

ISSN 2225-6016

ВЕСТНИК

*Смоленской государственной
медицинской академии*

Том 18, №1

2019



КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА**ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ***УДК 616.24+613.81***НИКОТИНОВАЯ ЗАВИСИМОСТЬ У КУРЯЩИХ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ НА ФОНЕ АЛКОГОЛИЗМА**© **Иванова М.А.², Пунин А.А.¹, Ваулин С.В.¹**¹*Смоленский государственный медицинский университет, Россия, 214019, Смоленск, ул. Крупской, 28*²*ОГБУЗ «Клиническая больница №1», Россия, 214006, Смоленск, ул. Фрунзе, 40**Резюме*

Цель. Целью исследования явилось изучение особенностей никотиновой зависимости у курящих пациентов с ХОБЛ на разных этапах алкогольной зависимости.

Методика. Обследовано 128 мужчин с диагнозом хроническая обструктивная болезнь легких в возрасте от 40 до 88 лет. Согласно имеющимся рекомендациям выполнены: спирометрия с оценкой стандартных показателей и тестом на обратимость обструкции с применением 400 мкг салбутамола; оценка никотиновой зависимости (тест Фагерстрема), объема табачной нагрузки – расчет индекса курящего человека (ИКЧ), количества пачко-лет (ПЛ). Распределение пациентов по стадиям САЗ проведено на основании критериев, изложенных в Национальных рекомендациях по наркологии (2008). Статистическая обработка произведена с помощью лицензионной программы SPSS 17.

Результаты. В группе зависимых от алкоголя прослеживалось нарастание никотиновой зависимости и уровня актуальной табачной нагрузки с прогрессом алкоголизации. Это свидетельствовало в пользу отсутствия попыток отказа от курения в этой группе пациентов. Факт взаимосвязи алкогольной и никотиновой зависимости имеет как структурно-морфологические, так и психопатологические основания. Среди пациентов старшей возрастной группы отсутствовали лица с терминальной формой алкогольной болезни, что свидетельствовало в пользу снижения продолжительности жизни у интенсивно курящих и злоупотребляющих спиртным больных.

Заключение. Сделаны выводы о повышении уровня никотиновой зависимости и актуальной табачной нагрузки у пациентов, подверженных алкоголизму. Тест Фагерстрема позволил объективизировать тяжесть состояния пациента для определения дальнейшего плана терапии.

Ключевые слова: хроническая обструктивная болезнь легких, синдром алкогольной зависимости, никотиновая зависимость

NICOTINE ADDICTION IN SMOKING PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE AND ALCOHOL DEPENDENCE SYNDROMEIvanova M.A.², Punin A.A.¹, Vaulin S.V.¹¹*Smolensk State Medical University, 28, Krupskoj St., 214019, Smolensk, Russia*²*Clinical Hospital N1, 40, Frunze St., 214006, Smolensk, Russia**Abstract*

Objective. The purpose of the investigation was to clear up the aspects of nicotine addiction in smoking patients with chronic obstructive pulmonary disease at different stages of alcohol dependence syndrome.

Methods. 128 men with the diagnosis of chronic obstructive pulmonary disease at the age from 40 to 88 years were examined. According to the available guidelines, spirometry with the assessment of standard data and the test for the reversibility of obstruction with the use of 400 mg of salbutamol; assessment of nicotine addiction (Fagerstroem-test), the volume of nicotine abuse – amount of smoking index and pack/years were performed. The distribution of patients by stages of alcohol dependence syndrome was carried out on the basis of the criteria set out in the National recommendations in narcology (2008). Statistical processing was performed using the licensed program SPSS 17.

Results. There was an increase in nicotine dependence and the level of actual tobacco load with the progress of alcohol disease revealed. This indicated absence of attempts to stop smoking in this group of

patients. The interrelation between alcohol and nicotine dependence is based on both morphological and psychopathological grounds. Among older patients there were no persons with terminal form of alcohol disease. This indicated a reduction of life expectancy in intensely smoking and alcohol abusing patients.

Conclusions. Therefore, an increase in the level of actual tobacco load and nicotine addiction in patients exposed to alcoholism was revealed. The Faferstroem-test made it possible to objectify the severity of the patient's condition to determine further treatment plan.

Keywords: chronic obstructive pulmonary disease, alcohol dependence syndrome, nicotine addiction

Введение

Злоупотребление табаком и алкоголем является одной из самых актуальных медико-социальных проблем современного общества, ассоциируется с серьезным социальным и экономическим бременем. На сегодняшний день получены обширные знания о формировании различных видов зависимостей. Известно, что этот механизм носит универсальный характер в отношении различных психоактивных веществ (ПАВ), в том числе – табака и этанола [3]. Таким образом, врач психиатр-нарколог зачастую сталкивается с сочетанием различных видов аддикций, что приводит к их тяжелому клиническому течению, трудностям диагностики и курации.

Следует отметить, что употребление ПАВ также приводит к развитию соматических заболеваний. Спектр патологий, возникающих в ответ на табачную зависимость, крайне широк [1]. Никотин чаще всего становится в один ряд с множеством сопутствующих факторов патогенеза сердечно-сосудистых, онкологических, гастроэнтерологических заболеваний. Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), в свою очередь, напрямую связана с воздействием аэрополлютантов. Наличие профессиональных или генетических факторов выявляется на первичных этапах исследования и формирует соответствующий план курации, в большинстве же случаев ХОБЛ представляет собой непосредственную реализацию никотиновой зависимости (НЗ) в соматическую патологию, имеющую ряд установленных диагностических критериев, что облегчает объективизацию аспектов курения [2].

Алкоголизация – один из часто встречающихся аспектов анамнеза пациента с ХОБЛ, в сочетании с никотиновой зависимостью способна формировать клиническое течение соматической нозологии - ХОБЛ. Наличие у пациента синдрома алкогольной зависимости (САЗ) делает его более уязвимым к агрессивным воздействиям внешней среды, прежде всего в связи со снижением критического отношения к факторам агрессии, в том числе – табачному дыму [2]. Но в какой степени эти факторы отягощают друг друга, до настоящего времени является вопросом открытым.

Целью настоящего исследования явилось изучение особенностей никотиновой зависимости у курящих пациентов с ХОБЛ на разных этапах алкогольной зависимости.

Методика

В ходе выполнения работы было обследовано 128 мужчин с диагнозом ХОБЛ в возрасте от 40 до 88 лет, обратившихся за медицинской помощью в Смоленскую центральную районную больницу. Пациенты предъявляли классические жалобы на кашель, одышку и отделение мокроты. Диагностический поиск проведен согласно существующим стандартам оказания медицинской помощи больным ХОБЛ [2], что позволило исключить другие бронхо-легочные заболевания со схожей клинической симптоматикой. Из исследования исключались лица с декомпенсацией соматической патологии, в том числе связанной с наличием синдрома алкогольной зависимости (САЗ).

Спирометрия выполнена на спирографе MicroSpiro I с оценкой стандартных показателей функции внешнего дыхания. Обратимость бронхиальной обструкции оценивалась по динамике объема форсированного выдоха за первую секунду (FEV₁,%) в ответ на 400мгк сальбутамола [2].

Распределение пациентов по стадиям САЗ проведено на основании критериев, изложенных в Национальных рекомендациях по наркологии (2008) [3]. О признаках САЗ свидетельствовало наличие как минимум трех из ниже перечисленных критериев за определенное время в прошедшем году: сильная потребность или необходимость принимать алкоголь; нарушение способности контролировать прием спиртного – начало употребления, окончание, дозировку; синдром отмены алкоголя, при котором прием психически активного вещества прекращается или уменьшается; признаки изменения толерантности – увеличение дозы вещества, необходимой для достижения эффекта, ранее производимого более низкими дозами, либо ее снижение;

прогрессирующий отказ от альтернативных интересов в пользу употребления алкоголя; увеличение времени, необходимого для приобретения и приема вещества или восстановления после его действия; продолжение употребления спиртного, несмотря на очевидные вредные последствия.

Стратификация по стадиям САЗ проведена с использованием международной классификации болезней 10-го пересмотра (рубрика F1), описывающей 3 стадии алкогольной зависимости: начальную (I), развернутую (II), терминальную (III) [3, 5]. В ходе клинического интервью с пациентом устанавливались признаки, соответствующие той или иной стадии САЗ. К I стадии САЗ относили пациентов со следующими особенностями анамнеза: частые, более 3 раз в неделю, злоупотребления алкоголем; первичное влечение к алкоголю; рост толерантности к алкоголю; снижение количественного контроля; эпизодические псевдозапой по 2-3 дня злоупотребления алкоголем без изменения аффекта с возможностями остановки под влиянием окружающей обстановки; начальные признаки формирования синдрома отмены с возможностью ситуационного контроля и изменения клиники простого алкогольного опьянения. При II стадии САЗ у пациентов выявлялись четко выраженные псевдозапой или постоянное злоупотребление; пик толерантности в виде употребления максимальных доз спиртного, необходимых для достижения состояния эйфории; атипичные варианты простого алкогольного опьянения (дисфорический, депрессивный, истерический, параноидный, эксплозивный, эпилептоидный, маниакальный и др.); выраженный синдром отмены алкоголя; формирование органического расстройства личности; социальные и соматические последствия зависимости. Терминальная стадия САЗ предполагала выявление следующих основополагающих симптомов: перемежающаяся форма злоупотребления алкоголем, в том числе суррогатов, алкоголизация преимущественно в одиночку; утяжеление синдрома отмены до крайне выраженного характера; нарушения сна; снижение толерантности к алкоголю; истинные запои (тяжелые органические депрессивные состояния); выраженные и стойкие изменения личности с формированием деменции.

Объективизация степени никотиновой зависимости проведена с применением шкалы Фагерстрема (ТФ), предполагающей балльную оценку от 0 до 10 (0-2 – очень слабая зависимость, 3-4 слабая зависимость, 5 – средняя зависимость, 6-7 – высокая зависимость, 8-10 – очень высокая зависимость) с учетом количества выкуренного табака, суточного ритма и субъективного отношения к курению [2, 4]. Объем табачной нагрузки оценен с помощью расчета индекса курящего человека (ИКЧ), учитывающего количество выкуриваемых сигарет в день и количество месяцев в текущем году, когда пациент курил и подсчетом количества пачка-лет (ПЛ), отражающего количество выкуриваемых сигарет в день и стаж курения [2].

Статистическая обработка произведена с помощью лицензионной программы SPSS 17. Для оценки усредненных значений рассмотрены медианы со значением квартилей 25%, 75% в связи с отсутствием нормального распределения. При сравнении долей признака (Д) в совокупности применен непараметрический бинаминальный критерий. В подгруппах, в составе которых оказалось до 60 человек, применен критерий U Манна-Уитни, для оценки корреляционных взаимосвязей – критерий ро Спирмена.

Результаты исследования и их обсуждение

Обследовано 128 пациентов с ХОБЛ, среди которых 77 (60,2%) страдали САЗ, 51 (39,8%) – не имели алкогольной зависимости и вошли в контрольную группу. Проведена оценка параметров табакокурения (ИКЧ, ПЛ), степени выраженности никотиновой зависимости по тесту Фагерстрема (ТФ), ограничения бронхиальной проходимости (FEV1,%) в зависимости от возраста и прогресса алкоголизации (представлено в табл. 1).

Таблица 1. Параметры табакокурения и ограничение воздушного потока у лиц с синдромом алкогольной зависимости (САЗ) общей возрастной группы

Параметры САЗ	Возраст, лет	ИКЧ	ПЛ	ТФ, баллы	FEV1, %
САЗ-0, n=51	65,00 [58,00;72,00]*	140,00 [0,00;240,00]**	46,00 [34,00;67,50]	6,00 [0,00;8,00]	56,00 [45,00;71,00]***
САЗ+, n=77	60,00[53,00;64,50]*	240,00 [93,00;240,00]**	45,00 [31,50;60,00]	7,00 [4,00;8,00]	69,00 [55,00;82,00]***

Примечание: САЗ+ – группа лиц с наличием САЗ, САЗ- – группа лиц без САЗ; *U=1352,5; p=0,003; **U=1475,0; p=0,015; ***U=1305,0; p=0,001. ИКЧ – индекс курящего человека, ПЛ – количество пачко-лет, FEV1,% – объем форсированного выдоха за первую секунду, ТФ – тест Фагерстрема, баллы

Пациенты с ХОБЛ, подверженные САЗ, продемонстрировали высокий объем актуальной табачной нагрузки и более тяжелую степень никотиновой зависимости, хотя были моложе больных контрольной группы. При этом среди лиц с САЗ отмечены более высокие показатели спирометрии, потребовавшие изучения данного параметра в сопоставимых по возрасту группах. С учетом возраста как фактора, влияющего на стаж курения и индекс ПЛ соответственно ($p=0,205$; $p=0,021$), а так же уровень ограничения вентиляции ($p=0,210$; $p=0,017$), выделены группы пациентов сопоставимой возрастной категории для оценки динамики параметров табакокурения на фоне САЗ. Анализ параметров табакокурения (ПЛ, ИКЧ), никотиновой зависимости и степени бронхообструкции (FEV1,%) проведен среди 56 пациентов сопоставимой возрастной группы и представлен в табл. 2.

Таблица 2. Параметры табакокурения и ограничение воздушного потока у лиц с синдромом алкогольной зависимости (САЗ) одной возрастной группы

Параметры	Возраст, лет	ИКЧ	ПЛ	ТФ, баллы	FEV1, %
САЗ-, n=22	58,00 [57,00; 62,00]	180,00 [0,00; 240,00]	41,60 [34,75; 58,50]	6,00 [0,00; 8,25]	55,50 [44,28; 71,75]*
САЗ+, n=34	59,00 [57,00; 60,00]	240,00 [120,00; 240,00]	43,50 [34,00; 54,00]	7,00 [4,75; 8,00]	70,50 [53,75; 80,25]*

Примечание: САЗ+ – группа лиц с наличием САЗ, САЗ- – группа лиц без САЗ; *U=246,00; $p=0,032$. ИКЧ – индекс курящего человека, ПЛ – количество пачко-лет, FEV1, % – объем форсированного выдоха за первую секунду, ТФ – тест Фагерстрема, баллы

В сопоставимых возрастных группа сохраняется тенденция к повышению актуальной табачной нагрузки и уровня никотиновой зависимости среди лиц, подверженных алкоголизму при более высоких значениях объема форсированного выдоха за первую секунду. При распределении больных ХОБЛ на группы в зависимости от прогрессирования алкогольной зависимости (первая + вторая стадия САЗ и терминальная стадия САЗ) в сопоставимых возрастных группах получены данные, представленные в табл. 3.

Таблица 3. Параметры табакокурения и ограничение воздушного потока на фоне прогресса алкогольной зависимости

Параметры	Возраст, лет	ИКЧ	ПЛ	ТФ, баллы	FEV1, %
САЗ-, n=22	58,00 [57,00; 62,00]	180,00 [0,00; 240,00]	41,60 [34,75; 58,50]	6,00 [0,00; 8,25]	55,50 [44,28; 71,75]
САЗ-I-II, n=21	59,00 [58,00; 60,50]	240,00 [120,00; 240,00]	43,00 [35,50; 56,00]	7,00 [2,00; 8,00]	68,00 [57,00; 82,00]
САЗ-III, n=13	58,00 [55,50; 60,00]	240,00 [180,00; 270,00]	46,00 [33,50; 55,50]	8,00 [6,00; 8,00]	74,00 [43,50; 79,50]

Примечание: САЗ-I-II – группа лиц с наличием САЗ I и II стадии, САЗ-III – группа лиц с наличием САЗ III стадии, САЗ- – группа лиц без САЗ. ИКЧ – индекс курящего человека, ПЛ – количество пачко-лет, FEV1, % – объем форсированного выдоха за первую секунду, ТФ – тест Фагерстрема, баллы

По мере прогрессирования САЗ наблюдался рост никотиновой зависимости на фоне роста индекса курящего человека и числа пачка-лет. При этом при переходе в терминальную стадию САЗ отмечалось падение функциональных параметров спирометрии, относительно более ранних стадий алкоголизма. Таким образом, терминальная форма алкоголизма ассоциировалась с нарастанием актуальной табачной нагрузки, степени никотиновой зависимости и снижением объема форсированного выдоха за первую секунду.

Учитывая многофакторность изучаемых параметров, значительные различия в начале курения и употребления алкоголя, времени развития ХОБЛ и различную продолжительность жизни пациентов мы проанализировали параметры курения, степень никотиновой зависимости, уровень бронхиальной обструкции в зависимости от стадии САЗ в «крайних» возрастных группах – 40-55 лет (группа №1) и 69-88 лет (группа №2), выделив лиц, не подверженных алкоголизму и начальную стадию САЗ (САЗ-0, I) с относительно сохраненным контролем над поведенческими реакциями и поздние стадии САЗ (САЗ II-III), характеризующиеся снижением возможностей пациента в контроле за вредными привычками.

Таблица 4. Параметры табакокурения и ограничение воздушного потока у лиц крайних возрастных групп на фоне прогресса алкогольной зависимости

Параметр	ИКЧ		ПЛ		FEV1,%		ТФ, баллы	
	1 группа	2 группа	1 группа	2 группа	1 группа	2 группа	1 группа	2 группа
САЗ-0,I	132,00 [36,00; 240,00]	30,00 [0,00; 240,00]	34,00 [24,63; 60,00]	51,00 [24,00; 69,69]	57,00 [54,00; 75,00]	58,00 [45,25; 72,00]	6,00 [0,00; 7,50]	4,00 [0,00;7,00]
САЗ-II-III	300,00 [138,00; 420,00]	240,00 [120,00; 270,00]	40,00 [25,25; 63,00]	61,00 [52,50; 63,00]	81,00 [51,00; 90,50]	56,00 [47,50; 81,50]	7,00 [5,50; 8,00]	7,00 [3,00;7,50]

Примечание: САЗ-0,I – группа лиц без САЗ и с наличием САЗ I стадии, САЗ-II-III – группа лиц с наличием САЗ II и III стадии; группа №1 – 40-55лет, n=27; группа №2 – 69-88лет, n=33; ИКЧ – индекс курящего человека, ПЛ – количество пачко-лет, FEV1,% – объем форсированного выдоха за первую секунду, ТФ – тест Фагерстрема, баллы

В обеих стратах закономерно прослеживалось нарастание табачной нагрузки, степени никотиновой зависимости на фоне прогрессирования алкоголизма. Так как отсутствие или минимальная приверженность к алкоголю и умеренная табачная нагрузка с незначительно выраженной НЗ ассоциировались со старшей возрастной группой, это позволило предположить низкую выживаемость интенсивно курящих пациентов с тяжелыми формами САЗ.

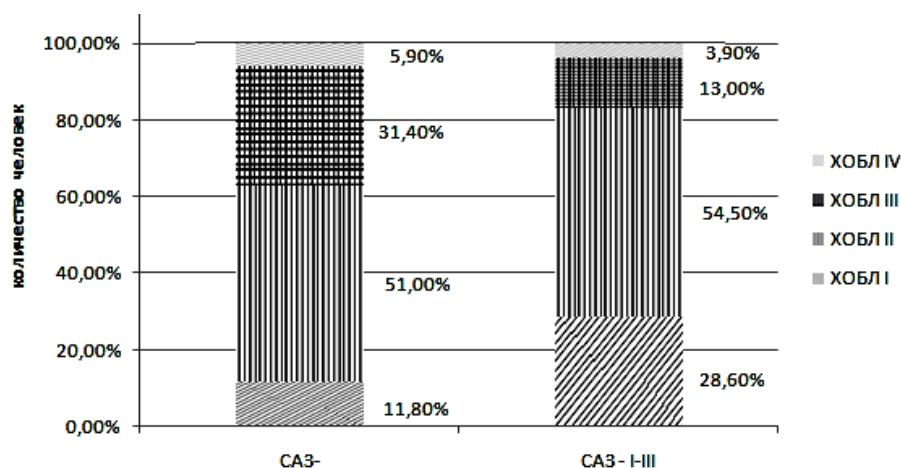


Рис. 1. Распределение пациентов по степеням тяжести ХОБЛ в группе с наличием (n=77) и отсутствием (n=51) синдрома алкогольной зависимости

Среди пациентов с ХОБЛ I степени доля лиц, подверженных алкоголизму, достоверно больше (Д САЗ=0,21; Д САЗ-I-III=0,79; p=0,004); для больных с ХОБЛ II степени выявлена тенденция к их распределению в группы с САЗ (Д САЗ=0,38; Д САЗ-I-III=0,62; p=0,068).

Среди пациентов с отсутствием САЗ доля лиц возрастной группы №1 достоверно меньше (Дгр№1=0,24; Д гр№2=0,76; p=0,015), среди больных с САЗ III стадии присутствовали только больные возрастной категории 40-55 лет.

Обращает на себя внимание отсутствие среди пациентов старшей возрастной группы 69-88лет лиц с сочетанием тяжелой степени бронхообструкции при ХОБЛ и терминальной стадией САЗ, что подтверждает низкую доживаемость лиц с данным сочетанием.

С учетом полученных результатов – тенденции распределения лиц с менее выраженной бронхиальной обструкцией в страты с САЗ, некоторое повышение FEV1,% среди подверженных алкоголизму – проведен анализ течения никотиновой зависимости на фоне САЗ в группах с сопоставимыми параметрами возраста и вентиляции.

Среди обследованных преобладали пациенты с умеренной бронхиальной обструкцией (ХОБЛ I степени – у 28 (28%), II степени – у 68 (53,1%), III степени – у 26 (20,3%), IV степени – у 6 (4,7%) пациентов). Выделены группы больных в возрасте 54-69 лет с FEV1>49,9% (группа №1 – лица с ХОБЛ I и II степени, n=59), и FEV1<50% (группа №2, лица с ХОБЛ III и IV степени, n=32). Предпринято рассмотрение основных параметров табакокурения – ИКЧ, ПЛ, степени никотиновой зависимости (представлено в табл. 5).

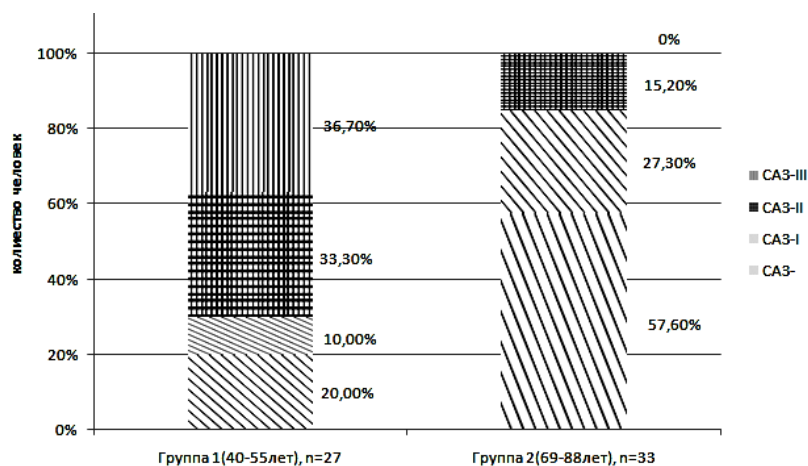


Рис. 2. Распределение стадий синдрома алкогольной зависимости в группах 1 и 2

Таблица 5. Параметры табакокурения (ПЛ, ИКЧ), степень никотиновой зависимости, возраст пациентов с ХОБЛ I-II степени на фоне синдрома алкогольной зависимости (CAZ)

Параметр	ИКЧ	ПЛ	Возраст, лет	ТФ, баллы	FEV1, %
CAZ-, n=20	130,00 [7,50; 240,00]*	41,60 [33,38; 66,75]	61,00 [58,00; 65,75]	5,00 [0,00; 7,75]	63,50 [56,25; 79,75]
CAZ-I-II, n=28	240,00 [88,50; 240,00]*	45,00 [37,25; 60,00]	60,50 [58,00; 64,00]	7,00 [0,00; 8,00]	68,00 [60,25; 82,75]
CAZ-III, n=11	240,00 [240,00; 240,00]*	42,00 [30,00; 50,00]	58,00 [56,00; 61,00]	7,00 [6,00; 8,00]	79,00 [72,00; 81,00]

Примечание: CAZ- – группа лиц без CAZ, CAZ-I-II – группа лиц с наличием CAZ I и II стадии; CAZ-III – группа лиц с CAZ III стадии; *U=60,00; p=0,040. ИКЧ – индекс курящего человека, ПЛ – количество пачко-лет, FEV1, % – объем форсированного выдоха за первую секунду, ТФ – тест Фагерстрема, баллы

В группе сохранялись общие тенденции – пациенты с CAZ, в особенности его терминальной стадии, отличались более интенсивным актуальным злоупотреблением табака и высоким уровнем НЗ.

Таблица 6. Параметры табакокурения (ПЛ, ИКЧ), степень никотиновой зависимости, возраст пациентов с ХОБЛ III-IV степени на фоне синдрома алкогольной зависимости (CAZ)

Параметр	ИКЧ	ПЛ	Возраст, лет	ТФ, баллы	FEV1, %
CAZ-, n=12	210,00 [18,00; 240,00]	51,25 [36,25; 104,00]	61,00 [58,00; 68,25]	6,50 [1,50; 8,00]	41,50 [33,75; 45,75]
CAZ-I-III, n=7	204,00 [120,00; 270,00]	54,00 [44,00; 69,00]	60,00 [60,00; 61,00]	8,00 [5,00; 8,00]	35,00 [21,00; 47,00]
CAZ-II-III, n=4	190,00 [89,00; 420,00]	57,00 [51,00; 66,75]	60,00 [55,50; 64,50]	8,00 [8,00; 8,75]	29,50 [19,50; 45,50]

Примечание: CAZ- – группа лиц без CAZ, CAZ-I-III – группа лиц с наличием CAZ I, II и III стадии; CAZ-II-III – группа лиц с CAZ II и III стадии. ИКЧ – индекс курящего человека, ПЛ – количество пачко-лет, FEV1, % – объем форсированного выдоха за первую секунду, ТФ – тест Фагерстрема, баллы

Аналогичная динамика присутствовала в страте с тяжелым и крайне тяжелым течением ХОБЛ (в возрасте 54-69 лет) – лица, подверженные алкоголизму, демонстрировали большую приверженность к табаку. CAZ, в особенности его II и III стадии, ассоциировался с интенсивным курением, отсутствием попыток сократить количество потребляемых сигарет, выраженной НЗ и некоторой тенденцией к падению FEV1, %.

Обсуждение результатов исследования

Среди обследованных пациентов с ХОБЛ, обратившихся за медицинской помощью, в 60,2% случаев выявлен в различной степени выраженности синдром алкогольной зависимости. Литературные данные на этот счет крайне противоречивы, и дают колебания по

распространенности алкоголизма среди больных ХОБЛ от 4,8 до 53% [5]. Полученные нами данные не являются результатом эпидемиологическое исследование и характеризуют лишь долю лиц с САЗ среди обратившихся за медицинской помощью по поводу ХОБЛ на конкретной территории, а именно в конкретной сельской местности проживания, где выполнялось исследование. Однако полученные нами данные не являются единичными в своем роде, на высокую распространенность САЗ на селе указывают как результаты ранее опубликованных научных работ, так и данные государственной статистики по состоянию санитарно-эпидемиологического благополучия населения [6].

Обращает на себя внимание, что рост никотиновой и алкогольной зависимости идут параллельно друг другу. Вероятно, имея общие механизмы формирования зависимости, алкоголь и компоненты табачного дыма, выступают в синергизме, усугубляя тягу к существующим пристрастиям. Тенденция к параллельному усугублению течения алкогольной и никотиновой зависимости была характерна для всех возрастных групп. В литературе описан механизм становления синдрома зависимости от различных психологически активных веществ, в том числе – табака и алкоголя [3]. Структурную основу этого процесса составляют стволовые и мезолимбические структуры головного мозга – ретикулярная формация, при этом в большей степени затрагивается дофаминовое звено катехоламиновой нейромедиации. Дофамин, при сопутствующем дисбалансе содержания гамма-аминомасляной кислоты и серотонина, активизирует систему подкрепления через субъективно ощущаемые положительные эмоции, что, как следствие, приводит к становлению синдрома зависимости – и алкогольной, и никотиновой [3, 5].

Новые биомедицинские технологии дополнили взгляды ученых на глубину взаимосвязи приверженности этанолу и табаку. В частности, ведутся исследования по изучению роли холинергических структур базальных отделов переднего мозга как общего субстрата воздействия этанола и никотина. Основу рецепторного аппарата этой области составляют никотиновые ацетилхолиновые рецепторы, особенно $\alpha 4\beta 2$ и $\alpha 7$ подтипы. Одобренный в США препарат варениклин, применяемый для облегчения отказа от курения, частичный агонист рецепторов $\alpha 4\beta 2$ – подтипа, снижает тягу к алкоголю у людей и грызунов [8]. Дополнительные инъекции никотина непосредственно в зону базальных отделов переднего мозга в исследованиях *in vivo* значительно повысили потребление этанола подопытными мышами. Изолированное изучение никотиновых ацетилхолиновых рецепторов, содержащих $\alpha 6$ – субъединицу, преимущественно экспрессируемых дофаминергическим нейронами вентральной области покрышки, выявило взаимосвязь их высокой концентрации с повышенным потреблением алкоголя мышами [9]. Таким образом, к настоящему моменту имеется широкий спектр описанных структурно-функциональных особенностей, предполагающих усугубление течения никотиновой зависимости на фоне алкоголизма, что и получено в нашем исследовании. Соответственно, экстраполируя полученные данные на практическую медицинскую деятельность, можно предположить, что рекомендации о прекращении курения у больных с ХОБЛ при наличии САЗ не будут реализованы без участия врача психиатра-нарколога и решения вопроса по параллельному устранению алкогольной зависимости.

В нашем исследовании прослеживалось увеличение уровня актуальной табачной нагрузки на фоне САЗ, вне зависимости от возраста (табл. 2-4) и уровня ограничения вентиляции (табл. 5, 6). Этот результат связан с сочетанием описанных в литературе психопатологическими аспектами обеих нозологий [3]. Пациенты с ХОБЛ демонстрируют широкий спектр психических изменений, создающих негативные предпосылки к отказу от курения – высокий уровень тревожности, агрессии, депрессии, проблемы с социальной адаптацией; для когнитивных процессов характерны лабильность, истощаемость, трудности сосредоточения внимания и нарушения непосредственной памяти [4]. Алкоголизм в свою очередь характеризуется особым психо-эмоциональным статусом. Важность этого клинического аспекта закреплена в «больших» диагностических критериях САЗ согласно МКБ X: «прогрессирующий отказ от альтернативных интересов в пользу употребления вещества; увеличение времени, необходимого для приобретения и приема вещества или восстановления после его действия; продолжение употребления вещества, несмотря на очевидные вредные последствия». Патологическое влечение к алкоголю меняет идеаторную, поведенческую, эмоциональную, вегетативную, сенсорную составляющие психической активности – пациент, страдающий алкоголизмом, во всех аспектах отличается от больного, не подверженного зависимости. Волевые установки, память, настроение, восприятие своих симптомов, уровень тревоги не позволяют сосредоточиться на выполнении указаний врача, так как основной потребностью является спиртное [7]. Характерное снижение критики и мотивации происходит на фоне органического поражения головного мозга – развития токсической и гипоксической энцефалопатии [3, 7]. Более четко это проявлялось на терминальной стадии САЗ (табл. 3, 5) – отмечен рост ИКЧ в среднем на 60 единиц ($ME_{ИКЧ\ САЗ-I}=180 [0,00; 240,00]$, $ME_{ИКЧ\ САЗ-II}=240 [180,00; 270,00]$), индекса Фагерстрема – на 2 единицы ($ME_{ТФ\ САЗ-I}=6,00 [0,00; 8,25]$, $ME_{ТФ\ САЗ-II}=8,00 [6,00; 8,00]$) в средней возрастной группе; в старшей возрастной группе – на 180 ($ME_{ИКЧ\ САЗ-0}=52 [28,50;$

60,00], $ME_{ИКЧ\text{ САЗ-III}}=240,00$ [120,00; 270,00]) и 3 единицы ($ME_{ТФ\text{ САЗ}}=4,00$ [0,00; 7,00], $ME_{ТФ\text{ САЗ-II-III}}=7,00$ [3,00; 7,50]), в младшей – на 204 ($ME_{ИКЧ\text{ САЗ}}=96,00$ [0,00; 240,00], $ME_{ИКЧ\text{ САЗ-II-III}}=300,00$ [138,00; 420,00]) и 1,5 единицы ($ME_{ТФ\text{ САЗ}}=5,50$ [0,00; 7,50], $ME_{ТФ\text{ САЗ-II-III}}=7,00$ [5,50; 8,00]) соответственно (табл. 3,4). Таким образом, прослеживаемое нарастание ИКЧ и уровня НЗ, свидетельствующее об отсутствии попыток отказа от сигарет, согласуется с литературными данными.

При первичном рассмотрении складывается впечатление о более благоприятном течении ХОБЛ по выраженности бронхообструкции для лиц, злоупотребляющих алкоголем. Так, показатели объема форсированного выдоха за первую секунду в группе лиц, подверженных алкоголизму, превышают таковые у лиц без САЗ на 13% ($FEV1, \%_{САЗ-} = 56,00$ [45,00; 71,00], $FEV1, \%_{САЗ+} = 69,00$ [55,00; 82,00], $U=1305,0$; $p=0,001$) (табл. 1). Тенденция сохраняется во всех возрастных группах (в средней уровень вентиляции на 15% выше – $FEV1, \%_{САЗ-} = 55,50$ [44,28; 71,75], $FEV1, \%_{САЗ+} = 70,50$ [53,75; 80,25], $U=246,00$; $p=0,032$); в младшей – на 24% ($FEV1, \%_{САЗ0, I} = 57,00$ [54,00; 75,00], $FEV1, \%_{САЗ-II-III} = 81,00$ [51,00; 90,50]) (табл. 2, 4). Терминальная форма САЗ у больных сопоставимого возраста с умеренной и легкой степенью тяжести ХОБЛ характеризовалась повышением FEV1 на 15,5% ($FEV1, \%_{САЗ0} = 63,50$ [56,25; 79,75], $FEV1, \%_{САЗ-II} = 79,00$ [72,00; 81,00]) (табл. 5).

Воздействия алкоголя на легкие изучено в ряде экспериментальных работ. Описан ряд протективных эффектов алкоголя, в том числе на вентиляционную функцию курильщиков, продемонстрированных в ходе многоцентрового исследования с изучением доз этилового спирта – от 1 до 30 грамм. Однако, в отличие от последствий приема небольших доз спиртного, алкогольная болезнь характеризуется целым рядом патологических морфофункциональных сдвигов, широко освещенных в литературе. Алкоголизм предполагает полиорганное поражение в связи с токсическим повреждением сосудистого, в том числе капиллярного русла и развитием тканевой гипоксии, что реализуется в дистрофические, некротические, атрофические и склеротические изменения в сосудах микроциркуляции и артериях более крупного калибра. Клинически эти процессы манифестируют как токсическая кардиомиопатия, энцефалополлинейропатия, нефропатия, гепатит и цирроз печени, панкреатит – наиболее частые причины обращения в отделения терапевтического профиля. Воздействие на легкие оказывается никак не меньше, чем воздействие на любые другие ткани организма, в связи с чем у этих пациентов фиксируются аспирационные пневмонии, плевриты, атипичные инфекционные осложнения бронхо-легочных заболеваний [5]. С этими процессами связана низкая выживаемость больных с терминальной стадией САЗ, наблюдавшаяся в исследовании. Тяжелые формы алкоголизации выявлялись чаще среди молодых, соматически компенсированных пациентов (табл. 1, рис. 1, 2). В старшей возрастной категории (69-88 лет) отсутствовали лица с САЗ III стадии, отмечено умеренное потребление сигарет и алкоголя, что вероятно связано с существенной декомпенсацией и свидетельствует о низкой выживаемости пациентов с сочетанием ХОБЛ и САЗ.

Выводы

1. Имеет место широкая распространённость среди больных ХОБЛ синдрома алкогольной зависимости.
2. У больных с ХОБЛ при наличии синдромом алкогольной зависимости наблюдается более высокий уровень никотиновой зависимости по отношению к пациентам без САЗ и более высокий уровень актуальной табачной нагрузки, оцененной по индексу курящего человека.
3. Шкала Фагерстрема позволяет объективизировать статус курящих пациентов для больных ХОБЛ при наличии синдрома алкогольной зависимости.
4. Реабилитационные мероприятия по отказу от курения у больных ХОБЛ с синдромом алкогольной зависимости рационально проводить при участии врача нарколога для одновременной борьбы с алкоголизмом.

Литература (references)

1. Верткин А.Л., Скотников А.С., Тихоновская Е.Ю. Коморбидность при ХОБЛ: роль хронического системного воспаления // Русский медицинский журнал. Медицинское обозрение. – 2014. – №11. – С. 811-816. [Vertkin A.L., Skotnikov A.S., Tihonovskaya E.YU. *Russkij medicinskij zhurnal*. Russian Medical Journal. – 2014. – N.11. – P. 811-816. (in Russian)]

2. Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких (пересмотр 2014). Пер. с англ. под ред. Белевского А.С. – М. : Российское респираторное общество, 2014. – 92 С. [*Global'naya strategiya diagnostiki, lecheniya i profilaktiki hronicheskoy obstruktivnoj bolezni legkih (peresmotr 2014). Per. s angl. pod red. Belevskogo A.S.* The Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. – Moscow: Russian respiratory society, 2014. – 92 p. (in Russian)]
3. Иванец Н.Н., Анохина А.П., Винникова М.А. Наркология: национальное руководство. – М.: Гэотар-Медиа, 2008. – 720 с. [Ivanec N.N., Anohina A.P., Vinnikova M.A. *Narkologiya: nacional'noe rukovodstvo.* Narcology: national guideline. – Moscow: Gehotar-Media, 2008. – 720 p. (in Russian)]
4. Колосов В.П., Трофимова А.Ю., Нарышкина С.В. Качество жизни больных хронической обструктивной болезнью легких. – Благовещенск, 2011. – 132 с. [Kolosov V.P., Trofimova A.YU., Naryshkina S.V. *Kachestvo zhizni bol'nyh hronicheskoy obstruktivnoj boleznyu legkih.* Quality of life by patients with chronic obstructive pulmonary disease. – Blagoveshchensk, 2011. – 132 p. (in Russian)]
5. Москаленко В.Д. Медицинские последствия наркомании и алкоголизма // Наркология. – 2007. – N7. – С. 52-54. [Moskalenko V.D. *Narkologiya.* Narcology. – 2007. – N7. – P. 52-54. (in Russian)]
6. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Смоленской области в 2015 году: Государственный доклад. – Смоленск: Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Смоленской области, ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Смоленской области, 2016. – 186 с. [*O sostoyanii sanitarno-ehpidemiologicheskogo blagopoluchiya naseleniya v Smolenskoj oblasti v 2015 godu: Gosudarstvennyj doklad.* On the state of sanitary and epidemiological welfare of the population in the Smolensk region in 2015: State report. – Smolensk: Office of the Federal service for supervision of consumer rights protection and human well-being in the Smolensk region, Federal budgetary institution of health " center of hygiene and epidemiology in the Smolensk region, 2016. – 186 p. (in Russian)]
7. Шестопалова Л. Ф., Лесная Н. Н. Особенности комплайенса больных с алкогольной зависимостью и система его психокоррекции // Международный медицинский журнал. – 2011. – №3. – С. 6-12. [SHestopalova L. F., Lesnaya N. N. *Mezhdunarodnyj medicinskiy zhurnal.* International Medical Journal. – 2011. – N3. – P. 6-12. (in Russian)]
8. Sharma R., Sahota P., Thakkar M.M. Nicotine Administration in the Cholinergic Basal Forebrain Increases Alcohol Consumption in C57BL/6J Mice // Alcoholism: Clinical and Experimental Research. – 2014. – V.38, N5. – P. 1315-1320.
9. Powers M.S., Broderick H.J., Drenan R.M. Nicotinic acetylcholine receptors containing $\alpha 6$ subunits contribute to alcohol reward-related behaviors // Genes, Brain and Behavior. – 2013. – V.12, N5. – P. 543-553.

Информация об авторах

Иванова Марина Андреевна – врач-пульмонолог пульмонологического кабинета Центра респираторной медицины ОГБУЗ «Клиническая больница №1». Смоленск. E-mail: Zamedikus@yandex.ru

Пунин Александр Алексеевич – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой факультетской терапии ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России. E-mail: 001e316@mail.ru

Ваулин Сергей Викторович – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и психотерапии ФДПО ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России. E-mail: sv_vaulin@mail.ru