

# Никотиновая зависимость и комплаенс у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких и сопутствующим алкоголизмом

М.А.Иванова<sup>2</sup>, А.А.Пунин<sup>1</sup>, С.В.Ваулин<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Смоленский государственный медицинский университет, Смоленск

<sup>2</sup>Клиническая больница №1, Смоленск

Этиология хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) чаще всего связана с курением. Никотиновая зависимость и низкий комплаенс – основные причины трудностей при прекращении курения. Предполагается, что алкоголизм – заболевание с соматическими и психическими проявлениями создает дополнительные сложности в отношении отказа от сигарет. *Цель:* оценка влияния алкоголизма на перспективу отказа от курения у пациентов с ХОБЛ. *Материалы и методы:* обследовано 147 мужчин с диагнозом ХОБЛ в возрасте от 40 до 88 лет. Проведено: стратификация по стадиям синдрома алкогольной зависимости, оценка никотиновой зависимости по тесту Фагерстрема, оценка комплаенса по тесту Мориски–Грина. Для статистической обработки применена программа SPSS17. *Результаты.* Получен однонаправленный рост стадии алкоголизации со степенью никотиновой зависимости. Высокий уровень зависимости ассоциировался со снижением комплаенса. Лица, отказавшиеся от курения, демонстрировали низкий уровень алкоголизации и высокую кооперативность. *Выводы.* Имеется тенденция к параллельному усугублению алкогольной и никотиновой зависимости у пациентов с ХОБЛ. Прогрессирование алкогольной зависимости ассоциируется с падением комплаенса у пациентов с ХОБЛ. Пациенты с ХОБЛ, подверженные алкоголизму, имеют худшие перспективы относительно отказа от курения, по сравнению с лицами без сопутствующей алкогольной зависимости.

*Ключевые слова:* хроническая обструктивная болезнь легких, никотиновая зависимость, алкоголизм, комплаенс.

## Nicotine Dependence and Compliance in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Concomitant Alcoholism

M.A.Ivanova<sup>2</sup>, A.A.Punin<sup>1</sup>, S.V.Vaulin<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Smolensk State Medical University, Smolensk

<sup>2</sup>Clinical Hospital No.1, Smolensk

The most common etiological factor of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is tobacco smoking. Nicotine dependence and low compliance often prevent smoking cessation. It is assumed that alcoholism produces additional difficulties connected the rejection of cigarettes due to somatic and mental manifestations. *The aim of the study:* to assess the impact of alcoholism on the prospect of smoking cessation in patients with COPD. *Materials and methods:* the study included 147 patients with COPD aged 40 to 88 years. Stratification by stages of alcohol dependence syndrome, assessment of nicotine dependence by the Fagerstroem test, assessment of compliance by the Morisky–Green test were carried out. The program SPSS17 software was used for statistical processing. *Results:* the stage of alcoholism and the degree of nicotine dependence are directly proportional. High level of both nicotine and alcohol dependence was associated with a decrease in compliance. Those who gave up smoking showed a low level of alcoholism dependence and a high level of cooperativity. *Conclusions.* There is a tendency to parallel aggravation of alcohol and nicotine dependence in patients with COPD. The progression of alcohol dependence is associated with a decrease in compliance in COPD patients. Patients with COPD prone to alcoholism have worse prospects for smoking cessation, compared with people without concomitant alcohol dependence.

*Keywords:* chronic obstructive pulmonary disease, nicotine dependence, alcoholism, compliance.

### Введение

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) – нозология, характеризующаяся неуклонным ростом уровня заболеваемости и смертности, уже давно признана учеными одной из наиболее сложных проблем современной медицины. Этиология ХОБЛ напрямую связана с табакокурением. Систематическое употребление никотина, как и любого психически активного вещества (ПАВ), сопровождается формированием зависимости. Особенности этого синдрома предполагают, в частности, сильную потребность в приеме, прогрессирующий отказ от альтернативных интересов в пользу ПАВ, а также продолжение употребления вещества, несмотря на очевидные вредные последствия [1]. Все это заставляет предполагать существенные затруднения при отказе от сигарет – одним из основных этапов терапии ХОБЛ. В этой связи особое значение приобретают мотивация и волевые усилия пациента, направленные на соблюдение рекомендаций. Широкий спектр нарушений психической деятельности, в том числе на фоне никотиновой зависимости (НЗ), заставляет относить лиц с ХОБЛ к «трудным» больным, а низкая кооперативность зачастую обуславливает неблагоприятный прогноз.

Синдром алкогольной зависимости (САЗ) также является широко распространенной проблемой современного общества, и, как следствие, нередко встречается у пациентов с ХОБЛ. Оба вида аддикций имеют общие поведенческие и патоморфологические механизмы становления. Аналогично никотиновой, алкогольная зависимость сопровождается характерными признаками расстройства личности и поведения, зачастую с более яркой клинической картиной деформации мотивационной, эмоционально-волевой, идеаторной и других сфер психической деятельности.

Таким образом, алкоголизм может являться фактором, модифицирующим процесс отказа от курения посредством влияния на течение никотиновой зави-

симости и уровень приверженности к лечению у больных с ХОБЛ.

**Цель исследования:** оценка влияния алкоголизма на перспективу отказа от курения у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких.

### Материалы и методы

В ходе выполнения работы было обследовано 147 мужчин с диагнозом ХОБЛ в возрасте от 40 до 88 лет, проживающих в Смоленской области, за исключением города Смоленска. Пациенты предъявляли классические жалобы на кашель, одышку и отделение мокроты. Диагностический поиск проведен согласно существующим стандартам оказания медицинской помощи больным ХОБЛ, что позволило исключить другие бронхо-легочные заболевания со схожей клинической симптоматикой [2].

Из исследования исключались лица с декомпенсацией соматической патологии, в том числе связанной с наличием синдрома алкогольной зависимости.

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 (FEV<sub>1</sub>,%) в ответ на 400 мкг сальбутамола [2].

Распределение пациентов по стадиям САЗ проведено на основании критериев, изложенных в Национальных рекомендациях по наркологии (2016) [1]. 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, при котором прием алкоголя 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) и терминальную (III) [1, 3]. 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, экспло-

зивный, 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. 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 [2, 4].

Уровень комплаенса оценен по тесту Мориски–Грина [5]. Анкета содержит четыре вопроса о соблюдении режима лечения, отрицательный ответ равен 1 баллу. При одном и более положительном ответе (0 баллов) – пациент считается некомплаентным (3 балла – недостаточно приверженным, 0–2 – не приверженным к терапии).

*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 бинамиальный критерий. В подгруппах, в составе которых оказалось до 60 человек, применены критерии U (Манна–Уитни), H (Краскела–Уолиса).

### Результаты

При анализе выборки пациентов получено следующее распределение по степеням тяжести ХОБЛ и стадиям САЗ: ХОБЛ I степени – у 28 человек (19%), II степени – у 74 человек (50,3%), III степени – у 37 человек (25,2%), IV степени – у 8 человек (5,4%); САЗ I стадии – у 29 человек (19,7%), II стадии – у 31 человека (21,1%), III стадии – у 25 человек (17%). 62 (42,2%) пациента не страдали САЗ (САЗ0) и составили контрольную группу.

В исследуемой совокупности выявлено следующее распределение степеней никотиновой зависимости: очень слабая зависимость – у 36 (24,5%) человек, слабая зависимость – у 14 (9,5%) человек, средняя зависимость – у 7 (4,8%) человек, высокая зависимость – у 43 (29,3%) человек, очень высокая зависимость – у 47 (32%) человек.

При рассмотрении распределения стадий алкоголизма в группах пациентов, выделенных согласно степени никотиновой зависимости, получено:  $N=14,135$ ;  $p=0,007$ , что свидетельствовало о статистически достоверных различиях стадий САЗ в этих стратах.

Усредненные значения стадий САЗ среди больных с разной степенью никотиновой зависимости представлены в табл. 1.

Отмечена динамика к прогрессированию САЗ на фоне нарастания никотиновой зависимости. При

сравнении пациентов с очень высокой и очень слабой приверженностью к табаку, в первой группе выявлен достоверно более высокий уровень алкоголизации.

При более подробном рассмотрении выявлено, что доля лиц, страдавших САЗ (САЗ+), значительно преобладала среди больных с высокой и очень высокой степенью никотиновой зависимости (ТФ>5 баллов, n=90) –  $D_{САЗ+/САЗ0}$  [0,66; 0,34],  $p=0,004$ . Для пациентов с очень слабой, слабой и средней степенью НЗ (ТФ≤5 баллов) эта закономерность отсутствовала.

Таким образом, выявлена тенденция к параллельному усугублению алкогольной и никотиновой зависимости.

Учитывая влияние аддикций на все сферы психической деятельности, предпринято исследование модификации кооперативности на фоне НЗ и САЗ.

В общей совокупности получено следующее распределение результатов тестирования по шкале Мориски–Грина: 0 баллов – у 43 (29,3%) человек, 1 балл – у 8 (5,4%) человек, 2 балла – у 30 (20,4%) человек, 3 балла – у 36 (24,5%) человек, 4 балла – у 30 (20,4%) человек. В результате 79,6% опрошенных продемонстрировали недостаточную готовность к выполнению предписаний (МГ≤3 балла).

Группы пациентов, выделенные согласно уровню комплаенса, имели существенные различия профиля алкоголизации и приверженности табаку (табл. 2).

В группах, выделенных согласно результатам опроса, среди некомплаентных лиц (n=43) преобладали подверженные САЗ ( $D_{САЗ+/САЗ0}$  [0,21; 0,79],  $p=0,00$ ), в том числе его тяжелых стадий ( $D_{САЗ0-1/САЗII-III}$  [0,30; 0,70],  $p=0,014$ ). У пациентов с большим уровнем кооперативности, набравших 2–3 балла при анкетировании, доля больных с II и III стадией САЗ оказалась значительно меньше (МГ=2 балла, n=30,  $D_{САЗ0-1/САЗII-III}$  [0,70; 0,30],  $p=0,043$ ; МГ=3 балла, n=36,  $D_{САЗ0-1/САЗII-III}$  [0,69; 0,31],  $p=0,029$ ). В группе комплаентных больных (МГ=4, n=30) преобладают лица, не подверженные САЗ ( $D_{САЗ+/САЗ0}$  [0,27; 0,73],  $p=0,016$ ), тяжелые стадии алкоголизма практически отсутствуют ( $D_{САЗ0-1/САЗII-III}$  [0,93; 0,07],  $p=0,00$ ). Аналогично росту алкоголизации на фоне падения комплаенса возрастает степень никотиновой зависимости – 0 баллов по шкале Мориски–Грина ассоциировались с наибольшими показателями, согласно тесту Фагерстрема. Полученные результаты отражали клинические данные. Из 147 пациентов 30 человек отказались от сигарет и не курили более 1 года (ИКЧ=0). Среди них преобладали мужчины, не подверженные САЗ – у 17 (56,7%) человек, САЗ I стадии – у 7 (23,3%) человек, САЗ II стадии – у 4 (13,3%) человек, САЗ III стадии – у 2 (6,7%) человек. Большинство обследованных продемонстрировали высокую кооперативность: 4 балла по тесту МГ у 13 (43,3%) человек, 3 балла – у 5 (16,7%) человек, 2 балла – у 6 (20,0%) человек, 1 балл – у 1 (3,3%) человека, 0 баллов – у 5 (16,7%) человек.

### Обсуждение результатов

Среди обследованных пациентов с ХОБЛ, обратившихся за медицинской помощью, в 58,8% случаев выявлен в различной степени выраженности синдром алкогольной зависимости. Данные литературы на этот счет крайне противоречивы – разброс распространенности САЗ среди больных ХОБЛ от 4,8 до 53% [3]. Полученные нами результаты не являются результатом эпидемиологического исследования и характеризуют лишь долю лиц с САЗ среди обратившихся за медицинской помощью по поводу ХОБЛ на территории, где выполнялось исследование. Однако полученные данные не являются единичными в

своем роде, на высокую распространенность САЗ за пределами областного центра указывают как результаты ранее опубликованных научных работ, так и данные государственной статистики по состоянию санитарно-эпидемиологического благополучия населения [6].

Обращает на себя внимание параллельный рост никотиновой и алкогольной зависимости. Вероятно, имея общие механизмы формирования, алкоголь и компоненты табачного дыма выступают в синергизме, усугубляя тягу к существующим пристрастиям. В литературе описан механизм становления синдрома зависимости от различных психически активных веществ, в том числе табака и алкоголя [1]. Патологические процессы, протекающие на уровне ретикулярной формации, затрагивают все нейромедиаторные системы, но в большей степени нарушается обмен дофамина. Сопутствующая модификация транспорта и секреции 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].

Высокотехнологичные биомедицинские исследования выявили новые общие субстраты воздействия алкоголя и никотина – никотиновые ацетилхолиновые рецепторы, особенно  $\alpha_4\beta_2$  и  $\alpha_7$  подтипы, локализованные в базальных отделах переднего мозга. Этим объясняются эффекты некоторых фармакологических препаратов [7, 8].

В литературе также широко описаны определенные поведенческие паттерны, характерные для пациентов с сочетанием САЗ и НЗ. Согласно исследованиям, проведенным в США, выявлены психосоциальные особенности различных групп населения, подверженных алкоголизму. Молодые люди, редко попадающие в поле зрения врача в связи с относительно благоприятными социальными условиями – 31,5%. Около 21% – пациенты 20–30 лет, склонные к антисоциальному поведению, депрессии, аффективному биполярному расстройству, более 75% этой категории – курильщики. 19,5% составил контингент средневозрастных представителей среднего класса, 50% имеют клинические проявления депрессии, 20% – биполярного аффективного расстройства. 19% – группа с аналогичными характеристиками, имеющие семьи. Большинство – курильщики. 9% составляют больные с тяжелой формой алкоголизма, склонные к асоциальному и криминальному поведению [9, 10]. Как следует из анализа, табакокурение широко распространено во всех стратах вне зависимости от возраста, социального положения и склонности к психическим расстройствам.

Таким образом, к настоящему моменту имеется широкий спектр описанных структурно-функциональных и поведенческих аспектов, предполагающих усугубление алкоголизации на фоне прогрессирования никотиновой зависимости, что и получено в нашем исследовании (см. табл. 1, при ТФ=8–10 баллов  $ME_{САЗ}=2,00$  [0,00; 3,00], при ТФ=0–2 балла  $ME_{САЗ}=0,00$  [0,00; 1,75],  $U=548,00$ ,  $p=0,004$ ). В результате процесс отказа от курения представляется более сложным для пациентов с сопутствующим САЗ.

Об этом также свидетельствует анализ комплаентности. Известно, что несоблюдение рекомендаций признается одной из самых серьезных и распространенных трудностей клинической практики. Для хронических заболеваний, в том числе ХОБЛ, проблема повышения эффективности взаимодействия врача и пациента стоит особенно остро. В ходе проведенных

Стадия	ТФ=0–2 балла, n=36	ТФ=3–4 балла, n=14	ТФ=5 баллов, n=7	ТФ=6–7 баллов, n=43	ТФ=8–10 баллов, n=47
САЗ, МЕ [25%, 75%]	0,00 [0,00; 1,75]*	0,00 [0,00; 1,00]	1,00 [0,00; 3,00]	1,00 [0,00; 2,00]	2,00 [0,00; 3,00]*

Примечание. САЗ – синдром алкогольной зависимости; ТФ – тест Фагерстрема, баллы; ТФ=0–2 балла – лица с очень слабой никотиновой зависимостью, ТФ=3–4 балла – лица со слабой никотиновой зависимостью, ТФ=5 баллов – лица со средней никотиновой зависимостью, ТФ=6–7 баллов – лица с высокой никотиновой зависимостью, ТФ=8–10 баллов – лица с очень высокой никотиновой зависимостью; \*U=548,00, p=0,004.

Показатель	Уровень комплаентности (МГ, баллы)				
	0 (n=43)	1 (n=8)	2 (n=30)	3 (n=36)	4 (n=30)
Стадия САЗ, МЕ [25%, 75%]*	2,00 [1,00; 3,00]	1,50 [0,25; 2,75]	1,00 [0,00; 2,00]	1,00 [0,00; 2,00]	0,00 [0,00; 1,00]
ТФ, МЕ [25%, 75%], баллы**	7,00 [3,00; 8,00]	7,00 [6,00; 8,00]	6,50 [4,00; 8,00]	6,50 [4,00; 8,00]	2,00 [0,00; 6,25]

Примечание. \*N=14,135, p=0,007; \*\*N=11,813, p=0,008; ТФ – тест Фагерстрема, баллы; САЗ – синдром алкогольной зависимости, МГ – тест Мориски–Грина, баллы.

масштабных исследований лица с необратимой бронхиальной обструкцией продемонстрировали низкую приверженность к лечению, при наличии декларируемой практически всеми опрошенными положительной установки на курацию. Отмечено преобладание гипонозогнозического типа отношения к болезни, высокий уровень тревожности и агрессии, распространение депрессивных расстройств. Актуальны проблемы с социальной адаптацией – недоверчивость, сопротивление внешним воздействиям, что распространяется, в том числе, на процесс взаимодействия с медицинскими работниками. Установлено, что для когнитивных процессов лиц с ХОБЛ характерны лабильность, истощаемость, трудности сосредоточения внимания и нарушения непосредственной памяти. Некомплаентность больных в большей степени касается отказа от курения.

Алкоголизм в свою очередь характеризуется особым психоэмоциональным статусом [4]. Важность этого клинического аспекта закреплена в «больших» диагностических критериях САЗ, согласно МКБ-10: «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 [11]. Результаты нашего исследования отражают данные литературы – комплаенс и прогрессирование зависимостей демонстрировали обратную взаимосвязь. Лица, не готовые к сотрудничеству с врачом, имели максимальные уровни САЗ и НЗ, в отличие от комплаентных пациентов: при МГ=0 баллов  $ME_{САЗ}=2,00$  [1,00; 3,00],  $ME_{ТФ}=7,00$  [3,00; 8,00], при МГ=4 балла  $ME_{САЗ}=0,00$  [0,00; 1,00],  $ME_{ТФ}=2,00$  [0,00; 6,25] (см. табл. 2). Как следствие, среди больных, отказавшихся от курения, абсолютно преобладали мужчины, не подверженные САЗ (56,7%), с высоким уровнем кооперативности (43,3%).

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.

## Выводы

1. Имеется тенденция к параллельному усугублению алкогольной и никотиновой зависимости у пациентов с ХОБЛ.
2. Прогрессирование алкогольной зависимости ассоциируется с падением комплаенса у пациентов с ХОБЛ.
3. Пациенты с ХОБЛ, подверженные алкоголизму, имеют худшие перспективы относительно отказа от курения, по сравнению с лицами без сопутствующей алкогольной зависимости.

## Литература

1. Иванец Н.Н., Анохина А.П., Винникова М.А. Наркология: национальное руководство. Наркология. 2-е изд., перераб. и доп. М.: Гэотар-Медиа, 2016. – 944 с. / Ivanec N.N., Anohina A.P., Vinnikova M.A. Narkologija: nacional'noe rukovodstvo. Narkologija. 2-e izd., pererab. i dop. M.: Gjeotar-Media, 2016; 944.
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. Moscow: Russian respiratory society, 2014; 92. [in Russian]
3. Москаленко В.Д. Медицинские последствия наркомании и алкоголизма. Наркология. – 2007. – №7. – С. 52–54. / Moskalenko V.D. Narkologiya. 2007; 7: 52–54. [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 bolezni'yu legkih. 2011; 132. [in Russian]
5. Лукина Ю.В., Марцевич С.Ю., Кутишенко Н.П. Шкала Мориски-Грина: плюсы и минусы универсального теста, работа над ошибками. Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2016. – Т. 12. – №1. – С. 63–65 / Lukina Ju.V., Marcevic S.Ju., Kutishenko N.P. Shkala Moriski-Grina: pljusy i minusy universal'nogo testa, rabota nad oshibkami. Racional'naja farmakoterapija v kardiologii. 2016; 12 (1): 63–65. [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. 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. [in Russian]
7. 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; 38 (5): 1315–1320.
8. Powers M.S., Broderick H.J., Drenan R.M. Nicotinic acetylcholine receptors containing 6 subunits contribute to alcohol reward-related behaviors. *Genes, Brain and Behavior*. 2013; 12 (5): 543–553.
  9. Johnson B.A. Medication treatment of different types of alcoholism. *Am J Psychiatry*. 2010; 167 (6): 630–639.
  10. Moss HB, Chen CM, Yi HY Prospective follow-up of empirically derived Alcohol Dependence subtypes in wave 2 of the National Epidemiologic Survey on Alcohol And Related Conditions (NESARC): recovery status, alcohol use disorders and diagnostic criteria, alcohol consumption behavior, health status, and treatment seeking. *Alcohol Clin Exp Res*. 2010; 34 (6): 1073–1083.
  11. 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., Lesnaja N. N. Osobennosti komplajensa bol'nyh s alkogol'noj zavisimost'ju i sistema ego psihokorrekcii. *Mezhdunarodnyj medicinskij zhurnal*. 2011; 3: 6–12. [in Russian]

---

**Сведения об авторах**

**Иванова Марина Андреевна** – врач – пульмонолог пульмонологического кабинета Центра респираторной медицины ОГБУЗ Клиническая больница №1, Смоленск

**Пунин Александр Алексеевич** – д. м. н., профессор, заведующий кафедрой факультетской терапии ФГБОУ ВО Смоленский государственный медицинский университет Минздрава России, Смоленск

**Ваулин Сергей Викторович** – д. м. н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и психотерапии ФДПО ФГБОУ ВО Смоленский государственный медицинский университет Минздрава России, Смоленск