КЛИНИКО-ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НАРКОЛОГИИ

ПАТОМОРФОЗ АЛКОГОЛИЗМА: 1988–90 vs. 2011–12 гг.

Немцов А.В., Орлов А.В.

ФГБУ Московский научно-исследовательский институт психиатрии Минздрава России
107076, Москва, ул. Потешная, д. 3.
nemtsov33@gmail.com

Статья поступила 19.02.2014.

По нескольким параметрам сравнивали течение и клиническую картину больных алкоголизмом в 1988–1990 гг. (группа Г-1) и в 2011–2012 гг. (группа Г-2). При появлении алкогольного абстинентного синдрома и позже в группах Г-1 и Г-2 доминировала водка. Возрастные показатели основных этапов алкоголизма (первое опьянение, систематическое употребление, злоупотребление, формирование абстинентного синдрома) у больных Г-1 и Г-2 не различались. В Г-2 раньше возникало первичное влечение, но короче был абстинентный синдром и последующее похмелье; существенно ниже была толерантность. Более легкое течение алкоголизма у больных Г-2 вероятно связано с тем, что в этой группе вначале формирования алкоголизма у значительной части доминировали слабоалкогольные напитки.

Ключевые слова: *алкоголизм, патоморфоз, водочный и пивной алкоголизм, алкогольный абстинентный синдром.*

За последние двадцать лет в России произошли существенные изменения социально-экономических условий: так государственная экономика сменилась рыночной, в которой существенно увеличилась доля разнообразных товаров народного потребления. Это коснулось также алкогольной продукции: расширился ассортимент спиртной продукции, увеличилось доля слабоалкогольных напитков, в первую очередь пива [7]. При этом водка, как и прежде, составляет по алкоголю доминирующую часть всех алкогольных напитков – 61% по данным Росстата. Если же учитывать нелегальное производство и потребление алкогольных напитков, то эта доля еще больше (оценочно до 80%). Изменение алкогольной ситуации могло повлиять на клинику и динамику алкоголизма. Существенно и то, что в административных органах и средствах массовой информации возникло представление о «пивном» алкоголизме, как особо угрожаемой форме алкогольной зависимости, отличной по тяжести от «водочного» ал-

коголизма. Теперь уже в многочисленных работах показано, что небольшие различия «пивного» и «водочного» алкоголизма не дают основания считать эти разновидности самостоятельными формами [3; 8; 9]. Но главное состоит в том, что резкое увеличение потребления пива в Москве и Санкт-Петербурге [7] не сопровождалось столь же резким ростом «пивного» алкоголизма. Важно и то, что в потреблении многолетняя близость по алкоголю пива и водки [11] не сопровождается сходным сближением доли «пивных» и «водочных» больных в когорте алкоголиков – как и прежде «водочные» резко доминируют над «пивными» [10]. Надо учитывать, что рост потребления пива продолжается уже более 10 лет, а «пивной» алкоголизм все еще редкое явление, хотя формирование алкогольного абстинентного синдрома (ААС) укладывается в этот период [15].

В 2000-е годы административные меры [13] и декларация опасности пива для здоровья в публикациях средств массовой информации (например, [5]) активизировало исследование алкоголизма при употреблении слабоалкогольных напитков [3; 4; 8]. За исключением одной работы двух авторов [4], в других исследованиях не было найдено существенных различий в течении заболевания у пациентов, злоупотребляющих преимущественно пивом или водкой [3; 9; 10]. При этом выявилось, что больные часто на протяжении развития алкоголизма переходят с одного напитка на другой, чаще с пива на водку [8]. Но главная находка этих работ – редкость «пивного» алкоголизма: от 8% до 16% по разным оценкам среди всех больных алкоголизмом [3; 10]; а те больные, которые употребляют исключительно пиво – почти уникальное явление, и наблюдается оно преимущественно у молодых людей, алкогольная судьба которых еще не раз может измениться.

Все эти исследования касались алкоголизма в 2000-е годы, а до того авторы большого руководства по алкоголизму не смогли найти российские работы по клиническим особенностям и течению заболевания в зависимости от видов напитка [14]. Тем более не было в России работ по патоморфозу алкоголизма. Не было этого и в немногочисленных зарубежных работах, в которых преимущественно проводилось сравнение злоупотребления разными видами напитков по их последствиям, главным образом, соматическим. Но в прошлом были исследования, касающиеся поведенческих нарушений. Например, в работе, выполненной в США [15], серьезность таких нарушений была связана с употреблением крепких напитков. Из более чем 10 тысяч алкоголиков количество больных, употребляющих преимущественно пиво, составило 8,4%. Сходные результаты получены и в ряде других работ [16]. В этих и некоторых других отмечается, что главная беда пива состоит в недооценке водителями его опьяняющего свой-

ства. Но все эти работы касаются исключительно сравнительной оценки алкоголизации разными видами или количеством алкоголь-содержащих напитков, т.е. «поперечного» среза алкоголизма.

Задачей настоящего исследования стало выявление того, как сказались перемены алкогольной ситуации на течении алкоголизма в последние десятилетия.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование проводилось в два этапа: первый с января 1988 г. по апрель 1990 г. (первая группа – Г-1; 181 больной); второй с февраля 2011 г. по февраль 2012 г. (вторая группа – Г-2; 31 больной). Первое исследование проходило на базе отдела наркологии Московского научно-исследовательского института психиатрии Минздрава России, второе – в Московском научно-практическом центре наркологии Департамента здравоохранения г. Москвы. Критерием отбора больных был сформированный алкогольный абстинентный синдром (ААС; рубрика 303 по МКБ-9, F10.2 по МКБ-10). Все больные были мужчины без сопутствующих заболеваний, не связанных с алкоголизмом.

Основной метод исследования – ретроспективное структурированное интервью. Базовой группой больных был 31 пациент с «водочным» алкоголизмом: пациенты были обследованы в 2011–2012 гг. У этих больных водка была доминирующим напитком в запоях последнего года. Они составили группу Г-2. Каждому из этих пациентов случайным образом и по возрасту подбирался больной из общей совокупности, состоящей из 181 пациента, собранных в 1988–1990 гг. (группа Г-1), и у которых, также как и в группе Г-2, водка доминировала в запоях последнего года. При этом в Г-1 водка доминировала на протяжении всего течения алкоголизма, тогда как в Г-2 пьянство часто начиналось со слабоалкогольных напитков с последующим переходом к водке *(рис. 1)*. Таким образом, обследовано 62 больных, по 31 в каждой группе.

У каждого больного помимо общих сведений и алкогольного анамнеза фиксировали доминирование алкогольных напитков и суточную толерантность на основных этапах алкоголизма (у больных Г-1 до формирования ААС, а на этапе ААС – только изменение толерантности по отношению к предыдущему периоду). Интервью со всеми больными проводилось на основе специально разработанных анамнестических карт, в которых учитывались возрастные характеристики появления основных признаков алкоголизма (в годах). Первое опьянение не соответствовало первой пробе, оно было более глубоким и сопровождалось негативными последствиями для больных, а потому и запоминалось. Суточные дозы алкогольных на-

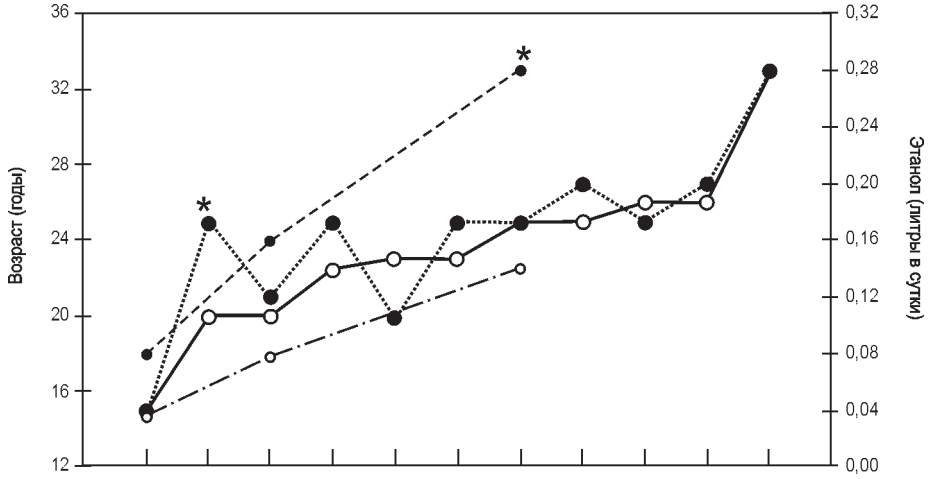

Рис. 1. Возраст появления симптомов алкоголизма (годы, толстые линии, ордината слева) и динамика толерантности в расчете на чистый эанол (литры в сутки, тонкие линии, ордината справа) в двух группах больных: 1988–1990 (пунктиры, Г-1) и 2011–2012 гг. (сплошные линии, Г-2). Возраст больных ранжирован по показателям больных 2011–2012 гг.

Примечание: * – $p < 0,001$.

питков переводились в литры чистого этанола соответственно коэффициентам Госкомстата. Полученные данные были занесены в электронную таблицу.

Статистическое описание больных производилось на основе методов непараметрической статистики: медианы (*Me*), межквартильного расстояния (*MKp*) и моды (*Mo*), а сравнение возрастных показателей групп с помощью критерия Манна-Уитни. В работе использован пакет статистических программ Statistica for Windows (версия 7).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Распределение больных по возрасту резко отличалось от нормального за счет левой асимметрии с преобладанием молодых возрастов. Это потребовало использовать непараметрическую статистику. В каждой группе при обследовании больные были в возрасте от 23 до 57 лет (*Me* – 33 года; *Mo* – 30 лет; *MKp* – 30–41). Среди больных Г-1 большая часть (77%) состояли в браке, больные Г-2 при обследовании чаще не были женаты, либо находились в состоянии развода (в браке 29%; p = 0,0004). В обеих группах преобладали больные со средне-специальным образованием, шестая часть имела высшее образование. Все больные Г-1 и Г-2 начинали рано работать (*Me* = 17 и 18 лет). 6 больных в Г-1 и 3 в Г-2 имели судимости (p = 0,261).

При обследовании выявилось, что возраст начала основных этапов и появления симптомов алкоголизма в двух группах имели сходную последовательность кроме первичного патологического влечения, которое у больных Г-2 возникало раньше, еще на стадии систематического потребления (20 vs. 25 лет, p = 0,00003; *рис. 1*). Кроме того больные двух групп имели существенные различия в суточных дозах чистого этанола *(рис. 1)*. Например, на стадии злоупотребления больные Г-1 употребляли значимо больше алкоголя, чем в Г-2: в переводе на водку 0,7 л vs. 0,35 л (p = 0,0005). При этом в процессе от злоупотребления к ААС увеличение толерантности наблюдалось у 52% больных Г-1 и у 38% в Г-2 (p = 0,308).

В отличие от Г-1, больные Г-2 на всех этапах алкоголизма кроме последнего злоупотребляли спиртными напитками различной крепости при том, что по мере течения алкоголизма наблюдалось увеличение числа злоупотребляющих водкой и соответственно снижение доли употребляющих слабоалкогольные напитки *(рис. 2)*. В Г-1 на этапе формировании ААС этот синдром был более длительным (*Me* = 2 дня), чем в Г-2 (*Me* = 1 день,

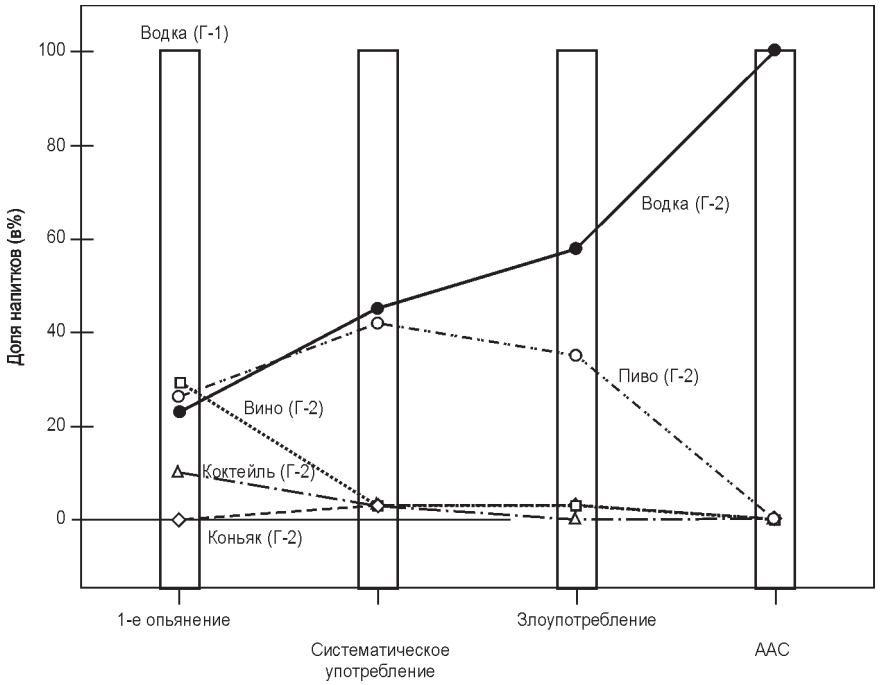

Рис. 2. Распределение двух групп больных алкоголизмом, обследованных в 1989–1990 (Г-1) и в 2011–2012 (Г-2) гг. по доминирующим напиткам и основным этапам формирования алкоголизма.

Примечание: * – *p=0*,0001; * * – p=0,00001.

p = 0,002). При обследовании больные обеих групп отмечали увеличение продолжительности ААС, который составил 3 дня (*Me*).

По условиям отбора больных в начале формирования ААС все они стали «водочными», и дальнейшее течение алкоголизма уже мало различалось в двух группах. В частности, временной разрыв между началом формирования ААС и обращением за наркологической помощью был в Г-1 несколько короче, чем в Г-2, о чем свидетельствуют экспоненты, описывающие нарастание возраста ААС у больных Г-1 и Г-2 – 21,87*exp (0,0125*x) и 21,12*exp (0,0168*x) *(рис. 3)*. Как видно на рисунке, этот разрыв увеличивался с увеличением возраста формирования ААС.

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

Все или почти все, что мы знаем о клинике или динамике алкоголизма, относится к «поперечному» срезу алкоголизма. В настоящей работе предпринято сравнение клиники заболевания с разрывом в 20 лет. К сожалению, провести полное сравнение больных двух периодов оказалось

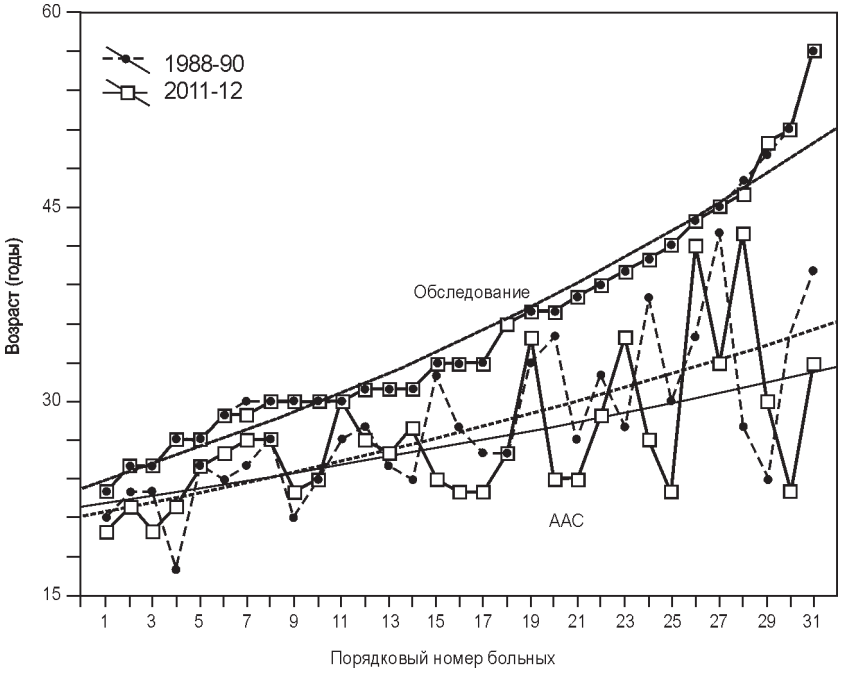

Рис. 3. Индивидуальный возраст 31 больного при возникновении ААС. Обследование двух групп в 1988–1990 и 2011–2012 гг. Больные ранжированы по возрасту обследования. Изломанные линии – реальные показатели возраста больных, гладкие линии – экспоненты, построенные на их основе.

невозможным, так как в популяции больных в 1988–1990 гг. среди 181 алкоголиков не было ни одного «пивного». Поэтому сопоставление было возможно только в отношении «водочных» больных, т.е. тех, у которых в запоях последнего года доминировала водка. Можно было допустить, что изменение как алкогольной ситуации в целом, так и состава потребляемых напитков на протяжении двух десятилетий могло отразиться на клинической картине и течении алкоголизма.

Для проверки этой гипотезы было проведено сравнение некоторых клинических особенностей заболевания с двадцатилетним интервалом. Были сформированы две группы больных алкоголизмом, сопоставимые по возрасту, гендерной принадлежности и месту жительства. Естественно, что принцип отбора уровнял больных также по виду доминирующего напитка (водка) при формировании ААС и перед обследованием. Но предшествующий путь в двух группах различался существенно по доле больных с доминированием водки. В Г-2 на всех этапах доминировала водка *(рис. 2)*. В Г-1 первое существенное опьянение в равной мере было вызвано водкой, вином и пивом. На этапе систематического употребления резко снизилось доминирование вина, а водка или пиво доминировали только у 40% больных. Переход к злоупотреблению сопровождался преобладанием больных с доминированием водки *(рис. 2)*.

В Г-1 и Г-2 формирование ААС, кардинального синдрома алкоголизма, происходило практически в одном возрасте (27 vs. 26 лет соответственно) *(рис. 1)*. Средние показатели возраста (медианы) начала основных этапов заболевания (систематическое пьянство, злоупотребление, утрата рвотного рефлекса и количественного контроля) практически не различались. Этот факт свидетельствует о сходстве процесса развития алкогольной зависимости, несмотря на двадцатилетний интервал в обследовании. И только рано формирующееся первичное патологическое влечение (20 vs. 25 лет) в Г-2 значимо отличало этих больных от больных Г-1. Скорее всего, это обусловлено доступностью слабоалкогольных напитков для молодых людей в 2000-е годы. При этом однако следует иметь в виду, что время и возраст появления первичного влечения не очень надежный признак из-за давности и неопределенности проявления.

Значительным или значимым было различие толерантности к алкогольным напиткам на основных этапах формирования алкоголизма: толерантность была выше в Г-1 *(рис. 2),* как и в исследовании Evenson R.C. [15]: толерантность была существенно выше в группе «водочных» больных по сравнению с «пивными». Относительно низкая толерантность в Г-2 вероятно обусловлена значительной долей слабоалкогольных напитков, потребляемых этой группой в течение становления алкоголизма. Возможно, в

результате этого клиническая симптоматика у больных Г-2 была легче, например, более короткий ААС и менее выраженная абстиненция при формировании ААС. Однако дальнейшее течение алкоголизма, когда все исследованные больные Г-2 переходили на потребление водки, различалось мало, и при обследовании длительность абстиненции сравнивалась в двух группах, сравнивался также период от сформированного ААС до обращения за наркологической помощью *(рис. 3)*. Сам по себе феномен нарастания этого периода с возрастом, скорее всего, свидетельствует о том, что позднее появление ААС – признак более мягкого течения заболевания, не только до этого, но после формирования ААС.

Таким образом, за 20 лет существенного патоморфоза алкоголизма не произошло, и возраст формирования ААС остался прежним *(рис. 1)*. Произошли небольшие количественные изменения клинической картины заболевания, а течение алкоголизма стало более благоприятным. Это можно объяснить увеличением доли слабоалкогольных напитков и прежде всего пива.

Как положительный факт, необходимо отметить выступления Онищенко Г.Г. [13], который своим необоснованным приказом, а позже призывами к проведению антипивной кампании стимулировал российские исследования алкоголизма, связанные с видами напитков. В процессе этих исследований были получены дополнительные данные об алкоголизме также вне доминирующих напитков.

ОГРАНИЧЕНИЯ

Для оценки изменений клиники алкоголизма за 20-летний период в работе учитывали ограниченный набор показателей: возраст формирования основных этапов заболевания, толерантность и состав алкогольных напитков на разных этапах. Однако этим не исчерпывается клиника алкоголизма, и среди неучтенных признаков могут быть важные для сравнительного анализа. С другой стороны помимо состава напитков на формирование заболевания могут оказывать влияние также другие факторы алкогольной ситуации (цены напитков, в частности, нелегальных, доходы потребителей и многие другие). Учет этих факторов непосильно расширил бы объем работы. Однако следует иметь в виду, что интегральный показатель алкогольной ситуации – реальный уровень потребления алкоголя в эти периоды был сходным – около 12–13 литров алкоголя на человека в год [7]. Существенным фактором может быть доля нелегального алкоголя, почти исключительно крепкого. Но эта доля в 1988–1990 гг. на выходе из антиалкогольной кампании и в 2011–2012 гг. на фоне снижения потребления по разным оценкам также была сходной.

Больные двух периодов были обследованы в двух разных учреждениях, что могло повлиять на селективность выборки больных. Однако клиника отдела наркологии Московского научно-исследовательского института психиатрии Минздрава России в 1988–1990 гг. и Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения г. Москвы в 2011–2012 гг. были приблизительно равнодоступны для больных. Ограничения в первом учреждении появились много позже. Сбор материала в том и в другом случае проводили научные сотрудники Московского научно-исследовательского института психиатрии Минздрава России.

Однако сходство некоторых обстоятельств алкогольной ситуации и условий исследования не исключает осторожности в интерпретации результатов работы.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Альтшулер В.Б.* Клиника алкоголизма. Руководство по наркологии. Гл. 14. – М.: Медпрактика-М, 2002. – С. 203–232.
2. *Аносова Е.В.* Пивной алкоголизм, осложненный гашишной наркоманией, у подростков (клиника, диагностика, терапия) : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2011. – 22 с.
3. *Илюк Р.Д., Рыбакова К.В., Киселев А.С., Крупицкий Е.М.* Сравнительное исследование зависимости от пива и крепких алкогольных напитков. – СПб: Контраст, 2011. – 176 с.
4. *Ковалев А.А., Ковалев А.А.* Особенности формирования и клинические проявления абстинентного синдрома у больных пивным алкоголизмом // Наркология. – 2009. – № 5. – С. 56–61.
5. *Коробкина З.* Россию погубит не СПИД и не туберкулез, а легальный наркотик – пиво! // Наша держава. – 2011. – С. 3.
6. *Лисицын Ю.П., Сидоров П.И.* Алкоголизм. Медико-социальные проблемы. – М.: Медицина, 1990. – 527 с.
7. *Немцов А. В., Орлов А.В.* Спиртные напитки больных алкоголизмом // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2013. –№2. – С. 37–41.
8. *Немцов А.В., Орлов А.В.* Типы алкогольных напитков и смена их потребления больными алкоголизмом // Вопросы наркологии. – 2012. – №5. – С. 36–38.
9. *Немцов А.В.* Алкогольная ситуация России. Новейший период. — М: URSS, 2008. — 318 с.
10. *Немцов А.В., Брюн Е.А., Бузик О.Ж. и соавт.* Соотношение «пивного» и «водочного» алкоголизма: количественный анализ доминирования // Вопросы наркологи. – 2012. – № 2. – С. 32–46.

11. *Немцов А.В., Изаровский Б.В., Сахаров А.В.* Годичный тренд алкогольных отравлений и психозов. // Наркология. – 2014. – №1. – С. 25–29.
12. *Немцов А.В., Орлов А.В.* Количественная характеристика течения алкоголизма: возрастной аспект. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2011. – № 5. – С. 60–68.
13. Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации №16 от 15.12.2000 «Об усилении Госсанэпиднадзора за пивоваренной продукцией».
14. *Dunn E.V., Kandel S., Hilditch J.* Signs and symptoms in male alcoholics // Can. J. Public. Health. – 1985. – Vol. 76. – P. 308–311.
15. *Evenson R.C.* Missuri alcoholism severity scale: relationship with type of alcohol consumption // J. Stad. Alcohol. – 1986. – Vol. 47. – P. 381–383.
16. *Smart R.G.* Behavioral and social consequences related to the consumption of different beverage types. // J. Stad. Alcohol. – 1996. – Vol. 57. – P. 77–84.