

*«На правах рукописи»*

**МАХОВ МИХАИЛ АЛЕКСАНДРОВИЧ**

**ТАБАЧНАЯ ЗАВИСИМОСТЬ У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ**

14.01.27 – наркология

**АВТОРЕФЕРАТ**

диссертации на соискание учёной степени  
кандидата медицинских наук

Москва – 2018

Работа выполнена в Федеральном государственном бюджетном учреждении «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

**Научный руководитель:** кандидат медицинских наук  
**Надеждин Алексей Валентинович**

**Официальные оппоненты:** доктор медицинских наук, профессор,  
заведующий кафедрой психиатрии и медицинской  
психологии ФГБОУ ВО «Чувашский государственный  
университет имени И.Н. Ульянова»  
**Голенков Андрей Васильевич**

кандидат медицинских наук, доцент кафедры  
психиатрии и наркологии ФГАОУ ВО Первый  
московский государственный медицинский  
университет имени И.М. Сеченова Минздрава России  
**Ненастьева Анна Юрьевна**

**Ведущая организация:** ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-  
стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Минздрава России.

Защита диссертации состоится 29 ноября 2018 г. в 10 часов 30 минут на заседании совета Д 208.093.01 по защите докторских и кандидатских диссертаций при ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России (192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3).

С диссертацией можно ознакомиться в научной библиотеке ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России (192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3). и на сайте: [www.bekhterev.ru](http://www.bekhterev.ru)

Автореферат разослан 29 октября 2018 г.

Учёный секретарь диссертационного совета  
доктор медицинских наук

**Бутома Борис Георгиевич**

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

### **Актуальность темы исследования.**

Обеспечение здоровья нации является первостепенной задачей для государства и медицинского сообщества.

От болезней связанных с табакокурением в России ежегодно умирает 400 000 человек (Дёмин А.К., 2013).

Продолжительность жизни в России в 2017 году составила: мужчины - 67,5 лет, женщины - 77,4 лет. Главной особенностью смертности в России является значительная разница между ожидаемой продолжительностью жизни мужчин и женщин, она составляет - 9,9 лет. В норме разница между средней продолжительностью жизни мужчин и женщин составляет 3-5 лет. Основными причинами такой большой разницы средней продолжительностью жизни у мужчин и женщин в России является: курение, низкая стрессоустойчивость, экстремальные нагрузки и нежелание заниматься своим здоровьем.

По данным Росстата за 2017 год, структура причин смертности в России - 48% болезни сердечно-сосудистой системы, 15% - онкология, 4% - болезни органов дыхания и 5% - болезни органов пищеварения. Показатели смертности российских мужчин трудоспособного возраста в 10 раз выше, чем в развитых странах и в 5 раз выше, чем в развивающихся (Росстат., 2017).

Отказ от табакокурения это условие оздоровления организма и профилактики многих ассоциированных с табакокурением заболеваний. У прекративших курение смертность от сердечно-сосудистых заболеваний снижается до уровня никогда не куривших, через 3-5 лет после отказа от табакокурения, а от онкологических заболеваний - через 8-10 лет. По этой причине помощь в отказе от табакокурения по критериям эффективности и стоимости является наиболее перспективным направлением профилактики хронических неинфекционных заболеваний, улучшения качества и увеличения продолжительности жизни. Эти факты доказаны и проверены в проспективных исследованиях (Ostbye T. et al., 2004).

Распространенность табакокурения среди обращающихся за медицинской помощью зависимых от алкоголя пациентов, по данным зарубежных авторов, может достигать 80% (Ceballos N.A., 2006, Littleton J. et al., 2007). Табачная зависимость и зависимость от алкоголя часто являются коморбидной патологией. Так, по результатам ряда исследований, распространённость табакокурения среди зависимых от алкоголя в 2-3 раза выше, чем в общей популяции (Grant V.F., et al., 2004). Зависимые от алкоголя курильщики подвержены более высокому риску заболеть и умереть в связи с развитием у них, вызываемых курением заболеваний, таких как ишемическая болезнь сердца, хронические заболевания лёгких, онкологические заболевания лёгочного и кишечного трактов (Левшин В.Ф., 2012). В результате исследований установлено, что 50% курильщиков, получавших лечение от алкоголизма, умирает от заболеваний вызванных табакокурением (Hurt R.D. et al.,

1996, 2003). Также в ряде исследований было выявлено, что относительный риск смертности у лиц с алкогольной и никотиновой зависимостью выше, чем зависимых от алкоголя и никотина по отдельности (Grucza R.A. et al., 2006, Marrero J.A. et al., 2005, Pelucchi C., 2006). Так алкоголь зависимые курильщики имеют более низкие показатели общего соматического и психического состояния здоровья, чем больные с каждой отдельной нозологией (Patten C.A. et al., 2001). Тяжесть алкогольной и никотиновой зависимостей при их сочетании выше, чем по отдельности (John U.etal., 2003), а вероятность спонтанной ремиссии ниже (Di Franza J.R. et al., 1990).

На сегодняшний день в нашей стране мало исследований, посвящённых изучению особенностей табачной зависимости у лиц, страдающих алкоголизмом, не сформулированы лечебно-диагностические подходы отказа от табакокурения для лиц, сочетано зависимых от алкоголя и табака (СЗАТ).

Всё это определяет актуальность темы настоящего исследования.

#### **Степень разработанности темы исследования.**

В настоящее время в России проводятся административные и экономические меры по борьбе с табакокурением. Разработаны эффективные программы медицинской помощи по отказу от табака, и лечению табачной зависимости. Вместе с тем, медицинские лечебно-профилактические мероприятия зачастую проводятся в недостаточном объёме, в связи с неподготовленностью врачей, и недостаточностью организационно-методической базы (Надеждин А.В. и др., 2011, Тетенова Е.Ю. и др., 2012).

Основным контингентом, обращающимся в наркологические учреждения, являются больные алкоголизмом (Кошкина Е.А., 2013). Подавляющее большинство наркологических больных, состоящих на учёте в специализированных лечебных учреждениях, являются потребителями табака. Из-за отсутствия специальных исследований о распространённости табакокурения среди данного контингента, точная эпидемиологическая картина неясна. Как правило, диагноз: синдром зависимости от табака (F17.2), врачами психиатрами-наркологами, оказывающими специализированную врачебную помощь наркологическим больным, игнорируется. Немногочисленные исследования сочетанной зависимости от алкоголя и табака за рубежом не дают полного представления по данной проблеме.

**Цель исследования** - выявить клинические и возрастные особенности основных проявлений синдрома зависимости от табака у лиц, страдающих алкоголизмом.

#### **Задачи исследования:**

1. Изучить клинические особенности синдрома зависимости от табака у лиц, сочетано зависимых от алкоголя и табака.
2. Изучить возрастные особенности основных проявлений синдрома зависимости от табака у лиц, страдающих алкоголизмом.

3. Изучить влияние факторов, провоцирующих табакокурение у лиц сочетано зависимых от алкоголя и табака.

4. Провести сравнительный анализ диагностических шкал, использующихся при диагностике табакокурения и определить целесообразность их применения в практической и научной деятельности.

#### **Научная новизна.**

В работе впервые:

– установлены социально-демографические особенности, у лиц сочетано зависимых от алкоголя и табака;

– выявлены клинические особенности основных проявлений синдрома зависимости от табака у лиц, сочетано зависимых от алкоголя и табака;

– выявлены факторы провоцирующие табакокурение, факторы срыва и рецидива табачной зависимости у лиц сочетано зависимых от алкоголя и табака;

– выявлены возрастные особенности течения табачной зависимости у лиц, больных алкоголизмом;

– впервые проведен сравнительный анализ диагностических шкал, использующихся для диагностики синдрома зависимости от табака у данного контингента больных, и определена целесообразность их применения для практической и научной деятельности.

#### **Теоретическая и практическая значимость работы.**

В результате работы было установлено:

1. Клиническая картина табачной зависимости у лиц СЗАТ имеет ряд существенных особенностей, отличающих её от клинической картины табачной зависимости у лиц зависимых только от табака.

2. Выявлены факторы провоцирующих табакокурение, факторы срыва и рецидива табачной зависимости у лиц СЗАТ.

3. Выявлены возрастные особенности табачной зависимости у лиц СЗАТ.

4. Проведён сравнительный анализ применения диагностических инструментов измеряющих табачную зависимость у лиц СЗАТ.

5. Полученные результаты позволят более дифференцированно применять диагностические инструменты измерения табачной зависимости, как в практической медицине, так и в научной деятельности.

**Методология и методы исследования.** В исследовании использовались клиничко-психопатологический, психометрический, математико-статистический методы.

#### **Внедрение результатов работы в практику.**

Полученные результаты применяются в клинической, научной и образовательной деятельности в ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения города Москвы».

### **Основные положения, выносимые на защиту.**

1. У лиц СЗАТ отмечается более выраженная степень зависимости от табака, проявляющаяся высокой толерантностью к никотину (большое количество выкуриваемых сигарет, предпочтение табачных изделий с высоким содержанием никотина), интенсивным табакокурением, выраженной клинической картиной синдрома отмены табака с преобладанием тревожно-депрессивной симптоматики, в сравнении с лицами зависимыми только от табака.

2. Выявлены провоцирующие табакокурение, факторы срыва и рецидива табачной зависимости у лиц СЗАТ. Факторы, влияющие на курительное поведение лиц СЗАТ: недостаточная степень осознания вреда, наносимого табакокурением, недостаточная мотивация на отказ от табака.

3. С целью объективизации основного клинического признака синдрома зависимости от табака - крейвинга (аддиктивное влечение), был проведён сравнительный анализ инструментов измерения данного признака.

4. Проведён сравнительный анализ эффективности диагностических инструментов измеряющих различные аспекты табачной зависимости у лиц СЗАТ.

5. Установлено, что с возрастом меняется клиническая картина синдрома зависимости от табака у лиц СЗАТ, в том числе увеличивается доля лиц готовых к полному отказу от табака.

**Степень достоверности результатов исследования:** обеспечивается представительностью и достоверностью исходных данных. Обзор литературы основан на тщательном и глубоком анализе научных публикаций связанных с темой исследования, использовались ресурсы текстовых баз данных медицинских и биологических публикаций PubMed и MedLine.

Корректная формулировка цели и задач исследования, применение проверенных валидных методик и диагностических шкал, достаточная мощность выборки (152 пациента основной группы и 65 человек контрольной группы), статистическая обработка с помощью компьютерной программы SPSS ver.21-обеспечивают достоверность результатов исследования. Выводы и практические рекомендации - логически верны.

### **Апробация работы и публикации.**

Проведение диссертационного исследования одобрено Комитетом по этике научных исследований ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» МЗ РФ - 1 февраля 2016 года, протокол № 8/4.

Апробация диссертации состоялась 12 декабря 2017 года на заседании проблемной комиссии по клинической наркологии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» МЗ РФ, протокол № 16.

Результаты работы отражены в 3 публикациях в рекомендуемых ВАК

изданиях.

### **Личный вклад автора в проведённое исследование.**

Автором самостоятельно разработана идея, дизайн исследования, план исследования, проведён обзор имеющихся по теме диссертации литературных данных отечественных и зарубежных авторов, сформулированы цель и задачи исследования, определены объём работы и методы исследования. Автором была разработана индивидуальная карта исследования. В ходе исследования автор лично проводил анализ первичной медицинской документации (истории болезни), индивидуальный опрос и осмотр пациентов, их клиническую оценку (психопатологический метод), индивидуальное тестирование пациентов в виде заполнения ими анкет и опросников (психометрический метод), статистическую обработку полученных результатов исследования.

### **Структура и объём диссертации.**

Диссертация изложена на 162 страницах и состоит из введения, 4 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы и приложений. Работа иллюстрирована 5 таблицами, 56 рисунками. Список литературы содержит 301 источник, из них 37 - отечественные и 264 - зарубежные авторы.

## **ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ**

### **Объект исследования.**

Для решения поставленных задач исследования был выбран поперечный (cross-sectional) дизайн, как наиболее удобный формат изучения клинической феноменологии и описания зависимости от табака в двух различных совокупностях.

В основную группу (группа 1) - сочетано зависимых от алкоголя и табака (группа СЗАТ), вошли мужчины, в количестве 152 человек, находящиеся на стационарном лечении с диагнозом: Синдром зависимости от алкоголя. Средняя стадия (F10.21.2) и сопутствующим диагнозом: Синдром зависимости от табака (F17.2). Средний возраст пациентов составил  $42.49 \pm 10.51$ . Больные основной группы (группа СЗАТ) набирались на 2 клинических базах: в наркологических отделениях г.Москвы: ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения города Москвы» и ФГБУ ННЦ наркологии Минздрава России, в период с июля 2014 по декабрь 2014 года. Все обследованные больные дали добровольное информированное согласие на своё участие в проведении исследования и находились в условиях наркологического стационара. Проводилась фармакотерапия в соответствии с действующими стандартами лечения. Исследование больных проводилось на 10-й день нахождения в стационаре, в постабстинентный период, путём осмотра, опроса, анкетирования, заполнения совместно с исследователем индивидуальной карты исследования и опросников.

Группу сравнения (группа 2) - зависимых от табака (группа ТЗ), составили 65 мужчин курильщиков, отвечающих критериям синдрома зависимости от табака

(F17.2), набранных сплошным методом, в общей популяции без синдрома зависимости от алкоголя. Средний возраст составил  $43.21 \pm 11.81$ . Исследование проводилось в тот же день после получения согласия на анкетирование, путём клинического обследования, осмотра, опроса, совместного с исследователем заполнения анкет и опросников исследования.

Полученные данные заносились в сводную таблицу программы MS Excel, проводилась статистическая обработка с помощью программы SPSS ver.21.

Для каждой группы были установлены критерии включения и не включения в исследование:

*Критерии включения в исследование для группы СЗАТ:*

1. Мужчины в возрасте от 20 до 70 лет включительно;
2. Установленный диагноз по МКБ-10, Психические и поведенческие расстройства вызванные употреблением алкоголя. Синдром зависимости. Средняя стадия. Воздержание в условиях, исключающих употребление (F10.21.2);
3. Установленный диагноз по МКБ-10, Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением табака. Синдром зависимости. Средняя стадия (F17.2);
4. Наличие подписанного информированного согласия на участие в научном исследовании.

*Критерии не включения в исследование для группы СЗАТ:*

1. Синдром зависимости от других психоактивных веществ;
2. Сопутствующие психические заболевания (шизофрения, эпилепсия, биполярное расстройство, СДВГ);
3. Сопутствующие соматические заболевания в стадии декомпенсации (ИБС, инфаркт миокарда, гипертоническая болезнь, инсульт, хроническая обструктивная болезнь лёгких (ХОБЛ) в стадии дыхательной недостаточности);
4. Отказ пациента подписать информированное согласие на участие в научном исследовании.

*Критерии включения в исследование для группы ТЗ:*

1. Мужчины в возрасте от 20 до 70 лет включительно;
2. Лица отвечающие критериям синдрома зависимости от табака (МКБ-10);
3. Отсутствие анамнестических данных, свидетельствующих о злоупотреблении алкоголем;
4. Наличие подписанного информированного согласия на участие в научном исследовании.

*Критерии не включения в исследование для группы ТЗ:*

1. Синдром зависимости от алкоголя и других психоактивных веществ;
2. Сопутствующие психические заболевания (шизофрения, эпилепсия, биполярное расстройство, СДВГ);
3. Сопутствующие соматические заболевания в стадии декомпенсации (ИБС,

инфаркт миокарда, гипертоническая болезнь, инсульт, хроническая обструктивная болезнь лёгких (ХОБЛ) в стадии дыхательной недостаточности);

4. Отказ пациента подписать информированное согласие на участие в научном исследовании.

#### *Социально-демографические особенности групп исследования.*

Проведя сравнение в группах исследования, установлено, что в группе СЗАТ имеется более отягощённый наркологический анамнез в семье, в сравнении с группой ТЗ. По социально-демографическим показателям группа СЗАТ в сравнении с группой ТЗ характеризовалась: неблагоприятными внутрисемейными взаимоотношениями, высокой частотой встречаемости невротических расстройств в детстве, большим количеством лиц в разводе и неженатых, не имеющих высшего образования, низким уровнем материального положения и высоким уровнем безработных. Группа СЗАТ имела более высокий уровень соматических расстройств ассоциированных с употреблением алкоголя и табака. Полученные данные статистически достоверные.

#### **Методы исследования.**

##### *Клинико-психопатологический метод.*

Для исследования автором разработана карта, состоящая из 50 пунктов. Она включала в себя вопросы, касающиеся анамнеза жизни, анамнеза заболевания, курительного статуса, симптоматики синдрома отмены, особенностей курительного поведения и др. Исследование синдрома отмены табака в обеих группах проводилось ретроспективно. Респондентам, предлагалось вспомнить свои внутренние переживания и ощущения в прошлом, в ситуации воздержания от употребления табака. На основании полученного субъективного опыта респонденты заполняли раздел карты исследования, содержащий критерии синдрома отмены табака F 17.3x (МКБ-10).

##### *Психометрические методы.*

В исследовании были использованы следующие диагностические инструменты:

1. Для оценки степени никотиновой зависимости использовались тест Фагерстрёма (Hertherton T.F., et al., 1991) и шкала зависимости от сигарет (CDS-12) (Etter J.F., et al., 2003).

2. Висконсинский опросник мотивов табачной зависимости для определения причин курительного поведения (WISDM-68) (Piper M.E., et al., 2004).

3. Анкета для определения типа курительного поведения Хорна для объективизации мотивов курительного поведения (Horn D.A., 1976).

4. Анкетный тест на готовность к отказу от табакокурения (Левшин В.Ф., 2003).

Использование тестов и шкал, измеряющих одинаковые параметры зависимости от табака, проводилось с целью сравнения их диагностической эффективности у лиц СЗАТ.

5. Для оценки аффективных нарушений у лиц СЗАТ и ТЗ были использованы

шкалы-самоопросники: шкала оценки депрессии А. Бэка (Beck A.T., et al., 1996), и шкала самооценки тревожности Спилбергера-Ханина (Spielberger Ch.D., 1972).

*Математико-статистический метод* использовался для обработки первичных данных, полученных в результате использования вышеперечисленных методов. Для определения изучаемой выборки на нормальность нами использовался критерий Шапиро-Уилка. В связи с ненормальностью выборки для статистического анализа полученных данных нами были использованы непараметрические критерии. Описательная статистика, анализ качественных и порядковых признаков, сравнительный анализ двух групп. Анализ значимости различий двух или нескольких относительных показателей (частот, долей) оценивался с помощью критерия –  $\chi^2$ . Оценка различий в двух независимых выборках по уровню количественного признака (бальные оценки тестов и числовые показатели) - U- критерий Манна-Уитни. Теснота связи между признаками рассчитывалась по критерию ранговой корреляции Спирмена ( $r_s$ ). ROC - анализ использовался для оценки качества диагностических инструментов, оценивающих крейвинг (домен «Жажда» анкеты для определения типа курительного поведения Хорна и домен «Крейвинг» Висконсинского опросника мотивов табачной зависимости). Математическая обработка данных проводилась с использованием компьютерной программы SPSS ver.21. Результаты оценивали как значимые при  $p < 0,05$ .

#### **Результаты исследования.**

##### *Мотивы потребления табака.*

Установлено, что для лиц СЗАТ более свойственны преимущественно инфантильные мотивы первой пробы табака, такие как любопытство 61,8%, желание выглядеть старше 20,4% и с целью привлечения к себе внимания 7,4%, что статистически значимо выше ( $p < 0,05$ ), чем в группе лиц ТЗ, любопытство 40%, желание выглядеть старше 4,6% и с целью привлечения к себе внимания 0%, что может являться способом самоутверждения и компенсации низкой самооценки и недостатка к себе внимания в подростковом возрасте.

На момент исследования в группе СЗАТ основные мотивы курения табака были следующие: с целью снижения напряжения и получения расслабления 52,6%, для получения удовольствия 27%, для повышения самооценки 7,2%, что статистически значимо выше ( $p < 0,05$ ), чем в группе ТЗ, где причина курения с целью снижения напряжения и получения расслабления составляла 32,3%, для получения удовольствия 12,3%, для повышения самооценки 0%. Курение табака на момент исследования для лиц СЗАТ является средством снятия напряжения и одним из способов расслабления.

##### *Особенности курительного поведения.*

Суточная толерантность к никотину складывается из количества выкуриваемых сигарет (рис.1) и содержания никотина в них (рис.2), которое в обиходе называют "крепостью" сигарет.

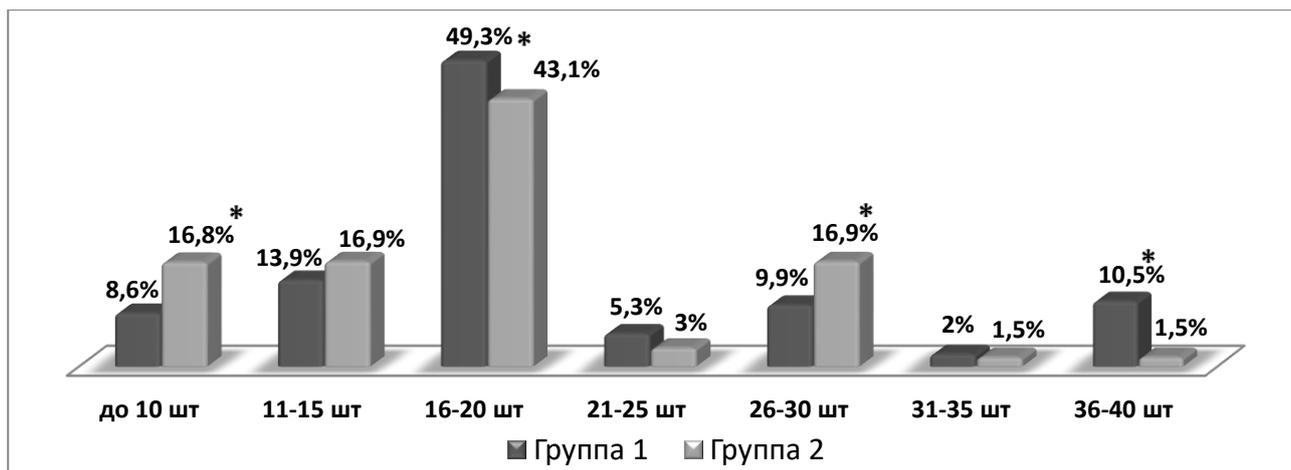


Рис.1. Суточная толерантность никотина.\* -  $p < 0,05$ , для критерия  $\chi^2$ .

Лица СЗАТ в среднем курят большее количество сигарет в сутки, чем лица ТЗ. В 1 группе количество лиц выкуривающих до 10 сигарет в сутки составило 13 человек (8,6%), что статистически значимо ниже ( $p=0,01$ ), чем во 2 группе 11 человек (16,8%). В 1 группе число лиц потребляющих от 16 до 20 сигарет в сутки составило 75 человек (49,3%), что статистически значимо выше ( $p=0,01$ ), чем во 2 группе 28 человек (43,1%). В 1 группе число лиц потребляющих от 26 до 30 сигарет в сутки составило 15 человек (9,9%), что статистически значимо выше ( $p=0,01$ ), чем во 2 группе 11 человек (16,9%). В 1 группе число лиц потребляющих от 36-40 сигарет и больше составляет 16 человек (10,5%), что статистически значимо выше ( $p=0,01$ ), чем во 2 группе 1 человек (1,5%).

Лица СЗАТ потребляют большее количество сигарет в сутки, чем лица ТЗ (рис.1). Доля лиц выкуривающих 36 сигарет и более в сутки достоверно выше, а выкуривающих до 10 сигарет в сутки достоверно ниже, чем в группе ТЗ, что говорит о более интенсивном характере табакокурения.

Предпочитаемый тип сигарет показан на рисунке 2. В обеих группах различия статистически значимы ( $p < 0,05$ ).

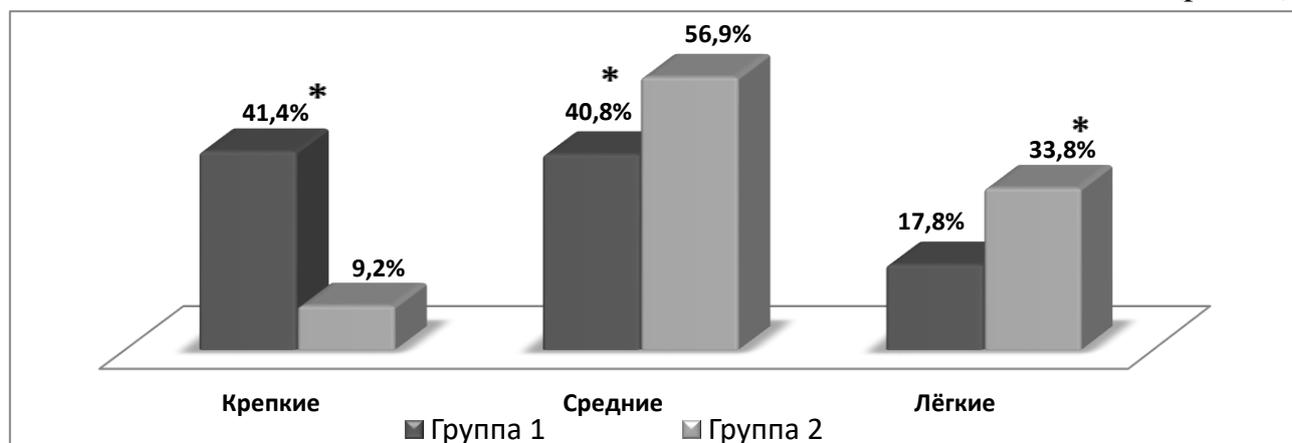


Рис.2. Предпочитаемый тип сигарет.\* -  $p < 0,05$ , для критерия  $\chi^2$ .

Крепкие сигареты (рис.2) с высоким (выше 0,9 мг/сигарета) содержанием никотина предпочитают в группе СЗАТ - 41,4%, а в группе ТЗ - 9,2%. Сигареты со средним

(0,4-0,9 мг/сигарета) содержанием никотина предпочитают в группе СЗАТ - 40,8%, а в группе ТЗ - 56,9%. Сигареты с низким (0,4 и ниже мг/сигарета) содержанием никотина предпочитают в группе СЗАТ - 17,8%, а в группе ТЗ - 33,8%. На основании полученных данных можно сделать вывод, что в группе СЗАТ толерантность к табаку выше, чем у лиц ТЗ.

Для более полного представления о выраженности табачной зависимости важно знать не только количество и тип выкуриваемых сигарет, но и определенные паттерны курительного поведения (рис.3), свидетельствующие о степени её тяжести, такие как выкуривание первой сигареты сразу после утреннего пробуждения, «автоматическое» курение и курение ночью.

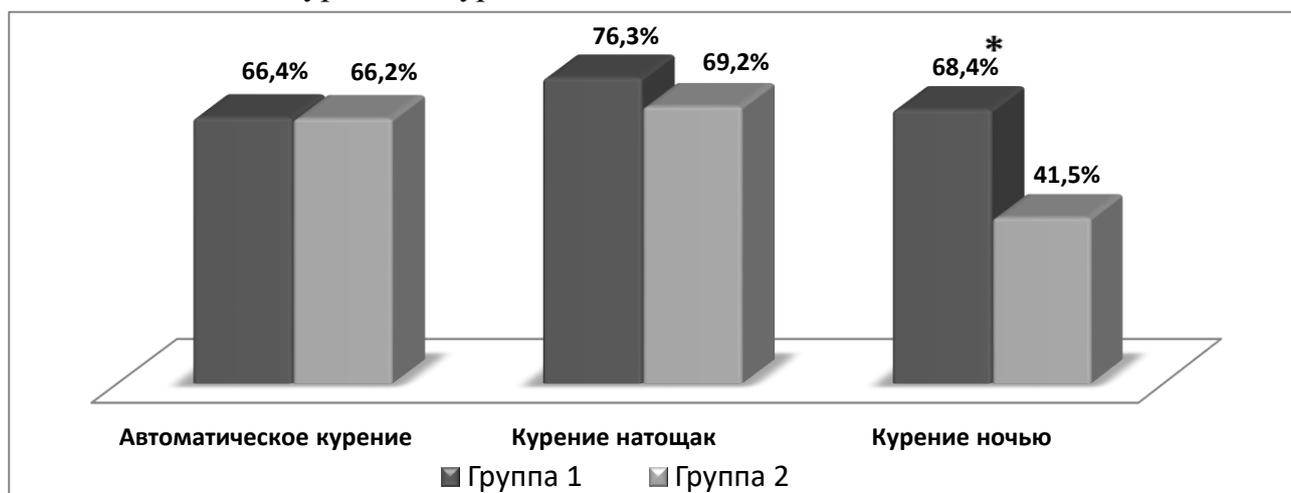


Рис. 3.«Автоматическое курение», курение натошак, курение ночью. \* -  $p < 0,05$ , для критерия  $\chi^2$ .

Ночное табакокурение, чаще встречается в группе СЗАТ - 68,4%, по сравнению с группой ТЗ - 41,5% ( $p < 0,05$ ). Так называемое «автоматическое курение» и курение натошак в 1 и 2 группах не имело статистически значимых различий. Нарушение сна и как следствие пробуждение ночью, сопровождающееся курением табака чаще встречается у лиц СЗАТ, что ещё раз подтверждает выше приведённые выводы о более выраженной степени зависимости от табака у лиц СЗАТ.

Распределение табакокурения в течение суток - в группе СЗАТ было более интенсивным утром - 36,9% и по дороге на работу - 21,7%, что статистически значимо выше, чем в группе ТЗ: утром - 6,2%, по дороге на работу - 9,2% ( $p = 0,00$  и  $p = 0,02$  соответственно). Для лиц СЗАТ более характерно курение утром, и в первой половине дня, что связано со стремлением купировать инициальный период синдрома отмены табака после ночного сна.

#### *Синдром отмены табака.*

Проявления синдрома отмены табака графически представлены на рисунке 4 и в таблице 1. У лиц СЗАТ синдром отмены табака проявляется психопатологическими нарушениями в виде тревоги, дисфории, психомоторной ажитации, раздражительности, нарушении сна, трудностях в сосредоточении, повышенном аппетите.

Таблица 1. Синдром отмены табака F 17.3 (критерии МКБ-10).

Симптомы	Группа 1		Группа 2		$\chi^2$ <i>p</i>
	(n)	(%)	(n)	(%)	
Тревожность	62	40,8%	8	12,3%	0,00
Дисфорическое настроение	42	27,6%	3	4,6%	0,00
Психомоторная ажитация	32	21,1%	1	1,5%	0,00
Раздражительность и беспокойство	81	53,3%	22	33,8%	0,00
Нарушение сна	41	27,0%	6	9,2%	0,00
Повышенный аппетит	35	23,0%	6	9,2%	0,01
Трудности в сосредоточении	36	23,7%	6	9,2%	0,01

Симптоматика синдрома отмены табака у лиц СЗАТ более выражена и разнообразна, чем у лиц ТЗ, проявляется более ярко, что свидетельствует о более выраженной никотиновой зависимости у лиц СЗАТ.

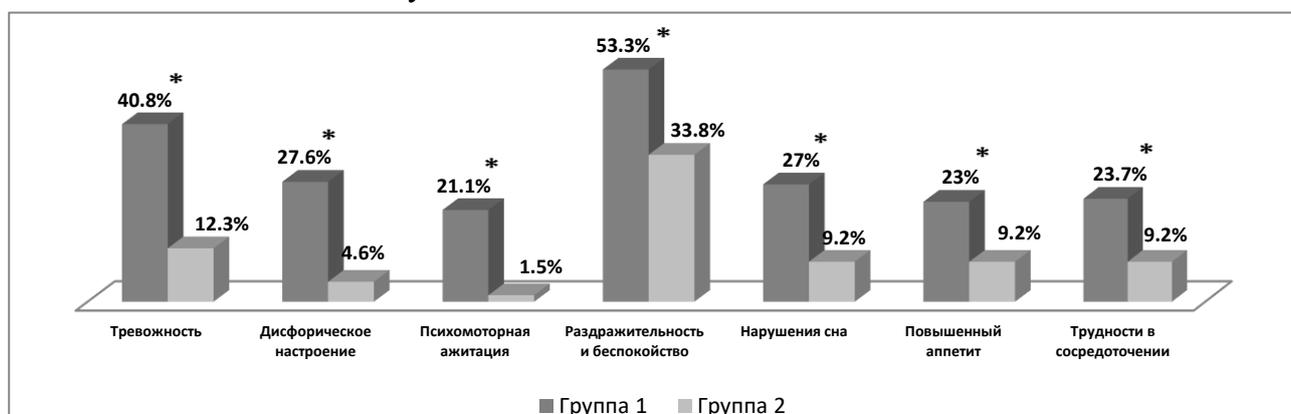


Рис.4. Проявления синдрома отмены табака F 17.3 (критерии МКБ-10). \* -  $p < 0,05$ , для критерия  $\chi^2$ .

Степень тяжести синдрома отмены табака, у лиц СЗАТ статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) чаще отмечался средней и тяжелой степени тяжести (51,3% и 22,4%), чем у лиц ТЗ (41,5% и 6,2% соответственно).

*Особенности курительного поведения в состоянии алкогольного опьянения.*

Особенности курительного поведения в состоянии алкогольного опьянения показаны на рисунке 5.

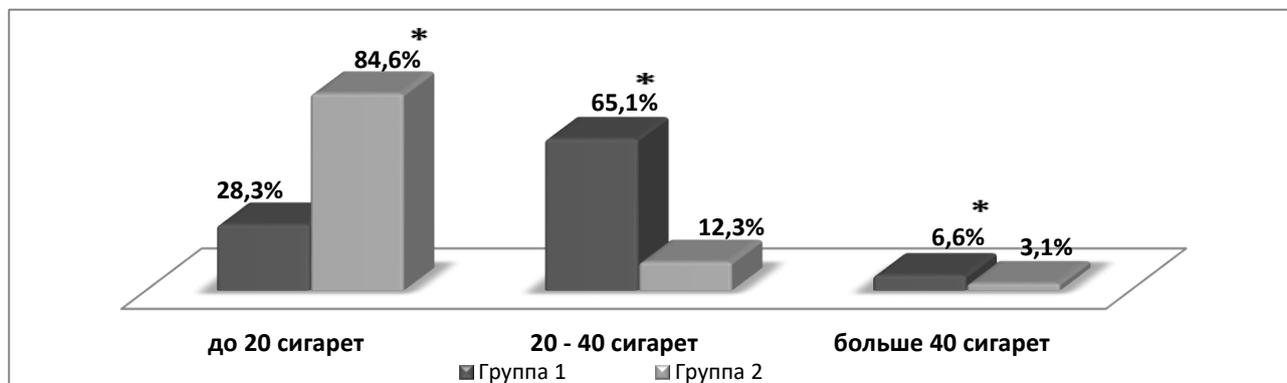


Рис.5. Количество выкуриваемых сигарет в состоянии алкогольного опьянения.

\* -  $p < 0,05$ , для критерия  $\chi^2$ .

Для лиц СЗАТ более характерно увеличение количества выкуриваемых сигарет в состоянии алкогольного опьянения 84,9%, чем для лиц в группе ТЗ 66,2% ( $p < 0,05$ ).

При этом количество выкуриваемых сигарет в состоянии алкогольного опьянения в группе СЗАТ достигает 20-40 сигарет у 65,1%, в группе ТЗ такую особенность отметило 12,3% респондентов ( $p < 0,05$ ).

Значительное увеличение количества выкуриваемых сигарет в 1 группе в состоянии алкогольного опьянения является важной характеристикой для доказательства высокой прогредиентности и тяжести синдрома зависимости от табака у лиц СЗАТ.

Большинство лиц СЗАТ, связывают увеличение интенсивности табакокурения в состоянии алкогольного опьянения с потерей количественного контроля над потреблением табака - 63,8%, в группе ТЗ контроль теряют - 35,4% ( $p < 0,05$ ).

#### *Причины и предполагаемые способы отказа от табака.*

Важными для данного исследования являются не только свидетельства о тяжести зависимости от никотина, но причины и способы отказа от табака. Осознание того, что одинаковый вред для здоровья наносит употребление табака и алкоголя в группе СЗАТ, было у 47,4%, еще 16,4% респондентов отметили наибольшую пагубность сочетанного потребления этих веществ, различия статистически значимы ( $p < 0,05$ ). При этом в группе СЗАТ 23,7% считают вредным для здоровья злоупотребление алкоголем, а 12,5% табакокурение относят к факторам, наносящим наибольший вред здоровью ( $p < 0,05$ ).

Варианты возможного изменения курительного поведения показаны на рисунке 6. В группе СЗАТ только 37,5% выразили желание в перспективе бросить курить, 34,9% склонны уменьшить количество выкуриваемых сигарет, 17,1% курить по ситуации и 10,5% ничего не менять, курить как прежде ( $p < 0,05$ ).

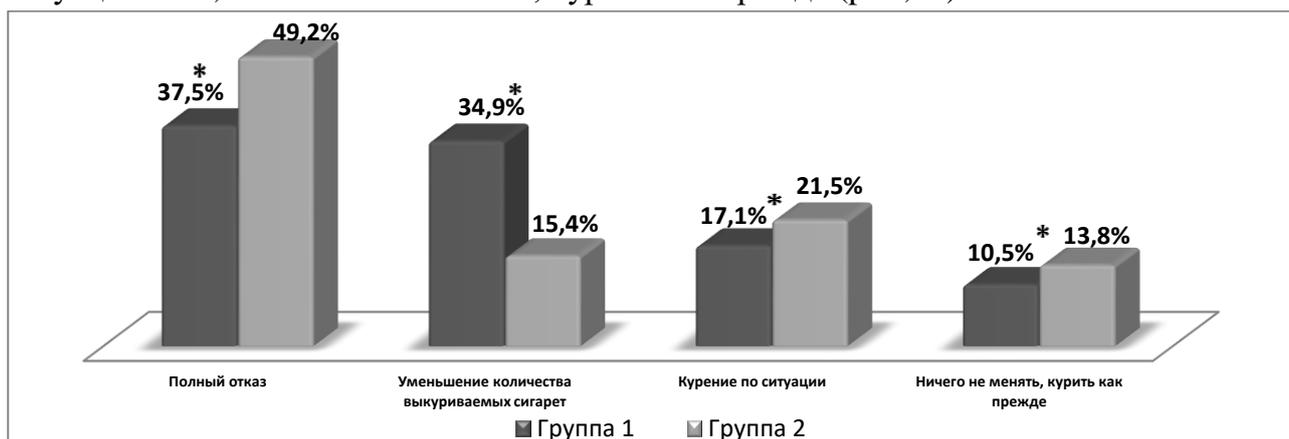


Рис.6. Варианты возможного изменения курительного поведения.\* -  $p < 0,05$ , для критерия  $\chi^2$ .

В ТЗ группе было статистически значимо ( $p < 0,05$ ) больше лиц, желающих полностью отказаться от курения - 49,2%, и в 2 раза меньше, по сравнению с группой СЗАТ, предпочитающих «половинчатые меры» в виде уменьшения количества

выкуриваемых сигарет - 15,4%, планируют курить «по ситуации» - 21,5%, ничего не менять - 13,8%.

Способы реализации отказа от табака графически представлены на рисунке 7.

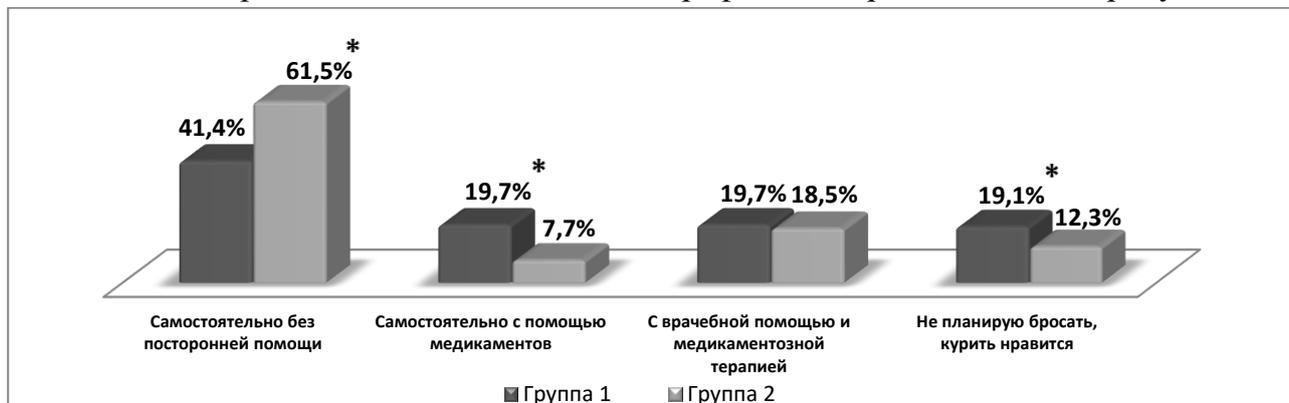


Рис.7. Способы реализации отказа от табака.\* -  $p < 0,05$ , для критерия  $\chi^2$ .

Характерной особенностью представителей группы СЗАТ является низкий процент лиц готовых к отказу от табака самостоятельно, без посторонней помощи - 41,4%, в группе ТЗ - 61,5% ( $p < 0,05$ ). Мы считаем, что это связано с выраженностью синдрома отмены табака у лиц СЗАТ и их неготовностью переносить абстинентную симптоматику без медикаментозной поддержки.

Очерёдность отказа от табака и алкоголя показаны на рисунке 8.

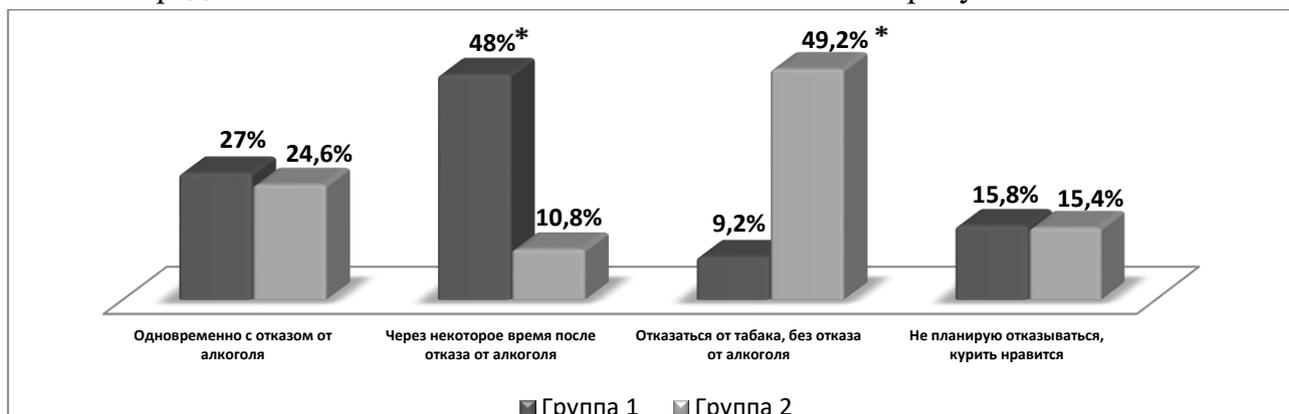


Рис.40. Очерёдность отказа от табака и алкоголя.\* -  $p < 0,05$ , для критерия  $\chi^2$ .

Реализовать полный отказ от табака одновременно с отказом от алкоголя выразили готовность лишь 27% лиц СЗАТ ( $p < 0,05$ ). Отказаться от табака через некоторое время (в течении 6 месяцев) после отказа от алкоголя высказывают намерение 48% лиц СЗАТ, в группе ТЗ таких лишь 10,8% ( $p < 0,05$ ).

Данные факты диктуют необходимость проведения мотивационного интервью по отказу от табакокурения, реализуемого лечащими врачами или психотерапевтами в отделениях.

*Факторы, провоцирующие табакокурение, а также факторы срыва и рецидива.*

Для лиц СЗАТ влияние провоцирующих табакокурение факторов (таб.2) значительно выше чем, для лиц зависимых только от табака.

Таблица 2. Микросоциальные факторы, провоцирующие табакокурение.

Факторы	Группа 1		Группа 2		$\chi^2$
	(n)	(%)	(n)	(%)	p
Курящие члены семьи	50	32,9%	11	16,9%	0,01
Общение с курящими знакомыми и коллегами на работе	62	40,8%	49	75,4%	0,00
Безделье и скука	77	50,7%	13	20%	0,00
При умственной нагрузке	29	19,1%	5	7,7%	0,03
За рулём автомобиля	39	25,7%	9	13,8%	0,05
Усталость после работы	40	26,3%	3	4,6%	0,00
Стрессы, конфликты	77	50,7%	19	29,2%	0,00
Чувство голода	20	13,2%	6	9,2%	0,41
Употребление алкоголя	93	61,2%	11	16,9%	0,00

Для лиц СЗАТ влияние факторов, повышающих интенсивность потребления табака, может создавать трудности при проведении терапии табачной зависимости. Полученные данные указывают, что успех лечения синдрома зависимости от табака у лиц СЗАТ напрямую зависит от устранения и минимизации факторов провоцирующих табакокурение в лечебном учреждении (общение с курящими, безделье, скука и др.).

Выявлены факторы, наиболее часто приводящие к срыву и рецидиву (таб.3).

Таблица 3. Факторы, приводящие к срыву и рецидиву табачной зависимости.

Факторы срыва и рецидива	Группа 1		Группа 2		$\chi^2$
	(n)	(%)	(n)	(%)	p
Навязчивые мысли об употреблении табака	58	38,2%	9	13,8%	0,00
Спонтанно возникающее влечение	62	40,8%	21	32,3%	0,23
Чувство голода	32	21,1%	7	10,8%	0,07
Усталость, напряжение (стресс фактор)	70	46,1%	14	21,5%	0,00
Психическая травма	60	39,5%	16	24,6%	0,03
Сниженное настроение	55	36,2%	8	12,3%	0,00
Индущирующее влияние других курильщиков	35	23%	8	12,3%	0,07
Употребление алкоголя	101	66,4%	16	24,6%	0,00
Хронические соматические заболевания	7	4,6%	4	6,2%	0,63
Сексуальные расстройства	16	10,5%	2	3,1%	0,06
Скука	79	52%	12	18,5%	0,00

Влияние факторов срыва и рецидива на лиц СЗАТ более выражено, чем тех же факторов на лиц ТЗ. Это необходимо учитывать врачами психиатрами наркологами в профилактической работе с пациентами СЗАТ, находящихся в фазе клинической ремиссии зависимости от табака и алкоголя, при проведении контрольных осмотров в наркологических диспансерах.

*Результаты применения психометрических шкал.*

Выше приведённые результаты исследования были верифицированы с помощью психометрических шкал. Тест измерения выраженности никотиновой

зависимости Фагестрёма (рис. 9) показал, что в группе СЗАТ слабая степень никотиновой зависимости встречается у 4,6% респондентов, в группе ТЗ у 21,5% ( $p < 0,05$ ). Умеренно выраженная степень никотиновой зависимости в группе СЗАТ у 53,3%, в группе ТЗ у 63% ( $p < 0,05$ ). Сильно выраженная степень никотиновой зависимости в группе СЗАТ у 42,1%, в группе ТЗ лишь у 15,3% ( $p < 0,05$ ). Среднее значение теста Фагестрёма для группы СЗАТ - 5,82 ( $SD = 2,01$ ), что статистически значимо выше ( $p < 0,01$ ), чем для группы ТЗ - 4,32 ( $SD = 2,22$ ).

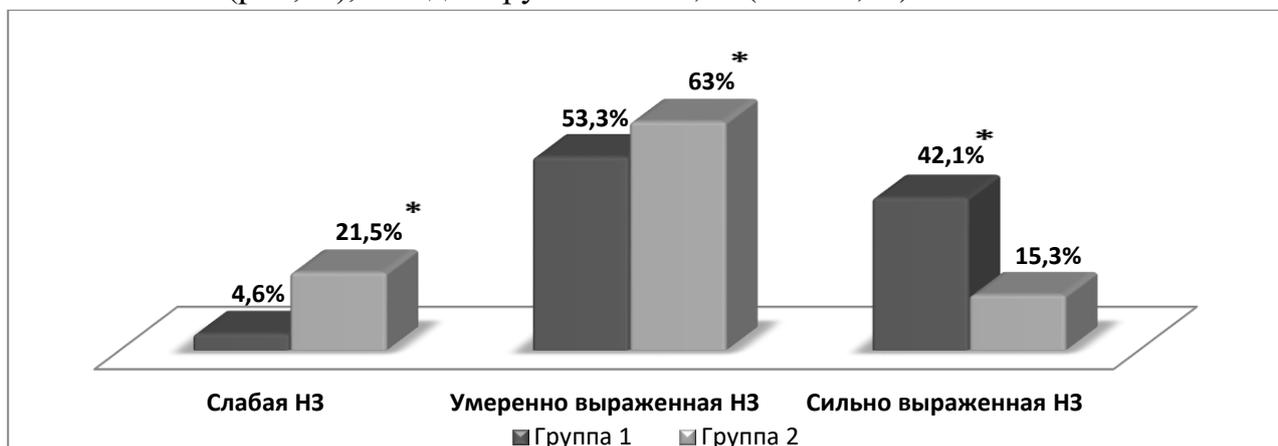


Рис.50. Тест Фагестрёма. \* -  $p < 0,05$ , для критерия  $\chi^2$ .

Это подтверждает данные, что у лиц СЗАТ степень тяжести никотиновой зависимости значительно выше, чем у лиц ТЗ.

С целью большей объективизации полученных результатов исследования нами была использована шкала зависимости от сигарет (CDS-12). Полученное среднее значение шкалы для группы СЗАТ - 43,53 ( $SD = 10,39$ ), интерпретируется как сильная степень зависимости от сигарет, что статистически значимо выше ( $p = 0,011$ ), чем для группы ТЗ, где полученный средний балл по шкале 39,78 ( $SD = 9,54$ ), интерпретируется как средняя степень зависимости от сигарет.

Это подтверждает полученные нами данные и результаты теста Фагестрёма, приведённые выше, что в группе СЗАТ степень тяжести никотиновой зависимости значительно выше, чем у лиц ТЗ.

Для исследования мотивов табакокурения в обеих группах мы применили анкету мотивов курительного поведения Д. Хорна. В группе СЗАТ преобладающими мотивами являются «Жажда» 10,42, ( $SD = 2,85$ ) и «Расслабление» 11,28 ( $SD = 2,84$ ), что статистически значимо выше ( $p < 0,05$ ) аналогичных показателей, чем в группе ТЗ: «Жажда» 9,06 ( $SD = 2,64$ ) и «Расслабление» 10,35 ( $SD = 2,85$ ). Интерпретируя результаты теста можно сделать вывод, что зависимость от табака у лиц СЗАТ имеет выраженный и стойкий характер, а табакокурение для них является способом расслабления и получения удовольствия.

Для более глубокого изучения причин курительного поведения мы применили Висконсинский опросник мотивов табачной зависимости (WISDM-68). Средние значения показателей доменов «Потеря контроля» 4,51 ( $SD = 2,35$ ), «Толерантность»

4,79 (SD = 1,52), «Крейвинг» 4,93 (SD = 1,49) для лиц СЗАТ статистически значимо выше ( $p < 0,05$ ) аналогичных показателей в группе ТЗ: «Потеря контроля» 3,8 (SD = 1,2), «Толерантность» 3,8 (SD = 1,49), «Крейвинг» 4,35 (SD = 1,5). Данные мотивы курения, так называемые «первичные мотивы табачной зависимости» отражают «стержневые» особенности зависимости от табака и характерны для клинической картины выраженной и тяжелой степени табачной зависимости. Более высокие показатели доменов в группе СЗАТ: «Улучшение состояния» 4,06 (SD = 1,35), «Поддержание привязанности» 4,13 (SD = 1,51), «Социальные стимулы» 4,95 (SD = 1,36), чем аналогичных доменов в группе ТЗ: «Улучшение состояния» 3,5 (SD = 1,46), «Поддержание привязанности» 3,36 (SD = 1,41), «Социальные стимулы» 4,11 (SD = 1,28) характерны для ежедневных курильщиков с длительным стажем табакокурения. Различия статистически значимы ( $p < 0,05$ ). Полученные результаты теста согласуются с ранее представленными клиническими данными и результатами психометрии.

В клинической картине синдрома зависимости от табака наиболее специфичным клиническим признаком является выраженное влечение к табаку или крейвинг. В работе мы сравнили между собой шкалы и домены опросников, измеряющие крейвинг синдрома зависимости от табака (домен «Жажда» анкеты для определения типа курительного поведения Хорна и домен «Крейвинг» Висконсинского опросника мотивов табачной зависимости) с помощью ROC-анализа. Для этого проведено вычисление площади (AUC) под ROC-кривыми для каждого инструмента измерения по критериям (чувствительность/специфичность). Полученные значения (AUC) интерпретировались: домен «Жажда» анкеты для определения типа курительного поведения Хорна - 0,676 - модель удовлетворительная, домен «Крейвинг» Висконсинского опросника мотивов табачной зависимости - 0,743 - модель хорошая.

Для измерения крейвинга табачной зависимости, как наиболее специфичного симптома, у лиц СЗАТ целесообразно использовать домен «Крейвинг» Висконсинского опросника мотивов табачной зависимости, как показавшего лучшую диагностическую эффективность.

С целью подтверждения наличия аффективных нарушений депрессивного спектра, была использована шкала А. Бэка. Средний балл по шкале для группы СЗАТ был 21,92 (SD = 12,92), что статистически значимо выше ( $p < 0,05$ ), чем для группы ТЗ был 13,15 (SD = 10,35). Уровень депрессии по шкале А. Бэка для группы СЗАТ рассматривался нами как субклинический в рамках клинических проявлений постабстинентного синдрома. Результаты теста на уровень депрессии А. Бэка обнаруживают средней силы положительную корреляционную связь ( $0,5 < r < 0,69$ ) с результатами теста Спилбергера-Ханина на ситуативную тревожность ( $r = 0,612$ ) и личностную тревожность ( $r = 0,626$ ).

Устранение депрессивной симптоматики у лиц СЗАТ может улучшить прогноз отказа от табака, что необходимо учитывать в практической деятельности врачей психиатров-наркологов.

Для лиц СЗАТ характерен умеренный уровень ситуативной тревожности и высокий уровень личностной тревожности по шкале Спилбергера-Ханина. Среднее значение шкалы ситуативной тревожности для группы СЗАТ было 31,0 (SD = 10,08), что статистически значимо выше ( $p < 0,05$ ), чем для группы ТЗ - 20,75 (SD = 10,78) ( $p < 0,05$ ). Среднее значение шкалы личностной тревожности для группы СЗАТ было 48,6 (SD = 7,29), что статистически значимо выше ( $p = 0,002$ ), чем для группы ТЗ - 44,95 (SD = 8,49).

Повышенный уровень ситуационной тревожности, по шкале Спилбергера-Ханина, у лиц СЗАТ может отрицательно влиять как на мотивацию к отказу, так и само прекращение употребления табака и алкоголя.

*Возрастные особенности синдрома зависимости от табака у лиц СЗАТ.*

С целью выявления возрастных особенностей табачной зависимости у лиц СЗАТ нами был проведён анализ выраженности проявлений клинических признаков зависимости от возраста (таб.4). Обследована группа лиц СЗАТ в количестве 152 человек. Для удобства исследуемая группа пациентов была разделена по возрасту на 10 летние интервалы. Выраженное влечение к табаку крейвинг, является наиболее значимым клиническим признаком синдрома отмены табака. В исследуемой группе лиц СЗАТ выявлена тенденция к снижению данного признака с возрастом и некоторое повышение в возрастной группе от 61 года и выше. Снижение интенсивности табакокурения с возрастом является закономерной реакцией на возрастное истощение функциональных возможностей организма. Потеря количественного контроля выкуриваемых сигарет в состоянии алкогольного опьянения, увеличение количества выкуриваемых сигарет в состоянии алкогольного опьянения и курение натошак в группе СЗАТ также обнаруживают тенденцию к снижению с возрастом.

Таблица 4. Проявления клинических признаков табачной зависимости лиц СЗАТ в соответствии с возрастом.

Клинический признак:	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70
Крейвинг	81%	76%	77%	52%	67%
Потеря количественного контроля выкуриваемых сигарет в состоянии алкогольного опьянения.	87,5%	71,18%	61,53%	44,82%	44,44%
Увеличение количества выкуриваемых сигарет в состоянии алкогольного опьянения.	93,75%	94,91%	82,05%	72,41%	55,55%
Курение натошак	87,50%	81,35%	76,92%	65,51%	55,55%
Постоянный тип влечения к курению	87,50%	57,62%	51,28%	44,82%	55,55%

Планирование отказа от алкоголя в группе СЗАТ.					
Одновременно с отказом от алкоголя.	25,00%	22,03%	28,21%	27,59%	55,56%
Через некоторое время после отказа от алкоголя.	37,5%	52,54%	43,59%	51,72%	44,44%
Отказаться от табакокурения без отказа от алкоголя.	18,75%	8,47%	7,69%	10,43%	0%
Формы предпочитаемого изменения курительного поведения в группе СЗАТ.					
Полный отказ.	43,75%	28,81%	43,59%	41,38%	44,44%
Уменьшение количества выкуриваемых сигарет.	12,50%	42,37%	28,21%	34,48%	55,56%
Курение по ситуации.	31,25%	13,56%	20,51%	17,24%	0%
Способы отказа от табака в группе СЗАТ.					
Самостоятельно без посторонней	43,75%	35,59%	48,72%	44,83%	33,33
Самостоятельно с помощью	18,75%	23,73%	20,51%	13,79%	11,11%
С врачебной помощью и медикаментозной терапией.	18,75%	18,69%	7,69%	31,03%	44,44%

Доля лиц с постоянным типом влечения к табакокурению в группе СЗАТ с возрастом снижается и несколько стабилизируется после 60 лет. В возрасте после 50 лет увеличивается доля лиц СЗАТ планирующих одновременный отказ от алкоголя и табака. Желание снизить интенсивность табакокурения в группе СЗАТ характерно для возраста от 31 до 40 лет и после 60 лет. Доля лиц готовых отказаться от табака с врачебной помощью и медикаментозной терапией увеличивается после 40 лет.

Полученные данные позволяют дифференцированно подходить к лечению табачной зависимости у лиц СЗАТ различных возрастных групп.

### Заключение

Проведённое исследование выявило особенности течения синдрома зависимости от табака у лиц сочетано зависимых от алкоголя и табака. Было установлено, что синдром зависимости от табака у лиц СЗАТ клинически более выражен, это подтверждается выявленной высокой толерантностью к количеству выкуриваемых сигарет, предпочтением сигарет с высоким содержанием никотина, курением ночью и в первой половине дня, выраженностью клинических проявлений синдрома отмены табака. В состоянии алкогольного опьянения у больных алкоголизмом выявлено увеличение интенсивности потребления табака, а также потеря контроля над количеством выкуриваемых сигарет. При установлении возрастных особенностей клиники табачной зависимости у лиц СЗАТ выявлена тенденция к снижению с возрастом выраженного влечения к табаку - крэйвинга, ослабление интенсивности табакокурения в состоянии алкогольного опьянения, уменьшение доли лиц с потерей контроля над количеством выкуриваемых сигарет в состоянии алкогольного опьянения, снижение доли лиц курящих натошак и уменьшение лиц с постоянным типом влечения к табаку. При этом отмечается увеличение доли лиц планирующих одновременный отказ от алкоголя и табака, а так

же нуждающихся во врачебной и медикаментозной помощи по лечению табачной зависимости. Используемые в работе инструменты психометрической диагностики мотивов курения табака, силы влечения и других факторов позволяет более дифференцированно изучать различные аспекты синдрома зависимости от табака.

На основании полученных в результате исследования данных нами были сформулированы практические рекомендации способствующих эффективному отказу от табака у лиц СЗАТ.

Полученные в исследовании научные данные, послужат основой в дальнейшей разработке эффективных программ лечения зависимости от табака у больных сочетано зависимых от алкоголя и табака и составлению образовательных программ в психиатрии и наркологии при подготовке врачей психиатров, психиатров-наркологов, психотерапевтов, медицинских психологов и врачей других специальностей.

### **ВЫВОДЫ**

1. Синдром зависимости от табака у лиц сочетано зависимых от алкоголя и табака протекает тяжелее и клинически более выражен, чем у лиц зависимых только от табака. Синдром отмены табака у лиц сочетано зависимых от алкоголя и табака клинически более выражен и субъективно тяжелее переносится, чем у лиц с табачной зависимостью. Характерной особенностью курительного поведения для лиц сочетано зависимых от алкоголя и табака в состоянии алкогольного опьянения является значительное увеличение толерантности, и потеря количественного контроля выкуриваемых сигарет, в отношении лиц с табачной зависимостью.

2. Лица сочетано зависимые от алкоголя и табака более чувствительны к провоцирующим табакокурение факторам (употребление алкоголя, безделье и скука, стрессы и конфликты, общение с курящими на работе), а также факторам срыва и рецидива (употребление алкоголя, усталость, напряжение, психическая травма, сниженное настроение), чем лица с табачной зависимостью.

3. Для лиц сочетано зависимых от алкоголя и табака характерны низкий уровень готовности к одномоментному полному отказу от табака, а также низкий уровень лиц готовых к самостоятельному отказу от табака без посторонней помощи.

4. С возрастом выраженность клинической симптоматики синдрома зависимости от табака у лиц сочетано зависимых от алкоголя и табака снижается, увеличивается доля лиц готовых к полному отказу от табака, а также лиц готовых к отказу от табака с врачебной помощью и медикаментозной терапией.

5. Многомерная диагностика различных аспектов табачной зависимости с применением таких инструментов, как тест Фагестрёма, шкала зависимости от сигарет (CDS-12), Висконсинский опросник мотивов табачной зависимости (WISDM-68), анкета для определения типа курительного поведения Хорна, анкетный тест на готовность к отказу от табакокурения, шкала оценки депрессии Бэка, шкала оценки тревожности Спилбергера-Ханина у лиц сочетано зависимых от алкоголя и табака, позволяет не только комплексно оценивать состояние пациента, но и помогает

обозначить основные принципы и направления лечебных и профилактических воздействий.

## **ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

1. В случае обращения пациента за наркологической помощью, по поводу зависимости от алкоголя при установлении факта курения табака необходимо выяснить курительный анамнез и статус, при наличии табачной зависимости, согласно критериям МКБ-10, указать это в медицинской документации в качестве сопутствующего диагноза.

2. С целью определения стратегии лечения, уточнения степени тяжести табачной зависимости и уровня мотивации на отказ от табака целесообразно использовать тест Фагестрёма и анкетный тест на готовность к отказу от табакокурения.

3. Выраженная степень никотиновой зависимости и тяжело протекающий синдром отмены табака у лиц СЗАТ диктуют необходимость назначения никотин заместительной терапии (НЗТ). Данные меры у лиц СЗАТ необходимы для снижения выраженности синдрома отмены табака, недопущения нарушения ими лечебного режима и предупреждения их досрочного выхода из терапевтической программы.

4. Пациентам СЗАТ с низким уровнем готовности к отказу от табака, а также курильщикам, которые не хотят прекращать табакокурение необходимо проведение лечащими врачами мотивационного интервью на отказ от табака.

### **Список работ, опубликованных автором по теме диссертации, в изданиях входящих в перечень ВАК.**

1. Махов М.А. Коморбидность алкогольной и никотиновой зависимости // Наркология. – 2014. – № 6. – С. 91 – 101.

2. Махов М.А. Табачная зависимость – инструменты измерения // Наркология. – 2015. – № 3. – С. 46 – 57.

3. Махов М.А., Надеждин А.В. Клинические особенности табачной зависимости у больных алкоголизмом // Наркология. – 2016. – № 1. – С. 39 – 50.

## Список использованных сокращений

<b>СЗАТ</b>	– сочетано зависимые от алкоголя и табака
<b>ТЗ</b>	– зависимые от табака
<b>МКБ-10</b>	– международная классификация болезней 10 пересмотра
<b>ВАК</b>	– высшая аттестационная комиссия
<b>СДВГ</b>	– синдром дефицита внимания и гиперактивности
<b>ИБС</b>	– ишемическая болезнь сердца
<b>ХОБЛ</b>	– хроническая обструктивная болезнь лёгких
<b>CDS-12</b>	– шкала зависимости от сигарет
<b>WISDM-68</b>	– Висконсинский опросник мотивов табачной зависимости
<b>AUC</b>	– площадь под ROC-кривой
<b>ROC-кривая</b>	– операционная характеристическая кривая наблюдателя
<b>SD</b>	– среднеквадратическое отклонение, стандартное отклонение