

© Нечаева А.И. и др., 2022

ОРИГИНАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

УДК 616-06; 616.89-008.441.33:
616.8-009.836(075.4)<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2022-20-2-68-78>

Нарушения сна у курящих и некурящих пациентов с синдромом зависимости от алкоголя

А.И. Нечаева¹, М.В. Ветрова², Е.П. Скурят¹, К.В. Рыбакова¹, О.В. Гончаров¹, Ю.А. Яковлева¹, Е.М. Крупицкий^{1,2}¹ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия²ФГБОУ ВО Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова Минздрава России, Санкт-Петербург, РоссияАвтор для корреспонденции: Анастасия Игоревна Нечаева, netchaeva.nastya@yandex.ru

Резюме

Обоснование: нарушения сна являются одним из важных факторов, обуславливающих рецидив у пациентов с наркологическими заболеваниями. Несмотря на актуальность данной проблемы, особенности инсомнических расстройств у больных с синдромами зависимости от алкоголя и никотина остаются недостаточно исследованными. **Целью работы** было изучение влияния фактора курения на динамику показателей сна у больных с алкогольной зависимостью в раннем периоде ремиссии. **Пациенты и методы:** 24-недельное проспективное исследование 67 курящих (средний возраст — $41 \pm 9,2$; 23,9% — женщины) и 33 некурящих пациентов (средний возраст — $44 \pm 8,2$; 21,2% — женщины), госпитализированных с диагнозом «Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя» (F10.2, F10.30). Показатели сна оценивались на основании самоотчета (Индекс тяжести инсомнии, Питтсбургский опросник) и наручной актиграфии. **Результаты:** в начальном периоде воздержания выраженные нарушения засыпания чаще встречались у курящих, чем у некурящих пациентов с алкогольной зависимостью (61,2% vs. 39,4%; $p \leq 0,05$). За время наблюдения продолжительность ночного сна увеличивалась, а качество сна улучшалось в обеих группах ($p < 0,001$). Однако на протяжении всего исследования более низкое качество сна регистрировалось у курящих пациентов по сравнению с некурящими (индекс качества сна при первом измерении — 17,3 vs. 15,9 балла соответственно, при последнем — 2,6 vs. 0,5 балла) ($p < 0,001$). Построение регрессионных моделей позволило подтвердить взаимосвязь между курением и низким качеством сна ($F = 5,348$, $p = 0,021$). **Выводы:** курение может рассматриваться как предиктор более низкого качества сна у пациентов с алкогольной зависимостью в раннем периоде ремиссии.

Ключевые слова: нарушения сна, алкогольная зависимость, табакокурение, ангедония, рецидив**Благодарности:** работа выполнена при поддержке РФФИ, грант №18-013-00481 А «Изучение влияния нарушений нейромедиаторных систем, вызванных употреблением различных психоактивных веществ, на циркадианную регуляцию и расстройства сна».**Для цитирования:** Нечаева А.И., Ветрова М.В., Скурят Е.П., Рыбакова К.В., Гончаров О.В., Яковлева Ю.А., Крупицкий Е.М. Нарушения сна у курящих и некурящих пациентов с синдромом зависимости от алкоголя. *Психиатрия*. 2022;20(2):68–78. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2022-20-2-68-78>

RESEARCH

UDC 616-06, 616.89-008.441.33: 616.8-009.836 (075.4)

<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2022-20-2-68-78>

Sleep Disturbances in Patients with Alcohol Dependence with and without Tobacco Use

A.I. Netchaeva¹, M.V. Vetrova², E.P. Scurat¹, K.V. Rybakova¹, O.V. Goncharov¹, Y.A. Yakovleva¹, E.M. Krupitsky^{1,2}¹V.M. Bekhterev National Medical Research Center of Psychiatry and Neurology, St. Petersburg, Russia²I.P. Pavlov First St. Petersburg State Medical University, St. Petersburg, RussiaCorresponding author: Anastasia I. Netchaeva, netchaeva.nastya@yandex.ru

Summary

Background: sleep disorder is one of the important factors that may lead to an increase in the risk of relapse for people in the early phases of recovery from alcohol addiction. Despite the relevance of this problem, little is known about the sleep features in people with co-occurring alcohol and nicotine use. **The aim** of study was to investigate the influence of the smoking factor on the dynamics of sleep characteristics in patients with alcohol dependence. **Patients and methods:** the 24-week prospective cohort study in 67 smokers (mean age 41 ± 9.2 ; 23.9% women) and 33 non-smokers (mean age 44 ± 8.2 ; 21.2% women) admitted to the addiction clinics to receive alcohol withdrawal treatment (ICD-10 code F10.2, dependence syndrome; F10.30, withdrawal syndrome). Sleep characteristics were assessed by self-report (Insomnia Severity Index, Pittsburgh Questionnaire) and by actigraphy watch. **Results:** a group of smokers experienced greater difficulty in sleep initiation compared to non-smokers (61.2% vs 39.4%) ($p \leq 0.05$).

The duration and the quality of sleep increased over time of observation in both study groups ($p < 0.001$). Throughout the study sleep quality was poorer in smokers compared to non-smokers (17.3 vs 15.9 scores on the Insomnia Severity Index at the first measurement and 2.6 vs 0.5 scores at the last assessment) ($p < 0.001$). The multivariate regression analysis revealed that the smoking was significantly associated with poor sleep quality ($F = 5.348, p = 0.021$). **Conclusion:** smoking can predict poorer sleep quality during early remission in patients with alcohol dependence.

Keywords: sleep disorders, alcohol dependence, tobacco, anhedonia, relapse

Acknowledgments: the work was supported by the Russian Science Foundation, Project №18-013-00481 A “The study of the effect of disorders of neurotransmitter systems caused by the use of various psychoactive substances on circadian regulation and sleep disorders”.

For citation: Nechaeva A.I., Vetrova M.V., Scurat E.P., Rybakova K.V., Goncharov O.V., Yakovleva Y.A., Krupitsky E.M. Sleep Disturbances in Patients with Alcohol Dependence with and without Tobacco Use. *Psychiatry (Moscow) (Psikhiatriya)*. 2022;20(2):68–78. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2022-20-2-68-78>

ВВЕДЕНИЕ

Во всем мире алкоголь и никотин продолжают оставаться наиболее часто используемыми психоактивными веществами (ПАВ). В Российской Федерации общее количество алкоголя, потребляемого на душу населения в течение календарного года, составляет 10,5 л [1], число же взрослых, регулярно потребляющих табачную продукцию, достигает 36,4 млн человек [2].

Систематический прием ПАВ часто напрямую или косвенно влияет на качество сна. Средний популяционный показатель распространенности нарушений сна, диагностированных в соответствии с Международной классификацией болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) и Диагностическим и статистическим руководством по психическим расстройствам IV издания (DSM-IV), находится в диапазоне от 4,4 до 11,7% [3]. Для пациентов с синдромом зависимости от алкоголя (СЗА) это значение возрастает до 75% [4]. Больные с алкогольной и пациенты с никотиновой зависимостью испытывают трудности засыпания, им свойственны частые пробуждения (трудности поддержания непрерывности сна) и дневная сонливость [5, 6]. Для курящих табак характерны увеличение латентного времени сна (временной промежуток с момента «выключения света» до момента засыпания), укорочение общей продолжительности сна прежде всего за счет сокращения длительности медленноволновой фазы, а так же храп и дневная сонливость [7–11].

Широко распространено сочетанное употребление никотина и алкоголя [12]. Так, среди больных с СЗА табакокурение встречается в три раза чаще, чем в общей популяции, в то время как СЗА среди пациентов с синдромом зависимости от никотина — в четыре раза чаще [13]. Согласно другим данным, более 80% пациентов с СЗА курят сигареты и до 30% курильщиков зависимы от алкоголя [14]. В свою очередь, продолжение курения среди курильщиков и начало курения среди некурящих сопряжены с большей вероятностью рецидива аддиктивного заболевания у пациентов с синдромом зависимости от других ПАВ, включая алкоголь [15].

Нарушения сна выступают одним из важных факторов, обуславливающих рецидив заболевания у пациентов с зависимостями от различных ПАВ, — опиоидов, алкоголя, кокаина, каннабиноидов и др. [4, 5, 16]. Множество исследований, посвященных расстройствам

сна у пациентов с наркологическими заболеваниями, парадоксальным образом оставляют практически неизученной тему развития диссомнических нарушений у больных с сочетанным злоупотреблением алкоголя и никотина. Необходимость изучения особенностей нарушений сна у пациентов с синдромами зависимости от алкоголя и никотина определяет актуальность настоящего исследования.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

С целью изучения влияния фактора курения на динамику показателей сна у больных с СЗА проведен вторичный анализ данных проспективного исследования «Изучение влияния нарушений нейромедиаторных систем, вызванных употреблением различных психоактивных веществ, на циркадианную регуляцию и расстройства сна» (проект РФФИ № 18-013-00481). В задачи настоящего исследования входило: 1) сравнение субъективных и объективных показателей сна в раннем постабстинентном периоде у курящих и некурящих пациентов с синдромом зависимости от алкоголя и 2) определение влияния сочетанного употребления табака и алкоголя на изменение качества сна в раннем периоде ремиссии.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ

Дизайн и методы исследования подробно изложены в статье с основными результатами [5].

В настоящий анализ включены данные 24-недельного наблюдения 100 пациентов с диагнозом «Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя» (F10.2, F10.30). Все пациенты были госпитализированы для получения детоксикационной терапии в стационарные отделения Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева и ГБУЗ «Городская наркологическая больница» Санкт-Петербурга в 2018–2020 гг.

Критериями включения в исследование были: 1) возраст 18–60 лет; 2) согласие и возможность следовать процедурам протокола исследования; 3) наличие диагноза синдрома зависимости от алкоголя (F10.2, F10.30) в соответствии с критериями МКБ-10 в течение последнего года; 4) любые диссомнические

расстройства, сохраняющиеся после купирования синдрома отмены ПАВ (значение общего балла шкалы «Индекс тяжести инсомнии» 8 и более) [17]; 5) купированный в стационаре синдром отмены алкоголя; 6) отсутствие приема любых психотропных препаратов за пять дней до включения в исследование; 7) свободное владение русским языком для выполнения процедур исследования.

Критерии не включения: 1) наличие манифестных форм психотических расстройств, требующих регулярного приема лекарственных психоактивных препаратов, включая антидепрессанты и транквилизаторы; 2) наличие выраженной депрессивной симптоматики (общий балл 15 и выше по шкале Монтгомери–Асберга) [18]; 3) высокий суицидальный риск (балл 3 и выше по Колумбийской шкале серьезности суицидальных намерений) [19]; 4) планируемое участие в любых программах лечения зависимости в период исследования; 5) необходимость приема любых психотропных препаратов в период исследования; 6) выраженный синдром отмены (тяжесть состояния определяется при осмотре врачом-наркологом); 7) наличие алкогольных психозов и судорожного синдрома в анамнезе; 8) применение психотропных препаратов на момент скрининга и в течение последних пяти дней до скрининга; 9) выраженное интеллектуально-мнестическое снижение; 10) выраженная соматическая патология (в том числе проявления органического поражения головного мозга), которая, по мнению врача-исследователя, препятствует участию пациента в исследовании; 11) использование плацебо-терапии зависимости после купирования синдрома отмены алкоголя.

После прохождения процедур скрининга и включения в исследование участникам предлагалось 11 раз посетить центр: были запланированы еженедельные визиты в течение первого месяца, на протяжении последующих пяти месяцев — раз в две недели. На каждом визите собиралась информация о клинических и психологических особенностях пациентов, оценивались субъективные и объективные характеристики ночного сна.

Оценка статуса курения проводилась на каждом визите со слов пациента, которого спрашивали об употреблении табачных изделий за последние 30 дней. В данном исследовании использовались следующие оценочные инструменты: шкала ангедонии Фергюсона (подшкалы отсутствия интереса к жизни и отсутствия удовольствия от жизни) [20]; шкала депрессии Монтгомери–Асберга [18]; шкала тревоги Гамильтона [21]; шкала ретроспективного анализа употребления ПАВ (Timeline Followback, TLFB) [22]; модифицированный опросник «Индекс тяжести инсомнии» (ИТИ, Insomnia Severity Index) [17]; Питтсбургский опросник (индекс качества сна, ИКС; Pittsburgh Sleep Quality Index, PSQI) [23].

Для сбора объективных показателей ночного сна (количество часов сна, продолжительность медленного сна, продолжительность быстрого сна) использовались

наручные актиграфы XiaomiMiBand 2 (XiaomiInc, Пекин, Китай). Исследования показывают высокую корреляцию данных актиграфии с результатами полисомнографии [24–26].

Протокол исследования одобрен Локальным этическим комитетом Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева Министерства здравоохранения России (протокол заседания № 3 от 16.03.2017 г.). Все участники подписали форму информированного согласия. Проведение исследования соответствовало положениям Хельсинкской декларации Всемирной медицинской ассоциации 1964 г., пересмотренной в 2013 г.

Статистическая обработка данных включала методы описательной статистики (средние значения, стандартное отклонение, квартили распределения, 95% доверительный интервал) общей выборки и со стратификацией по группам пациентов (КАЗ — группа участников, употребляющих табачную продукцию, и НКАЗ — не употребляющих). Для оценки различий непрерывных переменных между группами был проведен тест на нормальность распределения Колмогорова–Смирнова. При нормальном распределении показателей использовался *t*-критерий Стьюдента, при отличном от нормального — непараметрический тест Манна–Уитни. Для анализа категориальных переменных применялся тест хи-квадрат или точный критерий Фишера при недостаточном количестве наблюдений. В статье представлен анализ шкал и показателей актиграфов всех пациентов, которые включились в исследование, без применения специальных методов заполнения пропущенных значений. Для оценки динамики изменения показателей сна за период наблюдения (фактор «Время»), различий между группами (фактор «Группа»), а также влияния взаимодействия факторов, «Время», умноженное на «Группа», на субъективные и объективные показатели сна были построены общие линейные модели (ОЛМ). ОЛМ также были построены для оценки отдельного и сочетанного динамического влияния двух наркологических показателей — курения и употребления алкоголя (ремиссия или срыв/рецидив, определяемые со слов участников) — на качество сна после проведения детоксикационной терапии. Статистическая значимость характеризовалась *p*-значением менее 0,05. Для статистического анализа использовалась программа IBM SPSS Statistics, версия 21.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Всего в настоящий анализ включено 100 больных с синдромом зависимости от алкоголя (СЗА), из них на этапе первичной оценки выявлено 67 курящих пациентов (группа курящих с алкогольной зависимостью, КАЗ). За время наблюдения ни один из участников не отказался от употребления табака. В ходе исследования 50% участников в группе СЗА прекратили участие в исследовании, 34% досрочно выбыли из проекта по решению исследователя, 16%

Таблица 1. Сравнение социодемографических, клинико-анамнестических и психометрических характеристик курящих и некурящих пациентов с алкогольной зависимостью на этапе включения**Table 1.** Comparison of sociodemographic, clinical, anamnestic and psychometric characteristics of alcohol-dependent patients who smoke and don't smoke at the stage of inclusion

Характеристики/Characteristics	НКАЗ/NSAUD (n = 33)	КАЗ/SAUD (n = 67)	p ¹
Возраст (полных лет), Ср (СО)/Age, Mean (SD)	44 (8,2)	41 (9,2)	0,165
Пол: женский/Female gender, n (%)	7 (21,2)	16 (23,9)	0,488
Образование: университет/вуз/Higher education, n (%)	21 (63,6)	33 (49,3)	0,113
Занятость в последние три года: работает/Employment in the last 3 years: working, n (%)	28 (84,8)	49 (73,1)	0,098
Занятость в последние три месяца: полный рабочий день/Employment in the last 3 months: full time, n (%)	23 (69,7)	34 (50,7)	0,334
Семейный анамнез/Family history			
Семейное положение: в браке/живет с партнером/Marital status: married/living with a partner, n (%)	23 (69,7)	42 (62,7)	0,414
Наличие зависимостей у партнера/The partner has dependencies, n (%) ²	5 (21,7)	5 (11,9)	0,480
Конфликтные семейные отношения/Conflicted family relationships, n (%) ²	6 (26)	31 (73,8)	0,011
Наличие детей/Having children, n (%)	27 (81,8)	40 (59,7)	0,027
Дети находятся на попечении больного/Children are in the care of the patient, n (%) ³	20 (74)	27 (67,5)	0,115
Безразличное/противоречивое отношение больного к своим детям/Indifferent/contradictory attitude of the patient towards his children, n (%) ³	2 (7,4)	8 (20)	0,044
Наличие психических или наркологических заболеваний у детей/The presence of mental diseases or drug addiction in children, n (%) ³	3 (11,1)	1 (2,5)	0,095
В живых оба или один из родителей/Both or one of the parents alive, n (%)	25 (75,7)	49 (73,1)	0,089
Хорошее отношение пациента к родителям/Good patient's attitude towards parents, n (%) ⁴	20 (80)	24 (48,9)	0,045
Отношение родственников к злоупотреблению ПАВ пациентом/The attitude of relatives to the abuse of psychoactive substances by the patient, n (%)	21 (63,6)	43 (64,2)	0,737
неодобрительное/disapproving	5 (15,2)	11 (16,4)	
активное противодействие/active opposition	5 (15,2)	6 (9)	
индифферентное/indifferent	5 (15,2)	6 (9)	
Наличие контроля употребления ПАВ пациентом со стороны его родственников/Relative's control of abuse of psychoactive substances by the patient, n (%)	11 (35,4)	31 (52,5)	0,324
Положительное отношение родителей к пациенту/Positive attitude of parents towards the patient, n (%)	19 (57,6)	14 (20,9)	0,003
Материальное положение семьи пациента: ниже среднего/Patient's family financial situation: low income, n (%)	5 (15,2)	11 (16,4)	0,535
Поиск пациентом материальной помощи/Patient seek someone's financial help, n (%)	4 (12,1)	16 (23,9)	0,167
Пациент удовлетворен своим материальным положением на данный момент/Patient is satisfied with his financial situation at the moment, n (%)	11 (33,3)	11 (16,4)	0,055
Анамнез жизни/Anamnesis of life			
Служба в армии/Military service, n (%)	13 (39,4)	34 (50,7)	0,438
Отсутствие административных правонарушений за последний год/Absence of administrative violations for the last year, n (%)	33 (100)	66 (98,5)	0,481
Наличие наследственной отягощенности/The presence of hereditary burden, n (%)			
Алкоголизм/Alcoholism	24 (72,7)	39 (58,2)	0,157
Наркомания/Drug use disorder	1 (3,0)	0 (0)	0,152
Психические заболевания/Mental illness	4 (12,1)	1 (1,5)	0,022
Отягощенный анамнез/Complicated anamnesis, n (%)			
психоневрологические расстройства в детстве/psychoneurological disorders in childhood	0 (0)	2 (2,9)	0,316
Психотравмирующая ситуация/Traumatic events, n (%)			
острая/acute	1 (3,1)	1 (1,5)	0,606
хроническая/chronic	7 (21,2)	16 (23,9)	0,766
Анамнез заболевания/Anamnesis of alcohol use disorder			
Максимальная суточная толерантность (стандартные дозы алкоголя), Ср (СО)/Maximum daily tolerance (drinks), Mean (SD)	15,3 (7,3)	17,2 (8,6)	0,341
Продолжительность систематического употребления алкоголя (годы), Ср (СО)/Duration of systematic alcohol consumption (years) Mean (SD)	11,1 (5,9)	13,9 (8,4)	0,159
Продолжительность наличия алкогольного абстинентного синдрома (годы), Ср (СО)/Duration of alcohol withdrawal syndrome (years), Mean (SD)	7,2 (5,4)	9,4 (7,6)	0,183
Длительность алкогольного абстинентного синдрома (дни), Ср (СО)/Duration of alcohol withdrawal symptoms (days), Mean (SD)	3,5 (1)	4 (1,3)	0,116
Клинические и психометрические характеристики/Clinical and psychometric characteristics			
Количество дней, прошедших с момента последнего употребления алкоголя до включения в исследование, Ср (СО)/The number of days elapsed from the last alcohol use to enrollment in the study, Mean (SD)	10,4 (7,4)	12,2 (6,9)	0,238
Ангедония: интерес к жизни, Ср (СО)/Anhedonia: absence of interest in activities and experiences, Mean (SD)	1,3 (0,5)	1,7 (0,6)	0,002
Ангедония: утрата удовольствия, Ср (СО)/Anhedonia: absence of pleasure in activities and experiences, Mean (SD)	1,4 (0,6)	1,8 (0,6)	0,010
Общий балл шкалы депрессии MADRS, Ср (СО)/The overall score of the MADRS depression scale, Mean (SD)	11,2 (2,0)	10,7 (2,2)	0,363
Шкала тревоги Гамильтона, Ср (СО)/Hamilton Anxiety Scale, Mean (SD)	13,7 (4,6)	14,3 (4,9)	0,521

Примечание. НКАЗ — некурящие пациенты с алкогольной зависимостью. КАЗ — курящие пациенты с алкогольной зависимостью. Ср (СО) — среднее (стандартное отклонение). n (%) — количество участников (процент от общего числа в группе, исключая пропущенные значения). MADRS (Mantgomery–Asberg Depression Rating Scale) — шкала депрессии Монтгомери–Асбегера. ¹хи-квадрат для качественных (номинальных) переменных или однофакторный дисперсионный анализ для сравнения непрерывных переменных между группами; ²процент рассчитывался из числа тех, кто положительно ответил на вопрос о наличии партнера; ³процент рассчитывался из числа тех, кто положительно ответил на вопрос о наличии детей; ⁴процент рассчитывался из числа тех, кто положительно ответил на вопрос о наличии родителей.

Note. NSAUD — patients with alcohol use disorder, not current smokers. SAUD — patients with alcohol use disorder, current smokers. Mean (SD) — mean (standard deviation). n (%) — number of participants (percentage of the total number in the group, excluding missing values). MADRS — Montgomery–Asberg Depression Rating Scale. ¹The chi-square for qualitative (nominal) variables or one-way ANOVA for comparing continuous variables between groups; ²percent was calculated from those who answered positively to the question about having a partner; ³percent was calculated from those who answered positively to the question about having children; ⁴percent was calculated from those who answered positively to the question about the presence of parents.

Таблица 2. Расстройства сна в группах курящих и некурящих пациентов с алкогольной зависимостью на этапе включения в исследование**Table 2.** Sleep disturbances among patients with alcohol use disorder who smoke and don't smoke at the stage of inclusion

Показатели шкалы «Индекс тяжести инсомнии»/Indicators of Insomnia Severity Index Scale	НКАЗ/NSAUD (n = 33)	КАЗ/SAUD (n = 67)	p ¹
Трудности засыпания/Difficulty falling asleep			
Легкая/Mild	2 (6,1)	1 (1,5)	0,037
Умеренная/Moderate	18 (54,5)	21 (31,3)	
Тяжелая/Severe	13 (39,4)	41 (61,2)	
Очень тяжелая/Very severe	0 (0)	4 (6)	
Проблема прерывистого сна/Difficulty staying asleep			
Нет/None	2 (6,1)	1 (1,5)	0,059
Легкая/Mild	9 (27,3)	6 (9)	
Умеренная/Moderate	12 (36,3)	25 (37,3)	
Тяжелая/Severe	10 (30,3)	34 (50,7)	
Очень тяжелая/Very severe	0 (0)	1 (1,5)	
Проблема слишком раннего пробуждения/Problem waking up too early			
Нет/None	8 (24,2)	4 (6)	0,013
Легкая/Mild	2 (6,1)	21 (31,3)	
Умеренная/Moderate	8 (24,2)	16 (23,9)	
Тяжелая/Severe	14 (42,4)	25 (37,3)	
Очень тяжелая/Very severe	1 (3,1)	1 (1,5)	
Удовлетворенность процессом сна/"How satisfied/dissatisfied are you with your current sleep pattern?"			
Относительно удовлетворен/Moderately satisfied	0 (0)	1 (1,5)	0,151
Не удовлетворен/Dissatisfied	32 (96,9)	56 (83,5)	
Очень не удовлетворен/Very dissatisfied	1 (3,1)	10 (15)	
Заметны ли окружающим проблемы со сном в плане нарушения качества жизни?/"How noticeable to others do you think your sleep problem is in terms of impairing the quality of yourlife?"			
Совсем незаметны/Not at all noticeable	1 (3,1)	1 (1,5)	0,153
Чуть/A little	5 (15,1)	8 (12)	
Немного/Somewhat	22 (66,7)	33 (49,2)	
Сильно/Much	5 (15,1)	25 (37,3)	
Обеспокоенность текущими проблемами со сном/"How worried/distressed are you about your current sleep problem?"			
Совсем не беспокоят/Not at all worried	0 (0)	1 (1,5)	0,512
Немного/A little	9 (27,3)	11 (16,4)	
Сильно/Much	23 (69,6)	51 (76,1)	
Очень сильно беспокоят/Very much worried	1 (3,1)	4 (6)	
Влияние проблем со сном на повседневное функционирование/"To what extent do you consider your sleep problem to interfere with your daily functioning currently?"			
Чуть/A little	1 (3,1)	1 (1,5)	0,075
Немного/Somewhat	13 (39,4)	12 (17,9)	
Сильно/Much	19 (57,5)	51 (76,1)	
Очень сильно мешают/Very much interfere	0 (0)	3 (4,5)	

Примечание. НКАЗ — некурящие пациенты с алкогольной зависимостью. КАЗ — курящие пациенты с алкогольной зависимостью. Данные представлены в виде n (%) — количество участников (процент от общего числа в группе, исключая пропущенные значения). ¹Для сравнения показателей сна по группам применялся критерий хи-квадрат.

Note. NSAUD — patients with alcohol use disorder, not current smokers. SAUD — patients with alcohol use disorder, current smokers. Data is presented as n (%) — the number of participants (percentage of the total number in the group, excluding missing values). ¹The chi-square test was used to compare sleep indicators across groups.

завершили участие в исследовании. Продолжительность удержания в программе для 50% участников

составила 4 недели (95% доверительный интервал [ДИ] 4,42–5,57).

Таблица 3. Оценка динамики показателей сна (на основании самоотчета) в группах испытуемых
Table 3. Assessment of the dynamics of sleep indicators (based on self-report) in groups

Визиты № (n в НКАЗ; n в КАЗ)/№ of visits (n in NSAUD; n in SAUD)	ОБКС/OSQS		Количество часов сна/Number of hours of sleep	
	НКАЗ/NSAUD	КАЗ/SAUD	НКАЗ/NSAUD	КАЗ/SAUD
1 (33; 67)	15,9 (2,6)	17,3 (3,2)	5,8 (0,6)	5,9 (0,8)
2 (34; 60)	12,2 (4,4)	14,8 (3,4)	6,3 (1,0)	6,2 (0,9)
3 (34; 55)	11,2 (5,3)	13,7 (4,5)	6,6 (0,9)	6,5 (0,9)
4 (25; 49)	9,7 (5,1)	11,3 (4,3)	6,9 (1,1)	6,9 (1,0)
5 (20; 40)	9,7 (5,3)	11,9 (4,1)	7,1 (0,8)	6,8 (0,9)
6 (13; 30)	7,3 (9,0)	12,0 (6,0)	7,1 (1,2)	6,6 (1,1)
7 (12; 26)	3,5 (3,4)	8,0 (4,4)	7,4 (0,5)	7,1 (1,0)
8 (11; 22)	2,3 (4,9)	5,9 (5,1)	7,6 (0,6)	7,5 (0,9)
9 (7; 19)	0,2 (0,4)	5,5 (5,3)	7,8 (0,3)	7,2 (1,0)
10 (5; 14)	0,4 (0,5)	5,0 (4,6)	7,8 (0,4)	7,5 (0,8)
11 (2; 10)	1,0 (1,4)	3,6 (3,1)	8,0 (0,0)	7,8 (0,7)
12 (2; 8)	0,5 (0,7)	2,6 (1,8)	8,0 (0,0)	8,0 (0,5)
Скорректированное p-значение/Adjusted p-value				
время/time	< 0,0001		< 0,0001	
группа/group	< 0,0001		0,092	
время × группа/time × group	0,657		0,935	

Примечание. НКАЗ — некурящие пациенты с алкогольной зависимостью. КАЗ — курящие пациенты с алкогольной зависимостью. Данные представлены в виде Ср (СО). Для статистического анализа применялась общая линейная модель (ОЛМ). ОБКС — общий балл качества сна измерялся с помощью Питтсбургского опросника.

Note. NSAUD — patients with alcohol use disorder, not current smokers. SAUD — patients with alcohol use disorder, current smokers. Data is presented as Mean (SD). The general linear model (GLM) was used for statistical analysis. OSQS — the overall sleep quality score was measured using the Pittsburgh Sleep Quality Index.

Характеристики выборки на визите первичной оценки

Социодемографические, клиничко-анамнестические характеристики и психометрические особенности участников исследования со стратификацией по фактору курения представлены в табл. 1.

По возрасту, полу, образованию, трудовой занятости, большинству показателей семейного анамнеза, анамнеза жизни и анамнеза заболевания некурящие участники с алкогольной зависимостью (НКАЗ) значительно не отличались от курящих пациентов (КАЗ).

При включении в исследование группы значительно не различались по выраженности депрессивной и тревожной симптоматики (табл. 1). У пациентов групп НКАЗ и КАЗ регистрировалась средняя выраженность уровня тревоги по шкале Гамильтона. Достоверные различия между курящими и некурящими больными с СЗА были обнаружены по подшкалам ангедонии: средний суммарный балл у первых был выше (1,7 против 1,3; 1,8 против 1,4) (табл. 1), то есть можно говорить о том, что на визите первичной оценки курящие пациенты по сравнению с некурящими чаще отмечали у себя наличие умеренного снижения интереса к жизни и способности испытывать удовольствие.

Данные, полученные с помощью шкалы индекса тяжести инсомнии на этапе включения, представлены в табл. 2. Группы значительно различались по двум показателям из пяти: «Трудности с засыпанием» и «Проблема

слишком раннего пробуждения». На этапе включения в исследование перечисленные проблемы были более выражены в группе курящих пациентов по сравнению с некурящими.

Динамика субъективных и объективных характеристик сна

Результаты сравнительной оценки динамики субъективных и объективных показателей сна в группах НКАЗ и КАЗ приведены в табл. 3 и 4. Выявлено, что в обеих группах показатели сна значительно изменялись во времени: общий балл индекса качества сна снижался (более низкий балл свидетельствует об оптимальном качестве сна, тогда как более высокий балл — о неудовлетворительном качестве сна), в то время как продолжительность сна увеличивалась (табл. 3). Статистически значимые различия между группами были обнаружены только по показателю субъективной оценки качества сна ($p < 0,0001$), но не по показателю продолжительности сна ($p = 0,092$). На протяжении всего исследования индекс качества сна был выше в группе КАЗ, то есть оценка качества сна курящими пациентами хуже, чем некурящими.

Согласно объективным данным, полученным при помощи актиграфов, в общей выборке показатели продолжительности медленного и быстрого сна увеличивались от момента включения в исследование до завершения участия в нем ($p < 0,001$) без различий между группами КАЗ и НКАЗ (табл. 4). Доля медленного сна от общего времени сна статистически значимо не

Таблица 4. Оценка динамики показателей сна (на основании данных актиграфов) в группах испытуемых
Table 4. Evaluation of the dynamics of sleep indicators (based on actigraphy data) in groups

Визиты № (n в НКАЗ; n в КАЗ)/№ of visits (n in NSAUD; n in SAUD)	Продолжительность медленного сна/Duration of slow wave sleep		Продолжительность быстрого сна/Duration of REM sleep		Индекс соотношения медленного сна к быстрому сну/ Slow wave to REM sleep index	
	НКАЗ/NSAUD	КАЗ/SAUD	НКАЗ/NSAUD	КАЗ/SAUD	НКАЗ/NSAUD	КАЗ/SAUD
1 (33; 67)	4,4 (0,7)	4,5 (0,7)	6,0 (1,0)	6,1 (0,9)	3,2 (0,3)	3,1 (0,3)
2 (34; 56)	4,5 (0,7)	4,5 (0,7)	6,2 (0,9)	6,3 (0,8)	3,2 (0,3)	3,1 (0,3)
3 (30; 51)	4,7 (0,7)	4,7 (0,6)	6,4 (1,0)	6,4 (0,8)	3,2 (0,3)	3,2 (0,3)
4 (23; 42)	4,9 (0,5)	4,8 (0,6)	6,6 (0,6)	6,5 (0,7)	3,3 (0,3)	3,1 (0,5)
5 (15; 33)	5,1 (0,5)	4,9 (0,7)	6,9 (0,6)	6,6 (0,9)	3,4 (0,3)	3,3 (0,3)
6 (12; 26)	5,3 (0,2)	5,1 (0,8)	7,2 (0,3)	6,8 (1,0)	3,5 (0,2)	3,3 (0,3)
7 (11; 20)	5,3 (0,3)	5,4 (0,6)	7,3 (0,4)	7,3 (0,8)	3,4 (0,3)	3,4 (0,3)
8 (7; 16)	5,6 (0,2)	5,5 (0,7)	7,6 (0,3)	7,3 (0,9)	3,3 (0,4)	3,4 (0,5)
9 (4; 13)	5,5 (0,0)	5,7 (0,5)	7,4 (0,0)	7,6 (0,7)	3,7 (0,1)	3,5 (0,4)
10 (2; 8)	5,5 (0,0)	5,7 (0,4)	7,4 (0,0)	7,7 (0,5)	3,8 (0,0)	3,5 (0,3)
11 (2; 7)	5,5 (0,0)	5,7 (0,4)	7,4 (0,0)	7,7 (0,5)	3,8 (0,0)	3,4 (0,3)
Скорректированное p-значение/Adjusted p-value						
время/time	< 0,0001		< 0,0001		< 0,0001	
группа/group	0,971		0,970		0,036	
время × группа/ time × group	0,992		0,956		0,883	

Примечание. НКАЗ — некурящие пациенты с алкогольной зависимостью. КАЗ — курящие пациенты с алкогольной зависимостью. Данные представлены в виде Ср (СО). В представленной таблице нумерация визитов начинается с визита 2 (через 1 нед. после включения), на котором были собраны данные о показателях сна с актиграфов. Для статистического анализа применялась общая линейная модель (ОЛМ).
Note. NSAUD — patients with alcohol use disorder, not current smokers. SAUD — patients with alcohol use disorder, current smokers. Data is presented as Mean (SD). In the Table provided, visit numbering begins with Visit 2 (1 week after enrollment), which collected sleep data from actigraphs. The general linear model (GLM) was used for statistical analysis.

Таблица 5. Результаты общего регрессионного линейного анализа (в качестве зависимой переменной — общий балл качества сна)
Table 5. General linear regression model results (total sleep quality score as dependent variable)

Факторы/Factors	F	p
Визит/Visit	11,460	< 0,0001
Курение/Smoking	5,348	0,021
Употребление алкоголя в ходе исследования/Alcohol use during the study	2,176	0,115
Визит × курение/Visit × smoking	0,787	0,628
Визит × употребление алкоголя в ходе исследования/Visit × alcohol use during the study	0,888	0,552
Курение × употребление алкоголя в ходе исследования/Smoking × alcohol use during the study	0,752	0,473

менялась со временем ($p = 0,345$) ни в одной из групп, при этом индекс соотношения медленного сна к быстрому увеличивался со временем ($p < 0,001$) в обеих группах, но оказался выше в группе НКАЗ ($p = 0,036$) (табл. 4). Таким образом, можно предположить, что увеличение со временем общей продолжительности сна объясняется увеличением продолжительности именно медленного сна.

Влияние курения и употребления алкоголя в ходе исследования на качество сна после купирования синдрома отмены алкоголя

Построение регрессионных моделей, описывающих предикторы показателя «Общий балл качества сна», показало отсутствие влияния сочетания факторов курения и употребления алкоголя на качество сна. Однако было установлено, что курение

как отдельный фактор может определять качество сна после купирования синдрома отмены алкоголя (табл. 5). Отметим, что эффект сочетания факторов «Визит», «Курение» и «Употребление алкоголя» на общий балл качества сна не наблюдался, поэтому соответствующее маргинальное среднее совокупности не оценивалось, в связи с чем невозможно сделать вывод о динамическом влиянии факторов употребления табака и алкоголя на качество сна.

ОБСУЖДЕНИЕ

В ходе исследования установлено, что после проведения детоксикационной терапии группы курящих и некурящих больных с алкогольной зависимостью

значимо не различались по выраженности симптомов депрессии и тревоги, однако ангедония (то есть снижение интереса к жизни и удовольствия) чаще выявлялась у курящих пациентов. Отсутствие статистически значимых различий в степени тяжести депрессии и тревоги между группами курящих и некурящих больных с синдромом зависимости от алкоголя согласуется с выводами исследования O. Saatcioglu и соавт. (2008) [27], но противоречит результатам другой работы, в которой было показано, что пациенты с алкогольной зависимостью, употребляющие табак, характеризуются по сравнению с некурящими или бывшими курильщиками значимо более высоким уровнем тревожности [28]. Курение и ангедония представляют факторы риска рецидива синдрома зависимости от алкоголя [16, 29], однако данных сопоставления уровня выраженности ангедонии у больных алкоголизмом с учетом фактора курения в современной научной литературе нами найдено не было. Только отдельные источники указывают на то, что курение является важной характеристикой пациентов с синдромом зависимости от алкоголя, которая может вносить определенный вклад в течение алкогольной болезни и влиять на эффективность лечения [30]. Таким образом, перспективным направлением будущих исследований в данной области может быть изучение влияния ангедонии на риск возникновения рецидива у курящих пациентов с синдромом зависимости от алкоголя, а также факторов, потенциально связанных с развитием ангедонии, включая нарушения сна.

По результатам проведенного сравнительного анализа выявлены значимые межгрупповые различия по частоте встречаемости расстройств сна после купирования синдрома отмены алкоголя. Полученные данные о большей выраженности проблем с засыпанием у курящих больных с синдромом зависимости от алкоголя согласуются с результатами S. Chakravorty и соавт. (2013), которые установили, что показатель латентности начала сна значительно выше у тех пациентов с синдромом зависимости от алкоголя, кто проживает без партнера, имеет сопутствующие психические расстройства или является курильщиком [31].

В силу относительно малого количества участников в сравниваемых группах (КАЗ/НКАЗ) в рамках нашего исследования невозможно сделать однозначное заключение о влиянии курения на частоту возникновения нарушений сна у пациентов с синдромом зависимости от алкоголя. В ряде исследований показано, что в группах больных алкогольной зависимостью с сочетанным употреблением никотина и без него частота встречаемости и степень выраженности инсомнических расстройств сопоставимы [32, 33]. Однако A. Wnorowska и соавт. (2019) подчеркивают, что более точным предиктором развития нарушений сна, чем дихотомичное деление пациентов по статусу курения, является тяжесть никотиновой зависимости, оцениваемая по стажу курения, количеству выкуриваемых сигарет, а также по сумме баллов в тесте Фаргестрема [33].

Лонгитудинальный дизайн данного исследования позволил впервые провести сравнительную динамическую оценку изменений показателей сна в группах курящих и некурящих пациентов с синдромом зависимости от алкоголя. Мы обнаружили, что в обеих группах показатели сна улучшаются по мере увеличения срока воздержания от употребления алкоголя, включая такие показатели, как рост продолжительности сна (со слов пациентов и по объективным данным) и улучшение качества сна. Вместе с тем ряд показателей, характеризующих сон курящих пациентов, был значимо хуже в сопоставлении с параметрами некурящих на протяжении всего периода наблюдения: так, больные с алкогольной зависимостью, употребляющие никотин, отмечали более низкое качество сна.

К числу ограничений данного исследования относится, во-первых, относительно малый размер выборки при включении, наличие пропущенных значений в данных, собираемых при помощи актиграфов, а также высокий процент выбывания участников в ходе исследования. Во-вторых, оценка статуса курения проводилась на основании самоотчета за определенный период времени, нами не оценивался стаж курения, количество выкуриваемых сигарет в настоящее время и лечение никотиновой зависимости в прошлом.

ВЫВОДЫ

По сравнению с некурящими пациентами с синдромом зависимости от алкоголя у курящих больных после купирования синдрома отмены более выражена ангедония, кроме того, у них на протяжении нескольких недель после госпитализации в период воздержания от употребления алкоголя сохраняется значимо более низкое качество сна по сравнению с некурящими. Учитывая, что ангедония и нарушения сна являются факторами, мешающими формированию длительной ремиссии, курящие пациенты с алкогольной зависимостью могут рассматриваться как более уязвимая группа в отношении срыва или рецидива. Таким образом, при составлении индивидуальной программы терапии пациентов, госпитализированных в наркологические стационары для лечения синдрома зависимости от алкоголя, важно оценивать их статус курения.

Для будущих исследований представляет интерес изучение эффективности терапевтических стратегий, направленных на отказ от курения или сокращение количества выкуриваемых сигарет, и значения их результатов для стабилизации ремиссии алкогольной зависимости. Предполагается целесообразность применения специализированных опросников, многомерно диагностирующих синдром зависимости от никотина.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ/REFERENCES

1. Global Health Observatory Data Repository (European Region). Total per capita (15+) consumption (in litres of pure alcohol) by country. URL:

- <https://apps.who.int/gho/data/node.main-euro.A1029SDG3?lang=en&showonly=GISAH> (accessed 14.12.2021).
- Опрос GATS: Российская Федерация. Глобальный опрос взрослого населения о потреблении табака. Краткий обзор. URL: <https://www.euro.who.int/ru/countries/russian-federation/publications/global-adult-tobacco-survey-russian-federation.-executive-summary-2016-2017> (дата обращения 17.10.2021).
GATS: Russian Federation. Global Adult Tobacco Survey: Executive Summary. URL: <https://www.euro.who.int/ru/countries/russian-federation/publications/global-adult-tobacco-survey-russian-federation.-executive-summary-2016-2017> (accessed 17.10.2021). (In Russ.).
 - Ohayon MM. Epidemiological overview of sleep disorders in the general population. *Sleep Med Res.* 2011;2(1):1–9. doi: [10.17241/smr.2011.2.1.1](https://doi.org/10.17241/smr.2011.2.1.1)
 - Arnedt JT. Insomnia in patients with a substance use disorder. UpToDate. 2020:24 p.
 - Ветрова МВ, Скурят ЕП, Рыбакова КВ, Нечаева АИ, Гончаров ОВ, Семенова НВ, Зубова ЕЮ, Незнанов НГ, Крупицкий ЕМ. Взаимосвязь между нарушениями сна, ангедонией и трезвостью у больных с синдромом зависимости от алкоголя или опиатов в раннем периоде ремиссии. *Наркология.* 2020;19(12):17–33. doi: [10.25557/1682-8313.2020.12.17-33](https://doi.org/10.25557/1682-8313.2020.12.17-33)
 - Vetrova MV, Scurat EP, Rybakova KV, Nechaeva AI, Goncharov OV, Semenova NV, Zubova EYu, Neznanov NG, Krupitsky EM. The relationship between sleep disturbances, anhedonia and abstinence among patients with alcohol or opioid dependence during early remission. *Narcology.* 2020;19(12):17–33. doi: [10.25557/1682-8313.2020.12.17-33](https://doi.org/10.25557/1682-8313.2020.12.17-33) (In Russ.).
 - Hägg SA, Ljunggren M, Janson C, Holm M, Franklin KA, Gislason T, Johannessen A, Jögi R, Olin AC, Schlünssen V, Lindberg E. Smokers with insomnia symptoms are less likely to stop smoking. *Respir Med.* 2020;170(106069). doi: [10.1016/j.rmed.2020.106069](https://doi.org/10.1016/j.rmed.2020.106069)
 - Franklin KA, Gislason T, Omenaas E, Jögi R, Jensen EJ, Lindberg E, Gunnbjörnsdóttir M, Nyström L, Laerum BN, Björnsson E, Torén K, Janson C. The influence of active and passive smoking on habitual snoring. *Am J Respir Crit Care Med.* 2004;170(7):799–803. doi: [10.1164/rccm.200404-4740C](https://doi.org/10.1164/rccm.200404-4740C)
 - Garcia AN, Salloum IM. Polysomnographic sleep disturbances in nicotine, caffeine, alcohol, cocaine, opioid, and cannabis use: A focused review. *Am J Addict.* 2015;24(7):590–598. doi: [10.1111/ajad.12291](https://doi.org/10.1111/ajad.12291)
 - Jaehne A, Unbehau T, Feige B, Cohrs S, Rodenbeck A, Schütz AL, Uhl V, Zober A, Riemann D. Sleep changes in smokers before, during and 3 months after nicotine withdrawal. *Addict Biol.* 2015;20(4):747–755. doi: [10.1111/adb.12151](https://doi.org/10.1111/adb.12151)
 - McNamara JP, Wang J, Holiday DB, Warren JY, Paradoa M, Balkhi AM, Fernandez-Baca J, McCrae CS. Sleep disturbances associated with cigarette smoking. *Psychol Health Med.* 2014;19(4):410–419. doi: [10.1080/13548506.2013.832782](https://doi.org/10.1080/13548506.2013.832782)
 - Phillips BA, Danner FJ. Cigarette smoking and sleep disturbance. *Arch Intern Med.* 1995;155(7):734–737. PMID: 7695462
 - Castillo-Carniglia A, Keyes KM, Hasin DS, Cerdá M. Psychiatric comorbidities in alcohol use disorder. *Lancet Psychiatry.* 2019;6(12):1068–1080. doi: [10.1016/S2215-0366\(19\)30222-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30222-6)
 - Adams S. Psychopharmacology of Tobacco and Alcohol Comorbidity: a Review of Current Evidence. *Curr Addict Rep.* 2017;4(1):25–34. doi: [10.1007/s40429-017-0129-z](https://doi.org/10.1007/s40429-017-0129-z)
 - Hertling I, Ramskogler K, Dvorak A, Klingler A, Salletu-Zyhlarz G, Schoberberger R, Walter H, Kunze M, Lesch OM. Craving and other characteristics of the comorbidity of alcohol and nicotine dependence. *Eur Psychiatry.* 2005;20(5–6):442–450. doi: [10.1016/j.eurpsy.2005.06.003](https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2005.06.003)
 - Weinberger AH, Platt J, Esan H, Galea S, Erlich D, Goodwin RD. Cigarette Smoking Is Associated With Increased Risk of Substance Use Disorder Relapse: A Nationally Representative, Prospective Longitudinal Investigation. *J Clin Psychiatry.* 2017;78(2):e152–e160. doi: [10.4088/JCP.15m10062](https://doi.org/10.4088/JCP.15m10062)
 - Nguyen LC, Durazzo TC, Dwyer CL, Rauch AA, Humphreys K, Williams LM, Padula CB. Predicting relapse after alcohol use disorder treatment in a high-risk cohort: The roles of anhedonia and smoking. *J Psychiatr Res.* 2020;126:1–7. doi: [10.1016/j.jpsychires.2020.04.003](https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.04.003) Epub 2020 Apr 30. PMID: 32403028; PMCID: PMC8476113
 - Bastien CH, Vallières A, Morin CM. Validation of the insomnia severity index as an outcome measure for insomnia research. *Sleep Medicine.* 2001;4(2):297–307. doi: [10.1016/S1389-9457\(00\)00065-4](https://doi.org/10.1016/S1389-9457(00)00065-4)
 - Montgomery SA, Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. *Br J Psychiatry.* 1979;134:382–389. doi: [10.1192/bjp.134.4.382](https://doi.org/10.1192/bjp.134.4.382) PMID: 444788.
 - Posner K, Oquendo MA, Gould M, Stanley B, Davies M. Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA): classification of suicidal events in the FDA's pediatric suicidal risk analysis of antidepressants. *Am J Psychiatry.* 2007;164(7):1035–1043. doi: [10.1176/ajp.2007.164.7.1035](https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.7.1035) PMID: 17606655; PMCID: PMC3804920
 - Ferguson J, Sills T, Evans K, Kalali A. Anhedonia: Is there a difference between interest and pleasure. Poster presented at the ACNP meeting. ACNP Abstract book on CD Rom. 2006.
 - Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 1960;23(1):56–62. doi: [10.1136/jnnp.23.1.56](https://doi.org/10.1136/jnnp.23.1.56)
 - Sobell LC, Sobell MB, Leo GI, Cancilla A. Reliability of a timeline method: assessing normal

- drinkers' reports of recent drinking and a comparative evaluation across several populations. *Br J Addict.* 1988;83(4):393–402. doi: [10.1111/j.1360-0443.1988.tb00485.x](https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1988.tb00485.x) PMID: 3395719
23. Семенова ЕА, Даниленко КВ. Русская онлайн-версия Питтсбургского опросника оценки качества сна. URL: <https://studylib.ru/doc/2224189/psqi> (дата обращения: 14.12.2021).
Semenova EA, Danilenko KV. Russian version of Pittsburgh Sleep Quality Index. URL: <https://studylib.ru/doc/2224189/psqi> (accessed 14.12.2021). (In Russ.).
 24. Morgenthaler T, Alessi C, Friedman L, Owens J, Kapur V, Boehlecke B, Brown T, Chesson A Jr, Coleman J, Lee-Chiong T, Pancer J, Swick TJ. Practice parameters for the use of actigraphy in the assessment of sleep and sleep disorders: an update for 2007. *Sleep.* 2007;30(4):519–529. doi: [10.1093/sleep/18.4.285](https://doi.org/10.1093/sleep/18.4.285)
 25. Hirshkowitz M, Whiton K, Albert SM, Alessi C, Bruni O, DonCarlos L, Hazen N, Herman J, Katz ES, Kheirandish-Gozal L, Neubauer DN, O'Donnell AE, Ohayon M, Peever J, Rawding R, Sachdeva RC, Setters B, Vitiello MV, Ware JC, Adams Hillard PJ. National Sleep Foundation's sleep time duration recommendations: methodology and results summary. *Sleep Health.* 2015;1(1):40–43. doi: [10.1016/j.sleh.2014.12.010](https://doi.org/10.1016/j.sleh.2014.12.010) Epub 2015 Jan 8. PMID: 29073412
 26. Бочкарев МВ, Коростовцева ЛС, Медведева ЕА, Свирыев ЮА. Метод актиграфии для оценки характеристик сна и ритма сон–бодрствование. *Профилактическая медицина.* 2019;22(2):95–100. doi: [10.17116/profmed20192202195](https://doi.org/10.17116/profmed20192202195)
Bochkarev MV, Korostovtseva LS, Medvedeva EA, Sviryaev YuA. Actigraphy for estimation of the characteristics of sleep and sleep-wake rhythm. *The Russian Journal of Preventive Medicine.* 2019;22(2):95–100. doi: [10.17116/profmed20192202195](https://doi.org/10.17116/profmed20192202195) (In Russ.).
 27. Saatcioglu O, Celikel FC, Cakmak D. Depression and anxiety in alcohol dependent inpatients who smoke. *Isr J Psychiatry Relat Sci.* 2008;45(1):33–38. PMID: 18604908
 28. Walitzer KS, Dearing RL. Characteristics of alcoholic smokers, nonsmokers, and former smokers: personality, negative affect, alcohol involvement, and treatment participation. *Nicotine & Tobacco Research.* 2013;15(1):282–286. doi: [10.1093/ntr/nts112](https://doi.org/10.1093/ntr/nts112)
 29. Lien L, Bolstad I, Bramness JG. Smoking among inpatients in treatment for substance use disorders: prevalence and effect on mental health and quality of life. *BMC Psychiatry.* 2021;21(244). doi: [10.1186/s12888-021-03252-9](https://doi.org/10.1186/s12888-021-03252-9)
 30. Walitzer KS, Dearing RL, Barrick C, Shyhalla K. Tobacco smoking among male and female alcohol treatment-seekers: clinical complexities, treatment length of stay, and goal achievement. *Subst Use Misuse.* 2015;50(2):166–173. doi: [10.3109/10826084.2014.962050](https://doi.org/10.3109/10826084.2014.962050)
 31. Chakravorty S, Grandner MA, Kranzler HR, Mavandadi S, Kling MA, Perlis ML, Oslin DW. Insomnia in alcohol dependence: predictors of symptoms in a sample of veterans referred from primary care. *Am J Addict.* 2013;22(3):266–270. doi: [10.1111/j.1521-0391.2012.12009.x](https://doi.org/10.1111/j.1521-0391.2012.12009.x)
 32. Brower KJ, Wojnar M, Sliwerska E, Armitage R, Burmeister M. PER3 polymorphism and insomnia severity in alcohol dependence. *Sleep.* 2012;35(4):571–577. doi: [10.5665/sleep.1748](https://doi.org/10.5665/sleep.1748)
 33. Wnorowska A, Klimkiewicz A, Jakubczyk A, Kopera M, Brower KJ, Wojnar M. Relationship between insomnia and tobacco smoking in alcohol-dependent patients. *Alcohol Drug Addict.* 2019;32(1):25–34. doi: [10.5114/ain.2019.85766](https://doi.org/10.5114/ain.2019.85766)

Сведения об авторах

Анастасия Игоревна Нечаева, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия, <https://orcid.org/0000-0002-2531-8707>

netchaeva.nastya@yandex.ru

Марина Владиславовна Ветрова, Институт фармакологии им. А.В. Вальдмана ФГБОУ ВО Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия, <https://orcid.org/0000-0002-9698-0327>

mvetrova11@bk.ru

Евгения Петровна Скурят, специалист по биомедицинской статистике, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия, <https://orcid.org/0000-0002-8391-4953>.

skuratevgenia@gmail.com

Ксения Валерьевна Рыбакова, доктор медицинских наук, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия, <https://orcid.org/0000-0003-1797-1121>

ksenia@med122.com

Олег Валерьевич Гончаров, кандидат медицинских наук, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия, <https://orcid.org/0000-0003-2110-5525>

ovg2804@gmail.com

Юлия Александровна Яковлева, кандидат медицинских наук, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия, <https://orcid.org/0000-0001-9647-7628>

sigurros@mail.ru

Евгений Михайлович Крупицкий, профессор, доктор медицинских наук, руководитель отдела, отдел аддиктологии, заместитель директора по научной работе, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, лаборатория клинической фармакологии аддитивных состояний, Институт фармакологии им. А.В. Вальдмана, ФГБОУ ВО Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия, <https://orcid.org/0000-0002-0529-4525>

kruenator@gmail.com

Information about the authors

Anastasia I. Nechaeva, MD, Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology, Saint Petersburg, Russia, <https://orcid.org/0000-0002-2531-8707>

netchaeva.nastya@yandex.ru

Marina V. Vetrova, MD, St. Petersburg Pavlov State Medical University, Saint Petersburg, Russia, <https://orcid.org/0000-0002-9698-0327>

mvetrova11@bk.ru

Evgenia P. Scurat, Biomedical Statistician, Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology, Saint Petersburg, Russia, <https://orcid.org/0000-0002-8391-4953>

skuratevgenia@gmail.com

Ksenia V. Rybakova, Dr. of Sci. (Med.), Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology, Saint Petersburg, Russia, <https://orcid.org/0000-0003-1797-1121>

ksenia@med122.com

Oleg V. Goncharov, Cand. of Sci. (Med.), Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology, Saint Petersburg, Russia, <https://orcid.org/0000-0003-2110-5525>

ovg2804@gmail.com

Yulia A. Yakovleva, Cand. of Sci. (Med.), V.M. Bekhterev National Medical Research Center of Psychiatry and Neurology, Saint Petersburg, Russia, <https://orcid.org/0000-0001-9647-7628>

sigurros@mail.ru

Evgeny M. Krupitsky, Professor, Dr. of Sci. (Med.), Head of Department, Department of Addictions, Vice-Director for Research, Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology, Laboratory of Clinical Psychopharmacology of Addictions, St. Petersburg Pavlov State Medical University, Saint Petersburg, Russia, <https://orcid.org/0000-0002-0529-4525>

kruenator@gmail.com

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

There is no conflict of interests.

Дата поступления 01.11.2021
Received 01.11.2021

Дата рецензии 25.02.2022
Revised 25.02.2022

Дата принятия 01.03.2022
Accepted for publication 01.03.2022