

На правах рукописи

НИКОЛКИНА

Юлия Аркадьевна

**ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ
НА КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ АЛКОГОЛЬНОЙ
ЗАВИСИМОСТИ У ЖЕНЩИН**

Специальность 14.01.27 – наркология

Автореферат

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Санкт-Петербург
2013

Работа выполнена в Северо-Западном государственном медицинском университете им. И. И. Мечникова

Научный руководитель: доктор медицинских наук, профессор
Софронов Александр Генрихович

Официальные оппоненты: Крупницкий Евгений Михайлович
доктор медицинских наук, профессор,
руководитель отдела наркологии
Санкт-Петербургского научно-
исследовательского психоневрологического
института им. В. М. Бехтерева,
Марченко Андрей Александрович
доктор медицинских наук, заместитель
начальника кафедры психиатрии Военно-
медицинской академии им. С.М. Кирова

Ведущая организация: Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И.П. Павлова

Защита состоится 26 сентября 2013 г. в 10 часов 30 минут на заседании диссертационного совета Д 208.093.01 по защите докторских и кандидатских диссертаций при Санкт-Петербургском научно-исследовательском психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева (192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3)

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке института

Автореферат разослан 26 августа 2013 г.

Ученый секретарь диссертационного совета,
доктор медицинских наук, профессор

Чехлатый Евгений Иванович

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы. Проблема женского алкоголизма занимает особое место в отечественной наркологии. На сегодняшний день нет единой точки зрения об особенностях алкогольной болезни у женщин. Наблюдается рост числа молодых женщин, страдающих алкогольной зависимостью (Кошкина Е.А., 2002; Гофман А.Г., 2003; Кирпиченко А.А., 2008; Овчинников С.В., 2008). На диспансерный учет многие женщины попадают в связи с вынужденной госпитализацией по поводу лечения алкогольных психозов. Женщины, страдающие алкогольной зависимостью, сравнительно редко обращаются в районные наркологические кабинеты за медицинской помощью (Курьянова Н.Н., 2002; Софронов А.Г., 2011). В связи с этим, реальное состояние и динамику алкогольной болезни у женщин оценить достаточно сложно (Шайдукова Л.К., 2008). Особую тревогу продолжают вызывать медико-социальные последствия женского алкоголизма, быстрые темпы социальной деградации (Кирпиченко А.А., 2003; Егоров А.Ю., 2005; Шайдукова Л.К., 2007; Кирпиченко А.А., 2008; Софронов А.Г., 2011; Plant M.L., 2008). В современных условиях жизни меняется традиционная роль женщины в семье, обществе, возрастает роль социально-психологических факторов, в определенных условиях являющихся пусковым звеном в развитии алкогольной зависимости. В современных публикациях особое внимание уделяется влиянию негативных социальных факторов на алкогольную зависимость (Альтшулер В.Б., 2000; Кесельман Л.Е., Мацкевич М.Г., 2001; Егоров А.Ю., 2005; Князева Т.М., 2006; Meera E., 2006). Освещение этих факторов на сегодняшний день остается декларативным и чаще рассматривается на примерах мужского алкоголизма. Контингент женщин с алкогольной зависимостью представляет гетерогенную группу с разными социально-экономическими характеристиками. Однако обычная рутинная практика врача в наркологических диспансерах не учитывает особенности данного контингента, а формы государственной отчетности содержат ограниченное количество показателей для детального анализа женщин с алкогольной зависимостью. Данное положение снижает эффективность проводимой противорецидивной фармакотерапии, психотерапии и реабилитационных мероприятий, что препятствует формированию устойчивой ремиссии. Отечественные исследователи подтверждают взаимосвязь изменений показателей качества жизни и основных социально-демографических факторов у наркологических больных (Гофман А.Г., 2006; Ненастьева А.Ю., Бойко Е.О., 2006; Кирпиченко А.А., 2008). Данных, характеризующих изменения этих параметров у женщин с алкогольной зависимостью с помощью современных методик, изучено недостаточно. Остается открытым вопрос о возможности использования этих методик не только для уточнения социальных характеристик, но и прогнозирования комплаенса в ле-

чебном процессе, определения вероятности рецидива с учетом полученных особенностей.

Таким образом, актуальность настоящей работы определена недостаточным количеством исследований, посвященных влиянию социально-демографических факторов на формирование, клинические проявления алкогольной зависимости у женщин, оценке комплаенса проводимых лечебных мероприятий. Все вышеизложенное обусловило выбор цели и предмета настоящего исследования.

Степень разработанности темы исследования. На сегодняшний день не существует единой точки зрения об особенностях алкогольной зависимости у женщин. В представлениях современных исследователей, женский алкоголизм – актуальная проблема, имеющая большое социальное значение (Шайдукова Л.К., 2006; Кирпиченко А.А., 2007; Софронов А.Г., 2011). Некоторые исследователи, отмечают, что в определенных неблагоприятных условиях, социальные факторы могут являться пусковым звеном в формировании алкогольной зависимости (Власова И.Б., 1987; Агарков Н.М., 2002, Backhans M.C., Lundin A., 2012). Однако, эти сведения не систематизированный и не учитывают гетерогенности данного контингента. Исследования, посвященные изучению качества жизни у женщин с разными социальными характеристиками, единичны. Данные обстоятельства снижают эффективность проводимой фармакотерапии и реабилитационных программ у данного контингента.

Цель исследования: изучить влияние социально-демографических факторов на клинические проявления и течение алкогольной зависимости у женщин.

Задачи исследования:

1. Изучение влияния социально-демографических факторов на отдельные клинические и динамические характеристики алкогольной зависимости у женщин.

2. Анализ показателей качества жизни и уровня социальной фрустрированности у женщин, страдающих алкогольной зависимостью, с различными социально-демографическими характеристиками.

3. Изучение социально-демографических и клинических характеристик пациенток, состоящих на динамическом наблюдении в государственном наркологическом диспансере.

4. Исследование влияния социально-экономических показателей на комплаенс с проводимой противорецидивной фармакотерапией у женщин с алкогольной зависимостью.

Научная новизна. Проведен анализ социально-демографических показателей и клинических характеристик женщин с алкогольной зависимостью с

учетом социальной и клинической гетерогенности контингента. Впервые изучено влияние основных социальных факторов на клинические проявления алкогольной зависимости у женщин. Выделены социальные факторы, негативно влияющие на динамику заболевания у женщин. Детально изучен контингент пациенток, состоящих на диспансерном наблюдении. Впервые проведена оценка комплаенса с проводимой противорецидивной фармакотерапией у женщин с учетом влияния социальных факторов. Впервые изучены показатели качества жизни, уровня социальной фрустрированности у женщин с учетом социально-экономических характеристик. Полученные данные позволяют осуществлять дифференцированный подход к лечению данного контингента, прогнозировать исход проводимой противорецидивной терапии, добиваться возможности формирования устойчивой ремиссии.

Практическая значимость. Полученные данные об особенностях социально-демографических показателей и клинических характеристиках женщин с алкогольной зависимостью могут использоваться в практической работе врачей психиатров-наркологов и других специалистов. Настоящее исследование показало необходимость дифференцированного подхода к данному контингенту, учитывающего, наряду с прочими социально-демографическими факторами, уровень социального функционирования и качества жизни. В связи с этим, особую значимость приобретают полученные данные, касающиеся взаимовлияния различных социально-демографических факторов на формирование и течение алкогольной зависимости, становление ремиссии, соблюдение комплаенса к фармакотерапии. Доказанная объективность и чувствительность методик социального функционирования и качества жизни на разных этапах трезвости, простота применения, позволяет использовать их в комплексной оценке клинического и социального состояния женщин с алкогольной зависимостью. Полученные новые данные позволяют определить перспективы противорецидивного лечения алкогольной зависимости у женщин и могут служить основой для мероприятий по улучшению комплаенса при противорецидивной фармакотерапии алкоголизма и социальной реабилитации, а также для совершенствования форм государственной отчетности.

Теоретико-методологическая основа работы. Используемая в работе методология базируется на фундаментальных основах отечественной и зарубежной психиатрии, наркологии, медицинской психологии. Исследование носило клинико-эпидемиологический характер. Работа выполнена в соответствии с принципами доказательной медицины, использованием клинико-эпидемиологического, клинико-психопатологического, экспериментально-психологического, катamnестического, и математико-статистического методов исследования.

Объект исследования – женщины с алкогольной зависимостью, получающие амбулаторную и стационарную наркологическую помощь.

Предмет исследования – социально-демографические факторы, клинические характеристики заболевания, показатели качества жизни и социальной фрустрированности.

Основные положения диссертации, выносимые на защиту:

1. Социально-демографические факторы оказывают значительное влияние на клинические характеристики алкогольной зависимости у женщин. Ухудшению клинических проявлений алкоголизма и более тяжелому течению заболевания способствуют ранний возраст начала алкоголизации, низкий уровень образования и трудовой квалификации, трудовая незанятость, низкий уровень дохода.

2. Контингент женщин с алкогольной зависимостью отличается гетерогенностью социально-экономических характеристик. Наиболее прогностически неблагоприятная динамика заболевания установлена у молодых женщин, состоящих на динамическом диспансерном наблюдении с наиболее неблагоприятными социальными параметрами.

3. Показатели качества жизни и уровня социальной фрустрированности чувствительны к динамике клинической картины алкогольной зависимости у женщин и тесно взаимосвязаны с социальными характеристиками. Учет этих показателей является дополнительным критерием для комплексной оценки клинической картины у женщин с алкогольной зависимостью в целях улучшения прогноза и реабилитации данного контингента больных.

4. Социально-демографические факторы оказывают влияние на комплаенс с лечением у женщин с алкогольной зависимостью. Пациентки с неблагоприятными социально-демографическими характеристиками не удерживаются в терапевтической программе и отличаются низким уровнем комплаенса.

Степень достоверности и апробация результатов исследования. Степень достоверности исследования обеспечивается репрезентативностью выборки (n=332), использованием валидных методик, адекватных поставленной цели и задачам, применением современных математико-статистических методов обработки данных.

Основные положения и результаты работы доложены и обсуждены на Научно-практической конференции «Актуальные вопросы клинической и экспериментальной медицины» (Санкт-Петербург, 2011); Всероссийской научно-практической конференции «Психиатрия и наркология в XXI веке» (Санкт-Петербург, 2011); Научно-практической конференции с международным участием «Мир аддикций: химические и нехимические зависимости; ассоциированные психические расстройства» (Санкт-Петербург, 2012); Научно-

практической конференции «Организационно-правовые, клиничко-диагностические вопросы общей психиатрии и судебно-психиатрической экспертизы» (Санкт-Петербург, 2013); Научно-практической конференции с международным участием «Реабилитация и дестигматизация в психиатрии» (Санкт-Петербург, 2013).

Внедрение. Результаты работы применяются при проведении учебных занятий с интернами и ординаторами и в обучающих программах повышения квалификации по специальности «психиатрия» и «психиатрия-наркология» на кафедре психиатрии и наркологии Северо-Западного медицинского университета им. И.И. Мечникова, а также внедрены в работу отделения лечения больных алкоголизмом СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева и наркологического реабилитационного центра №5 Межрайонного наркологического диспансера №1 Санкт-Петербурга.

Публикации. По теме диссертации опубликовано 16 печатных работ, из них 3 статьи в научных журналах из перечня ВАК.

Структура и объем работы. Диссертация изложена на 190 страницах компьютерного текста и состоит из введения, 5 глав, выводов, заключения и списка литературы (198 работ на русском языке и 110 на иностранных языках). Диссертация иллюстрирована таблицами и рисунками.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материал и методы исследования. Всего было обследовано 332 пациентки с алкогольной зависимостью согласно критериям МКБ-10 (F10.2). Из них: в период с 2000 по 2010 гг. 260 пациенток, состоявших на диспансерном наблюдении (наркологическом учете) в амбулаторном наркологическом отделении Выборгского района Межрайонного наркологического диспансера №1 Санкт-Петербурга, и в 2011 – 2012 гг. и 72 пациентки, проходивших курс стационарного лечения и реабилитации в отделении лечения больных алкоголизмом СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева. Последние не состояли на диспансерном наблюдении и имели более высокие социально-экономические характеристики. Для изучения уровня социальной фрустрированности и качества жизни были исследованы две группы больных: 72 пациентки, состоявших на диспансерном наблюдении (1-я группа), а также 72 пациентки, получавших стационарную медицинскую помощь в СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева (2-я группа).

Критериями включения больных в исследование являлись: возраст старше 18 лет, диагноз второй стадии алкогольной зависимости согласно критериям МКБ-10, информированное согласие на участие в исследовании. Критериями исключения из исследования являлись: возраст старше 60 лет, наличие сочетанного злоупотребления психоактивными веществами, сопутствующие психи-

ческие заболевания, отягощенный соматический статус, отказ от участия в исследовании.

Изученные пациентки распределились следующим образом: 34 женщины из 1-й группы амбулаторных больных были обследованы на десятый день после купирования синдрома отмены от алкоголя (1-я подгруппа) и 38 женщин из этой же группы обследованы при плановом посещении нарколога и были с разными сроками ремиссий от 3-х месяцев и более (2-я подгруппа). Из 2-й группы стационарных больных обследованы 42 женщины на 10-й день после купирования синдрома отмены от алкоголя (3-я подгруппа) и 30 пациенток, находившихся в ремиссии сроком от 3 до 18 месяцев, продолжавших реабилитацию в стационаре (4-я подгруппа).

Отдельной серией исследований было изучение комплаенса у 69 пациенток из числа амбулаторных больных, состоявших на диспансерном наблюдении, которым проводилась противорецидивная терапия цианамидом, включенных в исследование в случайном порядке. Все эти пациентки ранее не получали данного вида терапии, не имели четкой установки на лечение методами эмоционально-стрессовой терапии и различались по отдельным социально-демографическим показателям. Критериями исключения из данного исследования являлись: наличие выраженной соматической патологии, сопутствующие неврологические и психические расстройства, сочетание алкогольной зависимости с зависимостью от других видов психоактивных веществ, отказ от участия в исследовании. Критериями включения являлись: письменное информированное согласие на лечение и наблюдение врача-нарколога, возраст не старше 60 лет, отсутствие мотивации на лечение методами эмоционально-стрессовой терапии (в анамнезе подобный опыт допускался).

Цианамид, наряду с дисульфирамом, используется в наркологической практике для создания непереносимости алкоголя путем «метаболической блокады» и, тем самым, профилактики рецидива заболевания. Терапевтическая программа была рассчитана на шесть месяцев, результаты оценивались в процессе пяти визитов к врачу. Первый визит (предварительный) назначался не ранее, чем через 10 дней, и не более чем 14 дней, после последнего употребления алкоголя. Второй визит осуществлялся через неделю лечения; третий – через три недели; четвертый – через шесть недель; пятый – через три месяца; шестой – через шесть месяцев. Цианамид назначался в суточной дозе 50 мг, разделенной на два приема, после купирования синдрома отмены, но не ранее, чем через 10 суток после последнего употребления алкоголя. При условии удовлетворительного самочувствия пациенткам отменялись психотропные препараты.

В оценке комплаенса учитывались: число срывов, рецидивов, количество пациенток, выбывших из программы с любой мотивировкой. Уровень компла-

енса считался высоким в том случае, если пациент на протяжении всего периода исследования принимал препарат постоянно, находился в ремиссии без срывов и рецидивов; средним – если на фоне лечения отмечалось до двух срывов и допускались единичные пропуски препарата; низким – если отмечалось более двух срывов или случай тяжелого пьянства по критериям ВОЗ с отказом от приема препарата в течение нескольких дней. Отсутствие комплаенса определялось, если пациентки на ранних сроках лечения (от 1 до 3 месяцев) прекращали прием препарата.

На всех этапах комплексного исследования данные пациенток вносились в формализованные карты. Индивидуальные формализованные карты состояли из социально-демографического и клинического модулей.

В исследовании применялись следующие основные методы: клинико-эпидемиологический, клинико-психопатологический (диагностические критерии МКБ-10), клинико-катамнестический (анализ историй болезни и амбулаторных карт с внесением полученных данных в формализованные карты), экспериментально-психологический и математико-статистический.

В работе использовались следующие методики: 1) Опросник SF-36 (Оценка показателей качества жизни пациентов, The Short Form-36, Ware J.E., 1992); 2) Шкала диагностики уровня социальной фрустрированности Л.И. Вассермана (1995) в модификации В.В. Бойко (Райгородский Д.Я., 2001); 3) Скрининг-тест AUDIT (для уточнения количества потребляемого алкоголя).

Для статистической обработки информации использовался интегрированный пакет SPSS и Microsoft Excel for Windows. Для обработки метрических признаков при сравнении двух групп применялся t-критерий Стьюдента, для сравнения средних нескольких групп – дисперсионный анализ. В случае отсутствия нормального распределения признаков использовался критерий Манна-Уитни и Краскела-Уоллеса, а также коэффициент корреляций Спирмена (для ранговых показателей). При сопоставлении частот номинальных признаков использовался Z-критерий с корректировкой по методу Бонферрони в случае сравнения нескольких групп. В таблицах сопряженности для установления связи признаков использовался критерий χ^2 .

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Влияние социально-демографических факторов на отдельные клинические и динамические характеристики заболевания

Для оценки влияния социальных факторов на клинические и динамические характеристики заболевания исследованы 332 женщины с алкогольной зависимостью. Средний возраст всех обследуемых составил ($M \pm SE$) $45,8 \pm 0,6$ лет. В качестве социально-демографических факторов рассматривались: возраст,

образование, трудовая квалификация, уровень дохода, отдельные причины трудовой незанятости, семейное положение, лечение и диспансерное наблюдение в системе государственной наркологической помощи. Изучаемыми клиническими явлениями были: возраст начала злоупотребления алкоголем, возраст формирования синдрома отмены алкоголя, количество перенесенных алкогольных психозов, давность заболевания, количество рецидивов в течение года, продолжительность ремиссии (воздержания) в месяцах, количество дней тяжелого пьянства по критериям ВОЗ, продолжительность синдрома отмены алкоголя в днях, продолжительность постоянного употребления алкоголя в годах. Также нами были изучены: характеристика обращений за медицинской помощью, факторы способствующие формированию ремиссий, особенности клинической картины заболевания у пациенток в разных возрастных группах.

Из 332 исследованных женщин с алкогольной зависимостью были выделены: пациентки молодого возраста, средний возраст которых составил $34,1 \pm 0,8$ лет (115 чел.); среднего – $47,0 \pm 0,5$ лет (124 чел.); зрелого (пенсионного) – $59,1 \pm 0,4$ лет (93 чел.). Установлено, что у больных молодого возраста отмечалось более раннее формирование заболевания в возрасте $24,1 \pm 0,40$ лет. Средняя продолжительность ремиссии у них была $6,3 \pm 0,94$ месяцев и значительно отличалась от этого показателя у лиц среднего возраста – $10,7 \pm 1,34$ месяцев ($p < 0,01$) и лиц зрелого возраста – $18,0 \pm 1,89$ месяцев ($p < 0,01$). Установлена отрицательная взаимосвязь между возрастом больных и частотой рецидивов заболевания в течение года ($r = -0,20$; $p < 0,01$). Наименьшая частота рецидивов в течение года наблюдалась у женщин зрелого (пенсионного) возраста. Количество перенесенных психозов у больных с разным возрастом не имело значимых различий.

У всех изученных пациенток была выявлена положительная связь между фактором образования и возрастом формирования у них синдрома отмены алкоголя ($r = 0,321$; $p < 0,001$). У пациенток со средним образованием этот показатель составил $26,9 \pm 1,0$ лет; со средним специальным – $30,1 \pm 0,6$ лет; с неоконченным высшим – $33,6 \pm 2,2$ лет; с высшим – $34,1 \pm 0,9$ лет.

У всех больных установлена отрицательная взаимосвязь между характеристикой образования и перенесенными алкогольными психозами ($r = -0,231$, $p < 0,001$). У женщин с более высоким уровнем образования количество перенесенных психозов было меньше. Была выявлена также отрицательная взаимосвязь между фактором образования и постоянным употреблением алкоголя ($r = -0,231$, $p < 0,001$). У пациенток со средним образованием данный показатель составлял $7,5 \pm 0,8$ лет, со средним специальным – $5,2 \pm 0,5$ лет, с высшим – $2,8 \pm 0,4$ лет.

Установлена положительная корреляционная взаимосвязь между характеристикой обращения за медицинской помощью и уровнем образования больных ($r=0,242$; $p<0,05$). Показатель самостоятельного обращения за помощью увеличивался у пациенток с высшим образованием, а показатель госпитализаций, связанный с лечением алкогольных психозов, у этих женщин уменьшался. Взаимосвязи с динамическими характеристиками заболевания не было установлено.

Изучение влияние фактора трудовой занятости больных на клинические характеристики заболевания показало, что у неработающих пациенток отмечалось более раннее начало заболевания – $26,6\pm 0,6$ лет, чем у работающих – $30,4\pm 0,6$ лет ($p<0,001$). Работающие пациентки реже переносили алкогольные психозы, чем неработающие ($1,0\pm 1,11$ и $1,4\pm 1,16$ соответственно; $p<0,05$). Среднее количество дней тяжелого пьянства у работающих больных было значительно меньше $12,6\pm 0,9$, чем у неработающих – $19,8\pm 1,5$ ($p<0,001$). У первых показатель средней продолжительности ремиссий $13,0\pm 1,1$ месяцев был значительно выше данного показателя, чем у последних – $6,3\pm 1,3$ ($p < 0,001$). Положительная корреляция наблюдалась между фактором трудовой занятости больных и частотой рецидива заболевания ($r=0,16$; $p<0,01$). У неработающих пациенток частота рецидивов в течение года возрастала. Была также установлена отрицательная взаимосвязь между фактором трудовой занятости пациенток с характеристиками обращений за медицинской помощью ($r=-0,16$; $p<0,01$). Показатель самостоятельного обращения за медицинской помощью увеличивался у работающих пациенток.

Фактор квалификации труда имел значимые различия у пациенток, занятых на квалифицированных и неквалифицированных работах. У первых наблюдалось более раннее начало заболевания – $28,6\pm 0,8$ лет, чем у вторых – $32,4\pm 0,8$ ($p<0,001$). У работающих пациенток среднее количество дней тяжелого пьянства было значительно меньше – $12,0\pm 1,0$, чем у не работающих – $17,0\pm 1,3$ ($p<0,01$).

У пациенток, занимающихся квалифицированным трудом, давность заболевания была $12,2\pm 0,8$ лет, что значительно меньше чем у пациенток с низкой квалификацией труда – $15,9\pm 0,9$ ($p<0,01$). Продолжительность регулярного употребления алкоголя у первых была $2,8\pm 0,3$ лет и также была значительно меньше, чем у вторых – $6,4\pm 0,6$ ($p<0,001$). Это же относилось к количеству дней алкогольного абстинентного синдрома у пациенток: $3,2\pm 0,1$ и $4,1\pm 0,1$ соответственно ($p<0,05$). Отрицательная взаимосвязь ($r=-0,27$; $p<0,001$) выявлена между фактором квалификации труда и характеристикой получения медицинской помощи. Самостоятельное обращение за медицинской помощью, меньшее количество обращений за медицинской помощью в связи с лечением алкогольных

психозов установлено у пациенток с высокой квалификацией труда. По продолжительности ремиссии и частоте рецидивов в течение года значимых различий не выявлено.

Изучение различий между амбулаторными (1-я группа) и стационарными (2-я группа) больными показало, что возраст формирования алкогольного абстинентного синдрома у пациенток 1-й группы – $27,4 \pm 0,9$ лет значительно отличался от этого показателя 2-й группы – $34,3 \pm 0,7$ лет ($p < 0,001$). Показатель перенесенных психозов 1-й группы ($1,6 \pm 0,13$) был значительно выше показателя 2-й группы ($0,3 \pm 0,08$; $p < 0,001$). Количество дней тяжелого пьянства 1-й группы – $18,0 \pm 0,85$ значительно различалось с днями тяжелого пьянства 2-й группы – $12,8 \pm 1,2$ ($p < 0,01$). Давность заболевания у 1-й группы $17,0 \pm 0,6$ лет значительно различалась с давностью заболевания 2-й группы – $9,6 \pm 0,6$ ($p < 0,001$). Установлена положительная взаимосвязь между характеристиками обращений за медицинской помощью и фактором государственного наркологического учета ($r = 0,50$, $p < 0,001$). Пациентки, не состоящие на наркологическом учете, значительно чаще обращались за медицинской помощью самостоятельно, у них не было обращений, связанных с госпитализациями в психиатрическую больницу по поводу лечения алкогольных психозов. Значимых различий по динамике заболевания не установлено.

Анализ клинических характеристик алкогольной зависимости у пациенток с разными причинами трудовой занятости

Для анализа клинических характеристик было изучено 146 неработающих пациенток из числа всех обследованных с синдромом алкогольной зависимости. Критерием оценки характеристик исследованных больных являлись: возраст, наличие постоянного источника дохода, роль в семье. Пациентки были распределены следующим образом: имеющие трудовой стаж, основным источником дохода которых была государственная пенсия (51 чел.); домохозяйки, имеющие постоянный источник дохода за счет супруга или ренты (55 чел.); не имеющие постоянного источника дохода, длительное время не работающие (40 чел.).

Анализ показал, что возраст формирования алкогольной зависимости значительно различался во всех указанных выборках больных (таблица 1).

Наиболее раннее развитие заболевания наблюдалось у пациенток молодого возраста без постоянного источника дохода. Давность заболевания и продолжительность регулярного пьянства имела статистически значимые различия между пациентками указанных групп (таблица 2).

Таблица 1 – Формирование синдрома отмены алкоголя у неработающих больных в годах

	С трудовым стажем и пенсией (1)	Домохозяйки (2)	Без постоянного источника дохода (3)
Средний возраст	60,6±0,56 *** °°°	43,8±1,12 +++	37,6±1,43
Средний возраст начала злоупотребления алкоголем	31,3±1,31 *** °°°	25,0±0,83+	21,5±0,94
Средний возраст формирования синдрома отмены алкоголя	36,7±1,41 *** °°°	29,6±0,89 +	25,7±0,99

Примечание. Достоверность различий между выборками 1 и 2 (однофакторный дисперсионный анализ): * – $p < 0,05$, ** – $p < 0,01$, *** – $p < 0,001$; между выборками 2 и 3: + – $p < 0,05$, ++ – $p < 0,01$, +++ – $p < 0,001$; между выборками 1 и 3: ° – $p < 0,05$, °° – $p < 0,01$, °°° – $p < 0,001$.

Таблица 2 – Давность заболевания и продолжительность регулярного пьянства у больных в годах

	С трудовым стажем и пенсией (1)	Домохозяйки (2)	Без постоянного источника дохода (3)
Продолжительность заболевания, в годах	24,4±1,45 *** °°°	14,0±1,13	11,9±1,03
Продолжительность постоянного употребления алкоголя в годах	8,2±1,35 *	3,9±0,70	5,1±0,94

Примечание. Значимость различий между выборкой 1 и 2 (однофакторный дисперсионный анализ): * – $p < 0,05$, ** – $p < 0,01$, *** – $p < 0,001$; между выборками 1 и 3: ° – $p < 0,05$, °° – $p < 0,01$, °°° – $p < 0,001$; между выборкой 2 и 3 различий не установлено.

Наибольшая давность заболевания была установлена у женщин пенсионного возраста и лиц, не имеющих постоянного источника дохода. У них же отмечалось постоянное употребление алкоголя. Были выявлены статистически значимые различия по средней продолжительности ремиссии в месяцах у исследованных больных. Данный показатель у женщин пенсионного возраста (15,5±2,5 месяцев) значимо различался с таковым у домохозяек (10,7±2,3; $p < 0,05$). У последних он значимо отличался от этого показателя женщин, не имеющих постоянного источника дохода (1,5±0,56; $p < 0,001$). Значимость различий между пациентками пенсионного возраста (15,5±2,5 месяцев) и не имеющих постоянного источника дохода (1,5±0,56) была на уровне ($p < 0,001$). С помощью критерия χ^2 была проанализирована частота распределения признака,

которая выявили достоверные различия ($p < 0,01$). Наиболее редкая частота рецидива (от 1 до 2) в течение года наблюдалась у 41,9% женщин пенсионного возраста (13 чел.), что значимо различалось с этим показателем у домохозяек – 26,8% (11 чел.) ($p < 0,05$) и женщин, не имеющих постоянного источника дохода – 5,3% (2 чел.) ($p < 0,05$). Показатель пациенток, направленных на лечение родственниками и не имеющих постоянного источника дохода (17,5%) значимо отличался от этого показателя у домохозяек (43,6%; $p < 0,05$).

Анализ клинических характеристик у пациенток с разным уровнем дохода

Изучались также клинические характеристики заболевания у женщин с разным уровнем дохода, исходя из прожиточного минимума для всего населения на 30 января 2012 г. (6131 руб.). Пациентки были распределены следующим образом: доход ниже прожиточного минимума – до 6250 руб. (40 чел.); женщины с низким доходом – от 6500 до 11657 руб. (130 чел.); со средним доходом – от 12000 до 19000 руб. (120 чел.); с высоким уровнем дохода – свыше 20000 руб. в месяц (42 чел.). Группу с наиболее высоким уровнем дохода (свыше 20000 руб. в месяц) составили пациентки, прошедшие курс лечения и реабилитации в стационаре. Наиболее неблагоприятные характеристики заболевания наблюдались у пациенток с низким уровнем дохода и доходом ниже прожиточного минимума.

Так, количество перенесенных алкогольных психозов ($2,5 \pm 0,4$) у пациенток с доходом ниже прожиточного минимума значимо различалось с данным показателем у пациенток с низким доходом – $1,3 \pm 0,1$ ($p < 0,01$), средним – $1,1 \pm 0,1$ ($p < 0,001$) и высоким – $0,8 \pm 0,2$ ($p < 0,001$). У пациенток с доходом ниже прожиточного минимума количество дней тяжелого пьянства ($26,1 \pm 2,5$) было значимо больше, чем у пациенток с низким доходом ($17,50 \pm 1,21$; $p < 0,05$), а также со средним – $14,6 \pm 0,10$ ($p < 0,001$) и высоким – $11,8 \pm 1,42$ ($p < 0,001$). Длительность заболевания в годах у пациенток с доходом ниже прожиточного минимума ($17,0 \pm 1,49$) значимо различалась от этого показателя у пациенток с высоким доходом ($12,0 \pm 1,27$; $p < 0,05$). У этих же пациенток продолжительность регулярного пьянства в годах ($7,2 \pm 1,15$) была выше, чем у лиц с высоким ($3,1 \pm 0,72$; $p < 0,05$) и низким ($5,3 \pm 0,5$; $p < 0,01$) доходом. Возраст формирования алкогольного абстинентного синдрома имел более ранние сроки у женщин с доходом ниже прожиточного минимума и низким доходом, у пациенток же с более высоким доходом заболевание развивалось существенно позже (таблица 3).

Таблица 3 – Начало формирования синдрома отмены алкоголя у больных с разным уровнем дохода в годах (возраст в годах)

Показатели	Уровень дохода			
	Менее 6500 руб. (1)	6500-11990 руб. (2)	12000-19990 руб. (3)	Свыше 20000 руб. (4)
Средний возраст начала злоупотребления алкоголем	20,8±0,67 ** °°°×××	25,3±0,70	27,0±0,74	26,3±1,12
Средний возраст формирования алкогольного абстинентного синдрома	25,1±0,67 ** °°°×××	28,0±0,70	32,1±0,76	31,6±1,15

Примечание. Значимость различий (Критерий Манна-Уитни) между выборками 1 и 2: * – $p < 0,05$, ** – $p < 0,01$, *** – $p < 0,001$; между выборками 1 и 3: ° – $p < 0,05$, °° – $p < 0,01$, °°° – $p < 0,001$; между выборками 1 и 4: × – $p < 0,05$, ×× – $p < 0,01$, ××× – $p < 0,001$; различий между выборками 2 и 1 не установлено.

По динамике заболевания были установлены значимые различия у женщин с разным уровнем дохода. Средний показатель продолжительности ремиссии у женщин с доходом ниже прожиточного минимума ($3,4 \pm 1,3$ месяцев) значительно различался от этого показателя у пациенток с низким уровнем дохода ($6,9 \pm 0,9$ месяцев; $p < 0,001$), а также у пациенток со средним уровнем дохода ($18,3 \pm 1,7$ месяцев) и высоким ($12,4 \pm 2,20$ месяцев; $p < 0,001$). Была установлена отрицательная корреляционная взаимосвязь между уровнем дохода больных и частотой рецидивов ($r = -0,36$; $p < 0,001$). У больных с низким уровнем дохода наблюдалась наибольшая частота рецидивов в течение года. Была установлена положительная взаимосвязь между уровнем дохода пациенток и характеристикой обращения за медицинской помощью ($r = 0,33$; $p < 0,001$). У женщин с низким уровнем дохода и доходом ниже прожиточного минимума был установлен наиболее низкий показатель самостоятельного обращения за медицинской помощью.

Анализ клинических характеристик у женщин с разным семейным положением

У женщин с разным семейным положением были установлены существенные различия по отдельным клиническим характеристикам. Формирование синдрома отмены алкоголя в более позднем возрасте был отмечен у пациенток, проживающих в полных семьях ($31,3 \pm 0,9$ лет) и совместно с детьми ($32,8 \pm 0,1$ лет). Этот показатель у женщин, проживающих в полных семьях ($31,3 \pm 0,9$ лет), был значимо выше, чем у пациенток, проживающих с родителями ($26,3 \pm 0,90$; $p < 0,05$); возраст же формирования синдрома отмены алкоголя у женщин, проживающих совместно с детьми ($32,8 \pm 0,1$), значимо отличался от

этого показателя у пациенток, проживающих с родителями ($26,3 \pm 0,90$; $p < 0,001$), с партнером ($29,3 \pm 1,13$; $p < 0,05$) и в одиночестве ($29,7 \pm 1,24$; $p < 0,05$). Средняя продолжительность ремиссии в месяцах (по данным анамнеза) у пациенток, проживающих в полных семьях ($14,3 \pm 1,7$), была значимо больше, чем у женщин, проживающих с родителями ($8,8 \pm 1,66$; $p < 0,05$), с партнером ($6,6 \pm 1,48$; $p < 0,01$) и в одиночестве ($8,9 \pm 1,48$; $p < 0,05$). Этот же показатель у больных, проживающих с детьми ($15,4 \pm 2,2$ месяцев), также был значимо выше, чем у женщин, проживающих с родителями ($8,8 \pm 1,66$; $p < 0,05$), с партнером ($6,6 \pm 1,48$; $p < 0,001$) и в одиночестве ($8,9 \pm 1,48$; $p < 0,05$).

Социальные характеристики пациенток по оценке уровня социальной фрустрированности и качества жизни

Для исследований данных характеристик были изучены пациентки с алкогольной зависимостью 1-й (амбулаторной) и 2-й (стационарной) групп, у которых установлены значимые различия по изучаемым социальным характеристикам (таблица 4).

Таблица 4 – Отдельные значимые социальные характеристики в группах больных

		1-я группа (72 чел.), %	2-я группа (72 чел.), %
Характеристика образования	Среднее	26,48*	1,4
	Среднее специальное	56,9*	38,9
	Высшее	9,7*	55,6
Квалификация труда	Квалифицированный	27,3*	89,8
Характеристика семейного положения	Полная семья	13,9*	47,2
	Одинокие	22,2*	9,7
Характеристика обращений за медицинской помощью	В связи с лечением алкогольных психозов	43,1*	0,0
	Направление социальных служб	9,7	0,0
	По настоянию родственников	26,4*	58,3
	Самостоятельно	20,8*	41,7

Примечание. Значимость различий (Z-критерий с корректировкой по методу Бонферрони) между 1-й и 2-й группами: * – $p < 0,05$.

Согласно полученным данным, уровень образования, квалификация труда, отдельные характеристики семейного положения, причины обращения за медицинской помощью имели значимые различия между группами. По уровню дохода были установлены также значимые различия. Среднемесячный доход 1-

й группы ($10772,0 \pm 546,6$ руб.) был значимо ниже данного показателя 2-й группы ($20020,0 \pm 1194,3$ руб.; $p < 0,001$). С помощью Т-критерия установлена достоверная разница по уровню общего семейного дохода. В 1-й группе средний показатель дохода ($24944,4 \pm 1709,1$ руб.) был существенно ниже, чем во 2-й ($41083,3 \pm 2184,0$ руб.; $p < 0,001$).

Оценка уровня социальной фрустрированности и качества жизни у пациенток, состоящих на наркологическом учете (социальная и клиническая характеристика)

Изучение уровня социальной фрустрированности и качества жизни проводилось у 34 пациенток из 1-й группы амбулаторных больных, обследованных на десятый день после купирования острых абстинентных расстройств (1-я подгруппа), и 38 женщин из этой же группы с разными сроками ремиссий от 3-х месяцев и более (2-я подгруппа), которые были обследованы на плановом приеме у врача.

Средний возраст женщин 1-й подгруппы составил $43,9 \pm 9,7$ лет, 2-й подгруппы – $47,9 \pm 10,6$ (достоверных различий не выявлено). Пациентки 1-й подгруппы наиболее часто имели неполные семьи и проживали с родителями – 32,4%, во 2-й подгруппе этот показатель составлял – 10,5% ($p < 0,05$). Уровень семейных отношений значимо различался в подгруппах. Средний ранг (критерий Манна-Уитни) 1-й подгруппы (46) значимо различался со средним рангом 2-й подгруппы (27; $p < 0,001$). Эмоционально-близкие отношения с родственниками и близкими преобладали у пациенток в ремиссии. В 1-й подгруппе было установлено меньшее количество женщин, имеющих детей, средний ранг 1-й подгруппы был значимо выше среднего ранга 2-й подгруппы (41 и 32 соответственно, $p < 0,05$). Уровень дохода на человека в 1-й подгруппе ($9482,4 \pm 723,6$ руб.) значимо различался с таковым во 2-й подгруппе ($11925,9 \pm 769,6$ руб.; $p < 0,05$).

Были установлены отдельные значимые различия по клиническим характеристикам в подгруппах. Так, количество перенесенных психозов во 2-й подгруппе ($0,9 \pm 0,3$) существенно различалось от этого показателя в 1-й подгруппе ($1,7 \pm 0,4$; $p < 0,05$). Средняя продолжительность ремиссий в 1-й подгруппе ($2,0 \pm 0,7$) существенно различалась от данного показателя во 2-й подгруппе ($18,9 \pm 2,5$; $p < 0,001$). Значимые различия также выявлены между подгруппами по частоте рецидивов в течение года: средний ранг 1-й подгруппы (29) различался от такового 2-й подгруппы (21; $p < 0,05$). Наиболее частое возникновение рецидивов в течение года наблюдалось в 1-й подгруппе.

Таким образом, более неблагоприятные клинические характеристики заболевания наблюдались в 1-й подгруппе амбулаторных больных.

Для оценки стрессогенности социальных факторов у пациенток на разных этапах формирования заболевания исследовался уровень социальной фрустрированности методикой Л.И. Вассермана в модификации В.В. Бойко. Данная методика состоит из 20 шкал, отражающих степень «удовлетворенности-неудовлетворенности» в наиболее значимых сферах жизни: взаимоотношения с родными и близкими; ближайшим социальным окружением; социальным статусом; социально-экономическим положением; своим образом жизни в целом. Также оценивался итоговый показатель социальной фрустрированности в каждой подгруппе. У исследуемых женщин между подгруппами были установлены значимые различия в отдельных сферах жизни (рисунок 1).

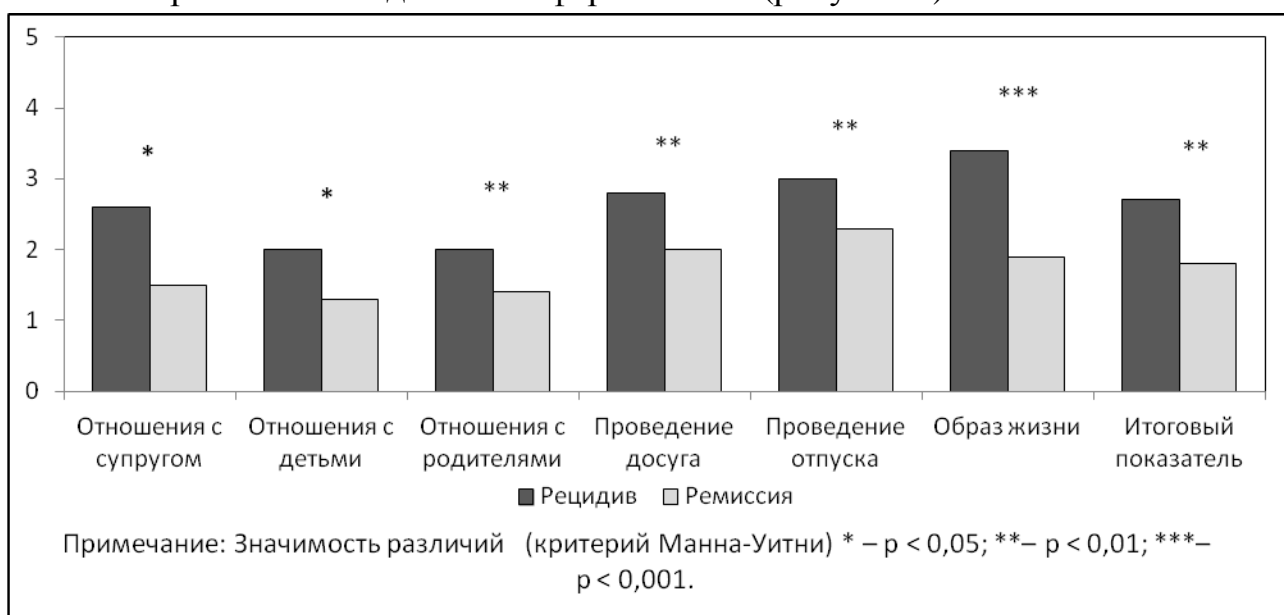


Рисунок 1 – Средние показатели уровней социальной фрустрированности у исследованных больных в подгруппах.

У пациенток 1-й подгруппы по шкалам, демонстрируемым на рисунке 1, показатели были значимо выше, чем во 2-й подгруппе. Однако итоговый показатель социальной фрустрированности в обеих подгруппах был достаточно низким (1-я подгруппа – $2,7 \pm 0,50$ баллов; 2-я подгруппа – $1,8 \pm 0,89$ баллов) и характеризовался в 1-й подгруппе как умеренный, а во 2-й подгруппе как пониженный.

В оценке качества жизни использовался опросник SF-36 с восемью стандартизированными шкалами, формирующими профиль физического и психического здоровья.

У пациенток, обследованных в состоянии ремиссии (от 3 до 18 месяцев) и после рецидива заболевания (на 10-й день после купирования синдрома отмены алкоголя), наблюдались значимые различия показателей по шкалам качества жизни, рисунок 2.

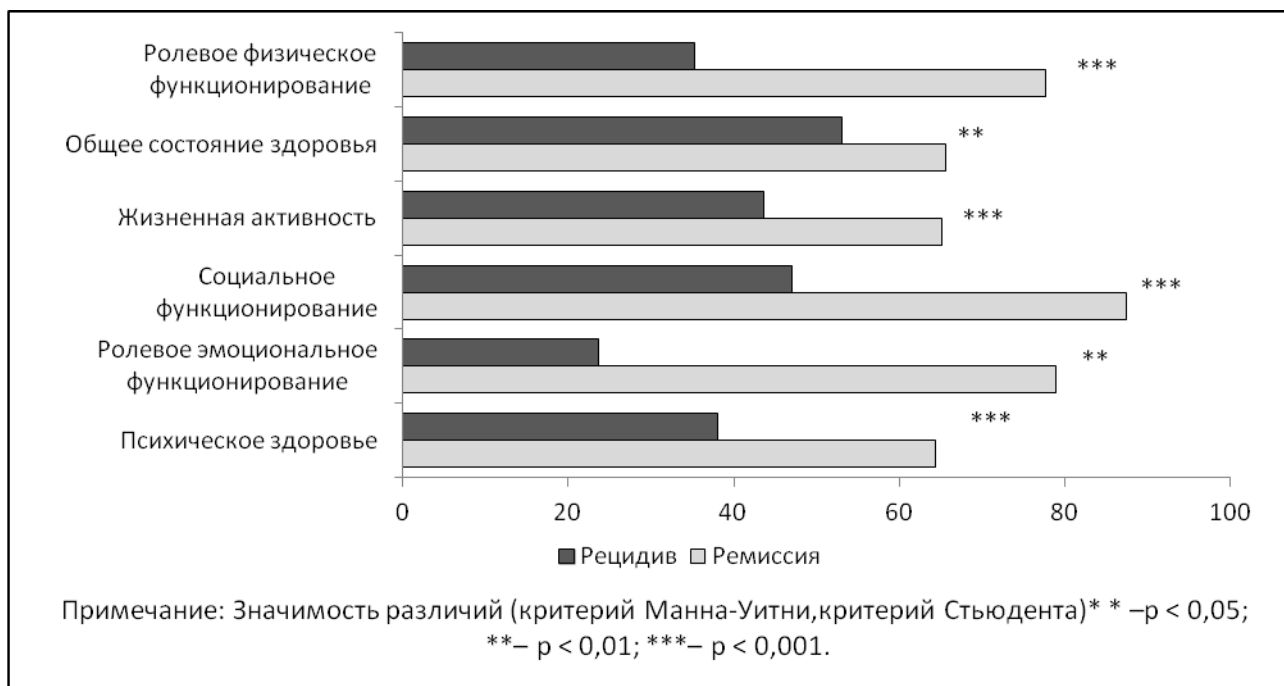


Рисунок 2 – Средние показатели качества жизни пациенток в подгруппах.

Наиболее значимые различия показателей качества жизни между пациентками, обследованными после рецидива заболевания и находящимися в состоянии ремиссии, были выявлены по следующим шкалам: ролевого физического функционирования, социального функционирования, ролевого эмоционального функционирования, жизненной активности, психического здоровья и показателя оценки общего состояния. По шкалам оценки физического функционирования и боли значимых различий выявлено не было. Высокий средний показатель социального функционирования ($87,5 \pm 2,58$ баллов) наблюдался у женщин с длительными сроками трезвости (свыше 12 месяцев), принимающих участие в социальной жизни и занятых на производстве.

Оценка уровня социальной фрустрированности и качества жизни пациенток, не состоящих на наркологическом учете (социальная и клиническая характеристика)

У пациенток, проходивших курс стационарного лечения (2-я группа), также был изучен уровень социальной фрустрированности и качества жизни на разных этапах заболевания. Эти пациентки были распределены следующим образом: обследованные на десятый день после купирования синдрома отмены – 3-я подгруппа (42 чел.) и находившиеся на разных сроках ремиссии – 4-я подгруппа (30 чел.). По основным социальным характеристикам подгруппы были сходными. Отдельные значимые различия были установлены по занятости пациенток в подгруппах: среди находившихся в ремиссии преобладали работающие (83,3%), что различалось с этим показателем обследованных после купирования синдрома отмены алкоголя (57,1%, $p < 0,05$).

По клиническим характеристикам были установлены отдельные различия в динамике заболевания в указанных подгруппах больных. Средний показатель продолжительности ремиссий в 3-й подгруппе ($2,1 \pm 0,5$) достоверно различался от этого показателя 4-й подгруппы ($17,6 \pm 3,3$; $p < 0,001$). Количество рецидивов в течение года значимо различалось между пациентками, средний ранг 3-й подгруппы (32) был достоверно меньше среднего ранга 4-й подгруппы (21); $p < 0,05$. Таким образом, меньшее количество рецидивов наблюдалось в течение года в 4-й подгруппе.

Диагностика уровня социальной фрустрированности в подгруппах выявила значимые различия по следующим шкалам: удовлетворенность «обстановкой в обществе» (показатель 3-й и 4-й подгрупп: $2,7 \pm 0,15$ и $3,4 \pm 0,14$ баллов соответственно, $p < 0,01$); «проведением своего досуга» ($2,7 \pm 0,16$ и $1,8 \pm 0,17$, $p < 0,01$); «своим образом жизни в целом» ($3,0 \pm 0,18$ и $1,9 \pm 0,22$, $p < 0,01$). Итоговый показатель уровня социальной фрустрированности 3-й подгруппы ($2,0 \pm 0,06$) значимо различался с данным показателем 4-й подгруппы ($1,7 \pm 0,09$, $p < 0,05$). Таким образом, у пациенток 3-й и 4-й подгрупп по шкалам диагностики уровня социальной фрустрированности было выявлено более ограниченное количество стрессогенных факторов, чем у пациенток, зарегистрированных в системе наркологического учета.

Эти же пациентки были обследованы на предмет определения качества жизни на разных этапах заболевания, рисунок 3.

У пациенток 3-й и 4-й подгрупп наиболее выраженные различия были установлены по следующим шкалам: ролевого физического функционирования, социального функционирования, психического здоровья. Средний показатель по шкале ролевого эмоционального функционирования в 3-й подгруппе был значимо выше, чем в 4-й подгруппе. Вместе с тем, у пациенток в ремиссии этот показатель был более низким и не достигал высоких оценок. Показатели по шкалам общего состояния здоровья и жизненной активности больных были также существенны. По шкалам интенсивности боли и общего физического самочувствия значимых различий между подгруппами не установлено. В данных подгруппах показатели демонстрировали различия на разных этапах заболевания в оценке психического и физического состояния. Вектор ролевого эмоционального функционирования в этой группе имел низкий показатель на этапе ремиссии.

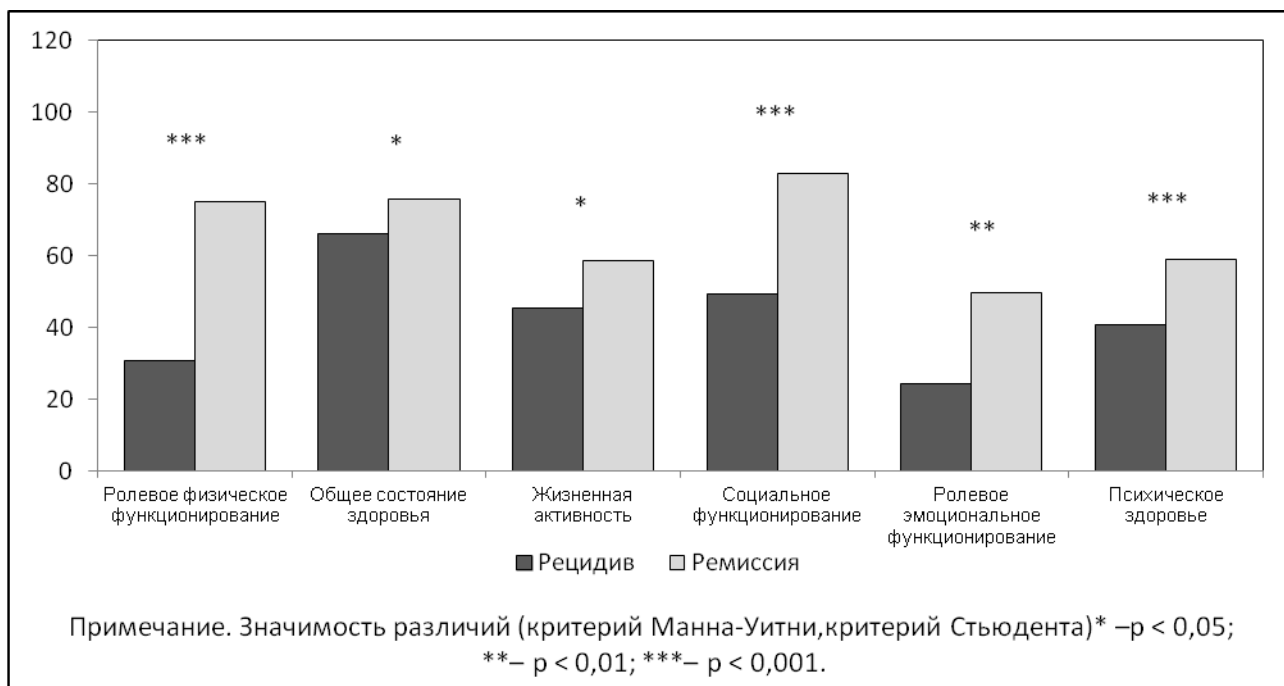


Рисунок 3 – Средние показатели качества жизни у пациенток, не состоящих на диспансерном наблюдении.

Таким образом, оценка показателей качества жизни была чувствительной к изменениям в состоянии амбулаторных и стационарных пациенток на всех этапах исследования. В ремиссии у всех исследуемых наблюдалась более высокие показатели физического и психического состояния, однако отдельные из них не достигали нормы. Уровень социальной фрустрированности амбулаторных больных, состоящих на наркологическом учете, выявил большее количество стрессогенных факторов в сфере взаимоотношений с близкими, чем у больных, не состоящих на наркологическом учете. Итоговый показатель уровня социальной фрустрированности у состоящих на наркологическом учете был невысоким на все этапах заболевания, что не соответствовало объективной оценке социальных характеристик данного контингента.

Исследование и оценка комплаенса в терапевтической программе у женщин, состоящих на диспансерном наблюдении

Для исследования комплаенса в терапевтическую программу (противорецидивная терапия цианамидом), рассчитанную на шесть месяцев, были включены 69 пациенток, состоящих на наркологическом учете, страдающих алкоголизмом и ранее не лечившихся цианамидом. Все пациентки были трудоспособного возраста ($43,4 \pm 3,0$ лет) с разными социально-экономическими характеристиками. Средний возраст начала злоупотребления алкоголем у обследуемых составлял $26,6 \pm 1,7$ лет, средний возраст формирования алкогольного абстинентного синдрома – $31,5 \pm 1,7$ лет.

Цианамид назначался в растворе в суточной дозе 50 мг, разделенной на

два приема. В процессе исследования 35 пациенток выбыли в течение первых трех месяцев в результате рецидива заболевания и в последующем не возвращались к приему препарата. Из них: 13 пациенток самостоятельно прекратили прием препарата на первом месяце исследования и лечения и у них наблюдался длительный рецидив заболевания; 10 пациенток – на втором месяце; 12 пациенток – на третьем месяце.

Завершили программу исследования 34 пациентки. Данные, представленные на рисунке 4, демонстрируют распределение пациенток в связи с соблюдением режима приема препарата в процессе исследования.

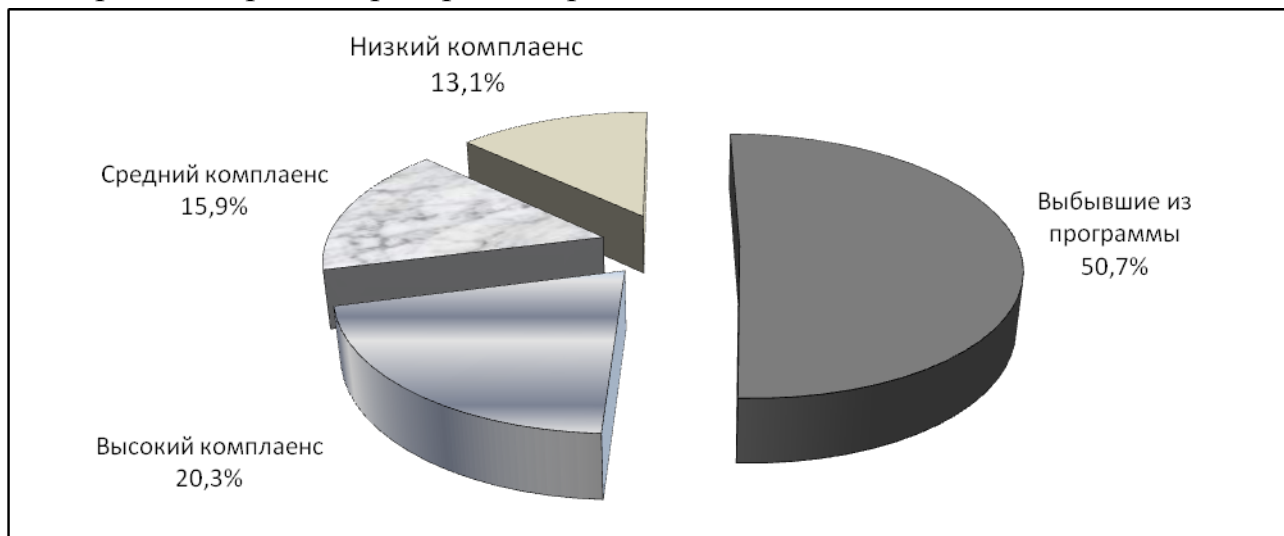


Рисунок 4 – Уровень комплаенса в терапевтической программе.

Высокий уровень комплаенса на протяжении шести месяцев исследования наблюдался у 20,3 % пациенток (отсутствие срывов и рецидивов, постоянный прием препарата). Средний уровень комплаенса был отмечен у 15,9% пациенток (допускались единичные пропуски приема препарата, не более двух срывов); низкий уровень – у 13% больных и характеризовался полным отказом от приема препарата в течение нескольких дней (от трех до пяти срывов и развернутый рецидив). Отсутствие комплаенса установлено у 35 пациенток (50,7%), выбывших из программы, в течение длительного времени не принимавших препарат с последующим отказом от приема препарата.

В ходе исследования были установлены значимые различия у пациенток, завершивших полный курс терапевтической программы, и у пациенток, выбывших на ранних ее сроках. При анализе социально-демографических характеристик были выявлены отдельные различия между больными. Средний возраст больных, выбывших из программы, составил $40,6 \pm 1,6$ лет, средний возраст женщин, завершивших программу – $48,1 \pm 1,9$ лет ($p < 0,01$). Характеристика семейных отношений с близкими родственниками у данного контингента имела существенные различия: средний ранг у больных, выбывших из программы

(43), был значимо выше такового (28), чем у пациентов, завершивших программу ($p < 0,01$). Отношения как эмоционально-близкие были отмечены у 18,4% первых (7 чел.) и у 58,8% вторых (20 чел.) ($p < 0,01$). Пациентки, выбывшие из программы, имели более высокий показатель конфликтных отношений в семье – 57,1% (20 чел). По фактическому составу семьи были установлены следующие различия: совместно с супругом и без детей проживало 11,8% пациенток, прошедших программу, из выбывших из программы этот показатель составил 31,6% ($p < 0,05$). Количество браков также значимо различалось: у завершивших программу оно составляло $1,3 \pm 0,2$, что было существенно меньше, чем у выбывших из программы – $1,9 \pm 0,2$ ($p < 0,05$). 60,9% пациенток, не имевших постоянного источника дохода и длительное время не работавших, преобладали среди женщин, выбывших из программы, у завершивших же программу этот показатель составлял 6,2% ($p < 0,05$). Доход (на одного человека в семье) также имел значимые различия: этот показатель у выбывших из программы (8285,1 \pm 571,1 руб.), был существенно ниже, чем у больных ее завершивших (12058,9 \pm 774,6 руб.; $p < 0,001$). Общий семейный доход у первых (31235,3 \pm 2766,9 руб.) был существенно выше этого показателя, чем у выбывших из программы (17552,6 \pm 1428,1 руб.; $p < 0,001$). Таким образом, у пациенток, выбывших из программы на ранних сроках исследования, семейные отношения часто характеризовались как конфликтные, эти пациентки чаще проживали с сожителем или супругом, злоупотребляющим алкоголем. Уровень дохода у них был значимо ниже, чем у больных, прошедших полный курс лечения.

Отдельные клинические характеристики у исследуемых женщин также имели значимые различия. Средняя продолжительность ремиссии в анамнезе у больных, завершивших программу, была $6,9 \pm 1,4$ месяцев и значимо различалась с данным показателем у выбывших из программы – $1,6 \pm 0,4$ месяцев ($p < 0,001$). Наименьшая частота рецидивов (1-2 в течение года в анамнезе) была отмечена у больных, прошедших программу, и составляла 33,3%, у выбывших из программы – 13,5% ($p < 0,05$). У пациенток с отсутствием комплаенса наблюдались значимо менее благополучные социальные характеристики и низкий уровень доходов. Эти данные были сопряжены с неблагоприятной клинической картиной заболевания, частыми рецидивами и короткой продолжительностью ремиссий.

ВЫВОДЫ

1. Возраст оказывал достоверное влияние на следующие клинические характеристики алкогольной зависимости у женщин: «возраст формирования синдрома отмены алкоголя», «давность заболевания», «количество рецидивов в течение года», «продолжительность ремиссии», «продолжительность синдрома

отмены алкоголя», «характеристика обращений за медицинской помощью», «продолжительность регулярного пьянства». В совокупности средние показатели клинических характеристик оказались достоверно худшими в группе молодых женщин, состоящих на наркологическом учете.

2. Уровень образования и трудовая квалификация больных обнаруживали положительные и отрицательные корреляции с рядом клинических характеристик. У женщин с высшим образованием, а также с высокой трудовой квалификацией такие характеристики как: «количество перенесенных алкогольных психозов», «давность заболевания», «продолжительность регулярной формы пьянства», «количество дней тяжелого пьянства», «возраст формирования алкогольной зависимости» имели достоверно лучшие показатели, чем у пациенток с более низким уровнем образования и квалификацией труда. Длительность ремиссий и частота рецидивов не выявляли взаимосвязи с данными факторами.

3. Женщины, не занятые трудовой деятельностью, по сравнению с работающими женщинами злоупотребляли алкоголем с более раннего возраста, имели более ранний возраст формирования синдрома отмены, большее количество перенесенных алкогольных психозов, рецидивов в течение года, дней тяжелого пьянства и более продолжительный синдром отмены. При этом они имели меньшую продолжительность ремиссии. Обращение за медицинской помощью в группе неработающих женщин достоверно чаще осуществлялось из-за более высокой частоты алкогольных психозов.

4. Уровень дохода достоверно влиял на все клинические характеристики алкогольной зависимости у женщин. Пациентки с низким уровнем доходов имели худшие показатели по сравнению с женщинами, имевшими высокий доход.

5. Женщины, состоящие на наркологическом учете, имели достоверно худшие показатели, по сравнению с пациентками, получавших анонимную медицинскую помощь по следующим характеристикам: «возраст начала злоупотребления алкоголем», «формирование абстинентного синдрома», «количество перенесенных психозов», «длительность заболевания», «количество дней тяжелого пьянства», «продолжительность абстинентного синдрома», «продолжительность регулярного употребления алкоголя». Значимых различий по длительности ремиссий и частоте рецидивов не установлено.

6. У пациенток, обследованных после купирования синдрома отмены, состоящих на наркологическом учете, было выявлено наибольшее количество фрустрирующих факторов. Итоговый показатель уровня социальной фрустрированности в этой группе оставался невысоким, что не соответствовало объективной и субъективной оценке социальных характеристик у данного контингента. Показатели качества жизни во всех группах существенно повышались на

этапе ремиссии, однако отдельные оценки психического и физического здоровья не достигали нормативных значений. Показатель социального функционирования был наиболее высоким у пациенток с продолжительными ремиссиями.

7. У 63,8% пациенток, состоящих на наркологическом учете, установлен отказ от лечения и низкий комплаенс с противорецидивной терапией цианамидом. У женщин старшего возраста с удовлетворительными социально-экономическими характеристиками комплаенс был выше, чем у других исследованных больных.

Практические рекомендации

1. При лечении женщин с алкогольной зависимостью целесообразно осуществлять комплексный, дифференцированный подход, учитывающий социально-демографические характеристики и их влияние на клинические проявления заболевания. Необходимо совершенствование форм государственной отчетности для детального анализа контингента.

2. Методики оценки качества жизни и уровня социальной фрустрированности являются чувствительными для оценки динамики состояния пациенток, поэтому могут применяться не только для теоретических исследований, но и в практической работе врача-нарколога.

3. Противорецидивная фармакотерапия должна проводиться с учетом ожидаемого комплаенса у женщин. Прогноз комплаенса можно проводить на основе учета результатов изучения социально-демографических, экономических и клинических характеристик пациенток с алкогольной зависимостью.

Список работ, опубликованных по теме диссертации

Научные статьи в журналах по перечню ВАК

1. Николкина Ю.А. Социально-демографические, клинические характеристики женщин, страдающих алкогольной зависимостью, находящихся на динамическом наблюдении в наркологическом диспансере / А.Г. Софронов, Ю.А. Николкина // Наркология. – 2011. – №12. – С. 46-51.

2. Николкина Ю.А. Оценка показателей качества жизни и социального функционирования у женщин, состоящих на диспансерном динамическом наблюдении/ А.Г. Софронов, Ю.А. Николкина // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2012. – №1. – С. 43-48.

3. Николкина Ю.А. Анализ отдельных социально-демографических и клинических особенностей у неработающих женщин с алкогольной зависимостью / А.Г. Софронов, Ю.А. Николкина // Наркология. – 2013. – №2. – С. 43-48.

Другие научные публикации

4. Николкина Ю.А. Динамика показателей качества жизни и социального функционирования у женщин с алкогольной зависимостью на разных этапах формирования ремиссии / А.Г. Софронов, Ю.А. Николкина // *Донозологический и здоровый образ жизни*. – 2012. – №1(10). – С. 27-31.

5. Николкина Ю.А. Клинические характеристики женщин, состоящих на диспансерном наблюдении в Санкт-Петербурге / А.Г. Софронов, Ю.А. Николкина, А.Е. Добровольская // *Сборник научн. трудов под ред. А.Г. Софронова и А.Ю. Егорова «Психиатрия и наркология в 21 веке»*. – 2011. – С. 173-175.

6. Николкина Ю.А. Социально-демографические характеристики женщин, состоящих на диспансерном учете в Санкт-Петербурге / А.Г. Софронов, Ю.А. Николкина // *Сборник научных трудов под ред. А. Г. Софронова и А. Ю. Егорова «Психиатрия и наркология в 21 веке»*. – 2011. – С. 170-172.

7. Николкина Ю. А. Социальные и возрастные особенности женщин, страдающих алкогольной зависимостью, состоящих на динамическом наблюдении в наркологическом диспансере / Ю.А. Николкина, А.Г. Софронов // *Профилактическая и клиническая медицина*. – 2011. – №2. – Т. 1(39). – С. 248-249.

8. Николкина Ю.А. Клиническое исследование эффективности препаратов колме и дисульфирама в лечении женского алкоголизма / А.Г. Софронов, А.Ю. Егоров, В.А. Бухтояров, Ю.А. Николкина // *Сб. научн. статей под ред. А.Г. Софронова и А.Ю. Егорова «Психиатрия и наркология в 21 веке»*. – СПб, 2008. – С. 213-232.

9. Николкина Ю.А. Особенности алкогольной зависимости у женщин со стойкими когнитивными нарушениями, состоящих на диспансерном наблюдении в наркологическом диспансере / Ю.А. Николкина, А.Г. Софронов, А.П. Савельев // *Сб. тезисов научно-практической конференции молодых ученых «Актуальные вопросы клинической и экспериментальной медицины»*. – СПб, 2011. – С. 142-143.

10. Николкина Ю.А. Возрастные, клинические особенности женщин страдающих алкогольной зависимостью, состоящих на диспансерном наблюдении в наркологическом диспансере / Ю.А. Николкина, А.Г. Софронов, А.А. Спикина // *Сб. тезисов научно-практической конференции молодых ученых «Актуальные вопросы клинической и экспериментальной медицины»*. – СПб., 2011. – С. 142-143.

11. Николкина Ю.А. Особенности социального функционирования и качества жизни пациенток с алкогольной зависимостью, находящихся на различных этапах формирования ремиссии / Николкина Ю.А., Софронов А.Г., Добровольская А.Е // *Материалы межрегиональной конференции 1-2 ноября 2011 г.*

«Организационно методические и реабилитационные проблемы наркологии». – СПб., 2011. – С. 50-51.

12. Николкина Ю.А. Особенности качества жизни пациенток с алкогольной зависимостью, находящихся на диспансерном наблюдении / А.Г. Софронов, Ю.А. Николкина // Материалы научно-практической конференции с международным участием «Комплексные подходы к стандартизации диагностики и терапии психических расстройств» (Санкт-Петербург, 7-8 октября 2011 г.). – 2011. – С. 133-134.

13. Николкина Ю.А. Исследование качества жизни среди женщин с алкогольной зависимостью в Санкт-Петербурге / Е.В. Кокарев, Ю.А. Николкина // Сб. материалов 15 Всероссийской научно-практической конференции «Современные подходы и технологии» – СПб: Изд. ГРПУ им. А.И. Герцена, 2011. – С. 41-42.

14. Николкина Ю.А. Влияние отдельных социальных факторов на формирование алкогольной зависимости у женщин / Ю.А. Николкина, А.Г. Софронов // Научно-практическая конференция: Организационно-правовые, клинко-диагностические вопросы общей психиатрии, судебно-психиатрической экспертизы. – СПб: Изд-во «Альта Астра», 2013. – С. 15.

15. Николкина Ю.А. Отдельные клинические характеристики у женщин с разными сроками формирования алкогольной зависимости / Ю.А. Николкина // Научно-практическая конференция «Организационно-правовые, клинко-диагностические вопросы общей психиатрии, судебно-психиатрической экспертизы». – СПб: Изд-во «Альта Астра», 2013. – С. 14.

16. Николкина Ю.А. Сравнительная оценка отдельных социальных характеристик женщин, с алкогольной зависимостью, получающих медицинскую помощь в системе государственного наркологического учета и на анонимной основе / Ю.А. Николкина, А.Д. Петров // «Реабилитация и дестигматизация в психиатрии»: Материалы научно-практической конференции с международным участием (Санкт-Петербург, 4-5 июня 2013 г.) / отв. ред. Н.Н. Петрова. – СПб: Элмор, 2013. – С. 106-107.