

КОМПЛАЕНС И СИМПТОМАТИКА ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ У ПАЦИЕНТОВ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

ИВАНОВА МАРИНА АНДРЕЕВНА, ORCID ID: 0000-0002-2388-4174; врач-пульмонолог, центр респираторной медицины, ОГБУЗ «Клиническая больница №1», 214006, Россия, Смоленск, ул. Фрунзе, 40;

e-mail: zamedikus@yandex.ru

ПУНИН АЛЕКСАНДР АЛЕКСЕЕВИЧ, ORCID ID: 0000-0001-9883-8378; докт. мед. наук, профессор кафедры факультетской терапии ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России, 214019, Россия, Смоленск, ул. Крупской, 28, e-mail: 001e316@mail.ru

ВАУЛИН СЕРГЕЙ ВИКТОРОВИЧ, ORCID ID: 0000-0002-6944-6372; докт. мед. наук, профессор кафедры факультетской психиатрии, наркологии и психотерапии ФДПО ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России, 214019, Россия, Смоленск, ул. Крупской, 28, e-mail: sv_vaulin@mail.ru

Реферат. Введение. Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), как и алкоголизм, представляют значительную проблему в связи с широким распространением и медико-социальным бременем. **Цель исследования** — изучение влияния алкоголизма на уровень субъективных симптомов хронической обструктивной болезни легких у лиц с разным уровнем кооперации. **Материал и методы.** Обследовано 147 мужчин с диагнозом ХОБЛ в возрасте от 40 до 88 лет. Проведено: спирометрия, определение наличия и стадии алкогольной зависимости, определение уровня одышки по шкале mMRC, уровень бытового дискомфорта по САТ-тесту, толерантность к физической нагрузке в ходе шаговой пробы, определение уровня комплаенса по отечественному тесту приверженности терапии. **Результаты и их обсуждение.** Получена тенденция к недооценке своего состояния здоровья лицами с алкоголизмом II, III стадией. ХОБЛ III и IV степени ассоциировалась с выраженной клинической симптоматикой вне зависимости от наличия САЗ. Уровень комплаенса не сказался на отношении пациентов к симптомам ХОБЛ. Это свидетельствовало об отсутствии ассоциации заявленного высокого комплаенса с более критичным восприятием своего состояния этой категорией пациентов. **Выводы.** При работе с пациентами с хронической обструктивной болезнью легких I и II степени тяжести и сопутствующим алкоголизмом II и III стадии наблюдалось снижение информативности методик объективизации одышки и бытового дискомфорта. Выявлено отсутствие влияния высокого заявленного комплаенса на информативность методик объективизации симптомов хронической обструктивной болезни легких.

Ключевые слова: комплаенс, ХОБЛ, алкоголизм, одышка, САТ-тест

Для ссылки: Иванова, М.А. Комплаенс и субъективные симптомы хронической обструктивной болезни легких у пациентов с сопутствующей алкогольной зависимостью / М.А. Иванова, А.А. Пунин, С.В. Ваулин // Вестник современной клинической медицины. — 2022. — Т. 15, вып. 2. — С.22—27. DOI: 10.20969/VSKM.2022.15(2).22-27

COMPLIANCE AND SUBJECTIVE SYMPTOMS OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE IN PATIENTS WITH ALCOHOL DISEASE

IVANOVA MARINA A., ORCID ID: 0000-0002-2388-4174; pulmonologist of the center of respiratory medicine «State clinical hospital №1», 214006, Russia, Smolensk, Frunze Str., 40,

e-mail: zamedikus@yandex.ru

PUNIN ALEKSANDR A., ORCID ID: 0000-0001-9883-8378, D. Med. Sci., Professor, Head of the Department of Internal Medicine, Smolensk State Medical University, 214019, Russia, Smolensk, Krupskay Str., 28,

e-mail: 001e316@mail.ru

VAULIN SERGEY V., ORCID ID: 0000-0002-6944-6372; D. Med. Sci, professor of the Department of Psychiatry, Narcology and Psychotherapy of the Faculty of Additional Professional Education of Smolensk State Medical University, 214019, Russia, Smolensk, Krupskay Str., 28, e-mail: sv_vaulin@mail.ru

Abstract. Introduction. Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) and alcohol disease submit a serious health-care problem due to their wide distribution and medical and social burden. **Aim.** The aim of the study was to reveal the impact of alcoholism on the level of COPD subjective symptoms in patients with different compliance. **Material and methods.** 147 men with COPD in the age of 40 – 88 years were examined. Spirometry criteria, mMRC, CAT, domestic questionnaire of adherence to therapy, 6-minutes walking tests were performed. The stage of alcohol disease was established. **Results and discussion.** We observed the trend to subjective COPD symptoms underestimation in patients with the II, III stages of alcohol disease. Alcohol disease performed no impact on subjective symptoms in patients with stages III, IV of COPD. The compliance level and subjective symptoms severity showed no interrelation in patients suffering from alcoholism. This emphasized the absent association between the high level of compliance and critical self-state perception in patients with concomitant diseases. **Conclusion.** The poor informativity of mMRC dyspnea scale and CAT-test was demonstrated in patients with mild and moderate COPD and severe alcoholism. The high level of compliance showed no impact on this tendency.

Key words: compliance, COPD, alcohol disease, dyspnea, CAT-test.

For reference: Ivanova MA, Punin AA, Vaulin SV. Compliance and subjective symptoms of chronic obstructive pulmonary disease in patients with concomitant alcohol disease. The Bulletin of Contemporary Clinical Medicine. 2022; 15 (2): 22—27. DOI: 10.20969/VSKM.2022.15(2).22-27

Введение. Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) является актуальной проблемой современного здравоохранения в связи с широкой распространенностью, влиянием на продолжительность и качество жизни, а также значительным потреблением ресурсов здравоохранения [1]. Современные принципы оказания помощи в значительной степени предусматривают индивидуальный подход к пациенту. В частности, методики оценки субъективных проявлений ХОБЛ прочно внедрены в повседневную клиническую практику и служат критерием подбора терапии [2]. Самостоятельная работа с опросником предполагает влияние особенностей высшей нервной деятельности на результат. Критичность восприятия, когнитивные способности, волевые установки, готовность к кооперации во многом определяют конечный результат обследования больного.

Синдром алкогольной зависимости (САЗ) в свою очередь является заболеванием с генерализованным поражением внутренних органов, и в том числе центральной нервной системы [3, 4]. Как следствие, закономерно его влияние на клинические проявления ХОБЛ в рамках субъективных ощущений пациента, психологического восприятия своей болезни, искажения объективности ответов пациента на поставленные вопросы, связанные с одышкой и толерантностью к нагрузке. Принимая во внимание, что распространенность ХОБЛ в РФ составляет 668,4 на 100000 населения, а алкоголизма - 1344,11 на 100000 населения, вероятность сочетания этих заболеваний у одного пациента достаточно высока [1, 5]. На сегодняшний день вопрос о степени влияния САЗ на процесс диагностики ХОБЛ остается недостаточно изученным.

Цель исследования: изучение влияния алкоголизма на уровень субъективных симптомов хронической обструктивной болезни легких у лиц с разным уровнем комплаенса.

Материалы и методы исследования. В ходе выполнения работы было обследовано 147 мужчин с диагнозом ХОБЛ в возрасте от 40 до 88 лет (ME=62 [57;69] года), проживающих в Смоленской области, за исключением города Смоленска. Все участники оформили добровольное информированное согласие на участие в исследовании. Работа рассмотрена этическим комитетом Смоленской государственной медицинской академии (протокол от 6.12.2013 года, замечания этического характера отсутствуют).

Объем форсированного выдоха за первую секунду (FEV1) равный или выше 50% имели 102 пациента (69,3%, средний возраст 60 [56,00; 67,00] лет); FEV1<50% - 45 мужчин, средний возраст 63,00 [58,00; 69,00] года.

Распределение пациентов по стадиям САЗ проведено на основании критериев, изложенных в Национальных рекомендациях по наркологии (2016), стратификация по стадиям - с использованием международной классификации болезней 10-го пересмотра [5].

По результатам сформированы две группы пациентов для проведения сравнительного анализа

уровня симптоматики: первая включала пациентов с отсутствием алкогольной зависимости либо ее I стадией, демонстрировавших отсутствие либо наличие минимальных психопатологических изменений и составила контрольную группу (n=91 человек, 61,9%, средний возраст 63,00 [58,00; 71,00] года); вторая группа была представлена больными с сопутствующим САЗ II и III стадии, с широким спектром соматических, социальных, психоневрологических маркеров алкоголизма (n=56 человек, 38,1%, средний возраст 58,00 [52,00; 63,50] лет).

У 147 участников однократно при включении в исследование определены: субъективный уровень одышки по шкале модифицированного вопросника Британского медицинского исследовательского совета mMRC; уровень бытового дискомфорта, согласно CAT-тесту (COPD Assessment Test, CAT); а также толерантность к физической нагрузке в ходе выполнения теста с шестиминутной ходьбой (6MWT) как объективного показателя состояния здоровья [2]. Уровень комплаенса оценен у 147 пациентов по отечественному тесту приверженности терапии (ОТПТ) [6]. Пациентам предложено 4 вопроса с вариантами ответов, оцениваемых исследователем от 0 до 3 баллов, где 0 – наиболее вероятное несоблюдение режима терапии, 3 – максимально точное следование рекомендациям. Для анализа уровня симптоматики на фоне разной степени приверженности терапии пациенты распределены на 2 группы: лица с отсутствием или низкой приверженностью терапии - ОТПТ=0-6, 81 человек, 55,1%; и группа достаточно комплаентных больных - ОТПТ=6-12, 66 человек, 44,9%. Статистическая обработка произведена с помощью лицензионной программы SPSS 17. Для проверки гипотезы соответствия выборочных данных нормальному закону распределения использовался критерий χ^2 (Пирсона). В нашем случае все распределения носили ненормальный характер, поэтому для описания центральных тенденций вычислялась медиана (ME) и интерквартильный размах в виде 25% и 75%. При оценке долей биномиальных признаков (D) в совокупности применен непараметрический биномиальный критерий. Для сравнения двух независимых выборок применялся непараметрический критерий Манна-Уитни, для оценки значимости различий частот - критерий χ^2 Пирсона (критерий Фишера) с поправкой Йетсена.

Результаты и их обсуждение. С целью оценки субъективных проявлений симптомов ХОБЛ проведена стратификация больных на группы в зависимости от уровня FEV1,% и САЗ. По отношению к алкоголю выделены подгруппы лиц с отсутствием алкоголизма и его I стадией (САЗ 0-I), и II и III стадиями САЗ (САЗ II-III). Для первой группы (САЗ 0-I) характерно отсутствие либо наличие минимальных психопатологических изменений, для второй - широкий спектр соматических, социальных, психоневрологических маркеров алкоголизма. По уровню бронхиальной обструкции проведено деление на две группы. В первую группу вошли 102 человека группы с FEV1 \geq 50% (средний возраст 60 [56,00;

67,00] лет). Из них развернутую клиническую картину алкогольной болезни (CA3 II и III стадии) имели 43 пациента (42%), 59 человек (58%) составили контрольную группу (CA3 0-I).

Группа с тяжелым и крайне тяжелым течением ХОБЛ (FEV1 < 50%) состояла из 45 мужчин, средний возраст 63,00 [58,00; 69,00] года. Из них 13 пациентов (29%) страдали запущенной формой алкогольной зависимости (CA3 II и III стадий) и 32 человека (71%) с CA3 0-I стадии составили контрольную группу.

Объективизация симптомов бронхиальной обструкции выполнена с применением опросников mMRC, CAT.

Для оценки влияния CA3 на субъективное восприятие ХОБЛ проведен сравнительный анализ доли больных с малосимптомным и полисимптомным течением заболевания (mMRC < 2, CAT < 11 и mMRC > 1, CAT > 10 соответственно) в группе с тяжелым алкоголизмом и контрольной группе. Результаты представлены на рисунке 1.

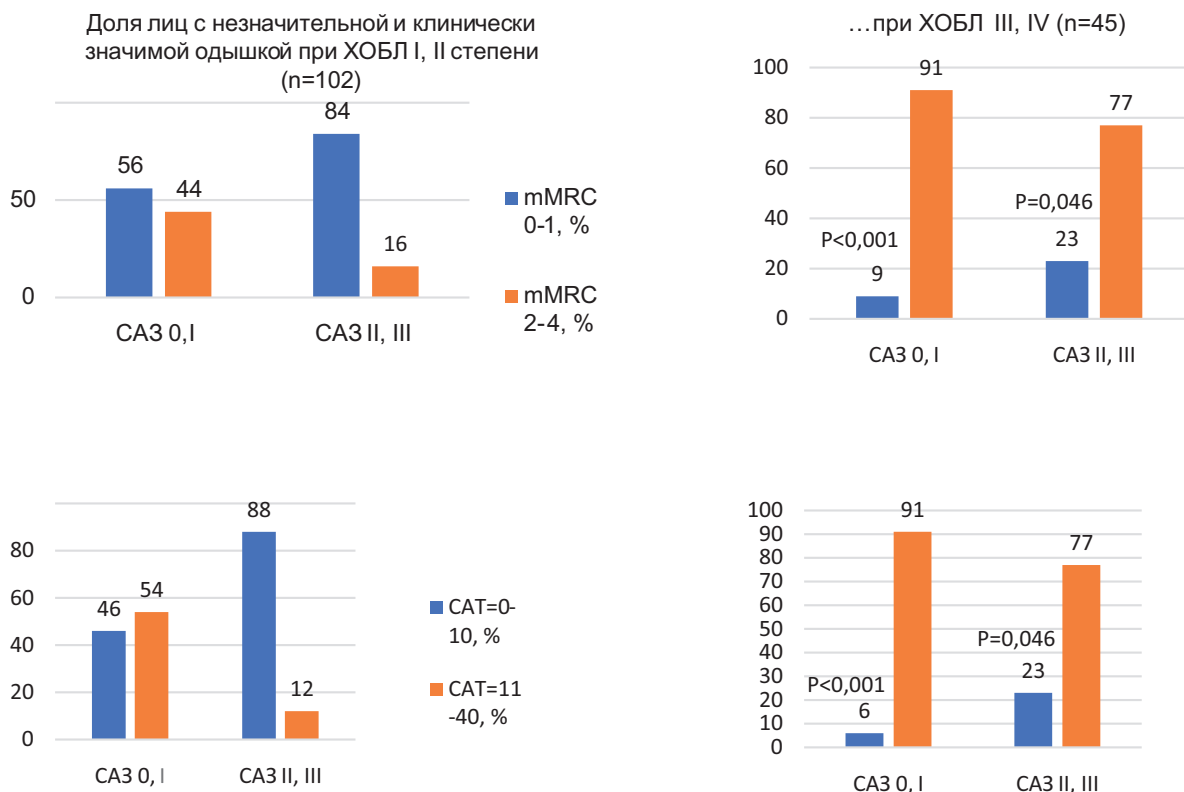


Рис. 1. Оценка субъективных симптомов пациентами с ХОБЛ на фоне сопутствующего CA3
Fig. 1. Subjective symptoms assessment in patients with COPD and concomitant alcoholism

У пациентов с FEV1 ≥ 50% тяжелый алкоголизм преимущественно ассоциировался с незначительной одышкой либо ее отсутствием: среди лиц с CA3 II-III значимо преобладали больные с минимальным проявлением диспноэ, и их доля превышала таковую в контрольной группе CA30-I (χ^2 mMRC = 8,78, $p = 0,005$). Большинство обследованных с тяжелым и крайне тяжелым течением ХОБЛ демонстрировали выраженную одышку вне зависимости от наличия и стадии алкогольной зависимости. Аналогично большинство пациентов с FEV1 ≥ 50% и CA3 II, III стадии отрицали влияние симптомов ХОБЛ на повседневную жизнь, в отличие от больных контрольной группы, где «полисимптомные» и «малосимптомные» больные распределились практически эквивалентно. Также доля лиц с CAT = 0-10 была значительно выше среди пациентов с CA3 II-III по сравнению с группой контроля ($\chi^2 = 19,54$, $p < 0,001$). В случае

падения FEV1 ниже 50% большинство участников заявили о значительном ограничении бытовой активности вне зависимости от уровня алкоголизации.

Для уточнения аспектов клинической картины ХОБЛ и соответствия анкетной информации объективным данным рассмотрены показатели уровня одышки по шкале mMRC, влияния ХОБЛ на повседневную жизнь согласно CAT-тесту, а также расстояние, пройденное за 6 минут, как интегральный показатель состояния здоровья пациента на фоне алкоголизации. Поскольку характерной особенностью нашей выборки явилось выявление тяжелых форм CA3 у относительно молодых пациентов, возраст так же учитывался как возможный фактор модификации субъективного статуса.

Результаты анализа возраста, баллов по шкале mMRC и CAT-тесту, толерантности к физической нагрузке на фоне CA3, представлены в табл. 1.

Возраст, бальная оценка по mMRC, CAT тестам и толерантность к физической нагрузке у пациентов с ХОБЛ на фоне алкоголизма, n = 147

Age, mMRC, CAT-test, 6 minutes walking test evaluation in patients with COPD and concomitant alcoholism

Параметры ME [25%; 75%]	FEV1 ≥ 50%, n = 102		p	FEV1 < 50%, n = 45		p
	CA30-I (n = 59)	CA3 II-III (n = 43)		CA30-I (n = 32)	CA3 II-III (n = 13)	
mMRC, баллы	1,00 [1,00; 2,00]	1,00 [0,00; 1,00]	0,001	3,00 [2,00; 3,00]	2,00 [2,00; 3,00]	>0,05
CAT-тест, баллы	12,00 [7,00; 22,00]	8,00 [3,00; 9,00]	<0,001	22,50 [18,00; 34,00]	24,00 [10,00; 36,00]	>0,05
6MWT, м	253,00 [178,45; 335,25]	286,20 [217,25; 327,15]	>0,05	165,20 [79,62; 230,50]	112,40 [96,20; 308,00]	>0,05
Возраст, лет	63,00 [58,00; 70,50]	58,00 [51,50; 62,50]	0,034	63,50 [60,00; 72,00]	60,00 [52,00; 66,00]	0,013

Пациенты с умеренной бронхиальной обструкцией (FEV1 ≥ 50%) при наличии CA3 II-III демонстрировали меньшую бальную оценку выраженности одышки, чем пациенты с CA3 0-I. Однако, при оценке дистанции, пройденной в ходе шаговой пробы, пациенты с CA3 II-III показали схожую с пациентами CA3 0-1 толерантность к физической нагрузке, несмотря на более молодой возраст и ожидаемое превосходство по переносимости нагрузочного теста. Полученные результаты свидетельствуют в пользу версии о влиянии алкогольной энцефалопатии на снижении критичности восприятия одышки. В большей степени тенденция прослеживалась при работе с CAT-тестом.

ХОБЛ III и IV степени ассоциировалась с выраженной клинической симптоматикой, вне зависимости от наличия CA3.

Учитывая, что кооперация — необходимое условие качественной диагностики, предпринято рассмотрение уровня субъективных симптомов ХОБЛ у лиц с разным уровнем комплаенса и стадией алкогольной болезни. Значения баллов mMRC, CAT-теста проанализированы среди пациентов с разным уровнем алкоголизации в группе лиц с низким комплаенсом (ОТПТ = 0-6 баллов, n = 81) и с высокой кооперативностью (ОТПТ = 6-12 балла, n = 66). Результаты представлены на рисунке 2.

обладание некомплаентных пациентов с ОТПТ = 0-6 балла (81 человек, 55%). Усредненные показатели приверженности терапии составили 0,00 [0,00; 6,00] в группе с CA3 II и III стадии, и 9,00 [6,00; 12,00] баллов в контрольной группе (p < 0,001). Среди лиц с CA3 II, III стадии (n = 56), демонстрировавших широкий спектр клинических симптомов алкоголизации, доля пациентов с низким уровнем кооперации (ОТПТ = 0-2 балла) значительно превышала таковую в контрольной группе пациентов с CA3 I стадии, либо не страдавших алкоголизмом (77% и 42% соответственно, $\chi^2 = 17,19$, p < 0,001).

Поскольку кооперация — необходимое условие качественной диагностики, предпринято рассмотрение уровня субъективных симптомов ХОБЛ у лиц с разным значением оценки комплаенса и стадией алкогольной болезни. Значения баллов mMRC, CAT-теста проанализированы среди пациентов с разным уровнем алкоголизации в группе лиц с низким комплаенсом (ОТПТ = 0-6 баллов, n = 81) и с высокой кооперативностью (ОТПТ = 6-12 балла, n = 66). Результаты представлены на рисунке 2.

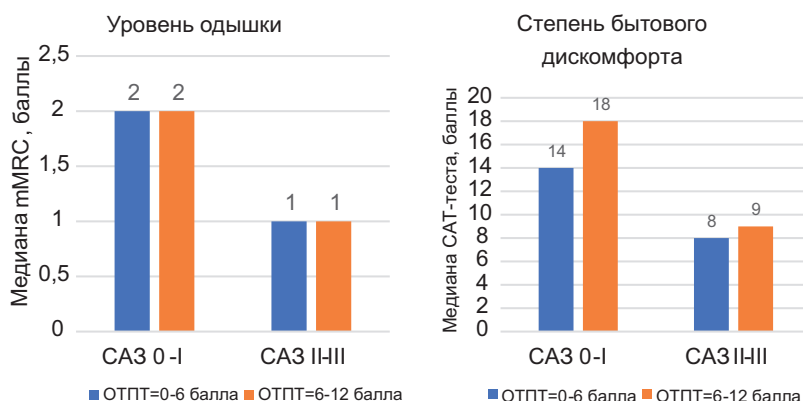


Рис.2. Уровень субъективной симптоматики ХОБЛ у пациентов с разным уровнем кооперативности на фоне алкоголизма, n = 147

Fig.2. Subjective COPD symptoms in patients with variative compliance index and concomitant alcoholism

При низком уровне кооперации (ОТПТ = 0-6 баллов) наблюдались снижение уровня одышки и ограничения привычной активности на фоне тяжелого алкоголизма: в группе контроля более половины пациентов демонстрировали наличие одышки ($mMRC_{CA30-I} > 1$ балла) и ограничение бытовой активности ($CAT_{CA30-I} > 10$), тогда как большинство лиц с САЗ II, III стадии заявили о бессимптомном течении ХОБЛ.

При заявленной высокой готовности к сотрудничеству (ОТПТ = 6-12 баллов) прослеживалась аналогичная закономерность – лица с тяжелым алкоголизмом демонстрировали меньший уровень симптомов при анкетировании: медианы CAT-теста составили 18 и 9 баллов, уровня одышки по шкале mMRC – 2 и 1 балл соответственно в группе контроля и в страте лиц с САЗ II, III стадии.

В проведенном исследовании получено, что алкогольная болезнь в своей манифестной форме ассоциировалась с ограниченными субъективными симптомами ХОБЛ I и II степени. В случае тяжелой и крайне тяжелой бронхиальной обструкции больные отмечали значимую одышку и ограничение привычной деятельности вне зависимости от сопутствующего САЗ: закономерное возрастание баллов mMRC, CAT-теста с падением уровня вентиляции ниже 50% наблюдалось как среди зависимых лиц, так и среди пациентов без САЗ или его начальной стадией. Это позволило говорить о тяжелой бронхиальной обструкции как о ведущем факторе, обуславливающим тяжесть состояния пациента.

На сегодняшний день накоплены данные о негативных последствиях алкоголизма на респираторный тракт курильщиков. Однозначных выводов относительно роста летальности на фоне приема алкоголя в ходе крупных исследований на сегодняшний день не получено [5, 7]. В нашем исследовании первичный анализ анкетных данных демонстрировал тенденцию к положительной оценке картины болезни лицами с ХОБЛ I, II степени и сопутствующим САЗ II-III. Большинство обследованных этой страты заявили как о минимальном уровне одышки ($mMRC = 0-1$ балл в 84% случаев), так и об отсутствии значимого ограничения бытового дискомфорта ($CAT = 0-10$ баллов в 88% случаев). Доля лиц с отсутствием симптомов по каждой шкале превышала аналогичные показатели в контрольной группе: $mMRC = 0-1$ балл у 84% и 56% пациентов, $CAT = 0-10$ баллов у 88% и 46% пациентов соответственно. Указанное соотношение формирует картину более благоприятного течения ХОБЛ на фоне САЗ, что соотносится с отдельными научными наблюдениями [8, 9].

При этом оценка толерантности физической нагрузки не показала увеличения пройденного за 6 минут расстояния на фоне тяжелого алкоголизма, ожидаемого в связи с молодым возрастом и отсутствием симптомов ХОБЛ — медианы дистанции в 6MWT составили 286,20 м для группы с САЗII-III, и 253,00м для группы с САЗ0-I. Таким образом, можно предполагать ухудшение соматического статуса лиц с алкогольной зависимостью, что соответствует выводам большинства крупных анализов [10].

Несоответствие объективных показателей и субъективной картины болезни свидетельствует в пользу недооценки пациентом тяжести своего состояния, снижения порога критического осмысления угрозы здоровью и жизни, что достаточно типично для лиц, подверженных алкоголизации.

Подобные нарушения высшей нервной деятельности зафиксированы в ряде работ, посвященных алкогольной энцефалопатии, связанной с токсическим воздействием метаболитов этанола на нейроны головного мозга [11, 14]. Описаны расстройства памяти, мышления, внимания, критичности в восприятии, в том числе своего состояния здоровья [4, 12]. Данные о структурно-функциональных основах изменений и соответствующих им модификациях поведения и восприятия, связанных с алкоголем, постоянно пополняются. Изучаются особенности церебрального кровоснабжения, аспектов алюминий-ассоциированной нейродегенерации, обмена тиамина и аммониевых соединений [13]. Характерные клинические проявления варьируют от умеренной когнитивной дисфункции при становлении зависимости до деградации личности на терминальной стадии САЗ, в том числе у молодых лиц [14]. Так же нельзя исключать, что причиной полученного результата является не только изолированное токсическое воздействие продуктов метаболизма этанола на головной мозг, но и сочетание его с когнитивными нарушениями, характерными для ХОБЛ.

Доказано, что лица с ХОБЛ чаще демонстрируют высокий уровень тревожности, снижение интеллектуальной активности, нарушение памяти и внимания, в основном в связи с нарушением газового состава крови [15]. Указанные явления – важная часть клинической картины, так как они имеют как медицинские последствия в виде высокого риска деменции, так и социальные – в связи с поведенческими девиациями [16]. В аспекте диагностики ХОБЛ эти факторы напрямую связаны с вероятностью получения релевантных анкетных данных.

Таким образом, причиной выявленных в ходе работы когнитивных нарушений может являться сочетание изучаемых нозологий, что потенциально способно привести к недооценке тяжести состояния, наблюдаемому в нашем исследовании.

Относительно пациентов с $FEV1 < 50\%$ алкоголизация не оказывала существенного влияния на результаты анкетирования: как в группе с САЗ II-III, так и в контрольной страте преобладали лица с выраженной одышкой, $mMRC > 1$ (77% и 91% соответственно) и значительным ограничением бытовой активности с $CAT > 10$ (77% и 94%, соответственно). По всей вероятности, бронхиальная обструкция явилась ключевым фактором, определившим тяжесть состояния и характер субъективной картины болезни пациентов. Сопоставимые данные анкетирования и шаговой пробы при значительно более молодом возрасте пациентов с ХОБЛ III, IV степени и САЗ II-III стадии по сравнению с контрольной группой косвенно свидетельствовали в пользу ухудшения соматического статуса на фоне прогресса алкоголизма, что также соответствует имеющимся научным данным [17].

Вне зависимости от уровня алкоголизации прослеживался больший субъективный респираторный дискомфорт у лиц с ХОБЛ тяжелого и крайне тяжелого течения по сравнению с группой с FEV1 \geq 50%, что согласуется с общепринятыми представлениями и свидетельствует о диагностической ценности методик.

Получено, что не зависимо от степени приверженности к лечению пациенты с САЗ II, III стадии демонстрировали меньший уровень диспноэ и бытового дискомфорта, связанного с ХОБЛ. Вне зависимости от уровня комплаенса, лица с тяжелой алкоголизацией имели результаты по САТ-тесту - на 6-9 баллов, по mMRC на 1 балл меньше по сравнению с контрольной группой. Ранее в ходе исследования получена тенденция к недооценке субъективных симптомов ХОБЛ больными с сопутствующим тяжелым алкоголизмом. Высокий уровень комплаенса не ассоциировался с более критичным восприятием своего состояния этой категорией пациентов.

Выводы. При работе с пациентами с хронической обструктивной болезнью легких I и II степени тяжести и сопутствующим алкоголизмом II и III стадии наблюдалось снижение информативности методик объективизации одышки и бытового дискомфорта.

Выявлено отсутствие влияния высокого заявленного уровня комплаенса на информативность методик объективизации симптомов хронической обструктивной болезни легких.

Прозрачность исследования. Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.

Декларация о финансовых и других взаимоотношениях. Все авторы принимали участие в разработке концепции и дизайна исследования и в написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами. Авторы не получали гонорар за исследование.

Литература / References

1. *Khaltaev N.* GARD, a new way to battle with chronic respiratory diseases, from disease oriented programmes to global partnership. *J Thorac Dis.* 2017; 9 (11): 4676-4689. DOI:10.21037/jtd.2017.11.91
2. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) guideline: Global Strategy for the Diagnosis, management and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease [Internet] 2019. Dec, [accessed on 2019 Feb 11]. Available at: <http://www.goldcopd.com>
3. *Iranpour A, Nakhaee N.* A review of alcohol-related harms: a recent update. *Addict Health.* 2019; 11 (2): 129-137. DOI:10.22122/ahj.v11i2.225
4. *Kuźma E., Llewellyn DJ., Langa K.M., et al.* History of alcohol use disorders and risk of severe cognitive impairment: a 19-year prospective cohort study. *Am. J. Geriatr. Psychiatry.* 2014; 22 (10): 1047-1054. DOI: 10.1016/j.jagp.2014.06.001
5. *Jargin S.* Alcohol Consumption in Russia and Some Aspects of Public Health. *International Journal of High Risk Behaviors and Addiction.* 2016; 5 (1). DOI:10.5812/ijhrba.26617
6. *Фофанова Т.В., Агеев Ф.Т., Смирнова М.Д.* Отечественный опросник приверженности терапии: апробация и применение в амбулаторной практике // Системные гипертензии. – 2014. – № 2. – С.13-16. [*Fofanova TV, Ageev FT, Smirnova MD.* Otechestvennyy oprosnik priverzhennosti terapii: aprobatsiya i primeneniye v ambulatornoj praktike [Domestic questionnaire of adherence to therapy: testing and application in outpatient practice]. *Sistemnyye gipertenzii* [Systemic hypertension]. 2014; 2: 13-16. (In Russ.)].
7. *Wetherbee EE, Niewoehner DE, Sisson JH, Lindberg SM et al.* Self-reported alcohol intake and risk of acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: a prospective cohort study. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* 2015; 10:1363-70. DOI: 10.2147/COPD.S86572
8. *Kaluza J, Harris HR, Linden A, Wolk A.* Alcohol consumption and risk of chronic obstructive pulmonary disease: a prospective cohort study of men. *Am J Epidemiol.* 2019; 188(5): 907-916. DOI: 10.1093/aje/kwz020
9. *Beulens JWJ, Franssen HP, Struijk EA, Boer JMA et al.* Moderate alcohol consumption is associated with lower chronic disease burden expressed in disability-adjusted life years: a prospective cohort study. *Eur J Epidemiol.* 2017; 32 (4): 317-326. DOI: 10.1007/s10654-017-0247-x
10. *Scoditti E, Massaro M, Garbarino S, Toraldo DM.* Role of diet in chronic obstructive pulmonary disease prevention and treatment. *Nutrients.* 2019; 11 (6). DOI: 10.3390/nu11061357
11. *Davis BC, Bajaj JS.* Effects of alcohol on the brain in cirrhosis: beyond hepatic encephalopathy. *Alcoholism Clin Exp Res.* 2018; 42 (4): 660-667. DOI: 10.1111/acer.13605
12. *Tembo C, Burns S, Kalembo F.* The association between levels of alcohol consumption and mental health problems and academic performance among young university students. *PLoS One.* 2017; 12 (6): e0178142. DOI: 10.1371/journal.pone.0178142
13. *Ritz L, Segobin S, Lannuzel C, Laniepce A et al.* Cerebellar hypermetabolism in alcohol use disorder: compensatory mechanism or maladaptive plasticity? *Alcoholism Clin Exp Res.* 2019; 43 (10): 2212-2221. DOI: 10.1111/acer.14158
14. *Kim S., Kim Y., Park S.M.* Association between alcohol drinking behaviour and cognitive function: results from a nationwide longitudinal study of South Korea. *BMJ Open.* – 2016; 6 (4): e010494. DOI: 10.1136/bmjopen-2015-010494
15. *Franssen FME, Smid DE, Deeg DJH, Huisman M et al.* The physical, mental, and social impact of COPD in a population-based sample: results from the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *NPJ Prim Care Respir Med.* 2018; 28 (1): 30. DOI: 10.1038/s41533-018-0097-3
16. *Wang Y, Li X, Wei B, Tung T et al.* Association between chronic obstructive pulmonary disease and dementia: systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Dement Geriatr Cogn Dis Extra.* 2019; 9 (2): 250-259. DOI: 10.1159/000496475
17. *Tanabe J, Yamamoto DJ, Sutton B, Brown MS et al.* Effects of alcohol and acetate on cerebral blood flow: a pilot study. *Clin Exp Res.* 2019; 43 (10): 2070-2078. DOI: 10.1111/acer.14173