

УДК 614.2:616.89-008.441.13

DOI 10.24412/2312-2935-2023-3-949-964

## ИЗУЧЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ, СВЯЗАННЫХ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ АЛКОГОЛЯ, СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ, ПРОХОДЯЩИХ СТАЦИОНАРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ

*Г.М. Нургалева<sup>1</sup>, С.А. Царев<sup>2,3</sup>, А.В. Щербань<sup>2</sup>, А.А. Катин<sup>3</sup>, С.А. Суслин<sup>3</sup>, В.В. Салманидин<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> ГБУЗ СО «Кошкинская центральная районная больница», с. Кошки Самарской области;

<sup>2</sup> ГБУЗ «Самарский областной клинический наркологический диспансер», г. Самара;

<sup>3</sup> ФГБОУ ВО Самарский государственный медицинский университет министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Самара

**Введение.** Злоупотребление алкоголем является одной из актуальных проблем мирового сообщества в целом и России в частности. Алкоголь вносит существенный вклад в высокую смертность россиян. Особенно актуальной является проблема злоупотребления алкоголем в сельской местности, которая усугубляется низкой обращаемостью населения к врачам наркологам, что приводит к низкой выявляемости наркологической патологии среди пациентов.

**Цель:** изучение распространенности наркологических расстройств, связанных с употреблением алкоголя, среди пациентов, проходящих стационарное лечение в сельской местности.

**Материалы и методы.** Базовой территорией исследования выбран Кошкинский сельский муниципальный район Самарской области – один из типичных районов сельской местности с численностью населения 21,4 тыс. человек. Обследовано 357 пациентов, проходивших лечение в стационарных условиях Кошкинской ЦРБ в двух стационарных отделениях – терапевтическом и хирургическом. Исследование проводилось в 2022-2023 годах по данным обращаемости пациентов в наркологические медицинские организации в течение жизни с проблемами, связанными с употреблением алкоголя (клинико-анамнестический метод), а также по данным диагностики алкоголь-ассоциированных заболеваний (ААЗ) с использованием зарегистрированной программы для ЭВМ «Ранняя диагностика употребления алкоголя и наркотических веществ». Использованы аналитический и статистический методы исследования. Обработка результатов проводилась с помощью статистического пакета SPSS (22 версия).

**Результаты и обсуждение.** Из 357 пациентов на мужчин пришлось 162 человека (45,4%), женщин, соответственно, – 195 (54,6%). Средний возраст пациентов составил 58,1±0,8 года. Удельный вес пациентов сельского стационара с установленным врачом наркологом диагнозом наркологического расстройства, связанного с употреблением алкоголя, в целом среди пациентов составил 8,1% [95%ДИ: 5,3-10,9%]. Из данной группы 58,6% наблюдались с синдромом зависимости от алкоголя, 31,0% – с пагубным потреблением алкоголя, 10,4% – с сочетанным употреблением нескольких психоактивных веществ. При использовании программы ЭВМ «Ранняя диагностика употребления алкоголя и наркотических веществ» признаки алкоголь-ассоциированных заболеваний выявлены у 17,1% [95%ДИ: 13,2–21,0%] всех пациентов, причем доля подобных пациентов в хирургическом (16,8%) и терапевтическом (17,2%) отделениях существенно не различалась. У лиц с установленным диагнозом

наркологического заболевания по шкале ААЗ Программы для ЭВМ величина баллов в среднем составила  $10,7 \pm 1,5$ ; у лиц, не имевших в анамнезе наркологического заболевания и не обращавшихся к врачу наркологу, -  $1,6 \pm 0,1$  баллов.

**Выводы.** Распространенность у пациентов сельского стационара признаков наркологических заболеваний, связанных с употреблением алкоголя, составила: по анамнестическим данным – 8,1%, тогда как по данным диагностики алкоголь-ассоциированных заболеваний с использованием программы для ЭВМ существенно выше - 17,1%, что свидетельствует о высокой латентности данных заболеваний в сельской популяции.

Установлена статистически значимая разница величины среднего балла шкалы диагностики ААЗ у пациентов сельского стационара разного пола (средний балл у мужчин ( $3,2 \pm 0,4$ ) выше, чем у женщин ( $1,6 \pm 0,3$ )).

Выявленная статистически значимая разница среднего балла по шкале диагностики ААЗ у пациентов с наркологическим анамнезом ( $10,7 \pm 1,5$ ) и пациентов, не обращавшихся к врачу наркологу ( $1,6 \pm 0,1$ ), свидетельствует об эффективности программы «Ранняя диагностика употребления алкоголя и наркотических веществ», как инструмента диагностики алкоголь-ассоциированных заболеваний и инструмента измерения распространенности алкогольных проблем сельских пациентов, что особо актуально при их низкой обращаемости за наркологической помощью.

**Ключевые слова:** распространенность наркологических расстройств, сельская местность, стационар, алкоголь, ранняя диагностика употребления алкоголя и наркотических веществ

## TO STUDY THE PREVALENCE OF ALCOHOL-RELATED NARCOLOGICAL DISORDERS AMONG PATIENTS UNDERGOING INPATIENT TREATMENT IN RURAL AREAS

<sup>1</sup>*Nurgalieva G.M.*, <sup>2,3</sup>*Tsarev S.A.*, <sup>2</sup>*Shcherban A.V.*, <sup>3</sup>*Katin A.A.*, <sup>3</sup>*Suslin S.A.*, <sup>1</sup>*Solomanidin V.V.*

<sup>1</sup> *Koshkinskaya central district hospital, village of Koshki, Samara region*

<sup>2</sup> *Samara regional Clinical narcological dispensary, Samara*

<sup>3</sup> *Samara State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, Samara*

**Introduction.** Alcohol abuse is one of the urgent problems of the world community in general and Russia in particular. Alcohol makes a significant contribution to the high mortality of Russians. The problem of alcohol abuse in rural areas is particularly relevant, which is aggravated by the low appeal of the population to narcologists, which leads to a low detection of narcological pathology among patients.

**Purpose:** to study the prevalence of narcological disorders associated with alcohol consumption among patients undergoing inpatient treatment in rural areas.

**Materials and methods.** The Koshkinsky rural municipal district of the Samara region was chosen as the base territory of the study – one of the typical rural areas with a population of 21.4 thousand people. 357 patients were examined who were treated in the inpatient conditions of the Koshkinskaya CRH in two inpatient departments – therapeutic and surgical. The study was conducted in 2022-2023 according to the data on the appeal of patients to narcological medical organizations during their lifetime with problems related to alcohol use (clinical and anamnestic method), as well as according to the diagnosis of alcohol-associated diseases (AAS) using the registered computer program "Early

diagnosis of alcohol and narcotic substances". Analytical and statistical research methods were used. The results were processed using the SPSS statistical package (version 22).

**Results and discussion.** Of the 357 patients, men accounted for 162 (45.4%), women, respectively, – 195 (54.6%). The average age of patients was  $58.1 \pm 0.8$  years. The proportion of patients in a rural hospital with a diagnosis of alcohol-related narcological disorder established by a narcologist as a whole among patients was 8.1% [95% CI: 5.3-10.9%]. Of this group, 58.6% were observed with alcohol dependence syndrome, 31.0% – with harmful alcohol consumption, 10.4% – with the combined use of several psychoactive substances. When using the computer program "Early diagnosis of alcohol and narcotic substances", signs of alcohol-associated diseases were detected in 17.1% [95%CI: 13.2–21.0%] of all patients, and the proportion of such patients in surgical (16.8%) and therapeutic (17.2%) departments did not differ significantly. In persons with an established diagnosis of narcological disease according to the AAZ scale of the Computer program, the average score was  $10.7 \pm 1.5$ ; in persons who did not have a history of narcological disease and did not consult a narcologist,  $1.6 \pm 0.1$  points.

**Conclusions.** The prevalence of signs of narcological diseases associated with alcohol consumption in rural hospital patients was: according to anamnestic data – 8.1%, while according to the diagnosis of alcohol-associated diseases using a computer program, it is significantly higher - 17.1%, which indicates a high latency of these diseases in the rural population.

A statistically significant difference in the value of the average score of the AAP diagnostic scale in rural hospital patients of different sexes was established (the average score in men ( $3.2 \pm 0.4$ ) is higher than in women ( $1.6 \pm 0.3$ )).

The revealed statistically significant difference in the average score on the AAP diagnostic scale in patients with a drug history ( $10.7 \pm 1.5$ ) and patients who did not consult a narcologist ( $1.6 \pm 0.1$ ) indicates the effectiveness of the program "Early diagnosis of alcohol and narcotic substances" as a diagnostic tool for alcohol-associated diseases and a tool for measuring the prevalence of alcoholic problems of rural patients, which is especially important with their low access to drug treatment.

**Keywords:** prevalence of narcological disorders, rural area, hospital, alcohol, early diagnosis of alcohol and narcotic substances

**Введение.** Злоупотребление алкоголем является одной из актуальных проблем мирового сообщества. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ, World Health Organization) Россия по уровню потребления алкоголя в 2022 году, выражаемого в литрах чистого этилового спирта на душу населения, занимает пятое место в мире. Этот показатель составляет 11,5 литров на человека [1].

В нашей стране по состоянию на начало 2022 года официально зарегистрировано около 1,2 миллиона граждан, страдающих алкоголизмом, что выводит данную проблему из числа частных, локальных, в область государственных проблем [2].

Алкоголь вносит существенный вклад в высокую смертность россиян. Потребление алкоголя является причиной смерти в результате пьяных драк, алкогольных самоубийств. Многие заболевания являются результатом неумеренного потребления алкоголя. По данным экспертных оценок, проведенных в России в различные периоды, доля смертей, в разной

степени обусловленных злоупотреблением алкоголем, колеблется в диапазоне от 11,9% до 23,4% [3].

Особенно актуальной является проблема злоупотребления алкоголем в сельской местности. Ряд авторов по результатам проведенных исследований делают выводы о существовании особенностей в потреблении алкоголя жителями различных населенных пунктов по преобладающему типу алкогольных напитков: если городские жители склонны потреблять более качественные и дорогие напитки (сухие и игристые вина, вермуты, коньяки и виски), то жители малых городов чаще употребляют портвейны и самогон, в то время как в сельской местности – пиво, самогон и водку (более дешевые и опасные для здоровья напитки) [4, 5].

Многочисленными социологическими исследованиями разных лет доказано, что среди основных социальных причин высокого уровня алкоголизма, особенно в сельской местности, можно выделить доступность легального и нелегального алкоголя с его широкой распространенностью (30% от общего количества продаваемого алкоголя). Отмечается терпимость общества к пьянству; относительно высокая безработица, проявляющаяся в снижении противодействия пьянству со стороны социальной (производственной) среды; нескритичность к вредным алкогольным обычаям; семейный характер алкоголизма с ранним вовлечением детей; утрата обычаев и традиций, регулирующих потребление алкоголя; невысокая возможность социальных институтов контролировать потребление алкогольных напитков населением, а также активный отказ от помощи наркологической службы [6, 7].

Социальные последствия алкоголизма в сельской местности вызывают особую тревогу. Ситуация усугубляется неоднозначным отношением населения к наркологической службе, ведь сельские жители чаще избегают обращения за наркологической помощью. Нередко пациенты и родственники скептически и недоверчиво встречают врача психиатра-нарколога. Отсюда и меньшая обращаемость к врачам данной специальности, как следствие – низкая интенсивность выявления пациентов. На приеме у специалиста нарколога в основном оказываются лица с тяжелыми проявлениями заболевания, с выраженными изменениями психики и проявлениями социальной дезадаптации, что часто требует госпитализации [8].

Одной из особенностей алкоголизации сельских жителей является изначальное снижение или отсутствие социального контроля. Большинство обследованных отмечают большую (по сравнению с городской местностью) раскованность, свободу во время приема спиртного из-за недостаточного противодействия общественности, органов полиции, а также малых социальных групп, в первую очередь, семьи, где, с одной стороны, велик авторитет

главы семейства, с другой – нередки случаи «семейного пьянства» с женой, детьми, многочисленными родственниками [9].

**Целью** настоящего исследования было изучение распространенности наркологических расстройств, связанных с употреблением алкоголя, среди лиц, проходящих стационарное лечение в сельской местности.

Для достижения цели в ходе исследования были поставлены следующие задачи:

- оценить распространенность признаков алкоголь-ассоциированных заболеваний (ААЗ) у лиц, проходящих стационарное лечение, с использованием программы для ЭВМ «Ранняя диагностика употребления алкоголя и наркотических веществ» (Программы для ЭВМ) [10];

- у прошедших диагностику пациентов с использованием Программы для ЭВМ выявить наличие наркологических расстройств, связанных с употреблением алкоголя, по анамнестическим данным о диспансерном наблюдении у врача нарколога;

- оценить эффективность диагностики, проведенной с использованием Программы для ЭВМ, определив достоверность различий результатов диагностики у лиц, находящихся на диспансерном наблюдении у врача нарколога, и остальных пациентов.

**Материалы и методы.** Исследование является аналитическим описательным, статистическим.

Базовой территорией исследования выбран Кошкинский сельский муниципальный район Самарской области – один из типичных районов сельской местности с численностью населения 21,4 тыс. человек (2022). База исследования – государственное учреждение здравоохранения Самарской области (ГБУЗ СО) «Кошкинская центральная районная больница» (ЦРБ).

Оценка распространенности наркологических расстройств, связанных с потреблением алкоголя, проводилась среди пациентов терапевтического и хирургического отделений стационара ГБУЗ СО «Кошкинская центральная районная больница». Обследовано 357 пациентов, проходивших лечение в стационарных условиях ЦРБ в двух соматических стационарных отделениях – терапевтическом и хирургическом. Исследование проводилось по данным обращаемости пациентов в наркологические медицинские организации в течение жизни с проблемами, связанными с употреблением алкоголя (клинико-анамнестический метод), а также по данным диагностики алкоголь-ассоциированных заболеваний с использованием зарегистрированной программы для ЭВМ «Ранняя диагностика употребления алкоголя и наркотических веществ» (далее Программа для ЭВМ) [10].

Ввиду того, что при лечении пациентов в условиях соматических отделений стационара выявляется низкая доля лиц с рисками пагубного потребления алкоголя, в ходе настоящего исследования было решено использовать методику выявления алкогольных проблем программой, основанной на диагностике алкоголь-ассоциированных заболеваний с максимально высоким (1,0) фактором алкогольной ассоциации (AAF, Alcohol Attributive Fraction) [11].

Результаты распространенности наркологических расстройств представлены в виде доли пациентов с изучаемым признаком и 95% доверительного интервала (95% ДИ) для этих долей, определенного методом Вальда. Вывод о наличии алкоголь-ассоциированных заболеваний делался на основании количества набранных баллов шкалы Программы для ЭВМ. По Программе проводилась диагностика следующих алкоголь-ассоциированных заболеваний с коэффициентом ассоциации (AAF), равным 1,0: алкогольная полинейропатия, алкогольная кардиомиопатия, алкогольный гастрит, алкогольный цирроз печени [10, 11].

В зависимости от наличия признаков алкоголь-ассоциированных заболеваний, выявленных на основании жалоб, лабораторных показателей и физикального обследования, пациенты были разделены на группы:

- 1 – Отсутствие, либо незначительные признаки наличия алкоголь-ассоциированного заболевания (0 – 5 баллов шкалы Программы для ЭВМ);
- 2 – Признаки наличия алкоголь-ассоциированного заболевания (6 – 19 баллов шкалы);
- 3 – Достоверные признаки алкоголь-ассоциированного заболевания (20 – 23 балла шкалы).

Сравнение средних значений набранных баллов по шкале оценки алкоголь-ассоциированных заболеваний в отделениях, а также оценка разности количества баллов в зависимости от пола пациентов; разности количества баллов в зависимости от наличия алкогольного расстройства в анамнезе проводился с использованием критерия Манна–Уитни в случаях с асимметричным распределением данных. Заключение о нормальности распределения данных делалось с использованием критерия Шапиро–Уилка. Для сравнения величин долей признаков и их градаций применялись данные описательной статистики в виде таблиц сопряженности с вычислением критерия  $\chi^2$  Пирсона (2-сторонняя значимость).

Статистическая обработка результатов проводилась с помощью статистического пакета SPSS (22 версия).

**Результаты и обсуждение.** Проблема распространенности алкоголизма и алкоголь-ассоциированных заболеваний в районах Самарской области очень велика. Так, в Кошкинском районе Самарской области, по состоянию на начало 2023 года, был зарегистрирован 71 пациент, страдающий синдромом зависимости от алкоголя, что составило 0,3% населения района, при этом в 2022 году доля хронической интоксикации, связанной с потреблением психоактивных веществ (ПАВ), в качестве основной причины смерти, составила 6,9% (4 ранговое место), а доля алкоголь-ассоциированных заболеваний – 1,2% (7 ранговое место). Это свидетельствует о высокой латентности синдрома зависимости от алкоголя в сельском районе.

В исследовании приняло участие 357 человек, проходивших стационарное лечение в ГБУЗ СО «Кошкинская ЦРБ», выбранной случайным способом, в период с декабря 2022 г. по май 2023 г. Из 357 пациентов на мужчин пришлось 162 человека (45,4%), женщин, соответственно, – 195 (54,6%). В таблице 1 приведены данные о половозрастном составе пациентов, попавших в исследование.

**Таблица 1**

Половозрастной состав пациентов сельского стационара

Отделение	Число (n) пациентов			Средний возраст пациентов, лет		
	Мужчин	Женщин	Оба пола	Мужчин	Женщин	Оба пола
Хирургическое	43	64	107	54,2±1,6	50,1±1,4	51,7±1,5
Терапевтическое	119	131	250	60,8±0,9	60,6±0,8	60,7±0,9
Итого	162	195	357	59,1±1,0	57,2±0,7	58,1±0,8

*Примечание: средний возраст пациентов приведен в виде  $M \pm t$ .*

Средний возраст пациентов соматических отделений в настоящем исследовании составил 58,1±0,8 года. Средний возраст пациентов терапевтического отделения был статистически значимо выше (60,7±0,9) относительно пациентов хирургического отделения (51,7±1,5).

В таблице 2 представлены данные о наркологическом анамнезе пациентов сельского соматического стационара. Учитывались пациенты, в отношении которых в течение жизни было установлено диспансерное наблюдение в связи с потреблением алкоголя (пагубное потребление алкоголя, синдром зависимости от алкоголя).

**Таблица 2**

Наркологический анамнез пациентов сельского стационара

Отделение	Число пациентов, <i>n</i>	Пациенты с установленным врачом наркологом диагнозом наркологического расстройства, связанного с употреблением алкоголя				
		Муж.	Жен.	Оба пола	Доля, %	95% ДИ
Хирургическое	107	3	2	5	4,7	0,7 – 8,7
Терапевтическое	250	13	11	24	9,6	5,9 – 13,2
Итого	357	16	13	29	8,1	5,3 – 10,9

Удельный вес пациентов сельского стационара с установленным врачом наркологом диагнозом наркологического расстройства, связанного с употреблением алкоголя, в целом среди пациентов составил 8,1% [5,3-10,9%], что многократно превышает долю официально зарегистрированных в стране граждан, страдающих алкоголизмом.

В терапевтическом отделении доля лиц, с установленным ранее наркологическим диагнозом (9,6% [5,9-13,2%]), более чем в два раза превышала долю таковых лиц в хирургическом отделении (4,7% [0,7-8,7%]).

Из 29 пациентов, в течение жизни находившихся на диспансерном наблюдении врача нарколога (16 мужчин, 13 женщин), 17 пациентов (58,6%) наблюдались с синдромом зависимости от алкоголя, 9 – с пагубным потреблением алкоголя (31,0%), 3 пациента – с сочетанным употреблением нескольких психоактивных веществ (алкоголь и другие ПАВ: 10,4%).

Далее, в таблице 3 приведены результаты диагностики алкоголь-ассоциированных заболеваний у пациентов с использованием программы ЭВМ «Ранняя диагностика употребления алкоголя и наркотических веществ».

Данные, приведенные в таблице 3, свидетельствуют о высокой распространенности алкогольных проблем у пациентов сельского соматического стационара. Признаки алкоголь-ассоциированных заболеваний выявлены у 17,1% [95%ДИ: 13,2–21,0%] всех пациентов, причем доля подобных пациентов в хирургическом (16,8%) и терапевтическом (17,2%) отделениях существенно не различалась.

**Таблица 3**

Результаты тестирования пациентов в программе ЭВМ  
 «Ранняя диагностика употребления алкоголя и наркотических веществ»

Отделение	Число пациентов с соответствующим количеством баллов шкалы Программы для ЭВМ			Доля пациентов с наличием признаков ААЗ, %	95% ДИ
	0-5 баллов (отсутствие либо незначительные признаки наличия ААЗ)	6-19 баллов (наличие признаков ААЗ)	20-23 баллов (достоверные признаки ААЗ)		
Хирургическое	89	16	2	16,8	9,7–23,8
Терапевтическое	207	36	7	17,2	12,5–21,8
Итого	296	52	9	17,1	13,2–21,0

Большинство пациентов (82,9%) имело диапазон баллов от 0 до 5, что соответствовало отсутствию или наличию незначительных признаков алкоголь-ассоциированных заболеваний. Примерно каждый восьмой сельский пациент (14,6%) имел диапазон баллов от 6 до 19, что соответствовало наличию признаков алкоголь-ассоциированных заболеваний. Еще 2,5% пациентов имели достоверные признаки алкоголь-ассоциированных заболеваний с диапазоном баллов от 20 до 23.

Далее, в соответствии с задачами исследования нами был проведен расчет среднего количества баллов по шкале диагностики наличия алкоголь-ассоциированных заболеваний у пациентов, а также дана оценка степени взаимосвязи количества набранных баллов и пола пациентов в различных отделениях. Результаты расчетов представлены в таблице 4.

**Таблица 4**

Показатели среднего балла по шкале алкоголь-ассоциированных заболеваний Программы для ЭВМ по отделениям сельского стационара и полу пациентов

Отделение	Средний балл			Величина P критерия Манна - Уитни
	Муж/	Жен/	Оба пола	
Хирургическое	3,8±0,4	1,2±0,2	2,3±0,3	0,001
Терапевтическое	3,0±0,3	1,8±0,2	2,4±0,3	0,001
Итого	3,2±0,4	1,6±0,3	2,4±0,2	0,001

В данной и следующей таблице средние величины приведены в виде  $M \pm t$ .

В соответствии с данными таблицы 4 видно, что средний балл по шкале диагностики ААЗ Программы для ЭВМ, в сельском стационаре составил  $2,4 \pm 0,2$ , в хирургическом и терапевтическом отделениях он существенно не различался ( $2,3 \pm 0,3$  и  $2,4 \pm 0,3$  баллов соответственно).

Так как распределение показателя количества набранных баллов шкалы отличалось от нормального, сравнение количества набранных баллов в различных группах (по полу, профилю отделения, у пациентов с различным наркологическим анамнезом) проводилось с использованием критерия Манна – Уитни. Проведенный анализ выявил взаимосвязь пола пациента и величины среднего балла по шкале как в стационаре в целом, так и в терапевтическом и хирургических отделениях стационара.

В среднем пациенты-мужчины набрали  $3,2 \pm 0,4$  балла относительно  $1,6 \pm 0,3$  баллов у женщин. В отделениях средний балл по шкале, набранный мужчинами, был также статистически значимо выше, чем средний балл у женщин.: в хирургическом отделении у мужчин -  $3,8 \pm 0,4$  баллов, у женщин -  $1,2 \pm 0,2$  баллов; в терапевтическом отделении у мужчин -  $3,0 \pm 0,3$  баллов, у женщин -  $1,8 \pm 0,2$  баллов.

Далее, для оценки эффективности Программы для ЭВМ, как инструмента выявления лиц с признаками ААЗ, было проведено сравнение величин среднего балла шкалы диагностики ААЗ у пациентов сельского соматического стационара, у которых диагноз наркологического расстройства, связанного с употреблением алкоголя был ранее верифицирован врачом наркологом, и пациентов, ранее к врачу наркологу не обращавшихся. Результаты анализа представлены в таблице 5.

**Таблица 5**

Показатели среднего балла по шкале алкоголь-ассоциированных заболеваний Программы для ЭВМ по отделениям сельского стационара и наличию в анамнезе пациентов наркологического заболевания

<i>Отделение</i>	<i>Величина среднего балла у лиц с установленным диагнозом наркологического заболевания, баллов</i>	<i>Величина среднего балла у лиц, не обращавшихся к врачу наркологу, баллов</i>	<i>Величина Р критерия Манна - Уитни</i>
Хирургическое	$10,4 \pm 1,6$	$1,2 \pm 0,2$	0,0001
Терапевтическое	$12,1 \pm 1,4$	$0,9 \pm 0,1$	0,0001
Итого	$10,7 \pm 1,5$	$1,6 \pm 0,1$	0,0001

У пациентов с установленным диагнозом наркологического заболевания по шкале ААЗ Программы для ЭВМ величина баллов в среднем составила  $10,7 \pm 1,5$  (в хирургическом отделении  $10,4 \pm 1,6$ , в терапевтическом отделении -  $10,7 \pm 1,5$  баллов). В то же время, у лиц, не имевших в анамнезе наркологического заболевания и не обращавшихся к врачу наркологу, величина среднего балла по шкале алкоголь-ассоциированных заболеваний Программы для ЭВМ была статистически значимо ниже и составила по стационару в целом  $1,6 \pm 0,1$  баллов, в том числе по хирургическому отделению -  $1,2 \pm 0,2$  баллов, по терапевтическому отделению -  $0,9 \pm 0,1$  баллов. Данные значения подтверждают эффективность использования Программы для ЭВМ как инструмента выявления лиц с признаками ААЗ.

В отделениях различия в величине среднего балла по шкале диагностики ААЗ, у пациентов с установленным ранее диагнозом наркологического расстройства, связанного с употреблением алкоголя, и у пациентов, не обращавшихся к наркологу, были статистически значимыми.

В проведенном ранее исследовании с использованием данной программы для ЭВМ «Ранняя диагностика употребления алкоголя и наркотических веществ» в стационарных отделениях больниц г. Самары, были получены следующие результаты: в хирургических отделениях доля пациентов с признаками ААС составила 25,0%, в терапевтическом – 39,4% [12].

Более высокая доля пациентов с выявленными признаками алкоголь ассоциированных заболеваний в Самаре (39,4%) по сравнению с сельской местностью Кошкинского района Самарской области (17,2%) в терапевтических отделениях статистически значима ( $\chi^2 = 15,8$ ;  $p=0,001$ ) и может быть объяснена различием в половозрастном составе пациентов. Так, средний возраст пациентов ( $60,7 \pm 0,9$  лет) в Кошкинском районе превышал средний возраст пациентов ( $58,3 \pm 1,8$  лет) г. Самары. При этом соотношение мужчин и женщин в Кошкинском районе было смещено в сторону женщин, соответственно, - 45,4% на 54,6%, а в городе Самаре – в сторону мужчин, - соответственно, - 52,1% на 47,9%. В то же время, различие в долях пациентов с ААЗ хирургических отделений в Кошкинском районе (16,8%) и г. Самаре (25,0%), не были статистически значимыми ( $\chi^2 = 1,34$ ;  $p=0,247$ ).

**Выводы.** По результатам проведенного исследования распространенность у пациентов сельского соматического стационара признаков наркологических заболеваний, связанных с употреблением алкоголя, составила: по анамнестическим данным – 8,1%; по данным диагностики алкоголь-ассоциированных заболеваний с использованием программы для ЭВМ «Ранняя диагностика употребления алкоголя и наркотических веществ» - 17,1% [95% ДИ 13,2–

21,0%], что свидетельствует о высокой латентности данных заболеваний в сельской популяции.

Установлена статистически значимая разница величины среднего балла шкалы диагностики ААЗ у пациентов разного пола как в целом по стационару, так и в хирургическом и терапевтическом отделениях (средний балл у мужчин  $(3,2 \pm 0,4)$  выше, чем у женщин  $(1,6 \pm 0,3)$ ).

Выявленная статистически значимая разница среднего балла по шкале диагностики ААЗ у пациентов с наркологическим анамнезом  $(10,7 \pm 1,5)$  и пациентов, не обращавшихся к врачу наркологу  $(1,6 \pm 0,1)$ , свидетельствует об эффективности программы «Ранняя диагностика употребления алкоголя и наркотических веществ», как инструмента диагностики алкоголь-ассоциированных заболеваний, а также инструмента измерения распространенности алкогольных проблем сельских пациентов, что особо актуально при низкой их обращаемости за наркологической помощью.

#### Список литературы

1. Global Drinking Demographics. URL: <https://alcohol.org/guides/global-drinking-demographics>. Ссылка активна на 23.06.2023.
2. Киржанова В.В., Григорова Н.И., Бобков Е.Н., Киржанов В.Н., Сидорюк О.В. Состояние и деятельность наркологической службы в Российской Федерации в 2021 году: Аналитический обзор. – М.: ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, 2022. 202 с.
3. Бойцов С.А., Самородская И.В., Семёнов В.Ю. Влияние медицинских и немедицинских факторов на смертность населения: роль алкоголя. Социальная и клиническая психиатрия. 2016; 2: 97-105.
4. Вяльшина А.А. Потребление алкоголя населением России: пространственные, возрастные и гендерные особенности. Социальное пространство. 2022; 8 (1): 1-20.
5. Катин А.А., Суслин С.А. Тенденции распространенности и факторы риска наркологических расстройств в сельской местности. Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2019; S5: 79-80.
6. Лисицын Ю.П., Копыт Н.Я. Алкоголизм: социально-гигиенические аспекты, 2-е изд., перераб. и доп.— М.: Медицина, 1983. 264 с.

7. Гулойим С.А. Алкоголизм как социально-гигиеническая проблема. *Academic Research in Educational Sciences*. 2023; 4 (1): 231-236.

8. Царев С.А., Щербань А.В., Суслин С.А., Катин А.А., Сиротко И.И. Выявление факторов риска развития наркологических расстройств среди сельского населения. *Наука и инновации в медицине*. 2019; 4 (4): 44-49.

9. Беляева Т.К., Пухова А.Г. Социальные причины и последствия алкоголизма у сельского населения России. *Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований*. 2016; 6-2: 322-325.

10. Царев С.А., Щербань А.В., Катин А. А., Суслин С. А. Ранняя диагностика употребления алкоголя и наркотических веществ. Свидетельство о регистрации программы для ЭВМ 2020615077, 14.05.2020. Заявка № 2020613428 от 25.03.2020.

11. Taylor B.J., Shield K.D., Rehm J. Combining best evidence: A novel method to calculate the alcohol-attributable fraction and its variance for injury mortality. *BMC Public Health* 2011; (11): 265.

12. Царев С.А., Щербань А.В., Сочинская Т.И., Катин А.А., Сиротко И.И., Томина Е.В. Диагностика алкоголь-ассоциированных заболеваний в соматических стационарах с использованием программы для ЭВМ как инструмент оценки распространенности алкогольных проблем. *Наркология*. 2021; 20 (3): 27-33.

### References

1. Global Drinking Demographics. URL: <https://alcohol.org/guides/global-drinking-demographics>. Ssylka aktivna na 23.06.2023.

2. Kirzhanova V.V., Grigorova N.I., Bobkov E.N., Kirzhanov V.N., Sidoryuk O.V. Sostoyanie i deyatel'nost' narkologicheskoy sluzhby v Rossijskoj Federacii v 2021 godu: Analiticheskij obzor [The state and activity of the narcological service in the Russian Federation in 2021: An analytical review]. – М.: FGBU «NMIC PN im. V.P. Serbskogo» Minzdrava Rossii, 2022. 202 s. (In Russian).

3. Bojcov S.A., Samorodskaya I.V., Semyonov V.YU. Vliyanie medicinskih i nemedicinskih faktorov na smertnost' naseleniya: rol' alkogolya [The influence of medical and non-medical factors on population mortality: the role of alcohol]. *Social'naya i klinicheskaya psihiatriya* [Social and clinical psychiatry]. 2016; 2: 97-105. (In Russian).

4. Vyal'shina A.A. Potreblenie alkogolya naseleniem Rossii: prostranstvennye, vozrastnye i gendernye osobennosti [Alcohol consumption by the Russian population: spatial, age and gender features]. *Social'noe prostranstvo* [Social space]. 2022; 8 (1): 1-20. (In Russian).
5. Katin A.A., Suslin S.A. Tendencii rasprostranennosti i faktory riska narkologicheskikh rasstrojstv v sel'skoj mestnosti [Trends in prevalence and risk factors of narcological disorders in rural areas]. *Sovremennye problemy zdavoohraneniya i medicinskoj statistiki* [Modern problems of healthcare and medical statistics]. 2019; S5: 79-80. (In Russian).
6. Lisicyn YU.P., Kopyt N.YA. Alkogolizm: social'no- gigienicheskie aspekty [Alcoholism: socio-hygienic aspects], 2-e izd., pererab. i dop.— M.: Medicina, 1983. 264 s. (In Russian).
7. Gulojim S.A. Alkogolizm kak social'no-gigienicheskaya problema [Alcoholism as a socio-hygienic problem]. *Academic Research in Educational Sciences*. 2023; 4 (1): 231-236. (In Russian).
8. Carev S.A., SHCHerban' A.V., Suslin S.A., Katin A.A., Sirotko I.I. Vyyavlenie faktorov riska razvitiya narkologicheskikh rasstrojstv sredi sel'skogo naseleniya [Identification of risk factors for the development of narcological disorders among the rural population]. *Nauka i innovacii v medicine* [Science and innovation in medicine]. 2019; 4 (4): 44-49. (In Russian).
9. Belyaeva T.K., Puhova A.G. Social'nye prichiny i posledstviya alkogolizma u sel'skogo naseleniya Rossii [Social causes and consequences of alcoholism in the rural population of Russia]. *Mezhdunarodnyj zhurnal prikladnyh i fundamental'nyh issledovanij* [International Journal of Applied and Fundamental Research]. 2016; 6-2: 322-325. (In Russian).
10. Carev S.A., SHCHerban' A.V., Katin A. A., Suslin S. A. Rannyya diagnostika upotrebleniya alkogolya i narkoticheskikh veshchestv [Early diagnosis of alcohol and narcotic substances use]. *Svidetel'stvo o registracii programmy dlya EVM 2020615077*, 14.05.2020. Zayavka № 2020613428 ot 25.03.2020 [Certificate of registration of the computer program 2020615077, 05/14/2020. Application No. 2020613428 dated 03/25/2020]. (In Russian).
11. Taylor V.J., Shield K.D., Rehm J. Combining best evidence: A novel method to calculate the alcohol-attributable fraction and its variance for injury mortality. *BMC Public Health* 2011; (11): 265
12. Carev S.A., SHCHerban' A.V., Sochinskaya T.I., Katin A.A., Sirotko I.I., Tominina E.V. Diagnostika alkogol'-associirovannyh zabolevanij v somaticheskikh stacionarah s ispol'zovaniem programmy dlya EVM kak instrument ocenki rasprostranennosti alkogol'nyh problem [Diagnostics of alcohol-associated diseases in somatic hospitals using a computer program as a tool for assessing the prevalence of alcohol problems]. *Narkologiya* [Narcology]. 2021; 20 (3): 27-33. (In Russian).

**Финансирование.** Исследование не имело спонсорской поддержки.

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

**Acknowledgments.** The study did not have sponsorship.

**Conflict of interests.** The authors declare no conflict of interest.

#### Сведения об авторах

**Нургалева Галия Минзакиевна** – врач психиатр-нарколог, ГБУЗ СО «Кошкинская центральная районная больница». 446800. Россия, Самарская область, с. Кошки, ул. Академика Павлова, дом 29. E-mail: [mail@kcrb63.ru](mailto:mail@kcrb63.ru)

**Царев Сергей Анатольевич** – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры общественного здоровья и здравоохранения ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 443079, Россия, Самара, ул. Арцыбушевская, 171; заведующий экспертно-методическим отделением ГБУЗ «Самарский областной клинический наркологический диспансер». 443001, Россия, Самара, ул. Арцыбушевская, 171. E-mail: [tsasergey@yandex.ru](mailto:tsasergey@yandex.ru). ORCID: 0000-0002-3679-8806. SPIN: 5457-7488

**Щербань Андрей Валериевич** – кандидат медицинских наук, главный врач, ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер». 443085, Россия, Самара, Южное шоссе, 18. E-mail: [guzsond@mail.ru](mailto:guzsond@mail.ru). ORCID: 0000-0001-8127-97784. SPIN: 9037-9302

**Катин Алексей Александрович** – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры общественного здоровья и здравоохранения ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 443079, Россия, Самара, ул. Арцыбушевская, 171. E-mail: [katinalex@mail.ru](mailto:katinalex@mail.ru). ORCID: 0000-0002-8097-1813. SPIN: 1223-5208

**Суслин Сергей Александрович** — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 443001, Россия, Самара, ул. Арцыбушевская, 171. E-mail: [sasuslin@mail.ru](mailto:sasuslin@mail.ru). ORCID: 0000-0003-2277-216X. SPIN: 9521-6510

**Салманидин Виталий Валерьевич** – главный врач ГБУЗ СО «Кошкинская центральная районная больница». 446800. Россия, Самарская область, с. Кошки, ул. Академика Павлова, дом 29. E-mail: [mail@kcrb63.ru](mailto:mail@kcrb63.ru)

#### Information about authors

**Nurgaleeva Galiya M.** - a psychiatrist-narcologist of the State Medical Institution of the SO "Koshkinskaya Central District Hospital". 446800. 29 Akademika Pavlova str., Samara region, Samara region, Russia. E-mail: [mail@kcrb63.ru](mailto:mail@kcrb63.ru). ORCID: in progress. SPIN: in progress.

**Tsarev Sergey A.** – Candidate of Medical Sciences, Assistant of the Department of Public Health and Public Health of the Samara State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, 171 Artsybushevskaya str., Samara, 443079, Russia; Head of the Expert and Methodological Department of the Samara Regional Clinical Narcological Dispensary. 443001, Russia, Samara, Artsybushevskaya str., 171. E-mail: [tsasergey@yandex.ru](mailto:tsasergey@yandex.ru). ORCID: 0000-0002-

3679-8806. SPIN: 5457-7488

**Shcherban Andrey V.** – Candidate of Medical Sciences, Chief Physician of the Samara Regional Clinical Oncological Dispensary. 443085, Russia, Samara, Yuzhnoye shosse, 18. E-mail: guzsond@mail.ru. ORCID: 0000-0001-8127-97784. SPIN: 9037-9302

**Katin Alexey A.** - Candidate of Medical Sciences, Assistant at the Department of Public Health and Public Health of the Samara State Medical University of the Ministry of Health of Russia. 171 Artsybushevskaya str., Samara, 443079, Russia. Email address: katinalex@mail.ru. ORCID: 0000-0002-8097-1813. SPIN: 1223-5208

**Suslin Sergey A.** — Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Public Health and Public Health of the Samara State Medical University of the Ministry of Health of Russia. 171 Artsybushevskaya str., Samara, 443001, Russia. E-mail: sasuslin@mail.ru. ORCID: 0000-0003-2277-216X. SPIN: 9521-6510

**Salmanidin Vitaly V.** – the chief physician of the State Medical Institution SO "Koshkinskaya Central District Hospital". 446800. 29 Akademika Pavlova str., Samara region, Samara region, Russia. E-mail: mail@kcrb63.ru.

Статья получена: 25.06.2023 г.  
Принята к публикации: 28.09.2023 г.