

**ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ И  
ПРОФИЛАКТИКА  
РАССТРОЙСТВ, ВЫЗВАННЫХ  
УПОТРЕБЛЕНИЕМ АЛКОГОЛЯ**

**Ярославль, 2002 г**

**ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ И  
ПРОФИЛАКТИКА  
РАССТРОЙСТВ, ВЫЗВАННЫХ  
УПОТРЕБЛЕНИЕМ АЛКОГОЛЯ**

**Ярославль, 2002 г**

**Петров Дмитрий Викторович. Диагностика лечение и профилактика расстройств, вызванных употреблением алкоголя.**

Петров Д.В. кандидат медицинских наук, ассистент кафедры семейной медицины Ярославской государственной медицинской академии, заведующий кабинетом медицинской профилактики дорожной клинической больницы.

Эта книга посвящена оценке алкогольной ситуации в России, современным технологиям диагностики нарушений, вызванных употреблением алкоголя и тактики ведения лиц, употребляющих алкоголь, в зависимости от уровней риска и наличия проблем, **но не являющихся алкоголиками.**

Это книга предназначена, прежде всего, для врачей первичного звена здравоохранения, врачей общей практики (семейных врачей), узких специалистов, врачей стационаров и санаториев, студентов-медиков и многих других, кто хочет эффективно работать на благо здоровья своих пациентов и общества.

# СОДЕРЖАНИЕ

<b>ПРЕДИСЛОВИЕ</b> .....	
<b>ВВЕДЕНИЕ</b> .....	
<b>1. АЛКОГОЛЬНАЯ СИТУАЦИЯ В РОССИИ С ПОЗИЦИЙ ГОСУДАРСТВА, ОБЩЕСТВА И ЛИЧНОСТИ</b> .....	
1.1. Алкоголь, как продукт питания .....	
1.2. Уровень потребления алкоголя .....	
1.3. Качество алкоголя .....	
1.4. Особенности потребления алкоголя в России .....	
1.5. Медицинские и социальные аспекты .....	
1.6. Экономические аспекты .....	
1.7. Алкоголь и образ жизни .....	
1.7.1. Алкоголь и уровень жизни .....	
1.7.2. Алкоголь и стиль жизни .....	
1.7.3. Алкоголь и качество жизни .....	
<b>2. ПРИЧИНЫ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЕМ И РАЗВИТИЯ ЗАВИСИМОСТИ</b> .....	
<b>3. КЛАССИФИКАЦИЯ</b> .....	
<b>4. АЛКОГОЛЬ И ЗДОРОВЬЕ</b> .....	
4.1. Положительные аспекты действия алкоголя .....	
4.2. Негативные влияния алкоголя на здоровье .....	
4.2.1. Тератогенное влияние. Алкогольный синдром плода .....	
4.2.2. Мутагенное влияние .....	
4.2.3. Соматогенное влияние .....	
<b>5. ВЛИЯНИЕ АЛКОГОЛЯ НА ВНУТРЕННИЕ ОРГАНЫ И СИСТЕМЫ</b> .....	
5.1. Нервная система и психика .....	
5.1.1. Острая алкогольная интоксикация .....	
5.1.2. Синдром отмены алкоголя .....	
5.1.3. Алкогольные психозы .....	
5.1.4. Алкогольная энцефалопатия .....	
5.1.5. Прочие нарушения .....	
5.2. Сердечно-сосудистая система .....	
5.3. Пищеварительная система .....	
5.4. Дыхательная система .....	
5.5. Почки .....	
5.6. Кровь и система кроветворения .....	
5.7. Эндокринная система и метаболизм .....	

5.8. Нарушение половой функции .....	
5.9. Алкоголь и канцерогенез .....	
5.10. Алкоголь и ВИЧ-инфекция .....	
<b>6. ЗАБОЛЕВАНИЯ АЛКОГОЛЬНОЙ ЭТИОЛОГИИ, ПРЕДСТАВЛЕННЫЕ В МКБ-10 .....</b>	
<b>7. ОСОБЕННОСТИ УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ У ЖЕНЩИН, ПОДРОСТКОВ И ПОЖИЛЫХ.....</b>	
<b>8. ВРАЧЕБНАЯ ТАКТИКА В ВЫЯВЛЕНИИ НАРУШЕНИЙ, ВЫЗВАННЫХ УПОТРЕБЛЕНИЕМ АЛКОГОЛЯ .....</b>	
8.1. Практическое значение диагностики состояния хронической алкогольной интоксикации .....	
8.2. Диагностика состояния ХАИ .....	
8.2.1. Использование опросников .....	
8.2.2. Объективные физические признаки ХАИ .....	
8.2.3. Экспресс-энзимодиагностика .....	
8.2.4. Биохимические методы определения состояния ХАИ .....	
8.2.5. Инструментальные методы диагностики состояния ХАИ .....	
8.2.6. Газовая хроматография .....	
8.2.7. Посмертная диагностика состояния ХАИ .....	
8.3. Диагностики зависимости от алкоголя .....	
8.4. Формулировка диагноза .....	
<b>9. ВРАЧЕБНАЯ ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ЛИЦ, УПОТРЕБ- ЛЯЮЩИХ АЛКОГОЛЬ .....</b>	
9.1. Врачебная тактика по отношению к лицам, низкого риска .....	
9.2. Врачебная тактика по отношению к лицам высокого риска .....	
9.3. Врачебная тактика по отношению к лицам, злоупотребляющим алкоголем .....	
9.4. Врачебная тактика по отношению к лицам с алкогольной зави- симостью (алкоголизмом) .....	
<b>10. ПРОВЕДЕНИЕ КРАТКОВРЕМЕННОГО КУРСА ЛЕЧЕНИЯ .....</b>	
<b>11. ВРАЧЕБНАЯ ТАКТИКА В ФОРМИРОВАНИИ МОТИ- ВАЦИЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГОТОВНОСТИ ПАЦИ- ЕНТА К ИЗМЕНЕНИЮ ПОВЕДЕНИЯ .....</b>	
<b>12. МЕТОДОЛОГИЯ ПОСТАНОВКИ ЦЕЛИ .....</b>	
<b>13. УЧИМСЯ ЗАДАВАТЬ ВОПРОСЫ .....</b>	
<b>ЗАКЛЮЧЕНИЕ .....</b>	
<b>ОСНОВНАЯ ЛИТЕРАТУРА .....</b>	

## ПРЕДИСЛОВИЕ

Желание написать эту книгу возникло у меня давно.

Обучая студентов и врачей особенностям работы в амбулаторно-поликлинических учреждениях, мы столкнулись с фактом недостаточных знаний не только у студентов старших курсов, но и у большинства практических врачей вопросов диагностики и тактике ведения пациентов, в генезе заболеваний которых, достаточно важную роль играет систематическое употребление алкоголя.

За последние десятилетия многое изменилось по отношению к лицам, употребляющим алкоголь. Мы, наконец-то, признали, что существует огромное количество людей систематически употребляющих спиртное и людей с проблемами (медицинскими, социальными и другими), связанными с употреблением алкоголя, которые алкоголиками с позиций наркологии не являются.

Здоровье этих людей – это не только медицинская проблема, это, прежде всего, проблема государственная, но медицинские работники самых различных специальностей постоянно сталкиваясь с этими проблемами, должны не только их знать, но и уметь их преодолевать.

Много лет обучая студентов старших курсов и практических врачей тактике ведения пациентов систематически употребляющих алкоголь, и пациентов с проблемами со здоровьем в результате употребления алкоголя, нами накоплен достаточно большой опыт, которым мы хотим поделиться.

Конечной целью этой книги является дать не только обзор и анализ современного состояния медицинских и социальных проблем связанных с употреблением алкоголя, но самое важное – обучить практических врачей современным технологиям диагностики, стратегии и эффективной тактике ведения лиц с расстройствами, вызванными употреблением алкоголя.

## ВВЕДЕНИЕ

Между наркологами и психиатрами с одной стороны и врачами-клиницистами других специальностей давно возник значительный разрыв.

Наркологи и психиатры традиционно занимаются преимущественно пациентами с сформировавшейся физической зависимостью от алкоголя (то есть алкоголизмом).

С другой стороны врачи первичного звена здравоохранения в своей повседневной работе постоянно сталкиваются с пациентами, систематически употребляющими алкоголь и злоупотребляющими алкоголем, которые алкоголиками в прямом смысле слова не являются. Не обладая достаточными знаниями и умениями, врачи, в лучшем случае, направят таких пациентов к наркологу (до которого они, как правило, не доходят). И если пациенту не ставят диагноз алкоголизм (которого в действительности может не быть), практический врач нередко снимает с себя всю ответственность и «работает» с пациентом закрыв глаза на возможную связь заболевания с алкоголем.

Получается, что огромному количеству пациентов, не являющихся алкоголиками с позиций наркологии, нуждающихся в реальной помощи, эта помощь не оказывается.

В настоящее время за рубежом уже накоплен достаточно большой практический опыт работы с лицами, систематически употребляющими алкоголь и злоупотребляющими алкоголем. Этот опыт свидетельствует о высокой эффективности работы с этой категорией людей именно на уровне первичного амбулаторного звена. В условия Российского здравоохранения реальную помощь этой категории лиц могут и должны оказывать не только врачи амбулаторно-поликлинической службы, врачи общей практики (семейные врачи), но и врачи стационаров, санаториев, узкие специалисты и др.

А для этого надо не только знать, кому и что надо делать, но и уметь это делать.

# 1. АЛКОГОЛЬНАЯ СИТУАЦИЯ В РОССИИ С ПОЗИЦИЙ ГОСУДАРСТВА, ОБЩЕСТВА И ЛИЧНОСТИ

## 1.1. Алкоголь, как продукт питания.

«Не столько то, что незнакомо нам, приводит нас к беде. Куда опаснее то, что мы считаем безопасным»  
Артимус Уорд

Все алкогольные напитки, как и соки и минеральная вода, введены в одну рубрику «Напитки» и традиционно рассматриваются Санитарной службой как продукты питания.

Неоднократно повторяющиеся на протяжении всей истории человечества попытки изменить, переломить эту традицию терпели сокрушительную неудачу. Очевидно, что алкоголь был, есть и будет вечным спутником человека и неотъемлемой составной частью его пищевого рациона.

Однако, алкоголь является совершенно особым пищевым веществом. Среди всех продуктов питания он не имеет аналогов по способности оказывать на организм человека негативное и даже губительное действие. Социальные и медицинские последствия употребления такой «пищи» неизмеримы.

Несмотря на огромный урон, причиняемый государству, обществу и индивиду, уровень потребления алкоголя в большинстве стран мира растет. Россия в этом «соревновании» занимает одну из лидирующих позиций.

Все статистические данные, связанные с алкоголем (производство, импорт, уровень потребления, социальные и медицинские последствия и др.), в России долгое время оставались государственной тайной. И только начиная с 1993 года после принятия Закона Российской Федерации «О государственной тайне» (статья 7: «... не подлежат засекречиванию сведения о состоянии экологии, здравоохранения, санитарии, демографии, образования, культуры, сельского хозяйства, а

также о состоянии преступности...») стали публиковаться ежегодные Государственные доклады о состоянии здоровья населения Российской Федерации. Но, даже в этих докладах сведения, связанные с алкоголем, разбросаны и скупы, словно для государства этой проблемы не существует.

### **И это при уровне употребления алкоголя в России 13-15 литров в год на душу населения!**

Все же, несмотря на некоторую условность данных статистики в России по этому продукту питания, можно проследить определенные закономерности.

#### **1.2. Уровень потребления алкоголя.**

«Вряд ли когда-либо история мира знала  
больше безумств, чем в наши дни»  
Джон Хоукс

Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ) определяет уровень употребления алкоголя как умеренный, если его доля в суточном калораже не превышает 3% (9 грамм этанола на 1 человека в день или 3,3 литра этанола на 1 человека в год). Относительно безопасным для государства ВОЗ определяет уровень потребления алкоголя в 8 литров этанола на человека в год (эти цифры в настоящее время пересматриваются в сторону занижения). Превышение этого уровня приводит к необратимым изменениям генофонда нации, то есть к вырождению.

В Царской России уровень потребления алкоголя составлял приблизительно 4,55 л на человека в год в 1863 году; 2,46 л – в 1883 году; 2,6 л в 1990 году. С 1914 по 1924 год, когда действовал «сухой закон» уровень потребления алкоголя составлял всего 0,17 л. После отмены «сухого закона» уровень потребления алкоголя вырос до 2,8 л в 1930 году. В 1940 году – 1,9 л, в 1950 г – 1,7 л. Затем уровень потребления начинает стремительно расти и уже в 1960 году составил около 6 л, в

1979 году – 10,6 л, в 1984 году – 14,8 л. За период антиалкогольной кампании (1985-1987 годов) к 1987 году уровень потребления алкоголя снизился в 2,7 раза (но более чем в 2 раза выросло потребление самогона: с 3,3 л в 1984 году, до 6,8 л в 1987 году.). Необходимо отметить, что, несмотря на все негативные аспекты этой антиалкогольной кампании, она сохранила около миллиона жизней.

После отмены антиалкогольной кампании потребление алкоголя вновь стремительно растет. Только за период 1987-1992 годы потребление алкоголя выросло на 27%. С введением рыночных реформ в 1994 году потребление алкоголя превысило уровень 1984 года.

В связи с отменой Государственной монополии на производство алкоголя, «алкогольная река» вышла из берегов.

Резкий рост уровня потребления алкоголя и его последствий, особенно начиная с 1988 года, расценивается многими специалистами, как алкогольная эпидемия со всеми вытекающими последствиями для государства, общества и личности.

В настоящее время точных цифр потребления алкоголя в России, пожалуй, не знает никто. Статистические данные колеблются в пределах от 13 до 15 литров на человека в год, а в действительности...

### **1.3. Качество алкоголя**

«Если нам кое-что известно о закате солнца,  
это не мешает нам им любоваться»  
Карл Саган.

Политика, проводимая государством в настоящее время, делает невыгодным производство качественных алкогольных напитков. Широко стал использоваться в производстве гидролизный и синтетический спирт. Резко увеличилось количество подпольно производимого алкоголя. Например, в 1995

году по данным МВД России доля нелегальной алкогольной продукции составляла 36,6%. В настоящее время данные выборочных проверок свидетельствуют, что доля винно-водочных фальсификатов составляет от 40 до 60%.

Контрольные проверки качества пива показывают, что каждая третья-четвертая бутылка пива (особенно дешевого) не соответствует установленным стандартам.

Ослабление контрольных функций государства привело и к наводнению низкокачественными спиртными напитками из-за рубежа (зачастую нелегально произведенные в России и разлитые за рубежом в красивые бутылки с яркими этикетками).

Вот уж действительно «злодейка с наклейкой» – так раньше в народе называли только водку.

#### **1.4. Особенности потребления алкоголя в России**

«Умом Россию не понять,  
Аршином общим не измерить...»  
Ф.Тютчев

По данным официальной статистики Россия не самая пьющая нация в мире, хотя многие оспаривают это положение. Особенностью потребления алкоголя в России является так называемый «северный вариант», когда крепкие спиртные напитки систематически употребляются в больших разовых дозах. В России всегда предпочтение отдавалось именно крепким алкогольным напиткам, доля которых составляет до 80%, по сравнению с 20-40% в самых «пьющих» странах Европы. Водка в России была, есть и, скорее всего, останется самым любимым алкогольным напитком.

Мне рассказывали об одной компании вполне уважаемых людей, у которых есть любопытная традиция. Когда они собираются вместе на природе или на даче, чтобы отметить какое-нибудь событие, то с водкой (а другие напитки они не

употребляют), имеющейся в наличии, поступают достаточно необычно. Часть водки оставляют на столе, а часть (как правило - это 2-4 бутылки - в зависимости от масштабности события) аккуратно «разбрасывают» по близлежащей территории. Когда же водка заканчивается (а заканчивается она всегда неожиданно и ее всегда не хватает) попытки найти в темноте «брошенные» бутылки, как правило, не приводят к успеху. Но зато утром – вот же они лежат родимые! Такое может быть, наверное, только в России.

Самогоноварение тоже надо отнести к национальным особенностям России. По статистическим данным доля самогона в некоторых регионах России доходит до 30-50% от всего количества выпиваемого алкоголя. Эта доля практически не поддается учету, что приводит к явному занижению статистических показателей. Например, на русском юге России (Воронежская, Курская, Ростовская область, Краснодарский и Ставропольский край) среднедушевое потребление по данным статистики составляет всего 8-9 л в год. Если не учитывать самогоноварения (а русский юг России славится культурой самогоноварения), то было бы совершенно непонятно, почему, например, в Тульской или Ярославской области уровень потребления алкоголя по данным экспертов составляет около 16-18 литров на душу населения.

А по данным некоторых экспертов с учетом самогона количество потребляемого алкоголя в России на душу населения в год давно уже перевалило за 20 л.

Среди огромного количества регионов в России, есть регионы-лидеры, в которых уровень потребления алкоголя превышает средние показатели по стране в 1,5-2 раза. В тройке лидеров Чукотка, Магаданская и Сахалинская области.

Национальных особенностей много, неуклонно растет уровень потребления алкоголя среди женщин (я уже не берусь сказать, что русские женщины самые малопьющие в мире, как считалось раньше), молодежи, подростков и детей.

Народ в России всегда относился к пьяницам с сочувствием, жалостью и терпением. Людская молва их часто оправдывала и им многое прощалось. После попойки всегда приходил стыд и раскаяние. После пьянства и массовых побоищ, протрезвев, русские люди целовались и просили друг у друга и мира прощение.

«Невоздержание в вине – самое опасное, потому что убивает совесть», – предупреждал великий русский писатель Л.Н.Толстой.

**Сейчас же пить и напиваться в России стало не только можно, но и не стыдно.**

### **1.5. Медицинские и социальные аспекты**

«В рюмке вина тонет больше людей, чем в море»  
Английская пословица

Во всех цивилизованных странах мира проблемы последствий потребления алкоголя находятся под пристальным вниманием государства. Например, в США (среднедушевой уровень употребления алкоголя приблизительно в два раза ниже, чем в России) создан Национальный институт по злоупотреблению алкоголем и алкоголизму. Министром здоровья США один раз в три года предоставляется Конгрессу доклад о последствиях злоупотребления алкоголем и алкоголизму составленный из 5 разделов и 14 глав!

А Правительству России такие данные, по-видимому, не нужны.

Вот некоторые интересные цифры. Только за период 1992-1997 год заболеваемость алкоголизмом увеличилась на 45%. В 1997 году в России состояло на учете 2 328 3000 человек с диагнозом «алкоголизм» (1613 на 100 000 населения). В 2000 г под наблюдением наркологических диспансеров находилось 2 190 854 больных алкоголизмом, что составляет 1513, 1 на 100 000 человек. По сравнению с 1999 г общее ко-

личество больных практически не изменилось, но на 21% выросло число впервые обратившихся за лечением по поводу алкоголизма и на 36,3% выросло количество алкогольных психозов.

По мнению ведущих ученых именно число алкогольных психозов отражает истинный уровень алкоголизации общества, а не количество состоящих на учете алкоголиков.

Соотношение мужчин и женщин, стоящих на учете в наркологических диспансерах, составили 6:1 (в 80-е годы было 10:1). А в развитых странах Европы и США это соотношение составляет 2:1 – 5:1.

Если исходить из настоящей реальности, то на учет ставится только приблизительно каждый девятый-десятый из больных алкоголизмом (по мнению член-корреспондента РАМН Н.Ф.Герасименко в настоящее время реально в России около 20 миллионов алкоголиков).

Много это или мало, судите сами. По данным ВОЗ на 1997 год в мире насчитывалось 120 млн больных алкоголизмом. Например, в США алкоголизмом страдают около 15 млн человек, в ФРГ – 2,5 млн.

Нетрудно сосчитать и количество злоупотребляющих алкоголем, если исходить из общепризнанных данных, что из этой категории лиц алкоголизм (зависимость) развивается приблизительно у каждого третьего.

Если хотите, сосчитайте, и Вы получите реальную цифру количества алкоголиков и злоупотребляющих алкоголем в России. Эту цифру в России очень редко называют вслух, да и я не буду. И можно только догадываться о количестве лиц систематически употребляющих алкоголь, но не вошедших в контакт с медицинскими работниками или с правоохранительными органами.

При этом, коечный фонд наркологической службы за последние 15 лет сократился более, чем в 3 раза!

По мнению некоторых экспертов по причинам связанным с алкоголем ежегодно Россия теряет около 500 000 своих граждан.

Случаи смерти от острых отравлений алкоголем – довольно редкое явление в мире. Например, в США таких случаев выявляется ежегодно от 200 до 400. Однако в России только за период 1989-1993 годы число смертельных случаев от острых отравлений алкоголем увеличилось в 5 раз, и составило в 1996 году более 35 000 случаев. В 2001 году официально зарегистрировано уже 37 824 случаев смертельных исходов от острых отравлений алкоголем.

Существует и еще один фактор смертности, который официальная статистика не учитывает – это смертность от алкогольобусловленными заболеваниями внутренних органов. Смертность от таких заболеваний составляет не менее 200 000 случаев в год (по всей вероятности эта цифра явно занижена, поскольку полных официальных статистических данных по этому разделу не ведется).

Только за период 1992-1997 год резко возросло число насильственных смертей – от несчастных случаев, отравлений (не алкогольных) и травм – в 1,8 раз. Число самоубийств увеличилось в 1,6 раза, убийств – в 2,1 раза. Около 60% убитых и около 80% убийц во время преступлений находились в нетрезвом состоянии. Каждое пятое дорожно-транспортное происшествие связано с употреблением алкоголя.

Каждый второй брак распадается по причинам, связанным с алкоголем.

И это все на фоне крайне неблагоприятной демографической ситуации в России.

По средней ожидаемой продолжительности жизни, мужчины России находятся на 135-м месте в мире, а женщины – на 130-м месте.

Только за период 1992-1997 год смертность населения в целом выросла в 1,5 раза, а населения трудоспособного возраста – в 1,8 раз.

По данным И.А.Гундарова, академика РАЕН, эксперта Государственной Думы РФ, только за последние 12 лет из-за роста смертности и спада рождаемости Россия потеряла около 17 миллионов человек.

По данным других экспертов к 2010 году Россия потеряет еще около 14 миллионов человек!

Я не берусь и не хочу напрямую связывать высокий уровень потребления алкоголя и сверхсмертность в России. Это было бы очень легким и удобным объяснением для государственных функционеров, не желающих искать истинные глубинные причины депопуляции нации.

Нам, с медицинской позиции, прежде всего, важно то, что растет не только уровень алкоголизации общества, а ухудшаются показатели здоровья общества, как в количественном, так и в качественном аспектах, и алкоголь здесь - одна из причин.

## **1.6. Экономические аспекты**

«Пастух напился – волк наелся»

Поговорка

По оценкам экспертов США ежегодные потери государства от злоупотребления алкоголем и алкоголизма составляют около 180 миллиардов долларов (в 1971 году, когда впервые стали учитывать эти потери ущерб составлял около 25 миллиардов долларов).

В России такой анализ никогда не проводился, но даже самые скромные подсчеты показывают, что экономический ущерб от употребления алкоголя многократно превышает «доход», который государство имеет с производства и реализации алкоголя.

О «доходах» государства от алкоголя необходимо сказать отдельно. Действительно, в советские времена до 25% поступлений в бюджет составляли «алкогольные деньги». Об этом

открыто говорил первый президент России Б.Н.Ельцин. Но, в связи с утратой государства монополии на производство и реализацию алкоголя (и многих других причин, таких как политика ценообразования, политика акцизных сборов и др.) этот «доход» резко снизился. Так, в настоящее время, доля «алкогольных денег» составляет около 1% внутреннего валового продукта (для особо интересующихся и желающих посчитать внутренний валовый продукт в России в 2000 году составил около 200 миллиардов долларов). А куда «уходит» остальное, можно только предполагать.

С другой стороны, алкоголь в России стал одним из самых дешевых (а значит доступных) продуктов питания. С введением рыночных реформ водка подорожала в 5 раз меньше по сравнению с другими продуктами питания. Такого еще не было в алкогольной истории ни одной страны мира и, скорее всего, не будет.

### **1.7. Алкоголь и образ жизни**

«Мы не должны пытаться жить вне мира, данного нам, мы должны как-то научиться трансформировать и переделывать его. Мы должны отыскать способ нахождения реальности без волшебной палочки и магических заклинаний. Надо искать способ бытия в этом мире, а не стремиться стать самим бытием»

О. Хаксли

Здоровье каждого конкретного человека определяется вкладом многих факторов. Доля наследственности в здоровье человека составляет около 30%. На долю экологических факторов приходится около 10%. Возможность клинической медицины в улучшении здоровья не превышают 10%. Остальные 50% факторов приходятся на образ жизни.

**Образ жизни – это вся система отношений человека со средой обитания и включает в себя три основных параметра: уровень жизни, стиль жизни и качество жизни.**

**Под уровнем жизни** понимают условия существования человека. Среди наиболее важных показателей уровня жизни, влияющих на здоровье, можно выделить следующие: материальное благополучие, социальное благополучие, уровень образования, характер питания (регулярность, сбалансированность, разнообразие, калорийность, частота приема пищи), условия производственной среды (профессиональные вредности и неблагоприятные условия труда), жилищные условия (плотность проживания, возможность для отдыха, коммунальные блага), уличная среда (световой режим, температурный режим, влажность и т.д.).

**Под стилем жизни** понимают характер поведения человека, способ его взаимодействия с окружающим миром и самим собой. Среди наиболее важных факторов стиля жизни, влияющих на здоровье, можно выделить следующие: уровень повседневной двигательной активности, **уровень и характер потребления алкоголя**, повседневные привычки, в том числе и вредные привычки (табакокурение и другие), характер семейных отношений (пребывание в браке, наличие детей, сексуальная сфера и т.д.)

**Под качеством жизни** понимают восприятие индивидом своего физического и психологического состояния, положения в жизни в контексте культуры и систем ценностей, в котором он живет, и в соответствии с собственными целями, ожиданиями, стандартами и заботами. Необходимо отметить, что качество жизни – это строго субъективный показатель, отражающий личную оценку человека своего благополучия, удовлетворенности собой и окружающим миром, насколько он ощущает себя комфортным и счастливым.

Связь между образом жизни и потреблением алкоголя, конечно же, существует и ни кем не оспаривается. Но рассматривать потребление алкоголя необходимо как сложней-

шее социальное явление, которое инициируется не какой-то одной причиной, а целым комплексом причин, которые очень часто причудливо переплетаются.

### **1.7.1. Алкоголь и уровень жизни**

«О чем думаете,  
То и ищите.  
Что желаете,  
То и находите»  
Роберт Браунитц

Взаимосвязь потребления алкоголя и уровня жизни изучена, пожалуй, в наибольшей степени. Разрешите кратко остановиться на основных положениях.

#### **• Материальное благополучие и алкоголь**

Этот раздел оказался наиболее сложным для анализа из-за большого количества противоречивых данных. Казалось бы, что все очень просто, чем больше денег, тем больше соблазн, но это не совсем так. Влияние материального фактора необходимо рассматривать с двух позиций:

- уровень материального благополучия и затраты на алкоголь с учетом количества (в перерасчете на этанол) и качества алкоголя;
- уровень материального благополучия и доля «алкогольных» денег в бюджете;

В цивилизованных странах мира существует четкая зависимость: с ухудшением материального благополучия уменьшаются материальные затраты на алкоголь и, что естественно для этих стран, соответственно снижается и количество потребляемого алкоголя (в перерасчете на этанол) и наоборот.

В России же все совсем не так. В целом материальное положение россиян за последние 15 лет ухудшилось, дефолт 1997 года вызвал еще большее обнищание населения. В 2001 году 27,6% населения имело доход ниже прожиточного уровня. За эти 15 лет доля «алкогольных» денег в семейном бюд-

жете уменьшилась в 2,6 раза. Вроде бы все логично и правильно. Но не совсем. Количество потребляемого этанола значительно возросло! Несмотря на все, люди стали больше потреблять спиртного, потому, что в России водка (а тем более фальсификаты и суррогаты) стала одним из самых дешевых товаров.

Кто жил в 80-е годы и помнит, а кто не застал этого времени или не помнит – вот несколько цифр: одна бутылка водки стоила столько же, сколько стоило 2 кг хорошей колбасы или 29 буханок черного хлеба. А сейчас? Кто хочет, может посчитать.

Но не у всех материальное положение ухудшилось. У некоторых даже улучшилось. А как у них? А у них, как и в других цивилизованных странах. То есть, с ростом материального состояния затраты на алкоголь растут (правда, и у этих обеспеченных русских, как и у всех россиян доля алкогольных денег в бюджете также снизилась). Рост затрат на алкоголь с повышением материального достатка идет за счет приобретения более дорогих и более качественных алкогольных напитков. И что самое любопытное, оказалось, что с ростом материального благополучия, у этих людей количество алкоголя в перерасчете на этанол достоверно не увеличивается! (а есть данные, что даже уменьшается!).

Так и хочется сказать: «Давайте жить богато!». Но, к сожалению, огромной армии медиков, чье сообщество представляю и я, как и очень многим россиянам, в ближайшем и отдаленном будущем это вряд ли грозит.

### • Труд и алкоголь

В многочисленных исследованиях доказано, что уровень потребления алкоголя растет при неудовлетворенности трудом и условиями труда, отсутствии моральной и материальной заинтересованности в труде и его результатах. Неудовлетворенность характером и условиями труда как фактор риска алкоголизации общества, по-видимому, имеет большее значение, чем мы думаем, потому что таких людей достаточно

много. Так, например, в таком «успешном» государстве, как США согласно опросам, своей работой довольны 65% белых американцев и только 56% афро-американцев. В России подобных исследований не проводилось.

Не секрет, что существуют большое количество профессий, связанных со значительным нервно-психическим напряжением (дежурные операторы, диспетчеры, профессиональные водители, машинисты локомотивных бригад и др.). Проведенные нами исследования подтверждают предположение о более высоком уровне потребления алкоголя у этой категории лиц.

Доказано также, что у безработных и лиц, не имеющих постоянного заработка уровень потребления алкоголя достоверно выше, чем у лиц, имеющих постоянную работу.

- **Уровень образования, культуры и алкоголь**

В настоящее время доказано, что чем ниже уровень образования и чем ниже уровень культуры, тем выше уровень потребления алкоголя. Хотя не исключено, что именно Вам встретится алкоголик ученый или рабочий трезвенник.

- **Жилищные условия и алкоголь**

Еще Ф.Энгельс к своей книге «Положение рабочего класса в Англии» писал, что с ухудшением жилищных условий у рабочих увеличивается потребление спиртных напитков. В трудах Российских ученых также отмечалось, что чем хуже жилищные условия, тем больше расходов на спиртные напитки.

В настоящее время такой выраженной прямой зависимости между жилищными условиями и уровнем потребления алкоголя уже не отмечается. Это среди тех, у кого есть жилье. А как обстоит дело среди тех, у кого нет вообще никакого жилья? Официально в России не имеют жилья около 1 200 000 человек.

На этот вопрос, пожалуй, не ответит никто.

- Существует еще множество факторов уровня жизни, способных оказывать большее или меньшее влияние на потреб-

ление алкоголя: урбанизация (проживание в городе или в сельской местности), доступность алкоголя, географическая широта проживания (юг, север), температурный и световой режим и другие, на которых, разрешите не останавливаться.

Все вышеперечисленные факторы мы рассматривали с позиций конкретного индивида или различных социальных групп. Но нельзя забывать, что мы с вами живем не в застывшем обществе, а в обществе, в котором всегда происходят экономические, социальные и политические перемены. Например, уровень развития экономики, политическая структура общества, экономическая и политическая стабильность, алкогольная политика государства, уровень здравоохранения и образования и т.д. О влиянии этих факторов на личность (и потребление этой личностью алкоголя) можно написать ни одну книгу.

**В огромном большинстве случаев медицина просто не может повлиять на эти факторы, но учитывать их в своей работе нам необходимо.**

### **1.7.2. Алкоголь и стиль жизни**

«Все люди одинаковы, только их привычки бывают разными»  
Конфуций

#### **• Традиции и алкоголь**

Нельзя отбрасывать значение обычаев, привычек, традиций для оценки уровня и характера потребления алкоголя у ряда наций, народностей и культур. Подлинно широкое хлебосольство россиян не встретишь ни в одной стране мира.

Стремление объединяться в компании и употреблять алкоголь имеет исторические корни. Считают, что все началось с коллективных ритуальных возлияний по поводу значимых событий внутри племени. Чем труднее и опаснее была жизнь, чем чаще племя опьянялось, эмоционально консолидировалось. Постепенно алкоголь становится символом психического родства, единства крови. Скифы, например, при совмест-

ном питье в общую чашу с вином добавляли кровь. Отзвук этого – причастие у христиан.

Русский литератор и историк И.Г.Прыжов отмечал: «Всякое мирское дело непременно начиналось пиром или попойкой...». Но и нельзя видеть причины пьянства только в обычаях и традициях. Да, они могут играть определенную роль, но самостоятельного значения как фактора алкоголизации общества не имеют.

- **Свободное время и алкоголь**

«Незанятый ум – мастерская для дьявола!»  
Православная церковь.

О влиянии фактора свободного времени на характер потребления алкоголя написано довольно много. Специалистами однозначно признается, что нерациональное использование свободного времени – одна из важнейших социальных причин алкоголизации общества. Если человек не хочет, не умеет или не имеет возможностей рационально тратить свое свободное время на спорт, отдых, развлечение, хобби, общение, культурное обогащение – все то, что приносит ему радость и удовлетворение, тогда он будет искать компенсацию в алкоголе.

Нельзя забывать, что для эффективного досуга должна быть и соответствующая материальная база (театры, библиотеки, музеи, стадионы, сауны и др.) и необходимый материальный достаток.

Во всех цивилизованных странах мира государство крайне заинтересовано в создании разнообразных и эффективных условий досуга своих граждан, совершенно справедливо полагая, что, хорошо отдохнувший и восстановивший силы принесет больше пользы и прибыли.

И совершенно безнравственным, я сказал бы даже преступным, является навязывание государством своему народу

алкогольного стиля жизни (алкоголь и деловые отношения, алкоголь и общение, алкоголь и рыбалка, алкоголь и сауна, алкоголь и театр, алкоголь и секс и др.) с телевизионных экранов в рекламных роликах и прочей доморощенной и импортной продукции, нередко выполненных на очень высоком профессиональном уровне и не без участия профессиональных психологов. О влиянии средств массовой информации на сознание людей очень хорошо сказал известный кинорежиссер Джордж Лукас - «Все мы, кто снимаем фильмы, - учителя, и учителя с очень громкими голосами». А учить можно разному и не только доброму, светлому...

Но, юридически я не совсем прав и, исключая возможные проблемы, спешу исправиться. Фразы: «Кто пойдет за Клинским?» или «Кто пойдет за минералкой?» имеют совершенно одинаковое юридическое значение. И пиво и минеральная вода относятся у нас к безалкогольным напиткам (Закон «О государственном регулировании производства и оборота этилового спирта и спиртосодержащей продукции», статья «Основные понятия». Вот так!

Как будто вовсе нет пивного алкоголизма, пивной миокардиопатии, пивной импотенции.

Так и вспоминается великий А.С.Пушкин: «...какое низкое коварство...».

Буквально недавно Главный санитарный врач России только попытался вмешаться в это, только поднял вопрос о необходимости включении пива в разряд алкогольных напитков - так ему «чуть голову не оторвали».

Почему-то вспоминаются великий германский канцлер О.Бисмарк: «Пиво делает человека глупым и ленивым» и А.Экзюпери: «Если звезды зажигаются, значит это кому-то нужно».

А может быть стоит сказать прямо словами Екатерины II: «Водка заменяет политику» или словами Адольфа Гитлера: «Какое счастье для власть имущих, что люди не думают».

Тем не менее - это здорово когда есть свободное время и есть чем заняться и очень плохо, когда заняться совершенно нечем.

- **Физическая активность и алкоголь**

Занятие спортом и регулярные физические нагрузки, как фактор эффективного использования свободного времени, снижает влечение к алкоголю. С другой стороны, производственный труд с большими физическими нагрузками, особенно монотонный и нерациональный никогда не приносит удовлетворения и требует компенсации, характер которой как раз и зависит от желания и умения эффективно использовать досуг.

- **Семейные отношения, сексуальная активность и алкоголь**

Ах, мне бы счастья сейчас хотя бы толику.  
Я не раба, а дочь СССР.  
Не надо мужа мне такого – алкоголика,  
Его не вылечит, наверно, диспансер.

(модная песенка в Ленинграде в 1927 году, когда появился первый наркологический диспансер).

Гармоничные семейные отношения, регулярная и сбалансированная сексуальная активность, наличие в семье детей – всегда были, есть и будут мощными факторами компенсации различных жизненных коллизий индивида, уменьшающие влечение к алкоголю. О значении семьи и близких в помощи больным с зависимостью прекрасно написала Валентина Москаленко в своей последней книге «Зависимость: семейная болезнь».

Особенно велика роль женщин, чьи мужья больны алкоголизмом. В рассказе «Пять фигур на пьедестале» В. Токарева пишет: «Жизнь с алкоголиком – как война. Передвижение

по обстреливаемой местности. Пробежишь несколько метров – упадешь. И никогда не знаешь, что будет завтра. И даже сегодня вечером...».

А вот как говорит Андрей Соколов в рассказе М. Шолохова «Судьба человека» «А скажи она мне хмельному слово поперек, крикни или обругай, и я бы, как бог свят, и на второй день напился. Так и бывает в иных семьях, где жена дура; посмотрелся я на таких шалав, знаю».

- Существует еще очень много факторов стиля жизни, которые в большей или меньшей степени могут влиять на потребление алкоголя индивидом: табакокурение, привычки питания, особенности работы (командировки, вахтовый метод) и другие, на которых разрешите не останавливаться.

### **1.7.3. Алкоголь и качество жизни**

«В большей степени, чем нам кажется, наше привычное восприятие мира зависит от нашего опыта. Мы воспринимаем мир не таким, каким он есть на самом деле, а таким, каким нам кажется».

Дэвид Майерс

В настоящее время качество жизни (КЖ) стало одним из ключевых понятий современной медицины. Разработанные в последние годы методы оценки КЖ позволяют дать глубокий многоплановый анализ всех важных составляющих здоровье человека (как больного, так и здорового) в соответствии с критериями ВОЗ, т.е. физиологических, психологических и социальных проблем.

Многочисленные исследования, как в России, так и за рубежом, посвященные изучению качества жизни при различных заболеваниях, практически не касались вопросов возможной корреляции между качеством жизни и уровнем или характером потребления алкоголя.

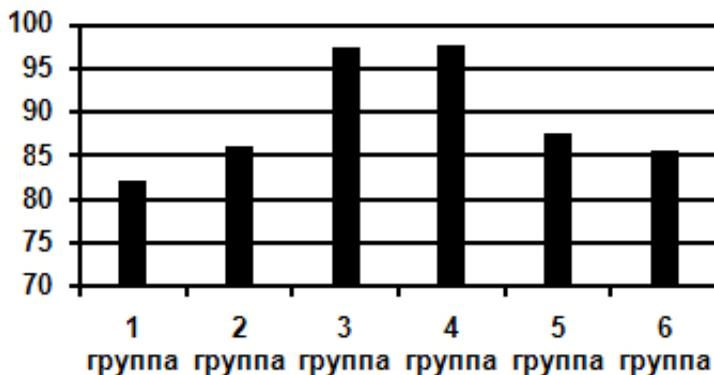
В наших исследованиях, проводимых в течение трех лет на клинических базах кафедры поликлинической терапии Ярославской государственной медицинской академии, получены очень любопытные результаты.

Обследовано более 500 респондентов мужчин из различных социальных групп в возрасте от 18 до 65 лет. По уровню и характеру потребления алкоголя все обследованные были разделены на 6 групп (смотрите классификацию, представленную в главе 2).

1. Не употребляющие алкоголь
2. Эпизодически употребляющие алкоголь
3. Систематически употребляющие алкоголь, с низким риском
4. Систематически употребляющие алкоголь, с высоким риском
5. Злоупотребляющие алкоголем
6. С сформировавшейся физической или психической зависимостью от алкоголя (алкоголизм)

Не вдаваясь в дизайн исследования разрешите остановиться на выявленных закономерностях. Полученные результаты представлены в Графике 1.

**График 1 Зависимость качества жизни от уровня потребления алкоголя**



Из графика видно, что самые низкие показатели качества жизни выявлены в группе лиц вообще не употребляющих алкоголь, и самые высокие показатели качества жизни отмечались у лиц систематически потребляющих алкоголь, как с низким, так и высоким риском. При возникновении проблем (злоупотребление алкоголем) качество жизни снижалось и еще больше снижалось при возникновении зависимости от алкоголя (алкоголизм).

Необходимо предупредить возможные скоропалительные выводы о прямой связи качества жизни с уровнем потребления алкоголя. Качество жизни – это многогранный, интегральный, субъективный показатель благополучия личности, зависящий от множества факторов и, по всей вероятности, в какой-то степени и от уровня потребления алкоголя. Иначе, как объяснить «совпадение» этих данных с результатами недавно опубликованных отечественных и зарубежных исследований, показавших, что в группе лиц систематически потребляющих алкоголь в дозах до 140-168 мл этанола в неделю наблюдалась самая низкая смертность, прежде всего от сердечно-сосудистых заболеваний.

Недавно опубликованные результаты датских ученых свидетельствуют, что люди употребляющие алкоголь в умеренных дозах дают более высокую субъективную оценку своему здоровью, чем люди, злоупотребляющие алкоголем.

Эти данные практически совпадают с результатами наших исследований.

С другой стороны, можно предполагать, что и высокий уровень качества жизни «способствует» повышению уровня потребления алкоголя.

Здесь хочется вспомнить известные многим слова А.И.Микояна, заявлявшего в 1936 году, что «до революции пили именно для того, чтобы напиться и забыть свою несчастную жизнь... Теперь веселее стало жить. От хорошей и сытой жизни пьяным не напьешься. Весело стало жить, значит, и выпить можно».

Показав разные подходы к оценке взаимосвязи уровня потребления алкоголя и качества жизни, разрешите больше на этом не останавливаться, оставив эти философские вопросы причины и следствия для тщательного анализа специалистам.

## 2. ПРИЧИНЫ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЕМ И РАЗВИТИЯ ЗАВИСИМОСТИ

«Что такое употребление одурманивающих веществ – водки, пива, гашиша, опиума, табака и других менее распространенных: эфира, морфина, мухомора? От чего оно началось и так быстро распространилось и распространяется между всякого рода людьми, дикими и цивилизованными одинаково?»

Л.Н.Толстой

Для объяснения причин злоупотребления алкоголем или другими психоактивными веществами и зависимости от них у людей были выдвинуты разные точки зрения. Исследования полностью не доказывают ни одну из них, но начинают проливать свет на природу данных расстройств.

В соответствии с **социокультурной** точкой зрения наиболее склонными к злоупотреблению психоактивными препаратами являются те, кто живет в условиях стресса, или те, в чьем семейном окружении одобряется или допускается употребление таких препаратов. В настоящее время также доказано, что чем ниже уровень образования и чем ниже уровень культуры, тем выше уровень потребления алкоголя. Доказано и то, что у безработных и лиц, не имеющих постоянного заработка уровень потребления алкоголя достоверно выше, чем у лиц, имеющих постоянную работу.

В статье «Для чего люди одурманиваются Л.Н.Толстой, размышляя о причинах злоупотребления алкоголем, приходит к выводу, что причина лежит в противоречии животной и нравственной основ, заложенных в человеке. Он пишет: «Не

во вкусе, не в удовольствии, не в развлечении, не в веселии лежит причина всемирного распространения гашиша, опиума, вина, табаку, а только в потребности скрыть от себя указания совести...».

Согласно **психодинамической** точке зрения, люди, злоупотребляющие психоактивными веществами, имеют сильные потребности в такой зависимости, следы которых можно обнаружить в раннем детском возрасте (лишения в детстве, импульсивность поведения в подростковом возрасте. Некоторые сторонники этой теоретической модели также полагают, что определенные люди обладают свойствами, характерными для личности, злоупотребляющей психоактивными веществами, что и вызывает у них склонность к злоупотреблению. Наиболее часто говорят о таких свойствах, как необщительность, несамостоятельность, склонность к перепадам настроения и др.

В основе **бихевиористской** точки зрения лежит предположение о том, что использование алкоголя и других психоактивных препаратов изначально подкрепляется тем, что оно снимает напряжение и поднимает настроение. То есть, по типу формирования условного рефлекса на позитивное действие психоактивных средств, снимающих напряжение при некоторых эмоциональных отклонениях (тревога, депрессия и др).

Объяснение данной проблемы с **биологических** позиций, подтвержденное с помощью исследований среди близнецов и тех, кто был усыновлен, с помощью изучения генетических связей, и исследований, проведенных на молекулярно-биологическом уровне, предполагает наличие у людей наследственной (генетической) предрасположенности к зависимости от психоактивных веществ. Исследователи также установили, что при чрезмерном и систематическом употреблении какого-либо препарата толерантность к этому препарату и абстинентные симптомы могут быть вызваны снижением в головном мозге выработки определенных нейротранс-

миттеров. Наконец, результаты биологических исследований наводят на мысль о том, что многие, а возможно, что и все психоактивные препараты в конечном счете вызывают увеличение активности дофамина в центре удовольствия головного мозга. И при отсутствии этих психоактивных веществ развивается так называемый «Синдром дефицита удовольствия».

### 3. КЛАССИФИКАЦИЯ

«Если хочешь со мной говорить,  
определи свои понятия»

Вольтер

Необходимость написания этого раздела связана с огромной путаницей в терминологии и классификации, как среди интернистов, так и среди врачей непосредственно занимающихся алкологией. В амбулаторных картах и историях болезни часто выставляются диагнозы не соответствующие принятой терминологии и МКБ-10. Практические врачи нередко просто боятся выставлять диагноз, связанный с употреблением алкоголя из-за недостаточных знаний (а также из-за реальной возможности получить встречный иск от пациента о защите чести и достоинства), зачастую полагая, что это привилегия врача-нарколога.

Практическому врачу, прежде всего, необходима классификация, чтобы четко разграничить, кто есть кто, и чтобы были четкие критерии такого разграничения.

Такая функциональная классификация уже давно существует и широко используется за рубежом. В 1998 году на совместном обсуждении с американскими коллегами широкого круга проблем, связанных с алкоголем, российские специалисты признали эту классификацию удобной и рекомендовали для практического использования.

Согласно этой классификации всех лиц по отношению к факту употребления алкоголя делят на следующие группы:

1. Лица, не употребляющие алкоголь
2. Лица, эпизодически употребляющие алкоголь
3. Лица, систематически употребляющие алкоголь

По риску развития последствий для здоровья в связи с употреблением алкоголя лиц этой группы делят на:

- а) группу низкого риска
  - б) группу высокого риска
4. Лица, злоупотребляющие алкоголем
  5. Лица, с сформировавшейся физической или психической зависимостью от алкоголя (алкоголизм)

- **Лица, не употребляющие алкоголь**

Это лица, которые вообще не употребляют алкоголь и ведут трезвеннический образ жизни. В России таких лиц по разным данным от 1% до 5%, а, например, в США их около 20%.

- **Лица, эпизодически употребляющие алкоголь**

Это лица, употребляющие алкоголь реже, чем один раз в неделю. Статистических данных на эту группу лиц нет.

- **Лица, систематически употребляющие алкоголь**

Это лица, употребляющие алкоголь чаще, чем один раз в неделю. Для нас важен не сам факт систематического употребления алкоголя, а к каким последствиям это может привести. Последствия зависят с одной стороны – от количества, вида и качества алкоголя, а с другой стороны – от **индивидуальных** возможностей дегидрогеназных систем окислить поступающий алкоголь и его метаболиты.

По риску развития последствий для здоровья в связи с употреблением алкоголя их делят на:

- а) группу низкого риска

В эту группу включают лиц, систематически употребляющих алкоголь в таких дозах, когда организм сохраняет высокую способность эффективно метаболизировать алкоголь без последствий для здоровья (точнее с низким риском последствий).

#### **б) группу высокого риска**

В эту группу включают лиц, систематически употребляющих алкоголь в дозах превышающих индивидуальные возможности дегидрогеназных систем окислить поступающий алкоголь и его метаболиты. В этом случае уже развивается **состояние хронической алкогольной интоксикации (ХАИ)**. Последствий систематического употребления алкоголя пока нет, но риск развития их очень высок

Достаточно точными (но не абсолютными) критериями разделения лиц систематически употребляющих алкоголь на группы риска являются оценка уровня употребления алкоголя (Таблица 1). Этот подход основан на данных отечественных и зарубежных исследованиях, и имеет очень важное значение в практической работе врача.

**Таблица 1 Деление на группы риска в зависимости от уровня употребления алкоголя**

Показатель	Низкий риск	Высокий риск
Количество этанола в день в мл	До 24 (20) мл	Больше 24 (20) мл
Количество этанола в неделю в мл	До 168 (140) мл	Больше 168 (140) мл
Количество этанола за эпизод в мл	До 40 мл	Более 40 мл («Северный вариант»)

Примечание:

1. В скобках приведены данные исследований в США
2. Все данные представлены для мужчин до 65 лет; для женщин и лиц старше 65 лет дозы должны быть уменьшены в два раза.

Чтобы определить суточное или недельное количество выпитого этанола необходимо знать приблизительное содержание этанола в наиболее распространенных напитках (Таблица 2).

**Таблица 2 Среднее количественное содержание этанола в некоторых напитках.**

Напиток	Среднее содержание этанола
Бутылка водки	200 мл
Стакан водки	80 мл
Средний бокал вина	10 мл
Бутылка пива (0,5 л)	15 мл
Бутылка пива (0,33 л)	10 мл

- **Лица, злоупотребляющие алкоголем**

Этим лицам часто ставят диагноз бытовое пьянство, хотя такого диагноза в МКБ-10 нет.

Эта группа отличается от группы высокого риска тем, что на фоне состояния хронической алкогольной интоксикации возникают последствия употребления алкоголя (проблемы со здоровьем, социально-экономические проблемы и др.)

В эту группу относят лиц с острыми отравлениями алкоголем, а также лиц систематически употребляющих токсические суррогаты алкогольных напитков (самогон, фальсификаты) и этанолсодержащую продукцию парфюмерии, бытовой химии и др.

- **Лица, с сформировавшейся физической или психической зависимостью от алкоголя (алкоголизм)**

С медицинской точки зрения **алкоголизм** – это прогрессирующее заболевание, вызванное злоупотреблением алкоголем, проявляющееся непреодолимым влечением к спиртному,

формированием зависимости от него (психической или физической), изменением толерантности организма к алкоголю и влекущее за собой социальную дезадаптацию и морально-этическую деградацию.

Более просто можно сказать, что главными критериями отличия злоупотребления алкоголем от алкоголизма являются наличие зависимости (психической или физической) от алкоголя, нарушение способности контролировать потребление алкоголя, патологическое влечение к алкоголю и последствиями хронической алкогольной интоксикации нарастающей тяжести.

**Диагноз алкоголизм имеет право поставить только врач-нарколог.**

В дальнейшем, вопросам выявления алкоголизма и особенностям течения заболевания ведения пациентов с этим диагнозом я не буду уделять достаточного внимания, оставив их в компетенции психиатров и наркологов, как это и должно быть.

## **4. АЛКОГОЛЬ И ЗДОРОВЬЕ**

### **4.1. Положительные аспекты действия алкоголя**

«Вино – один из самых целебных  
и полезных напитков»  
Луи Пастер

Прежде чем говорить об негативных последствиях влияния употребления алкоголя на здоровье, необходимо отметить и некоторые положительные моменты, связанные с употреблением алкоголя.

Если бы алкоголь не обладал никакими положительными качествами, никто не стал бы его употреблять. Не пьют же люди серную кислоту или мышьяк – их и убеждать не надо, что этого не следует делать. Но если бы та же серная кислота

или мышьяк обладали положительными качествами алкоголя, а отрицательные последствия для здоровья могли бы возникать не сразу, а через десятки лет, то, не исключено, что люди стали бы потреблять и эти вещества.

Речь идет, конечно же, об употреблении алкоголя в умеренных дозах, ибо как только развивается состояние ХАИ – ни о каких положительных аспектах употребления алкоголя говорить просто нельзя.

Как это ни крамольно звучит, но умеренное употребление спиртного может выполнять и ряд положительных компенсаторных функций: снижение общего уровня психо-эмоционального стресса, функции компенсации, преодоления фрустрации, удовлетворения некоторых аспектов потребностей в положительных эмоциях (радость, развлечение, веселье), психологической разрядке (дефиксация, отключение, переключение), преодоление некоторых субъективных барьеров в общении, единении (праздники личные, групповые, национальные).

В настоящее время уже доказано, что умеренные дозы алкоголя (до 140-168 мл этанола в неделю) способствуют снижению общего риска смерти и смерти от ишемической болезни сердца. Наши исследования показали, что именно у этой категории лиц отмечаются и самые высокие показатели качества жизни. Всем хорошо известен целебный эффект от употребления сладких десертных виноградных вин у ослабленных заболеваниями или травмами (ранениями – Н.И.Пирогов) на этапе выздоровления.

Здесь же уместно привести цитаты из писаний Русской православной церкви. Так, в первом послании к Тимофею, часто страдающему от недугов, апостол Павел советует: «Впредь пей не одну воду, но употребляй немного вина, ради желудка твоего и частых твоих недугов» (1Тим. 5, 23).

«Вино веселит сердце человека», - восклицает псалмопевец Давид (Пс.103).

«Вино полезно для жизни человека, если будешь пить его умеренно. Отрада сердцу и утешение душе – вино, умеренно употребляемое вовремя (Сир.31, 31-32).

Можно еще долго и кропотливо искать (и находить) крупы положительного влияния алкоголя, но все это исчезнет в гигантском водовороте отрицательных последствий систематического употребления и злоупотребления алкоголя на здоровье человека.

## **4.2. Негативные влияния алкоголя на здоровье**

«Дьявол сидит в каждой виноградине»

Коран

В целом, негативное влияние алкоголя на здоровье определяется двумя его качествами (не обязательно взаимосвязанными между собой: способностью вызывать психическую или физическую зависимость (то, что называют алкоголизмом) и собственно токсическим действием.

Я не буду останавливаться на первом эффекте алкоголя, он довольно хорошо и детально изучен и однозначно остается в компетенции наркологов.

Более важно с практической точки зрения будет более подробно остановиться на другом факторе – токсическом влиянии алкоголя на здоровье.

Токсическое влияние алкоголя на здоровье включает:

1. Тератогенное влияние
2. Мутагенное влияние
3. Соматогенное влияние

### **4.2.1. Тератогенное влияние. Алкогольный синдром плода**

«Матери пьют, дети пьют, церкви пустеют, отцы разбойничают... Спросите

лишь одну медицину: какое родится пополнение от таких пьяниц»

Ф.М.Достоевский

Наверно не случайно постоянный персонаж русских сказок Иванушка-дурачек был младшим сыном в семье. В старину на Руси существовал обычай не пить родителям, пока не рождено двое детей. И только после их рождения наверстывалось упущенное.

Тесная связь между злоупотреблением алкоголя родителями и болезнями их детей уже давно медициной не обсуждается. Все специалисты, как прошлого, так и настоящего, единодушны в том, что у родителей-пьяниц рождаются дети, предрасположенные к различным болезням, особенно нервной системы. Среди таких детей очень велика смертность, особенно в раннем возрасте. В.М.Бехтерев приводил такие данные: из ста детей рожденных от родителей-алкоголиков страдают падучей 15%, рождаются уродами – 10%, идиотами – 8%, впоследствии становятся алкоголиками около 5%.

Эти цифры существенно не изменились и в настоящее время за исключением последней. В настоящее время в литературе приводятся данные, что вероятность развития алкоголизма у мальчика (при наличии алкоголизма у родителей) колеблется от 17 до 86,7%, а у девочек – от 2 до 25%.

Тератогенность алкоголя максимальна в первые шесть недель беременности и реализуется на стадии гастрюляции (с 17 по 41 день развития эмбриона). Поскольку у многих женщин, злоупотребляющих алкоголем, возникают различные нарушения менструального цикла, велика вероятность того, что употребление алкоголя и повреждение плода произойдет до того, как женщина узнает, что она беременна.

Для обозначения группы симптомов развившихся у плода в следствии повреждающего влияния употребления алкоголя во время беременности используют термин Алкогольный синдром плода.

- **Алкогольный синдром плода (Q86.0).**

Распространенность алкогольного синдрома плода (АСП) в большинстве североамериканских и европейских стран составляет от 0,33 (в популяциях с умеренным уровнем употребления алкоголя) до 10 (в популяциях с высоким уровнем употребления алкоголя) случаев на 1000 живорожденных младенцев. Распространенность АСП у женщин больных алкоголизмом составляет около 10% (в России около 30%).

Алкогольный синдром плода характеризуется задержкой роста, черепно-лицевыми аномалиями, нарушением функций центральной нервной системы и ярко выраженными врожденными пороками органов и систем.

Из черепно-лицевых аномалий наиболее часто встречаются следующие: микроцефалия, короткая глазная щель, низкая переносица, короткий нос, тонкая верхняя губа, эпикантные складки, не четко выраженный губной (подносовой) желобок, гипопластичная средняя часть лица.

Из неврологических нарушений наиболее часто встречаются следующие: снижение умственной деятельности (ослабленный интеллект), задержка в развитии, запаздывание формирования речи, нарушение внимания (с или без гиперактивности), трудности мышления и суждения, неспособность давать оценку последствиям, нарушение способности к обучению, проблемы памяти, нарушение точных двигательных навыков, нарушение зрительно/пространственных навыков, нейросенсорная тугоухость.

У мальчиков чаще наблюдаются поведенческие проблемы, у девочек – эмоциональные.

Среди врожденных пороков органов и систем наиболее часто встречаются следующие: сердечные – дефект межпредсердной перегородки, дефект межжелудочковой перегородки, ствольные нарушения, тетрада Фалло; глазные – (блефаро)птоз, дефекты роговицы, хрусталика и сетчатки; слуховые – низко посаженная ушная раковина с задней ротацией, пер-

цептивная (нейросенсорная) и кондуктивная тугоухость; почечные – апластические, диспластические и гипопластические почки; скелетные – дефекты твердого неба, сращение лучевой и локтевой костей на уровне локтя, деформации пальцев, дефекты ладонных складок.

Дети с отдельными признаками влияния алкоголя, не отвечающие всем критериям АСП, часто диагностируются как имеющие **эффекты алкоголя на плод (ЭАП)**.

ЭАП скорее всего даже более распространены, но труднее поддаются диагностике, чем АСП.

Большинство исследований по ЭАП направлено на нейроповеденческие эффекты – влияние на умственные способности, нарушения внимания и т.д. Другие потенциальные эффекты, такие как субклинические нарушения сердечной деятельности, вегетативной нервной системы и надпочечников, мало изучены. По-видимому, механизм этих эффектов аналогичен АСП, но с меньшим повреждающим влиянием алкоголя.

Поскольку безопасный уровень потребления алкоголя во время беременности не определен, следует рекомендовать беременным женщинам полностью воздерживаться от потребления спиртного.

#### **4.2.2. Мутагенное влияние**

Способность алкоголя влиять на структуру хромосом, вызывая в них изменения, передаваемые по наследству, в настоящее время не вызывает сомнения и подтверждается большим количеством исследований. Сегодня известно, что развитие алкоголизма связано с нарушениями в гене, определяющем рецептор дофамина D2 (аллель A1).

Учитывая практическую направленность данной книги, разрешите на этом аспекте влияния алкоголя больше не останавливаться.

### 4.2.3. Соматогенное влияние

«От алкоголизма люди не умирают, они умирают от соматических осложнений, которые вызывает алкоголь».

В.С. Моисеев

Установлено, что каждый добавочный литр сверх определенного ВОЗ предела в 8 литров уносит 11 месяцев жизни мужчин и 4 месяца жизни женщин.

Алкоголизм повинен в смерти до 75% погибших пациентов общемедицинских стационаров в возрастной группе от 30 до 40 лет

Каждый четвертый пациент, находящийся на лечении в больнице, имеет заболевание обусловленное хронической алкогольной интоксикацией.

По данным ВОЗ, связанные с алкоголем заболевания поражают около 10% мирового населения и являются причиной приблизительно 2 млн. летальных исходов.

Многообразие токсического влияния алкоголя на органы и системы человека вызвало появления термина **алкогольная болезнь** (к сожалению, такого термина в МКБ-10 нет), причем «алкоголизм» рассматривается как частный случай алкогольной болезни (развитие физической зависимости).

Многочисленные наблюдения показывают, что лица, страдающие алкоголизмом, изначально отличаются высокой устойчивостью к токсическому действию этанола. По-видимому, этим можно объяснить относительно редкое выявление выраженной соматической патологии в наркологических учреждениях и значительно более частое выявление алкогольной патологии внутренних органов и систем у больных общесоматической сети, которые, зачастую, не относятся к категории больных алкоголизмом.

Алкогольная болезнь, как правило, – это системная патология с поражением различных органов и тканей в той или

иной степени. Обращение к врачу чаще всего связано с декомпенсацией функций одного из этих органов и систем. В силу генетических или других причин у каждого пациента имеется свой «орган-мишень» на фоне общих признаков системного поражения.

Давая более подробную характеристику соматических нарушений, вызванных употреблением алкоголя, (смотрите следующую главу) я старался отразить наиболее значимые аспекты, спорные моменты и данные исследований последних лет, все, что имеет важное прикладное значение для практикующего врача.

## **5. ВЛИЯНИЕ АЛКОГОЛЯ НА ВНУТРЕННИЕ ОРГАНЫ И СИСТЕМЫ**

« ...от пьянства иссякает народная сила,  
глохнет источник будущих богатств, беднеет ум и развитие».

Ф.М.Достоевский

### **5.1. Нервная система и психика**

«Пьянство – это упражнение в безумии»  
Э. Геккель

Центральная нервная система (ЦНС) наиболее чувствительна к действию алкоголя. Огромное разнообразие, как острых, так и хронических проявлений со стороны нервной системы обусловлено различными механизмами действия алкоголя:

- прямое токсическое действие на нервные клетки
- синдром отмены алкоголя после хронической интоксикации
- вторичный дефицит питательных веществ, необходимых для эффективного функционирования нервной системы (главным образом дефицит тиамина).

Многообразие неврологических и психических проявлений влияния алкоголя вызывает определенные трудности в изложении этого раздела. С этой симптоматикой сталкиваются практически все врачи – от врачей амбулаторно-поликлинической службы, врачей общей практики (семейных врачей) и врачей стационаров, до врачей скорой неотложной помощи, психиатров и наркологов.

Считая необходимостью перечислить и дать краткую характеристику всем состояниям сопровождающимся разнообразными неврологическими проявлениями и психическими нарушениями, более подробно остановлюсь на наиболее значимых и часто встречающихся в практике интернистов.

### **5.1.1. Острая алкогольная интоксикация (F10.0)**

Острая алкогольная интоксикация (алкогольное опьянение) – это преходящее состояние, возникающее непосредственно после употребления алкоголя, который вызывает нарушения или изменения физиологических, психологических или поведенческих функций или реакций.

Проявления алкогольной интоксикации зависят от многих факторов: количества и качества выпитого алкоголя, индивидуальных возможностей дегидрогеназных систем окислить поступающий алкоголь и его метаболиты, типа личности, физического и психического состояния, предшествующего употреблению алкоголя, принятых в обществе стандартов и форм поведения при употреблении алкоголя и др.).

Характеризуется торможением и нарушением координации всех двигательных функций (неустойчивая походка, невнятная речь, глазные саккады и др.). Внешние проявления алкогольной интоксикации могут быть самыми разнообразными (в зависимости от типа личности): от веселости, возбуждения и болтливости, до раздражительности и агрессивности. Изменение поведения часто проявляется в виде сексуальной несдержанности, нарушается оценка окружающей об-

становки. Все познавательные функции (обучение, запоминание, размышление, оценка происходящего и др.) также тормозятся.

Степень алкогольного опьянения зависит в первую очередь от концентрации алкоголя в крови.

Различают:

1. Легкую степень алкогольного опьянения (20-100 ммоль/л, то есть 20-100 мг алкоголя на 100 мл крови)
2. Опьянение средней степени (100-250 ммоль/л)
- 3, Опьянение тяжелой степени (250-400 ммоль/л)

Кроме «обычной» формы острой алкогольной интоксикации (алкогольного опьянения) выделяют **атипичные формы и патологическое опьянение**

- **Атипичные формы**

Атипичные формы алкогольного опьянения часто встречаются у лиц с длительным алкогольным стажем, нередко перенесших черепно-мозговые травмы, с органическими поражениями центральной нервной системой, психопатических личностях.

Атипичные формы алкогольного опьянения несут в себе важное прогностическое значение как направление будущих стойких изменений личности.

Различают следующие атипичные формы:

**Дисфорический вариант опьянения**

При этом варианте уже с самого начала, вместо характерной для простого опьянения эйфории, возникает мрачное настроение, раздражительность, конфликтность, склонность к агрессии.

**Параноидный вариант опьянения**

Этот вариант характеризуется появлением подозрительности, обидчивости, придирчивости, склонность толковать слова и поступки окружающих как стремление унижить, об-

мануть, одержать верх в соперничестве. Возможны ревность и связанная с ней агрессия.

### **Алкогольное опьянение с гебефренными чертами**

Эта форма проявляется дурашливостью, кривлянием, дебоширством, бессмысленным буйством. Нередко бывает у подростков и молодежи.

### **Алкогольное опьянение с истерическими чертами**

Эта форма характеризуется активизацией истерических реакций при наличии соответствующих личностных предпосылок и чаще всего проявляется демонстративными суицидальными попытками, театрализованным горестным аффектом, бурными сценами отчаяния и др.

## **• Патологическое опьянение (F10.07)**

Патологическое опьянение по своему происхождению отличается от типичного или атипичного алкогольного опьянения. Оно может возникнуть у лиц, не злоупотребляющих алкоголем и не зависит от количества выпитого спиртного. При этом типичные признаки опьянения могут отсутствовать и не являются обязательными.

Возникновению патологического опьянения часто способствует физическое и психическое переутомление, вынужденная бессонница, органическая церебральная недостаточность, длительные переживания конфликтных ситуаций.

Это состояние развивается, как правило, внезапно, даже после незначительного количества принятого алкоголя. Контакт с этим человеком практически теряется, он не воспринимает обращение к себе и голос разума.

По существу патологическое опьянение – это транзиторный психоз, а в синдромологическом отношении – сумеречное состояние сознания.

Медикаментозное вмешательство требуется редко (как правило, седативные препараты при выраженном возбуждении). Наиболее часто эта форма опьянения проходит само-

стоятельно переходя в глубокий сон в результате перенапряжения и истощения центральной нервной системы, с последующей полной или частичной амнезией.

Выделяют два основных варианта патологического опьянения: эпилептиформный вариант и параноидный вариант.

### **Эпилептиформный вариант**

Проявляется резким моторным возбуждением с аффектом страха, ярости, злобы и агрессивным поведением на фоне сумеречного расстройства сознания.

### **Параноидный вариант**

Проявляется бредовой оценкой окружающего, нередко угрожающими высказываниями. Могут возникать галлюцинации устрашающего содержания.

## **5.1.2. Синдром отмены алкоголя (F10.3)**

Синдром отмены алкоголя (абстинентный синдром) развивается через 6 – 48 часов (чаще через 8-20 часов) после прекращения или снижения количества потребляемого алкоголя на фоне предшествующего длительного периода непрерывного употребления спиртного. Развитие абстинентного синдрома является проявлением физической зависимости от алкоголя.

Клинические проявления синдрома состоят из разнообразных неврологических, психических и соматовегетативных расстройств различной степени выраженности.

Неосложненный синдром отмены часто проявляется тремором рук, языка, век, общей слабостью, жаждой, тошнотой, снижением аппетита, вегетативной гиперактивностью (тахикардия, повышение артериального давления, повышенная потливость), головными болями, нарушениями сна, раздражительностью.

Важным отличием алкогольного абстинентного синдрома от простого постинтоксикационного состояния является:

сильное желание выпить спиртное (опохмелиться), выраженная внутренняя напряженность, раздражительность, дисфория, подавленность, двигательное беспокойство.

Неосложненный абстинентный синдром при прекращении употребления алкоголя постепенно проходит самостоятельно без лечения через 3-5 дней

В более тяжелых случаях вышеперечисленная симптоматика нарастает. Как правило, появляется судорожный синдром (от локальных судорог до эпилептического статуса), бессонница, развиваются более выраженные эмоциональные нарушения (подавленность, тоска, дисфория, тревожность, страх). Возникают выраженные соматические нарушения, главным образом со стороны сердечно-сосудистой системы, которые могут привести к летальному исходу в результате развития тяжелых нарушений ритма сердца (в том числе фибрилляции), инсульта, инфаркта.

Тяжелый абстинентный синдром нередко приводит к развитию алкогольных психозов.

Различают несколько клинических вариантов абстинентного синдрома:

### **Нейровегетативный вариант**

Это базовый вариант, наблюдается в любом случае абстинентного синдрома. При этом варианте нейровегетативная симптоматика как бы выходит на первые позиции: плохой сон, астения, вялость, потливость, отечность лица, плохой аппетит, сухость во рту, жажда, колебания артериального давления (повышение или понижение), тахикардия, сердцебиение, тремор пальцев рук.

### **Церебральный вариант**

При этом варианте на фоне нейровегетативных нарушений возникают сильные головные боли с тошнотой, головокружением, обмороками, эпилептиформными припадками.

### **Висцеральный вариант**

При этом варианте на фоне общих нейровегетативных нарушений возникают более систематизированные нарушения

со стороны отдельных органов или систем. Чаще всего со стороны желудочно-кишечного тракта в виде болей в животе, тошноты, рвоты, метеоризма, жидкого стула. Не редко и со стороны сердечно-сосудистой системы в виде различных нарушений ритма сердца, кардиалгий, приступов стенокардии, одышки и др.

### **Психопатологический вариант**

При этом варианте на фоне общих нейровегетативных нарушений возникают выраженные и разнообразные психические расстройства в виде суицидальных мыслей и поведения, тревоги, страха, подавленности, дисфории, бессонницы, зрительных и слуховых галлюцинаций.

### **5.1.3. Алкогольные психозы**

«Когда змей обычно появляется?» - спросил у гида турист, впервые посетивший озеро Лох Несс , -  
«Обычно после пятого стакана» - ответил он.

Шотландский анекдот

Алкогольные психозы (более правильно их называть металкогольные психозы) развиваются как минимум у каждого десятого больного алкоголизмом, чаще всего во II-III стадии заболевания.

Чаще всего эти психозы возникают не на высоте запоев, когда концентрация алкоголя в крови высокая, а вслед за ними, когда уровень алкоголя в крови снижается.

Клинически выделяют следующие виды алкогольных психозов:

- алкогольный делирий (белая горячка)**
  - алкогольный галлюциноз**
  - алкогольный параноид**
- 
- **Алкогольный делирий (белая горячка) (F10.4)**

Алкогольный делирий – самая частая форма и, как правило, развивается на фоне тяжелого абстинентного синдрома. В некоторых случаях провоцирующим фактором может выступать предшествующее инфекционное или соматическое заболевание.

В продромальном периоде, продолжающемся дни, недели и даже месяцы, преобладают расстройства сна с кошмарными сновидениями, страхами и частыми пробуждениями. В дневные часы отмечается астения, тревожность, депрессия.

Клиническая картина белой горячки очень характерна. На фоне прогрессирующей клинической симптоматики синдрома отмены усиливается беспокойство и тревожность, появляются зрительные иллюзии и галлюцинации, полностью нарушается сон – от кошмарных сновидений до бессонницы, чувство реальности утрачивается. Нарушение сознания проявляется в полной дезориентацией в месте, времени и окружающей обстановке при сохранности ориентировки в собственной личности. Иллюзии и галлюцинации часто принимают фантастический устрашающий и угрожающий характер. Страх и мнимая угроза жизни на фоне выраженного психомоторного возбуждения нередко делает таких людей опасными для окружающих.

На этом фоне нередко появляются бредовые идеи преследования, ревности и др.

Резко ухудшается соматическое состояние: тахикардия, гипертензия, одышка, повышение температуры тела, гипергидроз, выраженный общий тремор, гиперрефлексия, судороги и др.

В анализах крови могут быть лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, ускорение СОЭ, повышенное содержание билирубина и холестерина.

В 5% развивается летальный исход от острой сердечно-сосудистой недостаточности, отека мозга, гипостатической пневмонии, травмы.

Опасность для окружающих и высокий риск летального исхода, как правило, требует госпитализации больного в специализированное психиатрическое отделение.

Обычно делирий длится 3-5 дней, при благоприятном исходе больной засыпает глубоким сном на 8-12 часов (кризис) и просыпается без признаков психоза. В памяти остаются обычно обрывки ярких иллюзий и галлюцинаций, но эти фрагменты обмана восприятия полностью оторваны от реально происходившего с больным во время психоза.

При продолжающемся потреблении алкоголя алкогольный делирий обычно повторяется. Если первому приступу делирия, как правило, предшествует продолжительный период употребления алкоголя, то последующие могут возникать уже после непродолжительных периодов пьянства. Тяжелый делирий или повторяющиеся делирии могут приводить к развитию хронической алкогольной энцефалопатии.

- **Алкогольный галлюциноз (F10.52)**

Галлюцинации развиваются приблизительно у каждого четвертого на фоне синдрома отмены и, как правило, появляются уже в первую ночь после прекращения длительного приема алкоголя.

При галлюцинозе нарушения восприятия могут затрагивать любые анализаторы (зрительный, слуховой, тактильный, обонятельный). Для алкогольного галлюциноза характерны преимущественно слуховые галлюцинации от бессмысленных звуков до четких голосов. Голоса носят часто осуждающий и обвиняющий характер, обсуждая больного и его поведение между собой, говоря о нем в 3-ем лице. Содержание словесных галлюцинаций изменчиво, но всегда связано с реальными обстоятельствами прошлой жизни и настоящего времени.

В ряде случаев агрессивность и злобность характера слуховых галлюцинаций может толкать больного к противо-

правным действиям по отношению к окружающим или к самому себе (суицид).

При алкогольном галлюцинозе критика утрачивается, но в отличие от делирия, больной полностью ориентирован во времени и месте при сохраненном сознании.

На фоне роста тревожности и страха могут возникать бредовые идеи (бред преследования, физического уничтожения, обвинения и др.), содержание которых тесно связано с содержанием вербальных галлюцинаций – галлюцинаторный бред.

Симптомы психоза, как правило, усиливаются вечером и ночью.

Редукция психических расстройств может происходить критически, после глубокого и продолжительного сна, или постепенно. При постепенном выходе из психоза снижается звучность и интенсивность вербальных галлюцинаций, появляется критическое отношение к ним, постепенно снижается интенсивность аффективных расстройств.

Развиваясь остро, галлюцинации могут сохраняться до нескольких недель и в некоторых случаях принять форму хронического галлюциноза.

- **Алкогольный параноид (F10.51)**

Если галлюцинации относятся к нарушениям в сфере восприятия, то алкогольный параноид относят к более глубоким нарушениям, затрагивающим мышление.

Алкогольный параноид проявляется бредовыми суждениями различного содержания, часто сочетающимися с нарушенным восприятием (зрительные или слуховые галлюцинации). Именно галлюцинации и яркие эмоциональные переживания (тревога, страх и др.) служат основой для формирования бредовых суждений и умозаключений. То есть, для острого алкогольного параноида характерен чувственный (образный) бред с отсутствием стройной бредовой системой

(несистематизированный бред). Из этого следует и повышенная опасность асоциальных действий.

Содержание бредовых высказываний может быть самым разнообразным, но наиболее часто острый алкогольный параноид проявляется бредом преследования и ревности.

Продолжительность алкогольного параноида обычно от нескольких дней до 2-3-х недель. В некоторых случаях острый алкогольный параноид может переходить в зытяжной. При этом меняется и характер бреда. Он становится интерпретативным (бред толкований), при этом, параноидальные высказывания становятся систематизированными и аргументированными (с точки зрения больного).

У некоторых пациентов, перенесших острый алкогольный параноид, может длительно оставаться непоколебимая уверенность в том, что все, что с ними происходило, было реальностью – резидуальный бред.

#### **5.1.4. Алкогольная энцефалопатия (F10.6)**

Алкогольная энцефалопатия – это общее название состояний, при которых психические расстройства сочетаются с системными соматическими и неврологическими нарушениями, нередко преобладающими в клинической картине.

Ее связывают не только с нарушениями медиаторных систем в результате хронической алкогольной интоксикацией, но и с дефицитом питательных веществ, главным образом витаминов группы В (особенно тиамина). Дефицит витаминов группы В часто возникает у лиц систематически потребляющих алкоголь не только по причине недостаточного поступления их с пищей, но и в результате повышенного спроса на них для эффективной работы дегидрогеназных систем окисляющих поступающий алкоголь и его метаболиты.

Алкогольная энцефалопатия может быть острой и хронической. Между острыми и хроническими энцефалопатиями выделяют различные варианты переходных форм.

Все алкогольные энцефалопатии развиваются на фоне хронического алкоголизма, преимущественно в его III стадии.

Различают следующие клинические формы алкогольной энцефалопатии:

- острая алкогольная энцефалопатия Гайе-Вернике
- энцефалопатия Вернике
- корсаковский психоз
- синдром Вернике-Корсакова
- алкогольный псевдопаралич

Пациенты с вышеперечисленными состояниями и довольно яркой и характерной симптоматикой, в случае хронизации – это, как правило, привычный контингент у работников правоохранительных органов, психиатров и наркологов, реже - невропатологов. Поэтому я очень кратко остановлюсь на основных клинических проявлениях этих состояний.

### • **Острая алкогольная энцефалопатия Гайе-Вернике**

Может развиваться остро, особенно при тяжелой абстиненции, но может развиваться и постепенно на фоне систематического злоупотребления алкоголем.

Протекает с выраженным психомоторным возбуждением на фоне глубокого помрачения сознания. На фоне гипертермии, истощения, кровоточивости, очень характерна неврологическая симптоматика, проявляющаяся мышечной гипертонией, атаксией, экстрапирамидными и глазодвигательными расстройствами (нистагм, птоз, диплопия, страбизм, неподвижный взгляд, миоз, анизокория, ослабление реакции на свет, нарушение конвергенции).

При этой форме острой энцефалопатии возникает очень высокий риск летального исхода (остановка дыхания, отек мозга, гемморагический инсульт, острая сердечно-сосудистая недостаточность).

При благоприятном исходе острая симптоматика может стихать, при этом процесс трансформируется в хроническое течение (смотрите энцефалопатию Вернике, корсаковский синдром).

- **Энцефалопатия Вернике**

Это тяжелая энцефалопатия, проявляющаяся спутанностью сознания, апатией, сонливостью. Для нее характерны паралич глазных мышц (двоение в глазах), арефлексия, мозжечковая атаксия, нередко судороги и ножественные вегетативные нарушения. Больной не может поддерживать физическую и умственную активность, не ориентируется в обстановке, он невнимателен, неспособен сконцентрироваться и страдает от беспорядочных ощущений и воспоминаний.

- **Корсаковский психоз**

Может развиваться остро, особенно при тяжелой абстиненции, но может развиваться и постепенно на фоне систематического злоупотребления алкоголя и прогрессирующей алкогольной деградации личности.

Психические расстройства в развернутом периоде психоза определяются триадой симптомов: амнезией, дезориентацией и конфабуляциями.

Корсаковский амнестический синдром проявляется в виде ретроградной и антероградной (фиксационной) амнезии, амнестической дезориентации. Больной замещает образовавшиеся пробелы в памяти искаженными или извращенными воспоминаниями (парамнезии) иногда вымышленного характера (конфабуляции). Больной дезориентирован в месте, времени и окружающей обстановке.

Критическая оценка ситуации нарушается. Настроение больного меняется в широком диапазоне - от добродушия до полного безразличия к окружающим.

Характерны неврологические расстройства проявляющиеся нарушением чувствительности в дистальных отделах конечностей, онемением, болями, атрофией мышц, ослаблением или отсутствием сухожильных рефлексов.

После выхода из психоза, как правило, сохраняется стойкий психорганический синдромокомплекс.

- **Синдром Вернике-Корсакова**

Этот синдром сочетает симптомы энцефалопатии Вернике и Корсаковского амнестического синдрома и встречается довольно редко.

- **Алкогольный псевдопаралич (F10.73)**

Встречается тоже довольно редко. Развивается как после тяжелых делириев и острых алкогольных энцефалопатий, так и постепенно, на фоне выраженной алкогольной деградации. Психические и неврологические расстройства напоминают прогрессивный паралич. Характеризуется тяжелым нарушением интеллекта (тотальное слабоумие). У больных наблюдается снижение критики, нелепые высказывания, цинизм, грубость, бесцеремонность, недооценка ситуации, дурашливость, беспомощность в простейших жизненных ситуациях, тупая эйфория, переоценка своих возможностей вплоть до появления идей величия.

Из неврологической симптоматики часто отмечается общий тремор, множественные глазодвигательные расстройства, дизартрия, невриты.

### **5.1.5. Алкогольная деградация личности**

Было бы ошибкой считать, что алкогольная деградация личности присуща только алкоголикам. Отдельные личностные нарушения встречаются уже на этапе систематического

употребления алкоголя в результате хронической алкогольной интоксикации.

Отличительной особенностью алкогольной деградации личности является акцент на снижении интеллекта в области нравственности и этики: беспечность, ослабление чувства совести и долга, утрата разносторонних интересов, эгоизм, паразитические тенденции, эмоциональное огрубление, поверхностность, лживость. Снижается способность к абстрактному мышлению и решению конкретных проблем, ухудшается память. Эти свойства возникают у больных алкоголизмом очень рано, едва ли не с самого начала болезни. В качестве причин развивающегося слабоумия рассматривают не только прямое токсическое действие алкоголя на мозг, но и опосредованное его влияние через алкогольное поражение печени (печеночная энцефалопатия).

Алкогольная деградация личности развивается постепенно. На ранних этапах развиваются различные неврозоподобные и психопатоподобные расстройства.

### **Неврозоподобные расстройства.**

В отличие от истинных неврозов, эти расстройства характеризуются отсутствием признаков психогении, преобладанием астении, меньшей эмоциональной насыщенностью, множеством тягостных вегетативных ощущений, с которыми пациенты пытаются бороться с помощью спиртного. Часты жалобы на нарушенный сон, утомляемость, нетерпеливость, рассеянность, раздражительность. Отмечаются довольно характерные нарушения социально-трудовой адаптации: «шаблонизация» выполняемой работы, отсутствие творческого поиска и стремления к новому, лень, пассивность, невнимательность, небрежность, равнодушие, халатность, уклонение от семейных и домашних обязанностей, охлаждение к прежним увлечениям и интересам.

«Мастерство не пропьешь» – Я часто слышал эти слова не только от своих коллег-медиков, но и от других людей с вы-

соким уровнем профессионализма. Это глубоко ошибочное заблуждение основано на довольно длительной сохранности у этих людей социально-трудовой адаптации, вызванной профессиональным опытом, знаниями, социальными и персональными связями и спецификой профессионального труда.

### **Психопатоподобные нарушения**

Эти нарушения возникают из характерологических особенностей личности, которые составляют своеобразие личности. На фоне систематического употребления алкоголя эти особенности личности обнажаются, заостряются и трансформируются в личностные аномалии. В отличие от истинных психопатий, эти нарушения развиваются на фоне общего снижения интеллекта и мышления: мышление становится малопродуктивным, суждения часто поверхностные и стандартные. Личность в целом становится проще и грубее.

Чаще встречаются черты неустойчивой, возбудимой и истерической психопатии.

Психопатоподобные нарушения обычно усиливаются в состоянии опьянения и абстиненции.

На поздних этапах алкогольной деградации личности на первый план выходят различные варианты слабоумия (эйфорическое, амнестическое, спонтанное), как правило, на фоне многочисленных соматических нарушений.

### **Нарушения в эмоциональной сфере**

Различные нарушения в эмоциональной сфере прослеживаются уже в преморбидном периоде, т.е. до начала алкоголизма. Эти первичные эмоциональные нарушения (в основном депрессии эндогенного типа) встречаются у 7-10% злоупотребляющих алкоголем.

Вторичные эмоциональные нарушения формируются, как правило, уже на фоне развернутой картины алкоголизма и

включают как отдельные синдромы (главным образом депрессии), так и различные эмоциональные нарушения, входящие в структуру основных синдромов алкоголизма (патологическое влечение к алкоголю, абстинентный синдром, алкогольная деградация личности).

Помимо типичного депрессивного синдрома встречаются и атипичные варианты депрессии – тревожная, ипохондрическая, дисфорическая.

Вторичные депрессии на фоне патологического влечения к алкоголю и абстинентного синдрома являются главным источником суицидальной опасности.

При алкогольной деградации эмоциональные нарушения часто проявляются эмоциональным огрублением, эйфорическим настроением, алкогольным юмором, неустойчивостью эмоциональных реакций (от слезливого уныния до бесшабашного веселья, от всех. и вселюбия до агрессии и насилия).

### **5.1.6. Прочие нарушения**

Из всего огромного многообразия психических и неврологических нарушений, возникающих при систематическом употреблении алкоголя, есть те, с которыми врачи первичного звена встречаются наиболее часто. К ним можно отнести следующие: головные боли, нарушения сна и нарушения со стороны периферической нервной системы.

- **Головные боли**

Хронические головные боли довольно частое явление у лиц систематически употребляющих алкоголь и являются проявлением не только прямого токсического действия алкоголя на нервные клетки, но и проявлением вторичного дефицита питательных веществ, необходимых для эффективного функционирования нервной системы.

Нельзя забывать, что частые головные боли могут быть в результате системного повышения артериального давления, часто возникающего при злоупотреблении алкоголем.

Алкоголь может также провоцировать появление сосудистых головных болей у пациентов с мигренью. Надо быть очень внимательным с целью исключения других возможных причин головных болей (субдуральная гематома и др.).

- **Нарушения сна**

«Сон – это бальзам для утомленного  
разума, главное блюдо на пиру жизни»  
Уильям Шекспир

Нарушения сна могут быть самые разнообразные, не отличающиеся специфичностью. Различные нарушения сна являются одной из самых частых причин обращения к врачу. Особое внимание необходимо обращать на жалобы на бессонницу, частой причиной которой является состояние абстиненции или начинающийся алкогольный психоз.

- **Периферическая нейропатия (G62.1)**

Алкогольная периферическая нейропатия – токсическое поражение периферической нервной системы, первоначально затрагивающее дистальные чувствительные нервы. Она во многом напоминает диабетическую невропатию. Когда этот синдром усиливается, он может затронуть двигательные нервы, в результате чего наступает потеря мышечной массы и потеря глубоких сухожильных рефлексов. Наиболее распространенный наглядный симптом – жгучая боль, симметрично распределенная в «перчаточно-носочных» участках.

Алкогольная нейропатия, по-видимому, связана с дефицитом питания (недостаток тиамина, биотина, пантотеновой кислоты и перидоксина).

## 5.2. Сердечно-сосудистая система

«У сердца может быть свой резон,  
о котором ничего не знает ум»  
Паскаль

- **Ишемическая болезнь сердца (ИБС)**

Многочисленные эпидемиологические исследования доказывают наличие U-образной зависимости между употреблением алкоголя и ИБС. У лиц, не употребляющих алкоголь, риск развития ИБС такой же высокий, как у алкоголиков. У лиц мужского пола употребляющих до 140-168 этанола мл в неделю (у женщин дозы в два раза ниже) риск ИБС значительно ниже. Этот эффект одинаков у мужчин и женщин. Механизм этого защитного эффекта неизвестен, но он может быть связан с повышением уровня липопротеидов высокой плотности и изменениями в свертывающей системе крови (снижение свертываемости). Количество алкоголя необходимое для проявления защитного эффекта пока не определено.

Не проводилось и исследований возможного защитного эффекта ежедневного употребления алкоголя (такие профилактические рекомендации мы пока давать не можем). Потенциальный риск ежедневного употребления алкоголя в развитии других серьезных нарушений (инсульт, гипертония, рак, депрессии, травмы, социальные проблемы) перевешивает возможность снижения частоты заболеваний ИБС.

Вопреки распространенному мнению многие люди, систематически употребляющие алкоголь, страдают ИБС. Это миф, что у всех алкоголиков коронарные артерии чисты.

Необходимо отметить и очень высокий уровень безболевых форм ИБС на фоне хронической алкогольной интоксикации, что вероятно связано с седативным и анальгезирующим эффектами алкоголя. Отсутствие у больных с длительным алкогольным анамнезом типичного болевого синдрома, трудности в интерпретации ЭКГ (часто сопутствующие та-

хиа ритмии, метаболические изменения) нередко создают сложности в диагностике ИБС.

- **Нарушение ритма сердца**

Аритмии на фоне систематического употребления алкоголя могут быть как проявлением ИБС, так и в результате непосредственного острого (**синдром «праздничного сердца»**) или хронического токсического действие алкоголя.

Наиболее характерными считаются аритмии по типу re-entry – мерцание и трепетание предсердий, с частыми рецидивами и, нередко, с высокой резистентностью к терапии. Под синдромом «праздничного сердца» (в МКБ-10 такого синдрома нет) – понимают возникновение от единичных до множественных нарушений ритма (преимущественно наджелудочковых) непосредственно после употребления алкоголя у людей без клинических признаков заболевания сердца. Развитие этого синдрома часто является первым проявлением начинающейся алкогольной кардиомиопатии.

Желудочковые нарушения ритма в клинической практике встречаются реже, но им отводят огромную роль как ведущей причине внезапной смерти лиц систематически употребляющих алкоголь

- **Артериальная гипертензия**

Систематическое употребление алкоголя в настоящее время рассматривают как один из ведущих факторов риска развития артериальной гипертензии. Механизмы этого влияния до конца не изучены. Так, по данным некоторых зарубежных исследований в группе высокого риска артериальная гипертензия развивается у каждого третьего, а в группе злоупотребляющих алкоголем – у каждого второго.

Особенно высок риск развития артериальной гипертензии при систематическом употреблении алкоголя у лиц, профес-

сия которых связана со значительными психоэмоциональными нагрузками (руководители предприятий, операторы, водители, машинисты локомотивов и др.).

Так по данным наших исследований у машинистов и помощников машинистов локомотивных бригад с выявленной артериальной гипертензией в 77% случаях имеет место систематическое употребление и злоупотребление алкоголем. Другие факторы риска артериальной гипертензии у этих больных имели меньшую значимость: курение – 51%, избыточная масса тела – 38%.

У лиц с уже имеющейся артериальной гипертензией, даже разовое употребление алкоголя приводит к повышению артериального давления.

- **Алкогольная кардиомиопатия (I42.6)**

В настоящее время считают, что примерно у половины пациентов с кардиомиопатиями можно предполагать алкогольный генез.

Алкогольная кардиомиопатия является следствием прямого токсического влияния алкоголя на миокард и проявляется снижением сократительной способности миокарда, дилатацией полостей сердца, кардиомегалией и развитием сердечной недостаточности.

Считается, что примерно в 30% случаях алкогольной кардиомиопатии возможно обратное развитие морфологических и клинических нарушений при полном отказе от употребления алкоголя. В остальных случаях перспектив на выздоровление нет.

- **Инсульт (ишемический, геморрагический)**

Развитие инсульта (как и инфаркта миокарда) является одним из наиболее опасных последствий систематического употребления алкоголя.

Высокий риск инсульта (наиболее часто геморрагического) у этой категории лиц может быть связан с несколькими факторами (каждый из которых может иметь ведущее значение):

- прямое токсическое влияние алкоголя на систему свертывания крови с развитием, преимущественно, явлений гипокоагуляции.
- тромбоз сосудов мозга в результате алкогольиндуцированных сердечных аритмий.
- развитие артериальной гипертензии.
- развитие атеросклероза сосудов мозга.

При сочетании этих факторов риск инсульта резко повышается. В группе лиц высокого риска, по сравнению с группой низкого риска вероятность развития геморрагического инсульта повышается более чем в два раза.

### **5.3. Пищеварительная система**

По данным разных авторов у 56-68% больных с заболеваниями печени и желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) выявляется факт систематического употребления алкоголя. Причем, с увеличением алкогольного стажа и количества употребляемого алкоголя растет и распространенность заболеваний ЖКТ.

#### **• Пищевод**

При малых концентрациях алкоголя в крови эзофагеальная функция изменяется мало. При больших концентрациях алкоголя в крови происходит снижение перистальтики и снижение давления нижнего пищеводного сфинктера.

Алкоголь может вызывать развитие:

- рефлюкс-эзофагита
- пищевода Баррета (пищевод укорочен, его нижняя часть покрыта слизистой оболочкой кардиальной части желудка)

ка; на этом фоне возникают язва и стриктура пищевода, диафрагмальная грыжа)

- ❑ синдрома Берхава (травматический разрыв всех слоев пищевода с развитием интрамуральной гематомы).
- ❑ рака пищевода
- ❑ синдрома Мэллори-Вейса (внезапные пищеводно-желудочные кровотечения, возникающие в результате образования продольных надрывов слизистой оболочки кардиального отдела пищевода и желудка на фоне упорной рвоты)

- **Желудок и двенадцатиперстная кишка**

Нарушение защитного барьера слизистой оболочки желудка при употреблении спиртного может привести к развитию **алкогольного гастрита (K29.2)** (острого или хронического). Острый гастрит может развиваться и при умеренном и при разовом употреблении алкоголя. Хронический гастрит развивается практически у всех систематически употребляющих алкоголь, от поверхностного гастрита, до атрофического и эрозивного. Сильное кровотечение наблюдается редко, но может быть при развитии синдрома Мэллори-Вейса.

Считается, что алкоголь не играет какой-либо роли в патогенезе язвенной болезни желудка. В отличие от острого и хронического гастрита, язвенная болезнь желудка у лиц систематически употребляющих алкоголь, встречается не чаще, чем у других людей. Но систематическое употребление алкоголя на фоне язвенной болезни ухудшает течение заболевания и повышает риск осложнений.

- **Поджелудочная железа**

В большинстве стран мира алкоголь является самой распространенной причиной острого и хронического панкреатита (K86.0). Панкреатит чаще всего развивается при длитель-

ном систематическом употреблении алкоголя, однако, острый панкреатит может развиваться и при разовом однократном употреблении алкоголя. Необратимые фиброзные изменения поджелудочной железы и изменения ее протоков находят у 30-40% лиц с алкогольной зависимостью.

- **Кишечник**

Нарушения функции кишечника в основном проявляются синдромом нарушенного всасывания (синдром малабсорбции) и хронической диареей.

**Диарея** возникает вследствие ингибирования этанолом Na-K-АТФазы, что приводит к снижению активной абсорбции электролитов и пассивного транспорта воды.

**Синдром малабсорбции** развивается в результате структурных и функциональных нарушений кишечника на фоне пониженного содержания пищеварительных ферментов.

Не редки трещины прямой кишки и анальный зуд, вероятно связанные с хронической диареей

- **Печень**

«Эврика! Нашел – вот признак первый,  
Мной замеченный:  
Те, кто пьют – у них сплошные нервы  
Вместо печени»

В.Высоцкий

Согласно МКБ-10 различные нарушения структуры и функциональной способности печени вызванные длительным систематическим употреблением алкоголя трактуются как **алкогольная болезнь печени (АБП) (K70)**

По распространенности и социальной значимости алкогольные поражения печени занимают второе место после острых и хронических болезней печени вирусной этиологии. Отличительной особенностью АБП, как и большинства дру-

гих экзогенных токсических поражений, является довольно четкая зависимость патологических нарушений в печени от количества алкоголя, его качества и продолжительности употребления.

Современная классификация АБП основана на клинко-морфологических критериях. Выделяют четыре формы АБП:

- Алкогольная жировая дистрофия печени
- Алкогольный гепатит
- Алкогольный фиброз и склероз печени
- Алкогольный цирроз печени

### **Алкогольная жировая дистрофия печени (K70.0)**

Характеризуется диффузным патологическим внутри- и внеклеточным отложением жировых капель. Возникает даже при нерегулярном употреблении алкоголя. При систематическом употреблении алкоголя встречается по данным разных исследований у 60-90% пациентов. Часто протекает бессимптомно, при медицинском осмотре нередко выявляется гепатомегалия.

Функциональные пробы печени обычно мало изменены, но у трети пациентов выявляется гипербилирубинемия, гиперлипидемия, у половины больных выявляется нерезкое повышение активности аминотрансфераз и  $\gamma$ -глутамилтранспептидазы

### **Алкогольный гепатит (K70.1)**

Это острое или хроническое прогрессирующее дегенеративно-воспалительное повреждение печени. Морфологические изменения проявляются в виде баллонной дистрофии гепатоцитов, некрозов с нейтрофильной инфильтрацией, периваскулярного фиброза, стеатоза, отложения геалина.

Алкогольный гепатит развивается приблизительно у 10-15% людей систематически употребляющих алкоголь.

Клиническая картина варьирует от бессимптомной гепатомегалии до клиники печеночной недостаточности.

Острый алкогольный гепатит может протекать по одному из трех вариантов:

- **бессимптомный** (синонимы – латентный, безжелтушный) – в 38% случаев
- **желтушный** (в 49% случаев)
- **холестатический** (в 13% случаев)

В лабораторных анализах почти всегда выявляется нейтрофильный лейкоцитоз, ускорение СОЭ. У 50-75% больных определяется анемия макроцитарного типа. При биохимических исследованиях отмечается гипербилирубинемия с преобладанием прямого билирубина, соотношение АСТ/АЛТ всегда больше 1, снижение протромбинового индекса, значительное повышение активности  $\gamma$ -глутамилтранспептидазы и щелочной фосфатазы.

Наиболее серьезен прогноз при холестатическом варианте; смертность может достигать 40%

К основным причинам смерти относят печеночную кому, кровотечения из вен пищевода, гепаторенальный синдром, инфекцию.

### **Алкогольный фиброз и склероз печени (К.70.2)**

Эту форму стали выделять только в последнее время на основании морфологических нарушений (данные биопсии). Клинические проявления не отличаются от симптоматики цирроза

### **Алкогольный цирроз печени (К.70.3)**

Очень грозное осложнение с неблагоприятным прогнозом. Развивается у 10-20% лиц систематически употребляющих алкоголь.

Морфологически проявляется деструкцией нормальной структуры печени регенеративными узелковыми (от мелко- до крупноузелковыми) соединительнотканными утолщениями, замещающими утраченные гепатоциты. В результате повышенного сопротивления микроциркуляции развивается портальная гипертензия.

Трудно спрогнозировать риск развития цирроза печени у конкретного пациента. Цирроз печени может развиваться не только у лиц с алкогольной зависимостью и злоупотребляющих алкоголем, но и у лиц, употребляющих алкоголь в умеренных дозах. Причины неодинаковой восприимчивости не вполне изучены и связаны, по-видимому, с генетическими различиями ферментов, метаболизирующих алкоголь, различиями в питании и вирусными гепатотропными инфекциями.

Трудно спрогнозировать и течение цирроза печени у конкретного пациента. Клинические и лабораторные данные не всегда позволяют предсказать тяжесть патологических изменений. Даже несмотря на отказ от алкоголя, у многих болезнь прогрессирует и приводит к смерти от **печеночная недостаточности (К.70.4)**

Так, алкогольный цирроз печени занимает седьмое место по смертности в США и является причиной смерти около 28 000 человек в год.

С развитием фиброза и цирроза печени значительно повышается и риск развития гепатоклеточной карциномы.

#### **5.4. Дыхательная система**

В связи с тем, что до 10% этанола выводится через легкие, при систематическом употреблении алкоголя на фоне нарушений ряда функций печени и нарушений микроциркуляции возникают патологические изменения в системе защиты, как

местной (мукоцилиарный клиренс, сурфактантная система, содержание иммуноглобулинов, ингибиторы 1-антитрипсина, активность альвеолярных макрофагов), так и общей (содержание иммуноглобулинов, Т – и В клеток, содержание компонента, гемореологические показатели и т.п.).

Это приводит к повышению риска (более чем в два раза) развития острых воспалительных легочных процессов, склонных к атипичному течению, деструкциям, нагноениям, экссудативным осложнениям и относительной резистентности к общепринятой лекарственной и нелекарственной терапии.

У лиц с длительным алкогольным анамнезом такие острые пневмонии (очаговые, долевыe) приводят в 50-63% случаев к летальному исходу и еще более высокой смертности на фоне выраженной сердечно-сосудистой, печеночной или почечной патологии.

Именно от такого острого воспалительного легочного процесса, развившегося на фоне длительного систематического употребления алкоголя, умер Петр I (по крайней мере - это одна из реальных версий)

Не редки случаи, когда такие пациенты длительно наблюдаются по поводу хронического воспалительного неспецифического процесса (например, с диагнозом хронический бронхит)

Закономерно и даже характерно при таких изменениях в легких и нарушенных системах защиты развитие туберкулеза. Люди, систематически употребляющие алкоголь, заболевают туберкулезом в шесть раз чаще, чем не употребляющие или эпизодически употребляющие алкоголь.

## **5.5. Почки**

«Кто живет в вине, тот умирает в воде»  
Французская поговорка

Патология почек при систематическом употреблении алкоголя связана как с прямым токсическим влиянием этанола на нефроны, так и с целым комплексом опосредованных влияний (нарушения защитных иммунологических механизмов, нарушения микроциркуляции, нарушения функции нервной системы, сердечно-сосудистой системы и др.)

Среди заболеваний почек наиболее часто встречаются гломерулонефрит и пиелонефрит (чаще хронический). В качестве еще одного исторического примера можно привести смерть императора Александра III от прогрессирующего хронического гломерулонефрита, возникшего на фоне длительного систематического употребления алкоголя (еще один редкий случай ненасильственной смерти среди Российских царей, отдававших дань и «уважение» Бохусу).

## **5.6. Кровь и система кроветворения**

Алкоголь оказывает прямое токсическое воздействие на все линии кроветворных клеток и на выработку факторов свертывания крови в печени. Количество тромбоцитов нередко снижается до 30 000 – 50 000.

Алкоголь оказывает прямое токсическое воздействие на мегакариоциты, а также способствует захвату тромбоцитов селезенкой. Тромбоцитопения обычно обратима и нередко число тромбоцитов восстанавливается уже через несколько дней воздержания от алкоголя.

Алкоголь может непосредственно воздействовать на эритроциты, подавляя систему фолиевой кислоты и образование ДНК. При алкогольной зависимости обычно наблюдается увеличение среднего объема эритроцитов.

Анемия может развиваться и как результат дефицита железа, например, в результате кровотечений из желудочно-кишечного тракта.

Токсическое влияние на образование нейтрофилов в кост-

ном мозге, снижение фиксированной фагоцитарной способности макрофагов и уменьшение образования лейкоцитов (в результате дефицита фолиевой кислоты) способствуют повышению риска инфекционных заболеваний и инфекционных осложнений во всем многообразии – от частых простуд, до пневмонии, бактериального менингита и сепсиса

### **5.7. Эндокринная система и метаболизм**

Наиболее часто в клинической практике встречаются следующие нарушения:

- **Гипогонадизм**

Проявляется снижением либидо, тестикулярной атрофией, олигоспермией, снижением оволосения по мужскому типу.

- **Феминизация**

Проявляется гинекомастией, оволосением и распределением жира по женскому типу, нарушениями менструального цикла.

- **Метаболические нарушения**

Метаболические нарушения на фоне систематического употребления алкоголя в меньшей или большей степени присутствуют всегда и отличаются разнообразием и полиморфизмом. Клиницистами отмечено, что наиболее часто у этой категории лиц выявляются гипогликемия, остеопороз, подагра, асептический некроз шейки бедра.

### **5.8. Нарушение половой функции**

Вопреки распространенному мнению, что алкоголь может усилить сексуальную активность, чаще отмечается обратный эффект. Алкоголь обладает растормаживающим действием и вначале может увеличить либидо, но слишком длительное его употребление часто приводит к ухудшению сексуальной функции.

Как кратковременное, так и систематическое употребление алкоголя может привести к импотенции у мужчин. Это проявляется снижением сексуального возбуждения, увеличением латентного периода предшествующего эякуляции и снижением оргазмического наслаждения. Импотенцией страдает более 50% пациентов с алкоголизмом. Кроме того, у многих развивается атрофия яичек и снижается способность к оплодотворению. Эти явления связаны не только с прямым токсическим действием алкоголя на клетки Лейдига, но и с нарушениями функции гипоталамуса.

Сексуальная функция у женщин больных алкоголизмом изучена меньше. Многие из них жалуются на снижение либидо, уменьшение вагинальной смазки и нарушения менструального цикла.

Яичники часто имеют малые размеры и фолликулы не развиваются. Есть данные, что у женщин злоупотребляющих алкоголем, коэффициент фертильности снижен за счет уменьшения частоты овуляции и увеличения случаев ранних самопроизвольных абортов.

Похоже, что сама Природа, защищая род человеческий от деградации и вымирания, как бы кастрирует людей, систематически употребляющих спиртное.

При употреблении алкоголя в малолетнем возрасте возможна задержка полового созревания вследствие снижения уровней гормона роста и лютеинизирующего гормона. У женщин с алкогольными расстройствами чаще наблюдается ранняя менопауза.

С другой стороны, около 20% женщин, имеющих заболевания связанные с алкоголем, страдают также расстройствами, связанными с приемом пищи. Сопутствующие заболевания, такие как анорексия или булимия могут отрицательно сказываться на половой функции, поскольку аменорея, потеря веса и бесплодие также связаны с нарушениями приема пищи.

## **5.9. Алкоголь и канцерогенез**

Алкоголь тесно связан с четырьмя разновидностями рака, и эта связь, по-видимому, имеет причинный характер. Этими разновидностями рака являются: рак пищевода, рак печени, рак носоглотки и рак гортани.

В последние годы в связи с ростом уровня потребления алкоголя отмечают повышение риска развития рака молочной железы и рака толстого кишечника.

Частое сочетание систематического употребления алкоголя и табакокурения значительно повышает риск канцерогенеза.

Развитие злокачественной опухоли на фоне полисистемных проявлений влияния хронической алкогольной интоксикации имеет крайне неблагоприятные последствия. Так, пятилетняя выживаемость у таких пациентов после установления диагноза не превышает 10%.

## **5.10 Алкоголь и ВИЧ-инфекция**

Лица высокого риска, злоупотребляющие алкоголем и, особенно, с алкогольной зависимостью имеют большой риск быть ВИЧ инфицированными в связи с особенностями сексуального поведения и склонностью к поступкам и поведению асоциального характера.

Только за 2001 год в России выявлено 3376 новых больных с ВИЧ инфекцией.

## 6. ЗАБОЛЕВАНИЯ АЛКОГОЛЬНОЙ ЭТИОЛОГИИ, ПРЕДСТАВЛЕННЫЕ В МКБ-10

В разделе, посвященном соматическим нарушениям, в скобках давался шифр по международной классификации болезней и причин смерти десятого пересмотра (МКБ-10). Более подробно и полно заболевания алкогольной этиологии, представленные в МКБ-10 отражены в Таблице 3

**Таблица 3 Заболевания алкогольной этиологии,  
представленные в МКБ-10**

Нозология	Шифр по МКБ-10
<b>Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя</b>	<b>F10</b>
Острая интоксикация	F10.0
Пагубное употребление	F10.1
Синдром зависимости	F10.2
Абстинентное состояние	F10.3
Абстинентное состояние с делирием	F10.4
Психотическое расстройство	F10.5
Алкогольный параноид	F10.51
Алкогольный галлюциноз	F10.52
Амнестический синдром	F10.6
Резидуальные и отсроченные психотические расстройства	F10.7
Другие психические расстройства и расстройства поведения	F10.8
Психическое расстройство и расстройство поведения неуточненное	F10.9
<b>Токсическое действие алкоголя</b>	<b>T51.0</b>
<b>Алкогольная болезнь печени</b>	<b>K70</b>
Алкогольная жировая дистрофия печени	K70.0
Алкогольный гепатит	K70.1

Алкогольный фиброз и склероз печени	K70.2
Алкогольный цирроз печени	K70.3
Алкогольная печеночная недостаточность	K70.4
Алкогольная болезнь печени неуточненная	K70.4
<b>Алкогольный гастрит</b>	<b>K29.2</b>
<b>Хронический панкреатит алкогольной этиологии</b>	<b>K86.0</b>
<b>Дегенерация нервной системы, вызванная алкоголем</b>	<b>G31.2</b>
<b>Алкогольная полиневропатия</b>	<b>G62.1</b>
<b>Алкогольная миопатия</b>	<b>G72.1</b>
<b>Алкогольная кардиомиопатия</b>	<b>I42.6</b>
<b>Алкогольный синдром у плода (дизморфия)</b>	<b>Q86.0</b>

## **7. ОСОБЕННОСТИ УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ У ЖЕНЩИН, ПОДРОСТКОВ И ПОЖИЛЫХ.**

### **7.1. Особенности употребления алкоголя у женщин.**

«Нет такого зелья, как жена с похмелья»  
Народная поговорка

Традиционно, связанные с алкоголем проблемы, всегда рассматривались как «мужские заболевания». Только в последнее десятилетие вопросам, посвященным особенностям влияния алкоголя на женский организм, стали уделять самое пристальное внимание. Это было вызвано серьезной озабоченностью медиками в связи с ростом уровня потребления алкоголя среди женщин, ростом проблем и заболеваемости алкоголизмом.

В обществе всегда существовало социальное «табу» на женское пьянство. В отличие от пьяного мужчины, пьяная женщина всегда вызывала всеобщее отвращение. Боясь об-

щественного осуждения, женщины, стараются «спрятать» свое заболевание от людских глаз и очень редко обращаются за медицинской помощью. Такой социальный «запрет» играет роль своеобразного фильтра через который попадают в поле зрения врача лишь наиболее тяжелые формы болезни. Поэтому говорить об особой тяжести женского алкоголизма было бы неправильно.

Исследования последних лет выявили ряд важнейших особенностей женского организма в связи с употреблением алкоголя:

1. При употреблении алкоголя у женщин, в отличие от мужчин, в крови возникает более высокая удельная концентрация алкоголя в связи с меньшим количеством воды в женском организме и меньшей массы.

2. Активность желудочной алкогольдегидрогеназы у женщин значительно ниже, чем у мужчин.

3. У женщин в предменструальном периоде отмечается более высокая всасываемость алкоголя из желудка.

Все эти физиологические особенности приводят к более быстрому и более выраженному токсическому действию алкоголя на женский организм.

Отличительным фактором, имеющим определенное значение в связи с алкоголем, многие отмечают и более высокую эмоциональность, как по уровню, так и по интенсивности, в психике женщин. В отличие от мужчин, женщины, в большинстве случаев, совершенно по-другому реагируют на такие значимые для них события, как утрата привлекательности, сексуальная неудовлетворенность, климакс, разводы, измены, одиночество, болезни, житейские невзгоды и др.

Более выраженная эмоциональность, присущая психике женщин способствует импульсивности их поведения и, нередко, непредсказуемости их поступков, в том числе и по отношению к алкоголю. Это для мужских особей свойственно подводить под все «идейную платформу», аргументировать,

размышлять, сомневаться. И когда дело касается будущей выпивки тоже.

Это о мужиках пословица: «Семь раз отмерь...».

А о непредсказуемости женского характера написано столько, что даже выбрать на кого сослаться трудно.

Я женщинам даже завидую. Их «эмоциональный маятник» словами Владимира Леви раскачивается с большей амплитудой, чем у мужчин.

Но за все надо платить!

Высокая амплитуда и интенсивность эмоциональных переживаний на фоне различных неблагоприятных стечений обстоятельств жизни может приводить и приводит к различным нарушениям эмоциональной сферы.

Наши исследования посвященные изучению типов реагирования на значимые ситуации (в том числе и на заболевание) свидетельствуют о более выраженном депрессивном компоненте у женщин, особенно при развитии тяжелых соматических заболеваний, в отличие от мужчин.

Именно скрытая (ларвированная) депрессия часто прячется под маской соматических жалоб у женщин, злоупотребляющих алкоголем.

Формирование и течение алкоголизма у женщин тоже отличается рядом особенностей.

Развитие алкоголизма у женщин возникает значительно позже, чем у мужчин, но **течение заболевания носит более быстрый прогрессирующий характер**. Для женщин, больных алкоголизмом характерны преобладание периодических форм злоупотребления алкоголем (псевдозапой, истинные запои) и выраженный депрессивный компонент в структуре эмоциональных нарушений.

На фоне систематического употребления алкоголя у женщин очень быстро развиваются различные соматические заболевания.

Смертность женщин, зависимых от алкоголя, по данным некоторых исследований почти в 2 раза выше, чем у алкоголиков мужчин.

## 7.2. Особенности употребления алкоголя у подростков

«Самая большая проблема в мире могла быть решена, когда она была еще маленькой»

Лао Ше

Переходный возраст – это возраст быстрых перемен и экспериментов. Именно в этом возрастном периоде чаще всего происходит знакомство с алкоголем и приобретение первого опыта. Свободный доступ к алкоголю, относительно невысокая его стоимость, массовые примеры для подражания со стороны взрослых, агрессивная телевизионная реклама и многое другое - все это уже давно привело к росту уровня алкоголизации среди подростков и молодежи.

Проведенное нами скрининговое обследование студентов-первокурсников показало, что к 18 годам независимо от пола **абсолютно все** имели опыт употребления алкоголя. Среди 17-18-летних студентов - 78% систематически употребляют алкоголь, 14% из них отмечают наличие различных проблем в связи с употреблением алкоголя и, что самое страшное – у 5% из них выявлены явные признаки алкогольной зависимости!

А что же тогда творится к моменту окончания ВУЗА? Наши исследования показали, что у студентов-выпускников уровень алкоголизации выше, чем у первокурсников на 58%!

Не хватайтесь за сердце господина руководителя ВУЗов. Наши исследования просто подтверждают, что студенты – народ особенный и что среди студентов разных стран очень много общего. Высокий уровень употребления алкоголя среди студентов колледжей в настоящее время стал огромной общественной проблемой очень многих цивилизованных

стран. Так, в США студенты колледжей выпивают 1 625,4 млн литров алкоголя и тратят на это 5,5 миллиардов долларов. Среди студентов-первокурсников систематически употребляют алкоголь 68%. С алкоголем связано почти 40% всех проблем с учебой и 28% всех отчислений из учебных заведений.

По всей вероятности, подобное наблюдается и среди Российских студентов, и наши исследования это подтверждают, хотя имеются и некоторые специфические особенности.

Студенчество – это уже молодежь, но я не слишком отклонился от темы раздела – ведь именно в подростковом возрасте у большинства будущих студентов формируется отношение к алкоголю во всех его аспектах.

Употребление алкоголя в подростковом возрасте имеет ряд важных особенностей. Если на начальных этапах употребления алкоголя всегда отмечается довольно низкая толерантность, то с приобретением алкогольного стажа толерантность к алкоголю резко возрастает.

Отличительной особенностью является и практически отсутствие количественного контроля, когда выпивается все, что можно было выпить. Употребление алкоголя среди подростков происходит, как правило, в коллективах, где более опытные «наставники» делятся своим опытом, а менее опытные учатся.

Алкогольное опьянение у подростков часто сопровождается дисфорией и агрессивностью. Соматические нарушения наиболее часто проявляются выраженной вегетативной симптоматикой.

Достаточно высокие компенсаторные возможности организма подростков, как бы защищают их от развития тех многочисленных осложнений, которые наблюдаются у взрослых. Довольно редко формируется алкогольный абстинентный синдром, редко развиваются алкогольные психозы. При сформировавшейся зависимости от алкоголя, как правило, вы-

ставляется диагноз алкоголизм I стадии (психическая зависимость).

Нарушения психики проявляются чаще всего со стороны эмоциональной сферы в виде быстрой изменчивости настроения, повышенной раздражительности, дисфории, эгоцентричности, склонности к депрессии.

В целом, прогноз при систематическом употреблении алкоголя подростком не поддается единой оценке. Важнейшее значение имеют и алкогольная наследственность, и премоурбидные особенности личности, и, самое главное – та социальная микро и макро среда, в которой формируется тело и душа подростка.

### **7.3. Особенности употребления алкоголя у пожилых.**

«Жить долго – значит стареть. Крылатая колесница  
времени летит только в одном направлении,  
как бы мы ни старались ее затормозить»  
Джозеф О' Коннер

С возрастом происходят закономерные и естественные физиологические изменения в организме. Их много, но нам важны, прежде всего, те отклонения, которые изменяют реагирование стареющего организма на алкоголь. С возрастом снижается активность всех дегидрогеназных систем, метаболизирующих алкоголь, снижается мышечная масса и относительное количество жидкости в организме, замедляется системный кровоток. Все это приводит к повышению чувствительности организма пожилого человека к токсическому действию алкоголя.

Другой важной особенностью является наличие у пожилых различных соматических заболеваний «накопленных» в течение жизни, по поводу которых они часто контактируют с медицинскими работниками и принимают достаточно много различных лекарств (в том числе и психотропных).

Частое наличие хронических соматических заболеваний и повышенная чувствительность к токсическому действию алкоголя у пожилых людей являются довольно сильными сдерживающими факторами, конкурирующими с влечением к алкоголю. В результате этого формирование алкоголизма у этих людей значительно удлиняется, а его течение носит медленно прогрессирующий характер.

В целом, всех лиц пожилого возраста, злоупотребляющих алкоголем, можно разделить на две группы.

Одна из них – это «уцелевшие», так образно называют тех людей, которые систематически злоупотребляли алкоголем в более раннем возрасте. Распознать их легко. Большинство из них страдают различными соматическими заболеваниями в развернутых стадиях и нарушениями психики, которые явились прямым результатом длительного употребления алкоголя. Именно в этой группе чаще всего встречается развернутая картина алкогольной энцефалопатии и алкогольная деградация личности в полном своем проявлении.

Во вторую группу относят лиц, начавших злоупотреблять алкоголем в более зрелом возрасте. В этих случаях злоупотребление алкоголем носит как бы вторичный характер и часто является следствием различных социальных и медицинских коллизий (прекращение профессиональной деятельности, потеря друзей, близких, одиночество, старение, материальные проблемы, возникновение тяжелых соматических заболеваний и необходимость в постоянном приеме лекарств и др.). У этих лиц выявляется значительно меньше медицинских и социальных последствий злоупотребления алкоголем и выявлять их, поэтому, намного труднее.

Среди множества эмоциональных нарушений у этих лиц преобладают расстройства ипохондрического и дисфорического характера.

**Крайне важно отметить, что у лиц пожилого возраста злоупотребление алкоголем является мощнейшим факто-**

**ром риска смерти и, прежде всего, от различных осложнений соматических заболеваний.**

## **8. ВРАЧЕБНАЯ ТАКТИКА В ВЫЯВЛЕНИИ НАРУШЕНИЙ, ВЫЗВАННЫХ УПОТРЕБЛЕНИЕМ АЛКОГОЛЯ**

«Кто сможет провести на радуге четкую линию там, где кончается красный цвет и начинается оранжевый? Мы отчетливо видим различные цвета, но в каком именно месте к одному цвету начинает еле заметно примешиваться другой? Не так ли и с душевным здоровьем и болезнью?»

Герман Мелвилл

### **8.1. Практическое значение диагностики состояния хронической алкогольной интоксикации**

С практической точки зрения нам не столь важно как часто и сколько алкоголя употребляет пациент. Тем более, что люди во всем мире, а не только в России, крайне неохотно отвечают на эти вопросы, как правило, в два раза занижая реальный уровень употребления алкоголя.

Задавать вопросы о частоте и количестве употребления алкоголя (и получать искренние ответы) Российским пациентам еще сложнее в силу ряда исторически сложившихся национальных особенностей (общественное неприятие, ущемление прав, нередко жесткие карательные санкции, отношение к лицам с физической зависимостью как к лицам распущенным и невоздержанным, а не как к больным в прямом понимании этого слова; можно добавить – и отсутствие четкой алкогольной политики государства на всех уровнях.).

Задавая вопросы о частоте и количестве употребления алкоголя, практические врачи, как правило, получают стандартные ответы в широком диапазоне: от полного отрицания

факта употребления алкоголя, до ответов типа: «Как все» или «Только по праздникам».

Нет никакого смысла задавать подобные вопросы.

**Крайне важно узнать другое, – какова вероятность развития негативных последствий употребления алкоголя у конкретного пациента или наличие у него уже имеющихся проблем.**

Здесь необходимо вернуться к разделу, в котором была дана практическая классификация лиц употребляющих алкоголь (страница )

Группу лиц высокого риска, группу лиц, злоупотребляющих алкоголем и группу лиц с сформировавшейся физической или психологической зависимостью от алкоголя объединяет не только факт систематического употребления алкоголя. Крайне важно то, что общим для них является высокий риск или уже существование проблем в результате наличия **состояния хронической алкогольной интоксикации (ХАИ)**, возникающего при употребляющих алкоголь в дозах превышающих индивидуальные возможности дегидрогеназных систем окислить поступающий алкоголь и его метаболиты. Правда в группе высокого риска у части людей состояния ХАИ не будет в результате сохраненной эффективности дегидрогеназных систем.

Именно отсутствие или наличие состояния ХАИ нам и важно установить у каждого конкретного пациента, а не выяснять как много и как часто он употребляет алкоголь.

Именно состояние ХАИ приводит к развитию алкогольной болезни: у одних к физической зависимости и различным нарушениям психики, а у других к различным нарушениям со стороны органов и систем.

Прошедший в 1998 г Форум «Алкоголь и здоровье населения России» выделил очень важное практическое значение и преимущества выявления наличия или отсутствия состояния ХАИ:

**1. ХАИ не является синонимом алкоголизма, вследствие чего ее диагностика не требует обязательного участия нарколога и представляет меньшую этическую проблему, чем постановка диагноза «алкоголизм»;**

**2. Постановка диагноза ХАИ не может служить юридическим поводом для возбуждения иска о защите чести и достоинства;**

**3. Диагностика ХАИ основана на общепризнанных во всем мире методах;**

**4. Диагностика ХАИ доступна врачу любой специальности;**

**5. Выявляется существенно больший круг лиц с высоким риском и лиц, злоупотребляющих алкоголем, чем просто больных алкоголизмом (лиц с алкогольной зависимостью).**

ХАИ идеально подходит по рубрику Т51.0 (токсическое действие алкоголя) МКБ-10 и может быть результатом не только систематического употребления алкоголя в больших количествах (группа высокого риска), но и результатом патологического влечения к алкоголю (F10.2) и результатом злоупотребления алкоголем без зависимости (F10.1).

## **8.2. Диагностика состояния ХАИ**

Общепринятым мировым подходом к выявлению состояния ХАИ является использование комплекса следующих методов:

- Экспресс методы:
  - Использование опросников
  - Выявление объективных физических признаков ХАИ
  - Экспресс-энзимодиагностика
- Биохимические методы
- Инструментальные методы
- Газовая хроматография

- Посмертная диагностика

### 8.2.1. Использование опросников

Одним из хорошо апробированных в мире и достаточно информативных методов является тест «CAGE» (си-эй-джи-и). Он прост для заполнения пациентом, легко и быстро оценивается врачом. Опыт применения его в России показал, что этот тест в наибольшей мере учитывает особенности «российского менталитета» и национальные особенности отношения к алкоголю.

Все вопросы теста равнозначны, требуют только альтернативного ответа, а итоговая оценка производится по совокупности положительных или отрицательных ответов на каждый из поставленных вопросов.

**Таблица 4 Тест «CAGE»**

<p>Ответьте на поставленные вопросы, таким образом, как Вы их понимаете. При утвердительном ответе обведите кружком «Да», при отрицательном ответе обведите кружком «Нет». В случаях затруднения с ответом не обводите ничего.</p>
<p>1. Возникало ли у Вас ощущение того, что Вам следует сократить употребление спиртных напитков?</p> <p style="text-align: center;">Да      Нет</p>
<p>2. Вызывало ли у Вас чувство раздражения, если кто-то из окружающих (друзья, родственники) говорил Вам о необходимости сократить употребление спиртных напитков?</p> <p style="text-align: center;">Да      Нет</p>
<p>3. Испытывали ли Вы чувство вины, связанное с употреблением спиртных напитков?</p> <p style="text-align: center;">Да      Нет</p>
<p>4. Возникало ли у Вас желание принять спиртное, как</p>

только Вы просыпались после имевшего места употребления алкогольных напитков?

Да Нет

Тест «CAGE» оценивают следующим образом:

- Положительный ответ на один из четырех вопросов (даже если таковым является последний – четвертый) не дает оснований для конкретных выводов;
- Положительные ответы на два вопроса свидетельствуют об употреблении спиртных напитков;
- Положительные ответы на три вопроса позволяют предполагать систематическое употребление алкоголя;
- Положительные ответы на все четыре вопроса почти наверняка указывают на систематическое употребление алкоголя, приближающееся к состоянию зависимости (алкоголизму);
- Отрицательные ответы на все четыре вопроса либо предполагают действительно трезвеннический образ жизни, либо нежелание пациента дать искренние ответы.

Проверить искренность отвечающего в случае всех четырех отрицательных ответов по «CAGE» и обоснованно заподозрить наличие ХАИ могут помочь другие тест-приемы.

Например, судить о ХАИ можно через выяснение степени тяжести постинтоксикационных алкогольных состояний.

Если есть хроническая интоксикация, то должна быть и постинтоксикация. Чем тяжелее постинтоксикационные состояния, тем тяжелее сама интоксикация. Иными словами можно выявлять ХАИ по ее биомедицинским последствиям (не спрашивая пациента о дозах принимаемого алкоголя и их частоте) через выявление особенностей состояния опрашиваемого после имевшего место употребления алкоголя.

Это состояние известно в фармакологии и токсикологии как **«постинтоксикационный алкогольный синдром» (ПАС)**, в быту чаще всего называемый «похмельем». При-

знаки его развиваются при пробуждении после алкогольного возлияния. Тяжесть выраженности ПАС обычно прямо коррелирует с выраженностью алкогольного эксцесса, имевшего место накануне.

Известно, что в развитии алкогольной болезни большая роль принадлежит не только, и даже не столько тем изменениям обменных процессов в организме, которые возникают в период интоксикации алкоголем, а теми изменениями, которые разворачиваются и достигают максимума после полной элиминации алкоголя из крови (состояние похмелья, абстиненции).

Диагностика ХАИ через выявление развернутого ПАС (Таблица 5) позволяет уменьшить влияние половозрастных, весовых различий, генетического полиморфизма метаболизма алкоголя, количество и качество потребляемых напитков, диетических и других факторов на достоверность разделения обследуемых на регулярных потребителей алкоголя в индивидуально опасных для их здоровья дозах и на лиц, не находящихся в состоянии ХАИ (как трезвенников, так и пьющих)

**Таблица 5 Анкета «ПАС».**

(Разработана П.П.Огурцовым, А.Б.Покровским, А.Е.Успенским).

Из совокупности нижеперечисленных симптомов отметьте те, которые Вы замечаете или ощущаете на следующий день после употребления накануне напитков, содержащих алкоголь, в количествах, приводящих к появлению одного или более из нижеперечисленных симптомов. Наличие таковых отметьте знаком (+), а отсутствие – знаком (-). В случае неуверенности оставьте графу свободной		
№	Симптомы	+ или -
1	Беспокойство или возбуждение	
2	Бледность (холодная, влажная кожа)	

3	Боль в области сердца	
4	Гиперемия (чрезмерное покраснение) лица	
5	Головная боль	
6	Головокружение	
7	Дрожание пальцев рук	
8	Желание принять алкоголь	
9	Желтушность кожных покровов	
10	Изменение кожной чувствительности (повышение, снижение)	
11	Нарушение стула (понос, запор)	
12	Недомогание и утомляемость	
13	Нервное напряжение	
14	Носовые кровотечения	
15	Обморочные состояния	
16	Одышка	
17	Отеки на ногах	
18	Отечность лица	
19	Отсутствие аппетита	
20	Ощущение сердцебиения	
21	Перебои в работе сердца	
22	Повышенное отделение слюны	
23	Потребность закурить	
24	Потребность принять лекарство	
25	Провалы в памяти о происходившем накануне	
26	Раздражительность и озлобление	
27	Рвота и тошнота	
28	Рвота кровавая	
29	Снижение полового влечения	
30	Сухость во рту	
31	Сыпь на коже	
32	Чрезмерный аппетит	
33	Чрезмерная жажда	
34	Чрезмерная потливость (ночные поты)	
35	Шатающаяся походка	

Наличие 15 и более признаков ПАС предполагает высоковероятное длительное и регулярное употребление алкоголя в опасных для здоровья дозах. Даже констатация только одного патологического признака по данной карте на следующий день после употребления спиртного свидетельствует о том, что отвечающему знакомы негативные эффекты алкоголя и позволяет ставить под сомнение искренность всех четырех отрицательных ответов по тесту «CAGE».

Тест «CAGE» и анкета ПАС в основном используются как скрининговые методы выявления главным образом алкогольной зависимости.

Для раннего выявления лиц группы риска и лиц, злоупотребляющих алкоголем, широко используется тест «AUDIT», разработанный в 1989 году рабочей группой ВОЗ.

Тест содержит серию из 10 вопросов: три вопроса по потреблению, четыре вопроса по зависимости и 3 вопроса по проблемам, связанным с употреблением алкоголя.

**Таблица 6 Тест «AUDIT»**

Обведите ту цифру, которая больше всего отражает Вашу ситуацию

1. Как часто Вы употребляете напитки, содержащие алкоголь?				
(0) Никогда	(1) 1 раз в месяц или реже	(2) 2-4 раза в месяц	(3) 2-3 раза в неделю	(4) 4 или бо- лее раз в не- делю

2. Сколько рюмок алкогольного напитка Вы выпиваете в тот день, когда употребляете алкоголь?				
(0) 1 или 2	(1) 3 или 4	(2) 5 или 6	(3) От 7 до 9	(4) 10 или более

3. Как часто Вы выпиваете 6 или более рюмок?				
(0)	(1) реже,	(2) 1 раз	(3) 1 раз	(4) Каждый день

Никогда	чем 1 раз в месяц	в месяц	в неделю	или почти каж- дый день
---------	----------------------	---------	----------	----------------------------

4. Как часто за последний год Вы замечали, что, начав пить алкогольные напитки, не можете остановиться?

(0) Никогда	(1) реже, чем 1 раз в месяц	(2) 1 раз в месяц	(3) 1 раз в неделю	(4) Каждый день или почти каж- дый день
----------------	-----------------------------------	----------------------	-----------------------	---

5. Как часто за последний год из-за чрезмерного употребления алкоголя Вы не смогли сделать то, что делаете обычно?

(0) Никогда	(1) реже, чем 1 раз в месяц	(2) 1 раз в месяц	(3) 1 раз в неделю	(4) Каждый день или почти каж- дый день
----------------	-----------------------------------	----------------------	-----------------------	---

6. Как часто за последний год Вам необходимо было опохмелиться утром, чтобы прийти в себя после того, как Вы много выпили накануне?

(0) Никогда	(1) реже, чем 1 раз в месяц	(2) 1 раз в месяц	(3) 1 раз в неделю	(4) Каждый день или почти каж- дый день
----------------	-----------------------------------	----------------------	-----------------------	---

7. Как часто за последний год Вы испытывали чувство вины или угрызения совести после выпивки?

(0) Никогда	(1) реже, чем 1 раз в месяц	(2) 1 раз в месяц	(3) 1 раз в неделю	(4) Каждый день или почти каж- дый день
----------------	-----------------------------------	----------------------	-----------------------	---

8. Как часто за последний год Вы не могли вспомнить, что было накануне вечером, потому что вы были пьяны?

(0) Никогда	(1) реже, чем 1 раз в месяц	(2) 1 раз в месяц	(3) 1 раз в неделю	(4) Каждый день или почти каж- дый день
----------------	-----------------------------------	----------------------	-----------------------	---

9. Получали ли Вы или кто-то другой травму по причине чрезмерного употребления вами алкогольных напитков?

(0) Нет	(2) Да, но не в прошлом году	(4) Да, в прошлом году
---------	---------------------------------	------------------------

10. Кто-нибудь из родственников, друг, врач или другой медицинский работник выражали озабоченность по поводу употребления Вами алкоголя или предлагали Вам уменьшить количество употребляемого алкоголя?

(0) Нет

(2) Да, но не в прошлом году

(4) Да, в прошлом году

Рекомендуемый пороговый балл – 8. Люди с баллом больше 15, скорее всего, отвечают критериям имеющейся в настоящее время алкогольной зависимости.

Наш опыт клинического применения теста «AUDIT» более чем у 1 000 пациентов показал, что этот тест очень удобен, прост и высоко информативен.

### 8.2.2. Объективные физические признаки ХАИ

Объективным критерием состояния ХАИ может служить комплекс физических симптомов, встречающихся при систематическом потреблении алкоголя и отражающих его органические последствия. Физические признаки ХАИ легко определяются при внешнем осмотре и элементарном исследовании. Для этого используется тест «Сетка LeGo» (Таблица 7), модифицированный отечественными учеными (О.Б.Жарковым, П.П.Огурцовым, В.С.Моисеевым).

**Таблица 7 Тест «Сетка LeGo»**

- Ожирение
- Дефицит массы тела
- Транзиторная артериальная гипертония
- Тремор
- Полинейропатия
- Мышечная атрофия
- Гипергидроз
- Гинекомастия
- Увеличение околоушных желез

- Обложенный язык
- Наличие татуировки
- Контрактура Дюпюитрена
- Венозное полнокровие конъюнктивы
- Гиперемия лица с расширением сети кожных капилляров
- Гепатомегалия
- Телеангиоэктазии
- Пальмарная эритема
- Следы травм, ожогов, костных переломов, отморожений

Патогномоничных признаков, специфичных для злоупотребления алкоголем, пока не выявлено. Поэтому любой метод скрининга ХАИ может иметь некоторые ограничения возможности своего применения. Так, наличие отдельных из перечисленных физических и лабораторных маркеров ХАИ у пожилых пациентов следует оценивать крайне осторожно в связи с, как правило, неизбежным возрастным накоплением соматоневрологического неблагополучия, проявлением которого могут быть большинство из перечисленных признаков. Так, например, контрактура Дюпюитрена, полинейропатия, повышение или снижение массы тела, гепатомегалия, артериальная гипертензия встречаются при сахарном диабете, тремор – при паркинсонизме.

Один, реже – одновременно два или три признака могут обнаруживаться и у непьющих или малопьющих людей и не являются патогномоничными симптомами ХАИ. Сочетание же нескольких из них (семи и более) свидетельствует в пользу регулярного употребления алкоголя, и тест считается положительным на состояние ХАИ.

Учитывая, что в молодом возрасте у многих пьющих лиц нередко отсутствуют такие физические маркеры ХАИ, как гинекомастия, гигантский паротит, багровый оттенок лица, следует считать, что наибольшая специфичность и объектив-

ность этих физических маркеров ХАИ ограничивается возрастным «коридором» 30-65 лет.

### **8.2.3. Экспресс-энзимодиагностика**

Другим критерием высоковероятного регулярного употребления алкоголя может быть обнаружение в жидких средах организма алкоголя (этанола) в достаточно высоких концентрациях при неожиданном для пациента обследовании и отсутствии у него признаков явного опьянения. Обнаружение в крови этанола в концентрации 1 г/л или более при отсутствии внешних признаков опьянения свидетельствует о высокой толерантности к алкоголю, формирующейся только при длительном и систематическом его употреблении в высоких дозах. Это – объективный критерий ХАИ и длительного алкогольного анамнеза даже в случае его полного отрицания.

Особо следует подчеркнуть, что запах алкоголя далеко не всегда может служить признаком опьянения у обследуемого. В условиях широкого распространения ароматических сигарет, жевательных резинок, карамелей, таблеток, трав, дезодорантов и т.д. лица, способные контролировать свое опьянение -«толеранты», особенно интеллектуально сохранные, могут производить впечатление выпивающих лишь от случая к случаю лиц, несмотря на наличие у них длительного алкогольного анамнеза.

С целью обнаружения алкоголя в биологических средах организма не обязательно исследовать кровь. Высокоинформативным является выявление содержания алкоголя (этанола) в слюне, что хорошо отражает его концентрацию в других жидких средах организма (кровь, моча, пот, слезы). Коэффициент корреляции между содержанием этанола в слюне и крови близок к единице.

Оценка содержания этанола в слюне оптимальна при применении простого и недорогого полуколичественного скринингового энзиматического метода с использованием

отечественных («Алкодиагностик») или аналогичных зарубежных индикаторов («Alco-scan», «Alco-screen», «Alco-range»).

Такие индикаторы получили название «стрипов» (strip – полоска).

#### **8.2.4. Биохимические методы определения состояния ХАИ**

Дополнительное использование одного-двух лабораторных тестов повышает вероятность распознавания ХАИ, хотя необходимо отметить, что строго специфических лабораторных признаков систематического употребления алкоголя не существует.

Среди более 25 известных биологических индикаторов систематического потребления алкоголя специалистами предпочтение отдается лишь двум:

1. Повышение активности гамма-глутамилтранспептидазы (ГГТ) более 85 ед/л.
2. Увеличение среднего корпускулярного объема эритроцитов (СКОЭ) более 95-100 fl.

#### **8.2.5. Инструментальные методы диагностики состояния ХАИ**

Эти признаки могут быть дополнительным положительным тестом, подтверждающим злоупотребление алкоголем, или стать поводом для выяснения алкогольного анамнеза пациента (Таблица 8).

#### **Таблица 8 Инструментальные признаки ХАИ**

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Атрофия коры головного мозга при расширении его желудочков в трудоспособном возрасте (компьютерная томография)</li></ul> |
|--|

- Бледность соска зрительного нерва (офтальмоскопия)
- Эрозивный эзофагит (эзофагодуоденоскопия)
- Атрофический гастрит с эрозиями преимущественно малой кривизны желудка (эзофагодуоденоскопия)
  - Линейные разрывы слизистой и подслизистого слоя на стыке пищевода и желудка (синдром Мэллори-Вейсса) (эзофагодуоденоскопия)
  - Разрыв всех слоев пищевода, развитие интрамуральной гематомы (синдром Берхава) (эзофагодуоденоскопия)
  - Дивертикулез и дивертикулит пищевода, его рубцовые сужения (эзофагодуоденоскопия-рентген)
  - Медиастенит нетравматического происхождения (рентген)
    - Индурация поджелудочной железы с калькулезом или кистозной дегенерацией (УЗИ)
    - Жировая дистрофия гепатоцитов (биопсия)
    - Центролобулярный и перивенальный фиброз гепатоцитов (биопсия)
    - Мелкоузловой или смешанный (мелко-крупноузловой) цирроз печени (лапароскопия)
    - Абсцедирующая пневмония, абсцесс легкого, эмпиема (рентген, бронхоскопия)
    - Деформация бронхов, бронхоэктазы (рентген, бронхоскопия)

### 8.2.6. Газовая хроматография

Газохроматографический метод превосходит по чувствительности и специфичности методы энзимодиагностики. Газовая хроматография выполняется при помощи прибора – хроматографа.

Также как и при применении экспресс-энзимодиагностики хроматографический тест считается положительным при

обнаружении концентрации алкоголя в биологических средах организма равной или превышающей 1 г/л

### **8.2.7. Посмертная диагностика состояния ХАИ**

Посмертная диагностика состояния ХАИ основана на выявлении наличия сочетания из нескольких (4 и более) патологоанатомических (аутопсийных) признаков, являющихся, как правило, результатом систематического употребления алкоголя. Патоморфологические признаки ХАИ представлены в таблице 9.

**Таблица 9 Патоморфологические признаки ХАИ**  
(Составлены П.П.Огурцовым)

- Атрофия коры головного мозга при расширении его желудочков в трудоспособном возрасте
- Фиброз мягких мозговых оболочек, стенок сосудов оболочек и вещества головного мозга
- Эрозивный эзофагит
- Линейные разрывы слизистой и подслизистого слоя на стыке пищевода и желудка (синдром Мэллори-Вейса)
- Разрыв всех слоев пищевода, развитие интрамуральной гематомы (синдром Берхава).
- Дивертикулез и дивертикулит пищевода, его рубцовое сужение, рак пищевода.
- Атрофический гастрит, эрозии преимущественно малокривизны желудка
- Гнойный медиастинит нетравматического происхождения
- Индурация поджелудочной железы с калькулезом или кистозной дегенерацией
- Жировой гепатоз, жировая дистрофия гепатоцитов
- Фиброз печени, центрлобулярный или околовенный фиброз гепатоцитов.

- Мелкоузловой или смешанный (мелко-крупноузловой) цирроз печени
- Некроз медуллярного вещества почек
- Деформация бронхов, бронхоэктазы
- Абсцесс легких, абсцедирующая пневмония
- Следы травм, ожогов, костных переломов, отморожений.
- Татуировки
- Контрактура Дюпюитрена

### **8.3. Диагностика зависимости от алкоголя**

Тесты «CAGE», «AUDIT», «Сетка LeGo», анкета ПАС и другие скрининговые методы, в некоторых случаях дают информацию о высокой вероятности наличия у обследуемого зависимости от алкоголя. Эти люди нуждаются в более глубоком обследовании. Для этого полезно знать и использовать в общении с пациентом, разработанные Р. Хейлманом, восемь значимых признаков зависимости от алкоголя

Признаки зависимости от алкоголя по Р. Хейлману включают:

#### **1. Постоянные мысли об алкоголе.**

Возможные вопросы пациенту:

- Ожидаете ли вы с нетерпением конца рабочего дня, чтобы выпить и расслабиться?
- Ловите ли вы себя на том, что ждете конца недели, когда можно немного гульнуть?
- Замечаете ли вы, что мысль о выпивке врывается иногда в ваше сознание в самый неподходящий момент, когда вам нужно думать о чем-то другом?
- Не появляется ли у вас потребность выпить спиртное в определенное время суток?

## **2. Повышение толерантности (выносливости) к алкоголю.**

Возможные вопросы пациенту:

- Изменилась ли ваша личная доза алкоголя, от которой вы пьянеете?
- Не находите ли вы, что можете пить больше других и при этом не пьянеть?
- Гордитесь ли вы тем, что можете выпить больше других?

## **3. Быстрое поглощение алкоголя.**

Смысл этого признака в том, что человек с алкогольной зависимостью обычно принимает алкоголь таким образом, чтобы он поскорее подействовал.

Возможные вопросы пациенту:

- Выпиваете ли вы свой стакан (рюмку) залпом или цедите понемногу?
- Не случалось ли вам, идя в гости, принять дома некоторую дозу алкоголя, чтобы «стартовать» раньше? Либо сделать маленький «междусобойчик» на кухне, пока хозяйка заканчивает накрывать на стол?

Для Российской популяции этот признак довольно относителен. В России считается нормальным пить водку залпом, а не смакуя. Об этом прекрасно написал Фазиль Искандер в своем романе «Человек и его окрестности» - «Странно, никто нас не учил допивать до дна бокал вина или рюмку водки, а мы сами всегда допиваем до дна... А между прочим, люди Запада, как правило, свои напитки не допивают до дна. Прихлебнут, отставят. Прихлебнут, отставят. Кажется они больше доверяют течению жизни. Кажется у нас нет уверенности, что не отнимут, если мы замешкаемся с питием. Вот и спешим опрокинуть. Что-то есть в нашей жизни вокзальное. То ли вот-вот буфет закроют, то ли вот-вот поезд уйдет».

#### **4. Употребление алкоголя в одиночку.**

Для больного алкоголизмом важнее сама выпивка, чем общение. Особенно часто в одиночку пьют женщины.

Возможные вопросы пациенту:

- Выпиваете ли вы иногда дома в одиночку или за столом, когда никто другой не пьет?
- Случается ли вам выпить добавочную рюмку помимо тостов, которые провозглашаются за столом?

#### **5. Употребление алкоголя в качестве «универсального лекарства».**

Больному с алкогольной зависимостью может казаться, что алкоголь – это панацея от всех болезней и неприятностей. С другой стороны болезни, проблемы и неурядицы могут быть просто поводом, объясняющим окружающим внешнюю причину употребления алкоголя.

Возможные вопросы пациенту:

- Выпиваете ли вы для успокоения нервов, снятия стресса, простуде?
- Возникает ли мысль о выпивке, когда вы сталкиваетесь с неприятностями, физическим недомоганием?

#### **6. Покупка или возможность покупки алкоголя про запас.**

Больной с алкогольной зависимостью испытывает больше комфорта, если у него припасена бутылочка в месте, известном только ему одному. Сюда же можно отнести и припрятанную «подкожную заначку» о которой никто не знает, но на эту денежку всегда можно приобрести алкоголь. Чаще всего такая бутылочка или денежная «заначка» используется на следующий день, после обильного возлияния.

Возможные вопросы пациенту:

- Чувствуете ли вы себя спокойнее, если у вас припасена бутылка в доме (в гараже, в сейфе, на работе, в туалете)?
- Случается ли у вас оставлять себе деньги, о которых никто не знал, для покупки алкоголя, когда это вам понадобится?

## **7. Непланируемая выпивка.**

Больной алкоголизмом часто выпивает больше, чем хотел до начала выпивки; больше, чем планировал. Такие люди действуют скорее импульсивно, чем по плану. Больной может пить в тот день, когда не собирался этого делать.

Возможные вопросы пациенту:

- Случается ли вам пойти куда-то выпивать, когда первоначально вы намеревались сразу отправиться домой?
- Выпиваете ли вы больше того количества алкоголя, которое намеревались выпить вначале?

## **8. Выпадение из памяти момента окончания выпивки.**

Возможные вопросы пациенту:

- Были ли у вас случаи, когда вы утром не могли вспомнить, как закончилась вчерашняя выпивка?
- Всегда ли вы помните после выпивки, где вы пили, с кем и что с вами там происходило?

### **8.4. Формулировка диагноза**

ХАИ приводит к самым различными нарушениям здоровья, включающим как заболевания с признанной алкогольной этиологией и характерной клинико-морфологической картиной (согласно МКБ-10), так и заболевания, при которых алкоголь выступает фактором повышенного риска.

В МКБ-10 ХАИ может быть классифицирована под рубрикой T51.0 – токсическое действие алкоголя, либо под рубрикой F10.1 – пагубное употребление алкоголя. Нельзя забывать и то, что выявленное нами состояние ХАИ может быть уже у пациента с алкогольной зависимостью (F10.2), которую устанавливает только врач-нарколог.

В случае выявления патологии, имеющей согласно МКБ-10 алкогольную этиологию, диагноз следует формулировать, начиная с ХАИ, а затем указывать «орган-мишень» и осложнения.

Например: Хроническая алкогольная интоксикация: алкогольная кардиомиопатия.  
Мерцательная аритмия. Нк 2 ст.

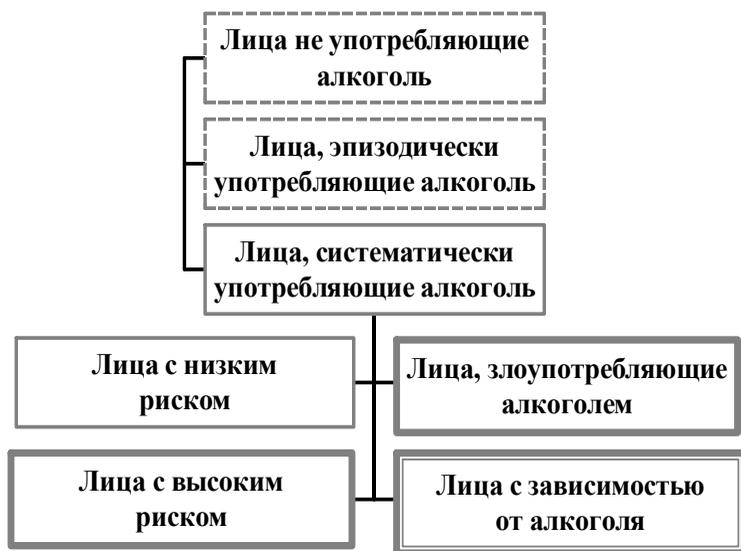
При выявлении заболеваний на фоне признаков ХАИ, но не имеющих согласно МКБ-10 прямой причинной связи с алкоголем, диагноз следует формулировать обычным образом, но в качестве фоновой патологии выделять ХАИ, заканчивая осложнениями основного заболевания.

Например: ИБС, крупноочаговый инфаркт миокарда в области передней стенки левого желудочка, подострая стадия. Хроническая алкогольная интоксикация.  
Нк 1 ст

Заключительным итогом диагностического этапа взаимодействия с пациентом должно явиться установления диагноза и факта наличия или отсутствия состояния ХАИ.

Определите, в какой квадратик схемы можно «поместить» вашего пациента.

Только после этого можно переходить к следующему этапу действий – попытке изменить ситуацию, если вы этого хотите.



## 9. ВРАЧЕБНАЯ ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ЛИЦ, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ АЛКОГОЛЬ

«Господи, дай нам смирение принять то, что невозможно изменить, дай нам мужество изменить то, что следует изменить и дай нам мудрость отличить одно от другого»

Рейнгольд Нибур «Смирная молитва»

Врачебная тактика и стратегия по отношению к лицам, употребляющим алкоголь зависит от той группы риска в которую Вы отнесли своего пациента после всего комплекса обследования, представленного выше.

### **9.1. Врачебная тактика по отношению к лицам, низкого риска**

При взаимодействии с лицами, не употребляющими алкоголь, эпизодически употребляющими алкоголь и лицами систематически употребляющими алкоголь (группа низкого риска) задачей врача будет сохранение и укрепление здоровья пациента. То есть, выполнение всего комплекса мероприятий входящих в понятие **первичная профилактика**. Это и оценка индивидуального резерва здоровья, и санитарно-просветительная работа, и рекомендации по здоровому образу жизни и т.д.

### **9.2. Врачебная тактика по отношению к лицам высокого риска**

Врачебная тактика по отношению к этой категории лиц однозначна. Совершенно не обязательно пытаться выяснить риск конкретных будущих проблем пациента, да Вы, скорее всего, этого и не сможете сделать.

Необходимо любыми приемлемыми способами **добиться снижения уровня потребления алкоголя** и перевести пациента в группу низкого риска и последующим выполнением всего комплекса профилактических мероприятий.

### **9.3. Врачебная тактика по отношению к лицам, злоупотребляющим алкоголем**

Врачебная тактика по отношению к лицам, злоупотребляющим алкоголем, включает:

1. Выявление и анализ всех имеющихся проблем.
2. Медикаментозная и немедикаментозная коррекция имеющихся проблем.

3. Проведение мероприятий по снижению уровня потребления алкоголя или полному исключению алкоголя из употребления.

#### **9.4. Врачебная тактика по отношению к лицам с алкогольной зависимостью (алкоголизмом)**

Врачебная тактика по отношению к лицам, с алкогольной зависимостью (алкоголизмом) включает:

1. Направление на консультацию к наркологу для уточнения диагноза и необходимости проведения специального лечения
2. Проведение мероприятий по полному исключению алкоголя из употребления при невозможности или отказе пациента от консультации нарколога.

### **10. ПРОВЕДЕНИЕ КРАТКОВРЕМЕННОГО КУРСА ЛЕЧЕНИЯ**

«Они могут, ибо они думают, что могут»  
Вергилий «Энеида»

Итак, мы с Вами подошли к заключительному, пожалуй, самому трудному и интересному этапу. Вы уже знаете, что с вашим пациентом, знаете, что надо делать, остается узнать (а лучше научиться) как это надо делать.

Для лечения проблем связанных с употреблением психоактивных веществ (в том числе и алкоголя) используются самые разнообразные методы лечения и их комбинации. Их разделяют на психодинамические, поведенческие и когнитивно-поведенческие, биологические и социокультурные методы лечения. Разрешите на этом перечислении и остановиться. В большинстве своем эти методы требуют специальной и достаточно длительной подготовки и, без всякого со-

мнения, должны оставаться в компетенции специалистов наркологов, психологов и психотерапевтов.

Но это вовсе не означает, что врачи прочих специальностей ничего не смогут сделать. Смогут и еще даже очень как!

За рубежом накоплен огромный практический опыт по взаимодействию врача с лицами, употребляющими алкоголь, с целью уменьшения или прекращения потребления алкоголя. Это воздействие названо **кратковременным вмешательством**, и представляет собой последовательный алгоритм действий при непосредственном общении с пациентом.

Метод кратковременного вмешательства разработан, прежде всего, для врачей первичного звена здравоохранения, врачей общей практики (семейных врачей) и других врачей не являющихся специалистами в области наркологии и психиатрии.

За рубежом метод кратковременного вмешательства широко используют в своей профессиональной деятельности средние медицинские работники, работники социальной сферы.

Более чем 30-летний опыт практического использования метода кратковременного вмешательства показал его простоту и достаточно высокую эффективность, что позволило ведущим отечественным специалистам рекомендовать применение метода в России.

К сожалению, в отечественной литературе информация о методе кратковременного вмешательства практически отсутствует.

Поэтому, учитывая практическую значимость метода, я постараюсь максимально подробно на нем остановиться, добавив некоторые важнейшие практические элементы из нейролингвистики, позволяющие повысить эффективность метода.

Итак, стратегия кратковременного вмешательства состоит в тщательном выполнении четырех обязательных этапов. Эти этапы в переводе звучат следующим образом:

**Этап 1 Дайте четкий совет.**

**Этап 2 Определите мотивацию для изменения.**

**Этап 3. Поставьте конкретную цель в отношении алкоголя.**

**Этап 4. Врачебное наблюдение.**

А теперь давайте тщательно разберем каждый из этих этапов.

**Этап 1 Дайте четкий совет.**

Так этот этап называют зарубежные коллеги. На самом деле, на этом этапе Вы должны сформировать для себя и высказать пациенту свое отношение к той конкретной ситуации, которую Вы предполагаете изменить.

Возможно, это главный элемент кратковременного курса лечения. Простая и четкая фраза, что вы озабочены тем, что ваш пациент пьет, может сильно повлиять на мотивацию пациента изменить характер употребления алкоголя.

На этом этапе рекомендуется использовать следующие лингвистические элементы:

- **Выразите свою озабоченность**
  - ”Меня очень беспокоит, что вы пьете”.
  - ”То, что вы рассказали, мне кажется достаточно серьезным”.
  -
- **Поделитесь собственным мнением**
  - ”Меня очень беспокоит, что алкоголь сказывается на вашем здоровье (например, привел к нарушениям сна, возникновению проблем в семье, головным болям, недавней травме, аварии)”.
  - ”По моему мнению ваша гипертония связана именно с алкоголем)”.

- **Посоветуйте пациенту изменить свои алкогольные привычки**
  - ”Мне бы хотелось, чтобы вы сократили количество выпиваемого алкоголя”.
  - Я вам советую уменьшить количество выпиваемого алкоголя
  
- **Пациенту, которому необходимо полностью отказаться от алкоголя в связи с проблемами со здоровьем, беременностью, употреблением наркотиков, или в связи с симптомами алкогольной зависимости**
  - ”Мне бы хотелось, чтобы вы совсем бросили принимать алкоголь”.
  
- ◆ **Эти элементы не только хорошо сочетаются, но их очень желательно сочетать**
  - ”Меня очень беспокоит, что у вас алкоголь привел к нарушениям сна и мне бы хотелось, чтобы вы сократили количество выпиваемого алкоголя”.
  - ”Меня очень волнует ухудшение вашего состояния здоровья и я вам советую полностью отказаться от употребления алкоголя”.

## **Этап 2 Определите мотивацию для изменения.**

Многие пациенты не готовы изменить количество выпиваемого алкоголя. Возможно, они не готовы поставить перед собой такую цель. Важно оценить готовность пациента изменить свои привычки, выяснить на каком этапе он находится:

- 1) **не заинтересован;**
- 2) **размышляет над возможностью изменения;**
- 3) **готов что-то делать;**
- 4) **начинает делать;**
- 5) **уже делает.**

Для этого полезно задать следующие вопросы:

- ”Учитывая то, что я сказал готовы ли вы изменить количество употребляемого вами алкоголя?”
- ”Вы хотели бы изменить ваши алкогольные привычки в ближайшие 30 дней?”

◆ Определить мотивацию (или мотивации) для изменения иногда очень легко, но чаще, всего будьте готовы к очень кропотливой и трудной работе не только по выявлению, но и по созданию мотивации.

**Ради чего ваш пациент захочет сделать то, что вы ему предлагаете?**

**Это самое важное.**

**Ответив на этот вопрос, можно идти дальше.**

Учитывая практическую важность и сложность данного этапа мы вынесли вопросы врачебной тактики в формировании мотиваций в зависимости от готовности пациента к изменению поведения в отдельную главу (смотри Главу 11).

### **Этап 3. Поставьте конкретную цель в отношении алкоголя.**

На этом этапе Вы должны поставить реальную цель, исходя из общественных норм, актуальных для вашего пациента и его способности изменить свои привычки. При постановке непостижимой задачи, неудача пациента может перечеркнуть все ваши усилия.

**Не забудьте согласовать поставленную Вами цель с пациентом.**

- ”Давайте установим конкретные сроки изменения количества употребляемого вами алкоголя. Я предлагаю с завтрашнего дня и на 6 месяцев”.
- ”Как вы считаете, насколько вы могли бы сократить количество выпиваемого алкоголя? ”

- ”Я вам предлагаю полностью отказаться от алкоголя, для начала на 3 месяца. Давайте определимся когда вы начнете это делать: с завтрашнего дня или со следующего понедельника?”
- ”Насколько я понял, прежде, чем ставить цель, вы хотели бы подумать?”.

Правильно поставить цель Вам поможет дополнительная информация, данная в Главе 12

- **Письменный контракт (договор)**

В некоторых случаях полезно с вашим пациентом заключить письменное соглашение (договор, контракт), в котором Вы должны четко определить **взаимные** обязательства. Хотя этот договор и не носит юридической силы, но для некоторых пациентов письменный характер соглашения будет иметь очень важное значение.

Например: ”Мне бы хотелось, чтобы **мы** подписали это соглашение, согласно которому вы в течение последующих 30 дней сокращаете количество выпиваемого алкоголя до ....., а я со своей стороны.....”.

В этом соглашении надо четко прописать все, что обязуется выполнить Ваш пациент.

Со своей стороны Вы тоже должны письменно обещать своему пациенту глубокое проникновение в суть проблем пациента, конфиденциальность, помощь, поддержку и уважение. Заверьте пациента, что этот договор, только между Вами, и никто его не увидит ни при каких обстоятельствах. Подписав этот договор, уберите его **при пациенте** лучше всего в сейф или в запираемый ящик, а ключ положите к себе в карман.

## Этап 4. Врачебное наблюдение

Роль врача в поддержке изменений и профилактике рецидивов имеет очень важное значение. Пациент не должен ощущать себя «брошенным». Наоборот, он должен чувствовать Ваше постоянное внимание, заботу и поддержку.

Об этом прекрасно написал известный дореволюционный публицист и пропагандист трезвого образа жизни Д.Г.Булгаковский. «Его (пьяницу) следует согреть любовью, забыть все, до чего он дошел, простить все возмутительные его поступки, как последствия расслабленного ума и разложившейся воли».

Заклучив устное или письменное соглашение, Вам необходимо определить как будут проходить Ваши дальнейшие плановые и экстренные контакты с пациентом (визит к Вам, визит к пациенту, разговор по телефону и т.д.), чтобы это было взаимудобно.

**Важно, не затягивать сроки повторного контакта**, во время которого Вы должны убедиться, что все идет так, как запланировали.

Повторный контакт лучше всего провести в первую неделю изменений.

Сроки следующих контактов обговариваются индивидуально с учетом конкретной ситуации и поставленной цели.

- ◆ **При работе с пациентами с алкогольной зависимостью** выполняются все эти же этапы, но с учетом следующих моментов:
  - Конечная установка должна быть на полный отказ от алкоголя.
  - После выявления или создания мотивации и постановки конкретной цели Вам надо направить пациента на консультацию к наркологу с целью:
    - установления окончательного диагноза

- определения необходимости проведения специальных методов лечения (фармакологические, психотерапевтические и др.).
- При проведении специальных методов лечения желательно совместное наблюдение за пациентом с врачом, выполняющим это лечение (наркологом, психиатром, психотерапевтом), при вашем невмешательстве в специфику лечения.

## **11. ВРАЧЕБНАЯ ТАКТИКА В ФОРМИРОВАНИИ МОТИВАЦИЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГОТОВНОСТИ ПАЦИЕНТА К ИЗМЕНЕНИЮ ПОВЕДЕНИЯ**

«Пандору – девушку, созданную Гефестом из земли и воды, - попросили ни в коем случае не открывать один ящик, но не объяснили, почему этого нельзя было делать. Жизнь ее текла мирно и безмятежно, как в райском саду. Но однажды запретный плод снова оказался непреодолимо притягательным, и Пандора открыла ящик. Внезапно все несчастья мира вылетели из него в виде тучи жалящих насекомых, повалили из ящика, искусили Пандору и скрылись с ликованием, разлетевшись по всему свету подобно сонму злых духов. И лишь одно осталось в ящике – НАДЕЖДА. И когда она стала умолять Пандору выпустить ее, испуганная девушка открыла ящик еще раз. И НАДЕЖДА утешила ее».

Древнегреческий миф о ящике Пандоры

Мотивация – это потребность или желание, стимулирующее и направляющее поведение к достижению определенной цели. В данной главе речь пойдет о формировании мотивации достижений, относящихся по иерархии мотивов А.Маслоу (1970) к высшим психологическим потребностям человека.

## **Стадия 1: ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЕ ОБДУМЫВАНИЕ: Работа с пациентами, не готовыми к отказу от алкоголя.**

**Проблема:** *Недостаток информации – «Я никогда не задумывался об этом. И зачем мне это нужно?».*

### **1. Оцените уровень знаний пациента**

- Исследуйте модель объяснения, используемую пациентом.
- Выявите источник и причины выбора пациентом такой модели объяснений.
- Проявите уважение к логике объяснений пациента.

### **2. Добейтесь восприимчивости пациента к дополнительной информации.**

- Проверьте его заинтересованность в дополнительной информации.
- Сведите к минимуму отвлекающие факторы (шум, недостаток времени, другие вопросы повестки дня).

### **3. Предоставьте информацию.**

- Сообщайте информацию небольшими, удобными для усвоения частями.
- Избегайте жаргона; пользуйтесь языком, соответствующим уровню образования и культуры пациента и приемлемым для Вас.
- Периодически проверяйте понимание пациентом информации; в случае сложной информации попросите пациента пересказать ее.

### **4. Оцените реакцию пациента.**

- Оцените уровень веры пациента.
- Оцените точку зрения пациента на актуальность и подтекст новой сообщенной информации.

**Проблема:** *Слабоволие – «Я бы хотел отказаться от алкоголя, но не могу?».*

**1. Проанализируйте источники слабоволия.**

- Неудачные предыдущие попытки бросить пить или рецидивы.

- Низкий уровень самоуважения/самооценки – депрессия, другие характерные заболевания (например, наркомания, психические расстройства, связанные с изменением аппетита, ожирение), имевшие место ранее или имеющие место сейчас жестокое обращение или насилие, неурядицы в семье родителей пациента, изменения личности.

**2. Оцените причины возникновения рецидивов и используйте их в качестве уроков.**

- Постарайтесь убедить пациента в нормальности повторных рецидивов.

**3. Оцените другие персональные достоинства и постарайтесь убедить пациента в том, что он может добиться успеха.**

- Проанализируйте предыдущий опыт, постарайтесь развить у пациента чувство уверенности в своих силах.

**4. Предложите лечение или дайте направление на лечение основного психического расстройства или семейных неурядиц.**

**Проблема:** *Удовлетворенность существующим положением - «Мое нынешнее состояние меня вполне устраивает».*

**1. Выясните мнение пациента о преимуществах такого поведения.**

**2. Спросите пациента о менее позитивных аспектах такого поведения.**

**3. Выясните общие устремления пациента – краткосрочные и долгосрочные.**

**4. Предложите обсудить вопрос совместимости поведения пациента с его устремлениями.**

## **Стадия 2: ОБДУМЫВАНИЕ:**

**Работа с пациентами, которые в настоящее время думают о том, чтобы принять какие-то меры.**

**1. Выразите сочувствие.**

- Продемонстрируйте понимание, не высказывая суждений, критики или упреков.
- Старайтесь слушать пациента вдумчиво.
- Рассматривайте двойственность желаний пациента как нормальное состояние.

**2. Продемонстрируйте пациенту несоответствие между его нынешним поведением и его жизненными целями.**

- Помогите пациенту осознать серьезные последствия и опасности, связанные с таким поведением.
- Помогите пациенту понять и акцентировать его внимание на несоответствие между его нынешним поведением и его более широкими намерениями: мотивация к изменению.
- Предложите пациенту высказать аргументы в пользу изменения своего поведения.

**3. Избегайте споров.**

- Избегайте провоцировать пациента, приводя доводы против изменения поведения;
- Избегайте «навешивания ярлыков».
- Рассматривайте упрямство пациента как сигнал к изменению стратегии.

**4. Преодолевайте сопротивление пациента.**

- Слегка переформулируйте высказывания пациентов с тем, чтобы дать новый импульс к необходимости изменения поведения.

- Рассматривайте нежелание и двойственное отношение пациента как нормальное и вполне объяснимое состояние.

- Вовлеките пациента в процесс решения проблемы – не Вы обязаны находить решения. В конечном счете это решение пациента.

## **5. Поддерживайте в пациенте чувство уверенности в себе.**

- Поддерживайте в пациенте веру в его способность успешно решить поставленную задачу.

- Постоянно напоминайте пациенту, что он сам несет ответственность за выбор и изменение своего поведения.

- Поддерживайте у пациента надежду, предлагая несколько различных подходов.

### **Стадия 3: ПРИНЯТИЕ РЕШЕНИЯ:**

#### **Работа с пациентами, находящимися в состоянии принятия решения.**

## **1. Закрепите намерение пациента изменить свое поведение.**

- Акцентируйте внимание пациента на потенциальных преимуществах изменения своего поведения.

- Укрепите веру пациента в свои силы.

## **2. Помогите пациенту разработать план осуществления изменения.**

- Установите, что ранее удалось и что не удалось.

- Определите внутренние и внешние побудительные мотивы для такого поведения – примите во внимание настроение, стрессы, особые случаи и торжества, время дня,

день недели, месяц или год, контакты с людьми, появление в общественных местах и др.

- Постарайтесь выяснить взгляды пациента относительно способов ослабить действие побудительных мотивов или нейтрализовать их.

- В случае необходимости предложите пациенту «мению» возможных моделей поведения, из которого он может сделать выбор.

- С помощью вопросов и возможно вежливого совета помогите пациенту выявить потенциально слабые места в выбранном плане действий.

- Если это целесообразно, акцентируйте внимание пациента на социальной поддержке, самоощущении и перемене обстановки.

- Выразите должное уважение принятыми пациентом решениями в отношении плана.

- Проанализируйте план, стараясь сделать его более конкретным.

- Установите сроки выполнения плана.

- Разработайте дополнительный план на случай возможных затруднений.

**3. Заявляйте о сотрудничестве; акцентируйте дополнительное внимание на преимуществах изменения поведения; способствуйте развитию у пациента уверенности в своих силах.**

**4. Организуйте последующее наблюдение за пациентом.**

**Стадия 4: ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЯ:  
Работа с пациентами, в процессе осуществления  
изменения.**

Проанализируйте эффективность предыдущих методов изменения поведения.

## **1. Позитивные факторы.**

- Выявляйте методы, которые дают хорошие результаты, и поддерживайте усилия пациента.
- Выявляйте и отмечайте любые достигнутые пациентом позитивные сдвиги в изменении поведения.
- Выявляйте любые негативные аспекты изменения поведения пациента – чего недостает и как это может быть заменено без возобновления старого поведения?

## **2. Возможность усовершенствовать ранее использовавшиеся методы.**

- Выявляйте методы, которые оказались малоэффективными.
- Выявляйте периоды, которые были самыми трудными.
- Выявляйте «негативные аспекты» (кратковременные ограниченные по времени проявления старого поведения) и рецидивы.

## **3. Выявляйте любые возможные новые или ожидаемые препятствия к изменению поведения пациента – учитывайте настроение, стрессы, особые случаи и праздники, время дня, день недели, месяц или год, общение с людьми, появление в общественных местах, самонадеянность.**

## **4. Разработайте план действий по решению текущих и ожидаемых проблем.**

- Постарайтесь выяснить мнение пациента относительно способов избежать или каким-то образом нейтрализовать действие побудительных факторов.
- При необходимости предложите пациенту «меню» возможных моделей поведения, из которого он может сделать выбор.
- С помощью вопросов и возможно вежливого совета помогите пациенту выявить потенциально слабые места в выбранном плане действий.

- Если это целесообразно, акцентируйте внимание пациента на социальной поддержке, самоощущении и перемене обстановки.
- Выразите должное уважение принятыми пациентом решениями в отношении плана.
- Проанализируйте план, стараясь сделать его более конкретным.
- Установите сроки выполнения плана.
- Разработайте дополнительный план на случай возможных затруднений.

**5. Заявляйте о сотрудничестве; акцентируйте дополнительное внимание на преимуществах изменения поведения; способствуйте развитию у пациента уверенности в своих силах.**

**6. Организуйте последующее наблюдение за пациентом.**

### **Стадия 5: ПОДДЕРЖКА:**

**Работа с пациентами, находящимися на стадии поддержки.**

- 1. Добейтесь того, чтобы изменение поведения пациента было устойчивым.**
- 2. Сформулируйте цели для полного личного удовлетворения – с учетом вопросов здоровья, семьи и других межличностных отношений, общества, карьеры, религии и духовности.**
- 3. Разработайте план для продвижения в направлении достижения целей развития личности.**
  - Постарайтесь выяснить мнение пациента относительно способов избежать или каким-то образом нейтрализовать действие побудительных факторов.

- При необходимости предложите пациенту «меню» возможных моделей поведения, из которого он может сделать выбор.
- С помощью вопросов и возможно вежливого совета помогите пациенту выявить потенциально слабые места в выбранном плане действий.
- Выразите должное уважение принятыми пациентом решениями в отношении плана.
- Проанализируйте план, стараясь сделать его более конкретным.
- Установите сроки выполнения плана.
- Разработайте дополнительный план на случай возможных затруднений

### **Стадия 6: РЕЦИДИВ:**

#### **Работа с пациентами, находящимися в состоянии рецидива**

- 1. Постарайтесь убедить пациента в нормальности рецидива.**
- 2. Постарайтесь развить у пациента уверенность в своих силах и самоуважение.**
- 3. Выявите последствия (остаточные явления) рецидива.**
- 4. Попытайтесь проанализировать случай рецидива, как потенциально полезный опыт (отрицательный результат – это тоже результат).**
- 5. Заново определите стадию готовности данного пациента к изменению.**

Главы 12 и 13 являются дополнительными и содержание их, как Вам может показаться, напрямую не относится к тематике данной книги. Это не так, потому, что все, что написано ниже имеет универсальное прикладное значение и поможет Лично Вам быть эффективнее не только

**в работе с пациентами, но и в взаимодействии с окружающими и с самим собой.**

## **12. МЕТОДОЛОГИЯ ПОСТАНОВКИ ЦЕЛИ**

«Если вы знаете врага и знаете себя, вам не стоит опасаться за исход сотни битв. Если вы знаете себя, но не знаете врага, то на каждую вашу победу будет приходиться одно поражение. Если же вы не знаете ни врага, ни себя, вы будете терпеть поражение постоянно».

Сун Цзу

В этой жизни мы все ставим себе какие-то цели, чего-то хотим добиться, достичь, что-то изменить, что-то улучшить, хотя не всегда это осознаем. Кто-то из нас достигает своих целей (рано или поздно) и испытывает удовлетворение, а кто-то не достигает (рано или поздно) и испытывает разочарование.

Прежде, чем перейти к конкретным действиям Вы должны для себя определить, что должно стать результатом Вашего взаимодействия с объектом (то есть поставить цель).

В широком смысле слова речь идет об эффективных коммуникациях человека не только самого с собой, но и с окружающим миром.

В более узком смысле речь идет о цели Вашего взаимодействия с пациентом.

Что же надо сделать для того, чтобы повысить вероятность достижения поставленной цели?

Прежде всего, вы должны эту цель правильно сформулировать.

- **Эта цель должна быть необходимо вам**
- **Эта цель должна быть определена в позитивных намерениях**
- **Эта цель должна быть практична и достижима**

- Эта цель должна предполагать процедуру проверки и разнообразие средств для ее достижения.

Для идентификации поставленной цели (Вашей, либо других людей) очень полезно и даже необходимо задать следующие вопросы:

1	РЕЗУЛЬТАТ	Что я/ты/вы хочу добиться?
2	ПРИЗНАКИ	Как мы узнаем, что достигли этой цели? Что мы увидим, услышим, почувствуем, сможем сделать?
3	УСЛОВИЯ	Когда нам это необходимо/нежелательно?
4	СРЕДСТВА	Чего нам недостает, чтобы достичь этой цели? (ресурсов человеческих, финансовых, времени, материалов)
5	ОГРАНИЧЕНИЯ	Почему мы не достигли этой цели раньше?
6	ПОСЛЕДСТВИЯ	Что произойдет, если мы достигнем/не достигнем этой цели?
7	ЦЕННОСТЬ	Стоит ли эта цель наших усилий

**Самое любопытное в том, что если Вы правильно сформулировали и идентифицировали свою цель и откровенно провели ее по всем вышеперечисленным пунктам, то вероятность достижения Вами этой цели будет очень высока.**

### 13. УЧИМСЯ ЗАДАВАТЬ ВОПРОСЫ

«Два пассажира стояли на палубе корабля, опершись на поручень, и смотрели в воду. «Как, должно быть, много воды в океане» – сказал один. «Да, - откликнулся второй,

- мы видим только поверхность»  
Джордж Миллер

С самого рождения человек сталкивается с новыми вещами и явлениями. Познавая окружающий мир через органы чувств, человек запоминает эту информацию, как бы кодирует ее своим способом, используя для этого зрительные образы, звуки, ощущения, запахи, вкус, или то и другое в различных комбинациях. Запоминается (кодируется) все с чем мы сталкиваемся, наш жизненный опыт, наши убеждения, интересы, ценности.

Например, слово ЯБЛОКО. Что лично для вас значит это слово? Как этот фрукт лично у вас закодирован?. У кого-то из вас это яблоко красное и большое, на ветке или на столе (зрительный образ), у кого-то тяжелое и прохладное (система ощущений), а кто-то почувствует сладковато-кислый вкус во рту.

Любой человек создает такие модели не только для предметов и явлений, но и для всего другого, что он делает (гулять, говорить, запоминать, общаться, засыпать и т.д.). Мы все создаем такие модели и каждый из нас живет в собственной модели мира. Речь не идет о том «правильная» или «неправильная» эта модель мира, речь идет о том, что у каждого она своя.

В процессе кодирования чувственного опыта и последующем процессе раскодирования, когда ваш собеседник (пациент) говорит словами о вещах и явлениях (например, жалобы на...) может теряться или искажаться важная информация. Информация может искажаться и на этапе, когда вы переводите слова пациента в свою систему репрезентации.

Например:

- Доктор, я что-то плохо себя чувствую.
- Вы знаете, я совсем не могу спать
- Все лекарства мне не помогают

Понимаете ли вы, о чем здесь идет речь? Конечно же нет. Потому, что для вашего пациента это означает одно, а для вас другое. Эти примеры несут мало содержания. Они просто указывают на то, что имеет место какой-то неспецифический процесс.

В этом случае у вас возникает два выбора

1. Оставить все, так как есть и присоединиться к модели мира вашего пациента используя соответствующие невербальные и вербальные каналы.

2. В том случае, если вам необходима точная информация, вы должны научиться задавать определенные вопросы-конкретизаторы. Их называют Мета-модели.

Задавая эти вопросы и наблюдая за пациентом, вы, кроме того, получаете важнейшую дополнительную информацию о системах репрезентации.

Вопросы Мета-модели дадут вам нужную информацию немедленно.

Эти вопросы я рекомендую почаще задавать и самому себе. Мета-модель – вещь очень простая, но именно она служит основанием всего того, что мы делаем. Без осознания того, что мы делаем, без умения собирать информацию как внешнюю (например, от своего пациента), так и внутреннюю (от самого себя), вы можете зайти в тупик.

Итак, существуют пять основных категорий вопросов-конкретизаторов

## **I. НЕКОНКРЕТНЫЕ ИМЕНА СУЩЕСТВИТЕЛЬНЫЕ И МЕСТОИМЕНА**

◆ **ПОДХОД – КТО/ ЧТО / КАКОЙ КОНКРЕТНО?**

◆ **ЦЕЛЬ: ВОССТАНОВИТЬ ИСЧЕЗНУВШУЮ ИНФОРМАЦИЮ, УТОЧНИТЬ РЕПРЕЗЕНТАТИВНЫЙ ОПЫТ**

## А). ЛЮДИ, МЕСТА, ВЕЩИ.

Для того, чтобы получить полную репрезентацию информации, которую ваш пациент имеет в виду, попросите уточнить имя существительное, местоимение или фразу.

ПРИМЕРЫ:

А. **Лекарства** вредны

- *Какие конкретно лекарства?*

В. **Они** не понимают меня

- *Кто конкретно не понимает Вас?*

## В). НОМИНАЛИЗАЦИЯ

Это использование слов с процессуальным значением в качестве имен существительных, причем процессуальность как бы исчезает. Действие подается так, как будто оно статично.

Стандартный тест на номинализацию – «Можно ли положить это в тачку?».

Если это существительное нельзя положить в тачку и потрогать, услышать, увидеть или почувствовать запах или вкус, то это номинализация.

ПРИМЕРЫ

А. Доктор, я очень **несчастлива**

- *Почему Вы так считаете?*

- *В чем именно это проявляется?*

- *Как Вы это определяете?*

В. Доктор, с моим **здоровьем** что-то не так

- *Почему Вы так считаете?*

- *В чем именно это проявляется?*

- *Как вы это определяете?*

## II. НЕКОНКРЕТНЫЕ ГЛАГОЛЫ

### ◆ ПОДХОД – КАК ИМЕННО?

◆ **ЦЕЛЬ: ОПРЕДЕЛИТЬ КОМПЛЕКСНУЮ ЭКВИВАЛЕНТНОСТЬ**

Глаголы обозначают процессы или действия. Детали процесса могут значительно варьироваться. Подход Мета-модели ставит целью – выявить конкретный набор поведенческих, подразумеваемых говорящим.

**ПРИМЕРЫ:**

А. Доктор, Вы меня **расстроили**

- *Что именно расстроило Вас?*

В. Доктор, я **думаю**, что я серьезно болен

- *Почему Вы так думаете?*

**III. УКАЗАТЕЛИ ПОГРАНИЧНЫХ ПЕРЕСЕЧЕНИЙ. МОДАЛЬНЫЕ ОПЕРАТОРЫ ВОЗМОЖНОСТИ И НЕОБОДИМОСТИ**

- ◆ **ПОДХОД:**
1. **Что Вам мешает?**
  2. **Что бы случилось, если бы Вы сделали/не сделали? смогли/не смогли?**

- ◆ **ЦЕЛЬ: ПЕРЕСЕЧЕНИЕ ГРАНИЦ ВОЗМОЖНОСТЕЙ**
1. **Уточнение имеющейся информации.**
  2. **Получение доступа к желаемой информации**

Слова типа «Я не могу» (возможность) и «Я должен», «Я обязан» (необходимость) накладывают ограничение на поведение. Уточнение выявляет конкретные условия или последствия, которые делают действие необходимым или невозможным.

**ПРИМЕРЫ**

А. Доктор, я **не могу** бросить пить.

- *Что вам мешает?*
- *Что бы случилось, если бы Вы хотя бы наполовину уменьшили количество алкоголя?*

В. Доктор, **я должна** похудеть на 25 кг.

- *Что Вам мешает?*
- *Что случится, если Вы похудеете на 25 кг?*

#### IV. УНИВЕРСАЛЬНЫЕ КОЛИЧЕСТВЕННЫЕ (УК)

- ◆ **ПОДХОД:** 1. Повторите УК в вопросительной форме.  
2. «Сгустите краски» еще больше.  
3. Получите от пациента пример исключения из правил.  
4. Уточните репрезентативный опыт.

- ◆ **ЦЕЛЬ: КОНКРЕТИЗИРОВАТЬ СДЕЛАННОЕ СВЕРХОБОБЩЕНИЕ**

Универсальные слова типа «все», «никогда», «каждый», «всегда» и т.д. указывают на сверхобобщение. В просьбе «уточнить» предлагается сделать переоценку репрезентации с тем, чтобы дифференцировать членов группы более эффективно, что увеличивает возможность выбора.

#### ПРИМЕРЫ:

А. **Все** врачи невнимательны.

- *Все врачи?*
- *Каждый врач, с которым вы встречались в вашей жизни, был невнимательным?*
- *Вы не можете вспомнить хотя бы одного внимательного врача?*
- *Назовите хотя бы одного невнимательного врача для начала?*

В. **Все** эти лекарства, которые я принимал, мне не помогли.

- *Все лекарства?*
- *Ни одно из лекарств, которые вы принимали в своей жизни, вам не помогало?*
- *Неужели не было хотя бы одного лекарства, которое вам помогло?*
- *Какие конкретно лекарства вам не помогли?*
- 

## V. СРАВНЕНИЕ С УМОЛЧАНИЕМ (КОМПАРАТЕРЫ)

◆ **ПОДХОД: УТОЧНЕНИЕ, ПО СРАВНЕНИЮ С КЕМ/ С ЧЕМ?**

◆ **ЦЕЛЬ: ВЫЯСНИТЬ ТО, С ЧЕМ СРАВНИВАЮТ.**

Компаратеры – это прилагательные и наречия, обозначающие сравнение, но при этом опускается то, с чем сравнивают.

### ПРИМЕРЫ:

А. Доктор, мне стало значительно **лучше**.

- *Лучше, чем когда?*
- *В чем именно Вам стало лучше*

В. Это лекарство действует **сильнее**.

- *Сильнее какого лекарства?*
- *В чем именно сильнее?*

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Было бы ошибкой или заблуждением полагать, что проблемы, связанные с употреблением алкоголя должны решаться силами медиков и ученых. Главное в решении этих проблем - это четкая и разумная политика Государства, поддерживаемая обществом. Но пока Государство равнодушно к здоровью своих граждан нам необходимо не только говорить о существующих проблемах, не только призывать к действию, но и действовать. А чтобы действовать эффективно, необходимы точные и конкретные знания.

Я глубоко убежден в том, что врачи самых разных специализаций (а не только психиатры и наркологи) могут и должны внести свой вклад в сохранение и укрепление здоровья россиян.

Хочется надеяться, что эта книга поможет всем заинтересованным врачам в их нелегком повседневном труде.

И не забывайте слова Аристотеля: «Помимо знания необходимо частое повторение справедливых и благоразумных действий...»

И в заключении разрешите привести отношение к алкоголю со стороны Русской православной церкви фрагментом из Поучения святителя Иоанна Златоуста «Пьянство – тяжелый грех» - молитвой об исцелении от недуга пьянства:

«Я слышу, что некоторые говорят: «Если бы не было вина, мы не были бы пьяницами!» О, безумные! Люди грешат, а мы презираем дар Божий! Неужели вино – причина такого зла? Нет, не вино, а невоздержание тех, которые злоупотребляют вином. Итак, лучше скажи: «О, если бы не было пьянства!» А если скажем: лучше не было бы вина, - то можем и далее сказать: лучше не было бы железа, потому что есть человекоубийцы; лучше бы не было ночи, потому что есть воры; лучше бы не было света, потому что есть клеветники. Таким образом ты все, наконец, захочешь истребить. Но ты не поступай так, потому что это – сатанинский дух. Не презирай

вина, но презирай пьянство. Когда пьяный придет в чувство, опиши ему все безобразия его. Скажи ему: вино дано для увеселения, а не для того, чтобы обезобразить себя; дано для того, чтобы быть веселым, а не для того, чтобы быть посмешищем; дано для подкрепления здоровья, а не для расстройства его, для уврачевания немощей телесных, а не для ослабления духа. Бог тебя почтил этим даром, для чего же ты неумеренным употреблением бесчестишь себя? Послушай, что говорит апостол Павел Тимофею: «Впредь пей не одну воду, но употребляй немного вина, ради желудка твоего и частых твоих недугов». Если и святой, одержимый болезнью и частыми недугами, не употреблял вина, доколе не повелел ему учитель, какого же мы достойны будем осуждения, когда здоровые опиваемся? Вино дано для веселья, так как сказано: вино веселит сердце человека; а вы и это его доброе свойство порочите. Ибо что за радость быть не в себе, мучиться множеством болезней, видеть все кружащимся и все во мраке, подобно находящимся в горячке?

Итак, умоляю, не заражайтесь этой болезнью, а тех, которые уже заразились, исхищайте из беды, дабы не было между вами людей, которые хуже бессловесных. Ибо скоты не требуют ничего более того, что нужно; а эти становятся бессмысленнее их, преступая границы умеренности. Все животные вообще – едят ли, пьют ли – знают предел довольства и не простираются далее нужды, и хотя бы принуждали их, никогда не дадут себе дойти до неумеренности. Итак, невоздержание хуже бессловесных в этом отношении. И не только в тот день, когда ты пьян, страдаешь от пьянства, но и после этого дня. Подобно как и после того, когда пройдет горячка, остаются еще следы пагубного влияния ее, и так и у тебя и после того, как пройдет хмель, и в душе, и в теле свирепствует буря. Бедное тело лежит расслабленное, как корабль, разбитый бурей; а еще беднее его душа, потому что и в расслабленном теле воздымает бурю и возжигает похоть. Как по укрощению волнения во время бури остаются следы разруши-

тельного действия ее, так и здесь. Как там товары, так и здесь почти все доброе выбрасывается. Целомудрие ли стяжал кто-либо, стыдливость ли, кротость ли, смирение ли – все это пьянство повергает в море нечестия. А что еще после этого делает пьянство, того нельзя ни с чем сравнить. Нельзя пьянице видеть Царствия Небесного. «Не обманывайтесь, - говорит апостол, - ни пьяницы, ни лихоимцы Царствия Божия не наследуют». И что я говорю – Царствия Небесного! Пьяный не видит и настоящих предметов, потому что пьянство дни для нас превращают в ночи, свет – в тьму; пьяный, смотря во все глаза, не видит и того, что у него под ногами. И не это только зло рождается от пьянства, но и после пьяницы подвергаются другой, жесточайшей казни безумному унынию, неистовству, расслаблению, насмешкам, поношению.

Какого же помилования ждать тем, которые убивают себя такими бедствиями? Совершенно никакого.

Итак, потщимся избегнуть этого недуга, чтобы получить нам настоящие блага, благодатию и человеколюбием Господа нашего Иисуса Христа. Ему же слава и держава со Отцом и Святым Духом во веки веков».

## ОСНОВНАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Алкогольная болезнь. Под ред. В.С.Моисеева. М., 1990.
2. Альтшулер В.Б. Патологическое влечение к алкоголю: вопросы клиники и терапии. М., 1994.
3. Андерсон П. Пути решения проблем, связанных с употреблением алкоголя. Пер. с англ. СПб., 1995.
4. Бехтель Э.Е. Донозологические формы злоупотребления алкоголем. М., 1986.
5. Государственный доклад «О состоянии здоровья населения Российской Федерации в 2000 г». М., 2001.
6. Гундаров И.А. Пробуждение: пути преодоления демографической катастрофы в России. М., 2001.
7. Дернер К., Плог У. Заблуждаться свойственно человеку. Пер с нем. СПб., 1997.
8. Заиграев Г.Г. Общество и алкоголь. М., 1992.
9. Здоровье для всех – Все для здоровья в России. Под ред. А.К.Демина. М., 1995.
10. Жариков Н.М., Тюльпин Ю.Г. Психиатрия. М., 2000.
11. Европейский план действий по борьбе с потреблением алкоголя на 2000-2005 гг. – ВОЗ, 2000.
12. К здоровой России. Политика укрепления здоровья и профилактики заболеваний: Приоритет – основные неинфекционные заболевания. Под ред. Р.Г.Аганова, Р.И.Халитова, Г.С.Жуковского. М., 1994.
13. Клиническая психология. 2-е международное издание. Пер. с нем. Под ред. М.Перре, У.Бауманна. СПб., 2002.
14. Корытин С.А. Тигр под наркозом (Животные – наркотики – человек). М., 1991.
15. Лисицын Ю.П., Сидоров П.И. Алкоголизм. Медико-социальные аспекты. М., 1990.
16. Майерс Д. Психология. Пер. с англ. Минск. 2001.
17. Маккена Т. Пища богов. Пер с англ. М., 1995.
18. Материалы Всероссийской конференции «Алкоголь и здоровье». М., 1996

19. Материалы Всероссийского форума «Алкоголь и здоровье». М., 1998.
20. Моисеев В.С. Маркеры алкогольной болезни. //Новый медицинский журнал.-1996.-№ 3-4.-С.24-27.
21. Москаленко В.Д. Зависимость: семейная болезнь. М., 2002.
22. Немцов А.В. Алкогольная ситуация в России. М., 1995 г.
23. Патопсихология поведения. Нарушения и патологии психики. 3-е международное издание. Перевод с англ. СПб., 2002.
24. Пауков В.С. Алкогольная болезнь.// Архив патологии.-1994.-том 56.-№1.-С.38-45.
25. Поплевченко Н.А., Цетлин М.Г. Скрининг злоупотребляющих алкоголем и профилактика алкоголизма в общемедицинской практике.//Материалы XII съезда психиатров России. М., 1995.
26. Психические состояния. Хрестоматия. С.Пб., 2000.
27. Психология и лечение зависимого поведения. Пер. с англ. Под ред С.Даулинга. М., 2000.
28. Свит К. Соскочить с крючка. Пер. с англ. С.Пб., 1997.
29. Сидоров П.И., Митюхляев А.В. Ранний алкоголизм. Архангельск. 1999.
30. Социально-экономическое положение населения России: основные тенденции последних лет. Госкомстат России, 1998.
31. Фридман Л., Флеминг Н, Робертс Д, Хайман С. Наркология. Пер. с англ. М., СПб., 1998.
32. Энтин Г.М., Крылов Е.Н. Клиника и терапия алкогольных заболеваний. М., 1994.
33. Barnes H.N., Aronson M.D., Delbanco T.L.. Alcoholism: A Guide for the Primary Care Physician. New York, NY: Springer-Verlag; 1987.
34. Bernarde M.A., Mayerson E.W. Patient-physician negotiation. JAMA. 1978; 239(14): 1413-1415.

35. Bien T.N., Miller W.R., Tonnigan J.S. Brieninterventions for alcohol problems. A riview. *Addiction*. 1993; 88(3): 315-336.
36. Fleming M.F., Barry K.L., eds. *Addictive Disorders*. St. Louis: Mosby-Year Book; 1992.
37. Fleming M.F., Barry K.L. The effectiveness of alcoholism screening in an ambulatory care setting. *I Stud Alcohol*. 1991; 52 (1):33-36.
38. Fleming M.F. At risk drinking in an HMO primary care sample: Prevalence and policy implications. *Am Public Health In press*. 1997.
39. Fleming M.F. Screening and brief intervention for alcohol problems. *I of Fam Prac*. 1993; 37 (3): 231-234.
40. Hester R.K., Miller W.R. *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches Effective Alternatives*. 2<sup>nd</sup> ed. New York: Allyn & Bacon, 1995.
41. Kahn M., Wilson L., Becker L. Effectiveness of physician based interventions with problem drinkers: a review. *Can Med Assoc*. 1995; 152 (6): 851-852.
42. Mattson M. ed. *Motivational Enhancement Therapy Manual*. Project MATCH Monograph series Volume 2. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. 1995.
43. Miller W.R., Rollnick S. *Motivational Interviewing*. New York: Guilford Press. 1991.
44. Murray M., Fleming M. Prevention and treatment of alcohol related problems; An international medical education model. *Academic Medicine*.1996, 71(1): 1204-1210.
45. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. *The Physicians' Guide to Helping Patients with Alcohol Problems*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Services, National Institute of Health, 1995. NIH publication no. 95-3769.
46. Starfield B. et al. Patient-doctor agreement about problems needing follow-up visits. *JAMA*. 1980; 242(4): 344-366.

47. Valliant G.E. The natural History of Alcoholism: Causes, Patterns, and Paths to Recovery. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1983.