



Проект финансируется
Европейским Союзом

БЕЛМЕД

ПРОЕКТ ЕС-ООН В РЕСПУБЛИКЕ
БЕЛАРУСЬ



ИНСТРУКЦИЯ о порядке организации оказания медицинской помощи

в отношении прекращения употребления алкоголя с вредными последствиями

Для врачей общей практики / участковых терапевтов, медицинских сестер
и помощников врачей первичной медицинской помощи
пилотных регионов проекта БЕЛМЕД

Инструкция разработана в рамках реализации проекта «БЕЛМЕД» –
«Профилактика неинфекционных заболеваний, продвижение здорового образа жизни и
поддержка модернизации системы здравоохранения в Республике Беларусь на 2016–2019 гг.»,
задачи 6 «Поддержка модернизации системы здравоохранения
с упором на первичную медицинскую помощь в Республике Беларусь»,
финансируемого Европейским Союзом и осуществляемого
Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), Детским фондом ООН (ЮНИСЕФ),
Программой развития ООН (ПРООН), Фондом ООН в области народонаселения (ЮНФПА)
в сотрудничестве с Министерством здравоохранения Республики Беларусь

Проект ЕС-ООН

«Профилактика неинфекционных заболеваний, продвижение здорового образа жизни и поддержка модернизации системы здравоохранения в Республике Беларусь» (БЕЛМЕД) финансируется Европейским Союзом и реализуется ПРООН, ВОЗ, ЮНИСЕФ и ЮНФПА в сотрудничестве с Министерством здравоохранения Республики Беларусь

Инструкция о порядке организации оказания медицинской помощи в отношении прекращения употребления алкоголя с вредными последствиями

(для врачей общей практики / участковых терапевтов,
медицинских сестер и помощников врачей
первичной медицинской помощи
пилотных регионов проекта БЕЛМЕД)

Производственно-практическое электронное издание
сетевого распространения

Минск



БЕЛСЭНС

2019

ISBN 978-985-7179-09-1

© Проект БЕЛМЕД, 2019

Об издании – 1, 2

УДК 614.253:613.81-07-082-84 (083.13)
ББК 51.12/.15п
И57

И57 Инструкция о порядке организации оказания медицинской помощи в отношении прекращения употребления алкоголя с вредными последствиями (для врачей общей практики / участковых терапевтов, медицинских сестер и помощников врачей первичной медицинской помощи пилотных регионов проекта БЕЛМЕД) / Проект ЕС-ООН «Профилактика неинфекционных заболеваний, продвижение здорового образа жизни и поддержка модернизации системы здравоохранения в Республике Беларусь» (БЕЛМЕД) финансируется Европейским Союзом и реализуется ПРООН, ВОЗ, ЮНИСЕФ и ЮНФПА в сотрудничестве с Министерством здравоохранения Республики Беларусь. – Электрон. текстовые дан. (1 файл : 1,54 Мб). – Минск : Белсэнс, 2019. – URL: <http://www.belsens.by/library/medicine/instructions>. – Загл. с титул. экрана.

ISBN 978-985-7179-09-1

Инструкция касается актуальных вопросов выявления и лечения различных расстройств, связанных с употреблением алкоголя (опасного потребления, употребления с вредными последствиями и алкогольной зависимости), в условиях общемедицинской практики.

Инструкция содержит стратегии консультирования и ведения пациентов по проблемам вредного потребления алкоголя: сбор анамнеза, шкалы для скрининга и критерии диагнозов, описание методик вмешательств, доступных врачам первичной медицинской помощи, схемы лекарственного лечения и данные по самопомощи для пациентов и их родственников. В приложении представлены скрининговые опросники.

Инструкция предназначена для врачей общей практики, участковых врачей-терапевтов и врачей-педиатров и содержит информацию для медицинских сестер и помощников врачей первичной медицинской помощи.

УДК 614.253:613.81-07-082-84 (083.13)
ББК 51.12/.15п

ISBN 978-985-7179-09-1

© Проект БЕЛМЕД, 2019
© Оформление. ООО «Белсэнс», 2019

БЛАГОДАРНОСТИ

Выражаем признательность всем, кто был вовлечен в разработку, рецензирование и совершенствование инструкций о порядке организации оказания медицинской помощи:

Мигаль Татьяна Федоровна – заместитель начальника главного управления организации медицинской помощи, экспертизы, обращений граждан и юридических лиц – начальник управления организации медицинской помощи Министерства здравоохранения Республики Беларусь, национальный координатор проекта БЕЛМЕД

Дубовик Олег Анатольевич – координатор проекта БЕЛМЕД «Профилактика неинфекционных заболеваний, продвижение здорового образа жизни и поддержка модернизации системы здравоохранения в Республике Беларусь на 2016–2019 гг.», ПРООН

Давидовская Елена Игнатьевна – заведующий отделом пульмонологии и хирургических методов лечения болезней органов дыхания ГУ «Республиканский научно-практический центр пульмонологии и фтизиатрии»

Шепелькевич Алла Петровна – профессор кафедры эндокринологии УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Богущ Людмила Степановна – доцент кафедры общей врачебной практики УО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

Александров Алексей Алексеевич – главный врач Минского областного клинического центра «Психиатрия-Наркология»

Жилевич Людмила Аверкиевна – заместитель главного врача ГУ «Республиканский клинический госпиталь инвалидов Великой Отечественной войны имени П.М. Машерова»

Пацев Александр Владимирович – заместитель директора по организационно-методической работе ГУ «Республиканский научно-практический центр «Кардиология»

Есманчик Ольга Петровна – главный врач 39-й городской клинической поликлиники Минска (пилотный регион проекта БЕЛМЕД)

Беззубенко Светлана Григорьевна – главный врач УЗ "Горецкая центральная районная больница" (пилотный регион проекта БЕЛМЕД)

Арнольдас Юргутис – эксперт Европейского центра ВОЗ по первичной медицинской помощи

Русович Валентин Зигмундович – программный специалист по общественному здоровью Странового офиса ВОЗ в Республике Беларусь

Фоменко Андрей Георгиевич – координатор компонента 6 проекта БЕЛМЕД Странового офиса ВОЗ в Республике Беларусь

сотрудникам пилотных регионов проекта БЕЛМЕД за отработку инструкций в пилотной фазе проекта и формулировку ценных дополнений и замечаний.

Список аббревиатур

AUDIT	– <i>Alcohol Use Disorders Identification Test</i> – тест по выявлению расстройств, связанных с употреблением алкоголя (Вопросник АУДИТ)
CAGE	– тест по выявлению расстройств, связанных с употреблением алкоголя
HbA1c	– гликозилированный гемоглобин
MCV	– <i>Mean Cell Volume</i> – средний объем эритроцитов в крови
АД	– артериальное давление
АЛТ	– аланинаминотрансфераза
АСТ	– аспартатаминотрансфераза
БЕЛМЕД	– Проект ЕС-ООН «Профилактика неинфекционных заболеваний, продвижение здорового образа жизни и поддержка модернизации системы здравоохранения в Республике Беларусь», финансируемый Европейским Союзом и реализуемый ПРООН, ВОЗ, ЮНИСЕФ и ЮНФПА в сотрудничестве с Министерством здравоохранения Республики Беларусь
БСК	– болезни системы кровообращения
ВОЗ	– Всемирная организация здравоохранения
ВОП	– врач общей практики
ГГТ	– гамма-глутамилтрансфераза
МКБ-10	– Международная классификация болезней 10-го пересмотра
МНО	– международное нормализованное отношение
ИППП	– инфекции, передающиеся половым путем
ПАВ	– психоактивные вещества
ПРООН	– Программа развития Организации Объединенных Наций
СДВГ	– синдром дефицита внимания и гиперактивности у подростков
СЕ	– стандартная единица
ССЗ	– сердечно-сосудистые заболевания
ЧСС	– частота сердечных сокращений
ЮНИСЕФ	– Детский фонд ООН (англ. <i>United Nations International Children's Emergency Fund</i> ; аббр.: офиц. англ. <i>UNICEF</i> ; рус. ЮНИСЕФ)
ЮНФПА	– Фонд ООН в области народонаселения (англ. <i>United Nations Population Fund</i> ; аббр.: офиц. англ. <i>UNFPA</i> ; рус. ЮНФПА)

Рассматриваемые распространенные состояния (код по МКБ-10):

1	Острая интоксикация алкоголем	F10.0
2	Употребление алкоголя с вредными последствиями (пагубное употребление)	F10.1
3	Синдром (алкогольной) зависимости	F10.2
4	Абстинентное состояние	F10.3
5	Абстинентное состояние с делирием	F10.4

Основные положения

- Большинство лиц с алкоголь-ассоциированными нарушениями и заболеваниями без формирования тяжелой зависимости наблюдаются врачами общей практики или участковыми врачами-терапевтами.
- Употребление алкоголя с вредными последствиями проявляется в повседневной практике в основном в виде косвенных сигналов.
- Врачу общей практики следует опрашивать каждого пациента с неясными и необъяснимыми жалобами на предмет употребления алкоголя.
- Лечение более эффективно, когда проблема обнаруживается на более ранней стадии.
- Врач общей практики, как правило, может самостоятельно оказывать помощь пациентам, употребляющим алкоголь с вредными последствиями.
- Краткие консультации со стороны врачей общей практики и медсестер эффективны в отношении снижения потребления алкоголя.
- Соблюдение принципа конфиденциальности при проведении консультации, а также создание обстановки приватности (врач принимает без присутствия медсестры) крайне важно.

Введение

Вредное употребление алкоголя является причинным фактором более чем 200 нарушений здоровья, связанных с болезнями и травмами. Употребление алкоголя связано с риском развития: психических и поведенческих нарушений (включая алкогольную зависимость), тяжелых неинфекционных заболеваний (включая цирроз печени), некоторых видов рака и сердечно-сосудистых заболеваний. Значительная доля бремени болезней, обусловленных вредным употреблением алкоголя, связана с непреднамеренными и преднамеренными травмами, включая травмы в результате дорожно-транспортных аварий, насилия и суицидальных попыток.

Известно, что алкогольные проблемы начинают развиваться у человека задолго до того, как у него сформируется зависимость и когда очевидно необходимо лечение у нарколога. Продолжительный период времени человек с алкоголь-ассоциированными проблемами находится в поле зрения врача общей практики или участкового терапевта, но, как правило, остается без необходимой медицинской помощи, поскольку считается, что выявление и лечение таких пациентов является задачей исключительно специализированной наркологической службы. Сегодня доказано, что урон для общества от потребления алкоголя превосходит вред от алкогольной зависимости. В связи с этим считается, что для уменьшения социального вреда от алкоголя лучше сфокусироваться на наблюдении и лечении врачами общей практики большого числа лиц с относительно малыми алкогольными проблемами, чем на малом числе людей с тяжелыми расстройствами (зависимых). Кроме того, лечение сопутствующих употреблению алкоголя с вредными последствиями соматических заболеваний является неэффективным, пока не найдена их действительная причина.

Целью инструкции является обучение врачей общей практики и участковых врачей-терапевтов навыкам раннего распознавания, уточнения диагноза и ведения (лечения) пациентов, употребляющих алкоголь с вредными последствиями, различных возрастных групп. Инструкция содержит информацию для медицинских сестер и помощников врачей первичной медицинской помощи, направленную на формирование навыков командной и самостоятельной работы с пациентами данной категории. Инструкция направлена на профилактику соматических, психологических и социальных проблем вследствие употребления алкоголя с вредными последствиями путем раннего распознавания и лечения (ведения) таких пациентов.

Определения

Употребление алкоголя с вредными последствиями (пагубное употребление F10.1) – тип потребления алкоголя, который приводит к соматическим жалобам (расстройствам и заболеваниям) и/или психическим и социальным проблемам, препятствующий адекватному лечению и ведению уже существующих заболеваний и состояний. Количество употребляемого алкоголя не является ведущим в диагностике употребления алкоголя с вредными последствиями.

Синдром (алкогольной) зависимости (F10.2) – комплекс физиологических, поведенческих и когнитивных явлений, при которых употребление алкоголя начинает занимать более важное место в системе ценностей человека, чем другие формы поведения, которые ранее были более важными для него.

Стандартная единица (СЕ) употребления алкоголя эквивалентна 1-й порции алкогольного напитка, которая содержит около 10 г чистого алкоголя (12,7 мл этанола).

Содержание этанола в алкогольных напитках:

Напиток	1 порция	Количество стандартных доз
Пиво	330 мл (малый бокал)	1
	500 мл (1 бутылка), 5 % об.	2
Сухое вино	125 мл (1 бокал), 12 % об.	1
Крепленое вино	150 мл (1 бокал), 18 % об.	2,1
Водка	30 мл (1 рюмка), 40 % об.	1

Употребление алкоголя с минимальным риском для мужчин составляет не более 2 СЕ в день, для женщин не более 1 СЕ. При этом не менее 2-х дней в неделю проводится без употребления алкоголя, стандартные дозы не суммируются при более редком потреблении.

Эпизодическое употребление большого количества алкоголя в течение короткого периода времени в сочетании с периодами без употребления алкоголя. Для мужчин при этом граница употребления составляет 6 СЕ алкоголя, а для женщин – 4 СЕ в течение одного случая.

Алкогольная интоксикация (опьянение) является следствием избыточного употребления алкоголя в течение короткого периода времени, при этом возникновение симптомов дозозависимо и может включать в себя, в соответствии с увеличением дозы потребления, следующие признаки: разговорчивость, приподнятое настроение, нарушение ориентации, нарушения критичности, лабильное настроение, сексуальное или агрессивное растормаживание, нарушения речи (дизартрия) и баланса (атаксия). В тяжелых случаях алкогольная интоксикация может привести к ступору, коме и торможению дыхательного центра со смертельным исходом.

Абстинентный синдром (Абстинентное состояние – F10.3) происходит при прекращении или снижении потребления при предыдущем длительном избыточном употреблении алкоголя:

- Легкие симптомы отмены, такие как бессонница и раздражительность, продолжаются не более нескольких дней.

- Умеренно тяжелые симптомы отмены: бессонница, тошнота, рвота, гиперактивность, тахикардия, лихорадка, потливость, светобоязнь, головная боль, беспокойство, повышенная раздражительность или тремор – приводят к заметному стрессу и ухудшению функционирования на работе, дома и в других условиях. Симптомы наиболее выражены со 2-го по 4-й день прекращения употребления алкоголя. После этого происходит улучшение, но симптомы могут сохраняться в той или иной форме в течение 3–6 месяцев.
- Тяжелые симптомы отмены представлены галлюцинациями, судорогами и делирием. Инсульт может наступить в течение 48 часов, а делирий обычно наступает в период после 3–5 дней после прекращения потребления. При делирии вследствие алкогольной абстиненции (*абстинентное состояние с делирием – F10.4*) клиническая картина бывает сложна для дифференциальной диагностики с делириями вследствие других причин.

Эпидемиология

Согласно официальной статистике, ежегодное потребление алкоголя на душу населения в Республике Беларусь с 2011 г. начало постепенно снижаться и на начало 2016 г. составило 9,05 л. По данным последних исследований в Беларуси, у порядка 35 % мужского населения и 6 % женского отмечалось эпизодическое употребление алкоголя в больших количествах в течение предыдущих 30 дней. Смертность в результате отравлений алкоголем (острой алкогольной интоксикации) в Беларуси в 2016 г. составила порядка 1100 случаев среди мужчин и 250 случаев – среди женщин. Согласно оценкам ВОЗ, порядка 12 % всей смертности от ССЗ, 10 % смертности от онкологических заболеваний и 60 % смертности от внешних причин связано с употреблением алкоголя с вредными последствиями.

По данным исследователей, средняя продолжительность жизни пациентов с алкоголизмом приблизительно на 15 лет меньше, чем людей, не злоупотребляющих спиртными напитками. Обобщая результаты различных исследований, отметим, что у лиц с алкоголизмом частота развития панкреатитов достигает 60 %; гастритов и язвы желудка – 20 %; туберкулеза – от 15 до 20 %; кардиомиопатии – от 26 до 83 %. За период употребления алкоголя с вредными последствиями у каждого 4-го больного формируется серьезная патология сердечно-сосудистой системы и желудочно-кишечного тракта, и у каждого 20-го – патология органов дыхания.

В 2016 г. под диспансерным наблюдением в наркологической службе находилось более 160 тыс. человек, страдающих алкоголизмом (синдромом зависимости от алкоголя, согласно МКБ), а 87 тыс. человек, употребляющих алкоголь с вредными последствиями, оказывалась профилактическая помощь.

Распространенность в общей популяции синдрома алкогольной зависимости составляет около 4–6 %, при этом соотношение мужчин и женщин составляет 3:1. Если в обществе употребляют алкоголь с вредными последствиями от 5 до 10 % населения и имеют зависимость от алкоголя еще 4 % населения (2 % женщин и 6 % мужчин), то среди оставшейся части населения еще около 10–20 % обнаруживает чрезмерное (опасное или рискованное) потребление алкоголя.

Синдром алкогольной зависимости (нарушение употребления алкоголя) начинается у 2/3 пациентов в возрасте до 25 лет.

Около 75 % проблемно пьющих людей не обращаются к наркологам, но при этом посещают поликлиники и стационары в связи с различной соматической патологией, однако употребление алкоголя с вредными последствиями и зависимость так и остаются невыявленными. Определенная часть пациентов, употребляющих алкоголь с вредными последствиями, часто обращается к врачу с неопределенными жалобами, при этом, как правило, невозможно поставить определенный клинический диагноз. Другая часть пациентов, употребляющих алкоголь с вредными последствиями, напротив, избегает посещения врача.

Исследования показывают, что среди амбулаторных пациентов доля употребляющих алкоголь с вредными последствиями и зависимых от алкоголя составляет до 15 %, среди поступающих в стационары их еще больше – от 15 до 61 %. Тем не менее ВОП, за исключением случаев тяжелых и соматических последствий зависимости, встречаются с более «легкими» пациентами с опасным потреблением – «неалкоголиками»: их доля достигает 15 %. На обычном участке ВОП (около 1 300 пациентов) приблизительно порядка 100–120 пациентов будут иметь проблемы связанные с употреблением алкоголя, включая синдром зависимости и употребление алкоголя с вредными последствиями.

Многочисленные исследования показали, что краткий совет врача общей практики может привести к снижению на 25–30 % потребления алкоголя и сокращению на 45 % числа чрезмерно пьющих. Проведение краткосрочного вмешательства позволяет сократить потребление алкоголя более чем на 30 %. Исследования показали не только сокращение потребления алкоголя, но и снижение количества дней, проведенных в стационаре, на «больничном листе», у пациентов, прошедших краткосрочные вмешательства.

Патофизиология

Алкоголь оказывает негативное воздействие на организм различными путями, и это воздействие определяется объемом употребляемого алкоголя, моделью его употребления и в редких случаях – его качеством. Риск вреда для здоровья повышается пропорционально количеству алкоголя, потребленного на протяжении всей жизни, также имеет значение частота употребления алкоголя и количество выпитого за один раз.

Показатель всасываемости алкоголя в кровь варьирует в пределах 10 %, в зависимости от состояния наполнения желудка и внеклеточного объема жидкости, а также зависит от возраста и пола. Этанол всасывается в небольших количествах через слизистую рта и пищевода, в умеренных – из желудка и толстой кишки, но в основном – из проксимального отдела тонкой кишки. Скорость всасывания возрастает при ускоренной эвакуации из желудка в отсутствие белков, жиров и углеводов, а также примесей, препятствующих всасыванию, при разведении этанола до умеренных концентраций (скорость всасыва-

ния максимальна при концентрации 20 %), а также при употреблении газированных спиртных напитков (например, шампанского). В организме 10 г чистого алкоголя (1 СЕ) перерабатывается в среднем в течение 1,5 часа. Алкоголь не накапливается в организме, он выводится быстро. Наибольшая часть спирта (90–98 %) метаболизируется, и только незначительная его часть (2–10 %) выделяется из организма в неизмененном виде с мочой, выдыхаемым воздухом, потом, слюной и калом.

В организме существуют по меньшей мере 3 пути метаболизма этанола, обеспечивающих метаболизм примерно 10 г этанола в час.

Первый путь, клинически более значимый, осуществляется в цитозоле ферментом алкогольдегидрогеназой. Этот путь приводит к образованию ацетальдегида – высокотоксического для организма вещества, которое затем быстро расщепляется ферментом альдегиддегидрогеназой в цитозоле и митохондриях. Низкие концентрации ацетальдегида могут оказывать психостимулирующий эффект и вызывать пристрастие. При больших дозах и хроническом употреблении алкоголя в крови растет концентрация ацетальдегида. Накопление больших количеств ацетальдегида в печени, мозге и других тканях и органах сначала приводит к их повреждению на клеточном уровне (митохондрии), затем начинает страдать функция всего органа.

Второй путь метаболизма этанола протекает в гладком эндоплазматическом ретикулеуме (микросомальная система окисления этанола) и при высоких концентрациях этанола в крови может расщеплять 10 % принятого этанола и более. Активность этой системы нарастает при повторном употреблении этанола.

Третий путь метаболизма алкоголя – окисление алкоголя в ацетальдегид под влиянием каталазы (пероксида водорода). Каталаза также образуется клетками печени. Этот путь обеспечивает метаболизм не более 5 % этанола в организме.

Хроническое употребление алкоголя вынуждает работать все системы, окисляющие алкоголь в организме, в режиме чрезмерной нагрузки. Общеизвестно, что при алкоголизме происходит перераспределение удельного веса и значимости различных путей окисления алкоголя. Роль физиологического алкогольдегидрогеназного пути уменьшается, возрастает роль путей превращения алкоголя, не связанных с действием алкогольдегидрогеназы. Микросомальная этанолюкисляющая система и каталазный путь берут на себя до 50 % окисления этанола.

При алкоголизме нарушаются все виды обмена веществ, а общая картина в динамике соответствует усугубляющемуся токсическому поражению организма. Снижается скорость глюконеогенеза в печени, возникает гипогликемия. Особенно выраженной гипогликемия бывает в тех случаях, когда отсутствуют запасы гликогена в печени и мышцах: при приеме алкоголя натощак, после значительной физической работы, у хронических алкоголиков, у которых постоянно снижен аппетит. Гипогликемия может быть причиной потери сознания при алкогольном отравлении.

Нарушения белкового обмена связаны с токсическим действием алкоголя и рядом других факторов, прежде всего неадекватным питанием больных. Тяжесть патологии белкового обмена нарастает по ходу заболевания, но уже на ранних этапах у больных отмечается диспротеинемия (нарушения белковых фракций крови). Чаще отмечается гипопроteinемия (снижение содержания белка). Нарушение синтеза белка в нейронах при алкоголизме самым широким образом сказывается на работе ЦНС, в частности это может стать основой нарушения процессов памяти, снижения уровня интеллекта.

При употреблении алкоголя с вредными последствиями происходит усиленное образование жиров. Прием алкоголя увеличивает «выход» жира из депо и приводит к повышению его содержания в крови. Организму это не нужно, поэтому печеночные клетки извлекают жир из крови, но вследствие этого увеличивается отложение жира в печени. Это ведет к накоплению жиров в печеночных клетках, жировому перерождению клеток и жировой инфильтрации печени. Этанол угнетает активность липаз – ферментов, гидролизующих липиды, тормозит окисление жирных кислот, способствует перекисному окислению липидов.

Этанол, повреждая эпителий, через который идет всасывание пищевых веществ в тонком кишечнике, затрудняет активный транспорт из кишечника в кровь глюкозы, аминокислот и витаминов, но всасывание жира остается на высоком уровне. Это также способствует жировой инфильтрации печени. Кроме того, алкоголизация способствует усилению синтеза жиров аномального строения, холестерина и гиалина. Гиалин усиливает некротические изменения в печени, способствует усилению синтеза коллагена и ее фиброзному перерождению. Нарушения липидного обмена клинически проявляются цепочкой: гепатомегалия (увеличение печени) → жировая дистрофия → гепатит → цирроз печени. Поражение печени при алкоголизме отмечается у всех больных. Поражаются и важнейшие для организма печеночные ферменты. Причем клетки печени как бы совершают самоубийство: накапливающийся ацетальдегид повреждает и убивает синтезировавшие его гепатоциты. Между тем в каждой печеночной клетке содержится несколько тысяч ферментов, при поражении гепатоцита их количество в плазме крови может увеличиваться или уменьшаться. Именно на таком изменении «ферментного спектра» белков крови основана диагностика поражений печени.

Регистрируются сдвиги в азотистом обмене. Уже при однократной алкогольной интоксикации нарушается дезаминирование и может накапливаться крайне токсичный для мозга аммиак. Эти процессы прогрессируют при алкоголизме. Остаточный азот в крови больных алкоголизмом регистрируется у верхней границы нормы.

После употребления алкоголя увеличивается количество выделяемой мочи (диурез), т. е. происходит потеря воды и солей. После опьянения бывает сильная жажда, «тянет» на рассол и минеральные воды.

Употребление алкоголя в различных возрастных группах

ВОП осуществляет наблюдение за пациентами различных возрастных групп, развитие нарушений употребления алкоголя или других психоактивных веществ, у которых может формироваться в зависимости от целого ряда факторов. Одной из причин употребления алкоголя с вредными последствиями является предрасположенность и повышенная уязвимость к развитию нарушений употребления алкоголя или других психоактивных веществ. Существующая уязвимость может перерасти в расстройство за счет таких неблагоприятных факторов, как негативные важные события и кризисы жизни, доступность алкоголя, алкогольная интоксикация в (относительно) молодом возрасте и отношение к употреблению алкоголя в семье и среди друзей. Важными факторами риска нарушений употребления алкоголя являются мужской пол, психосоциальные проблемы, семейная история и наличие значительных негативных событий в жизни.

В возрастной группе до 25 лет нарушения употребления алкоголя имеют, как правило, рецидивирующий или хронический характер. В этих случаях часто имеются сопутствующие психические расстройства, при этом прогноз в целом хуже, чем для пациентов более старших возрастных категорий.

У пожилых людей употребление алкоголя имеет больше потенциальных вредных эффектов по сравнению с пациентами среднего возраста. Для пациентов пожилого возраста алкоголь хуже переносится за счет общего снижения объема внеклеточной жидкости, относительного увеличения жировых отложений, а также за счет снижения функции почек и печени. Кроме того, пожилые люди и пациенты с хроническими (психическими и соматическими) сопутствующими заболеваниями могут быть подвержены большему вреду за счет взаимодействия алкоголя с поддерживающим лечением при этих заболеваниях.

Беременным и кормящим не рекомендуется любое употребление алкоголя из-за риска повреждения плода.

Употребление алкоголя лицами подросткового и молодого возраста (12–20 лет)

В молодежной среде употребление алкоголя довольно распространено. По данным международных исследований, средние показатели заболеваемости (встречаемости) острой алкогольной интоксикации в общей практике (код МКБ-10 – F10) в возрастной группе от 12 до 17 лет являются наиболее распространенным и составляют для мальчиков и девочек соответственно 1,9 и 1,0 на 1000 пациентов в течение года.

Несформированный организм подростка очень быстро привыкает к большим дозам спиртного. Поэтому существует высокий риск того, что подросток может пристраститься к алкоголю, если он часто пьет даже слабые алкогольные напитки. Опасность усиливается еще и легкомысленным отношением к алкоголю. Многие подростки считают, что если пару раз в неделю выпить что-либо спиртное, то ничего не случится. Но риск существует, даже если несовершеннолетний выпивает 3–4 раза в месяц. Такая частота употребления спиртного считается наркологами систематическим употреблением алкоголя.

Половое созревание и подростковый период являются критически важными для развития головного мозга, при этом употребление алкоголя, особенно эпизодическое чрезмерное употребление большого количества алкоголя в эквиваленте более 6 СЕ алкоголя за короткий период, имеет доказанный неблагоприятный эффект.

Молодые люди, которые регулярно употребляют алкоголь с вредными последствиями, имеют сниженные характеристики функций памяти, внимания, скорости обработки информации и исполнительных функций по сравнению с молодыми людьми, которые не употребляют алкоголь. Пока нет научных данных, являются ли эти негативные влияния на головной мозг полностью обратимыми. Кроме того, молодые люди более подвержены развитию нарушений, связанных с употреблением алкоголя, чем взрослые. Есть доказательства того, что чем раньше молодые люди начинают употреблять алкоголь, тем больше вероятность развития нарушений употребления алкоголя во взрослом возрасте.

Молодые люди и подростки по-другому реагируют на прием алкоголя по сравнению со взрослыми. Опьяняющий (интоксикационный) эффект замечается только через какое-то время с опасностью того, что молодые люди продолжают употреблять алкоголь, пока у них не наступит острая алкогольная интоксикация. Молодые люди могут одновременно с алкоголем употреблять и другие ПАВ, такие как марихуана, экстази и кокаин. Это представляет повышенный риск развития осложненной острой алкогольной интоксикации (см. далее Рекомендации по лечению острой алкогольной интоксикации).

Очень часто первая проба алкоголя несовершеннолетними происходит под присмотром родителей на семейных праздниках, где хоть капельку дурманящего напитка да попробуют, а наливают им сами родители. Нередко подростки начинают пить, когда попадают в новую компанию, где это своего рода тест на зрелость – «не хочешь пить – значит, не будешь с нами». Так они постепенно подсаживаются; изначально старшие, уже взрослые, товарищи заставляют их пить, а потом приходит привыкание к алкоголю – без него уже никак нельзя обойтись на веселых встречах. Ребята хотят быть такими «как все», поэтому, чтобы не быть «белыми воронами», – пьют. Через некоторое время спиртное становится необходимой частью отдыха, покоя и веселого настроения.

При регулярном приеме алкоголя резко падает работоспособность, круг интересов сужается, снижается успеваемость в школе (т. к. страдает память), меняется характер и весь склад личности в целом. Смертность от алкоголизма среди молодежи как у мужчин, так и у женщин наиболее высока по сравнению с таковой в других возрастных группах.

В подростковом возрасте любой алкоголь, даже в очень малом количестве, наносит организму непоправимый вред. На несформировавшийся молодой организм он действует наиболее грубо, затрагивая личностные качества подростка, психическое и физическое здоровье, ведет к нарушениям репродуктивной функции у девушек-подростков.

Алкоголь является наиболее частой причиной нежелательной беременности у юных девушек, беспорядочных половых связей, опосредованно увеличивается риск распространения ИППП и ВИЧ/СПИДа.

Существует зависимость между употреблением алкогольных напитков учащейся молодежью и снижением уровня ее успеваемости. Употребление алкоголя входит в тройку прочих факторов, негативно влияющих на успеваемость. Употребление в любых количествах представляет основную социальную опасность и опасность для здоровья несовершеннолетних.

Исследования показывают, что подростки, которые употребляют алкоголь, чаще всего испытывают:

- проблемы в школе: низкая посещаемость и низкие или неудовлетворительные оценки;
- нарушение нормального роста и сексуального развития;
- социальные проблемы, такие как драки и неучастие в подростковой деятельности;
- проблемы с законом, такие как аресты за вождение или причинение физического вреда кому-либо в состоянии алкогольного опьянения;
- физические проблемы, такие как похмелье или плохое самочувствие;
- высокий риск самоубийств и убийств.

Даже умеренный прием алкоголя в подростковом возрасте равносителен употреблению алкоголя с вредными последствиями. При концентрации алкоголя в крови 0,5–0,6 % у подростка может наступить смерть.

Информирование молодых людей и их родителей или опекунов должно быть направлено на максимально позднее начало употребления алкоголя и ограничение его потребления.

Выявление врачом общей практики расстройств, вызванных употреблением алкоголя

Люди с проблемным потреблением алкоголя могут обращаться к ВОП с различными соматическими жалобами: на тошноту, диспепсию (уменьшение аппетита, утренний рвот), сердцебиение, головные боли, частые мелкие травмы, подъемы артериального давления и многое другое. При этом врач легко может выявить соответствующие соматические признаки: запах спиртного, инъекцию сосудов, склер, покраснение и отечность кожи лица, дрожание рук, повышенную потливость, гипертензию, тахикардию, аритмию, травмы (в т. ч. ссадины). Эти неспецифические жалобы и признаки появляются намного раньше желудочно-кровотечения, панкреатита, болезней печени, которые любой врач быстро свяжет с употреблением алкоголя с вредными последствиями.

На практике часто наблюдается «смещение» диагностики, направленной исключительно на выявление соматического заболевания как причины данных проблем. При этом врачи могут использовать различные диагнозы, скрываю-

щие употребление алкоголя с вредными последствиями. С другой стороны, большинство проблемно пьющих пациентов сами не хотят, чтобы их проблемы были выявлены. Пьющие люди нередко акцентируют внимание на соматических жалобах, не осознавая алкогольных проблем. Это создает ситуацию тайного сговора между врачом и больным: «ты не говоришь, а я не замечаю».

ВОП могут выявить алкогольные проблемы так же, как они это делают с соматическими болезнями: собирая личный и семейный анамнез, внимательно оценивая соматическое состояние, назначая и правильно интерпретируя лабораторные тесты. Известно много анамнестических факторов риска алкогольной зависимости, наличие которых поможет ВОП выявлять уязвимых лиц и уже на этом этапе проводить профилактические вмешательства. Основными из них являются: мужской пол, молодой возраст, жизнь вне брака (холост, разведен или вдовец), низкий доход, отсутствие работы, нахождение на пенсии. Важнейшим фактором риска является уровень потребления алкоголя: тяжело пьющие люди (50 г этанола и более в день – более 35 доз в неделю) имеют риск зависимости в 6,5 раз выше, чем непьющие. Уровень потребления алкоголя за последние 7 дней можно считать показателем среднего его потребления в целом. ВОП может получить также информацию и о социальных проблемах пациента и его семьи.

У ВОП всегда остается возможность подтвердить свое подозрение о наличии алкогольных проблем у пациента с помощью лабораторных исследований. Токсические эффекты алкоголя могут выявляться с помощью биохимических тестов, к которым относятся определение уровней гамма-глутамилтрансферазы (ГГТ) и аспартатаминотрансферазы (АСТ).

ГГТ является более чувствительным маркером и остается увеличенным на протяжении 2–4 недель после регулярного приема даже 40–60 г этанола (100–150 г водки). Около 75 % проблемно пьющих людей имеют повышенный уровень ГГТ.

Менее точным является определение АСТ, для повышения которого требуется либо длительное (более недели) чрезмерное либо массивное (в течение нескольких дней) потребление спиртного.

На практике одних лабораторных исследований может оказаться недостаточно, хотя именно они могут быть особенно полезны для диагностики лиц с высоким уровнем алкогольных проблем и риском зависимости. ВОП необходимо применять простые методики по выявлению лиц с алкогольными проблемами – скрининговые инструменты.

Рекомендации по лечению острой алкогольной интоксикации

Общая информация

Острая алкогольная интоксикация встречается, как правило, у подростков и молодых людей при употреблении большого количества алкоголя в течение короткого времени. При алкогольной интоксикации функции постепенно восстанавливаются сами по себе, однако уровень сниженного сознания и снижение функции дыхательного центра могут потребовать медицинского вмешательства в условиях стационара. Кроме того, алкогольная интоксикация несет в себе риск структурного повреждения головного мозга (см. раздел "Употребление алкоголя лицами подросткового и молодого возраста (12–20 лет)").

Диагностика

С острой алкогольной интоксикацией врач общей практики чаще сталкивается вне обычных рабочих часов во время дежурства в отделении скорой помощи, когда за медицинской помощью обращаются с помощью третьих лиц (друзей, родственников, случайных прохожих, полицейских и т. д.). При наличии подозрения на черепно-мозговую травму необходима особая осторожность при ведении пациента.

Врач общей практики занимается сбором анамнеза с целью выяснения количества и типа употребленных алкогольных напитков и периода времени, за который был употреблен алкоголь. Кроме того, врач спрашивает о возможном сопутствующем употреблении наркотиков и возможности травмирования в состоянии алкогольного опьянения. Если ответы на вопросы пациентом не являются надежными, врач опрашивает сопровождающих лиц. Во время физического обследования врач общей практики использует систему оценки коматозных состояний ABCDE:

- сознание;
- степень замутненности сознания и беспокойства;
- частота дыхания, характер дыхания, насыщение крови кислородом;
- температура;
- артериальное давление и частота пульса;
- тургор тканей, наполнение капилляров;
- уровень глюкозы крови.

Далее врач общей практики обращает внимание на наличие рвоты и профилактику возможной аспирации, а также наличие ран.

Оценка

При оценке степени тяжести острой алкогольной интоксикации врач общей практики обращает внимание на следующие признаки:

- сниженный уровень сознания;
- шок (артериальное давление $< 90/60$, задержка капиллярного кровообращения при сжимании пальцев пациента, снижение тургора тканей);

- угнетение дыхания (частота дыхания < 15 в мин или > 20 в мин, использование дополнительных дыхательных мышц, периферическое насыщение кислородом $< 95\%$);
- гипотермия ($< 36\text{ }^{\circ}\text{C}$);
- гипогликемия ($< 3,5$ ммоль/л).

Наличие одного (или более) из этих признаков может затруднить спонтанное выздоровление после острой алкогольной интоксикации

Тактика ведения

Неосложненная алкогольная интоксикация не требует специального лечения. Для предупреждения алкогольной гипогликемии рекомендуется ввести 10–20 мл 40 % раствора глюкозы внутривенно и 100 мг тиамина внутримышечно для профилактики корсаковского синдрома. При психомоторном возбуждении рекомендуют фиксацию и галоперидол 5–15 мг внутривенно или внутримышечно, при патологическом опьянении дополнительно вводят 5–10 мг диазепама. При тяжелой алкогольной интоксикации с нарушением функций дыхательной и сердечно-сосудистой систем лечение должно проводиться в отделении интенсивной терапии и реанимации либо в отделении токсикологии. Следует учитывать угнетающий эффект диазепама и алкоголя на дыхательную функцию; в случае применения диазепама должно быть обеспечено непрерывное наблюдение за больным.

Для пациентов в возрасте до 15 лет при наличии 1 или более из указанных выше признаков, а также при имеющейся информации о применении наркотических средств направление в больницу является обязательным. В других легких случаях при наличии адекватной социальной поддержки в семье возможна выжидательная тактика. Рекомендуется контролировать сон и будить пациента при появлении признаков рвоты. Кроме того, рекомендуется повторное обращение к ВОП, если появляются подозрения на аспирацию и развитие аспирационной пневмонии.

Последующее ведение

После эпизода острой алкогольной интоксикации (в благоприятных случаях симптомы обычно уменьшаются в течение 8–12 часов) без стационарного лечения врач общей практики через 1–2 дня контактирует с пациентом и предлагает прийти на прием. Последующее ведение описано далее в рекомендациях по лечению употребления алкоголя с вредными последствиями. После случая острой алкогольной интоксикации, когда потребовалась госпитализация, врач общей практики уточняет, получил ли пациент адекватное сопровождение и консультирование в стационаре. Если пациент склонен к повторяющимся эпизодам алкогольной интоксикации, врач общей практики пытается мотивировать пациента для направления для консультирования и лечения на специализированном этапе лечения зависимостей.

Тактика ведения пациентов с употреблением алкоголя с вредными последствиями

Проблемное употребление алкоголя может приводить к психологическим и социальным проблемам, таким как развод, насилие в семье, жестокое обращение с детьми, проблемы на работе и учебе, конфликтам с окружающими, дорожно-транспортным происшествиям и правонарушениям. Потери государства в результате потребления алкоголя, включающие в себя расходы, связанные с алкогольной зависимостью, расходы на здравоохранение и стоимость потерь производительности и правонарушений, значительно превышают доходы от его продажи.

Употребление алкоголя с вредными последствиями может привести к следующим соматическим проблемам:

- наличие избыточной массы тела за счет высокой калорийности потребляемого алкоголя и пищи в качестве закуски, а также недостаточная масса тела и витаминный дефицит вследствие недостаточного питания;
- травмы в результате несчастных случаев как на дороге, так и дома;
- злокачественные опухоли, особенно в полости рта и гортани, повышение риска развития рака молочной железы;
- желудочно-кишечные проблемы за счет раздражения слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки, поражение печени и развитие панкреатита;
- сердечно-сосудистые заболевания: артериальная гипертензия, инсульт, ишемическая болезнь сердца и нарушение ритма;
- неврологические проблемы вследствие дефицита витамина В1 (тиамина): полинейропатия, энцефалопатия Вернике (некрозы с воспалительной реакцией в головном мозге, а затем атрофия) и синдром Корсакова;
- мочеполовые проблемы: сексуальные проблемы, снижение мужской фертильности;
- кожные заболевания: капиллярные сетки на лице, ладонная эритема и покраснение лица.

Врач общей практики должен иметь в виду, что у пожилых пациентов возможны симптомы, которые реже связывают с избыточным потреблением алкоголя, такие как падения, спутанность сознания, депрессия или эйфория.

Рекомендации по диагностике

Во время сбора анамнеза нужно различать следующие этапы:

- выявление признаков употребления алкоголя с вредными последствиями;
- исследование вероятности употребления алкоголя с вредными последствиями;
- уточнение роли алкоголя в жизни у пациента и исследование степени выраженности проблемы;
- уточнение мотивации к изменению характера употребления алкоголя (при поддержке и помощи).

Признаки употребления алкоголя с вредными последствиями

Иногда пациент обращается к врачу общей практики с просьбой о помощи в снижении потребления алкоголя. Более частая ситуация когда пациент обращается с непосредственными признаками употребления алкоголя с вредными последствиями, такими как запах перегара, в алкогольном опьянении, либо о злоупотреблении алкоголем сообщают третьи лица (члены семьи, соседи). В большинстве случаев речь идет о наличии косвенных сигналов употребления алкоголя с вредными последствиями. Врач оценивает вероятность наличия употребления алкоголя с вредными последствиями при следующих сигналах:

- частые обращения на прием и изменчивый, неясный характер жалоб или необъяснимые соматические жалобы, такие как усталость, общее недомогание, тремор, учащенное сердцебиение или повышенная потливость;
- желудочно-кишечные жалобы и состояния, такие как рефлюксная болезнь, гастрит, диарея, панкреатит, гепатит, цирроз печени или асцит;
- психосоциальные проблемы (на работе или дома), особенно в сочетании с бессонницей, частое использование или просьбы о назначении транквилизаторов и снотворных;
- психические расстройства, такие как тревожные расстройства, депрессии или синдром дефицита внимания и гиперактивности у подростков (СДВГ);
- коллапс, потери сознания, частые несчастные случаи или переломы;
- сексуальные проблемы;
- доказательства насилия в семье;
- расширение капиллярного рисунка на лице или эритематозное и отечное лицо;
- лабораторные отклонения (см. раздел "Дополнительные лабораторные виды обследования").

У лиц молодого возраста врач рассматривает возможность наличия употребления алкоголя с вредными последствиями при следующих сигналах:

- поведенческие проблемы и изменения: потеря интереса, ухудшение успеваемости в школе, прогулы;
- рискованное поведение, такое как употребление каннабиса и других наркотиков;
- рискованное сексуальное поведение, ИППП, нежелательная беременность;
- проблемы с правоохранительными органами;
- разведенные родители, семейные проблемы, родители с употреблением алкоголя с вредными последствиями.

Исследование вероятности употребления алкоголя с вредными последствиями

Если есть сигналы и признаки того, что алкоголь играет определенную роль в представленных пациентом жалобах, то в этом случае врач должен спросить, употребляет ли пациент алкоголь. Если пациент подтверждает употребление алкоголя, врач общей практики объясняет, что симптомы и жалобы могут быть связаны с этим и что ВОП хотел бы более детально поговорить с пациентом о характере употребления алкоголя.

Если пациент соглашается с этим, врач общей практики в неосуждающей манере уточняет характер употребления алкоголя и следующие аспекты:

- частота потребления алкоголя ("Как часто в неделю Вы употребляете алкоголь?");
- среднее количество (в день, в неделю, каждый раз; наличие признаков эпизодического употребления алкоголя в больших количествах более 6 СЕ алкоголя) либо оценить количество потребленного алкоголя в течение прошлой недели и характер употребления: в течение дня, на работе, во время приема пищи и вечером.

Уточнение роли алкоголя в жизни пациента и исследование степени выраженности нарушений

Для исследования роли алкоголя в жизни пациента во время беседы с пациентом ВОП использует принципы мотивационного консультирования. Это дает врачу возможность избежать сопротивления пациента при обсуждении проблемы, когда в неосуждающей манере врач помогает оценить положительные стороны употребления алкоголя для пациента в его ситуации, а затем при вовлечении пациента сравнить эти преимущества с негативными сторонами и рискованными ситуациями, которые влечет за собой употребление алкоголя.

Врач беседует с пациентом о том, какую роль играет алкоголь в его жизни, какие ситуации и события вызывают или поддерживают употребление алкоголя.

Врач может использовать для этого следующие вопросы:

- Можете ли Вы описать ситуацию, когда вы выпиваете? Выпиваете ли Вы при этом больше, чем первоначально планировалось? Употребляете ли Вы все больше алкоголя, чтобы достичь того же эффекта? Употребляете ли Вы иногда алкоголь в одиночестве?
- Что происходит, когда Вы какое-то время полностью не употребляете алкоголь?
- Часто ли у Вас появляется сильное желание выпить?
- Какие чувства и собственные представления есть у Вас об употреблении алкоголя? Выпиваете ли Вы осознанно (например, чтобы заснуть)? Это больше привычка либо вы выпиваете, чтобы расслабиться или чувствовать себя лучше? Задумывались ли Вы когда-нибудь о Вашем употреблении алкоголя, и были ли Вы когда-нибудь этим обеспокоены?
- Задумывались ли Вы когда-нибудь о том, что некоторые жалобы или проблемы могут быть связаны с употреблением алкоголя? Если да, то пробовали ли Вы изменить Ваш тип употребления? Если нет, то в чем причина?
- Вы когда-нибудь задумывались о том, чтобы сократить или прекратить употреблять алкоголь? Вы когда-нибудь пробовали? Расскажите, когда Вы пробовали сократить потребление и как это протекало?
- Избегаете ли Вы из-за своего употребления алкоголя определенных ситуаций или деятельности (социальной, связанной с работой)?
- Возникали ли у Вас вследствие употребления алкоголя проблемы или даже опасные ситуации (на учебе, дома, в транспорте, на работе, с органами правопорядка)? Если да, то решали ли Вы после этого снизить потребление алкоголя? Если нет, то в чем причина?

- Как много времени вы проводите за употреблением алкоголя, поиском алкоголя либо восстанавливаясь от последствий алкоголя? Бывали ли у Вас на следующий день симптомы абстиненции (похмелья)? Употребляете ли Вы иногда алкоголь для того, чтобы уменьшить симптомы похмелья?
- Слышали ли Вы когда-нибудь комментарии от семьи и друзей о том, что следует выпивать меньше?
- Вы когда-нибудь курили марихуану или использовали другие вещества для того, чтобы почувствовать эйфорию или чувствовать себя хорошо?

Врач общей практики также спрашивает об отношении и роли супруга(и)/партнера. Кроме того, врач оценивает, есть ли признаки психосоциальных или психических проблем, таких как проблемы в области семейных отношений (например, домашнее насилие, особенно жестокое обращение с детьми), есть ли проблемы на работе, депрессия или тревожное расстройство.

Врач также уточняет:

- продолжительность проблем;
- возраст начала употребления алкоголя с вредными последствиями (особенно для пациентов в возрасте до 25 лет);
- наличие социальной сети и поддержки пациента;
- есть ли важные негативные события в жизни пациента.

Дополнительно у лиц молодого возраста (до 20 лет) врач общей практики уточняет наличие факторов риска в отношении выраженного употребления алкоголя с вредными последствиями:

- предыдущие госпитализации в связи с острой алкогольной интоксикацией;
- эпизодическое употребление алкоголя в больших количествах: как часто (каждую неделю или эпизодически) и сколько выпивается алкоголя за один случай;
- важные негативные события жизни и их возможная связь с употреблением алкоголя;
- молодой возраст начала употребления алкоголя (особенно в возрасте от 12 до 14 лет);
- соответствующие сопутствующие заболевания, такие как сахарный диабет или психологические/психиатрические расстройства;
- семейная история потребления алкоголя.

Уточнение мотивации к изменению характера употребления алкоголя (при условии поддержки и помощи)

Врач оценивает, в какой степени пациент мотивирован изменить свое поведение в отношении употребления алкоголя. Различные стадии изменения поведения и мотивации, а также действия ВОП, уместные на каждой из стадий:

- Незаинтересованность: пациент не осознает свою проблему употребления алкоголя и не мотивирован измениться. ВОП предоставляет информацию, направленную на понимание и осознание этой проблемы.

- Осознание/обдумывание: пациент знает плюсы и минусы употребления алкоголя, но пока имеет двойственное отношение или не мотивирован на изменение поведения. Вместе с пациентом врач исследует плюсы и минусы употребления алкоголя в его/ее ситуации, чтобы изменить поведение.
- Подготовка к изменениям: пациент принял решение изменить поведение, но все же должен морально подготовиться к этому и запланировать шаги для осуществления своего намерения. Врач и пациент совместно обсуждают план лечения и необходимые шаги.
- Выполнение изменений: пациент меняет свой тип потребления алкоголя. ВОП поддерживает пациента в осуществлении плана лечения.
- Поддержание изменений: после изменения поведения необходимо закрепление нового поведения. ВОП поддерживает пациента посредством регулярных консультаций и уделяет внимание профилактике срыва установленного поведения.

Если пациент заинтересован изменить свое поведение в отношении употребления алкоголя, то врач спрашивает: "Хотели ли Вы получить помощь в этом?"

Физикальное обследование

При подозрении на употребления алкоголя с вредными последствиями ВОП измеряет АД (может быть увеличено), обращает внимание на признаки недостаточного питания и проводит другие виды обследования в зависимости от предъявленных жалоб.

Дополнительные лабораторные виды обследования

Результаты специфических лабораторных исследований, таких как MCV, АСТ, ГГТ, АЛТ, мочевая кислота и процент углеводного дефицитного трансферрина (CDT, %), не имеют решающего значения для определения степени выраженности употребления алкоголя с вредными последствиями. Вероятность изменения лабораторных исследований для пациентов с употреблением алкоголя с вредными последствиями на уровне встречаемости в общей врачебной практике является низкой. Регулярные лабораторные исследования в этой связи не рекомендуются. Если эти параметры определяются по другой диагностической причине, изменение показателей может быть признаком употребления алкоголя с вредными последствиями и являться поводом для обсуждения возможных причин с пациентом. Объяснение природы измененного теста может быть использовано для того, чтобы мотивировать пациента уменьшить потребление алкоголя. Определение содержания тиамина в плазме до назначения лечения недостатка витамина В₁ не имеет дополнительной ценности и не рекомендуется.

Вспомогательные значения лабораторных показателей, специфичных при употреблении алкоголя с вредными последствиями:

- в биохимическом анализе крови: увеличение гамма-глутамилтрансферазы (ГГТ) (норма женщины – до 8–38 Ед/л; норма мужчины – 8–55 Ед/л);
- увеличение в биохимическом анализе печеночных ферментов (АЛТ и АСТ);
- в общем анализе крови: увеличение среднего объема эритроцитов (MCV) (норма MCV 75–96 мкм³).

Оценка

Врач с использованием Вопросника/теста AUDIT (АУДИТ) (см. Приложение 1) определяет, идет ли речь о употреблении алкоголя с вредными последствиями. Общая сумма баллов по вопросам 1–3 не более 4-х свидетельствует, что риск возникновения обусловленных алкоголем проблем относительно низкий и продолжать задавать остальные 7 вопросов теста AUDIT нецелесообразно.

Поскольку употребление алкоголя среди молодых людей до 20 лет часто не соответствует критериям синдрома алкогольной зависимости, ВОП оценивает степень проблемы потребления алкоголя среди молодых людей на основе факторов риска, описанных ранее.

При наличии абстинентного синдрома, кроме уточнения приема других психоактивных веществ помимо алкоголя, врач общей практики уточняет степень выраженности абстинентного синдрома: легкой, средней и тяжелой степени симптомов отмены (смотрите определения).

Принципы ведения пациентов с употреблением алкоголя с вредными последствиями

Проблемное употребление алкоголя часто является частью большого комплекса психосоциальных проблем. Дополнительные или лежащие в основе психосоциальные проблемы, мотивация пациента, опыт и результаты предыдущих попыток уменьшения потребления алкоголя, а также наличие и выраженность неблагоприятных последствий употребления алкоголя определяют тактику ведения пациентов врачом общей практики.

Исходные позиции лечения определяются собственной ответственностью пациента, его пожеланиями и мотивацией. При этом ВОП понимает, что общая мотивация к изменению поведения не является неизменной величиной, что процессы изменения поведения невозможны, если оказывать давление на пациента, а также что мотивирующая позиция самого врача может увеличить мотивацию пациента. Если пациент на данном этапе консультации не видит необходимости в сокращении потребления алкоголя, врач указывает на то, что он всегда готов обсудить этот вопрос в будущем при возникновении такой необходимости у пациента.

В целом ВОП может самостоятельно лечить молодых людей и взрослых с употреблением алкоголя с вредными последствиями, кроме случаев, когда проблема является слишком выраженной или сложной. Методы ведения и лечения для ВОП включают просвещение и информирование, поддерживающие беседы и консультации, лечение авитаминоза и абстинентного синдрома. Помимо этого, при взаимодействии со специалистами-наркологами возможно медикаментозное ведение пациентов для профилактики рецидивов, а также направление для лечения в специализированные учреждения для лечения зависимостей.

Лечение может проходить либо в медицинском учреждении (амбулатории, поликлинике), либо в учреждении для лечения зависимостей, при необходимости с госпитализацией для проведения детоксикации и/или лечения.

ВОП также обсуждает с пациентом, в какой степени и когда супруг(а)/партнер или любые другие члены семьи могут быть вовлечены в лечение. Люди близкого окружения, сами того не зная, могут также невольно поддерживать неблагоприятное поведение больного. У пациентов с употреблением алкоголя с вредными последствиями и сопутствующим тревожным синдромом или депрессией в первую очередь необходимо решать вопросы, связанные с употреблением алкоголя. Если окажется, что после снижения употребления алкоголя сохраняется тревожное расстройство или депрессия, то лечение затем фокусируется на этих заболеваниях.

Рекомендации по информированию при первой консультации

Врач обсуждает с пациентом следующие моменты:

- возможную взаимосвязь между жалобами и симптомами пациента и употреблением алкоголя;
- возможную предрасположенность к употреблению алкоголя с вредными последствиями (семейная история, тип потребления алкоголя в семье, наличие алкогольной интоксикации в раннем возрасте);
- приемлемый уровень потребления алкоголя (употребление алкоголя с минимальной опасностью): вообще не пить алкоголь или, по крайней мере, не каждый день; не употреблять алкогольный напиток в количестве более 2-х СЕ в день для мужчин и 1 СЕ (в пересчете – 10 г чистого алкоголя) в день – для женщин;
- во время беременности рекомендуется полное воздержание от употребления алкоголя, т. к. употребление даже небольших количеств алкоголя влечет за собой риск повреждения плода;
- после длительного употребления больших количеств алкоголя пациент не должен решать прекратить пить без медицинского сопровождения из-за повышенного риска развития серьезных симптомов отмены, таких как инсульты, судороги, делирий или появление энцефалопатии Вернике;
- существуют организации самопомощи для пациентов и группы поддержки семейных партнеров;
- возможны вредные воздействия алкоголя и его влияние на вождение автомобиля. Если врач при консультации обнаруживает признаки алкогольного опьянения у пациента, он указывает на возможный риск при вождении.

Поддерживающие беседы/консультации

Научные данные подтверждают, что краткосрочные мотивирующие консультации врачей общей практики могут быть эффективны в отношении снижения потребления алкоголя. Есть также подтверждение, что краткие вмешательства эффективны и для пациентов молодого возраста.

При поддерживающих беседах ВОП стремится к тому, чтобы пациент осознал негативные стороны потребления алкоголя для своей ситуации и увидел преимущества в изменении типа потребления алкоголя. Кроме того, ВОП фокусируется на повышении мотивации пациента к изменениям, а также на возможных социальных проблемах, лежащих в основе этого поведения.

ВОП и пациент совместно устанавливают план лечения с учетом мотивации и уже имеющихся жалоб и симптомов пациента, который включает в себя цели лечения (например, осознание пациентом употребления алкоголя с вредными последствиями, сокращение или прекращение потребления алкоголя, уменьшение проблем, вызванных употреблением алкоголя с вредными последствиями), а также дополнительные варианты лечения.

С учетом большой чувствительности темы необходимо, чтобы врач и пациент могли конфиденциально разговаривать по вопросам употребления алкоголя (без присутствия медицинской сестры).

Врач обсуждает с пациентом следующие моменты:

- возможную взаимосвязь между жалобами и симптомами пациента и употреблением алкоголя;
- приемлемый уровень потребления алкоголя (употребление алкоголя с минимальной опасностью): не употреблять алкоголь в дозе более 2 СЕ в день для мужчин и 1 СЕ – для женщин;
- высокий риск эпизодического потребления в дозе более 6 СЕ и 4 СЕ для мужчин и женщин соответственно;
- во время беременности и кормления грудью – полное воздержание от употребления алкоголя;
- для пациентов с синдромом алкогольной зависимости: помощь наркологической службы, организации самопомощи и группы поддержки семейных партнеров.

Для достижения желаемого изменения поведения существуют следующие основные подходы:

- Немедленное снижение уровня потребления алкоголя. Вырабатываются конкретные договоренности о поводах для потребления алкоголя, количестве потребляемого алкоголя, времени потребления алкоголя (не более 2 СЕ при наличии повода, не ранее 18 часов и т. д.).
- Прекратить потребление алкоголя на определенный промежуток времени и перейти затем к тактике, описанной выше.
- Немедленное прекращение приема алкоголя сразу и навсегда. Обсудить возможность обращения к врачу при рецидиве.

Повторные консультации для оценки степени выполнения поставленных совместных целей по уменьшению характера потребления.

Для объективизации степени изменения типа потребления алкоголя можно использовать лабораторные показатели при их исходном повышении.

При полном воздержании от потребления алкоголя в течение 2 недель возможно 2-кратное снижение уровня гамма-глутамилтранспептидазы и нормализация показателя при условии воздержания от приема алкоголя в течение 5 недель. Показатель среднего объема эритроцитов (MCV) уменьшается более медленно (нормализуется в течение 5–6 месяцев после полного прекращения употребления алкоголя).

Рекомендуется ведение пациентом дневника потребления алкоголя, в котором им отмечается когда, сколько и при каких обстоятельствах употреблялся алкоголь в течение времени между повторными консультациями.

Медикаментозное лечение

Медикаментозное лечение при употреблении алкоголя с вредными последствиями состоит из:

- восполнения витаминов при недостаточном питании;
- назначения хлордiazепоксида или лоразепама при умеренно тяжелых абстинентных симптомах.

Дефицит тиамина может вызвать неврологические проблемы, такие как полинейропатии, энцефалопатию Вернике и синдром Корсакова. Это может особенно выражено проявляться в результате неожиданной отмены или резкого снижения уровня потребления алкоголя. Восполнением витамина В₁ (тиамина) можно добиться уменьшения этих эффектов. Назначение витамина В₁ показано при подозрениях на недостаточное питание пациента, а также во время абстинентного синдрома. При наличии признаков повышенного риска энцефалопатии Вернике (потеря ориентации, нарушение походки, нарушение когнитивных функций или полинейропатии) показана госпитализация с назначением больших доз тиамина внутривенно:

- если пациент продолжает употреблять алкоголь, начните с 4-х раз в день по 1 таблетке (25 мг) тиамина внутрь. Если пациент перестал употреблять алкоголь и снова получает достаточное питание, дозировка может быть уменьшена на прием 1 таблетки каждую неделю в течение месяца;
- если применение внутрь невозможно, вводите 100 мг в день внутримышечно, до тех пор, пока пациента можно будет перевести на пероральный прием препарата.

Тактика лечения при состоянии отмены алкоголя (абстинентном синдроме)

Лечение в первую очередь направлено на предотвращение серьезных симптомов отмены, таких как инсульт, а также уменьшение проявлений абстинентного синдрома. Врач общей практики может самостоятельно проводить лечение, кроме случаев показаний для клинической детоксикации. При легких симптомах абстиненции нет никакой необходимости в назначении медикаментозной терапии. При умеренных и тяжелых симптомах абстиненции возникают показания для медикаментозного лечения.

Медикаментозное лечение абстинентного синдрома состоит из назначения:

- лоразепам в таблетках 1 мг 3 раза в сутки (при необходимости увеличить до 2,5 мг 3 раза в сутки) либо если требуется длительная седация хлордиазепоксид 25 мг 4 раза в сутки;
- для пожилых пациентов (условно > 65 лет) или для пациентов с нарушением функции печени: лоразепам в таблетках 1 мг 3 раза в день;
- если требуется более быстрое воздействие или прием препаратов внутрь невозможен: мидазолам 5 мг внутримышечно;
- при инсульте: диазепам 10 мг в виде ректального раствора с последующим направлением в стационар.

Выбор лекарственных средств при состоянии отмены алкоголя:

Показания	Лекарственные средства	
	группы	дозировки
Любое состояние отмены	Тиамин	100–300 мг/сутки
Все формы состояния отмены	Анксиолитические средства из группы бензодиазепинов	<div> <div> <div>диазепам</div> <div>– 20–80 мг/сутки</div> </div> <div> <div>клоназепам</div> <div>– 8–16 мг/сутки</div> </div> <div> <div>оксазепам</div> <div>– 60–120 мг/сутки</div> </div> </div>
Выраженная вегетативная симптоматика	Клонидин Бета-адреноблокаторы	<div> <div>225–450 мкг/сутки</div> <div>пропранолол – 40–80 мг/сутки</div> <div>атенолол – 50–100 мг/сутки</div> </div>
Состояние отмены неосложненное	Карбамазепин	800–1200 мг/сутки
Состояние отмены с делирием	Галоперидол	2–10 мг/сутки
	Мидазолам	2,5–15 мг/сутки
Выраженная дегидратация, невозможность оральной регидратации	Инфузионная терапия	<div>до 3,5 л/сут из них:</div> <div>0,9 % раствор гидрохлорида натрия или 5 % раствор глюкозы до 2 л + полиионные растворы (дисоль, трисоль, раствор Рингера) – до 1,5 л</div>

Схема применения анксиолитических средств из группы бензодиазепинов при состоянии отмены психоактивных веществ:

Лекарственное средство	Разовая доза	Интервал	Суточная доза, мг
Диазепам	5–20 мг внутрь, внутримышечно или внутривенно	каждые 6–8 часов	20–80
Лоразепам	1–2 мг внутрь, внутримышечно, или внутривенно	каждые 4 часа	4–8
Мидазолам	2,5 мг внутривенно или внутримышечно начиная с 2,5 мг и далее по 1 мг до достижения седации	по необходимости	7,5–15
Оксазепам	15–30 мг внутрь	каждые 4 часа	60–120
Клоназепам	2–4 мг внутрь	каждые 4 часа	8–16

Схема амбулаторного лечения состояния отмены алкоголя с применением диазепама:

Схема лечения	Дни						
	1-й	2-й	3-й	4-й	5-й	6-й	7-й
Суточная доза диазепама, мг	40	40	30	20	15	10	5
Способ введения	внутримышечно		внутрь				

Применение анксиолитических средств из группы бензодиазепинов при лечении интоксикации психоактивными веществами:

Лекарственное средство	Разовая доза, способ введения	Интервал	Суточная доза, мг
Диазепам	5–20 мг внутрь или внутривенно	каждые 6 часов	20–80
Лоразепам	1–2 мг внутрь, внутривенно или внутримышечно	каждые 4 часа	6–12
Оксазепам	15–30 мг внутрь	каждые 4 часа	60–120

Повторные контрольные осмотры:

- измеряйте при каждом посещении артериальное давление, частоту сердечных сокращений и температуру;
- по прошествии 1 дня оцените действие препаратов;
- контролируйте состояние пациента ежедневно, пока есть выраженные симптомы абстиненции, и каждые 2 дня – в последующем при легких симптомах абстиненции;
- начните постепенную отмену препаратов при хорошем достигнутом эффекте (обычно начиная со 2-го дня), снижайте дозировку каждые 2 дня на 1 таблетку;
- рассмотрите возможность направления пациента в специализированные учреждения при недостаточном купировании симптомов абстиненции.

Оказание помощи в стационаре рекомендуется при наличии следующих признаков и состояний:

- осложненное состояние отмены алкоголя;
- упорная рвота, препятствующая приему лекарственных средств;
- тахикардия (частота пульса более 100 ударов/мин);
- артериальное давление 180/100 мм рт. ст.;
- повышенная температура тела;
- выраженное беспокойство;
- суицидальные тенденции;
- беременность;
- острое соматическое заболевание;
- хроническое соматическое заболевание при его декомпенсации;
- признаки энцефалопатии Гайе-Вернике: атаксия, нистагм, офтальмоплегия, спутанность;
- сопутствующие психические расстройства, затрудняющие амбулаторное лечение, в том числе расстройства личности;
- тяжело протекающие состояния отмены алкоголя в анамнезе;
- в анамнезе: безуспешные попытки амбулаторного лечения, делирии, судорожные припадки, травма головы с потерей сознания;
- отсутствие родственников, которые могут участвовать в уходе за пациентом и отсутствие возможности частого контакта с пациентом.

Лечение детей рекомендовано в стационаре.

Показания для направления на консультацию к специалистам по лечению зависимостей:

- консультации / лечение требуются в большем объеме, чем это может выполнить врач общей практики;
- выраженный синдром алкогольной зависимости или нарушение потребления алкоголя, которое началось в возрасте до 25 лет;
- тяжелые сопутствующие психические заболевания, такие как расстройство личности, шизофрения и другие нарушения, связанные с приемом ПАВ;
- причинение вреда себе или окружающим, насилие в семье;
- риск самоубийства;
- неразрешенные психологические травмы (негативные события в жизни) как причина употребления алкоголя;
- молодые люди с выраженной проблемой употребления алкоголя с вредными последствиями;
- подозрение или повышенный риск развития энцефалопатии Вернике.

В тяжелых случаях при сопутствующих психических расстройствах ВОП направляет пациента в клинику лечения зависимости, где также может оказываться психиатрическая помощь.

Вопросник AUDIT (АУДИТ)

- 1) Как часто вы пьете напитки, содержащие алкоголь?
(0) – никогда (1) – раз в месяц или реже (2) – от 2 до 4 раз в месяц
(3) – 2–3 раза в неделю (4) – 4 или более раз в неделю
- 2) Сколько доз алкоголя вы выпиваете обычно в день, когда пьете (число стандартных доз алкогольных напитков)?
(0) – 1 или 2 (1) – 3 или 4 (2) – 5 или 6 (3) – 7 или 8 (4) – 10 и более.
- 3) Как часто вы выпиваете 6 или более доз за один случай выпивки?
(0) – никогда (1) – реже 1 раза в месяц (2) – 1 раз в месяц (3) – 1 раз в неделю (4) – почти ежедневно
- 4) Как часто в прошлом году вы не могли прекратить пить, если уже начали?
(0) – никогда (1) – реже 1 раза в месяц (2) – 1 раз в месяц (3) – 1 раз в неделю (4) – почти ежедневно
- 5) Как часто в прошлом году вы не могли выполнить то, что было необходимо, из-за выпивки?
(0) – никогда (1) – реже 1 раза в месяц (2) – 1 раз в месяц (3) – 1 раз в неделю (4) – почти ежедневно
- 6) Как часто в прошлом году вам необходимо было выпить, чтобы начать день после сильной выпивки накануне?
(0) – никогда (1) – реже 1 раза в месяц (2) – 1 раз в месяц (3) – 1 раз в неделю (4) – почти ежедневно
- 7) Как часто в прошлом году у вас возникало чувство раскаяния или вины после выпивки?
(0) – никогда (1) – реже 1 раза в месяц (2) – 1 раз в месяц (3) – 1 раз в неделю (4) – почти ежедневно
- 8) Как часто в прошлом году из-за выпивки вы были не в состоянии вспомнить, что случилось в предыдущий вечер?
(0) – никогда (1) – реже 1 раза в месяц (2) – 1 раз в месяц (3) – 1 раз в неделю (4) – почти ежедневно
- 9) Были ли вы сами или кто-то другой травмирован в результате вашей выпивки?
(0) – нет (2) – да, но не в прошлом году (4) – да, в прошлом году
- 10) Вызывала ли тревогу ваша выпивка у родственников, друзей, врача или другого медработника или предлагали ли вам не пить так много?
(0) – нет (2) – да, но не в прошлом году (4) – да, в прошлом году

Оценка анкетирования:

Сумма баллов	Категория риска	Действия
0–7	Низкий риск	Сообщите, что риск есть, но он невелик. Выразите одобрение (например, «Это хорошо»).
8–15	Злоупотребление алкоголем	Обратная связь и информирование пациента.
16–19	Злоупотребление алкоголем Не исключена зависимость	Обратная связь и иные варианты поддержки, включая информирование пациента и другие мероприятия.
20+	Зависимость высоко вероятна	Обратная связь и оценка состояния ИЛИ направление к специалисту для оценки состояния и лечения.

Общая сумма баллов по вопросам 1–3 не более 4-х свидетельствует, что риск возникновения обусловленных алкоголем проблем относительно низкий, и продолжать задавать остальные 7 вопросов теста AUDIT нецелесообразно.

Высокие показатели по вопросам 7–10 свидетельствуют о наличии злоупотребления алкоголем, так как пациент уже столкнулся с проблемами со здоровьем.

Высокие показатели по вопросам 4–6 предполагают начало возникновения алкогольной зависимости.

Приложение 2. Вопросник CAGE

Одним из хорошо апробированных в мире и достаточно информативных методов по выявлению расстройств, связанных с употреблением алкоголя, является тест «CAGE» (си-эй-джи-и)*. Он прост для заполнения пациентом, легко и быстро оценивается медицинским работником. Все вопросы теста равнозначны, требуют только альтернативного ответа, а итоговая оценка производится по совокупности положительных или отрицательных ответов на каждый из поставленных вопросов.

Тест «CAGE»

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.	
1. Возникало ли у Вас ощущение того, что Вам следует сократить употребление спиртных напитков?	
ДА	НЕТ
2. Вызывало ли у Вас чувство раздражения, если кто-то из окружающих (друзья, родственники) говорил Вам о необходимости сократить употребление спиртных напитков?	
ДА	НЕТ
3. Испытывали ли Вы чувство вины, связанное с употреблением спиртных напитков?	
ДА	НЕТ
4. Возникало ли у Вас желание принять спиртное, как только Вы просыпались после имевшего места употребления алкогольных напитков?	
ДА	НЕТ

Тест «CAGE» оценивают следующим образом:

- положительный ответ на 1 из 4-х вопросов (даже если таковым является последний – 4-й) не дает оснований для конкретных выводов;
- положительные ответы на 2 вопроса свидетельствуют об употреблении спиртных напитков;
- положительные ответы на 3 вопроса позволяют предполагать систематическое употребление алкоголя;
- положительные ответы на все 4 вопроса почти наверняка указывают на систематическое употребление алкоголя, приближающееся к состоянию зависимости;
- отрицательные ответы на все 4 вопроса либо предполагают действительно трезвеннический образ жизни, либо нежелание пациента дать искренние ответы.

* – акроним на английском языке образован из первых букв ключевых слов каждого вопроса в тесте «CAGE»: Have you ever felt you should **cut** down on your drinking?

Have people **annoyed** you by criticising your drinking?

Have you ever felt bad or **guilty** about your drinking?

Have you ever had a drink first thing in the morning to steady your nerves or get rid of a hangover (**eye**-opener)?

Употребление алкоголя. Обсуждение характера потребления Информационное письмо для пациентов

В этом письме еще раз излагаются важные моменты, которые Вы обсуждали с вашим врачом во время приема. Вы можете прочесть текст этого письма дома в спокойной обстановке.

Социальное употребление

Употребление алкоголя составляет определенную часть нашей культуры и социальной жизни. Для многих людей употребление алкоголя приносит приятные ощущения расслабленности и способствует общению во время праздников, банкетов, торжеств или во время приема гостей.

Алкоголь как «средство помощи»

Иногда люди употребляют алкоголь с целью избавления от определенных жалоб: например, чтобы расслабиться и больше не думать о проблемах, для того, чтобы лучше заснуть. Другие распространенные ситуации: когда вы чувствуете себя неуверенно, при подавленности, одиночестве, страхе, боли и при горе.

Привычка

Из-за того, что употребление алкоголя приносит приятные ощущения, может появиться склонность выпивать чаще или в больших количествах. Некоторые люди привыкают пить в определенные моменты: при возвращении с работы, во время еды, во время просмотра телевизора, при чтении газеты или каждый раз перед сном. Таким образом, прием алкоголя может войти в привычку. Вы привыкаете к этому и не хотите обходиться без алкоголя. 1–2 СЕ алкоголя (см. ниже) обычно не приносят вреда, однако если вам беспокойно, когда вы несколько дней не принимали алкоголя, то в этом случае есть тревожный сигнал.

Привыкание и зависимость

Если вы принимаете алкоголь регулярно, то ваш организм привыкает к этому. Если вы перестаете пить в течение нескольких дней, то ваш организм начинает «протестовать»: вы себя плохо чувствуете, вы беспокойны или раздражены. У вас может появиться головная боль, бессонница, страх, потливость, озноб или учащенное сердцебиение. Это называется синдромом отмены, или абстинентным синдромом. Если вам постоянно необходимо выпивать, чтобы лучше себя чувствовать или преодолевать определенные ситуации, то в этом случае велика вероятность того, что у вас развилась зависимость от употребления алкоголя. Выпивка начинает управлять вашей жизнью. В этом случае у вас уже не получится самостоятельно уменьшить количество принимаемого алкоголя или полностью прекратить его прием.

Недостатки

Употребление алкоголя приносит много плохих последствий как непосредственно после его приема, так и в отдаленной перспективе. Под воздействием алкоголя вы менее внимательны, хуже оцениваете ситуацию, снижаются ваша реакция и координация, уменьшается контроль за своим поведением.

Все это может иметь очень серьезные последствия в дорожном движении, на работе (неправильные решения, финансовые проблемы) или в вашей социальной жизни (слова и действия, о которых вы позже пожалеете, ссоры, агрессия и насилие). Таким образом, алкоголь приносит проблемы как вам, так и окружающим вас людям.

Избыточное потребление алкоголя также вредно и для вашего здоровья: алкоголь поражает не только печень, но также вызывает заболевания пищевода, желудка и кишечника, поджелудочной железы, сердца, головного мозга и нервных путей. У вас могут появиться следующие жалобы, связанные с употреблением алкоголя: усталость, бессонница, страх, подавленность, снижение памяти и концентрации, жгучая изжога, понос, нарушение эрекции, повышение или, наоборот, снижение веса. Еще более подвержены вредному действию алкоголя беременные (особенно страдает плод), пожилые люди, люди с психическими отклонениями или с хроническими заболеваниями (сахарный диабет). В комбинации с некоторыми лекарствами алкоголь может иметь непредвиденные побочные эффекты.

Уменьшить употребление?

Если вы распознаете признаки неблагоприятных последствий употребления алкоголя или вы выпиваете больше рекомендуемого безвредного уровня, то в этом случае вам необходимо подумать о снижении употребления алкоголя или о том, чтобы (временно) полностью прекратить пить. Даже если вы не находите у себя проблем, связанных с приемом алкоголя, будет разумно подумать о характере вашего потребления алкоголя. Может быть, у вас уже мелькала когда-то мысль, что вам необходимо уменьшить потребление спиртного, однако вы не знали, как это практически осуществить? Тогда начните с записи количества выпитых единиц алкоголя в день, делая пометки в блокноте в виде черточек. Через 1–2 недели подсчитайте общее количество потребленного алкоголя в единицах.

Сколько алкоголя – много?

В одном стандартном бокале пива (250 мл), сухого вина (100 мл) или маленькой рюмке крепких спиртных напитков (35 мл) содержится приблизительно одинаковое количество алкоголя (12–15 г чистого алкоголя), называемого стандартной единицей. Рекомендуется употреблять не более 1–2 СЕ в день. Для предупреждения развития привыкания не рекомендуется употреблять алкоголь каждый день даже в пределах 1–2 СЕ.

Когда обратиться на прием?

Обращайтесь на прием, если вы хотите снова обсудить с врачом ваш характер потребления алкоголя. Если вы решили уменьшить потребление алкоголя, вы можете обратиться за поддержкой к врачу общей практики. С профессиональной поддержкой и советами шансы на успех велики. По возможности возьмите с собой ваши записи о количестве выпитого алкоголя за последние 1–2 недели.

Есть ли у вас еще вопросы?

Если после прочтения этого письма у вас остаются вопросы, мы можем к ним вернуться во время нашей следующей встречи.

Полное прекращение потребления алкоголя

Информационное письмо для пациентов

В этом письме излагаются важные моменты, которые Вы обсуждали с вашим врачом во время приема. Вы можете прочесть текст этого письма дома в спокойной обстановке.

Вы хотите полностью прекратить употребление алкоголя. Это важное решение. Чтобы его осуществить, вам необходимо хорошо подготовиться. При наличии четкого плана и с поддержкой ваших близких у вас есть все шансы на успех. В этом письме перечислены советы, как вам подготовиться к тому, чтобы бросить пить.

Подготовка

- Тщательно каждый день в течение 2-х недель записывайте, какой из алкогольных напитков вы употребили, в каком количестве и при каких обстоятельствах. После анализа ваших записей у вас появится больше осознанного представления о вашем характере употребления алкоголя.
- Запишите для себя, что вы считаете хорошим в употреблении алкоголя и какие негативные последствия его потребления считаете для себя важными. Будьте насколько возможно конкретны и честны при этом анализе. Если возможно, покажите этот список вашим близким для дополнений и обсуждения. Сохраните этот список для того, чтобы в трудные минуты вы могли еще раз его перечитать.
- Проанализируйте, в каких ситуациях для вас наиболее сложно удержаться от выпивки. Подумайте, что вы можете сделать при наступлении подобных моментов? Попробуйте отвлечься одним из следующих предложенных способов: десять раз глубоко вдохнуть и медленно выдохнуть. Попробуйте выйти на улицу, прогуляйтесь пешком или на велосипеде, сделайте десять приседаний или поднимитесь и спуститесь по лестнице. Заварите себе чашку чая или налейте себе безалкогольный напиток. Почитайте журнал или книгу, поставьте любимую музыку, поговорите по телефону. Иными словами, попытайтесь отвлечься от возникшего желания выпить.
- Скажите окружающим вас людям, что вы планируете полностью прекратить употреблять алкоголь. В этом случае вы получите дополнительную поддержку. Договоритесь с ними, чтобы больше не предлагали вам содержащие алкоголь напитки.
- Заранее продумайте ответ отказа на предложение вам выпить. Например: «Нет, спасибо. Я больше не пью спиртного. Налейте, пожалуйста, стакан воды». Или: «Нет, спасибо. Я за рулем. Я выпью что-нибудь безалкогольное».

Подготовьте план

Выработайте несколько договоренностей с самим собой и окружающими и запишите их.

- Выберите удобную для прекращения начальную дату, по возможности в спокойные моменты и без праздников; расскажите своим близким, с какого дня вы планируете прекратить прием спиртного.
- Заранее придумайте для себя интересное вознаграждение, если вы в течение недели не будете употреблять алкоголь (купить журнал, мелкий подарок для себя). Запишите это в своем плане.
- Договоритесь заранее, как ваши близкие могут вас лучше поддержать, что им делать в сложные моменты: оставить вас одного или, наоборот, отвлекать вас?

- Поговорите о том, как должны реагировать ваши близкие, если вы отошли от своего плана? Должны они напоминать о ваших обязательствах или не реагировать, оставить вас в покое?
- Если вы один раз не удержались, проанализируйте эту ситуацию. Продумайте на будущее, как вы сможете справиться с этим в следующий раз. Запишите также это в ваш план.

Советы, чтобы бросить

Упростите для себя ситуацию: у вас в доме не должно быть алкоголя. Позаботьтесь о том, чтобы у вас был запас любимых безалкогольных напитков, например фруктового сока или необычного чая. Пробуйте переломить вашу старую привычку потребления алкоголя. Если вы привыкли в определенное время выпивать спиртное или идти в бар, сходите в это время в спортивный зал или в кино. Выйдите заранее на прогулку или примите душ или ванну вместо того, чтобы выпить перед сном.

Симптомы отмены

Если ваш организм привык к получению определенной ежедневной дозы алкоголя, то в этом случае в начале вашего воздержания от выпивки могут появиться так называемые симптомы отмены. У вас может снизиться настроение, появиться беспокойство, головная боль и бессонница. У вас может возникнуть ощущение нехватки воздуха, дрожь, чувство «ползания мурашек» и головокружение. Могут измениться аппетит и стул (возможен запор или понос). Если вы тяжело или длительно (более пяти дней) переносите данные симптомы, то это и есть сигнал, что у вас сформировалась алкогольная зависимость. Поэтому очень разумно с вашей стороны, что вы намерены полностью прекратить потребление алкоголя.

Перечисленные симптомы отмены неприятны, однако не опасны для вашего здоровья. Обычно они проходят сами по себе в течение нескольких первых недель.

Отвлечения и снятие напряжения, увеличение двигательной активности и спорт помогают преодолеть этот период.

Важно, чтобы ваши близкие были в курсе возможных изменений вашего настроения и симптомов отмены.

Понимание и поддержка близких помогут вам достигнуть результата.

Медикаменты

Если вы не можете самостоятельно справиться с симптомами отмены, например, у вас появился сильный страх или бессонница, обратитесь на прием к врачу. Возможно, вам потребуется на короткий период принимать успокоительное средство для уменьшения проявлений абстинентного синдрома. Так как все успокоительные вызывают привыкание, после нескольких дней приема нужно будет прекратить прием успокоительных таблеток.

Что дальше?

Вы можете обратиться за поддержкой к своему врачу для того, чтобы обсудить и подготовить план действий. После того как вы прекратите потребление алкоголя, потребуется ещё несколько консультаций для дополнительной поддержки и сопровождения. При возможности возьмите с собой на прием ваши записи (дневник потребления алкоголя, список причин, по которым вы хотите прекратить пить, план, который вы сами подготовили). Профессиональная врачебная этика гарантирует полную конфиденциальность причины вашего обращения. С профессиональной поддержкой и советами шансы на успех велики.

Если в первые дни прекращения приема у вас появились сильные жалобы на страх и сильное дрожание, будет необходим ежедневный врачебный контроль.

Уменьшение потребления алкоголя Информационное письмо для пациентов

В этом письме излагаются важные моменты, которые Вы обсуждали с вашим врачом во время приема. Вы можете прочесть текст этого письма дома в спокойной обстановке.

Вы хотите уменьшить потребление алкоголя. Это важное решение. Чтобы его осуществить, вам необходимо хорошо подготовиться. При наличии четкого плана и с поддержкой ваших близких у вас есть все шансы на успех.

Подготовка

- Тщательно каждый день в течение 2-х недель записывайте, какой из алкогольных напитков вы употребили, в каком количестве и при каких обстоятельствах. После анализа ваших записей у вас появится больше осознанного представления о вашем характере употребления алкоголя. Вести дневник нужно будет и первое время, когда вы уменьшите потребление алкоголя.
- Запишите для себя, что вы считаете хорошим в употреблении алкоголя и какие негативные последствия его потребления считаете для себя важными. Будьте насколько возможно конкретны и честны при этом анализе. Если возможно, покажите этот список вашим близким для дополнений и обсуждения. Сохраните этот список для того, чтобы в трудные минуты вы могли еще раз его перечитать.
- Проанализируйте, в каких ситуациях для вас наиболее сложно удержаться от выпивки. Подумайте, что вы можете сделать при наступлении подобных моментов? Попробуйте отвлечься одним из следующих предложенных способов: десять раз глубоко вдохнуть и медленно выдохнуть. Попробуйте выйти на улицу, прогуляйтесь пешком или на велосипеде, сделайте десять приседаний или поднимитесь и спуститесь по лестнице. Заварите себе чашку чая или налейте себе безалкогольный напиток. Почитайте журнал или книгу, поставьте любимую музыку, поговорите по телефону. Иными словами, попытайтесь отвлечься от возникшего желания выпить.
- Скажите окружающим вас людям, что вы планируете уменьшить потребление алкоголя. В этом случае вы получите дополнительную поддержку. Договоритесь с ними, чтобы больше не предлагали вам содержащие алкоголь напитки.
- Заранее продумайте ответ отказа на предложение вам выпить. Например: «Нет, спасибо. Я больше не пью спиртного. Налейте, пожалуйста, стакан воды». Или: «Нет, спасибо. Я за рулем. Я выпью что-нибудь безалкогольное».

Подготовьте план

Выработайте несколько договоренностей с самим собой и с окружающими людьми и запишите их.

- Выберите удобную для уменьшения потребления начальную дату, по возможности в спокойные моменты и без праздников; расскажите своим близким, с какого дня вы планируете прекратить прием спиртного.
- Определите для себя количество спиртных напитков, которое вы можете позволить себе выпить за неделю. Например, не более 14 стандартных единиц алкоголя в неделю. В одном стандартном бокале пива (250 мл), сухого вина (100 мл) или маленькой рюмке крепких спиртных напитков (35 мл) содержится приблизительно одинаковое количество алкоголя (12–15 г чистого алкоголя), называемого стандартной единицей (СЕ).
- Определите для себя максимальное количество, которое вы можете позволить себе выпить в день. Например, не более 2 единиц алкоголя в день.
- Заранее придумайте для себя интересное вознаграждение, если вы в течение недели не будете употреблять алкоголь (купить журнал, мелкий подарок для себя). Запишите это в своем плане.
- Договоритесь заранее, как ваши близкие могут вас лучше поддержать, что им делать в сложные моменты: оставить вас одного или, наоборот, отвлекать вас?
- Поговорите о том, как должны реагировать ваши близкие, если вы отошли от своего плана? Должны они напоминать о ваших обязательствах или никак не реагировать, оставить вас в покое?
- Если вы один раз не удержались, проанализируйте эту ситуацию. Продумайте на будущее, как вы сможете справиться с этим в следующий раз. Запишите также это в ваш план.

Советы, чтобы бросить

Упростите для себя ситуацию: у вас в доме не должно быть алкоголя. Позаботьтесь о том, чтобы у вас был запас любимых безалкогольных напитков, например фруктового сока или необычного чая. Пробуйте переломить вашу старую привычку потребления алкоголя. Если вы привыкли в определенное время выпивать спиртное или идти в бар, сходите в это время в спортивный зал или в кино. Выйдите заранее на прогулку или примите душ или ванну вместо того, чтобы выпить перед сном. Когда вы в течение нескольких первых дней уменьшили потребление алкоголя, у вас может появиться желание «наверстать упущенное» во время праздника или на выходных. Поэтому рекомендуется заранее оговорить максимальное количество алкоголя, которое вы можете себе разрешить выпить. Максимально откладывайте время, когда вы перейдете на алкогольные напитки. Договоритесь с вашими близкими или друзьями, что они подадут вам сигнал, когда снова можно перейти на безалкогольные напитки.

Симптомы отмены

Если ваш организм привык к получению определенной ежедневной дозы алкоголя, то в этом случае в начале вашего воздержания от выпивки могут появиться так называемые симптомы отмены. У вас может снизиться настроение, появиться беспокойство, головная боль и бессонница. У вас может возникнуть ощущение нехватки воздуха, дрожь, чувство «ползания мурашек» и головокружение. Могут измениться аппетит и стул (возможен запор или понос). Если вы тяжело или длительно (более пяти дней) переносите данные симптомы, то это и есть сигнал, что у вас сформировалась алкогольная зависимость. Поэтому в этой ситуации было бы лучше для вас полностью прекратить потребление алкоголя. Это даст вам больше ясности.

Перечисленные симптомы отмены неприятны, однако не опасны для вашего здоровья. Обычно они проходят сами по себе в течение нескольких первых недель.

Отвлечения и снятие напряжения, увеличение двигательной активности и спорт помогают преодолеть этот период. Важно, чтобы ваши близкие были в курсе возможных изменений вашего настроения и симптомов отмены. Понимание и поддержка близких помогут вам достигнуть результата.

Медикаменты

Если вы не можете самостоятельно справиться с симптомами отмены, например, у вас появился сильный страх или бессонница, обратитесь на прием к врачу. Возможно, вам потребуется на короткий период принимать успокоительное средство для уменьшения проявлений абстинентного синдрома. Так как все успокоительные вызывают привыкание, то после нескольких дней приема нужно будет прекратить прием успокоительных таблеток.

Что дальше?

Вы можете обратиться за поддержкой к врачу общей практики для того, чтобы обсудить и подготовить план действий. После того как вы уменьшите потребление алкоголя, потребуются ещё несколько консультаций для дополнительной поддержки и сопровождения. При возможности возьмите с собой на прием ваши записи (дневник потребления алкоголя, список причин, по которым вы хотите прекратить пить, план, который вы сами подготовили). На консультации мы сможем обсудить сложные моменты и ваше сегодняшнее состояние. Профессиональная врачебная этика гарантирует полную конфиденциальность причины вашего обращения. С профессиональной поддержкой и советами шансы на успех велики.

Если в первые дни прекращения приема у вас появились сильные жалобы на страх и сильное дрожание, будет необходим ежедневный врачебный контроль.

Содержание

Благодарности	3
Список аббревиатур	4
Рассматриваемые распространенные состояния (код по МКБ-10)	5
Основные положения	5
Введение	6
Определения	7
Эпидемиология	8
Патофизиология	9
Употребление алкоголя в различных возрастных группах	12
Употребление алкоголя лицами подросткового и молодого возраста (12–20 лет)	12
Выявление ВОП расстройств, вызванных употреблением алкоголя	14
Рекомендации по лечению острой алкогольной интоксикации	16
Общая информация	16
Диагностика	16
Оценка	16
Тактика ведения	17
Последующее ведение	17
Тактика ведения пациентов с употреблением алкоголя с вредными последствиями	18
Рекомендации по диагностике	18
Признаки употребления алкоголя с вредными последствиями	19
Исследование вероятности с употреблением алкоголя с вредными последствиями	19
Уточнение роли алкоголя в жизни у пациента и исследование степени выраженности нарушений	20
Уточнение мотивации к изменению характера употребления алкоголя (при условии поддержки и помощи)	21
Физикальное обследование	22
Дополнительные лабораторные виды обследования	22
Оценка	23
Принципы ведения пациентов с употреблением алкоголя с вредными последствиями	23
Рекомендации по информированию при первой консультации	24
Поддерживающие беседы/консультации	24
Повторные консультации	26
Медикаментозное лечение	26
Тактика лечения при состоянии отмены алкоголя (абстинентном синдроме)	27
Показания для направления на консультацию к специалистам по лечению зависимостей	29
Приложение 1. Вопросник AUDIT (АУДИТ)	30
Приложение 2. Вопросник CAGE	31
Приложение 3. Употребление алкоголя. Обсуждение характера потребления Информационное письмо для пациентов	32
Приложение 4. Полное прекращение потребления алкоголя Информационное письмо для пациентов	34
Приложение 5. Уменьшение потребления алкоголя Информационное письмо для пациентов	36

Производственно-практическое электронное издание

**Инструкция о порядке организации оказания
медицинской помощи в отношении прекращения
употребления алкоголя с вредными последствиями**

(для врачей общей практики / участковых терапевтов,
медицинских сестер и помощников врачей
первичной медицинской помощи
пилотных регионов проекта БЕЛМЕД)

Текстовое электронное издание сетевого распространения

Для создания электронного издания использовано следующее программное обеспечение:
Microsoft® Office Word 2003, BullZip PDF Printer 11.8.0.2728, Adode Acrobat Pro DC.

Минимальные системные требования:
браузер Mozilla Firefox 30 и выше / Internet Explorer 6 и выше /
GoogleChrome 35 и выше / Opera / Safari;
скорость подключения к Internet не менее 512 Кбит/сек.

Редактор	С.Н. Беляковский
Корректоры	Д.С. Аскарова А.С. Симанькова

Общество с ограниченной ответственностью «Белсэнс»

ул. Чичерина 19, офис 202, 220029, г. Минск, Беларусь
тел./факс + 375 17 378-4-378 e-mail: order@belsens.by

Свидетельства о государственной регистрации издателя,
изготовителя, распространителя печатных изданий
№ 1/384 от 01.07.2014 г., № 3/677 от 23.07.2014 г.

Объем издания 1,54 Мб. Подписано к использованию 01.10.2019 г.

Рассматриваемые распространенные состояния (код по МКБ-10):

1	Острая интоксикация алкоголем	F10.0
2	Употребление алкоголя с вредными последствиями (пагубное употребление)	F10.1
3	Синдром (алкогольной) зависимости	F10.2
4	Абстинентное состояние	F10.3
5	Абстинентное состояние с делирием	F10.4

Основные положения

- Большинство лиц с алкоголь-ассоцированными нарушениями и заболеваниями без формирования тяжелой зависимости наблюдаются врачами общей практики или участковыми врачами-терапевтами.
- Употребление алкоголя с вредными последствиями проявляется в повседневной практике в основном в виде косвенных сигналов.
- Врачу общей практики следует опрашивать каждого пациента с неясными и необъяснимыми жалобами на предмет употребления алкоголя.
- Лечение более эффективно, когда проблема обнаруживается на более ранней стадии.
- Врач общей практики, как правило, может самостоятельно оказывать помощь пациентам, употребляющим алкоголь с вредными последствиями.
- Краткие консультации со стороны врачей общей практики и медсестер эффективны в отношении снижения потребления алкоголя.
- Соблюдение принципа конфиденциальности при проведении консультации, а также создание обстановки приватности (врач принимает без присутствия медсестры) крайне важно.

ISBN 978-985-7179-09-1



Инструкция разработана в рамках реализации задачи 6 «Поддержка модернизации системы здравоохранения с упором на первичную медицинскую помощь в Республике Беларусь» проекта БЕЛМЕД – «Профилактика неинфекционных заболеваний, продвижение здорового образа жизни и поддержка модернизации системы здравоохранения в Республике Беларусь на 2016–2019 гг.», финансируемого Европейским Союзом и осуществляемого Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), Детским фондом ООН (ЮНИСЕФ), Программой развития ООН (ПРООН), Фондом ООН в области народонаселения (ЮНФПА) в сотрудничестве с Министерством здравоохранения Республики Беларусь.