



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EISSN 2181-2187

8 (94) 2026

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:
М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
У.О. АБИДОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОЕВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Д.Т. АШУРОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЪЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Б.Б. ХАСАНОВ
Д.А. ХАСАНОВА
Б.З. ХАМДАМОВ
Э.Б. ХАККУЛОВ
Г.С. ХОДЖИЕВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ NEW DAY IN MEDICINE

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

8 (94)

2026

Август

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com>

E: ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

УДК 616.89-008.441.13:616.98:578.834-08

КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЁСШИХ COVID-19

¹Таджибаев У.А. <https://orcid.org/0009-0003-8597-7039> e-mail: uktamaskar15@gmail.com

^{1,2}Ашуров З.Ш. e-mail: uktamaskar15@gmail.com

¹Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр психического здоровья, 111200 Ташкентская область, Республика Узбекистан, Кибрайский р-н, пос. Салар, ул. Ором, 1 тел: +998 (78) 150-78-95 e-mail: narkocentr@minzdrav.uz

²Ташкентский государственный медицинский университет, 100109 Ташкент, Узбекистан, ул. Фаробия, 2, Тел: +998781507825 E-mail: info@tdmu.uz

✓ Резюме

Постковидные астенические, эмоциональные, когнитивные и соматические нарушения могут снижать адаптацию пациентов с алкогольной зависимостью и повышать риск возобновления употребления. Цель — оценить клиничко-анамнестические особенности, постковидные нарушения, алкогольное поведение и функциональный статус пациентов после COVID-19. В одноцентровое сравнительное исследование включены 120 пациентов с алкогольной зависимостью (F10.2), лечившихся стационарно в октябре 2021 — декабре 2022 года: 60 перенесли подтверждённый COVID-19, 60 не имели инфекции в анамнезе. Применяли клиничко-анамнестический и соматоневрологический методы, анализ алкогольного поведения и шкалу PCFS. Группы были сопоставимы по возрасту и характеристикам зависимости. Среднетяжёлый COVID-19 перенесли 66,7%, тяжёлый — 13,3% пациентов. Преобладали слабость, утомляемость, снижение энергии и стрессоустойчивости (по 86,7%), тревога (80,0%), нарушения памяти и внимания (66,7%), сна и социальная изоляция (по 53,3%). Устойчивую ремиссию сохранили 13,3%. Возврат к алкоголю чаще связывался с тревожностью (80,0%), усталостью и слабостью (73,3%), подавленным настроением (66,7%) и одиночеством (53,3%). Ограничения PCFS 2–4 выявлены у 80,0%. Постковидные нарушения усиливают противорецидивную уязвимость и должны учитываться при клинической оценке и реабилитации.

Ключевые слова: алкогольная зависимость; COVID-19; постковидное состояние; алкогольное поведение; рецидив; функциональный статус; PCFS.

COVID-19 NI BOSHIDAN KECHIRGAN ALKOGOLGA QARAM BEMORLARDA KLINIK-ANAMNESTIK VA FUNKSIONAL XUSUSIYATLAR

¹Tadjibaev U.A. <https://orcid.org/0009-0003-8597-7039> e-mail: uktamaskar15@gmail.com

^{1,2}Ashurov Z.Sh. e-mail: uktamaskar15@gmail.com

¹Respublika ixtisoslashtirilgan ruhiy salomatlik ilmiy-amaliy tibbiyot markazi, 111200, O'zbekiston Respublikasi, Qibray tumani, Salar qishlog'i, Orom ko'chasi, 1 tel.: +998 (78) 150-78-95 e-mail: narkocentr@minzdrav.uz

²Toshkent Davlat Tibbiyot Universiteti, 100109 Toshkent, O'zbekiston Farobiy ko'chasi 2, Tel: +998781507825 E-mail: info@tdmu.uz

✓ Rezyume

Post-COVID astenik, emotsional, kognitiv va somatik buzilishlar alkogolga qaram bemorlarning moslashuv imkoniyatlarini pasaytirib, alkogol iste'molini qayta boshlash xavfini oshirishi mumkin. Maqsad — COVID-19 dan keyingi klinik-anamnestik xususiyatlar, post-COVID buzilishlar, alkogol iste'moli xulq-atvori va funksional holatni baholash. Bir markazli qiyosiy tadqiqotga 2021-yil oktabridan 2022-yil dekabrigacha statsionar davolangan 120 nafar alkogolga qaram bemor

(F10.2) kiritildi: 60 nafari tasdiqlangan COVID-19 ni boshdan kechirgan, 60 nafarida infeksiya anamnezi bo'lmagan. Klinik-anamnestik va somatonevrologik usullar, alkogol iste'moli xulq-atvori tahlili hamda PCFS shkalasi qo'llanildi. Guruhlar yosh va qaramlik xususiyatlari bo'yicha taqqoslanadigan edi. COVID-19 o'rta og'ir shaklda 66,7%, og'ir shaklda 13,3% bemorda kechgan. Holsizlik, tez charchash, energiya va stressga chidamlilikning pasayishi (86,7% dan), tashvish (80,0%), xotira va diqqat buzilishi (66,7%), uyqu buzilishi va ijtimoiy yakkalanish (53,3% dan) ustunlik qilgan. Barqaror remissiya 13,3% bemorda saqlangan. Alkogolga qaytish ko'proq tashvish (80,0%), charchoq va holsizlik (73,3%), tushkun kayfiyat (66,7%) hamda yolg'izlik (53,3%) bilan bog'liq bo'lgan. PCFS 2–4 darajasidagi cheklanishlar 80,0% bemorda aniqlangan. Post-COVID buzilishlar retsidivga moyillikni kuchaytiradi va klinik baholash hamda reabilitatsiyada hisobga olinishi lozim.

Kalit so'zlar: *alkogolga qaramlik; COVID-19; post-COVID holati; alkogol iste'moli xulq-atvori; retsidiv; funksional holat; PCFS.*

CLINICAL, ANAMNESTIC AND FUNCTIONAL CHARACTERISTICS OF ALCOHOL DEPENDENCE IN PATIENTS AFTER COVID-19

¹Tadjibaev U.A. <https://orcid.org/0009-0003-8597-7039> e-mail: uktamaskar15@gmail.com

^{1,2}Ashurov Z.Sh. e-mail: uktamaskar15@gmail.com

¹Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Mental Health, 111200 Tashkent region, Republic of Uzbekistan, Kibray district, Salar village, Orom street, 1
tel.: +998 (78) 150-78-95 e-mail: narkocentr@minzdrav.uz

²Tashkent State Medical University, 100109 Tashkent, Uzbekistan, 2 Farobiy Street,
Tel: +998781507825 E-mail: info@tdmu.uz

✓ Resume

Post-COVID asthenic, emotional, cognitive and somatic disturbances may reduce adaptation in patients with alcohol dependence and increase the risk of resumed alcohol use. Objective: to assess clinical and anamnestic characteristics, post-COVID disturbances, alcohol-related behavior and functional status after COVID-19. This single-center comparative study included 120 inpatients with alcohol dependence (F10.2) treated between October 2021 and December 2022: 60 had documented COVID-19 and 60 had no history of infection. Clinical-anamnestic and somatoneurological assessments, analysis of alcohol-related behavior and the PCFS scale were used. The groups were comparable in age and dependence characteristics. Moderate COVID-19 occurred in 66.7% and severe disease in 13.3%. The predominant complaints were weakness, fatigue, reduced energy and stress tolerance (86.7% each), anxiety (80.0%), memory and attention impairment (66.7%), sleep disturbance and social isolation (53.3% each). Sustained remission was maintained by 13.3%. Return to alcohol use was most frequently associated with anxiety (80.0%), fatigue and weakness (73.3%), depressed mood (66.7%) and loneliness (53.3%). PCFS grades 2–4 were identified in 80.0%. Post-COVID disturbances increase relapse vulnerability and should be considered in clinical assessment and rehabilitation planning.

Keywords: *alcohol dependence; COVID-19; post-COVID condition; alcohol-related behavior; relapse; functional status; PCFS.*

Актуальность

Алкогольная зависимость представляет собой хроническое рецидивирующее заболевание, течение которого определяется взаимодействием нейробиологических, психопатологических, соматических и социальных факторов. Клиническая тяжесть заболевания связана не только с объёмом употребления алкоголя и выраженностью физической зависимости, но и с устойчивостью патологического влечения, длительностью ремиссий, соматической отягощённостью и способностью пациента сохранять социальное функционирование [9, 18, 23, 25].

Пандемия COVID-19 изменила условия течения аддиктивных расстройств. Ограничение доступности специализированной помощи, социальная изоляция, неопределённость, нарушения привычного образа жизни и эмоциональное напряжение способствовали изменению структуры употребления алкоголя и повышали риск рецидивов [3, 5, 7, 8, 14, 19]. В период пандемии алкоголь у части пациентов использовался как средство кратковременного снижения тревоги, облегчения засыпания и субъективного уменьшения стресса, что усиливало закрепление дисфункциональных способов саморегуляции.

Дополнительное клиническое значение имеет постковидное состояние. После завершения острого периода инфекции у пациентов могут длительно сохраняться утомляемость, снижение переносимости нагрузки, нарушения сна, тревожно-депрессивные проявления, когнитивные жалобы и ограничение повседневной активности [1, 2, 4, 6, 10, 11, 13, 16, 17, 20, 22]. Эти нарушения обладают мультисистемным характером и способны существенно снижать общий адаптационный ресурс пациента.

У лиц с алкогольной зависимостью постковидные симптомы могут наслаиваться на проявления хронической алкогольной интоксикации, абстинентного и постабстинентного состояний. Астения, бессонница, тревога, эмоциональная лабильность и соматический дискомфорт, с одной стороны, затрудняют клиническую дифференциацию состояния, а с другой — могут усиливать мотивацию к употреблению алкоголя. Алкогольная зависимость, в свою очередь, ассоциируется с повышенной соматической и иммунной уязвимостью при COVID-19 [12, 14, 21, 24].

Большинство исследований периода пандемии посвящено популяционным изменениям потребления алкоголя либо общим психоневрологическим последствиям COVID-19. Сведения о специализированном наркологическом контингенте, у которого необходимо одновременно оценивать предшествующую динамику зависимости, постковидные нарушения, особенности возврата к алкоголю и функциональное состояние, остаются ограниченными. Поэтому клиничко-анамнестическое сопоставление пациентов с алкогольной зависимостью в зависимости от наличия COVID-19 в анамнезе представляет практический интерес для диагностики, профилактики рецидивов и планирования реабилитационных мероприятий.

Цель исследования: определить клиничко-анамнестические особенности, структуру постковидных нарушений, изменения алкогольного поведения и функциональный статус пациентов с алкогольной зависимостью, перенёвших COVID-19.

Материал и методы

Исследование выполнено на базе Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра психического здоровья Министерства здравоохранения Республики Узбекистан в период с октября 2021 года по декабрь 2022 года. Дизайн работы — одноцентровое сравнительное клиничко-обсервационное исследование. Пациенты включались последовательно по мере поступления в специализированный наркологический стационар.

В исследование вошли 120 пациентов с установленным диагнозом «Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя: синдром зависимости» (F10.2 по МКБ-10). Основную группу составили 60 пациентов, перенёвших COVID-19; группу сравнения — 60 пациентов без клиничко-анамнестических указаний на перенесённую коронавирусную инфекцию. Возраст обследованных составлял 28–57 лет, средний возраст общей выборки — $42,45 \pm 6,13$ года. Средний возраст в основной группе был равен $42,43 \pm 6,00$ года, в группе сравнения — $42,47 \pm 6,31$ года ($p > 0,05$). В выборке преобладали мужчины — 114 (95,0%), женщин было 6 (5,0%).

Критериями включения являлись наличие синдрома зависимости от алкоголя F10.2, стационарное лечение в связи с алкогольным абстинентным состоянием, возможность клинического контакта и информированное добровольное согласие. Для основной группы обязательным условием служил подтверждённый анамнез COVID-19, установленный по медицинской документации, результатам ПЦР-исследований, выпискам из стационара или данным амбулаторного наблюдения. Критерии исключения включали острые алкогольные психозы на момент обследования, грубые органические когнитивные нарушения, тяжёлую декомпенсированную соматическую патологию, зависимость от других психоактивных веществ и отказ от участия.

Клинико-анамнестическое обследование проводилось с использованием индивидуальной регистрационной карты. Анализировали возраст начала употребления алкоголя, продолжительность этапов эпизодического и регулярного употребления, сроки формирования абстинентного синдрома и запойной формы пьянства, стадию и темп прогрессивности зависимости, длительность псевдозапоев и предшествующих ремиссий. Дополнительно оценивали тяжесть перенесённого COVID-19, условия лечения, сохраняющиеся соматические, эмоциональные, когнитивные и поведенческие нарушения, изменения алкогольного поведения в период пандемии и факторы возврата к употреблению.

Соматоневрологическая оценка включала клинический осмотр и анализ медицинской документации. Для характеристики функциональных последствий перенесённой инфекции применяли шкалу Post-COVID-19 Functional Status (PCFS), позволяющую ранжировать нарушения от отсутствия функциональных ограничений до выраженной зависимости в повседневной активности [15]. В данной работе показатели PCFS анализировались у пациентов основной группы.

Статистическая обработка выполнялась после кодирования и проверки базы данных с использованием Microsoft Excel и пакетов прикладного статистического анализа. Количественные показатели представлены как среднее значение и стандартное отклонение ($M \pm SD$), категориальные — как абсолютная и относительная частота n (%). Для межгруппового сравнения количественных переменных использовали t -критерий Стьюдента или критерий Манна–Уитни с учётом характера распределения; качественные признаки сравнивали с применением χ^2 -критерия Пирсона либо точного критерия Фишера. Статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$. Все участники предоставили информированное добровольное согласие на участие в исследовании.

Результат и обсуждения

Социально-демографические характеристики основной группы и группы сравнения были сопоставимы. Значимых различий по среднему возрасту, уровню образования и семейному положению не выявлено. В обеих группах у всех пациентов была сформирована II стадия алкогольной зависимости со средним темпом прогрессивности и псевдозапойной формой употребления. Основные клинико-анамнестические показатели представлены в табл. 1.

Таблица 1. Клинико-анамнестическая характеристика алкогольной зависимости до пандемии COVID-19

Показатель	Основная группа, $n=60$	Группа сравнения, $n=60$	p
Средний возраст, годы	42,43 $\pm$ 6,00	42,47 $\pm$ 6,31	>0,05
Возраст первого употребления алкоголя, годы	19,00 $\pm$ 2,85	17,80 $\pm$ 2,36	0,004
Длительность этапа эпизодического употребления, годы	10,51 $\pm$ 5,65	11,43 $\pm$ 6,04	0,555
Возраст начала регулярного употребления, годы	29,28 $\pm$ 5,19	28,78 $\pm$ 5,63	0,547
Продолжительность регулярного злоупотребления до формирования ААС, годы	8,50 $\pm$ 1,19	8,68 $\pm$ 1,33	0,507
Возраст формирования ААС, годы	37,78 $\pm$ 5,46	37,47 $\pm$ 5,73	0,766
Стаж алкогольной зависимости к началу пандемии, годы	4,65 $\pm$ 1,55	5,00 $\pm$ 1,40	0,252
Продолжительность псевдозапоя, дни	8,87 $\pm$ 3,64	9,00 $\pm$ 6,57	>0,05
II стадия, средний темп прогрессивности, псевдозапой	60 (100,0%)	60 (100,0%)	1,000

Примечание: количественные данные представлены как $M \pm SD$; ААС — алкогольный абстинентный синдром.

Единственное статистически значимое различие касалось возраста первого употребления алкоголя: в основной группе он был выше на 1,2 года. Однако к началу регулярного употребления, формированию абстинентного синдрома и запойной формы пьянства межгрупповые различия нивелировались. Продолжительность основных этапов формирования зависимости, стаж заболевания и длительность псевдозапоев были сопоставимы. Это подтверждает сходный клинический фон, на котором в основной группе впоследствии развивались последствия COVID-19.

В основной группе коронавирусная инфекция чаще протекала в среднетяжёлой форме — у 40 пациентов (66,7%). Лёгкое течение отмечалось у 12 (20,0%), тяжёлое — у 8 (13,3%) обследованных. Пациенты с лёгким и среднетяжёлым течением преимущественно лечились амбулаторно; госпитализация по поводу COVID-19 потребовалась больным с тяжёлой формой заболевания.

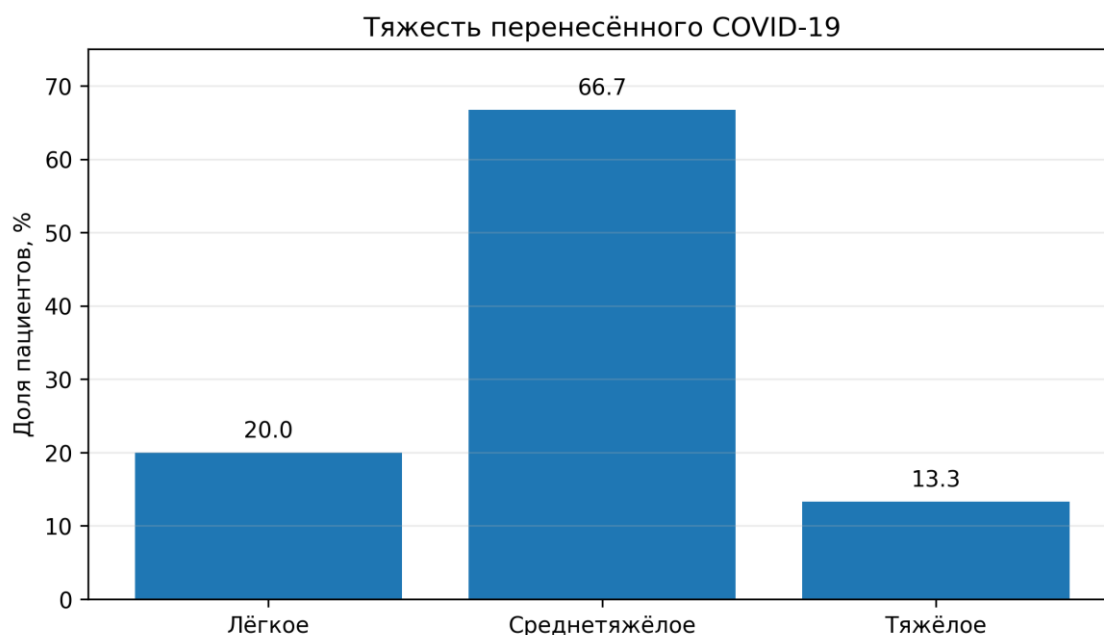


Рисунок 1. Распределение пациентов основной группы по тяжести перенесённого COVID-19, %

После завершения острого периода инфекции у пациентов основной группы сохранялся комплекс астенических, эмоциональных, когнитивных и соматических проявлений. Наиболее распространённые симптомы представлены в табл. 2.

Таблица 2. Клинические проявления постковидного периода у пациентов основной группы

Клиническое проявление	п	%
Общая слабость и утомляемость	52	86,7
Снижение энергии	52	86,7
Снижение стрессоустойчивости	52	86,7
Усиление тревоги	48	80,0
Ухудшение памяти и внимания	40	66,7
Снижение общения, социальная изоляция	32	53,3
Нарушения сна	32	53,3
Эмоциональная лабильность	28	46,7
Усиление депрессивных проявлений	20	33,3
Одышка	8	13,3

Примечание: у одного пациента могли одновременно отмечаться несколько проявлений.

Ведущее место занимал астенический симптомокомплекс: общая слабость, утомляемость, дефицит энергии и снижение стрессоустойчивости отмечались у 86,7% пациентов. Усиление тревоги наблюдалось у 80,0%, ухудшение памяти и внимания — у 66,7%. Более чем у половины обследованных сохранялись нарушения сна и тенденция к социальной изоляции. Сочетание нескольких симптомов у одного пациента указывало на комплексный характер постковидного состояния.

Соматическая отягощённость также различалась между группами. У перенёсших COVID-19 чаще выявлялись заболевания дыхательной системы — 28 (46,7%) против 4 (6,7%; $p<0,001$), заболевания печени — 29 (48,4%) против 12 (20,0%; $p<0,001$), а также сердечно-сосудистая патология — 16 (26,7%) при отсутствии зарегистрированных случаев в группе сравнения ($p<0,001$). Заболевания желудочно-кишечного тракта, напротив, чаще отмечались в группе сравнения — 8 (13,3%) против 0 ($p=0,006$).

Анализ алкогольного поведения показал, что 52 пациента основной группы (86,7%) прекращали употребление алкоголя только на период лечения коронавирусной инфекции и возвращались к прежнему стереотипу после завершения терапии. Ремиссию на протяжении всего периода пандемических ограничений сохранили 8 пациентов (13,3%). Наиболее частыми мотивами возобновления употребления были стремление снять стресс — 36 (60,0%), улучшить сон — 32 (53,3%), расслабиться — 20 (33,3%), облегчить соматические симптомы — 12 (20,0%) и привычный стереотип — 16 (26,7%). Факторы, способствовавшие рецидиву, приведены в табл. 3.

Таблица 3. Постковидные факторы, способствовавшие возврату к употреблению алкоголя

Фактор	n	%
Тревожность	48	80,0
Хроническая усталость и слабость	44	73,3
Подавленное настроение, депрессивные проявления	40	66,7
Социальная изоляция, одиночество	32	53,3
Недостаток поддержки	24	40,0
Проблемы на работе	20	33,3
Финансовые трудности	12	20,0
Семейные трудности	8	13,3
Окружение, способствующее употреблению алкоголя	8	13,3

Примечание: допускался выбор нескольких факторов у одного пациента.

Доминирование тревоги, усталости, слабости и подавленного настроения свидетельствует, что возврат к алкоголю в постковидном периоде был связан прежде всего с внутренним психофизическим дискомфортом. Социальные факторы — недостаток поддержки, профессиональные и финансовые трудности, семейные конфликты и употребляющее окружение — встречались реже, однако могли усиливать влияние постковидных симптомов.

Средний показатель PCFS в основной группе составил $2,40\pm0,96$ балла. Минимальные нарушения уровня PCFS 1 отмечались у 12 пациентов (20,0%), лёгкие функциональные ограничения PCFS 2 — у 20 (33,3%), умеренные ограничения PCFS 3 — у 20 (33,3%), выраженные ограничения PCFS 4 — у 8 (13,3%). Таким образом, клинически значимые ограничения повседневной активности уровня PCFS 2–4 выявлены у 48 пациентов (80,0%).

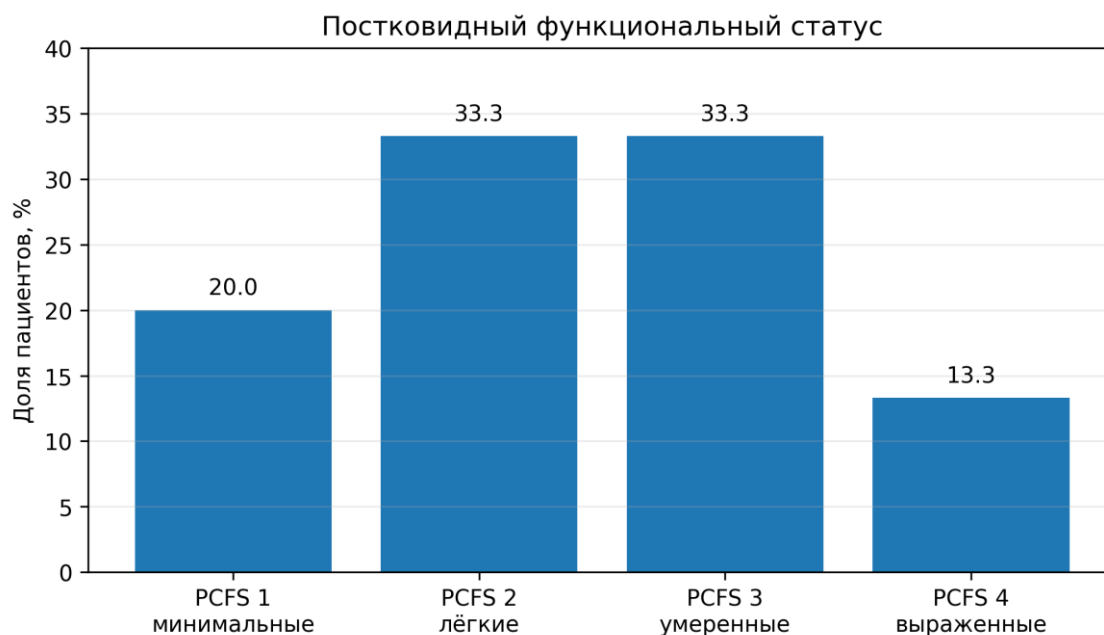


Рисунок 2. Распределение пациентов основной группы по шкале PCFS, %

Преобладание лёгких и умеренных функциональных ограничений отражало неполное восстановление привычного уровня бытовой, профессиональной и социальной активности. Пациенты с PCFS 4 не могли в полном объёме выполнять повседневные дела без посторонней помощи, что указывало на существенное снижение адаптационного ресурса.

Обсуждение

Результаты исследования показывают, что до пандемии основная группа и группа сравнения имели сходный клинико-динамический профиль алкогольной зависимости. У всех пациентов была сформирована II стадия заболевания, отмечались средний темп прогрессивности и псевдозапойная форма употребления. Межгрупповые различия отсутствовали по срокам начала регулярной алкоголизации, формирования абстинентного синдрома, стажу зависимости и длительности псевдозапоев. Поэтому последующие изменения в основной группе обоснованно рассматривать в контексте перенесённой коронавирусной инфекции и сформировавшегося постковидного состояния.

У 80,0% пациентов COVID-19 протекал в среднетяжёлой или тяжёлой форме. После завершения острого периода преобладали астения, дефицит энергии, снижение стрессоустойчивости, тревога, когнитивные жалобы и нарушения сна. Аналогичный спектр симптомов описан в исследованиях постковидного состояния, где утомляемость, тревожно-депрессивные проявления, нарушения внимания и ограничение повседневной активности рассматриваются как устойчивые компоненты длительного восстановления [1, 2, 4, 6, 10, 11, 13, 16, 17, 20, 22].

Для пациентов с алкогольной зависимостью эти симптомы имеют особое значение, поскольку частично совпадают с клинической картиной абстинентного и постабстинентного периодов. Бессонница, внутреннее напряжение, вегетативная нестабильность, слабость и эмоциональная лабильность могут ошибочно восприниматься пациентом как состояние, которое возможно облегчить употреблением алкоголя. При этом кратковременное субъективное улучшение закрепляет патологический способ саморегуляции и поддерживает рецидивирующее течение зависимости.

В настоящем исследовании только 13,3% пациентов сохраняли ремиссию на протяжении всего периода пандемических ограничений, тогда как 86,7% прекращали употребление лишь на время лечения COVID-19. Ведущими мотивами возобновления алкоголизации были стремление уменьшить стресс и улучшить сон. Полученные данные согласуются с публикациями, связывающими увеличение употребления алкоголя во время пандемии с

тревогой, социальной изоляцией, эмоциональным напряжением и нарушением привычной структуры жизни [3, 5, 7, 8, 14, 19].

Наиболее частыми факторами возврата к алкоголю оказались тревожность, хроническая усталость и слабость, подавленное настроение и одиночество. Это позволяет рассматривать постковидные расстройства как клинически значимый фон, на котором происходит актуализация патологического влечения. Ранее у пациентов с алкогольной зависимостью после COVID-19 также описывались более выраженные изменения психического статуса и эмоциональной регуляции [21].

Выраженная соматическая отягощённость основной группы дополняла психопатологические проявления. Более высокая частота заболеваний дыхательной системы, печени и сердечно-сосудистой патологии могла усиливать слабость, одышку, нарушения сна и субъективный соматический дискомфорт. Двусторонний характер взаимосвязи алкогольной зависимости и COVID-19 подчёркивается в литературе: хроническая алкоголизация повышает уязвимость к неблагоприятному течению инфекции, а постинфекционные нарушения могут ухудшать клиническую динамику зависимости [12, 14, 24].

Оценка по PCFS показала, что у 80,0% пациентов сохранялись функциональные ограничения уровня 2–4. Шкала PCFS предназначена для количественной характеристики влияния постковидного состояния на повседневную активность и позволяет дополнить описание симптомов оценкой их реального функционального эффекта [15]. В нашем исследовании снижение бытовой, социальной и профессиональной активности сочеталось с астенией и эмоциональными нарушениями, создавая условия для социальной дезадаптации и повторного употребления алкоголя.

Полученные результаты обосновывают необходимость оценивать перенесённый COVID-19 не как формальный факт анамнеза, а как возможный модифицирующий фактор течения алкогольной зависимости. При клиническом обследовании важно уточнять сохраняющиеся нарушения сна, тревогу, слабость, снижение толерантности к нагрузке, когнитивные жалобы и уровень повседневного функционирования. Такой подход позволяет отличать стандартные проявления зависимости от постковидного компонента и выделять пациентов с повышенной противорецидивной уязвимостью.

Практическое значение

При поступлении пациента с алкогольной зависимостью в наркологический стационар необходимо целенаправленно уточнять перенесённый COVID-19, тяжесть инфекции, условия лечения и сохраняющиеся после неё астенические, эмоциональные, когнитивные и соматические нарушения. Сбор такого анамнеза позволяет оценить клинический фон, который может влиять на субъективную тяжесть состояния и мотивацию к употреблению алкоголя.

Шкалу PCFS целесообразно включать в обследование пациентов с сохраняющимися постковидными жалобами. Выявление функциональных ограничений уровня PCFS 2–4 служит основанием для более детальной оценки соматоневрологического статуса, определения реабилитационных потребностей и междисциплинарной маршрутизации.

Противорецидивная работа должна включать обсуждение индивидуальных триггеров: тревоги, бессонницы, хронической усталости, слабости, одиночества и соматического дискомфорта. Пациенту необходимо предложить безопасные способы регуляции сна и напряжения, сформировать план действий при актуализации влечения и, при возможности, вовлечь семью в поддержание ремиссии.

Выводы

1. До пандемии основная группа и группа сравнения были сопоставимы по стадии, темпу прогрессивности, форме употребления, срокам формирования основных признаков и стажу алкогольной зависимости, что позволяло оценивать постковидные изменения на сходном исходном клиническом фоне.

2. У 80,0% пациентов основной группы COVID-19 протекал в среднетяжёлой или тяжёлой форме. В постковидном периоде преобладали астения, снижение энергии и

стрессоустойчивости, усиление тревоги, когнитивные жалобы, нарушения сна и социальная изоляция.

3. У 86,7% пациентов прекращение алкоголизации ограничивалось периодом лечения COVID-19, а устойчивую ремиссию сохранили 13,3%. Основными факторами возврата к алкоголю были тревожность, хроническая усталость и слабость, подавленное настроение и одиночество.

4. Клинически значимые функциональные ограничения уровня PCFS 2–4 выявлены у 80,0% обследованных, при этом лёгкие и умеренные нарушения преобладали, а выраженная зависимость в повседневной активности отмечалась у 13,3%.

5. Постковидные астенические, эмоциональные, соматические и функциональные нарушения следует учитывать как дополнительные факторы противорецидивной уязвимости при оценке и реабилитации пациентов с алкогольной зависимостью.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Захаров В.В. Постковидный синдром глазами невролога. Поведенческая неврология. 2021;(2):14–22. doi:10.46393/2712-9675_2021_2_14_22.
2. Иванова А.П., Кузнецова М.А., Виноградов Е.И., Каракулова Ю.В., Селянина Н.В. Постковидные когнитивные нарушения (обзор литературы). Пермский медицинский журнал. 2024;41(3):51–59.
3. Колосницына М.Г., Золотарёва А.В. Влияние внешних шоков на нездоровое поведение: пандемия COVID-19 и потребление алкоголя. Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены. 2024;(1):148–175. doi:10.14515/monitoring.2024.1.2510.
4. Некрасова Ю.Ю., Горшков К.М., Колесов Д.В., Борисов И.В., Канарский М.М., Архангельский Я.А., Ветшева М.С., Петрова М.В. Нейрокогнитивные нарушения у пациентов, перенесших COVID-19: патогенез и направления реабилитации. Трудный пациент. 2021;19(6):8–17. doi:10.224412/2074-1005-2021-6-8-17.
5. Немцов А.В., Гридин Р.В. Потребление алкоголя во время эпидемии коронавируса в России. Общественное здоровье. 2021;1(2):28–49. doi:10.21045/2782-1676-2021-1-2-28-49.
6. Петрова Н.Н., Пряникова Е.В., Пустотин Ю.Л., Якушева Н.В., Дорофейкова М.В. Постковидный синдром в психиатрической практике. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2022;14(6):49–54. doi:10.14412/2074-2711-2022-6-49-54.
7. Рожанец В.В., Фадеева Е.В., Клименко Т.В. Проблемы аддикции в эпоху COVID-19: актуальные данные и анализ тенденций. Вопросы наркологии. 2021;1(196):5–19. doi:10.47877/0234-0623_2021_01_5.
8. Сиволап Ю.П. Пандемия COVID-19 и алкоголь: проблема, выходящая за пределы наркологии и психиатрии. Клинический разбор в общей медицине. 2020;(2):11–15. doi:10.47407/kr2020.1.2.00012.
9. Турсунходжаева Л.А., Бахрамов Ф.Ш., Баймирова Л.Т., Азизова Д.К. Национальный клинический протокол по ведению больных с алкогольной зависимостью. Ташкент: Министерство здравоохранения Республики Узбекистан; 2022.
10. Aiyegbusi OL, Hughes SE, Turner G, et al. Symptoms, complications and management of long COVID: a review. J R Soc Med. 2021;114(9):428–442. doi:10.1177/01410768211032850.
11. Badenoch JB, Rengasamy ER, Watson C, et al. Persistent neuropsychiatric symptoms after COVID-19: a systematic review and meta-analysis. Brain Commun. 2022;4(1):fcab297. doi:10.1093/braincomms/fcab297.
12. Bailey KL, Samuelson DR, Wyatt TA. Alcohol use disorder: a pre-existing condition for COVID-19? Alcohol. 2021;90:11–17. doi:10.1016/j.alcohol.2020.10.003.
13. Ceban F, Ling S, Lui LMW, et al. Fatigue and cognitive impairment in post-COVID-19 syndrome: a systematic review and meta-analysis. Brain Behav Immun. 2022;101:93–135. doi:10.1016/j.bbi.2021.12.020.
14. Chick J. Alcohol and COVID-19. Alcohol Alcohol. 2020;55(4):341–342. doi:10.1093/alcalc/agaa039.

15. Klok FA, Boon GJAM, Barco S, et al. The Post-COVID-19 Functional Status Scale: a tool to measure functional status over time after COVID-19. *Eur Respir J*. 2020;56(1):2001494. doi:10.1183/13993003.01494-2020.
16. Nalbandian A, Sehgal K, Gupta A, et al. Post-acute COVID-19 syndrome. *Nat Med*. 2021;27:601–615. doi:10.1038/s41591-021-01283-z.
17. Premraj L, Kannapadi NV, Briggs J, et al. Mid- and long-term neurological and neuropsychiatric manifestations of post-COVID-19 syndrome: a meta-analysis. *J Neurol Sci*. 2022;434:120162. doi:10.1016/j.jns.2022.120162.
18. Rehm J, Shield KD. Global burden of alcohol use disorders and alcohol liver disease. *Biomedicines*. 2019;7(4):99. doi:10.3390/biomedicines7040099.
19. Schmits E, Glowacz F. Changes in alcohol use during the COVID-19 pandemic: contributions of psychosocial stress and mental health. *Addict Behav*. 2021;117:106824. doi:10.1016/j.addbeh.2021.106824.
20. Soriano JB, Murthy S, Marshall JC, Relan P, Diaz JV. A clinical case definition of post-COVID-19 condition by a Delphi consensus. *Lancet Infect Dis*. 2022;22(4):e102–e107. doi:10.1016/S1473-3099(21)00703-9.
21. Tadjibaev UA, Ashurov ZSh, Khayredinova II, Abdulkakharova GK, Ravshanov JA. Features of mental status in patients with alcohol dependence who underwent COVID-19. *Nevrologiya*. 2024;3(99):31–36.
22. Taquet M, Dercon Q, Luciano S, Geddes JR, Husain M, Harrison PJ. Incidence, co-occurrence, and evolution of long-COVID features: a 6-month retrospective cohort study of 273,618 survivors of COVID-19. *PLoS Med*. 2021;18(9):e1003773. doi:10.1371/journal.pmed.1003773.
23. Volkow ND, Koob GF, McLellan AT. Neurobiologic advances from the brain disease model of addiction. *N Engl J Med*. 2016;374(4):363–371. doi:10.1056/NEJMr1511480.
24. Wang QQ, Kaelber DC, Xu R, Volkow ND. COVID-19 risk and outcomes in patients with substance use disorders: analyses from electronic health records in the United States. *Mol Psychiatry*. 2021;26(1):30–39. doi:10.1038/s41380-020-00880-7.
25. World Health Organization. Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders. Geneva: World Health Organization; 2024.

Поступила 20.07.2026