

Клинические особенности табачной зависимости у больных алкоголизмом

МАХОВ М.А.

врач психотерапевт,

ГБУЗ МНПЦН Департамента здравоохранения г.Москвы, филиал №1; e-mail: mahov.77@yandex.ru

НАДЕЖДИН А.В.

к.м.н. заведующий отделением детской наркологии,

НИИ наркологии — филиал ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П.Сербского» Минздрава России; e-mail: aminazin@inbox.ru

Представлены результаты клинического исследования табачной зависимости у больных, сочетанно зависимых от алкоголя и табака (СЗАТ). Проведены исследовательские параллели между наркологическим семейным анамнезом по табакокурению и злоупотреблению алкоголем и текущим состоянием. Приведены данные по мотивам первой пробы табакокурения и мотивам табакокурения в настоящее время. Показаны особенности течения синдрома отмены табака у лиц СЗАТ. Проведён анализ особенностей курительного поведения у лиц СЗАТ и зависимых только от табака (ТЗ). Выявлены различия курительного поведения вышеуказанных групп как в трезвом состоянии, так и в состоянии алкогольного опьянения. Представлены данные по результатам прошлых попыток отказа от табакокурения, причины, побуждающие к отказу, предпочитаемые формы и способы отказа от табакокурения у лиц СЗАТ. Предложены варианты дальнейших путей изучения и создания эффективных лечебных программ отказа от табакокурения.

Ключевые слова: табачная зависимость, алкогольная зависимость, табакокурение, алкоголизм, коморбидность

Введение

Актуальность изучения табачной зависимости у больных алкоголизмом определяется высокой коморбидностью этих расстройств и небольшим количеством научных работ по этой проблеме [2].

Распространённость табакокурения среди лиц, зависимых от алкоголя, в 2—3 раза выше, чем в общей популяции [10]. Распространённость табакокурения у обращающихся за медицинской помощью зависимых от алкоголя пациентов может достигать 80% [6, 17]. Возникновение алкоголизма у курильщиков в 10 раз более вероятно, чем у некурящих [14]. Раннее начало курения является значимым предиктором для последующего формирования алкоголизма [9]. Также существуют значительные генетические перекрытия между никотиновой и алкогольной зависимостью [20]. Зависимые от никотина и алкоголя для получения эффекта потребляют никотин и алкоголь в больших количествах, чем зависимые от никотина и алкоголя в отдельности по причине развития перекрёстной толерантности [21]. Курильщики, страдающие алкоголизмом, также являются «заядлыми» курильщиками [13] и испытывают большие трудности в отказе от табакокурения [7, 12]. В результате ряда лонгитюдных исследований больных алкоголизмом, наблюдаемых в процессе лечения, было установлено, что ведущей причиной заболеваемости и смертности у алкогользависимых курильщиков являются болезни, связанные с употреблением табака, а не непосредственно связанные с употреблением алкоголя расстройства. Более того, в результате исследований установлено, что 50% курильщиков, получавших лечение от алкоголизма, умирает от заболе-

ваний, вызванных табакокурением [15, 19]. В ряде работ выявлено, что относительный риск смертности у лиц с алкогольной и никотиновой зависимостью выше, чем у зависимых от алкоголя и никотина в отдельности [11, 19]. Есть данные, указывающие, что степень алкогольной и никотиновой зависимостей, при их сочетании, выше, чем если они существуют изолированно [16], а вероятность спонтанной ремиссии ниже [8]. Алкогользависимые курильщики имеют более низкие показатели общего соматического и психического состояния здоровья, чем больные с каждой нозологией по отдельности [18].

Врачи психиатры-наркологи, как правило, не учитывают зависимость от табака в лечении основных наркологических заболеваний, по поводу которых больные обращаются [4]. В нашей стране, несмотря на действующие нормы Пункта 1, Статьи 12. «Запрет курения на отдельных территориях, в помещениях и на объектах». ФЗ №15 от 23 февраля 2013 года «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака» в наркологических стационарах не всегда соблюдается запрет на табакокурение пациентов. Они по-прежнему продолжают курить в отделениях в специально отведённых местах — «курилках». Диагностика и лечение табачной зависимости параллельно с лечением основных заболеваний не проводится. Ситуацию усугубляет существующий дефицит в научно-методическом обеспечении деятельности врачей психиатров-наркологов по профилактике, диагностике и лечению табачной зависимости [5].

На сегодняшний день нет клинических рекомендаций по отказу от табакокурения для лиц, зависимых от алкоголя. В этой связи особо остро стоит вопрос диагностики и оценки тяжести табачной зависимости применительно к наркологическому контингенту [3]. Всё это определяет высокую актуальность нашего исследования.

Цель исследования заключается в изучении клинико-психопатологических особенностей синдрома зависимости от табака у пациентов с алкогольной зависимостью, и разработка рекомендации по организации лечебных мероприятий с учётом выявленных различий.

Объект и методы исследования

Объект исследования: основная группа (группа 1) 152 чел. — пациенты, сочетанно зависимые от алкоголя и табака (СЗАТ), находящиеся на стационарном лечении в наркологических стационарах города Москвы с основным заболеванием: *синдром зависимости от алкоголя, средняя стадия (F10.21.2)* и сопутствующим диагнозом: *синдром зависимости от табака (F17.24)*. Средний возраст исследуемых $42,49 \pm 10,51$ года. Группа сравнения (2-я группа) — 65 чел. мужчин курильщиков с табачной зависимостью (ТЗ), не страдающих зависимостью от алкоголя. Средний возраст исследуемых $43,21 \pm 11,81$ года.

Критерии включения:

1. Мужчины в возрасте от 20 до 70 лет включительно;
2. Установленный диагноз — синдром зависимости от алкоголя, средняя стадия (F10.21.2);
3. Установленный диагноз — синдром зависимости от табака (F17.24);
4. Наличие подписанного информированного согласия на участие в научном исследовании.

Критерии исключения:

1. Синдром зависимости от других психоактивных веществ;
2. Психические заболевания;
3. Сопутствующие соматические заболевания в стадии декомпенсации.
4. Отказ пациента подписать информированное согласие на участие в научном исследовании.

В работе были использованы клинико-психопатологический, психометрический, статистический методы исследования.

Все участники исследования заполняли специально разработанную анкету, состоящую из 50 вопросов (анамнез жизни и заболевания, клинические проявления зависимости, индивидуальные особенности и др.).

Диагностика зависимости от алкоголя и табака осуществлялась на основании критериев МКБ-10.

Статистический анализ:

Применялись методы описательной статистики, анализ качественных и порядковых признаков, сравнительный анализ двух групп. Анализ взаимосвязи категориальных данных оценивался с помощью критерия Хи-квадрат. Различия по группам, балльных оценок тестов и числовых показателей — критерий Манна—Уитни. Корреляция рассчитывалась по критерию ранговой корреляции Спирмена (r_s). Результаты оценивали как значимые при $p < 0,05$.

Математическая обработка данных проводилась с использованием компьютерной программы SPSS ver.21.

Результаты

Социально-демографические особенности групп

Статистически значимо группы отличались по уровню образования, материальному положению и семейному статусу.

Так, в группе СЗАТ образовательный уровень характеризовался преобладанием лиц со средне-специальным — 37,5% и средним образованием — 19,1%, в группе ТЗ такой уровень образования был соответственно у 29,2% и 6,2%. Особенностью группы ТЗ стал высокий процент лиц с высшим образованием — 56,9%, в группе СЗАТ только 28,3% имели высшее образование.

Существенной особенностью пациентов 1-й группы был высокий процент безработных — 37,5%, во 2-й группе таких оказалось лишь — 3,1%, при этом среди работающих отмечалась высокая доля служащих — 60%, в 1-й группе таких оказалось лишь — 19,1%. Трудовой стаж в среднем составил 19,53 года для 1-й группы и 22,12 года для 2 группы.

Исходя из данных, приведенных выше, было ожидаемым выявление в 1-й группе более низкого материального положения (ниже среднего у 16,4% и низкий — у 9,2%) по сравнению со 2-й группой (7,7% и 0,0% соответственно). Выше среднего материальное положение во 2-й группе было у 16,9%, а в группе больных алкоголизмом — у 9,2%.

Показатели семейного положения в двух группах также имели статистически значимые различия. В группе ТЗ 73,8% исследуемых состояли в браке, разведенных было 7,7%, холостых 9,2%, в гражданском браке жили 9,2%. В группе СЗАТ только 34,2% пациентов состояли в браке, в гражданском браке жили — 21,1%, разведенных было 3 раза больше, чем в группе сравнения — 21,1% и холостых — 21,7%.

Семейная отягощённость

Анамнестические сведения о семейной отягощённости респондентов с табакокурением и алкоголизмом в обеих группах имели значимые различия

(рис. 1 и 2). Курящих родителей в 1-й группе было значительно больше, чем во 2-й группе, так, у 77% (117 чел.) пациентов с алкогольной и табачной зависимостью отмечалась отягощённость ТЗ со стороны отца, что статистически значимо выше ($p=0,011$), чем в группе 2 — 60% (39 чел.). Курящих матерей в 1-й группе было 19,7% (30 чел.), что также статистически значимо выше ($p=0,027$), чем во 2-й группе — 7,7% (5 чел.).

Семейная отягощённость ТЗ в основной и контрольной группах со стороны бабушек и дедушек обоих родителей статистически значимо не различались.

На основании полученных данных можно сделать вывод, что наличие табачной зависимости со стороны обоих родителей является фактором риска формирования паттерна курительного поведения.

Как видно на рис. 2, основная группа и группа сравнения имеют статистически значимые различия по количеству злоупотребляющих алкоголем родственников. Алкоголизм отца (пьющий отец) в 1-й группе отмечен у 59,2% пациентов, что в 6 раз выше, чем во 2-й группе (9,2%). Отягощённость алкоголизмом со стороны матери (пьющая мать) в 1-й группе составила 9,9%, во 2-й группе — 0,0%.

Со стороны дедушки и бабушки по линии отца алкоголизм чаще встречался в 1-й группе (16,9% и 9,9% соответственно), чем во 2-й группе (3,1% и 0,0% соответственно). Злоупотребляющих алкоголем братьев в 1-й группе (11,8%) также было статистически больше, чем во 2-й группе (1,5%).

Эти данные еще раз подтверждают, что высокая плотность семейной отягощённости по алкоголизму является биологическим фактором риска формирования зависимости от алкоголя.

Мотивы первой пробы табакокурения и мотивы продолжения курения на момент обследования

На рис. 3 наглядно представлены наиболее часто упоминаемые мотивы первой пробы курения табака. В группе 1 они распределились следующим образом: любопытство — 61,8%, желание выглядеть старше — 20,4%, с целью привлечения к себе внимания — 7,9%, что статистически значимо выше ($p=0,003$), ($p=0,003$), ($p=0,002$), чем во 2-й группе, где любопытство как мотив отмечался у 40,0% респондентов, желание выглядеть старше — у 4,6%, а мотив «с целью привлечения к себе внимания» не встречался (0,0%).

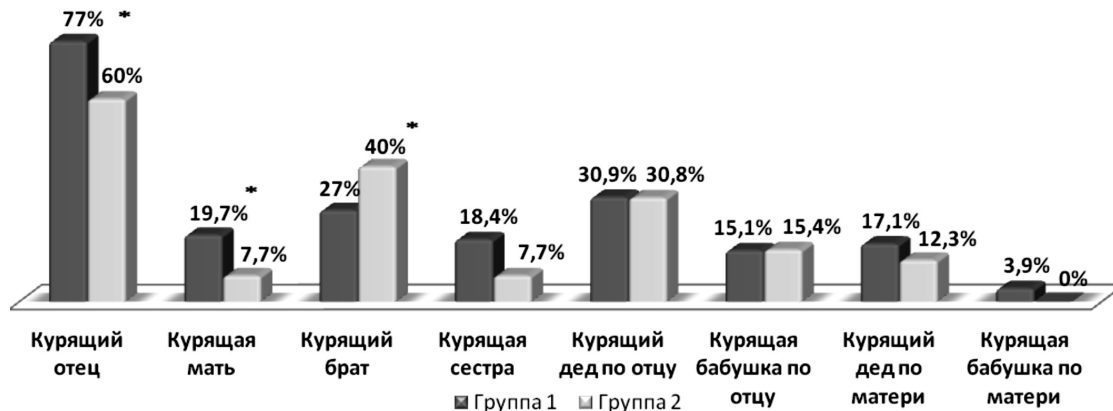


Рис. 1. Семейная отягощённость табакокурением; * — $p < 0,05$.

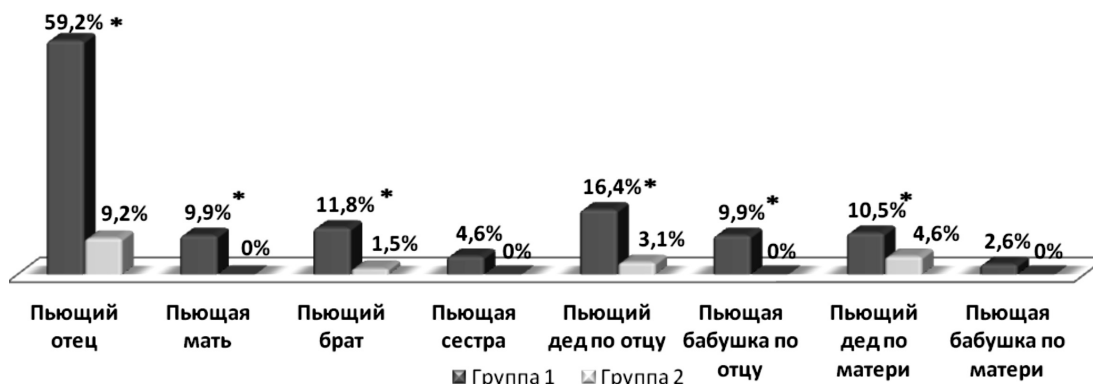


Рис. 2. Семейная отягощённость злоупотреблением алкоголем; * — $p < 0,05$.

Для лиц СЗАТ более свойственны преимущественно инфантильные мотивы первой пробы табака, такие, как любопытство, желание выглядеть старше и с целью привлечения к себе внимания, что может являться, по нашему мнению, способом самоутверждения и компенсации низкой самооценки и недостатка внимания к себе в подростковом возрасте.

Мотивы продолжения табакокурения в настоящий момент показаны на рис. 4. В группе СЗАТ 52,6% пациентов курят с целью снижения напряжения и расслабления, 27% для получения удовольствия и 7,9% для повышения самооценки, что статистически значимо выше ($p=0,006$), ($p=0,018$), ($p=0,026$), чем в группе ТЗ. Несмотря на отсутствие статистически значимых различий, важно отметить, что почти в 2 раза больше пациентов с алкоголизмом курят для повышения настроения и уменьшения тревоги (23%), в группе без алкогольной зависимости — 13,8%. Большое количество респондентов обеих групп затруднились четко вербализировать причину продолжения курения и отметили, что курят автоматически, не задумываясь 36,8% в 1-й группе и 46,2% во 2-й группе.

Мотивом курения табака в 1-й группе было преимущественно снижение напряжения и расслабление, что яв-

ляется своего рода отражением попытки «самолечения» последствий злоупотребления алкоголем, таких, как аффективные (тревожные) расстройства и нарушения сна.

Особенности курительного поведения

Суточная толерантность к никотину складывается из количества выкуриваемых сигарет и содержания никотина в них, которое в обиходе называют «крепостью» сигарет. На рис. 5 представлены данные о количестве выкуриваемых сигарет в сутки, где видно, что лица СЗАТ в среднем курят больше сигарет, чем лица ТЗ.

Предпочитаемый тип сигарет показан на рис. 6. «Крепкие» сигареты с высоким содержанием никотина предпочитают в 1-й группе 41,4% пациентов, во 2-й группе — 9,2% респондентов, со средним содержанием никотина в 1-й группе 40,8%, во 2-й группе — 56,9%. Сигареты с низким содержанием никотина используют в 1-й группе 17,8%, что в 2 раза меньше, чем во 2-й группе (33,8%).

Лица СЗАТ демонстрируют тяжелый курительный статус, выкуривая большое количество сигарет с высоким (выше 0,9 мг/сигарета) и средним (0,4—0,9 мг/сигарета) содержанием никотина, что говорит о большей тяжести зависимости от табака у лиц СЗАТ, чем у ТЗ.

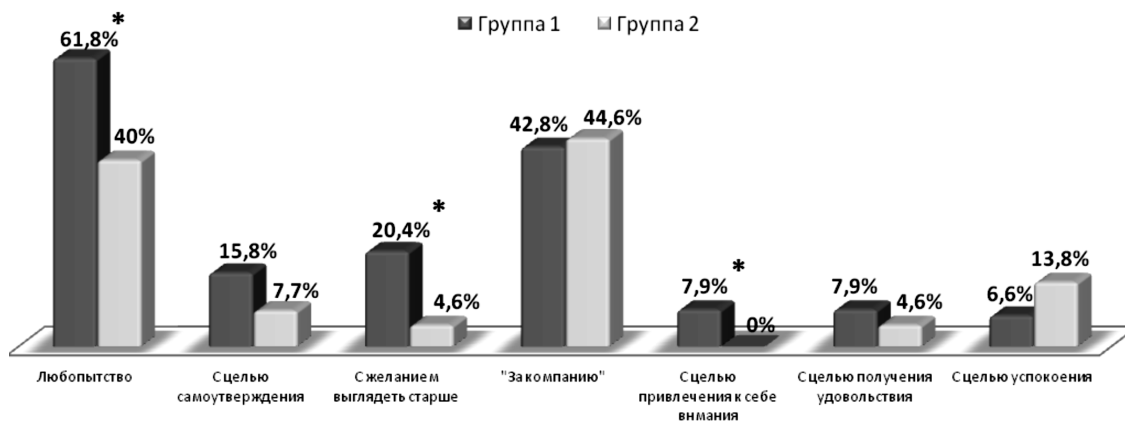


Рис. 3. Мотивы первой пробы (табакокурение); * — $p<0,05$.

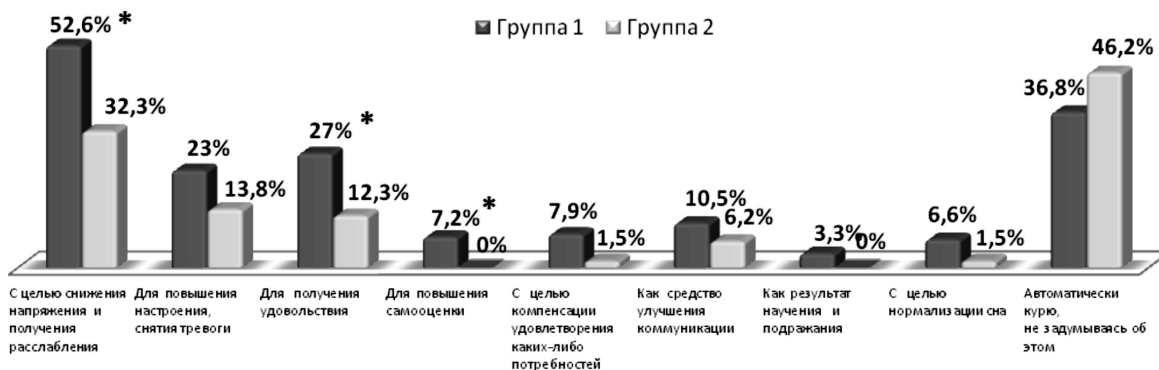


Рис. 4. Мотивы табакокурения в настоящее время; * — $p<0,05$.

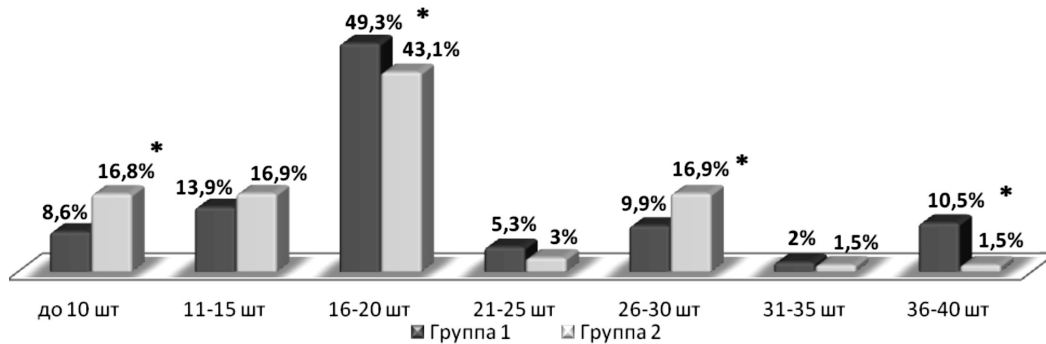


Рис. 5. Суточная толерантность (количество выкуриваемых сигарет в сутки); * – p<0,05.

Для точного представления о выраженности табачной зависимости важно знать не только количество и тип выкуриваемых сигарет, но и определенные паттерны курительного поведения, свидетельствующие о тяжелой табачной зависимости, такие, как выкуривание первой сигареты сразу после утреннего пробуждения или/и курение ночью. Как видно на рис. 7, ночное курение статистически чаще встречается в 1-й группе (68,4%), по сравнению со 2-й группой (41,5%). Так называемое автоматическое курение и курение натошак в 1-й и 2-й группах не имело статистически значимых различий.

Пробуждение ночью с целью курения табака чаще встречается у лиц СЗАТ, что ещё раз подтверждает вышеприведённые доводы о выраженной степени зависимости от табака у лиц СЗАТ, и согласуется с выводами проведенного А.В. Голенковым (2015 г.) исследования нарушений сна при табакокурении, в котором была выявлена взаимосвязь частых ночных пробуждений с прогрессивностью развития зависимости от табака [1].

Распределение курения в течение суток показано на рис. 8. В 1-й группе больше лиц с интенсивным табакокурением утром 36,9% и по дороге на работу 21,7%, что статистически значимо выше (p=0,000), (p=0,028), чем во 2-й группе: утром — 6,2%, по дороге на работу — 9,2%. Для лиц 1-й группы ме-

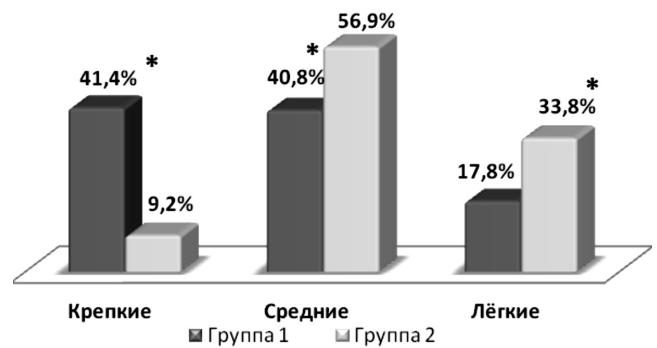


Рис. 6. Предпочитаемый тип сигарет; * – p<0,05.

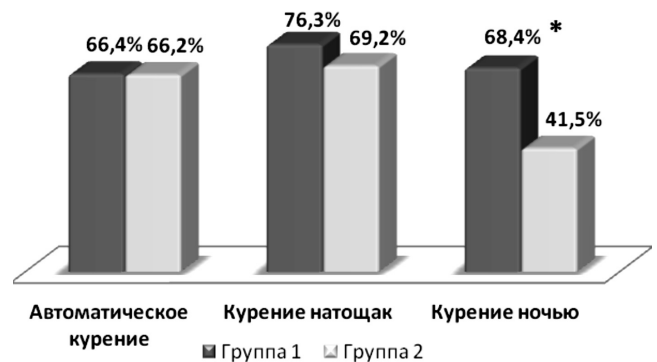


Рис. 7. Автоматическое курение, курение натошак, курение ночью; * – p<0,05.

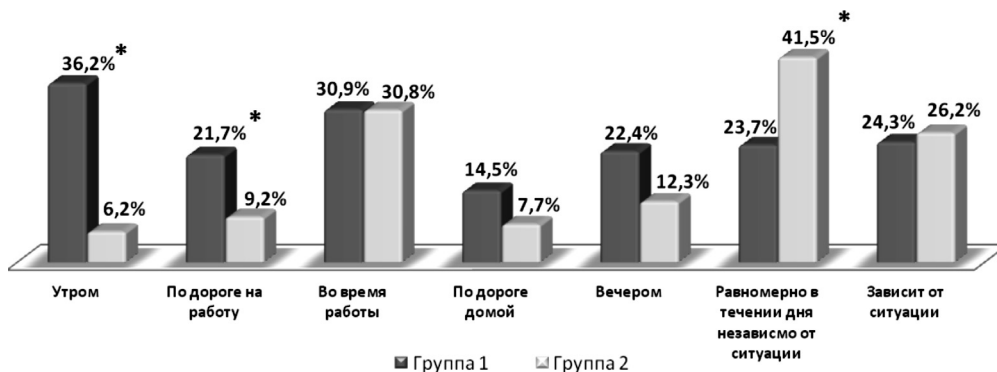


Рис. 8. Распределение табакокурения в течение суток; * – p<0,05.

нее свойственно равномерное табакокурение в течение дня, независимо от ситуации — 23,7%, что статистически значимо ниже, чем во 2-й группе 41,5%.

Для лиц СЗАТ более характерно курение утром и в первой половине дня, что, по нашему мнению, связано со стремлением купировать инициальный период синдром отмены табака после ночного сна.

Синдром отмены табака

Из табл. 1 и рис. 9 видно, что разница в представленности тех или иных симптомов синдрома отмены табака между группами статистически значима. У лиц, страдающих алкоголизмом, отказ от курения табака проявляется психопатологическими нарушениями в виде тревоги, дисфории, снижения фона настроения, раздражительности, диссомнии и т.д. Эти нарушения более выражены и разнообразны, чем у лиц группы сравнения.

Степень тяжести синдрома отмены табака показана на рис. 10, где видно, что у пациентов 1-й группы достоверно чаще отмечался синдром отмены средней и тяжелой степени тяжести (51,3% и 22,4% соответственно), чем у респондентов 2-й группы (41,5% и 6,2% соответственно).

Синдром отмены табака у лиц СЗАТ более выражен и субъективно тяжелее переносится, чем у лиц ТЗ.

Таким образом, в случае одновременного отказа от алкоголя и табака, следует ожидать развития синдромов отмены, симптоматика которых будет «перекрываться» и взаимно утяжеляться. В связи с этим, вопрос о прекращении курения табака пациентами наркологического стационара нельзя оставлять без внимания. Оптимальным решением этой проблемы будет внедрение никотинзаместительной терапии в период стационарного лечения неотложных наркологических состояний.

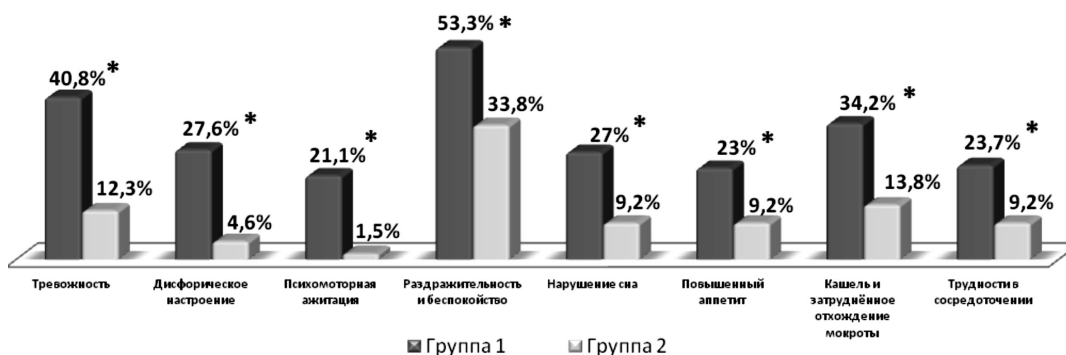


Рис. 9. Синдром отмены табака; * – p<0,05.

Таблица 1

Синдром отмены табака

Жалобы, возникающие при отмене никотина	Группа 1 (n)	Группа 1 (%)	Группа 2 (n)	Группа 2 (%)	p
Тревожность	62	40,8	8	12,3	0,000
Дисфорическое настроение	42	27,6	3	4,6	0,000
Психомоторная ажитация	32	21,1	1	1,5	0,000
Раздражительность и беспокойство	81	53,3	22	33,8	0,009
Нарушение сна (бессонница/сонливость)	41	27,0	6	9,2	0,004
Повышенный аппетит	35	23,0	6	9,2	0,017
Кашель и затруднённое отхождение мокроты	52	34,2	9	13,8	0,002
Трудности в сосредоточении	36	23,7	6	9,2	0,014
Непреодолимая тяга к курению	109	71,7	38	58,5	0,560
Чувство недомогания и слабости	30	19,7	7	10,8	0,108
Потливость	18	11,8	1	1,5	0,014
Тошнота и рвота	20	13,2	2	3,1	0,024
Головная боль	25	16,4	3	4,6	0,017
Сниженное настроение	70	46,1	22	33,8	0,096

Особенности курительного поведения в состоянии алкогольного опьянения

Эта характеристика является важной для доказательства высокой прогрессивности и тяжести табакокурения у больных с алкогольной зависимостью. Изменение в потреблении сигарет в состоянии алкогольного опьянения показано на рис. 11. Так, для лиц 1-й группы более характерно увеличение количества выкуриваемых сигарет в состоянии алкогольного опьянения 84,9%, чем для лиц 2-й группы 66,2%.

При этом количество выкуриваемых сигарет в состоянии опьянения в 1-й группе достигает 20—40 сигарет у 65,1% пациентов, во 2-й группе такую особенность отметило 12,3% респондентов. Больше 40 сигарет при опьянении выкуривают 6,6% лиц 1-й группы, что в 2 раза больше, чем во 2-й группе — 3,1% (рис. 12).

Увеличение количества выкуриваемых сигарет в состоянии алкогольного опьянения в группе исследуемых лиц, страдающих алкоголизмом, по сравнению с контрольной группой, возможно, связано с перекрёстной толерантностью алкоголя и табака [21].

Большинство пациентов, страдающих алкоголизмом, связывают увеличение интенсивности курения в состоянии алкогольного опьянения с потерей количественного контроля над потреблением табака — 63,8% (рис. 13). Во 2-й группе 64,6% респондентов отметили, что контроль в опьянении не утрачивается. Различия между группами статистически значимы ($p=0,000$).

Также была выявлена интересная особенность курительного поведения у 69,7% пациентов 1-й группы, которые на выходе из алкогольного эксцесса отмечали снижение интенсивности табакокурения, 11,2% отмечали усиление курения и 19,1% не заметили изменения курительного поведения (рис. 14). Различия с группой сравнения статистически значимы.

Для лиц СЗАТ интенсивность табакокурения на выходе из алкогольного эксцесса уменьшается в сравнении, с лицами зависимыми только от табака. По нашему мнению, это может быть связано с различной выраженностью постинтоксикационных расстройств организма.

Несомненно, важными для данного исследования являются не только свидетельства о тяжести зависимости от никотина, но и результаты, причины и способы отказа от табакокурения. Мы проанализировали результаты прошлых попыток бросить курить (рис. 15). В 1-й группе 25% больных даже не пробовали отказаться от курения, еще 29,6% отметили безуспешную попытку, несколько меньше были результаты во 2-й группе (21,5% и 26,2% соответственно), но значительно больше тех, кто снизил количество выкуриваемых сигарет (16,9%), смог прекратить курить на несколько месяцев (12,3%) и на год (9,2%).

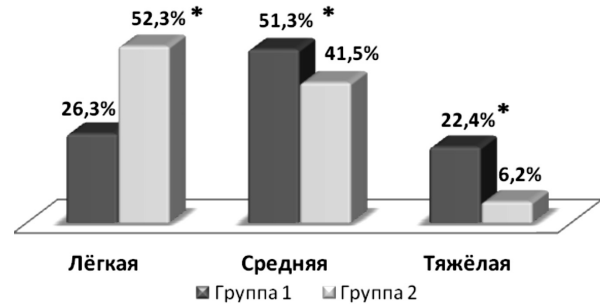


Рис. 10. Степень тяжести синдрома отмены табака; * — $p<0,05$.

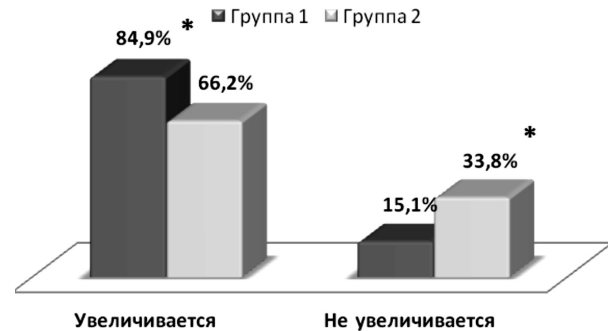


Рис. 11. Динамика потребления сигарет в состоянии алкогольного опьянения; * — $p<0,05$.

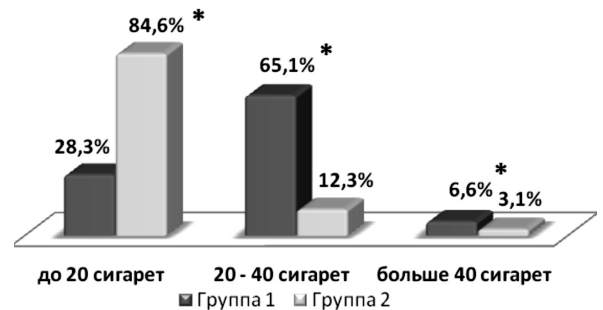


Рис. 12. Количество выкуриваемых сигарет в состоянии алкогольного опьянения; * — $p<0,05$.

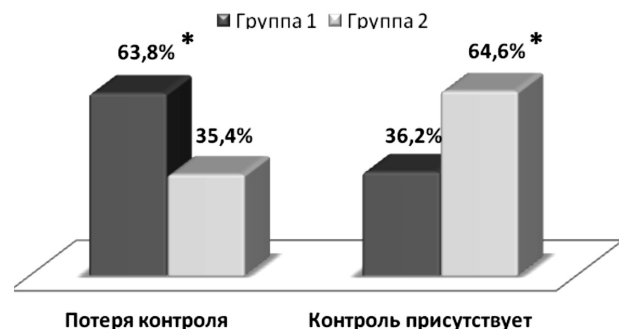


Рис. 13. Потеря количественного контроля выкуриваемых сигарет в состоянии алкогольного опьянения; * — $p<0,05$.

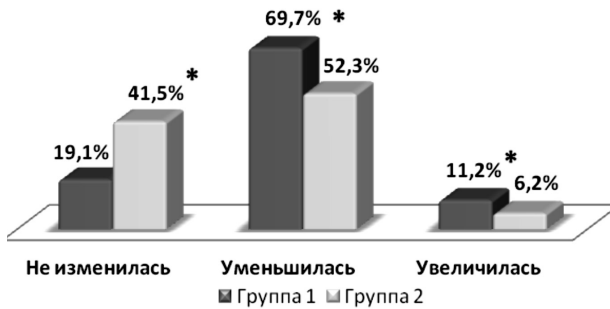


Рис. 14. Интенсивность табакокурения на выходе из алкогольного эксцесса; * – $p < 0,05$.

Известно, что воздержание от табака на срок более 12 месяцев, является прогностически благоприятным признаком последующего окончательного отказа от табакокурения. В этой связи диссонансом выглядят данные о прекращении курения более чем на год в 1-й группе у 17,8%, во 2-й группе — у 4,6%.

Значительный процент лиц, не пытавшихся бросить курить, не является свидетельством доминирующей анозогнозии. Осознание значимости вреда для здоровья табакокурения и употребления алкоголя было отмечено для большинства исследуемых в 1-й группе, где 47,4%

пациентов считают, что одинаково вредно употребление алкоголя и табака, еще 16,4% отметили наибольшую пагубность сочетанного потребления этих веществ. При этом 23,7% считают вредным для здоровья злоупотребление алкоголем, а 12,5% табакокурение относят к факторам, наносящим наибольший вред здоровью (рис. 16). Можно предположить, что более 35% пациентов с сочетанной зависимостью от алкоголя и табака будет трудно мотивировать на отказ от этих веществ, потому что в первом случае табак не рассматривается, как вредный, а во втором, наличие алкогольной анозогнозии и, как следствие, продолжение пьянства будет препятствием для прекращения табакокурения.

Возможно, что недооценка вреда здоровью от табакокурения у пациентов 1 группы может быть связана с низкой информированностью о вреде табакокурения и низким уровнем критики в отношении своего состояния здоровья, в связи с алкоголизацией и токсическим повреждением мозга.

Следующие данные косвенно подтверждают наши предположения, касающиеся большого процента лиц, не желающих менять свое курительное поведение (рис. 17). В 1-й группе только 37,5% высказали желание в перспективе бросить курить, остальные склонны уменьшить количество выкуриваемых сига-

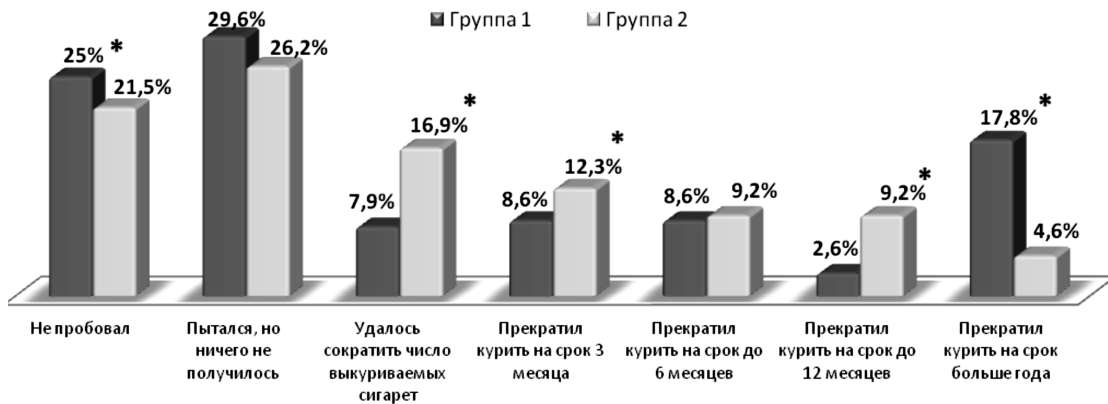


Рис. 15. Результаты прошлых попыток бросить курить; * – $p < 0,05$.

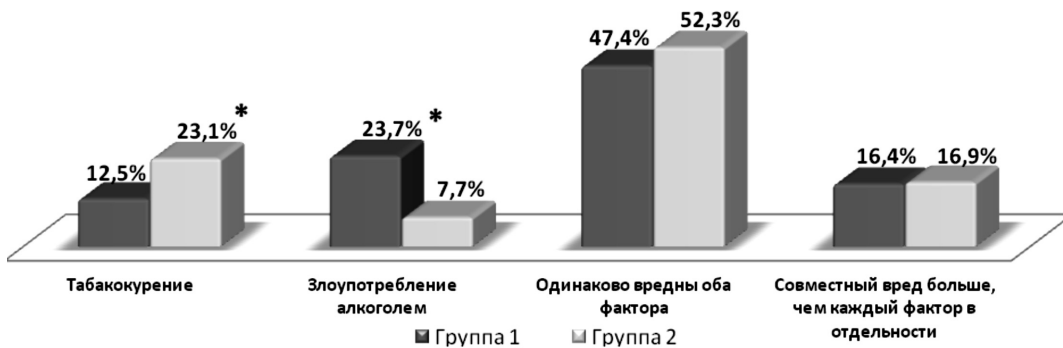


Рис. 16. Значимость вреда табакокурения и злоупотребления алкоголем для здоровья; * – $p < 0,05$.

рет (34,9%), курить по ситуации (17,1%) или курить как прежде (10,5%). Во 2 группе статистически значимо больше лиц, желающих полностью отказаться от курения (49,2%), в 2 раза меньше, по сравнению с 1 группой, предпочитающих «половинчатые меры» в виде уменьшения сигарет (15,4%), планируют курить «по ситуации» — 21,5%, ничего не менять — 13,8% респондентов.

Способы реализации отказа от табакокурения показаны на рис. 18. Характерной особенностью представителей группы СЗАТ является низкий процент лиц готовых к отказу от табака самостоятельно, без

посторонней помощи. В нашем исследовании в группе лиц СЗАТ самостоятельно и без посторонней помощи готовы отказаться от табакокурения 63 человека (41,4%), во 2 группе — 40 человек (61,5%).

Мы считаем, что это связано с выраженной степенью тяжести синдрома отмены табака у лиц СЗАТ и их неготовностью переносить абстинентную симптоматику без медикаментозной поддержки. Приоритеты в вопросе очередности отказа от табакокурения и/или от употребления алкоголя показаны на рис. 19. Одновременный отказ от табака и алкоголя в 1 группе готовы реализовать 41 человек (27%). Особен-

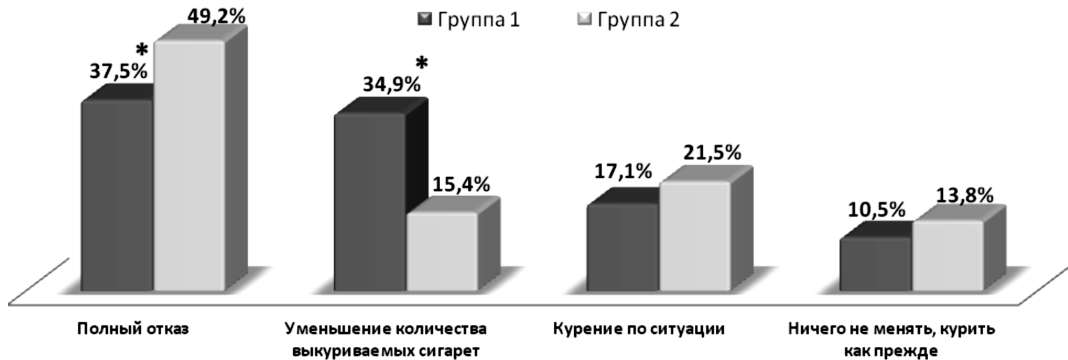


Рис. 17. Варианты возможного изменения своего курительного поведения; * — $p < 0,05$.

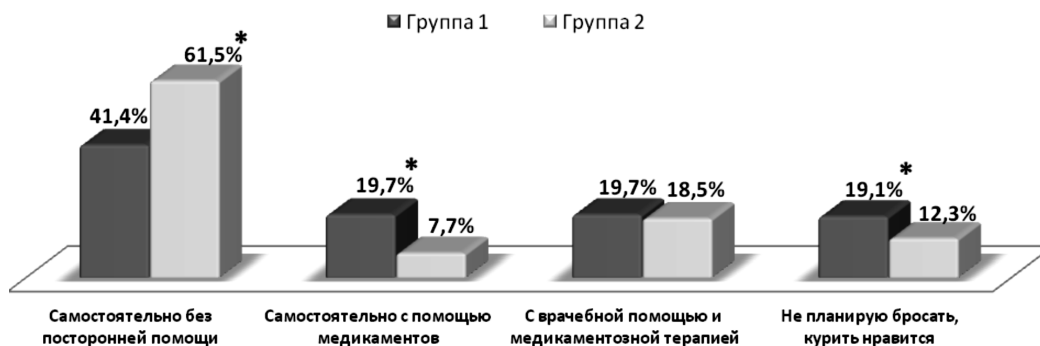


Рис. 18. Способы реализации отказа от табакокурения; * — $p < 0,05$.

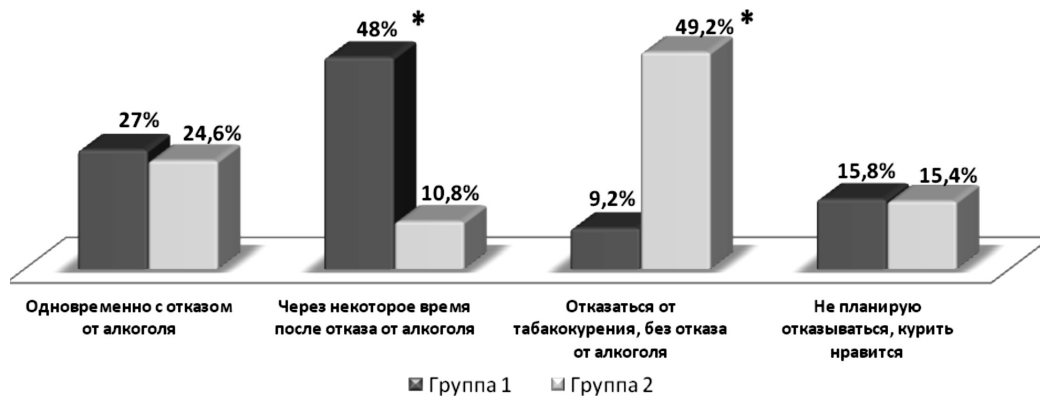


Рис. 19. Очередность отказа от табакокурения и от алкоголя; * — $p < 0,05$.

ностью же является то, что в 1-й группе предпочитают отказаться от табакокурения через некоторое время после отказа от алкоголя — 73 человека (48%), во 2-й группе — 7 человек (10,8%).

На основании полученных результатов необходимо разработать два варианта программ отказа от табакокурения, «последовательный» и «параллельный».

Микросоциальные факторы, интенсифицирующие табакокурение, показаны на рис. 20.

Для лиц СЗАТ влияние повышающих интенсивность потребления табака факторов могут создавать трудности при проведении терапии табачной зависимости. Нам представляется, что успех лечения синдрома зависимости от табака у лиц СЗАТ напрямую зависит от устранения и минимизации их влияния. Это обуславливает необходимость учета микросоциальных факторов при проведении психотерапевтической работы.

Отношение родственников к табакокурению показано на рис. 21.

Из полученных данных, мы видим, что в семьях лиц СЗАТ родственники в меньшей степени оказывают влияния на отказ от табакокурения, чем в семьях лиц зависимых только от табака. С целью повышения эффективности лечения зависимости от табака у лиц СЗАТ, нам представляется оправданным включение вопросов вторичной профилактики табачной зависимости в программы семейной терапии больных алкоголизмом.

Заключение

В результате проведенного исследования в соответствии с поставленными задачами нами были выявлены следующие особенности табачной зависимости у больных зависимых от алкоголя.

Важное значение в развитии и формировании синдрома зависимости от табака и алкоголя у лиц СЗАТ имеет отягощенный семейный анамнез со стороны обоих родителей СЗАТ. По нашему мнению, семейная отягощенность способствует формированию паттернов зависимого поведения от табака и алкоголя.

Суточная толерантность выкуриваемых сигарет у лиц СЗАТ значительно выше, чем суточная толерантность зависимых только от табака. Лица СЗАТ в основном предпочитают сигареты с высоким и средним уровнем содержания никотина.

Существенной особенностью режима курения для лиц СЗАТ является более высокий уровень курения ночью, раннее начало курения после пробуждения и более интенсивное курение в первой половине дня в сравнении с группой зависимыми только от табака, что свидетельствует о более выраженной степени табачной зависимости у лиц СЗАТ, в сравнении с ТЗ.

Синдром отмены табака у лиц СЗАТ более выражен и субъективно тяжелее переносится, чем у лиц ТЗ. В случае одновременного отказа от алкоголя и табака высоквероятно развитие синдромов отмены, симпто-

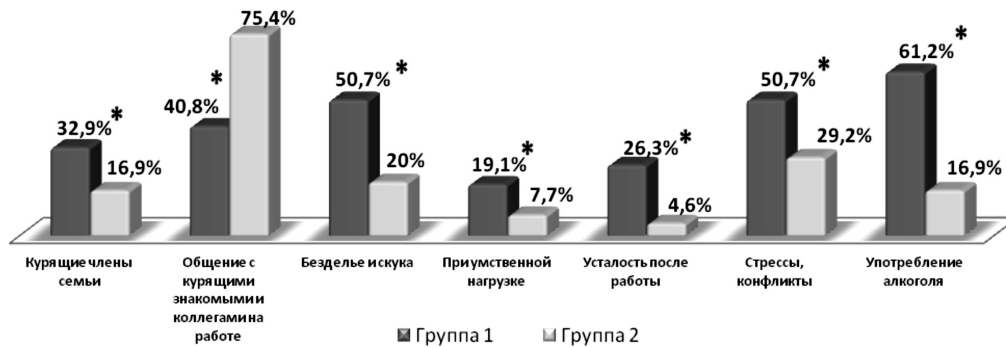


Рис. 20. Микросоциальные факторы, интенсифицирующие табакокурение; * — $p < 0,05$.

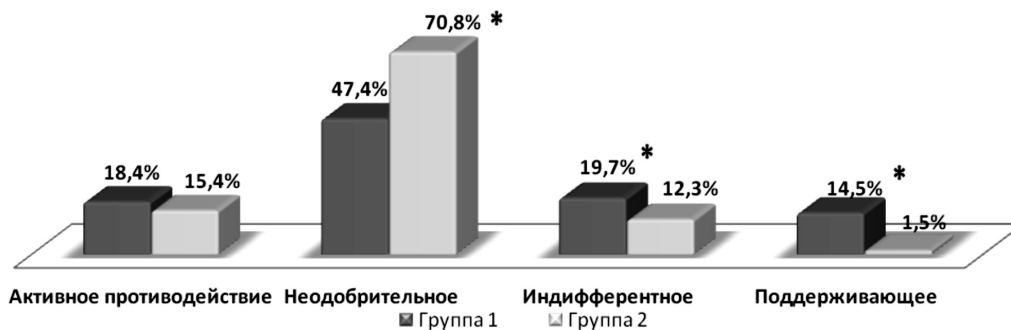


Рис. 21. Отношение родственников к табакокурению; * — $p < 0,05$.

матика которых будет «перекрываться» и взаимно утяжеляться. Решением этой проблемы может быть внедрение никотинзаместительной терапии на этапе стационарного лечения неотложных наркологических состояний.

Характерной особенностью курительного поведения для лиц СЗАТ в состоянии алкогольного опьянения является значительное увеличение толерантности и потеря контроля над количеством выкуриваемых сигарет, в сравнении с контрольной группой.

На выходе из алкогольного эксцесса интенсивность табакокурения у лиц СЗАТ уменьшалась, что, по-видимому, связано более выраженным постинтоксикационным синдромом.

Для лиц СЗАТ характерны низкий уровень готовности к одномоментному и самостоятельному отказу от табака без медицинской помощи. Недостаточный уровень мотивации и готовности к отказу от табакокурения диктует необходимость включения в терапевтические программы мотивационного интервью независимо от причины госпитализации наркологического больного. На основании полученных данных возможно планировать и разрабатывать терапевтические программы по параллельному лечению табачной и алкогольной зависимостей.

Определение эффективной стратегии терапии табачной зависимости у больных алкоголизмом требует проведения дополнительного изучения, так как до конца неясно лечить оба заболевания одновременно или приступать к лечению табакокурения после достижения ремиссии алкогольной зависимости.

Список литературы

1. Голенков А.В. Нарушения сна, вызванные употреблением табака // Наркология. — 2015. — №3. — С. 31—35.
2. Махов М.А. Коморбидность алкогольной и никотиновой зависимости // Наркология. — 2014. — №6. — С. 91—101.
3. Махов М.А. Табачная зависимость — инструменты измерения // Наркология. — 2015. — №3. — С. 46—57.
4. Надеждин А.В., Тетенова Е.Ю., Зеркина Н.А., Колгашкин А.Ю. Лечение и диагностика никотиновой зависимости // Наркология. — 2011. — №10. — С. 84—94.
5. Тетенова Е.Ю., Надеждин А.В., Колгашкин А.Ю. К вопросу о разработке стандартов лечения табачной зависимости применительно к учреждениям наркологического и психоневрологического профиля // Наркология. — 2012. — №5. — С. 33—40.
6. Ceballos N.A. Tobacco use, alcohol dependence, and cognitive performance. // J Gen Psychol. — 2006. — Vol.133, №10. — P. 375—388

7. Covey L.S., Glassman A.H., Stetner F., & Becker J. Effect of history of alcoholism or major depression on smoking cessation. // American Journal of Psychiatry. — 1993. — Vol.150, №10. — P. 1546—1547.
8. Di Franza J.R., Guerrera M.P. Alcoholism and smoking. // J Stud Alcohol. — 1990. — Vol.51, №5. — P. 130—135.
9. Grant B.F. Age at smoking onset and its association with alcohol consumption and DSM-IV alcohol abuse and dependence: results from the national longitudinal alcohol epidemiologic survey. // J. Subs. Abuse. — 1998. — №10. — P. 59—73.
10. Grant B.F., Hasin D.S., Chou S.P., et al. Nicotine dependence and psychiatric disorders in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. // Arch Gen Psychiatry. — 2004. — Vol.61, №11. — P.1107—1115.
11. Gruzza R.A., Bierut L.J. Cigarette smoking and the risk for alcohol use disorders among adolescent drinkers. // Alcohol Clin Exp Res. — 2006. — Vol.30, №12. — P. 2046—2054.
12. Hughes J.R. Treatment of smoking cessation in smokers with past alcohol/drug problems. // Journal of Substance Abuse Treatment. — 1993. — №10. — P.181—187.
13. Hughes J.R. Clinical implications of the association between smoking and alcoholism. In J. B. Fertig & J. P. Allen (Eds.), Alcohol and tobacco: From basic science to clinical practice. — 1995; Washington, DC: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, National Institutes of Health.
14. Hurt R.D., Eberman K.M., Croghan I.T., et al. Nicotine dependence treatment during inpatient treatment for other addictions: a prospective intervention trial. // Alcohol. Clin. Exp. Res. — 1994. — Vol.18, №8. — P. 867—872.
15. Hurt R.D., Offord K.P., Croghan I.T., et al. Mortality following inpatient addictions treatment. Role of tobacco use in a community-based cohort. // JAMA. — 1996. — Vol.275, №4. — P. 1097—1103.
16. John U, Meyer C, Rumpf HJ et al. Strength of the relationship between tobacco smoking, nicotine dependence and the severity of alcohol dependence syndrome criteria in a population-based sample. // Alcohol Alcohol. — 2003. — Vol. 38, №11—12. — P. 606—612.
17. Littleton J., Barron S., Prendergast M., Nixon S.J. Smoking kills (alcoholics)! shouldn't we do something about it? // Alcohol Alcohol. — 2007. — Vol.42, №5—6. — P. 167—173.
18. Patten C.A., Schneekloth T.D., Morse R.M., et al. Effect of current tobacco use and history of an alcohol problem on health status in hospitalized patients. // Addict Behav. — 2001. — Vol. 26, №1. — P. 129—136.
19. Pelucchi C., Gallus S., Garavello W., et al. Cancer risk associated with alcohol and tobacco use: focus on upper aero-digestive tract and liver. // Alcohol Res Health. — 2006. — Vol. 29, №3 — P. 193—198.
20. Schlaepfer I.R.; Hoft N.R.; Ehringer M.A. The genetic components of alcohol and nicotine co-addiction: from genes to behavior. // Curr. Drug Abuse Rev. — 2008. — №1. — P. 124—134.
21. Zacny J.P. Behavioral aspects of alcohol-tobacco interactions. // Recent Dev. Alcohol. — 1990. — №8. — P. 205—219.

CLINICAL FEATURES OF TOBACCO DEPENDENCE IN PATIENTS WITH ALCOHOLISM

Makhov M.A. Doctor-psychotherapist GBUZ MNPTSN DZ Moscow, branch № 1; **e-mail:** mahov.77@yandex.ru

Nadezhdin A.V. M.D. head of the department of children's Addiction Research Institute on Addiction Branch
FGBI «FMITSPN they V.P. Serbsky» Russian Ministry of Health; **e-mail:** aminazin@inbox.ru

The article presents the results of a clinical study in patients with tobacco dependence, combining dependent on alcohol and tobacco. We conducted research parallels between drug family history of smoking and alcohol abuse and the current status. The data based on the first sample of smoking and tobacco use based on currently. The features of the flow of tobacco withdrawal symptoms, individuals are combined dependent on alcohol and tobacco. The analysis of the characteristics of smoking behavior in persons combines dependence on tobacco and alcohol use and dependent only on tobacco. The differences of the smoking behavior of the above groups, both sober and drunk. The data on the results of past attempts smoking cessation, causes discourage, preferred forms and methods of smoking cessation in patients combines dependent on alcohol and tobacco. It reflects the role of the factors provoking smoking and conditions provoking failure and relapse. The variants further ways of learning and the creation of effective treatment programs, smoking cessation.

Keywords: tobacco addiction, alcohol addiction, smoking, alcoholism, comorbidity