https://www.researchgate.net/publication/327512782_Effects_of_moderate_beer_consumption_on_health (дата обращения: 05.08.2022).
191. Marques C, Dinis L, Barreiros Mota I, Morais J, Ismael S, Pereira-Leal JB, Cardoso J, Ribeiro P, Beato H, Resende M, Espírito Santo C, Cortez AP, Rosário A, Pestana D, Teixeira D, Faria A, Calhau C. Impact of Beer and Nonalcoholic Beer Consumption on the Gut Microbiota: A Randomized, Double-Blind, Controlled Trial. *J Agric Food Chem*. 2022 Oct 19; 70(41):13062-13070. doi: 10.1021/acs.jafc.2c00587. Epub 2022 Jun 15. Internet: URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/35834180/>
192. McGraw, M. Beer potomania: drink in this atypical cause of hyponatremia / M. McGraw // *Nursing*. – 2012. – Vol. 42(7). – P. 24–30; quiz 30-1. doi: 10.1097/01.NURSE.0000415301.20409.4e. PMID: 22669084.
193. McGregor, D. Personality differences between users of wine, beer and spirits in a community sample: The Winnipeg Health and Drinking Survey / D. McGregor, R. P. Murray, G. E. Barnes // *J. Stud. Alcohol.* – 2003. – Vol. 64 (5). – P. 634–640.
194. McGregor, I. S. Rats on the grog: novel pharmacotherapies for alcohol craving I. S. McGregor, J. E. Gallate // *Addict Behav.* – 2004. – Vol. 29 (7). – P. 1341–1357.
195. McGregor, S. E. Case-control study of lifetime alcohol intake and prostate cancer risk / S. E. McGregor, K. S. Courneya, K. A. Kopciuk, C. Tosevski, C. M. Friedenreich // *Cancer Causes Control.* – 2013. – Vol. Mar; 24(3). – P. 451–461. – doi: 10.1007/s10552-012-0131-7. Epub 2012 Dec 28. PMID: 23271409.

196. Meister, H. P. The «munich beer heart» – revisited / H. P. Meister // *Beitr Pathol.* – 1976. – Vol. 157(1). – P. 1–13. – doi: 10.1016/s0005-8165(76)80144-8. PMID: 131548.
197. Mifsud, S. Beer, hyponatraemia and cardiac conduction defects / S. Mifsud, E. L. Schembri, M. Mercieca Balbi, M. Gruppetta, J. Clark // *BMJ Case Rep.* –2018. – Vol. Mar 14; 2018:bcr2018224260. – doi: 10.1136/bcr-2018-224260. PMID: 29540351; PMCID: PMC5878273.
198. Milisenda, J. C. Una causa poco conocida de hiponatremia grave [Beer potomania. An uncommon cause of severe hyponatremia] / J. C. Milisenda, E. Coloma, J. M. Grau // *Med Clin (Barc).* – 2012. – Vol. Apr 14; 138(9). – P. 410–411. (in Spanish). – doi: 10.1016/j.medcli.2011.07.003. Epub 2011 Sep 21. PMID: 21940012.
199. Miranda, C. Antiproliferative and cytotoxic effects of prenylated flavonoids from hops (*Humulus lupulus*) in human cancer cell lines. *Food Chem / C. Miranda; J. Stevens, A. Helmrich, et al.* // *Toxicol.* – 1999 – Vol. 37. – P. 271–285.
200. Miranda, C. L. Non-estrogenic Xanthohumol Derivatives Mitigate Insulin Resistance and Cognitive Impairment in High-Fat Diet-induced Obese Mice / C. L. Miranda, L. A. Johnson, O. De Montgolfier [et al.] // *Sci. Rep.* – 2018 – Vol. 8. – P. 613.
201. Mortensen, L. H. Intelligence in relation to later beverage preference and alcohol intake / L. H. Mortensen, T. I. Sørensen, M. Grønbaek // *Addiction.* –2005. – Vol. 100(10). – P. 1445–1452.
202. Narro-Robles, J. Correlación ecológica entre consumo de bebidas alcohólicas y mortalidad por cirrosis hepática en México [Ecological correlation between consumption of alcoholic beverages and liver cirrhosis mortality in Mexico] / J. Narro-Robles, J. H. Gutiérrez-Avila // *Salud Publica Mex.* – 1997. – Vol. May-Jun; 39(3). – P. 217–220. (in Spanish). PMID: 9304225.
203. Neufeld, M. Effectiveness of policy changes to reduce harm from unrecorded alcohol in Russia between 2005 and now / M. Neufeld, J. Rehm // *Int J Drug Policy.* – 2018. – Vol. 51. – P. 1–9. – doi: 10.1016/j.drugpo.2017.09.006. Epub 2017 Oct 12. PMID: 29031132.

204. Neufeld, M., Rehm, J. Alcohol consumption and mortality in Russia since 2000: are there any changes following the alcohol policy changes starting in 2006? / M. Neufeld, J. Rehm // *Alcohol*. – 2013. – Vol. 48(2). – P. 222–30.

205. Niebergall-Roth, E. A review: acute and chronic effects of ethanol and alcoholic beverages on the pancreatic exocrine secretion in vivo and in vitro / E. Niebergall-Roth, H. Harder, M. V. Singer // *Alcohol Clin Exp Res*. – 1998. – Vol. Oct; 22(7). – P. 1570–1583. – doi: 10.1111/j.1530-0277.1998.tb03951.x. PMID: 9802544.

206. Nkwe, D. O. Fungi, aflatoxins, fumonisin B1 and zearalenone contaminating sorghum-based traditional malt, wort and beer in Botswana / D. O. Nkwe, J. E. Taylor, B. A. Siame // *Mycopathologia*. – 2005. – Vol. Sep; 160(2). – P. 177–186. – doi: 10.1007/s11046-005-6867-9. PMID: 16170615.

207. Olas, B. Beer components and their beneficial effect on the hemostasis and cardiovascular diseases- truth or falsehood / B. Olas, M. Bryś // *Food Chem Toxicol*. – 2020. – Dec; 146:111782. – doi: 10.1016/j.fct.2020.111782. Epub 2020 Sep 28. PMID: 32991986.

208. Osorio-Paz, I. Beer and its non-alcoholic compounds in health and disease / I. Osorio-Paz, R. Brunauer, S. Alavez // *Crit Rev Food Sci Nutr*. – 2020. – Vol. 60(20). – P. 3492–3505. – doi: 10.1080/10408398.2019.1696278. Epub 2019 Nov 29. PMID: 31782326.

209. Ouellette, L. Beer potomania: Atypical cause of severe hyponatremia in older alcoholics / L. Ouellette, K. Michel, B. Riley, J. Jones // *Am J Emerg Med*. – 2018. – Vol. Jul; 36(7). – P. 1303. – doi: 10.1016/j.ajem.2017.10.065. Epub 2017 Nov 2. PMID: 29103842.

210. Padro, T. Moderate Beer Intake and Cardiovascular Health in Overweight Individuals / T. Padro, N. Muñoz-García, G. Vilahur, P. Chagas, A. Deyà, R. M. Antonijoan, L. Badimon // *Nutrients*. – 2018. – Vol. Sep 5; 10(9). – P. 1237. – doi: 10.3390/nu10091237. PMID: 30189619; PMCID: PMC6164820.

211. Partanen, T. J. Pancreas cancer, tobacco smoking and consumption of alcoholic beverages: a case-control study / T. J. Partanen, H. U. Vainio, I. A. Ojajärvi,

T. P. Kauppinen // *Cancer Lett.* – 1997. – Vol. 3. (1) – P. 27–32. – doi: 10.1016/s0304-3835(97)04744-7. PMID: 9177454.

212. Pérez Medina, T. Benefits of moderate beer consumption at different stages of life of women / T. Pérez Medina, N. de Argila Fernández-Durán, A. Pereira Sánchez, L. Serrano González // *Nutr Hosp.* – 2015. – Vol. Jul 18; 32 Suppl 1. – P. 32–34. (in Spanish). – doi: 10.3305/nh.2015.32.sup1.9476. PMID: 26267772.

213. Petti, S. Oral cancer: the association between nation-based alcohol-drinking profiles and oral cancer mortality / S. Petti, C. Scully // *Oral Oncol.* – 2005. – Vol. Sep; 41(8). – P.828–834. – doi: 10.1016/j.oraloncology.2005.04.004. PMID: 15979385.

214. Pettigrew, S. Alcohol advertisement characteristics that increase the likelihood of code breaches / S. Pettigrew, M. I. Jongenelis, H. Pierce, J. Stafford, D. Keric // *Int J Drug Policy.* – 2020. – Vol. Jul; 81:102776. – doi: 10.1016/j.drugpo.2020.102776. Epub 2020 May 25. PMID: 32464487.

215. Phillip, V. Incidence of acute pancreatitis does not increase during Oktoberfest, but is higher than previously described in Germany / V. Phillip, W. Huber, F. Hagemes, S. Lorenz, U. Matheis, et al. // *Clin Gastroenterol Hepatol.* – 2011. – Vol. 9(11). – P. 995-1000.e3. – doi: 10.1016/j.cgh.2011.06.016. Epub 2011 Jun 30. PMID: 21723238.

216. Pihl, R. O. Individual characteristics of aggressive beer and distilled beverage drinkers / R. O. Pihl, M. Smith, B. Farrell // *Int. J. Addict.* – 1984. – Vol. 19 (6). – P. 689–696.

217. Pita, J. S. Beer: an uncommon cause of anaphylaxis / J. S. Pita, N. Sousa, B. Bartolome, C. Loureiro, A. T. Bom // *BMJ Case Rep.* – 2019. – Vol. Jan 3; 12(1):e227723. – doi: 10.1136/bcr-2018-227723. PMID: 30610032; PMCID: PMC6326336.

218. Poberezhnaia, N. V. The article is devoted community principles and stages of the psychoprevental and correctional approach for teenagers with beer / N. V. Poberezhnaia // *Lik. Sprava.* – 2013. – Vol. 4 (1). – P. 98–100.

219. Pomerleau, J. Hazardous alcohol drinking in the former Soviet Union: a cross-sectional study of eight countries / J. Pomerleau, M. McKee, R. Rose [et al.] // *Alcohol*. – 2008. – Vol. 43(3). – P. 351–359.

220. Poulos, C. X. Low-dose diazepam primes motivation for alcohol and alcohol-related semantic networks in problem drinkers / C. X. Poulos, M. Zack // *Behav. Pharmacol.* 2004. – Vol. 15 (7). – P. 503–512.

221. Quesada-Molina, M. A New Perspective on the Health Benefits of Moderate Beer Consumption: Involvement of the Gut Microbiota / M. Quesada-Molina, A. Muñoz-Garach, F. J. Tinahones, I. Moreno-Indias // *Metabolites*. – 2019. – Vol. 9(11). – P. 272. – doi: 10.3390/metabo9110272. PMID: 31717482; PMCID: PMC6918268.

222. Radonjić S, Maraš V, Raičević J, Košmerl T. Wine or Beer? Comparison, Changes and Improvement of Polyphenolic Compounds during Technological Phases. *Molecules*. 2020 Oct 27;25(21):4960. doi: 10.3390/molecules25214960. PMID: 33120907; - URL:https://pdfs.semanticscholar.org/040e/2c645a3ec35a0033eee5f1c9f4645e021c68.pdf?_ga=2.69416656.1117142326.1674068559-1474456390.1674068559 (дата обращения: 23.09.2022).

223. Razvodovsky, Y. E. The effect of beverage type on alcoholic psychoses rate in Russia / Y. E. Razvodovsky // *Alcohol Alcohol*. – 2015. – Vol. Mar; 50(2). – P. 200–205. – doi: 10.1093/alcalc/agu104. Epub 2015 Jan 12. PMID: 25583743.

224. Redondo, N. Effects of moderate beer consumption on health / N. Redondo, E. Nova, L.E. Díaz-Prieto, A. Marcos // *Nutr Hosp*. – 2018. – Vol. 7; 35(Spec No6). – P. 41–44. (in English). – doi: 10.20960/nh.2286. PMID: 30351160.

225. Rhoades, E. Risky messages in alcohol advertising, 2003–2007: results from content analysis / E. Rhoades, D. H. Jernigan // *J. Adolesc. Health*. – 2013. – Vol. 52(1). – P. 116–121.

226. Rivero, D. Inhibition of induced DNA oxidative damage by beers: correlation with the content of polyphenols and melanoidins / D. Rivero, S. Pérez-Magariño, M. L. González-Sanjosé, V. Valls-Belles, P. Codoñer, P. Muñiz // *J Agric*

Food Chem. – 2005. – Vol. May 4; 53(9). – P. 3637–3642. – doi: 10.1021/jf048146v. PMID: 15853413.

227. Romeo, J. Effects of moderate beer consumption on blood lipid profile in healthy Spanish adults / J. Romeo, M. González-Gross, J. Wärnberg [et al.] // *Nutr Metab Cardiovasc Dis.* – 2008 – Vol. Jun;18(5). – P. 365–372. – doi: 10.1016/j.numecd.2007.03.007. Epub 2007 Oct 31. PMID: 17976963.

228. Rosch, E. Cognitive representations of semantic categories / E. Rosch // *Journal Experimental Psychology.* – 1975. – Vol. 104. – P. 192–233.

229. Sadr Azodi, O. Effect of type of alcoholic beverage in causing acute pancreatitis / O. Sadr Azodi, N. Å. Orsini, Andrén-Sandberg, A. Wolk // *Br J Surg.* – 2011. – Vol. Nov; 98(11). – P. 1609–1616. – doi: 10.1002/bjs.7632. Epub 2011 Aug 3. PMID: 21811997.

230. Schiff, M. D. A Decade of Drinking: Temporal Trends in Apparent Household Beer Intake and Standard Drink Consumption in the United States / M. D. Schiff, D. D. Mendez, T. L. Gary-Webb [et al.] // *Subst Use Misuse.* – 2021. – Vol. 56(9). – P. 1363–1373. – doi: 10.1080/10826084.2021.1928208. Epub 2021 Jun 4. PMID: 34085586.

231. Schlienger, J. L. Homocystéine et consommation d'alcool. Une relation ambiguë et un nouveau paradoxe [Homocysteine and alcohol consumption. An ambiguous relationship and a new paradox] / J. L. Schlienger // *Presse Med.* – 2003. – Vol. Feb 15; 32(6). – P. 262–267. (in French). PMID: 12610455.

232. Schütze, M. Beer consumption and the 'beer belly': scientific basis or common belief? / M. Schütze, M. Schulz, A. Steffen, M. M. Bergmann, A. Kroke, L. Lissner, H. Boeing // *Eur J Clin Nutr.* – 2009. – Vol. Sep; 63(9). – P. 1143–1149. – doi: 10.1038/ejcn.2009.39. Epub 2009 Jun 24. PMID: 19550430.

233. Seitz, H. K. Risk factors and mechanisms of hepatocarcinogenesis with special emphasis on alcohol and oxidative stress / H. K. Seitz, F. Stickel // *Biol Chem.* – 2006. – Vol. Apr; 387(4). – P. 349–360. – doi: 10.1515/BC.2006.047. PMID: 16606331.

234. Shimazu, T. Alcohol drinking and primary liver cancer: a pooled analysis of four Japanese cohort studies / T. Shimazu, S. Sasazuki, K. Wakai, A. Tamakoshi [at al.]; Research Group for the Development and Evaluation of Cancer Prevention Strategies in Japan. // *Int J Cancer*. – 2012. – Vol. Jun 1; 130(11). – P. 2645–2653. – doi: 10.1002/ijc.26255. Epub 2011 Aug 12. PMID: 21702041.

235. Slater, M. D. Male adolescents' reactions to TV beer advertisements: the effects of sports content and programming context / M. D. Slater, D. Rouner, K. Murphy [et al.] // *J. Stud. Alcohol*. – 1996. – Vol. 57(4). – P. 425–433.

236. Slattery, M. L. Alcohol consumption and rectal tumor mutations and epigenetic changes / M. L. Slattery, R. K. Wolff, J. S. Herrick [at al.] // *Dis Colon Rectum*. – 2010. – Vol. Aug; 53(8). – P. 1182–1189. – doi: 10.1007/DCR.0b013e3181d325db. PMID: 20628283; PMCID: PMC2907183.

237. Smart, R. G. Do some types of alcoholic beverages lead to more problems for adolescents? / R. G. Smart, G. W. Walsh // *J. Stud. Alcohol*. – 1995. – Vol. 56 (1). – P. 35–38.

238. Smeets PAM, de Graaf C. Brain Responses to Anticipation and Consumption of Beer with and without Alcohol. *Chem Senses*. 2019 Jan 1;44(1):51-60. doi: 10.1093/chemse/bjy071. PMID: 30423017. - URL: https://www.researchgate.net/publication/328940227_ (дата обращения: 21.10.2022).

239. Song, Z. Sensitization to beer ingredients in Chinese individuals with beer allergy: a clinical study of 20 cases / Z. Song, W. Chen, X. Huang [at al.] // *Int Arch Allergy Immunol*. – 2014. – Vol. 163(2). – P. 135–141. – doi: 10.1159/000356703. Epub 2013 Dec 14. PMID: 24356415.

240. Spaggiari, G. To beer or not to beer: A meta-analysis of the effects of beer consumption on cardiovascular health / G. Spaggiari, A. Cignarelli, A. Sansone, M. Baldi, D. Santi // *PLoS One*. – 2020. – Jun 3; 15(6):e0233619. – doi: 10.1371/journal.pone.0233619. PMID: 32492025; PMCID: PMC7269243.

241. Stevens, J. F. Xanthohumol and related prenylflavonoids from hops and beer: to your good health! / J. F. Stevens, J. E. Page // *Phytochemistry*. – 2004. – Vol.

May; 65(10). – P. 1317–1330. – doi: 10.1016/j.phytochem.2004.04.025. PMID: 15231405.

242. Stranges, S. Relationship of alcohol drinking pattern to risk of hypertension: a population-based study / S. Stranges, T. Wu, J. M. Dorn [at al.] // *Hypertension*. – 2004. – Vol. Dec; 44(6). – P. 813–819. – doi: 10.1161/01.HYP.0000146537.03103.f2. Epub 2004 Oct 11. PMID: 15477381.

243. Styburski, D. Beer as a Rich Source of Fluoride Delivered into the Body / D. Styburski, I. Baranowska-Bosiacka, M. Goschorska, D. Chlubek, I. Gutowska // *Biol Trace Elem Res*. – 2017. – Vol. 177(2). – P. 404–408. – doi: 10.1007/s12011-016-0888-8. Epub 2016 Nov 4. PMID: 27815689; PMCID: PMC5418315.

244. Sullivan, J. T. Assessment of alcohol withdrawal: The revised clinical institute withdrawal assessment for alcohol scale (CIWA-Ar) / J. T. Sullivan, K. Sykora, J. Schneidermann [et al.] // *Br J Addiction*. – 1989. – Vol. 89. – P. 1353–1357.

245. Teixeira, J. B. Câncer gástrico: fatores de risco em clientes atendidos nos serviços de atenção terciária em um município do interior paulista [Gastric cancer: risk factors in patients treated in tertiary care services of a municipality in the interior of the state of São Paulo] / J. B. Teixeira, M. S. Nogueira // *Rev Lat Am Enfermagem*. – 2003. – Vol. Jan-Feb; 11(1). – P. 43–48. (in Portuguese). PMID: 12733242.

246. Tellenbach, H. Melancholie, Problemgeschichte, Endogenität, Typologie, Pathogenese, Klinik / H. Tellenbach // Auflage, Springer, Berlin, 1971. – 318 p.

247. Theobald, H. Influence of different types of alcoholic beverages on self-reported health status / H. Theobald, S. E. Johansson, P. Engfeldt // *Alcohol Alcohol*. – 2003. – Vol. Nov-Dec; 38(6). – P. 583–588. – doi: 10.1093/alcalc/agg115. PMID: 14633646.

248. Trius-Soler, M. Effects of the Non-Alcoholic Fraction of Beer on Abdominal Fat, Osteoporosis, and Body Hydration in Women / M. Trius-Soler, A. Vilas-Franquesa, A. Tresserra-Rimbau, G. Sasot, C.E. Storniolo [at al.] // *Molecules*. – 2020. – Vol. Aug 27; 25(17). – P. 3910. – doi: 10.3390/molecules25173910. PMID: 32867219; PMCID: PMC7503904.

249. Trius-Soler, M. Moderate Consumption of Beer (with and without Ethanol) and Menopausal Symptoms: Results from a Parallel Clinical Trial in Postmenopausal Women / M. Trius-Soler, M. Marhuenda-Muñoz, E. P. Laveriano-Santos [at al.] // *Nutrients*. – 2021. – Vol. Jun 30; 13(7). – P. 2278. – doi: 10.3390/nu13072278. PMID: 34209273; PMCID: PMC8308431.
250. Wagenaar, A. C. Effects of beverage alcohol price and tax levels on drinking: a meta-analysis of 1003 estimates from 112 studies / A. C. Wagenaar, M. J. Salois, K. A. Komro // *Addiction*. – 2009. – Vol. 104(2). – P. 179–190.
251. Wald, I. Alcohol consumption and alcoholic psychoses in Poland / I. Wald, Z. Jaroszewski // *J. Stud. Alcohol*. – 1983. – Vol. 44(6). – P. 1040–1048.
252. Walker, S. Russia's alcohol problem / S. Walker // *BMJ*. – 2011. – Vol. 17. – P. 343.
253. Wang, J. Revealing a 5,000-y-old beer recipe in China / J. Wang, L. Liu, T. Ball [at al.] // *Proc Natl AcadSci USA*. – 2016. – Vol. Jun 7; 113(23). – P. 6444–6448. – doi: 10.1073/pnas.1601465113. Epub 2016 May 23. PMID: 27217567; PMCID: PMC4988576. 23
254. Warnakulasuriya, S. Fluoride content of alcoholic beverages / S. Warnakulasuriya, C. Harris, S. Gelbier, J. Keating, T. Peters // *Clin Chim Acta*. – 2002. – Vol. Jun; 320(1-2). – P. 1–4. – doi: 10.1016/s0009-8981(02)00043-8. PMID: 11983193.
255. White, J. M. Response to alcohol cues as a function of consumption level / J. M. White, P. K. Staiger // *Drug Alcohol Depend*. – 1991. – Vol. Mar; 27(2). – P. 191–195. – doi: 10.1016/0376-8716(91)90039-2. PMID: 2055167.
256. WHO: Global Status Report on Alcohol 2004, Country Profiles. – World Health Organization, 2004.
257. WHO: Global Status Report on Alcohol 2007, Country Profiles. – World Health Organization, 2007.
258. WHO: Regional Office for Europe. Interpersonal Violence and Alcohol in the Russian Federation. – Geneva: WHO Regional Office for Europe, 2006.

259. Whyte, K. F. Excessive beer consumption and beri-beri / K. F. Whyte, M. G. Dunnigan, W. B. McIntosh // *Scott Med J.* – 1982. – Vol. Oct; 27(4). – P. 288–291. – doi: 10.1177/003693308202700405. PMID: 7146877.
260. Williams, D. A comparison of rating scales for the alcohol-withdrawal syndrome / D. Williams, J. Lewis, A. McBride // *Alcohol Alcohol.* – 2001. – Vol. 36(2). – P. 104–108. – doi: 10.1093/alcalc/36.2.104.
261. Wynne JL, Wilson PB. Got Beer? A Systematic Review of Beer and Exercise. *Int J Sport Nutr Exerc Metab.* 2021 Sep 1; 31(5):438-450. Epub 2021 Jul 20. - URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/34284350/> (дата обращения: 20.10.2022).
262. Zaridze, D. Alcohol and mortality in Russia: prospective observational study of 151,000 adults / D. Zaridze [et al.] // *Lancet.* – 2014. – Vol. 26. – P. 1465–1473.
263. Zaridze, D. Alcohol poisoning is a main determinant of recent mortality trends in Russia: evidence from a detailed analysis of mortality statistics and autopsies / D. Zaridze, D. Maximovitch, A. Lazarev [at al.] // *International Journal of Epidemiology.* – 2009. – Vol. 38/1. – P. 142–153.
264. Zerssen, D. The Munich Personality Test (MPT): a short questionnaire for self-rating and relatives' rating of personality traits: Formal properties and clinical potential / D. Zerssen, H. Pfister, D.-M. Koeller // *Eur. Arch. PsychiatryNeurol. Sci.* – 1988. – Vol. 238. – P. 73–93.
265. Zhong VW, Kuang A, Danning RD, Kraft P, van Dam RM, Chasman DI, Cornelis MC. A genome-wide association study of bitter and sweet beverage consumption. *Hum Mol Genet.* 2019 Jul 15; 28(14):2449-2457. Erratum in: *Hum Mol Genet.* 2019 May 02; - URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/31046077/> (дата обращения: 21.10.2022).

СПИСОК ИЛЛЮСТРАТИВНОГО МАТЕРИАЛА

Таблица 2.1 – Гендерная принадлежность и возраст пациентов к периоду обследования	С. 33
Таблица 2.2 – Структура наследственной отягощённости	С. 34
Таблица 2.3 – Особенности пренатального, натального и постнатального периода	С. 34-35
Таблица 2.4 – Образовательный уровень к периоду обследования	С. 35
Таблица 2.5 – Трудовая занятость к периоду обследования	С. 36
Таблица 2.6 – Семейное положение к периоду обследования	С. 36
Таблица 2.7– Дизайн исследования	С. 37
Рисунок 3.1 – Распределение больных АЗ по преобладающему виду употребляемого спиртного напитка (412 больных)	С. 39
Рисунок 3.2 – Распределение больных АЗ по преобладающему употреблению спиртного напитка на различных этапах формирования АЗ	С. 40
Таблица 3.1 – Доля больных, сменивших преимущественное употребление одного вида спиртного напитка на другой	С. 41
Рисунок 3.3 – Больные, сохранившие приверженность к употреблению одного вида алкогольного напитка на всех последовательных этапах развития алкогольной зависимости	С. 42
Рисунок 3.4 – Соотношение «водочных» и «пивных» больных алкоголизмом в разных возрастных группах (каждая группа принята за 100%)	С. 43
Таблица 3.2 – Возрастной состав и гендерная принадлежность пациентов	С. 43
Рисунок 3.5 – Распределение больных АЗ по полу и по преобладающему в употреблении алкогольному напитку (числами обозначена доля больных в % от их общего количества (412); «*»	

p<0,05)	С. 44
Таблица 4.1 – Возраст первых проб употребления алкоголя	С. 46
Рисунок 4.1 – Распределение больных АЗ по доминирующим напиткам при первом опьянении	С. 47
Таблица 4.2 – Возраст начала этапа систематического употребления алкоголя	С. 48
Рисунок 4.2 – Распределение обследуемых групп по доминирующему напитку на этапе систематического употребления алкоголя (группы ВА и ПА)	С. 48
Таблица 4.3 – Возраст формирования первичного патологического влечения к алкоголю	С. 50
Рисунок 4.3 – Распределение больных по доминирующему в употреблении спиртному напитку на начальной стадии АЗ	С. 51
Рисунок 4.4 – Динамика изменение структуры употребления алкогольных напитков на разных этапах АЗ в группе ПА и ВА	С. 52
Таблица 4.4 – Возраст утраты количественного контроля	С. 52
Рисунок 4.5 – Распределение преобладающих в употреблении алкогольных напитков на средней стадии АЗ	С. 54
Рисунок 4.6 – Возраст формирования СОА у больных ПА и ВА	С. 55
Рисунок 4.7 – Продолжительность СОА на начальных этапах его формирования	С. 55
Рисунок 4.8 – Продолжительность развернутого СОА	С. 56
Таблица 4.5 – Клинические варианты СОА у групп ПА и ВА	С. 59
Таблица 4.6 – Клиническая структура ПВА у больных из групп ПА и ВА	С. 62
Таблица 4.7 – Мотивация употребления алкоголя	С. 62
Таблица 4.8 – Биохимические показатели больных групп ПА и ВА	С. 65
Таблица 4.9 – Наличие черепно-мозговых травм соматических и неврологических заболеваний	С. 65

Таблица 4.10 – Оценка тяжести зависимости, показатели суммарных баллов	С. 66
Таблица 4.11 – Характерологические особенности больных из групп ПА и ВА	С. 70
Таблица 4.12 – Основные показатели Мюнхенского теста у больных из группы ВА и ПА	С. 74
Таблица 4.13 – Слова-реакции пиво и водка на общее количество слов-стимулов	С. 78
Таблица 4.14 – Возраст и гендерная принадлежность на период клинико-катамнестического исследования	С. 80
Таблица 4.15 – Мотивация употребления алкоголя	С. 82
Таблица 4.16 – Суточная толерантность к алкоголю	С. 82
Таблица 4.17 – Тяжесть состояния алкогольного опьянения	С. 82
Таблица 4.18 – Формы опьянения при катамнестическом наблюдении	С. 83
Таблица 4.19 – Длительность запоев при катамнестическом наблюдении	С. 84
Таблица 4.20 – Характеристика запоев при катамнестическом наблюдении	С. 84
Таблица 4.21 – Амнезии опьянения	С. 85
Таблица 4.22 – Клиническая структура СОА	С. 86
Таблица 4.23 – Соматические и неврологические заболевания	С. 87
Таблица 4.24 – Результаты лабораторных исследований	С. 88
Таблица 4.25 – Обращение больных за наркологической помощью	С. 89-90
Таблица 4.26 – Оценка тяжести зависимости, показатели суммарных баллов	С. 90
Таблица 4.27 – Семейное положение при катамнестическом наблюдении	С. 94
Таблица 4.28 – Семейная ситуация при катамнестическом наблюдении	С. 95
Таблица 4.29 – Образование при катамнестическом наблюдении	С. 95

Таблица 4.30 – Количество увольнений при катamnестическом наблюдении	С. 96
Таблица 4.31 – Трудовой статус при катamnестическом наблюдении	С. 96
Таблица 4.32 – Количество судимостей при катamnестическом наблюдении	С. 97

ПРИЛОЖЕНИЕ 1. Клинические примеры

Клинический пример №1

Больная Т. 1969 года рождения

Первичное обследование в рамках исследования в 2010 году

Анамнез (со слов больной)

Наследственность отягощена алкоголизмом со стороны отца и брата отца (у дяди хронический алкоголизм). Отец — главный энергетик Главмосстроя, жестокий, агрессивный, избивал жену и детей, пьющий, безответственный, лгун, семьёй не занимался, зарплату домой приносил нерегулярно.

Мать — учётчица в лесоперерабатывающем производстве, добрая, заботливая, добродушная.

Больная — младшая из двух сестёр (сестра здорова).

Беременность пациенткой у матери протекала тяжело. Во время беременности отец употреблял алкоголь, избивал мать. Роды протекали тяжело и досрочные — на 7-м месяце гестации окончились Кесаревым сечением и осложнением (удаление шейки матки).

Раннее развитие пациентки — без осложнений. Была на искусственном вскармливании из-за тяжёлого послеродового состояния матери. В раннем детстве была подвижной, активной, весёлой. Воспитывалась матерью и бабушкой. Атмосфера в доме была напряжённой: отец дебоширил, нередко избивал мать на глазах у детей. Отношения со старшей сестрой не были тёплыми, старшая сестра была любимицей отца, и ей доставалось всё самое лучшее. Больная из-за этого часто обижалась на неё.

Много времени проводила у бабушки матери, спасаясь от атмосферы, которая была в семье. Бабушка была доброй, отдавала любовь внукам, но и при этом всё разрешала, баловала; была для пациентки «второй мамой». Бабушка читала книги, рассказывала сказки, как русские народные, так и авторские. Самой любимой сказкой была «Волшебник изумрудного города», любимой героиней — девочка Элли. Представляла себя принцессой, мечтала, чтобы пришёл прекрасный принц и увёл из дома. Играла сама с собой в куклы, разыгрывая эти ситуации. До 6 лет воспитывалась матерью и бабушкой.

Когда девочке было 6 лет, мать серьёзно заболела, поэтому девочка стала посещать детский сад. В детский сад ходить нравилось, легко находила общий язык с другими детьми, была очень общительная, любознательная, предпочитала подвижные игры, например «Казачьи разбойники». В детский сад водила и забирали бабушка. Мать тяжело болела онкологическим заболеванием, практически была прикована к постели. Девочка видела, как мать страдает от сильных, мучительных болей, не раз слышала, что мать хочет поскорее уйти из жизни. Отец не обращал на это никакого внимания, пьянствовал и в пьяном виде

избивал мать. Сестра уходила к себе в комнату и делала вид, что её это не касается.

Мать умерла, когда пациентке было 7 лет. Отреагировала на это событие болезненно. На похоронах долго безутешно рыдала. Чтобы успокоить девочку, родственники вынуждены были дать ей «Валокордин». Пациентку забрала к себе бабушка со стороны матери, а сестру — бабушка и дедушка со стороны отца. С этого времени отец детьми не занимался вообще. С отцом встречалась только эпизодически, с сестрой тоже встречалась редко.

В школу пошла вовремя, в 7 лет. Когда пошла в школу, почувствовала себя ущербной, «потому что всех в первый класс повели мамы, а меня бабушка». Учиться в школе нравилось, училась на «отлично», самостоятельно делала домашние задания, отличалась исполнительностью и ответственностью. Атмосфера в семье у бабушки была тёплая, дружественная.

Были близкие подруги, общалась с компанией одноклассников. В школьный период лет любила танцевать, ходила в кружок рисования. Отношения со всеми складывались ровные, всегда стремилась быть не хуже других. При этом постоянно присутствовало ощущение своей неполноценности. Хуже всех одевалась. Учителя всё время давали понять, что она сирота, давали бесплатные обеды, одежду. С 10 лет отчётливо стали проявляться лидерские тенденции. С 5-го класса стала председателем совета дружины школы, а с 8-го класса была комсоргом класса.

До 8-го класса училась на «отлично». В 14 лет появились новые друзья, сменились интересы. Стало интересно развлекаться с новой компанией «хулиганов», начала курить с ними сигареты, в компании играли на гитаре, совершали мелкие хулиганства. Изменилась по характеру: стала более самостоятельной, старалась быть лидером, быть на виду. Менструации с 15 лет, регулярные, безболезненные.

Школу закончила на «отлично» с одной четвёркой.

После школы хотела поступить в юридический институт, но, так как было желание быстрее начать зарабатывать, пошла в техникум, поступила в Московский техникум общественного питания по специальности техника-технолога. Учебное заведение было при ресторане «Будапешт», и это сулило достаточное денежное вознаграждение после окончания.

Первая проба алкоголя – в 16 лет, в праздник 7 ноября; с одноклассницами пошла на первую дискотеку (первый раз получила разрешение от бабушки), где очень сильно напились вермутом и красным вином; было желание показаться взрослой. Первые впечатления от употребления алкоголя были отвратительные, «очень тошнило, болела голова». После этого употребление алкоголя было редким, по праздничным дням.

Учёба в техникуме не нравилась, интересовалась в основном развлечениями: ходила на дискотеки, проводила всё свободное время с друзьями.

«Очень хотелось выглядеть красиво, покупать красивую одежду», стала заниматься спекуляцией, продавала в туалете однокурсницам губную помаду, жила по принципу купить – перепродать. Денег не хватало.

На втором курсе забросила техникум. Комиссия по делам несовершеннолетних отчислила больную из техникума за прогулы и направила в вечернюю школу рабочей молодёжи. Эпизодически употребляла пиво, вино в компании, но состояние опьянения не нравилось (неприятное головокружение, оцепенение).

После окончания вечерней школы 6 месяцев училась на курсах продавцов, после чего начала работать младшим продавцом в обувном отделе магазина, так как рассчитывала иметь доступ к хорошей фирменной обуви.

Почувствовала себя более самостоятельной, ни от кого не зависящей. Гуляла с подругами, знакомилась с молодыми людьми, участвовала в «тусовках». Бабушка перестала уделять внимание младшей внучке, всё внимание стала уделять старшей сестре, так как та вышла замуж и забеременела.

До 17 лет интимных отношений с молодыми людьми боялась, имея перед глазами негативный опыт отношений в семье родителей.

В 17 лет познакомилась с молодым человеком, который по характеру был щедрым, мягким, обеспеченным хорошей работой. Влюбилась в него. Сначала всё складывалось хорошо: цветы, подарки. В отношениях больше интересовали подарки и деньги — «то, чего у меня никогда не было». Молодого человека с бабушкой не знакомила, так как «страшно было привести мужчину в квартиру, где нет красивой мебели и других вещей». Отношения продолжались 4 месяца. Вскоре забеременела. Приятель уговаривал сделать аборт, так как жениться не собирался, «не подходила по статусу». На третьем месяце беременности молодой человек бросил её. Факт беременности долго скрывала от бабушки. Когда бабушка узнала о беременности, то стала настаивать на том, чтобы больная после родов оставила ребёнка в роддоме, так как не на что было его содержать. Несмотря на это, решила рожать: во-первых, страшно было делать аборт, переносить боли, а во-вторых, хотела иметь около себя близкого человека.

Беременность протекала без особенностей, роды прошли в срок и без осложнений. Вскоре после родов вместе с бабушкой переехала жить к сестре. Никакой материальной помощи ни со стороны сестры, ни со стороны бабушки не было, получала небольшую сумму денег по завещанию матери при достижении 18 лет.

Через два месяца после родов устроилась уборщицей. Сестра помогала нянчить ребёнка; отношения между сёстрами улучшились.

В 20 лет начала работать продавцом в продуктовом магазине, там же познакомилась с состоятельным «бандитом», который был на 20 лет старше, «принимал её такой, какая она есть». Вскоре переехала с ребёнком к нему жить. Работу бросила, так как «могла позволить себе всё что угодно».

Первая проба наркотиков — в 20 лет, гашиш. Ощущения от приёма наркотика не понравились, почувствовала страх «как будто умираешь». После чего стала чаще употреблять алкоголь. Почти ежедневно алкоголизировалась с новыми подругами из криминальной среды. К 24 годам сформировалась зависимость от алкоголя. Толерантность повысилась до 1 литра ликёра в сутки. Начала испытывать похмелье. Дочь в то время посещала детский сад и жила у бабушки, больная забирала её только на выходные.

В то время привлекал риск, большие деньги, большие возможности. Всё продолжалось 4 года, употребляла систематически алкоголь, наркотики употребляла эпизодически, «только курила марихуану».

К этому времени изменилась по характеру, стала самодостаточной, более уверенной в себе, «наглой», «дерзкой». Жила по принципу «возьму то, чего хочу». Это были времена дискотек, поездок с сожителем за границу, в другие города. В одну из таких поездок вместе с партнёром оказалась в перестрелке, получила четыре огнестрельных ранения, сожитель был убит. Лечилась стационарно в течение месяца.

После этого четыре месяца жила в страхе, пряталась по чужим квартирам или у родственников вместе с бабушкой и ребёнком. Чтобы уснуть, употребляла феназепам по 1 таблетке на ночь перед сном. Через 4 месяца начала испытывать потребность в феназепаме. В отсутствие лекарственного средства появлялся тремор, внутренний дискомфорт, навязчивый страх надвигающейся катастрофы, помогал алкоголь, приём которого снижал страх и тревогу. В это время запои были длительностью по 3–4 дня со светлыми промежутками до трёх месяцев. Толерантность возросла до 1 литра водки. Для опохмеления вымогала у бабушки деньги. Из запоев чаще всего выходила с помощью частных наркологов.

В 25 лет «кодировалась» на год по методу Довженко, срок кодировки выдержала. В это же время работала в продуктовом магазине, через пять месяцев вышла замуж за хозяина этого магазина. В браке прожила год, продолжала работать, занималась ребёнком, но чувствовала, что так жить скучно, хотелось острых ощущений и лидерства. Отношения внутри семьи были напряжённые, так как остро стоял квартирный вопрос, не хотела переезжать вместе с ребёнком к мужу и не приглашала его жить к себе.

Через год после окончания кодировки выпила, так как решила, что выздоровела. Срыв длился 5 дней, после чего была госпитализирована в 13 ПБ в наркологическое отделение. Был тяжёлый СОА. Провела в больнице 5 дней, после чего была выписана с направлением в НД по месту жительства. Муж бросил, вернулась к бабушке. После этого не употребляла алкоголь на протяжении 9 месяцев, устроилась на работу сначала продавцом, а потом управляющей в компании «Пищепромстрой». На этом месте проработала 5 лет. За это время отмечалось 6–7 срывов длительностью до 5 суток, пила в основном водку. После развала предприятия сорвалась, запой 5 дней, вышла из запоя с помощью

наркологического диспансера. Далее начала работать в магазине «Самохвал» администратором.

С 30 лет в запоях употребляла преимущественно вино до 2,0 литров в сутки или пиво до 4,0 литров. Восстанавливалась с помощью врачей наркологического диспансера.

Впервые обратилась в Московский научно-практический центр наркологии (МНПЦН) в 36 лет (2005). В это время вновь стала употреблять водку, так как дешевле и быстрее наступает состояние опьянения. Толерантность составляла до 1,0 литра в сутки. Ремиссия составила один год и три месяца. Повторно лечилась в МНПЦН в 38 лет. В новогодние праздники, когда все вокруг пили, смотрела кино, увидела сцены насилия, крови, и в тот момент возник беспричинный страх, для успокоения выпила. Уже на следующий день обратилась в МНПЦН. Лечение завершилось проведением процедурой «кодирования». Ремиссия составила один год. Держалась благодаря кодированию. Сообщает, что поменялось мировоззрение, поняла, что это болезнь. Но с патологическим влечением самостоятельно справиться не могла, сразу обращалась за помощью. Третья госпитализация — в 2008 году, после которой ремиссия составила около 2-х лет. Четвёртая госпитализация в МНПЦ — в октябре–ноябре 2010 года. После выписки сразу же возобновила алкоголизацию. В настоящее время не работает, живёт на содержании дочери. Поступила по собственной инициативе. Данная госпитализация пятая.

Психический статус при поступлении.

Походка неуверенная, шаткая. Изо рта — запах алкоголя. Выглядит моложе своих лет, внешне опрятна, ухожена. Беседует с врачом неохотно, держится несколько напряжённо. Стесняется смотреть в глаза врачу, скованна, сидит в однообразной позе, мимика бедная. На вопросы отвечает по существу. Речь замедленная. Голос слабо модулирован. Предъявляет жалобы на внутренний дискомфорт, тошноту, сердцебиение, головную боль, тремор рук и тела, беспокойство, раздражительность, влечение к алкоголю, невозможность самостоятельно прекратить алкоголизацию. Признаёт свою зависимость от алкоголя: «Я знаю, что сама не смогу остановиться, и дочь потеряю, останусь одна». Причиной последнего срыва называет ссору с сожителем. Фон настроения: неустойчивый, легко раздражается. Установка на лечение формальная, говорит, что «вынужденная из-за плохого самочувствия».

Неврологический статус при поступлении

Отмечался тремор век, пальцев рук. Слабость конвергенции, асимметрия н/г складок. Туловищная атаксия. В позе Ромберга неустойчива. Координаторные пробы выполняет неточно, одинаково с обеих сторон. Признаков грубого нарушения ЦНС не выявляется.

Заключение невролога (по данным осмотра): токсическая энцефалопатия G 92.

Соматический статус при поступлении.

Отмечается отёчность и гиперемия лица. Кожные покровы и видимые слизистые чистые. В лёгких дыхание везикулярное, ЧДД — 18 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС — 74 в 1 минуту. АД — 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, слегка болезненный при пальпации в правом подреберье, печень +2 см из под края рёберной дуги.

Заключение терапевта (по данным анализов и осмотра): токсический гепатит K 70.1 Хр. бронхит J 42.

При осмотре на 7-е сутки госпитализации

Поведение в отделении упорядоченное, основное время проводит в палате. Исчезло чувство тревоги, фон настроения стал более ровным. Помогает персоналу. С больными общается уважительно, помогает ослабленным, даёт информацию врачу о взаимоотношениях между больными. Иногда проявляет несдержанность, может вспылить, но быстро успокаивается и извиняется. В беседах с врачом откровенна, делится своими планами на будущее. В суждениях самоуверенна, поверхностна, ювенильна. Сразу после выписки намерена учиться на «мастера ногтевого сервиса» и пойти работать. «Я, конечно, могла бы быть и парикмахером, но это вредная для ног работа» (пациентка парикмахером никогда не работала и делать этого не умеет). Косметологией тоже вообще никогда не занималась, но уверена, что у неё это, безусловно, получится. «Вы же знаете, что я, если чего-то захочу, непременно сделаю». Конкретного плана действий не имеет. В рассуждениях о своей болезни предпочитает перекладывать ответственность на других: «Отец всю жизнь пил, поэтому алкоголизм мне достался по наследству, в 90-е годы постоянные стрессы, криминал, сходки, кабаки, пьянки — там ведь по-другому было нельзя». Суждения о реальной жизни более адекватны, расчётлива и проницательна по отношению к людям с материальным достатком. В быту рациональна. Стремится быть на виду, старается представить себя в лучшем свете. Демонстративна. В отделении навязчива к медперсоналу.

За все время пребывания в отделении больная, по её субъективному мнению, никакого влечения к алкоголю не испытывает, «как только переступаю порог больницы, сразу возникает отвращение к спиртному». Объективно признаков актуализации влечения также не отмечалось.

Диагноз

Психические и поведенческие расстройства в результате употребления алкоголя у личности с истероидной акцентуацией характера. Синдром

зависимости. Средняя стадия. Воздержание в условиях, исключающих употребление. F 10.212.

Анализ наблюдения

Психический статус определяется личностными свойствами больной: эгоцентричностью и демонстративностью, стремлением к получению привилегий, эмоциональной неустойчивостью, поверхностностью суждений, ювенильностью. Вместе с доверчивостью и внушаемостью отмечается излишняя самоуверенность и прямолинейность, недостаточная критичность по отношению к окружающему, собственной личности и собственной болезни. Эти качества характера приобрели явные черты в пубертатном периоде. Все перечисленные проявления отличаются умеренной выраженностью и довольно гармоничным сочетанием с некоторым заострением личностных особенностей демонстративного типа, истероидности (по Личко). Главным свойством больной можно считать «жажду повышенной оценки» (Шнайдер).

В представленном клиническом случае можно отметить наследственную отягощённость по линии отца. По мере развития алкоголизма можно отметить постоянное увеличение толерантности по этанолу и по разнообразию употребляемых алкогольных напитков. Однако со времени первого опьянения и до формирования СОА и запоев можно выделить шесть переходов в предпочтении различных алкогольных напитков, как слабоалкогольных, так более крепких. Последовательность переходов на употребление различных алкогольных напитков: вино, пиво, ликеры, водка, вино + пиво и, наконец, водка, доминирование которой продолжалось два года до времени обследования. По критерию квалификации больных в отношении спиртных напитков в запое последнего года данная больная отнесена в группу ВА. При этом доминирование одного алкогольного напитка могло сопровождаться их смешением при однократном эксцессе. В конечном итоге формирование алкогольного предпочтения определяется желанием больной достигнуть тяжёлого опьянения.

За катamnестический 10-летний период пациентка Т. госпитализировалась в МНПЦ наркологии 11 раз, выписывалась из отделения преимущественно по окончанию лечения (при купировании СОА), в 2020 году - по отказу от лечения. Последняя госпитализация - в 2020 году. В запоях употребляет водку, толерантность - до 0,7 л. в сутки. Запой носят истинный характер, длительность - до 10 дней со светлыми промежутками до 1 месяца, максимальная длительность ремиссии - до полугода. В течение 10 лет часто меняла места работы, что, в основном, было обусловлено возобновлением алкоголизации, на момент лечения в 2020 году работает гардеробщицей. Разведена, проживает отдельно. Планов в отношении поддержания трезвости не строит, отказывается от прохождения курса реабилитации и амбулаторной помощи, мотивируя свой отказ внешними обстоятельствами, склонна недооценивать негативные последствия употребления алкоголя. В период лечения в МНПЦ терапевтом установлен диагноз:

Алкогольная кардиомиопатия I42.6. С 2010 года пациентка Т. неоднократно обращалась к неврологу с диагнозом: Остеохондроз позвоночника M42.1 и гинекологу с диагнозом: Аменорея неуточненная N 91.2.

Клинический пример №2

Больная Ж. 1980 года рождения

Первичное обследование в рамках исследования в 2011 году

Анамнез (со слов больной)

Наследственность отягощена алкоголизмом со стороны отца и деда со стороны матери. Отец уже давно «закодировался» и не злоупотребляет. Об отце затрудняется дать точную информацию из-за развода родителей, знает, что у него высшее образование. По рассказам матери знает, что отец в состоянии опьянения становился буйным, агрессивным, часто попадал в вытрезвители. Мать – главный бухгалтер в строительной фирме, интеллигентная, сильная, авторитарная, упрямая, всегда отстаивает своё мнение, не прислушиваясь при этом к мнениям других людей.

Больная – единственный ребёнок в семье. Беременность матери протекала тяжело, так как на тот момент отец пил, мать постоянно находилась в напряжении, часто нервничала. Роды в срок с осложнениями у новорождённой – гемолитическая желтуха.

Раннее развитие без осложнений. Была на естественном вскармливании в течение 3-х лет. В раннем детстве была подвижной, активной, весёлой, аккуратной, воспитанной. Воспитывалась матерью и бабушкой. Атмосфера в доме была напряжённой из-за того, что отец пил, дебоширил. Когда больной было полгода, родители развелись. Стала жить с матерью, бабушкой и дедушкой со стороны матери.

В 3 года пошла в детский сад, там нравилось, легко находила общий язык с другими детьми, была очень общительная, любознательная, предпочитала подвижные игры: «Прятки», «Догонялки» и другие.

Из детских воспоминаний самым ярким был эпизод, когда пациентка съела много витамина «Ревит», думая, что это конфеты. После этого стала вести себя неконтролируемо, прыгала по кроватям, заигрывала с мальчиком, который давно нравился. Потом было стыдно. Дома много времени проводила с бабушкой, так как мама и бабушка много работали, а дед работал по ночам машинистом, поэтому мог присматривать за внучкой. Дед по характеру был сильным и упрямым человеком. Отношения с бабушкой были тёплые и доверительные. Бабушка была доброй, любила и баловала внучку. Мать читала дочери книги, самыми любимыми рассказами были «Буратино», «Песня о Буревестнике», «Дядя Степа». «Всю жизнь я играю в куклы». В дошкольный период обучением

грамматике, чтению, счёту занимались мать, дед, бабушка по мере свободного времени.

В школу пошла в 6 лет. В школе почувствовала себя ущербной из-за низкого достатка семьи, девочку одевали бедно. Учиться в школе не нравилось, была неусидчивой, было трудно высиживать, училась посредственно.

Общалась с компанией одноклассников, были близкие подруги. Во время обучения в школе всегда стремилась быть не хуже других, однако ощущала свою неполноценность из-за недостатка средств. Завидовала одноклассницам из более материально благополучных семей. Но попыток сблизиться с такими девочками никогда не предпринимала, предпочитала быть «своей в доску пацанкой в компании менее материально обеспеченных и более хулиганистых одноклассников».

В школьные годы у больной были частые смены интересов. Занималась лепкой из глины, макраме, вышиванием, шитьём, вязанием, ходила в художественную школу, но нигде не задерживалась, «быстро остывала». Отучилась около года в музыкальной школе по классу фортепиано, но затем оставила школу.

В 11 лет увлеклась спортивной ходьбой, занималась в детской спортивной школе. Занятия спортом проходили каждый день, интерес к учёбе совсем пропал, училась на тройки. Чтобы не нарушать режима тренировок, перешла в другую школу, так как в прежней школе было необходимо заниматься во вторую смену. После того, как мать получила повышение по работе, семья переехала в другой, более благополучный район. Девочка опять перешла в новую школу. Появились новые друзья. Несмотря на то, что финансовое положение семьи значительно улучшилось, в выборе компании девочка вновь предпочла компанию подростков из неблагополучных семей. В этой компании многие алкоголизировались и употребляли наркотики. К психоактивным веществам относилась отрицательно, сама их не употребляла, продолжала активно заниматься спортом.

Первая проба алкоголя – в 13 лет в компании сверстников в поезде, во время поездки на спортивные соревнования. Пила водку, первые ощущения от употребления не запомнились. Помнит только, что старалась показать себя пьяной, чтобы не выделяться из компании. Менструации с 14 лет, регулярные, болезненные.

После 9 класса поступила в индустриально-педагогический колледж на платной основе по специальности «страховое дело». На бесплатное обучение не смогла поступить, так как школу закончила плохо. За учёбу платила мать. Учиться в колледже нравилось, учиться было не сложно, «подобралась хорошая компания», с которой проводила всё свободное время. Занятия нередко прогуливала. В 15 лет получила первый взрослый спортивный разряд. Вскоре бросила занятия спортом, главным образом из-за артроза коленных суставов.

С 16 лет стала злоупотреблять спиртным в компании, часто пила в колледже. Деньги получала на обед, скидывались компанией и покупали алкогольный напиток «Разгуляй» 28°. Выпивали 0,5 литра на троих человек. Периодически в компании употребляла пиво. В подобных алкогольных эксцессах всегда была заводилой, легко могла сагитировать товарищей на пропуск занятий и совместное употребление алкоголя. Периодически напивалась, как среди недели (до 2-х раз в учебные дни), так и выходные. Могла эти дни полностью посвятить алкоголизации. Предпочитала пить пиво, до 0,5 литра в сутки. Через два года закончила колледж.

Однажды в 16 лет, когда ждала подругу на остановке, захотела выпить. Познакомилась с двумя взрослыми пьяными мужчинами, охотно согласилась на предложение пойти с ними вместе. В состоянии сильного опьянения была изнасилована. Мужчины угрожали физической расправой, если та расскажет о случившемся кому-либо.

Особых переживаний по поводу изнасилования не было. В произошедшем винила только себя – «была пьяная». Это и стало первым сексуальным опытом в жизни больной. Через год больная рассказала об изнасиловании двоюродной сестре, сестра больной предлагала помощь, советовала обратиться к психологу, но больная отказалась. С двоюродной сестрой отношения практически не поддерживала.

После окончания колледжа в 18 лет по настоянию матери поступила в Современный гуманитарный университет на вечернее отделение, на платный факультет, по специальности «бухучёт и аудит». Параллельно училась на курсах бухгалтеров. По специальности не работала, но периодически по протекции матери выполняла несложные бухгалтерские работы в течение 2–3 дней. От более длительных работ отказывалась, так как не испытывала к ним никакого интереса. Основным интересом был в сфере весёлого времяпровождения с приятелями, постоянно алкоголизировались. Отмечает эксцессы по 2–3 дня, в основном в выходные дни, светлые промежутки составляли до 5–7 дней. На тот момент толерантность составляла до 4,0 литра пива, сформировался СОА. Университет бросила через 2,5 года, так как мать отказалась платить за учёбу, видя, что больная практически не учится. Пробовала работать по специальности, но через 2 дня была уволена из-за низкой квалификации. Встала на учёт в центр занятости и некоторое время получала пособие по безработице, параллельно закончила курсы «секретарей-референтов».

По окончании курсов устроилась работать секретарём в фирме, где работы было мало и все вплоть до начальницы пьянствовали. Сама больная нередко после работы продолжала употребление алкоголя.

Пить было не стыдно даже во время рабочего дня в коллективе. Через полгода фирма «лопнула». Пыталась 3 месяца работать в близлежащем книжном

магазине продавцом, но «никто особенно в магазин не заходил, было скучно», поэтому уволилась.

В 19-летнем возрасте у матери появился сожитель. К этому отнеслась спокойно – «мне было всё равно». Отчим относился к больной доброжелательно, периодически помогал материально и содействовал трудоустройству.

С 20 лет у больной начались частые смены партнёров. Нравились мужчины значительно старше по возрасту и состоятельные. Отношения длились недолго, в основном расставалась, сама «находила другого». Нигде не работала, жила за счёт «ухажёров».

Финансовое положение семьи в это время ещё больше укрепилось, мать пыталась вовлечь больную в свой бизнес. Заставляла ездить на семинары, но больной это не нравилось, предпочитала разгульную жизнь, не беспокоясь за своё материальное положение, «мама развивала свой бизнес, деньги были».

Когда больной был 21 год, фирма матери разорилась. Больная продолжила жить за счёт родителей, нигде не работала. Закончила краткосрочные курсы секретарей. Через знакомых матери устроилась на работу секретарём. Иногда прогуливала работу, пьянствовала. Увеличилось количество дней алкоголизации, до 4-х суток, могла не выйти на работу в понедельник, толерантность оставалась прежней, до 4–5 литров пива, сформировался СОА. Через полгода была уволена. Практически сразу после этого больную опять устроили по знакомству в салон красоты на склад завхозом. Там задержалась дольше, чем обычно, отработала полтора года, нравился коллектив, атмосфера, «всё было красиво, сама могла обслуживаться в этом салоне», однако заработки были очень низкими.

С 23 до 29 лет – самый долгий роман с мужчиной. По характеру он был тихим, спокойным, непьющим, любящим, всё делал сам, работал водителем. К алкоголизации нашей больной относился спокойно, никогда за это не упрекал. Пьянство было практически ежедневным, максимальная толерантность составляла до 5 литров пива в сутки. Больная с 23 до 26 лет находилась на его содержании, он не настаивал на том, чтобы больная работала. В 26 лет окончила курсы «маникюрши», до 29 лет больная отработала в салоне красоты по специальности. Устроилась на работу, так как скучно было сидеть дома. В 29 лет познакомилась с ранее судимой наркоманкой. Объединял общий интерес к алкоголю. Больная стала пропадать из дома, отсутствовала до 5–7 дней, ночевала у подруг и друзей своей новой знакомой. Толерантность возросла до 10,0 литров пива в сутки, светлые промежутки – до недели. С работы уволили за прогулы. Рассталась со своим сожителем, сошлась с алкоголиком, бывшим сожителем новой подруги.

Вскоре больная поняла, что гораздо удобнее работать «маникюршей» на дому. Однако денег постоянно не хватало, из-за систематической алкоголизации. Появилась раздражительность, легко вступала в конфликты, страха потерять клиентов не испытывала. Всегда знала, что сможет найти новую работу. Большую

часть денег пропивала. Изредка посещала рестораны. Чаще напивалась во дворе, толерантность возросла до 12,0 литров пива. Отмечались запои по 7 дней со светлыми промежутками до 3–5 дней. В 30 лет по настоянию матери впервые обратилась в МНПЦ наркологии в феврале 2011 года. После лечения ремиссия составила около трёх месяцев, нашла работу. Реабилитационными программами не занималась. Возобновила алкоголизацию после поездки к подруге, которая постоянно пила. С мая 2011 года находилась в тяжёлом запое. Пациентка отмечает, что «это время было самым тяжёлым». Запои удлинились до 10 дней, светлые промежутки возникали только вынужденно – во время госпитализаций. Употребляла в сутки до 12,0 литров пива.

В настоящее время не работает, живёт на содержании «ухажёра», по его инициативе повторно поступает в МНПЦ наркологии на лечение. В данное время СОА сопровождается тяжёлыми психическими, соматическими и вегетативными расстройствами в виде генерализованного тремора, повышенной потливости, тревоги, беспокойства, бессонницы, пониженного аппетита, сниженного настроения.

Психический статус при поступлении

Походка неуверенная, шаткая. Из рта – запах алкоголя. Внешне не опрятна, не ухожена в области верхних конечностей, а также в левой, правой параорбитальной областях отмечаются кровоподтёки (была избита женой нынешнего любовника). На беседу с врачом идёт охотно, держится свободно. Визуальный контакт поддерживает. Внешне раскована, сидит в открытой позе, мимика живая, выразительная, часто смеётся. Во время беседы многословна, на вопросы не всегда отвечает по существу, перескакивает с одной темы на другую, путает даты, события, при этом больная ориентирована всесторонне правильно, в полном объёме. Речь ускоренная. Голос эмоционально модулирован. Предъявляет жалобы на внутренний дискомфорт, плохой сон, аппетит, беспокойство, раздражительность, непреодолимое влечение к алкоголю. Формально признаёт свою зависимость от алкоголя, но говорит: «Я знаю, что сама смогла бы остановиться дома; поступила под давлением ухажёра». Причиной последнего срыва называет желание выпить. Во время беседы шутит, со смехом рассказывает о том, как ей «набили морду», как ударила лицом об асфальт и разбила губы, накануне искусственно косметически увеличенные. Фон настроения неустойчивый, игривый. При этом больная в беседе отрицает наличие у неё чётко очерченных сезонных и суточных колебаний настроений. Установка на лечение формальная, вынужденная из-за давления ухажёра и страха потерять отношения с ним.

Неврологический статус при поступлении

Отмечалась неуверенная походка, при ходьбе пошатывается. Зрачки D=S, фотореакция незначительно ослаблена, выявляется горизонтальный установочный

нистагм. Язык по средней линии. Отмечается тремор пальцев рук, век. Сухожильные и периостальные рефлексы оживлены, симметричны, содружественны, зоны рефлекса несколько увеличены. Чувствительность и кожные рефлексы в норме. Потливость повышена. В позе Ромберга пошатывается. Координаторные пробы выполняет с незначительным промахиванием, одинаково с обеих сторон. Признаков грубого поражения ЦНС и менингеальных знаков не выявлено.

Заключение невролога (по данным осмотра): токсическая энцефалопатия G 92.

Соматический статус при поступлении

Кожные покровы гиперемированы, в области правого бедра кровоподтёк. Лицо пастозное, отёчное. Склеры физиологической окраски. Видимые слизистые увлажнённые, нормальной окраски. Зев чистый, без налётов. В лёгких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет, ЧДД – 18 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Пульс – 94 удара в 1 минуту, равномерный, удовлетворительного наполнения. АД – 130/90 мм. рт. ст. Живот при пальпации мягкий, чувствительный в эпигастральной области. Печень + 1 см из-под края рёберной дуги. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания в области поясницы отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления без особенностей.

Заключение терапевта (по данным анализов и осмотра): токсический кардиомиопатия I 42.6.

Осмотр на 7-е сутки

Психическом статусе: чувство тревоги исчезло, фон настроения стал более ровным. Помогает персоналу. Со всеми больными стремится установить дружеские отношения, продолжить их после выписки из отделения, обменивается контактами. Иногда проявляет несдержанность, может вспылить, но быстро успокаивается и извиняется. Темп мышления повышен, легко отвлекается и быстро переключается. В беседах с врачом открыта, в своих суждениях и планах на будущее поверхностна. Высказывает уверенность в том, что работа поможет поддерживать трезвость. «После выписки надо срочно устроиться на работу, без работы я дурею». Конкретного плана действий не имеет. Мышление ситуационно-конкретное, не может прогнозировать результаты своих поступков. В рассуждениях о своей болезни предпочитает перекладывать ответственность на других «отец всю жизнь пил, поэтому алкоголизм мне достался по наследству». Суждения о реальной жизни тем не менее вполне адекватны, обладает расчётливостью и проницательностью по отношению к людям с материальным достатком. Легко находит общий язык с незнакомыми людьми, в выборе знакомых не слишком разборчива, говорит, что плохо переносит одиночество. В отношениях с окружающими чувствует себя на равных, часто не соблюдает

дистанции. В активной деятельности легко воодушевляется и увлекается, но так же быстро остывает, часто не доводит начатое до конца. Когда узнала, что будет представлена на конференции, отнеслась с интересом, попросила сожителя принести подходящую одежду.

К 20-му дню фон настроения приподнятый, большую часть времени проводит в бесцельных разговорах в «курилке», заводя многочисленные ни к чему не обязывающие знакомства. Сон, аппетит достаточные, влечение к алкоголю категорически отрицает. После выписки намерена как можно скорее приступить к работе, рассчитывая, что это поможет воздерживаться от алкоголизации. Критика к своему состоянию и заболеванию поверхностная.

Диагноз

Психические и поведенческие расстройства в результате употребления алкоголя у личности с гипертимной акцентуацией характера. Синдром зависимости. Средняя стадия. Воздержание в условиях, исключающих употребление. F 10.212.

Анализ наблюдения

Статус больной определяется её личностными характеристиками: общительностью, разговорчивостью, подвижностью, неусидчивостью, отвлекаемостью, а также повышенным фоном настроения, неудержимым интересом ко всему вокруг, неразборчивостью в выборе знакомств, стремлением к новым ситуациям, поверхностностью, крайним непостоянством увлечений, недостаточной критичностью по отношению к окружающему, собственной личности и болезни. Для больной характерна излишняя уверенность в собственных силах. Это побуждает её предстать перед окружающими в выгодном свете и прихвастнуть. Достаточно открыта, непосредственна. Все перечисленные проявления у больной заострены, что приводит к дезадаптации личности. Из анамнеза известно, что указанные личностные особенности с момента развития болезни приобрели более выраженный характер.

В представленном клиническом случае имеется наследственная отягощённость по алкоголизму со стороны обоих родителей. По мере развития алкоголизма можно отметить постоянное увеличение толерантности по этанолу и по разнообразию употребляемых алкогольных напитков. Однако со времени первого опьянения и до формирования ААС и запоев можно выделить три перехода в предпочтении различных алкогольных напитков. Последовательность переходов употребления различных алкогольных напитков: водка, алкогольный напиток «Разгуляй» 28° и пиво, доминирование которого продолжалось 12 лет до времени обследования. По критерию квалификации больных в отношении спиртных напитков в запое последнего года данная больная отнесена в группу ПА.

За катамнестический 10-летний период пациентка Ж. трижды проходила лечение в МНПЦ наркологии, выписывалась из отделения преимущественно по окончанию лечения (при купировании СОА). Последняя госпитализация - в 2012 году. В запоях употребляет пиво, толерантность - до 10 л. в сутки. Запой носят истинный характер, длительность - до 7 дней со светлыми промежутками до 2-3 месяца, максимальная длительность ремиссии - до 9 месяцев. В течение 10 лет преимущественно пациентка не работала, находилась на содержании гражданского мужа. Состоит в "гражданском" браке. Дальнейшее наблюдение больной в рамках исследования происходило амбулаторно, посещения были нерегулярными. При завершающем опросе больная воздерживается от употребления алкоголя на протяжении 1 месяца. За катамнестический период пациентка Ж. обращалась: к гинекологу по беременности, инфекционным заболеваниям и с диагнозом: Миома матки D25.1; к неврологу - с сотрясением головного мозга(в состоянии опьянения); к травматологу - с ушибами грудной клетки (в состоянии опьянения).

Клинический пример №3

Больной Н. 1969 года рождения

Первичное обследование в рамках исследования в 2011 году

Анамнез (со слов больного)

Наследственность отягощена алкоголизмом отца и пьянством младшего брата. Мать по характеру терпеливая, доброжелательная, довольно строгая и требовательная. Вместе с тем общительная, имеет много подруг, всегда готова прийти на помощь людям. Повар по специальности, работала в медицинском профилактории при литейно-механическом заводе, а затем в детском интернате в связи с тем, что один из сыновей в связи с умственной отсталостью находился там. Впоследствии некоторое время работала в кадетском корпусе помощником повара, откуда уволилась на пенсию. Мать детей воспитывала одна.

Отец по характеру — общительный, добрый, безотказный. Работал на заводе автослесарем. Отец с матерью жили «мирно». Страдал алкоголизмом. Отец в состоянии алкогольного опьянения угнал с работы машину — «выпивал с друзьями, нужно было что-то купить». В связи с угоном был осуждён. Отбывал наказание в Новосибирской области, находился на вольном поселении. Через некоторое время сообщил в письме жене о том, что нашёл другую женщину и просит оформить развод. Отца помнит плохо. Несколько раз с ним виделся, когда тот приезжал «навещать мать», но считал, что он для него «чужой человек», и в разговор не вступал. В зрелом возрасте не общались. Когда больному было 16 лет, отец умер, причина смерти не известна. Сведений о дедах со стороны отца и матери нет.

Бабки со стороны отца и матери спиртным не злоупотребляли.

Больной — старший из троих детей, два брата от второго брака матери. Средний брат злоупотребляет алкоголем, не работает, состоит в гражданском браке, детей не имеет. Закончил школу-интернат и работал на литейном-механическом заводе на пилораме. По поводу злоупотребления алкоголем зависимости за медицинской помощью не обращался. Младший брат с раннего возраста состоял на учёте у психиатра с диагнозом «умственная отсталость». Со слов больного, принимал алкоголь в минимальных дозах. Мог выпить за столом не более одной рюмки водки. Был боязлив, не мог из-за страха ездить в метро. Лекарства, назначенные врачом, принимал постоянно, умер 2011 году, «вскапывал огород и внезапно упал».

Беременность матери протекала без осложнений, роды в срок. Находился на грудном вскармливании до полутора лет. Ранее развитие без особенностей, перенёс детские инфекции без осложнений. Болел бронхиальной астмой в раннем возрасте, на момент обследования — стойкая ремиссия. В физическом и психическом развитии от своих сверстников не отставал. Посещал детский сад с 3 лет, был активным, любознательным, часто ссорился со своими сверстниками, в драку вступал первым, пытаясь показать, что он сильнее. В возрасте пяти лет мать научила читать по слогам. Хорошо запоминал и читал стихи. Любил животных, особенно собак, приводил бездомных собак с улицы — «просил всех оставить дома», в результате мать разрешила завести собаку, ухаживал за ней сам. Много времени проводил у бабушек по отцу и матери, часто ездил к ним в гости и на каникулы. В школу пошёл в семь лет. Учился удовлетворительно, хотя учиться было не интересно, ленился. В третьем классе был переведён в школу-интернат в связи с тем, что мать воспитывала детей одна и испытывала трудности в связи со своей занятостью. В школе-интернате находился круглосуточно с понедельника по пятницу, выходные проводил дома. Плохо давались русский язык и литература: имел хорошую память, но часто делал грамматические ошибки. Нравилась точные науки, особенно математика. Интересовался историей. С пятого класса стал заниматься боксом и классической борьбой. Три раза в неделю в один день посещал сразу две секции. Занятия проводились. Пытался научиться игре на гитаре, но безуспешно. Отношения в школе с одноклассниками были разные — «с кем-то дружил, было два товарища, а с кем-то дрался». В случае разногласий мог ответить ударом, резким словом, в драку вступал первым, чтобы «неожиданно дезориентировать противника, и ему наступала хана». Отношения с педагогами в интернате также были неодинаковыми. За плохие оценки ругали, по математике и по физкультуре хвалили. Три раза исключали из-за плохого поведения в школе. Убегал из интерната во время прогулки с друзьями. Был драчлив. С десяти лет начал курить табак. Летом часто и охотно ездил в пионерские лагеря, нравилось общение со сверстниками, участвовал в соревнованиях, получал грамоты. Закончил в школе-интернате восемь классов.

Одновременно с учёбой в школе на уроках труда проходил практику на мебельной фабрике, где собирал мебель. Получил диплом об окончании мебельного училища по специальности столяр-краснодеревщик.

Отношения в подростковом возрасте с матерью были хорошие. К уходу отца из семьи относился равнодушно. Отсутствие в доме отца не угнетало. Отчим – отец младших братьев – вскоре после их рождения ушёл из семьи. После окончания 8 классов работал на литейно-механическом заводе учеником токаря, где проработал около полутора лет.

В 18 лет был призван в армию. Служил в роте разведки с 1987 по 1989 год, один год служил в Афганистане. Группа состояла из семи человек. Участвовал в боевых действиях, во время которых однажды «нарвались на фугасную мину, получил контузию головного мозга». Находился в городской больнице под Кандагаром в течение одного месяца. После лечения продолжил службу.

Первая проба алкоголя произошла в 18,5 лет в воинской учебной части в Таджикистане. Ощущений не помнит – попробовал со своими сослуживцами медицинский спирт, сделал два глотка. В Афганистане начал часто употреблять алкоголь: спирт, водку, мог выпить полстакана чистого медицинского спирта. Под воздействием спиртного чувствовал себя более уверенно, мужественно, «не боялся врагов», свободно ходил в разведку. В то время о последствиях алкоголизации не думал, так как практически ежедневно все военнослужащие употребляли алкоголь, в том числе во время боевых действий. Ежедневно принимал до одного стакана спирта. «Становилось легче обсуждать темы про свои семьи, жён, любимых, легче было отвлекаться от службы». В момент употребления алкоголя появлялось приятное чувство «дурманности и лёгкости». После демобилизации проходил курс реабилитации в госпитале закрытого типа, «где с нами работали психологи в течение шести месяцев». Затем прибыл домой в Москву, отдыхал два месяца дома и вновь вышел на работу на литейно-механический завод. В Москве в медицинские учреждения по поводу контузии головного мозга не обращался, чувствовал себя удовлетворительно. На заводе познакомился с девушкой из Поволжья, которая проходила практику на заводе. Некоторое время сожительствовали в его квартире в Москве, «был влюблён», однако после окончания практики расстались – оставаться жить в Москве девушка не хотела, а больной не хотел переезжать в Поволжье. Проработав на литейно-механическом заводе два года, перешёл работать на шинный завод вулканизатором, так как больше платили.

После службы в армии употребление алкоголя было практически ежедневным, выпивал с сослуживцами по работе, после окончания работы пили вино или водку до 2,5 или 0,7 литров соответственно. Больше количество алкоголя употреблял в день получения зарплаты и аванса. В те дни мог выпить до 1 литра водки. Прогоуливал работу, дважды был уволен по 33 статье. СОА был сформирован к 25 годам, проявлялся тошнотой, дрожью в теле, головной болью.

После употребления алкоголя состояние улучшалось. Под давлением матери в 1995 году (25 лет) обратился в диспансер, где было дано направление в 19 НБ. В течение 45 дней проходил курс лечения, после которого было проведено «кодирование» сроком на два года. Ремиссия составила полтора года. С тех пор неоднократно лечился в наркологической больнице, каждый курс завершался проведением «кодирования». Наблюдались длительные ремиссии. В возрасте 28 лет женился. Прожили в браке около одного года. Жена не хотела иметь детей, по этой причине расстались. Продолжал алкоголизироваться, появились запои длительностью до 10 дней, при которых употреблял в основном водку, иногда, чтобы смягчить абстинентные явления, употреблял пиво. При этом неоднократно обращался в наркологические клиники, максимальные ремиссии составляли до 3 месяцев.

В 2005 году перенёс алкогольный делирий (36 лет), лечился в 13 ПБ. В то время работал водителем. После выписки из ПБ был вынужден уволиться с работы – со слов больного, «из-за невыплат зарплаты», продолжал пить. По настоянию матери вновь поступил в 19 НБ, где прошёл полный курс лечения. Был закодирован на 2 года, ремиссия составила 4 месяца, после чего работал в охране. В свободное время сидел дома, смотрел телевизор. В выходные дни помогал матери по хозяйству, ездил за продуктами. Встречался с женщинами. Постоянных отношений не было.

В 2007 году перенёс первый приступ эпилепсии на фоне отмены алкоголя. Всего больной перенёс около 10 приступов эпилепсии. Последние два приступа произошли за месяц до обращения в стационар. В анамнезе – многочисленные черепно-мозговые травмы в результате драк, падений в состоянии опьянения. Перед госпитализацией толерантность составляет до 0,5 литра водки сутки. Последний запой на протяжении 2 недель. Со слов больного, «срыв» связан со смертью дяди. Последний приём алкоголя в день поступления (0,25 л водки). В данное время абстинентный синдром сопровождается тяжёлыми психическими, соматическими и вегетативными расстройствами, в виде генерализованного тремора, потливости, тревоги, беспокойства, бессонницы, пониженного аппетита.

Неврологический статус при поступлении

Жалобы на тремор конечностей и всего тела. Конвергенция ослаблена. Выявляется установочный горизонтальный нистагм, асимметрия оскала слева, язык по средней линии. Оживлены коленные и сухожильные рефлексy рук, ног. Нарушение чувствительности не выявлено. Припадки в анамнезе.

В связи наличием эпилепсии в анамнезе проведено ЭЭГ головного мозга, заключение ЭЭГ: Выраженные диффузные изменения по органическому типу, наиболее выраженные в правой височной и центральных областях мозга. В центрально-теменных областях регистрируются отдельные острые волны, амплитудой до 110 мкВ, больше слева. Преходящая региональная и частотная

асимметрия в центрально-теменных отделах, больше слева. Очаг патологической активности отсутствует. При фотосенсебилизации и гипервентиляции регистрируются неспецифические пароксизмы, указывающие на дисфункцию гипоталамо-стволовых структур, не исключена возможность эпизодов общей судорожной готовности мозга.

Заключение невролога (по данным осмотра): токсическая энцефалопатия G 92, Посттравматическая энцефалопатия T 90.5, Эписиндром сложного (токсического, травматического) генеза G 40.9.

Соматический статус при поступлении

Нормостенического телосложения, кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. В области правого локтевого сустава – ссадина. Лицо гиперемировано, одутловатое, склеры инъецированы. Язык обложен грязно-белым налётом. Зев чистый. Тоны сердца приглушены, ритмичные, АД – 150/100 мм. рт. ст. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный, печень + 2 см от края рёберной дуги. Стул, мочеиспускание в норме.

Заключение терапевта (по данным анализов и осмотра): токсический гепатит K 70.1, ИБС, Атеросклеротический кардиосклероз.

Психический статус при поступлении

В пространстве, времени, собственной личности ориентирован правильно. На момент осмотра обманов восприятия и галлюцинаций не обнаруживает. Сознание ясное. Жалобы на слабость, недомогание, дрожь в теле, отсутствие сна и аппетита, головокружение, высказывает желание опохмелиться. Фон настроения снижен. Выглядит старше своих лет. Одет неряшливо, волосы сальные. Походка неустойчивая, замедленная. Выражение лица напряжённое. Мимические реакции сглажены. При упоминании об алкоголе оживляется. На вопросы отвечает односложно, после непродолжительной паузы, немногословно, иногда не по существу. Дистанцию в общении с медицинским персоналом соблюдает. Данные о себе сообщает противоречивые. Речь правильно модулирована, внятная, темп речи замедленный, монотонный. Память на текущие события снижена, внимание неустойчиво. Критика к собственному состоянию и заболеванию резко снижена, преуменьшает тяжесть своего заболевания. Установка на лечение вынужденная, обусловлена общим плохим самочувствием и давлением со стороны родственников. Влечение к алкоголю актуально. Суицидальных мыслей не высказывает.

Осмотр на 7-е сутки

На общение идёт неохотно, с некоторым раздражением. Больной внешне опрятен, выражение лица остаётся напряжённым. Походка стала более уверенной. Ориентирован в пространстве и времени правильно. Сознание ясное. Говорит

ровным голосом, речь правильная, связная. В отделении большую часть времени проводит вне палаты, по отделению ходит самостоятельно, избирательно общается с больными, пытается читать книги. Беседует с врачом неохотно, при этом подробно рассказывает о своих проблемах, детализирует, при этом путается в датах и событиях. Фон настроения снижен с тревожно-дисфорическим оттенком. Во время беседы спокойно сидит на стуле, слегка напряжён, положение тела не меняет. Настроение неустойчивое, но отмечает, что стал спокойнее.

Своё пьянство связывает с неустроенностью личной жизни. Память остаётся сниженной. Критика к своему состоянию также снижена. Больной высказывает установку на стационарное лечение. Бреда и галлюцинаций на момент осмотра не выявлено. Сон достаточный. Аппетит восстановился. При этом сообщает, что рассказывает в «курилке» про свою алкоголизацию больным и о причинах, которые способствовали употреблению алкоголя. Рассказывая про свою службу в Афганистане, считает, что это явилось основной причиной его заболевания. В палате знает всех по имени, со всеми общается на различные темы. Считает, что алкоголь даёт ему лёгкость в общении. Много рассказывает о своей алкоголизации в обществе: «Многие люди пьют, что в этом криминального?»; «Человек не погибнет от алкоголя, но если ему не дать похмелиться вовремя, человек может умереть»; «Умение не пропьять. Что приобретено годами, навыки не пропьять»; «Пью потому, что пьют все, а я как все, один из общей массы»; «Есть люди — игроманы, наркоманы, насильники — вот это настоящие “гады”»; «А я не потерянный человек, вполне нормальный и могу в любое время работать, водить машину, т. е. жить полноценной жизнью, для меня это уже сформированный образ жизни, что это никак мне не мешает жить, а даже помогает забыть прошлое». Себя характеризует малообщительным, беззлобным, добродушным, отзывчивым, чувствительным к чужой беде, боли, «борцом за справедливость».

В общении с матерью принимает критику, но поступает всё равно по-своему, ей не грубит, старается уйти от разговора. Иногда просит у неё прощения за своё пьянство – «чтобы маме не стало плохо, её немного успокоить», хотя остаётся при прежней своей позиции в отношении алкоголя – «он не мешает жить». В отношении жены проявляет заботу, собирает ей еду на работу, провожает, встречает с работы. Выполняет домашние дела: выгуливает собак, приводит дом в порядок, соблюдает чистоту в доме. Очень хочет иметь своего ребёнка, клянётся, что тогда перестанет пить совсем: «Тогда я буду самым счастливым человеком на земле». В состоянии алкогольного опьянения спокоен («водка придаёт мне уверенности»), никогда не повышает голос, не ругается, старается уснуть, но это не всегда получается, начинает много курить, просить прощения за то, что много выпил, не удержался, хотя обещал не пить. Отношение к церкви уважительное, но сам церковь не посещает. Считает, что достаточно того, что мама ходит на службу и «замаливает общие грехи».

Диагноз

Психические и поведенческие расстройства в результате употребления алкоголя у личности с неустойчивой акцентуацией характера. Синдром зависимости. Средняя стадия. Воздержание в условиях, исключающих употребление. F 10.212.

Анализ наблюдения

Статус определяется личностными характеристиками больного: общительностью, конформностью к окружающим, стремится «думать, как все». Для больного характерна податливость к чужим мнениям. Он с трудом переносит крутые перемены, ломку жизненного стереотипа, лишение привычного окружения. Его восприятие ригидное. В преморбиде он был дружелюбным, дисциплинированным и неконфликтным. Однако на протяжении развития болезни свойства его личности стали приобретать такие черты, как ригидность, лабильность настроения с периодами злобно-тоскливого настроения, раздражения с аффективными реакциями. В результате этого личность больного приобрела характерные черты неустойчивости (по Личко). Все перечисленные проявления больного заострены, что приводит к дезадаптации личности.

В представленном клиническом случае наследственность отягощена со стороны отца. По мере развития алкоголизма можно отметить постоянное увеличение толерантности по этанолу и по разнообразию употребляемых алкогольных напитков. Со времени первого опьянения и до формирования ААС и запоев можно выделить два перехода в предпочтении различных алкогольных напитков. Последовательность переходов: спирт, водка + вино, и, наконец, водка, доминирование которой продолжалось 7 лет до времени обследования. По критерию квалификации больных в отношении спиртных напитков в запое данный больной отнесен в группу ВА. При этом доминирование одного алкогольного напитка могло сопровождаться также их смешением при однократном эксцессе. А на протяжении 13 лет при формировании алкоголизма имело место смешанное потребление. В результате потребление крепких алкогольных напитков в данном случае привело к развитию таких осложнений, как эписиндром токсического генеза, алкогольный психоз и множество травм (в анамнезе), что подчёркивает тяжесть клинической картины данного случая.

За катамнестический 10-летний период пациент Н. госпитализировался в МНПЦ наркологии 13 раз. Последняя госпитализация - в 2019 году по каналу госпитализации 103, с алкогольным делирием. В запоях употребляет водку, толерантность - до 1 л. в сутки. Запой носят истинный характер, длительность - до 2-3 недель со светлыми промежутками до 1 месяца, максимальная длительность воздержания от употребления алкоголя - до 3 месяцев. В течение 10 лет практически не работал, так как "нужно помогать матери по дому". Разведен, в

течение длительного времени проживает с престарелой матерью. Планов в отношении поддержания трезвости не строит. В период лечения в МНПЦН в 2019 году неврологом дополнительно установлен диагноз: Алкогольная полинейропатия нижних конечностей G62.1. За катamnестический период обращения за медицинской помощью обусловлены тяжестью состояния, возникающего в результате алкоголизации пациента.

ПРИЛОЖЕНИЕ 2. Краткая клиническая карта

Учреждение _____ История болезни № _____

Фамилия _____ Имя, отчество _____

Пол: *м ж* Возраст (полных лет) _____ Образование _____

Специальность _____ Работает по специальности: *да нет б/раб.*

Материальное положение семьи: *среднее выше среднего ниже среднего*

Семейное положение: *не женат/не замужем гр.бр. женат/замужем развод вдов(ец)*

Семейные отношения: *хорошие удовлетворительные равнодушные конфликтные*

Алкогольная зависимость: *отца матери их родителей братья/сестер*

Тяжёлые соматич. заболевания _____

- Возраст первого злоупотребления алкоголем (опьянение 1-2 степени) _____ лет

Основной напиток: *водка пиво вино слабоалк. напитки другое* _____

Объём основного напитка _____ литры

- Возраст начала систематич. употребления (до 2 раз в неделю, 2-3 степень) _____

Основной напиток: *водка пиво вино слабоалк. напитки другое* _____

Средний объём основного напитка _____ литры

- Возраст начала злоупотребления (чаще 2 раз в неделю, опьянение 2-3 степени) _____

Основной напиток: *водка пиво вино слабоалк. напитки другое* _____

Средний объём основного напитка _____ литры

- Возраст утраты колич. контроля _____
- ситуационного контроля _____
- Возраст появления амнезий _____
- Возраст появления запоев _____

Начальная длительность запоев _____ дни в последний год _____ дни

Начальная частота запоев – _____ в год в последний год _____

Основной напиток: *водка пиво вино другое* _____

Средний объём в сутки _____ литры Максимальный объём в сутки _____ литры

- Возраст появления СОА _____ лет Начальная длительность СОА _____ (дни)
- Длительность СОА в последний год _____ (дни) Основные симптомы СОА _____

- Возраст смены доминирующего напитка _____ с _____ на _____

Причина: _____

- Возраст первичного обращения за мед. помощью в связи с алкоголем _____
- Количество и возраст стационаризований в связи с алкоголем _____
- Установка на отказ от употребления алкоголя _____

Дата обследования _____ Врач _____

ПРИЛОЖЕНИЕ 3. Клинико-анамнестическая карта

Представлено клинико-анамнестической картой, которая состоит из 7 разделов: паспортной части, социального статуса (трудовой статус, материальное положение, семейное положение, условия проживания, интересы и увлечения, оценка своего состояния здоровья, наследственности, семейного анамнеза (профессия родителей, особенностей воспитания, наличие семье и детей), данных об образовании и трудовой деятельности, соматического анамнеза (наличие заболеваний, количество полученных травм)), а также социального личностного анамнеза (особенности раннего развития, наличие патологических особенностей характера, судимостей, курение). 7-й раздел включает в себя доминирующий алкогольный напиток в запое в течение последнего года, первое опьянение (возраст, алкогольный напиток – доза, реакции, место, мотивы, утрата рвотного рефлекса (возраст, алкогольный напиток – толерантность), утрата количественного контроля (возраст, алкогольный напиток – толерантность), утрата ситуационного контроля (возраст, алкогольный напиток – толерантность), систематическое употребление (возраст, алкогольный напиток – толерантность, частота), начало злоупотребления (возраст, алкогольный напиток – толерантность), амнезии (возраст возникновения, характер), начальная форма запоев (возраст, алкогольный напиток – толерантность, длительность), возраст появления СОА (возраст, алкогольный напиток – толерантность, симптомы СОА, длительность), запои последний год (алкогольный напиток – толерантность, длительность, причина обрыва запоя), СОА за последний год (алкогольный напиток – толерантность, симптомы СОА, длительность), наличие ремиссий (их характер, длительность), характеристика патологического влечения (возраст появления, длительность борьбы мотивов и их характеристика), характеристика вторичного патологического влечения, наличие изменений личности, количество стационарирований, алкогольные психозы, их характер.