

Министерство здравоохранения Республики Беларусь
Республиканский научно-практический центр
психического здоровья

**КРАТКОСРОЧНОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ
ПАЦИЕНТОВ, ОБРАТИВШИХСЯ
В ОРГАНИЗАЦИЮ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ,
ПО ПОВОДУ ПРОБЛЕМНОГО
УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ**

Учебно-методическое пособие

Минск
«Колорград»
2019

УДК [613.816+616.89-008.441.13-08](075.9)

ББК 56.14я75

К78

Рекомендовано в качестве учебно-методического пособия
ученым советом Республиканского научно-практического
центра психического здоровья
(протокол № 5 от 04.12.2019)

Авторы:

**Т. В. Короткевич, В. П. Максимчук, Е. В. Воронцова,
А. А. Кралько, И. А. Белаец, О. И. Глаголева**

Рецензенты:

кандидат медицинских наук, доцент
главный врач учреждения здравоохранения «Минский областной клинический
центр «Психиатрия-наркология» *А. А. Александров*;
кандидат медицинских наук, доцент заведующий кафедрой
общей врачебной практики государственного учреждения образования
«Белорусская медицинская академия
последипломного образования» *И. В. Патеюк*

Краткосрочное консультирование пациентов, обратившихся в организа-
цию здравоохранения, по поводу проблемного употребления алкоголя :
учеб.-метод. пособие / Т. В. Короткевич [и др.]. – Минск : Колорград, 2019. –
62 с.

ISBN 978-985-596-501-6.

Описываются техники выявления проблемного потребления алкоголя и проведе-
ния краткосрочного консультирования пациентов, обратившихся в организацию здра-
воохранения по поводу различных заболеваний.

Предназначено для врачей общей практики, врачей-терапевтов участковых, врачей
иных специальностей, среднего медицинского персонала, психологов, социальных ра-
ботников, а также работников высших медицинских учреждений образования и после-
дипломного образования системы здравоохранения.

УДК [613.816+616.89-008.441.13-08](075.9)

ББК 56.14я75

ISBN 978-985-596-501-6

© РНПЦ психического здоровья, 2019

© Оформление. ООО «Колорград», 2019

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	5
Глава 1. Проблемное употребление алкоголя, зависимость от алкоголя	8
Глава 2. Определение основных проблем и понятий, связанных с проблемным употреблением алкоголя	16
Глава 3. Скрининг проблемного употребления алкоголя	27
Глава 4. Краткосрочное консультирование в отношении употребления алкоголя.....	33
Глава 5. Проведение краткосрочного вмешательства в общемедицинской практике	42
Глава 6. Проведение краткосрочного консультирования в отношении проблемного употребления алкоголя в медицинских учреждениях различного типа	48
Заключение	50
Приложение	52
Список литературы	59

Перечень сокращений

MCV – средний объем эритроцитов

АП – алкогольные проблемы

АСТ – аспаратаминотрансферазы

ВВП – валовый внутренний продукт

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

ГГТ – гамма-глутамилтрансферазы

ЗОЖ – здоровый образ жизни

ИБС – ишемическая болезнь сердца

КВ – краткосрочное вмешательство

ККПА – краткосрочное консультирование
в отношении проблемного употребления алкоголя

МКБ-10 – международная классификация болезней
10-го пересмотра

ОМП – общемедицинская практика

ПАВ – психоактивные(ое) вещества(о)

*Человечество могло бы достигнуть невероятных успехов,
если бы оно было более трезвым.
Иоганн Вольфганг Гёте*

ВВЕДЕНИЕ

Проблема пьянства и алкоголизма продолжает оставаться одной из актуальных проблем общественного здоровья и здравоохранения и все чаще рассматривается в рамках демографической безопасности Республики Беларусь.

По официальным данным, потребление алкоголя на душу населения в нашей стране за последние 20 лет выросло почти в 2 раза и находится на уровне, опасном для здоровья нации в целом. С чрезмерным потреблением алкоголя связаны высокие показатели смертности, в первую очередь – среди мужчин трудоспособного возраста.

Социальное и экономическое бремя, вызванное употреблением алкоголя, увеличивается во всех странах. По оценкам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), во всем мире в результате вредного употребления алкоголя ежегодно происходит 3 млн смертей, что составляет 5,3 % всех случаев смерти. Исследования свидетельствуют о региональных, национальных и местных различиях в уровнях, характере и социальном контексте употребления спиртных напитков, но всеобщие негативные последствия для здоровья очевидны [14].

В соответствии с Международной классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра (МКБ-10) синдром зависимости от алкоголя является хроническим рецидивирующим заболеванием, и на данный момент не существует высокоэффективных методов его лечения [15]. До возникновения зависимости всегда существует период проблемного употребления алкоголя. Длительность этого периода индивидуально варьирует и зависит от множества факторов (частота употребления алкоголя, количество выпиваемого алкоголя, наследственный фактор, сопутствующие заболевания и др.), но обычно составляет несколько лет. Эффективное вмешательство на стадии проблемного употребления алкоголя позволяет замедлить или предотвратить формирование болезни.

Проведение такого вмешательства представляется оптимальным в рамках первичной медицинской сети (медицинских учреждений территориально-участковой принадлежности) и соответствует ее основной, наиболее важной для охраны здоровья населения функции – профилактике заболеваемости.

Цели и задачи учебно-методического пособия. Данное учебно-методическое пособие предназначено для специалистов первичной медицинской сети – врачей общей практики, врачей-терапевтов участковых, врачей иных специальностей, среднего медицинского персонала, психологов, социальных работников, а также работников учреждений образования и последиplomного образования системы здравоохранения.

Целью учебно-методического пособия является описание алгоритма проведения профилактического консультирования и краткосрочного вмешательства в рамках профилактики зависимости от алкоголя силами специалистов первичного звена оказания медицинской помощи.

Данное пособие призвано решить следующие задачи:

- дать представление о сути и технике профилактического консультирования пациентов первичной медицинской сети;
- сформировать общие навыки проведения краткосрочного вмешательства (КВ) применительно к лицам, употребляющим алкоголь на опасном для здоровья уровне;
- описать модели проведения краткосрочного консультирования в отношении проблемного употребления алкоголя в медицинских учреждениях различного типа.

Краткосрочное консультирование пациентов, обратившихся в организацию здравоохранения по поводу проблемного употребления алкоголя (ККПА), представляет собой вид консультационной деятельности, осуществляемой в учреждениях здравоохранения. Основная цель проведения ККПА – мотивировать пациента на изменение употребления алкоголя на раннем этапе, до формирования зависимости, что в первую очередь актуально для тех людей, у которых количество употребляемого алкоголя велико или характер его употребления может рассматриваться как опасный или вредный, но синдром зависимости от алкоголя еще не сформирован.

ККПА может проводиться как медицинскими специалистами – врачами различных специализаций и средним медперсоналом, так и немедицинскими специалистами первичной медицинской сети – психологами, социальными работниками и др. Для проведения ККПА, помимо профессиональной подготовки, необходимо владеть общей информацией о сути алкогольной зависимости и признаках злоупотребления алкоголем, иметь навыки установления доверительного контакта с пациентом, а также выполнять комплекс консультационных действий, изложенный в данном пособии.

Консультирование включает скрининг (выявление проблемного употребления алкоголя) и объективное информирование пациента о негативных последствиях рискованного пьянства. ККПА применяют в комплексе с КВ.

ККПА вместе с КВ нацелено на сокращение количества и частоты употребления алкоголя человеком до безопасного уровня и прекращение опасного для здоровья употребления алкоголя. Полное воздержание от алкоголя, как правило, не является преследуемой целью, но иногда может быть рекомендовано. Также возможно применение ККПА и КВ для создания мотивации к специализированному лечению у выявленных в общесоматической сети пациентов с синдромом зависимости от алкоголя.

ГЛАВА 1

ПРОБЛЕМНОЕ УПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ, ЗАВИСИМОСТЬ ОТ АЛКОГОЛЯ

Воздействие алкоголя. Основные факты

Негативное влияние алкоголя в обществе проявляется как в ухудшении соматического и психического здоровья граждан, употребляющих алкоголь, так и в увеличении числа случаев насилия, травм, социального вреда как в отношении самих лиц, употребляющих алкоголь, так и окружающих.

Во всем мире около 3 млн смертей ежегодно являются результатом вредного употребления алкоголя, это составляет более 5 % всех случаев смерти. Вредное употребление алкоголя является причинным фактором более 200 болезненных состояний и травм. В целом, примерно 5 % глобального бремени болезней и травм связано с употреблением алкоголя.

Злоупотребление алкоголем приводит к смерти или инвалидности на относительно раннем этапе жизни. В возрастной группе от 20 до 39 лет примерно 25 % всех случаев смерти связаны с употреблением алкоголя.

Существует причинно-следственная связь между вредным употреблением алкоголя и возникновением психических и поведенческих расстройств, заболеваний печени и поджелудочной железы, травм и онкологических заболеваний. Также установлена причинная взаимосвязь между вредным употреблением алкоголя и частотой случаев заболевания такими инфекционными болезнями, как туберкулез, а также прогрессированием ВИЧ/СПИД.

Помимо последствий для здоровья, вредное употребление алкоголя наносит индивидууму и обществу в целом значительные социально-экономические потери.

Алкоголь – это психоактивное вещество, обладающее качествами, вызывающими зависимость. Вредное употребление алкоголя является для общества причиной тяжкого бремени болезней, а также социально-экономического бремени.

То, какие хронические и острые последствия для здоровья населения будет иметь злоупотребление алкоголем, во многом определяется тремя отдельными, но взаимосвязанными аспектами:

- общим количеством потребляемого алкоголя;
- моделью употребления алкоголя;
- качеством потребляемого алкоголя [11].

Для описания уровней и моделей употребления алкоголя используются разный язык и различные термины. Следует знать и иметь в виду, какое воздействие оказывает использование конкретной терминологии при обсуждении алкоголя и моделей его употребления.

Опасное употребление алкоголя – это уровень употребления алкоголя или модель употребления алкоголя, которые увеличивают риск причинения вреда при условии сохранения имеющихся привычек употребления алкоголя. В некоторых обстоятельствах любое употребление может быть опасным. Любое употребление алкоголя увеличивает риск развития рака, и риски, связанные с употреблением алкоголя, чаще всего превышают любые преимущества (если они существуют) при употреблении более одной стандартной порции алкоголя в день.

Вредное употребление алкоголя представляет собой модель употребления алкоголя, которая приводит к причинению вреда здоровью (физическому или психическому; иногда сюда относят и социальные последствия). В отличие от опасного употребления алкоголя, смысл вредного употребления алкоголя заключается в том, что пьющему человеку уже причинен какой-либо вред (осознает он его или нет). Нет строго определенного уровня употребления, при котором здоровью обязательно будет нанесен ущерб.

Эпизодическое употребление алкоголя в больших количествах можно охарактеризовать как употребление значительного количества алкоголя за один раз, что приводит к тяжелому опьянению или утрате самоконтроля. В настоящее время этот термин чаще используется для описания употребления алкоголя в больших количествах в течение одного дня или вечера. Термин «запой» раньше использовался для описания периода употребления алкоголя в больших количествах, как правило, в течение нескольких дней, часто с промежуточными периодами воздержания.

Алкогольная зависимость может быть определена как совокупность физиологических, поведенческих и когнитивных явлений, в которых употребление алкоголя приобретает намного более высокий приоритет для данного индивида, чем другие виды поведения, которые ранее имели большее значение. Тот, кто страдает алкогольной зависимостью, может упорно продолжать употреблять алкоголь, несмотря на пагубные последствия. Для человека, зависимого от алкоголя, особенно для сильно зависимого, ККПА может оказаться недостаточным. Тем не менее КВ не нанесет вреда, а комплексный подход может помочь в выявлении тех, кому будут полезны иные виды поддержки, и побудить их задуматься об этом.

Проблемы с алкоголем/проблемное употребление алкоголя. Эти термины могут относиться к целому спектру вреда (реального или потенциального) для работы, отношений, социального положения, физического или психического здоровья. Количество употребляемого алкоголя будет варьироваться как от индивидуума к индивидууму, так и с течением времени.

Алкоголь, наряду с наркотиками, некоторыми лекарственными и немедицинскими средствами, относится к психоактивным веществам (ПАВ). ПАВ обладают способностью активно воздействовать на человеческую психику – изменять эмоциональное состояние человека, уровень активности его сознания, скорость и координацию моторных функций, вызывать галлюцинации и обманы восприятия реальности его органами чувств и т. п.

Среди других ПАВ алкоголь выделяется своей доступностью, легальностью и универсальностью. Широкий спектр фармакологической активности этанола, составляющего основу любого алкогольного напитка, включает в себя:

- атарактическое действие (снятие напряжения);
- анксиолитическое действие (снижение уровня тревоги);
- активирующее и стимулирующее действие (повышение настроения и активности, придание бодрости, раскованности, смелости).

При этом алкоголь обладает высоким аддиктивным потенциалом (способностью вызывать зависимость) и при длительном употреблении негативно воздействует на весь организм человека.

Все эффекты употребления алкоголя можно разделить на острые и хронические. В острых эффектах алкоголя следует различать три степени опьянения (см. рис. 1) [15].

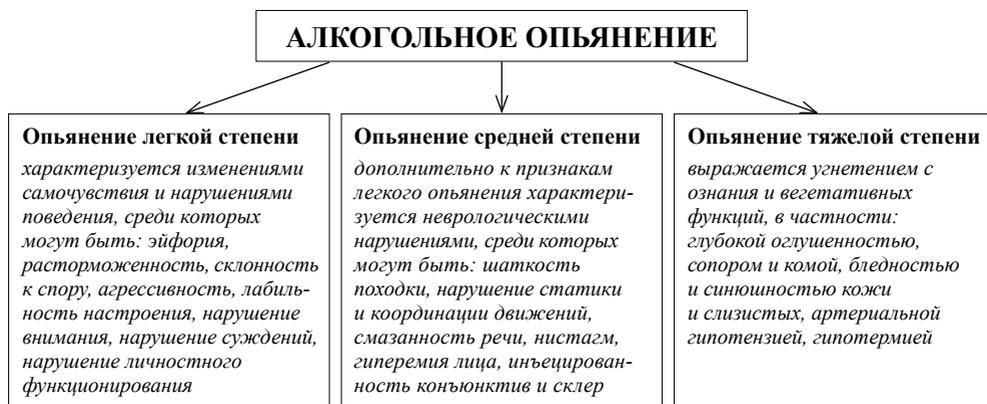


Рис. 1. Степени алкогольного опьянения

Относительно редко встречается так называемое патологическое опьянение – кратковременное острое психотическое расстройство, развивающееся в связи с приемом алкоголя (как правило, в относительно небольших дозах) и протекающее с нарушением сознания, возбуждением, агрессией и, как правило, с последующей амнезией [6].

К хроническим эффектам алкоголя в первую очередь относится его способность вызывать зависимость. Зависимость от алкоголя развивается определенным образом. Ей предшествует период «употребления алкоголя с вредными последствиями», или период злоупотребления алкоголем. В этот период человек регулярно употребляет алкоголь, нанося этим вред своему физическому и/или психическому здоровью, а также социальному функционированию (например, прогулы и опоздания на работу, управление автомобилем или совершение правонарушений в состоянии алкогольного опьянения). Необходимо подчеркнуть, что речь идет не об однократном

приеме алкоголя и вызванных им таких же однократных проблемах, а о повторяющихся, регулярно возникающих проблемах, связанных с употреблением алкоголя в больших количествах. Такое употребление алкоголя еще называют «проблемным».

Следует отметить, что рекомендации в данном пособии подразумевают работу с контингентом лиц, находящихся именно на этом этапе, а дальнейшее развитие зависимости требует уже непосредственного вмешательства врачей-психиатров-наркологов. Проблемное употребление алкоголя представляет определенную сложность именно в силу того, что вмешательство врачей-психиатров-наркологов с точки зрения самого злоупотребляющего алкоголем представляется, как правило, преждевременным, а специалисты первичной медицинской сети имеют больше возможностей для воздействия на пациента.

Если злоупотребление алкоголем не прекращается, через некоторое время формируется болезнь – синдром зависимости от алкоголя. Его основной признак – наличие у человека очень сильной (а иногда просто непреодолимой) потребности принять алкоголь. Такая потребность или существует постоянно, или регулярно возникает. Когда эта потребность актуальна, все поведение человека подчинено ее удовлетворению, то есть прием алкоголя становится первоочередной задачей и происходит вопреки сдерживающим факторам.

Синдром зависимости от алкоголя делится на три стадии: начальную, среднюю и конечную.

Основными симптомами первой (начальной) стадии алкоголизма будут повышенная устойчивость к алкоголю, или алкогольная толерантность (увеличение дозы спиртного, необходимого для возникновения опьянения), утрата чувства количественного и качественного контроля, утрата естественного рвотного рефлекса, который защищает человека от алкогольной интоксикации. Наличие алкогольного абстинентного синдрома свидетельствует о выраженной форме болезненного пристрастия к алкоголю.

На второй стадии болезни могут развиваться специфические психозы: острый алкогольный галлюциноз, алкогольный делирий, бредовые состояния и др.

На третьей стадии зависимости потребность в алкоголе становится такой же, как потребность во сне и пище. Эта стадия, как правило, отягощена серьезными осложнениями, например алкогольной энце-

фалопатией, циррозом печени и другими тяжелыми соматическими заболеваниями.

Следует отметить, что на конечной стадии зависимости толерантность к алкоголю (переносимость алкоголя) может даже снижаться.

Зависимость от алкоголя различается по прогрессивности – скорости развития заболевания. При высокой прогрессивности зависимость развивается быстрыми темпами, нарастание болезненных изменений происходит в течение 2–3 лет после начала систематического употребления алкоголя. Умеренную прогрессивность характеризует средний темп развития заболевания – нарастание болезненных изменений в течение 4–10 лет после начала систематического употребления алкоголя. Низкая прогрессивность означает медленный темп развития заболевания – нарастание болезненных изменений через 10–15 лет после начала систематического употребления алкоголя.

Существуют различные формы злоупотребления алкоголем:

- отдельные алкогольные эксцессы – употребление алкоголя от случая к случаю;

- псевдозапой – употребление алкоголя на протяжении нескольких дней подряд, начинается как единичная выпивка (с друзьями, на дне рождения и т.п.), прекращается с отсутствием условий для выпивки (заканчиваются деньги, нужно на работу и т.п.);

- постоянное пьянство – фактически ежедневное употребление алкоголя на протяжении длительного времени (1 месяц и более), причем количество дней в неделю, когда принимается алкоголь, превышает количество «трезвых» дней, достигаемая степень опьянения может быть незначительной; обычно при этой форме человек употребляет некрепкие алкогольные напитки – пиво, вина, газированные алкогольные напитки и т.п.;

- перемежающееся пьянство – на фоне постоянного пьянства происходят псевдозапой или запои;

- истинные запои – регулярное употребление алкоголя на протяжении нескольких дней подряд с поддержанием фактически постоянной степени опьянения, обычно употребление алкоголя происходит каждые 2–3 часа; начинаются и заканчиваются истинные запои независимо от внешних условий, по внутренним биологическим механизмам.

Длительное систематическое употребление алкоголя, приводящее к возникновению зависимости от него, формирует не только временные (на период действия алкоголя) изменения в работе головного мозга, но и стойкие, необратимые изменения его некоторых функций. С этим связано изменение эффектов действия алкоголя со временем, а также изменение толерантности. Таким образом, даже когда человек, имеющий сформированную зависимость от алкоголя, длительное время не выпивает, измененные функции головного мозга «всегда готовы» к возобновлению зависимости. В этом смысле алкогольная зависимость является неизлечимым заболеванием, и целью лечения (и терапевтическим эффектом) является не возврат к состоянию «до болезни» (это, к сожалению, невозможно на современном этапе развития медицины), а достижение длительной ремиссии – полного воздержания от приема алкоголя.

Ремиссия – это состояние, при котором человек, имеющий алкогольную зависимость, полностью воздерживается от приема алкоголя и у него отсутствуют признаки проявления болезни. Ремиссия может быть:

- спонтанной (самостоятельное прекращение человеком приема алкоголя);
- терапевтической (прекращение приема алкоголя в результате лечения).

Ремиссией обычно называется воздержание от приема алкоголя на протяжении не менее трех месяцев. О стабильной ремиссии говорят при воздержании от употребления алкоголя на протяжении более 1–2 лет.

Рецидив – это возврат человека, имеющего алкогольную зависимость и воздерживающегося от приема алкоголя на протяжении определенного времени, к систематическому употреблению алкоголя. Единичная выпивка на фоне длительного воздержания еще не является рецидивом и называется срывом. Несколько срывов подряд ведут к развитию рецидива болезни. После рецидива зачастую тяжесть зависимости (частота и массивность употребления алкоголя, скорость нарастания болезненных изменений) усиливается.

Последствия злоупотребления алкоголем

Проблемное употребление алкоголя в первую очередь негативно сказывается на работе головного мозга, изменяя его нормальное функционирование и приводя к формированию зависимости. Также из-за токсических эффектов алкоголя часть нервных клеток погибает, что может приводить к развитию алкогольной энцефалопатии, эпилепсии, психозов, полинейропатии. Помимо этого, имеются негативные последствия для всего организма:

- жировая инфильтрация печени, которая способствует возникновению цирроза печени;
- гастрит и язва желудка из-за воздействия на слизистую желудка, злокачественные образования;
- болезни тонкого кишечника, нарушение его способности к всасыванию ряда важнейших питательных веществ, витаминов и аминокислот;
- недостаточность функции поджелудочной железы, панкреатит;
- сахарный диабет;
- нарушения производительности и ритма работы сердца, кардиомиопатия;
- снижение числа лейкоцитов и, как следствие, снижение иммунитета, восприимчивость к инфекционным и онкологическим заболеваниям;
- нарушения половой функции.

Употребление алкоголя изменяет поведение человека, делая его более расторможенным, неосторожным. Во время опьянения снижается волевой контроль, регулирующий нормы поведения в обществе, – человек может совершать различные асоциальные действия, начиная от нарушения правил приличия и этических норм и заканчивая совершением преступлений. Зачастую с употреблением алкоголя связано повышение уровня агрессивности – человек может вступить в драку, не контролируя ее последствий. Велико количество бытовых и производственных травм, а также дорожно-транспортных происшествий, причиной которых является состояние алкогольного опьянения одного из участников [15].

ГЛАВА 2

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОСНОВНЫХ ПРОБЛЕМ И ПОНЯТИЙ, СВЯЗАННЫХ С ПРОБЛЕМНЫМ УПОТРЕБЛЕНИЕМ АЛКОГОЛЯ

По данным ВОЗ, в странах Европы наблюдаются наибольшие в мире распространенность и уровень потребления алкоголя. Алкоголь является в этом регионе третьим по значимости фактором риска заболеваемости и смертности, обуславливая до 6 % всех смертей. Алкоголь – ведущая причина нетрудоспособности мужчин в развитых странах [6].

Социальные и экономические последствия употребления алкоголя

Алкогольная зависимость имеет широкий спектр социальных последствий, затрагивающих как самого пьющего и его близкое окружение, так и общество в целом. С социальной позиции это форма девиантного поведения, характеризующаяся патологическим влечением человека к спиртному и последующей деградацией личности. Социальные проявления алкоголизма выражаются в изменении круга общения, в отторжении обществом алкоголезависимых лиц, в их стигматизации. Большинство злоупотребляющих алкоголем лиц находятся в социальной изоляции, теряют социальные навыки, окружающий мир воспринимается ими враждебно, происходит потеря друзей, доверия к людям. Кроме того, при алкогольной зависимости нарушаются семейные отношения. Формирование синдрома зависимости у одного из супругов наносит семейным отношениям непоправимый вред. Согласно исследованиям российских авторов, у 2/3 жен, больных алкоголизмом, наблюдается выраженное невротическое состояние. В странах Европейского союза среди причин разводов алкоголизм стоит на первом месте в 40–80 % случаев.

В результате формирования синдрома зависимости от алкоголя снижается социальный статус личности. Алкоголизм часто сопровождается асоциальным поведением и суицидальными попытками. В силу снижения качественных показателей здоровья лиц, употребляю-

щих алкоголь, у них значительно меньше продолжительность жизни, чем у непьющих людей, велика вероятность выхода на инвалидность.

Одним из социальных последствий алкоголизма являются различные правонарушения. Специалисты отмечают, что проблемное употребление алкогольных напитков и состояние опьянения способствуют совершению наиболее тяжких правонарушений. Также установлено, что в частоте правонарушений нет принципиальных различий между склонными к бытовому пьянству и страдающими алкогольной зависимостью. И те, и другие лица асоциальны и имеют склонность к совершению правонарушений [14].

В соответствии с определением ВОЗ употребление алкоголя может варьировать: от редкого приема небольших доз до злоупотребления и зависимости. Алкогольные проблемы (АП) включают все негативные последствия употребления алкоголя для здоровья и социального функционирования человека.

Еще в 1993 году Фондом Исследований Аддикций из Торонто разработаны модели употребления алкоголя, ведущие к низкому риску возникновения любых негативных последствий употребления, которые включают в себя следующие правила [3].

1. Общее правило: люди не должны употреблять более двух стандартных доз в день¹.

Это ограничение основано на уровнях употребления алкоголя взрослыми мужчинами средней комплекции, имеющих хорошее состояние здоровья. Риск возникновения проблем со здоровьем минимален, если употребление алкоголя не превышает этой границы.

2. Для отдельных групп необходим более низкий уровень употребления алкоголя.

У некоторых людей негативные последствия для здоровья вызывает более низкий уровень употребления алкоголя, что вызвано различием в массе тела, комплекции и обмене веществ. Даже одна доза в день может быть связана с повышенным риском возникновения рака груди у женщин. Имеются и другие обстоятельства, например, кормление грудью, при которых употребление алкоголя должно быть сведено к минимуму даже среди тех, кто находится в группе низкого риска.

¹ В Северной Америке стандартная доза содержит около 12 г чистого алкоголя, а в Европе – 10 г

3. Те, кто воздерживается от употребления алкоголя, не должны начинать его употребление, чтобы сократить риск возникновения проблем со здоровьем, например, ишемической болезни сердца.

Точная структура употребления алкоголя, при которой отмечается снижение возможности возникновения ишемической болезни сердца (ИБС), до сих пор неизвестна. Для многих людей, не употребляющих алкоголь, риск развития негативных последствий для здоровья, связанный с началом его употребления, перевесит любое снижение риска возникновения ИБС. Более актуальными для снижения риска ИБС являются альтернативные методы профилактики, такие как регулярные физические упражнения и сокращение содержания жиров в пище.

4. Те, кто употребляет алкоголь не каждый день, не должны повышать употребление алкоголя для минимизации риска возникновения проблем со здоровьем.

Минимизация общего риска возникновения проблем со здоровьем в результате употребления алкоголя связана с низкими уровнями употребления. Увеличение употребления теми, кто употребляет алкоголь эпизодически, во многих случаях повысит риск негативно-го влияния на здоровье.

5. Те, кто употребляет более двух доз в течение одного дня, должны сократить свое употребление алкоголя.

Тот, кто употребляет алкоголь в объемах, превышающих верхнюю допустимую границу, имеет высокую степень риска возникновения различных медицинских и социальных последствий.

6. Чтобы свести к минимуму риск развития алкогольной зависимости, должен быть хотя бы один день в неделю, когда алкоголь не употребляется совсем.

Во многих исследованиях была продемонстрирована взаимосвязь между ежедневным употреблением алкоголя и высоким риском возникновения проблем со здоровьем.

7. Те, кто употребляет алкоголь, должны избегать употребления до состояния опьянения.

Употребление до состояния опьянения существенно повышает риск возникновения отрицательных последствий для здоровья и социального функционирования.

8. Беременные женщины должны воздерживаться от употребления алкоголя.

Эта рекомендация основывается на возможности возникновения риска алкогольного синдрома плода и влиянии алкоголя на плод.

9. Употребление алкогольных напитков противопоказано при некоторых других обстоятельствах и для определенных групп людей. Эти группы включают в себя тех, кто:

- страдает от определенных психических и физических заболеваний;
- принимает определенные медикаменты или психотропные вещества;
- управляет транспортными средствами или механизмами;
- отвечает за общественный порядок или безопасность;
- постоянно проявляет неспособность контролировать свое употребление;
- те, кому запрещено употреблять алкоголь, например, молодые люди, которые не достигли допустимого законом возраста.

10. Люди, которые думают изменить свое употребление по причинам, связанным с состоянием здоровья, должны сначала проконсультироваться со своим врачом.

Врач общей практики может помочь пациенту определить факторы, в силу которых алкоголь может быть ему противопоказан, а также уточнить лекарственные средства, которые могут взаимодействовать с алкоголем.

Чрезмерное употребление алкоголя не является болезнью, но требует вмешательства врача [2].

По статистическим данным в состоянии алкогольного опьянения совершаются наиболее тяжкие преступления (более 70 % убийств и покушений на убийство, тяжких телесных повреждений, разбойных нападений; более 40 % изнасилований и покушений на изнасилование). Около 15 % лиц, совершивших уголовные правонарушения, имеют синдром зависимости от алкоголя. Среди признанных невменяемыми на долю лиц с алкогольными психозами приходится около 6 % общественно опасных деяний. Лица, злоупотребляющие алкоголем, чаще всего совершают деяния, нарушающие общественную безопасность (хулиганские действия) – 37,1 %; преступления против жизни и здоровья окружающих лиц (включая убийства и причинение тяжких телесных повреждений) – 36,5 %; а также имущественные преступления (включая грабежи и разбои) – 25,6 % [16].

Проблемное потребление алкоголя приводит к социальным последствиям и экономическим издержкам, многие из которых не отражаются статистическими данными о болезнях, связанных с алкоголем. Согласно оценкам ВОЗ, связанные с алкоголизмом расходы для общества составляют 2–5 % валового внутреннего продукта (ВВП). По данным российских ученых, минимальное суммарное бремя для России составляет 2 % ВВП страны. При этом только 4 % всех прямых затрат непосредственно связаны с оказанием наркологической помощи, остальные 96 % прямых затрат связаны с устранением последствий алкоголизма. Экономические потери, связанные с пьянством и алкоголизмом в 2011–2017 годах в Республике Беларусь, составляли ежегодно от 0,73 до 0,97 % от ВВП [14].

Таким образом, социальный ущерб от чрезмерного потребления алкоголя огромен: он обусловлен производственным и транспортным травматизмом, ростом преступности, выступает причиной пожаров. Алкогольная зависимость является наиболее частой причиной распада семей, роста числа неблагополучных семей, числа детей-сирот и детей с особенностями психического и физического развития, формирования синдрома созависимости и суицидального поведения.

В медико-экономических исследованиях отмечаются различные методологические подходы к экономической оценке ущерба от расстройств здоровья, в большинстве своем основанные на принципе альтернативных издержек (opportunity cost). Альтернативные издержки – ценность, которую можно было бы получить в результате альтернативного действия, от которого пришлось отказаться, выбрав данный вариант действия. В основе методологии исследования альтернативных издержек лежит подход измерения и оценки человеческого капитала.

Для уменьшения всех обусловленных алкоголем социальных проблем наиболее эффективен лечебный подход, направленный на оказание помощи большому числу чрезмерно пьющих людей с небольшими алкогольными проблемами в условиях общей медицинской практики, а не малому количеству зависимых от алкоголя лиц.

Информирование медицинских работников первичного звена здравоохранения о принципах выявления (скрининг) и консультирования (краткосрочное вмешательство) пациентов, употребляющих алкоголь (прежде всего чрезмерно), позволит в перспективе сократить связанную с алкоголем заболеваемость и смертность.

Медицинские последствия употребления алкоголя

Пьянство и алкоголизм описаны в диагностических рубриках МКБ-10 в разделах «Алкогольная зависимость» и «Употребление алкоголя с вредными последствиями». Однако приходится учитывать и другие последствия хронического алкогольного употребления, которые проявляются значительным числом заболеваний, регистрируемых другими разделами МКБ-10 и обеспечивающими значительную часть экономических издержек. Такие заболевания формируют группу металкогольных заболеваний, то есть заболеваний, связанных с употреблением алкоголя. Характер связи каждого связанного с алкоголем состояния определяется понятием «алкогольная фракция» – оценка доли различных типов смертности, заболеваемости и травматизма, обусловленных употреблением алкоголя. Такие оценки даются на основании результатов местных исследований и международных данных о распространенности этих состояний, а также на основе употребления алкоголя с высоким и средним уровнями риска.

МКБ-10 содержит следующие диагностические рубрики:

- 1) употребление алкоголя с вредными последствиями (проблемное употребление);
- 2) алкогольная зависимость (синдром зависимости от алкоголя);
- 4) психические расстройства, связанные с употреблением алкоголя (психозы, амнестический синдром, расстройства личности, деменция);
- 3) алкогольные цирроз, кардиомиопатия, гастрит, панкреатит.

Если в обществе злоупотребляют алкоголем от 5 до 10 % населения и имеют зависимость от алкоголя еще 4 % населения, то среди оставшейся части населения еще у около 10–20 % обнаруживают чрезмерное (опасное или рискованное) употребление алкоголя.

В наркологической практике медицинские последствия употребления алкоголя определяются в рамках трех нозологических групп:

- 1) синдром зависимости от алкоголя;
- 2) психотические расстройства, связанные с употреблением алкоголя;
- 3) употребление алкоголя с вредными последствиями.

Заболевания, относящиеся к двум первым группам, предполагают диспансерное наблюдение, так как зависимость является сложным биопсихосоциальным феноменом, требующим скоординированных

долгосрочных вмешательств по каждому из названных направлений, а психотические расстройства чаще всего являются индикатором сформированной зависимости. Употребление с вредными последствиями предполагает профилактическое наблюдение, направленное в первую очередь на предотвращение развития зависимости у лиц, чье употребление алкоголя носит проблемный характер в смысле возникновения медицинских и иных последствий.

Первичная медицинская помощь и управление степенью риска

Потенциальная схема проведения вмешательства в структурах первичной медицинской помощи может быть построена на модели, где употребление алкоголя рассматривается как фактор риска возникновения заболеваний. Роль работника первичной медицинской помощи будет определяться уровнем риска данной группы населения (табл. 1). Для населения с низкой степенью риска основной акцент воздействия – первичная профилактика, кроме того, в функции первичной медицинской помощи входят мероприятия по формированию ЗОЖ, пропаганда и собственный пример.

Таблица 1

Схема проведения вмешательств при выявлении проблемного употребления алкоголя в учреждениях первичной медицинской помощи

Уровень риска (группы населения)	Вмешательство	Роль работника первичной медицинской помощи
Низкий (люди с низким уровнем потребления алкоголя)	Первичная профилактика	Мероприятия по формированию ЗОЖ Пропаганда Собственный пример
Повышенный (люди, потребляющие алкоголь в опасных или вредных дозах)	Краткосрочное вмешательство	Выявление проблемы Оценка ее сложности Краткая консультация Дальнейшее наблюдение
Высокий (люди, зависимые от алкоголя)	Специализированное лечение	Выявление проблемы Оценка ее сложности Направление к врачу- специалисту Дальнейшее наблюдение

Для людей из группы повышенного риска, вызванного употреблением алкоголя, основным методом является краткосрочное вмешательство, и роль первичной медицинской помощи состоит в выявлении проблемы, оценке ее сложности, краткой консультации и последующем наблюдении. Для людей из группы высокого риска, или тех, у кого имеются серьезные проблемы, связанные с алкоголем, основное воздействие – специализированное лечение, и в функции первичной медицинской помощи входят выявление проблемы, оценка ее сложности, направление к специалистам и последующее наблюдение.

Употребление алкоголя и общемедицинская практика

АП начинают появляться у человека задолго до того, как у него сформируется зависимость, и в этот период он, как правило, попадает в поле врачей, чаще всего первичного звена. В популяции есть значительное число людей с опасными и вредными уровнями потребления алкоголя, и это долгое время остается нераспознанным. Около 75 % проблемно пьющих людей не обращаются к врачам-психиатрам-наркологам, но при этом посещают поликлиники и стационары в связи с различной соматической патологией, однако проблемное употребление и зависимость часто так и остаются невыявленными.

Исследования показывают, что среди амбулаторных пациентов в общемедицинской практике (ОМП) доля злоупотребляющих и зависимых от алкоголя составляет до 15 %, среди поступающих в стационары их еще больше – от 15 до 61 % [6].

Специалисты ОМП, за исключением случаев тяжелых психических и соматических последствий зависимости, встречаются с более «легкими» пациентами с вредным и опасным употреблением алкоголя, у которых не диагностирован синдром зависимости от алкоголя – «не алкоголиками». Отсутствие у пациентов зависимости от алкоголя позволяет им более спокойно принимать информацию врача об алкоголе, легче менять свое поведение, связанное с его употреблением, и быть благодарными врачу ОМП за помощь в этих изменениях. Длительный контакт и возможность наблюдения за пьющими пациентами и их семьей дает врачам ОМП уникальную возможность контроля и эффективного вмешательства при этих проблемах.

Большинство врачей ОМП продолжают считать выявление и помощь пьющим пациентам исключительно задачей врачей-психиа-

тров-наркологов. При этом доказано, что урон общества от проблемного потребления алкоголя превосходит вред от алкогольной зависимости. Для уменьшения социального вреда от потребления алкоголя лучшей стратегией будет организация профилактического вмешательства с привлечением специалистов, направленного на большее число лиц с относительно малыми алкогольными проблемами, чем на меньшее число людей с тяжелыми расстройствами (зависимых). Кроме того, лечение сопутствующего злоупотреблению алкоголем соматических заболеваний неэффективно, пока не найдена их действительная причина.

Короткий совет врача общей практики может привести к снижению на 25–30 % потребления алкоголя и сокращению на 45 % числа чрезмерно пьющих [6].

Короткий совет врача включает следующие элементы:

- 1) информацию о том, что употребление пациентом алкоголя является опасным для здоровья;
- 2) информацию о тех рисках, которые вероятны при продолжении такого употребления;
- 3) установление цели по изменению алкогольного поведения;
- 4) совет уменьшить употребление алкоголя;
- 5) объяснение, что такое употребление не является зависимостью и человек способен изменить его стиль [2].

Выявление проблемно пьющих пациентов в общемедицинской практике

Проблемно пьющие люди могут обращаться к врачам общей практики, врачам-терапевтам участковым, врачам иных специальностей с различными соматическими жалобами: на тошноту, диспепсию (уменьшение аппетита, утрення рвота), сердцебиение, головные боли, частые мелкие травмы, подъемы артериального давления и др. При этом врач легко может выявить соответствующие соматические признаки проблемного употребления алкоголя – запах спиртного, инъекцию сосудов склер, покраснение и отечность кожи лица, дрожание рук, повышенную потливость, гипертензию, тахикардию, аритмию, травмы (в том числе ссадины). Эти неспецифические жалобы и признаки появляются намного раньше желудочного кровотечения, панкреатита, болезней печени, которые любой врач быстро свяжет со злоупотреблением алкоголем (табл. 2).

Таблица 2

Признаки расстройств, вызванных употреблением алкоголя [5]

Физикальные признаки	Запах алкоголя Увеличение размеров печени <i>Инъекция сосудов склер</i> Покраснение и отечность кожи лица – facies potatoris Дрожание рук Повышенная потливость Тахикардия Уменьшение аппетита, утрення рвота Неустойчивость при ходьбе Увеличение размеров печени Болезненность и напряжение мышц живота при пальпации Рецидивирующий гастрит Рецидивирующий панкреатит Повышение уровня мочевой кислоты Гиперлипидемия с повышением уровня триглицеридов <i>Экстрасистолия</i>
Психологические характеристики	Повышенная раздражительность Склонность к агрессии Чувство вины Частые колебания настроения
Социальные проблемы	Проблемы в семье и распад семьи Частая смена работы, прогулы на работе Жалобы на изменение характера отношений с окружающими Травмы на работе и в быту Финансовые проблемы Физическое насилие по отношению к членам семьи Беспорядочные сексуальные связи Изменение окружения <i>Лишение водительских прав</i>

Большинство проблемно пьющих пациентов сами не хотят, чтобы их АП были обнаружены. Врачи ОМП могут выявить АП так же, как они это делают с соматическими болезнями – собирая личный и семейный анамнез, внимательно оценивая соматическое состояние, назначая и правильно интерпретируя лабораторные тесты. Важнейший фактор риска – общий уровень употребления алкоголя, показателем которого можно считать уровень употребления алкоголя за последние 7 дней.

У врача ОМП всегда остается возможность подтвердить свое подозрение о наличии алкогольных проблем у пациента благодаря лабораторным исследованиям. Токсические эффекты алкоголя могут выявляться с помощью биохимических и гематологических тестов.

К первым относится определение уровней гамма-глутамилтрансферазы (ГГТ, ранее ГГТП) и аспаратаминотрансферазы (АСТ).

ГГТ – более чувствительный маркер, который остается повышенным 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. Повышенная активность ГГТ в сыворотке может наблюдаться после нескольких недель употребления алкоголя. После сокращения употребления уровень ГГТ в сыворотке возвращается к норме за период 2–4 недели. Повышение количества фермента в сыворотке возникает в основном из-за повышения активности ферментов печени.

При использовании показателя ГГТ в качестве скрининг-теста наличия проблемного употребления алкоголя необходимо учитывать следующее. Количество лиц, злоупотребляющих алкоголем с повышенным уровнем ГГТ составляет около 50 %. Уровень ложно позитивных результатов колеблется между 10 % и 20 %. Другими причинами повышения ГГТ могут быть заболевания печени и поджелудочной железы. Применение показателя ГГТ при выявлении лиц, имеющих проблемы, связанные с употреблением алкоголя, заключается как в объективизации чрезмерного употребления алкоголя, так и в возможности лабораторного контроля над изменением в его употреблении.

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

Второй показатель – средний корпускулярный объем эритроцитов (MicroCellularVolume, MCV), увеличенный вследствие прямого токсического воздействия алкоголя на костный мозг. На практике, как правило, одних лабораторных исследований недостаточно, хотя именно они могут быть особенно полезны для диагностики лиц с высоким уровнем алкогольных проблем и риском зависимости.

ГЛАВА 3

СКРИНИНГ ПРОБЛЕМНОГО УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ

Проведению ККПА предшествует скрининг алкогольных проблем у пациентов первичной медицинской сети, по результатам которого определяется, является ли уровень употребления алкоголя пациентом опасным для здоровья.

Для универсальной количественной оценки употребляемого алкоголя используется понятие стандартной дозы алкоголя (рис. 2). Вопросы специалиста, проводящего скрининг, и ответы пациента относительно количества употребляемого им алкоголя должны оцениваться из расчета в стандартных дозах алкоголя.

1 стандартная доза	=	1 кружка светлого пива 330 мл, крепость ~5 %	1 рюмка водки, коньяка, виски 40 мл, крепость ~40 %	1 бокал столового вина 140 мл, крепость ~12 %, или крепленого вина 90 мл, крепость ~18 %	1 бокал ликера, настойки или наливки 70 мл, крепость ~25 %
-----------------------------------	---	---	--	---	---

Рис. 2. Стандартная доза алкоголя [15]

Проведение скрининга возможно как в форме личной беседы с пациентом, так и в виде самостоятельного заполнения пациентом бланка тестового опросника. С точки зрения установления доверительного контакта в дальнейшем общении предпочтительнее форма личной беседы. Возможен вариант, при котором для пациента более психологически комфортно самостоятельно заполнить опросник, нежели отвечать на вопросы в личной беседе.

Цель скрининга состоит в том, чтобы подсказать пациенту и специалисту, как действовать для снижения проблемного употребления алкоголя пациентом (сориентироваться в ситуации). Возможно, достаточно получить общее представление о том, что человек пьет, и о проблемах или рисках, которые приносит ему/ей такое употребление спиртного, не пытаясь составить полный список всех алкогольных напитков, им/ею употребляемых.

Точные баллы на скрининговых инструментах носят информационный характер. Сумма баллов, приближенная к предельной, также может свидетельствовать о необходимости консультации, особенно если речь идет о женщинах, молодых или пожилых людях и некоторых этнических группах.

В случае употребления различных видов алкогольных напитков цель специалиста – не заниматься абсолютно точным подсчетом стандартных порций при прохождении пациентом теста, но сосредоточиться на информировании пациента о риске, связанном с употреблением алкоголя, и выявлении того, что важно для пациента [11].

Перед началом скрининга следует поинтересоваться у пациента: «Вы не против, если мы немного поговорим о том, как Вы употребляете алкоголь?». Если пациент не дает согласия, следует поинтересоваться причинами отказа, объяснить, что это важно с медицинской точки зрения. Если пациент все равно не дает согласия на беседу об употреблении алкоголя, не стоит оказывать на него давление, однако нужно вернуться к этому разговору при следующем удобном случае. Если процедуру скрининга проводит средний медицинский работник или немедицинский работник (психолог, социальный работник и т. д.), можно использовать авторитет лечащего врача, сославшись на важность для него сведений об употреблении алкоголя пациентом.

Скрининговые инструменты. Тесты по выявлению проблемного употребления алкоголя

Инструменты, которые могут заполняться не только врачом, но и самим пациентом, более популярны при скрининге алкогольных проблем, что важно при занятости врача [11].

Классическим является тест по выявлению расстройств, связанных с употреблением алкоголя (*Alcohol Use Disorder Identification Test, AUDIT*), разработанный в рамках мультицентрового совместного проекта ВОЗ «Выявление и ведение алкогольных проблем в общемедицинской практике» в 1987 году.

Скрининговый опросник AUDIT (табл. П.1, П.2) имеет целый ряд преимуществ:

- 1) разработан специально для ОМП;
- 2) широко применяется по всему миру;
- 3) определяет различные уровни употребления: опасное, вредное и зависимость;

- 4) короткий (10 пунктов) и быстрый (5 мин);
- 5) соответствует критериям МКБ-10 [2].

Для удобства может использоваться сокращенный вариант Теста AUDIT, который получил название AUDIT-C и состоит из трех первых вопросов опросника (табл. П.3).

В Российской Федерации в настоящее время проводится валидация теста RUS-AUDIT (в том числе его краткая версия), который был разработан специалистами с учетом существующих паттернов и структуры потребления алкоголя населением России. Результатом валидации станут критерии, позволяющие оценить уровень риска, вызванного употреблением алкоголя, от опасного и вредного употребления до возможного развития алкогольной зависимости. В связи с тем что характеристики паттернов и структуры потребления алкоголя в Республике Беларусь имеют общие черты с данными характеристиками в России, в дальнейшем возможно внедрение валидированных в РФ опросников для выявления лиц, употребляющих алкоголь с риском для здоровья, среди населения Республики Беларусь [21].

Другие тесты, выявляющие проблемное употребление алкоголя

Простейшим методом начальной диагностики проблемного употребления является тест **CAGE (УРВО/БРВП)**, по заглавным буквам ключевых слов вопросов теста), состоящий из 4 вопросов, которые врач задает пациенту в процессе обычного сбора данных и не выделяет особым способом [19].

Тест CAGE (УРВО/БРВП)

1. Вам никогда не казалось, что следует **У**меньшить употребление алкоголя (**Б**росить пить)?
2. Испытываете ли Вы **Р**аздражение из-за вопросов об употреблении алкоголя?
3. Испытываете ли Вы чувство **В**ины за то, как Вы пьете?
4. (**О**похмеляетесь) **П**охмеляетесь ли Вы по утрам?

При ответе «да» на любой из этих вопросов имеется риск существования алкогольных проблем. Проблема вероятна, если пациент отвечает «да» на 2 или 3 вопроса. Четыре ответа «да» говорят о высокой вероятности наличия у пациента зависимости от алкоголя, что требует дальнейшей диагностики [2].

Эффективность теста CAGE оценивалась в многочисленных исследованиях при скрининге пациентов, злоупотребляющих алкоголем или имеющих зависимость [20]. По мнению экспертов, данный вопросник с чувствительностью 43–94 % и специфичностью 70–97 % не позволяет идентифицировать лиц, имеющих проблемы, связанные с употреблением алкоголя с риском для здоровья [12]. Тест CAGE предназначен для выявления лиц с более серьезными проблемами, включая риск зависимости от алкоголя [8].

Быстрый Алкогольный Скрининговый Тест (БАСТ)

1. Обведите номер, наиболее близкий к ответу пациента.

Для мужчин

Как часто Вы употребляете 8 или более стандартных доз алкогольных напитков в день выпивки?

8 стандартных доз = 240 мл 40 об. % водки = 600 мл 17–20 об. % крепленого вина = 800 мл 11–13 об. % сухого вина = 4 бутылки 5 об. % пива.

Для женщин

Как часто Вы употребляете 6 или более стандартных доз алкогольных напитков в день выпивки?

6 стандартных доз = 180 мл 40 об. % водки = 450 мл 17–20 об. % крепленого вина = 600 мл 11–13 об. % сухого вина = 3 бутылки 5 об. % пива.

(0) никогда

(1) 1 раз в месяц или реже

(2) 2–4 раза в месяц

(3) 2–3 раза в неделю

(4) 4 и более раза в неделю

2. Как часто за последний год Вы были неспособны вспомнить, что было накануне, из-за того, что Вы выпивали?

(0) никогда

(1) менее чем 1 раз в месяц

(2) 1 раз в месяц (ежемесячно)

(3) 1 раз в неделю (еженедельно)

(4) ежедневно или почти ежедневно

3. Как часто за последний год Вы из-за выпивки не сделали то, что от Вас обычно ожидают?

(0) никогда

(1) менее чем 1 раз в месяц

- (2) 1 раз в месяц (ежемесячно)
- (3) 1 раз в неделю (еженедельно)
- (4) ежедневно или почти ежедневно

4. Случалось ли, что Ваш родственник, знакомый, медицинский работник проявлял озабоченность по поводу Вашего употребления алкоголя либо предлагал прекратить выпивать?

- (0) никогда
- (2) да, но это было более чем год назад
- (4) да, в течение этого года

Стадии оценки

На 1-й стадии оценивается только 1-й вопрос. Если ответ «никогда», то пациент не злоупотребляет алкоголем. Если ответ «еженедельно» или «почти ежедневно», то пациент употребляет алкоголь с вредными последствиями или зависим. Примерно 50 % людей можно оценить, используя только 1-й вопрос. Если ответ «менее чем 1 раз в месяц» или «ежемесячно», то необходимо задавать следующие вопросы. На 1-й стадии, если ответ «менее чем 1 раз в месяц» или «ежемесячно», 2–4-й вопросы оцениваются от 0 до 4 баллов. Максимальное количество – 16 баллов. Пациент оценивается как злоупотребляющий алкоголем, если число баллов 3 и более [5].

Паддингтонский Алкогольный Тест (ПАТ)

Тест используется для оценки службами скорой медицинской помощи. Заполняется для всех пациентов с возможными признаками злоупотребления алкоголем: повреждения лица и головы, падения, неспецифические нарушения желудочно-кишечного тракта (тошнота, рвота), недомогание, потеря сознания, бессонница, потливость, гипо/гипергликемия, сердцебиение (внутренняя дрожь), сыпь, депрессия, передозировка.

1. Почти большинство людей иногда выпивают больше чем обычно, сколько максимально Вы могли выпить в такой день?

2. Для мужчин

	Стандартная порция	Водка (мл) 40 об. %	Крепленое вино (мл) 17–20 об. %	Сухое вино 11–13 об. %	Пиво (бут.) 5 об. %
(0)	1 или 2	30–60	75–150	75–150	250 мл – 1 бут.
(1)	3 или 4	90–120	225–300	300–400	1,5 бут. – 2 бут.
(2)	5 или 6	150–180	375–450	500–600	2,5 бут. – 3 бут.
(3)	7 или 8	210–240	525–600	700–800	3,5 бут. – 4 бут.
(4)	10 или более	300 и более	750 и более	1000 и более	5 бут. и более

Как часто Вы употребляете 8 или более стандартных доз алкогольных напитков в день выпивки?

8 стандартных доз = 240 мл 40 об. % водки = 600 мл 17–20 об. % крепленого вина = 800 мл 11–13 об. % сухого вина = 4 бутылки 5 об. % пива.

Для женщин

Как часто Вы употребляете 6 или более стандартных доз алкогольных напитков в день выпивки?

6 стандартных доз = 180 мл 40 об. % водки = 450 мл 17–20 об. % крепленого вина = 600 мл 11–13 об. % сухого вина = 3 бутылки 5 об. % пива.

1 и более раз в неделю: «да» +

от 1 раза в месяц до 1 раза в неделю: «да» +

никогда: «да» –

3. Как Вы считаете, этот ваш вызов скорой медицинской помощи связан с алкоголем: «да» +, «нет» – ?

ПАТ имеет положительный результат (проблемное употребление алкоголя), если дан положительный ответ на 2-й вопрос и/или 3-й вопрос [5].

Применение скрининговых опросников – наиболее простой и достоверный способ начальной оценки алкогольных проблем в ОМП. Если исследование методом скрининга дало положительный результат или обнаруживаются соматические симптомы, вероятно, связанные с алкоголем, можно проводить дальнейшую диагностику по определению критериев алкогольной зависимости. Необходимо обсудить с пациентом, как он относится к своему употреблению алкоголя, как употребление влияет на его соматическое состояние, рассмотреть данные лабораторных исследований и в заключении оценить заинтересованность пациента в получении помощи [2].

Алгоритмы действий медицинских работников первичной медицинской помощи при выявлении пациентов с проблемным употреблением алкоголя и возможным развитием синдрома зависимости от алкоголя [15] представлены в приложении.

ГЛАВА 4

КРАТКОСРОЧНОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ В ОТНОШЕНИИ УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ

Краткосрочное консультирование – это практика, направленная на выявление существующей или потенциальной проблемы применительно к употреблению алкоголя и мотивирование индивидуума к принятию соответствующих мер [11].

Краткосрочное консультирование в отношении употребления алкоголя (ККПА) – это разнородные вмешательства, которые включают краткую беседу, направленную на то, чтобы неконфликтным образом мотивировать индивидуума задуматься об употреблении им/ею алкоголя и/или запланировать изменения, направленные на сокращение такого употребления и/или снижение риска причинения вреда своему здоровью. Первоначально ККПА включало использование скринингового опросника для оценки уровня употребления алкоголя и риска возникновения связанных с употреблением алкоголя проблем, а также предоставление персонализированной обратной связи тем, кому требуется соответствующая поддержка.

В настоящее время в ККПА входит обширный спектр мероприятий. По большей части виды краткого профилактического консультирования базируются на двух ключевых концепциях:

- концепции поэтапного изменения;
- концепции мотивационного интервьюирования.

Так как в ходе ККПА обсуждается употребление алкоголя пациентом, необходимо получить от пациента разрешение, прежде чем переходить к сколько-нибудь детальному обсуждению этой темы [11].

Ключевая концепция 1. Этапы изменения поведения

Этапы изменения поведения – это пять последовательных шагов, связанных с конкретными задачами, которые индивидууму необходимо решить для того, чтобы добиться намеренного изменения поведения.

На **этапе предразмышления** человек либо не знает о проблеме, которую необходимо решать, либо знает о ней, но не желает менять проблемное поведение.

Следующим является **этап размышления**, характеризующийся неоднозначным отношением к проблемному поведению и оценкой преимуществ и недостатков такого поведения, а также его изменения, что во многих случаях заканчивается к принятию решения.

На **этапе подготовки** человек принимает осознанное решение измениться, сопровождающееся готовностью придерживаться соответствующего плана действий.

Этот план реализуется на **этапе действия**, в рамках которого индивидуум становится участником действий, направленных на достижение изменений и преодоление возникающих трудностей.

Если успешные действия носят устойчивый характер, человек переходит к **этапу сохранения**, на котором предпринимаются усилия по консолидации достигнутых изменений.

Как только эти изменения стали частью стиля жизни, индивидуум покидает цикл поэтапного изменения. Рецидивы, однако, нередки, и иногда требуется не один раз совершить весь цикл изменений, прежде чем изменения приобретут устойчивый характер.

Сильной стороной модели является то, что изменение поведения рассматривается как процесс, а не как событие. Модель можно также использовать для обоснования того, что, если человек не заинтересован в изменениях на момент консультации, это не означает, что специалисту не следует вмешиваться.

Одной из основных сильных сторон концепции является этап размышления, когда отношение человека к изменению поведения неоднозначно. Этот этап лежит в основе подхода к индивидуальному изменению поведения, известного как мотивационное интервьюирование. Мотивационное интервьюирование также является ключевым понятием, лежащим в основе многих видов ККПА [11].

Ключевая концепция 2. Мотивационное интервьюирование

Мотивационное интервьюирование (МИ) – это стиль беседы, призванный подкрепить мотивацию человека и его/ее готовность к изменениям. МИ – это стиль двухстороннего целенаправленного общения, в рамках которого особое внимание уделяется созданию и

укреплению желания к изменению у человека, обратившегося за помощью. Цель такого общения состоит в том, чтобы укрепить мотивацию человека и его/ее приверженность к достижению конкретных изменений путем выяснения и анализа его/ее собственных причин измениться в атмосфере понимания и поддержки.

ККПА и МИ не являются взаимозаменяемыми терминами. В некоторых случаях краткосрочное консультирование подразумевает использование мотивационного интервьюирования специально обученными консультантами, в других случаях специалистами используется стиль мотивационного интервьюирования.

Ключевые концепции МИ, которые лежат в основе ККПА, – это автономия пациента, а также ориентированный на пациента подход к сотрудничеству, в основе которого – понимание и поддержка.

В основе МИ лежат четыре процесса:

- вовлечение (формирование отношений, доверия – внимательное слушание);
- фокусировка (достижение взаимного согласия в отношении основной темы разговора);
- побуждение (активное слушание, с тем чтобы стимулировать обсуждение изменений);
- планирование (совместная разработка и согласование плана изменений).

Основное внимание сосредоточено на том, чтобы обеспечить активное участие пациента.

Техника проведения ККПА

Краткая профилактическая консультация – это короткая, основанная на фактических данных, сочувственная, правильно построенная беседа с пациентом, цель которой – бесконфликтно мотивировать и побудить задуматься об изменении поведения в отношении употребления алкоголя и/или спланировать такое изменение.

Краткие профилактические консультации различаются по нескольким параметрам [11]:

- по длительности – от 5 минут до нескольких сессий часовой или большей длительности;
- по контексту – от совета до наставления;
- по использованию МИ или модели поэтапного изменения.

Очень важно, чтобы краткие профилактические консультации были основаны на сочувственных, уважительных, позитивных отношениях с пациентом и являлись бесконфликтными. Идея заключается в том, чтобы работать сознанием и мотивацией человека, чтобы не шокировать его, не противостоять ему и не навязывать собственного мнения. Цель состоит в том, чтобы сотрудничать и работать с человеком, а не пытаться заставить человека совершить изменения или сделать что-то, чего он не хочет делать.

Центральным аспектом является использование навыков «активного слушания», включающих открытые вопросы¹, требующие развернутого ответа, подтверждения², рефлексии³ и обобщения⁴. Эти навыки используются для создания благоприятной и дружественной атмосферы, в которой человек чувствует себя достаточно комфортно, чтобы проанализировать и обсудить свое отношение к употреблению алкоголя.

ККПА помогает индивидууму взять на себя личную ответственность за свои решения. Крайне важно, чтобы врач не пытался подтолкнуть пациента в определенном направлении, так как это, скорее всего, встретит сопротивление. Врач должен занять нейтральную позицию и подчеркивать, что человек волен делать свой собственный выбор. Врачу следует побуждать индивидуума думать о том, чего желает он сам. Высказывания специалиста, содержащие вызов, подразумевают, что пациент не имеет выбора.

Для людей с более серьезными проблемами можно поставить цель – дать им возможность задуматься о том, что им нужно решать проблему употребления алкоголя, планировать решение этой проблемы или суметь получить доступ к дальнейшей поддержке для ее решения.

¹ Открытые вопросы – это вопросы, которые побуждают человека подумать, перед тем как ответить, и дать развернутый ответ, а не просто ответить «да» или «нет», и позволяя говорить о проблемах со своей собственной точки зрения.

² Подтверждения – это реплики консультанта, содержащие одобрение и понимание, они несут позитивную поддержку, особенно необходимую людям с заниженной самооценкой.

³ Рефлексия – это реплики, в которых делается попытка понять смысл того, что было только что сказано пациентом, и с помощью которых консультант должен проверить, так ли он понял пациента, и побудить его развивать свои мысли дальше.

⁴ Обобщения – это попытка суммировать основные моменты, о которых говорил пациент, собрать воедино «всю картину» и помочь пациенту уточнить свои мысли.

Возможные результаты ККПА:

- пациент думает о том, чтобы изменить свое употребление алкоголя;
- пациент планирует изменить свое употребление алкоголя;
- пациент успешно сокращает или прекращает употребление алкоголя, а тем самым и риск заболеваний, несчастных случаев и другого вреда как для самого себя, так и для других людей.

В некоторых случаях сподвигнуть людей просто думать о том, что они делают, уже может быть успехом, несмотря на то что они пока не могут быть заинтересованы в планировании изменений. Врач не может полностью контролировать то, что делает пациент, но может попробовать сделать так, чтобы после короткого разговора у пациента обязательно осталось что-то, о чем нужно подумать, или что-то, что нужно сделать.

Проведение краткой профилактической консультации в отношении употребления алкоголя

1. Для начала медицинский работник ставит вопрос употребления алкоголя в контексте здоровья или благополучия индивидуума, с учетом причины, которая привела пациента к врачу, одновременно стремясь с самого начала вовлечь пациента в обсуждение.

2. С согласия пациента проводится скрининг проблемного употребления алкоголя с использованием Теста AUDIT для выявления степени выраженности алкогольных проблем и определения тактики работы с пациентом (см. главу 3).

После скрининга медицинский работник обеспечивает обратную связь по полученным результатам, предоставляет информацию о том, что эти результаты означают для индивидуума (в частности, в свете той проблемы, которая привела пациента к врачу). Затем он побуждает пациента высказать свою точку зрения, свое отношение к выявленному уровню употребления им алкоголя и предоставленной в этой связи информации. На данном этапе полезны открытые вопросы, в том числе о ценностях и целях.

3. Медицинский работник активно и с сопереживанием слушает, не высказывая суждений, и анализирует, насколько пациент готов сократить употребление алкоголя. Подходы, которые следуют за этим, могут варьироваться в зависимости от того, насколько пациент готов к изменениям.

А. Если пациент не уверен в необходимости изменений, медицинский работник использует открытые вопросы и рефлексию, чтобы вызвать пациента на «разговор об изменениях» (назвать его собственные причины для того, чтобы измениться, или преимущества изменений). При этом следует активно избегать уговоров, советов (без разрешения на это), спора или обсуждения «неготовности меняться» (пациент приводит причины для того, чтобы не меняться, или говорит о барьерах, препятствующих изменениям).

ИЛИ

В. Если пациент готов подумать об изменениях или желает изменений, медицинский работник с помощью подхода, предполагающего планирование, побуждает пациента высказать или, с разрешения пациента, сам предоставляет выбор альтернативных вариантов самопомощи или лечения, а также активно слушает, чтобы побудить пациента рассказать о предпочтениях, помогает пациенту определить цели, согласовать план и взять на себя обязательство измениться. В процессе консультации медицинский работник делает все возможное, чтобы укрепить веру пациента в себя, в то, что он может успешно изменить свое поведение и управлять любой сложной ситуацией.

В завершение консультации медицинский работник подводит итог обсуждению и составленным планам, убедившись в том, что пациент понимает, как действовать дальше.

ККПА может сопровождаться использованием печатных или электронных ресурсов, а также специальных оценочных шкал, таких как «шкала важности», для оценки степени готовности к изменению.

Исследования в области мотивационного интервьюирования достаточно убедительно показывают, что вероятность изменения пациентом собственного поведения можно предсказать по превалированию в беседе тематики изменений или неготовности меняться.

Больше разговора об изменениях и меньше разговора о неготовности меняться = повышение вероятности изменений.

Врач может иметь опасения по поводу проведения ККПА или сталкиваться с препятствиями. Эти барьеры делятся на четыре основные категории.

1). Могу ли я это делать? (адекватность роли)

«У меня недостаточно знаний об алкоголе»

Не нужно быть экспертом по алкоголю, чтобы проводить ККПА.

На самом деле успешное проведение ККПА зависит от подхода, предполагающего сотрудничество с пациентом. Пациенту гораздо лучше известны собственные проблемы и опасения, и именно ему решать, как поступить.

2). Как я могу это делать? (поддержка роли)

«У меня нет времени разговаривать со всеми об употреблении ими алкоголя; время, которое я провожу с каждым из пациентов, ограничено»

Вы можете чувствовать, что не имеете достаточной профессиональной или практической поддержки, чтобы проводить краткие консультации. В этом случае необходимо иметь в виду следующее.

Краткая консультация может занять совсем мало времени, например, 2–3 минуты, а может – до 10–15 минут.

Даже просто поднимая вопрос, анализируя употребление алкоголя, оценивая риск и предоставляя персонализированную обратную связь о рисках, обусловленных таким употреблением, можно мотивировать людей принять меры к тому, чтобы узнать больше, изменить поведение или вернуться позже для дальнейшего обсуждения и/или получения рекомендаций.

Важно взаимодействовать с руководством для поддержки вашей деятельности.

Целесообразно учитывать пределы конфиденциальности в вашей работе, этические аспекты консультирования, законодательное регулирование сохранения врачебной тайны.

Сохранение здоровья пациентов в долгосрочной перспективе может уменьшить объем работы в части проведения ККПА.

3). В чем смысл? (мотивация)

«Те, у кого есть проблемы с алкоголем, не изменятся никогда. Что бы я ни пытался сделать, это ничего не изменит»

Данные научных исследований свидетельствуют о том, что ККПА оказывает положительное влияние на достаточное число людей, для того чтобы считать проведение таких консультаций эффективным по стоимости и затрачиваемому времени.

Многие люди употребляют алкоголь, не подозревая, что выпиваемое ими количество может повышать риск возникновения различных заболеваний. Опыт использования ККПА свидетельствует, что, имея адекватную информацию, некоторые люди действительно хотят измениться.

Часть пациентов первоначально может не иметь мотивации или достаточной уверенности для того, чтобы изменить ситуацию, но методы профилактического консультирования могут помочь укрепить их мотивацию и уверенность в возможности перемен.

Некоторые пациенты действительно хотят сократить употребление алкоголя, но не уверены, с чего и как начать. ККПА включает в себя стратегии и методы, позволяющие оказать профессиональную помощь данной категории пациентов.

Конечно, ККПА требует дополнительных усилий со стороны врача, которые эффективны не для всех пациентов. Возможно, вы больше не увидите этого пациента и не узнаете, была ли консультация полезной, но это не должно удерживать вас от того, чтобы дать пациенту шанс более осознанного выбора в отношении употребления им/ею алкоголя.

4). Следует ли мне делать это? (правомерность роли)

«Я боюсь обидеть моих пациентов»

Обычно люди не обижаются, когда медицинские работники спрашивают об их привычках, связанных с употреблением алкоголя. Когда врач спрашивает кого-то об употреблении алкоголя, он не предполагает зависимости или алкоголизма, а просто проверяет, приведет ли сокращение употребляемого алкоголя к снижению риска возникновения проблем со здоровьем, социальных проблем или травм. Все зависит от того, как поставлен вопрос.

«С теми, у кого проблемы с алкоголем, должны работать специалисты»

Очень немногие люди, употребляющие алкоголь, находятся или будут находиться в контакте со специализированными наркологическими службами. Поскольку потребление алкоголя имеет негативные последствия для общества, борьба с негативными последствиями алкоголизации является важной задачей учреждений здравоохранения, и врачу не нужно быть экспертом в области наркологии, чтобы помочь пациенту. Это может стать поворотным моментом в жизни пациента, даже если есть очень серьезная проблема с алкоголем.

Скрининг проблем, связанных с употреблением алкоголя, позволяет выявить пациентов с признаками алкогольной зависимости, такими как неспособность остановиться, начав пить, или необходимость выпить для того, чтобы облегчить выход из тяжелого алко-

гольного опьянения. Эти признаки могут иметь разную частоту и степень тяжести. При лечении алкогольной зависимости возможен широкий спектр конечных результатов – от полного отсутствия изменений до частичной ремиссии и даже до полной абстиненции. Наряду с такими факторами, как изменение семейных обстоятельств или устройство на работу, равнодушное отношение и поддержка со стороны медицинских работников также могут помочь пациенту добиться изменений.

Любое сокращение употребления алкоголя в течение жизни уменьшит риски вреда, связанного с алкоголем. В рамках первичной медицинской помощи могут быть использованы эффективные психологические и фармакологические формы лечения алкогольной зависимости. Однако некоторые пациенты не могут изменить модель поведения только при поддержке первичного звена медицинской помощи, поэтому важно, чтобы специализированные наркологические службы были доступны.

«Я и сам люблю выпить и не хочу быть лицемером»

Медицинские работники вне рабочего времени могут употреблять алкоголь с опасностью для здоровья, но они, по крайней мере, могут сделать осознанный выбор.

Цель ККПА – дать людям возможность осознанно выбрать то, что является правильным для них, и ваши собственные привычки употребления алкоголя не должны влиять на то, что вы делаете для них в качестве медицинского работника.

Важно понимать, что цель постановки вопроса об употреблении алкоголя в рамках ККПА – предоставить людям возможность обсудить то, как они употребляют алкоголь, если они готовы сделать это.

Медицинским работникам не следует пытаться обсуждать употребление алкоголя без согласия пациента.

Перечень возможных вопросов и отдельных высказываний специалиста во время проведения ККПА размещен в приложении (стр. 58).

ГЛАВА 5

ПРОВЕДЕНИЕ КРАТКОСРОЧНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ОБЩЕМЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ

Сектор первичной медицинской помощи обладает огромным потенциалом в части воздействия на факторы риска и формирование здорового образа жизни.

Во многих странах первичная медицинская помощь отвечает за здоровье населения, и большая часть жителей пользуются услугами семейного врача.

Уровень посещаемости служб первичной медицинской помощи населением довольно высок. В некоторых странах от двух третей до трех четвертей населения консультируются со своим врачом общей практики ежегодно, а уровень посещаемости составляет от трех до четырех консультаций на каждого пациента в год.

Во многих странах службы первичной медицинской помощи являются авторитетным источником информации о здоровье. По результатам социологических исследований в странах европейского союза (ЕС) более половины населения указали, что считают своего врача общей практики единственным наиболее важным источником советов по связанным с алкоголем вопросам. Те, кто пьет много, посещают своих врачей общей практики в два раза чаще, чем пьющие в небольших количествах, что увеличивает возможность попутного воздействия в учреждениях первичной медицинской помощи на тех, кто больше всего нуждается в этой помощи.

Первичная медицинская помощь имеет возможность использовать «момент обучения», связывая причину визита пациента к врачу с употреблением алкоголя пациентом.

Службы первичной медицинской помощи работают на постоянной основе, и до двух третей визитов к врачам общей практики могут включать в себя повторные посещения. Повторные посещения являются идеальными условиями для проведения мотивационного консультирования пациента в части проблемного употребления ал-

коголя. Исследования продемонстрировали эффективность действий медицинских работников служб первичной медицинской помощи [3].

В представленной ниже таблице предложены вмешательства врача ОМП, соответствующие определенным уровням алкогольных проблем [2, 6].

Таблица 3

Тяжесть алкогольных проблем и вмешательства врача ОМП

Вид проблем	Критерии проблем	Вмешательства	Роль врача
Отсутствие (низкий риск)	< 280 г/нед – М < 140 г/нед – Ж AUDIT < 8	Первичная профилактика	Пропаганда ЗОЖ, поддержка поведения, мотивирование на сохранение низкого уровня потребления
Опасное	> 280 г/нед – М > 140 г/нед – Ж AUDIT 8–15	Простой совет	Выявление, оценка, краткий совет
Вредное	> 350 г/нед – М > 210 г/нед – Ж AUDIT 16–19	Простой совет, краткосрочное вмешательство наблюдением	Выявление, оценка, краткосрочное вмешательство с последующим наблюдением
Зависимость	Критерии МКБ AUDIT > 20	Специализированное лечение	Выявление, оценка, направление к врачу-психиатру-наркологу или врачу-психотерапевту

Примечание. М – для мужчин, Ж – для женщин.

Краткосрочное вмешательство

При опасном или вредном употреблении алкоголя и на начальных этапах формирования зависимости от него эффективно проведение краткосрочного вмешательства. Краткосрочное вмешательство (КВ) включает:

- оценку уровня употребления алкоголя;
- информацию об опасных и приносящих вред уровнях;
- сведения о риске и проявлениях зависимости от алкоголя;
- предоставление четких адекватных советов и информации с намерением помочь пациенту измениться: прекратить или сократить употребление алкоголя.

Другими словами, краткосрочное вмешательство – это выявление и помощь специалистами проблемно пьющим людям до того, как у них возникнут тяжелые медицинские и социальные проблемы

вследствие чрезмерного употребления алкоголя. Краткосрочное вмешательство может осуществляться врачами любых больниц и поликлиник Республики Беларусь.

КВ является методикой, требующей определенных знаний и навыков, а также формирования у врача новой модели отношения к употребляющим алкоголь людям. Следует учитывать доминирующее в обществе до настоящего времени отношение к потребителям алкоголя: «проблемное употребление алкоголя – это признак безволия, морального дефекта личности, ее слабости и вины». Задачами врача ОМП при проведении КВ являются также создание у пациента готовности изменить свое поведение и оказание помощи в выборе одного из вариантов поведения: сократить употребление алкоголя или не пить совсем [2].

Краткосрочное вмешательство – ограниченная по времени ориентированная на пациента стратегия консультирования, которая фокусируется на изменении поведения и повышении соблюдения пациентом рекомендаций врача. Этот подход может быть полезен не только при алкогольных проблемах, но и в помощи пациенту по изменению других видов поведения (прекращение курения, нормализация питания, снижение веса, уровней холестерина и артериального давления).

Целью КВ должно быть сокращение употребления алкоголя как таковое. Краткосрочные вмешательства состоят из 5–10-минутного простого совета, предоставления информации о вреде алкоголя для здоровья, а также при необходимости из короткой сессии когнитивно-поведенческой терапии. Дополнение КВ оценкой процесса изменений поведения и техниками мотивационного интервьюирования приводит к повышению эффективности и более стойким результатам.

Краткосрочное вмешательство включает 5 основных этапов:

- 1) оценка и обратная связь;
- 2) обсуждение и определение целей;
- 3) техники изменения поведения;
- 4) пособия/руководство по самопомощи;
- 5) наблюдение и поддержка изменений [2].

На первом этапе проводится оценка употребления алкоголя и возможных алкогольных проблем пациента. Далее специалист высказывает свое мнение о стиле употребления пациентом алкоголя,

связывая употребление, если это возможно, с заболеваниями пациента (например, гипертонией, гастритом или панкреатитом). Результаты клинического и лабораторного обследования также могут служить эффективным средством воздействия. При этом врач может выразить свою обеспокоенность чрезмерным употреблением алкоголя (приводятся примеры вопросов, которые специалист может задавать своим пациентам): «Как ваш врач, я обеспокоен тем, как вы пьете и как это влияет на ваше здоровье», «Менее чем 10 % людей пьют так много, как вы», «То, сколько вы выпиваете спиртного, подвергает ваше здоровье серьезному риску развития заболеваний и травм», «То, что вы выпиваете, мешает нам эффективно лечить гипертонию, ишемическую болезнь сердца и т. д.» и «Те лекарства, что вам необходимо принимать, несовместимы с употреблением спиртного». Проводится сравнение количества алкоголя, употребляемого пациентом, со средним уровнем его употребления в обществе и уровнем употребления его знакомыми или друзьями, ведущими здоровый образ жизни. Пациенту рекомендуется возможная смена круга общения.

На втором этапе врач и пациент приходят к согласию о взаимно приемлемой цели: снижение употребления алкоголя до умеренного уровня (т. е. для взрослого, независимого от алкоголя, не более 30–40 г этанола (10 г этанола = 1 стандартная доза алкоголя по ВОЗ) в сутки в течение не более 5 дней в неделю (обязательны 2 трезвых дня) или полное прекращение употребления алкоголя. При этом врач может дать совет: «Вам необходимо сократить употребление алкоголя», «Как вы думаете, не стоит ли сократить выпивки до 3 доз 2 или 3 раза в неделю?», «Могли бы вы сократить употребление алкоголя уже в следующем месяце?». С пациентом обсуждаются преимущества снижения уровня употребления алкоголя (снижение толерантности и риска развития зависимости, сохранение здоровья и работоспособности, уменьшение расходов и конфликтов). На третьем этапе специалист помогает определить ситуации высокого риска, в которых выпивки случаются с большой вероятностью (например, праздники или стрессовые ситуации на работе). Специалист также знакомит пациента со способами преодоления ситуаций высокого риска (например, избегать, уходить, отказываться или вспоминать о решении не пить) и возможностях

ми использования поддержки окружения (семьи). При этом можно сказать следующее: «Вот перечень ситуаций, когда люди выпивают и иногда теряют контроль», «Кто из друзей или членов вашей семьи мог бы помогать вам?», «Что вам нравится в выпивке?» и «Что вам не нравится в том, как вы пьете?», «Давайте подумаем, как отказаться, если друзья будут заставлять вас выпить».

На четвертом этапе, для закрепления сделанного, врач обеспечивает пациента информационными материалами по употреблению алкоголя и алкогольных проблемах и упражнениями для тренировки изменений поведения. Врач дает совет: «Я бы хотел, чтобы вы прочитали это пособие, выполнили к следующей встрече некоторые задания».

На этапе наблюдения и поддержания изменений для обеспечения длительной эффективности краткосрочного вмешательства врач устанавливает план встреч с пациентом и поддерживающих телефонных консультаций. Врач должен назначить время следующего собеседования (лучше через 2 недели) и рекомендовать пациенту в течение этого времени вести дневник учета количества выпиваемого, общего состояния, результатов анализов и возникающих проблем. Врач может сказать: «Я бы хотел встретиться с вами через месяц, чтобы оценить, смогли ли вы изменить свое употребление спиртного», «Медсестра позвонит вам через 2 недели, чтобы проверить, что у вас получается», «Я бы хотел, чтобы вы вели ежедневные записи о том, как и сколько вы выпиваете, и принесли их на встречу через месяц».

Врач может проводить компоненты краткосрочного вмешательства во время обычного приема. Число специализированных встреч, обеспечивающее успех лечения, обычно достигает 3–4, но эффективность повышается при комбинации встреч и поддерживающих телефонных консультаций. Во время второй и последующих встреч необходимо просмотреть дневник, провести совместный анализ возникших трудностей, изменить рекомендации, проявить одобрение и поддержать пациента в сохранении сниженного уровня употребления. Если он не пришел на встречу, стоит позвонить и выяснить, что ему помешало.

При оценке по AUDIT выше 20 баллов, установлении критериев алкогольной зависимости, а также если пациент не уменьшил употребление алкогольных напитков после собеседований в течение 3 месяцев наблюдения, его необходимо направить к врачу-психиатру-наркологу или врачу-психотерапевту [2].

Краткосрочные вмешательства могут использоваться для пациентов, употребляющих алкоголь в опасном или вредном количестве. В отдельных случаях проведение краткосрочного вмешательства позволяет сократить употребление алкоголя более чем на 30 % [6]. При этом сокращение употребления алкоголя пациентами, прошедшими краткосрочные вмешательства, сопровождается улучшением соматического здоровья и уменьшением количества дней временной нетрудоспособности в связи с соматическими расстройствами.

Пациенты, у которых проявляются признаки зависимости или серьезного соматического заболевания в результате употребления алкоголя, требуют другого подхода. Цель воздействий в этом случае может состоять в полной трезвости и в направлении на консультацию к врачу-психиатру-наркологу [3].

ГЛАВА 6

ПРОВЕДЕНИЕ КРАТКОСРОЧНОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ В ОТНОШЕНИИ ПРОБЛЕМНОГО УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ РАЗЛИЧНОГО ТИПА

На уровне первичной медицинской помощи ККПА может включать в себя личные консультации или обмен информацией в электронном виде, чтобы помочь индивидууму уменьшить употребление алкоголя или воздержаться от него. Консультации могут осуществляться в течение нескольких сессий (например, пять 30-минутных консультаций), чтобы помочь человеку выработать навыки и приобрести мотивацию для изменения или, в дальнейшем, чтобы оценить необходимость дополнительного лечения. Врачу необходимо вовлекать пациента в разговор путем использования сочувственного, лично-ориентированного и акцентирующего сильные стороны собеседника подхода, который позволяет человеку увидеть свои сильные стороны и обрести мотивацию к тому, чтобы взять на себя ответственность и изменить свое отношение к алкоголю.

В работе специалистов первичного звена медицинской помощи в зависимости от условий проведения ККПА есть свои специфические черты.

Амбулаторный прием терапевта, врача общей практики. В этом варианте широкие возможности для выявления лиц с проблемным употреблением алкоголя сочетаются с дефицитом времени приема в силу высокой загруженности. Полезными могут быть использование анкетной формы скрининга и привлечение среднего медицинского персонала для его обработки. Анализ истории болезни, данные лабораторных исследований и жалобы пациента, причиной которых могло бы быть излишнее употребление алкоголя, позволяют определить тех, чье прохождение скрининга должно быть первоочередным. Идеальным является внедрение процедуры скрининга и ККПА в практику с максимальным охватом пациентов.

При отсутствии у врача времени на индивидуальное предоставление советов и консультирование пациентов помощник врача (медицинская сестра) проводит обучение группы пациентов, которое включает общие сведения об алкоголе; данные о безопасном уровне употребления; связь употребления и соматических расстройств; информацию о способах снижения употребления алкоголя; основные симптомы и возможность получения медицинской помощи при развитии синдрома зависимости от алкоголя.

Амбулаторный прием врача-специалиста. В противовес факторам, удерживающим врачей-специалистов от бесед со своими пациентами на тему употребления алкоголя (недостаточность образования и навыков, ограниченное понимание ответственности и др.), расширение стандартной процедуры приема врача-специалиста до проведения скрининга алкогольных проблем и ККПА приводит к улучшению комплаенса, большему согласию с рекомендациями врача, более редкому преждевременному прекращению лечения заболевания, послужившего причиной обращения.

Травматологическое отделение. Часто алкоголь является первопричиной возникновения многих травм, поэтому скрининг проблемного употребления алкоголя весьма полезен в отделениях травматологической помощи. В первую очередь скринингу должны подвергаться люди, поступившие в травматологические отделения в состоянии алкогольного опьянения (после протрезвления). В этом случае полезным будет не только сообщать пациенту заключение относительно его уровня употребления алкоголя, но и уровень алкогольной интоксикации при поступлении, а также связь опьянения с травмой. Боль от полученной травмы, состояние шока или стресса не позволяют проводить ККПА на первичном приеме, лучше переносить эти процедуры на повторное посещение пациента.

Стационар общего профиля. Стационарное лечение предоставляет широкие возможности осуществлять ККПА с выбором оптимального времени для общения с пациентом в период госпитализации. Скрининг рискованного употребления алкоголя может проводиться как для всех поступающих в стационар пациентов (что более желательно), так и для тех, чей характер заболевания, жалобы, данные лабораторных и инструментальных исследований указывают на возможное наличие проблем, связанных с употреблением алкоголя [15].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Вследствие доступности и возможности охвата большого числа пациентов первичная медицинская помощь обладает потенциалом для использования в целях сокращения риска, возникающего в результате проблемного употребления алкоголя.

Наиболее эффективным подходом предупреждения пьянства и алкоголизма является подход, нацеленный на постепенное изменение традиций в социуме, с акцентом на возможность корректировки индивидуального поведения под влиянием окружающих.

По данным экспертов ВОЗ, краткосрочное консультирование при низких затратах сокращает употребление алкоголя в среднем более чем на 20 %. Для выявления пациентов, которым необходима краткая консультация, используются количественно-частотные опросники, наиболее объективным из которых является тест AUDIT. Рекомендации для пациентов из группы низкого риска возникновения проблем для здоровья, связанных с употреблением алкоголя, должны состоять в том, что при любом уровне употребления, чем меньше алкоголя употребляет человек, тем лучше. При проблемном употреблении алкоголя специалисту первичного звена медицинской помощи необходимо лишь 5–10 минут, чтобы сообщить пациенту нужную информацию, посоветовать сократить употребление и снабдить его нужными рекомендациями. Полноценное мотивационное интервью необходимо проводить с пациентами, которые допускают вредное и опасное употребление алкоголя и сомневаются по поводу изменения своих питательных привычек.

В связи с тем, что алкоголь является причиной конфликтов в семье, работники первичной медицинской помощи могут помочь родным и близким пьющих предотвратить вредные последствия употребления алкоголя для семейного окружения. Семья играет важную роль в укреплении здоровья, что необходимо поддерживать организационными профилактическими стратегиями, направленными на укрепление семейного здоровья и благополучия.

Организаторы здравоохранения могут помочь преодолеть психологические барьеры, с которыми сталкиваются работники первичной медицинской помощи при проведении краткосрочных вмешательств в отношении лиц, допускающих чрезмерное употребление алкоголя, путем учета данной работы в контрактных соглашениях работников. Кроме того, работников первичной медицинской помощи нужно обеспечить соответствующими материалами по профилактике вредного и опасного употребления алкоголя, чтобы помочь им проводить эффективные краткосрочные вмешательства. Также важным является обучение навыкам проведения кратких вмешательств в рамках дополнительного образования взрослых.

Действия специалистов первичной медицинской помощи по профилактике проблемного употребления алкоголя должны поддерживаться государственной политикой в части сокращения чрезмерного употребления алкоголя населением, а также мониторироваться системой здравоохранения для оценки их результативности.

Приложение
Таблица П.1**Тест для выявления расстройств,
обусловленных употреблением алкоголя
(Тест AUDIT)**

1. Как часто Вы употребляете напитки, содержащие алкоголь?				
(0) Никогда	(1) 1 раз в месяц или реже	(2) 2–4 раза в месяц	(3) 2–3 раза в неделю	(4) 4 или более раза в неделю
2. Сколько стандартных порций алкоголя Вы выпиваете за один раз?				
(0) 1 или 2	(1) 3 или 4	(2) 5 или 6	(3) От 7 до 9	(4) 10 или более
3. Как часто Вы выпиваете 6 или более стандартных порций за один раз?				
(0) Никогда	(1) Реже, чем 1 раз в месяц	(2) 1 раз в месяц	(3) 1 раз в неделю	(4) Каждый день или почти каждый день
4. Как часто за последний год Вы замечали, что, начав пить алкогольные напитки, не можете остановиться?				
(0) Никогда	(1) Реже, чем 1 раз в месяц	(2) 1 раз в месяц	(3) 1 раз в неделю	(4) Каждый день или почти каждый день
5. Как часто за последний год из-за чрезмерного употребления алкоголя Вы не смогли сделать чего-то, что от Вас ожидалось?				
(0) Никогда	(1) Реже, чем 1 раз в месяц	(2) 1 раз в месяц	(3) 1 раз в неделю	(4) Каждый день или почти каждый день
6. Как часто за последний год Вам необходимо было опохмелиться утром, чтобы прийти в себя после того, как Вы много выпили накануне?				
(0) Никогда	(1) Реже, чем 1 раз в месяц	(2) 1 раз в месяц	(3) 1 раз в неделю	(4) Каждый день или почти каждый день
7. Как часто за последний год Вы испытывали чувство вины или угрызения совести после выпивки?				
(0) Никогда	(1) Реже, чем 1 раз в месяц	(2) 1 раз в месяц	(3) 1 раз в неделю	(4) Каждый день или почти каждый день
8. Как часто за последний год наутро после употребления алкоголя Вы не могли вспомнить происшедшего накануне?				
(0) Никогда	(1) Реже, чем 1 раз в месяц	(2) 1 раз в месяц	(3) 1 раз в неделю	(4) Каждый день или почти каждый день
9. Получали ли Вы сами или кто-то другой травмы в результате употребления Вами алкоголя?				
(0) Нет		(2) Да, но не в прошлом году		(4) Да, в прошлом году
10. Выражал ли кто-либо из родственников, друг, врач или другой медицинский работник озабоченность по поводу Вашего употребления алкоголя или советовал его сократить?				
(0) Нет		(2) Да, но не в прошлом году		(4) Да, в прошлом году

Примечания

1. В скобках указано количество баллов, соответствующее наиболее подходящему ответу.
2. Все набранные баллы суммируются.
3. При ответе на вопросы оценивается употребление алкоголя в течение последних 12 месяцев.
4. Стандартная порция/доза/единица алкоголя означает 10 г чистого спирта.
5. Формула для вычисления количества стандартных порций алкоголя:
 Объем напитка (л) × крепость напитка (%) × 0,79 (коэффициент преобразования) = количество стандартных порций алкоголя.
 Например (приблизительные величины):
 1 банка пива (330 мл) крепостью 5 % × 0,79 = 13 г чистого спирта;
 1 бокал вина (140 мл) крепостью 12 % × 0,79 = 13,3 г чистого спирта;
 1 рюмка крепкого алкоголя (40 мл) крепостью 40 % × 0,79 = 12,6 г чистого спирта.
6. Для удобства может использоваться сокращенный вариант Теста AUDIT, который получил название AUDIT-C и состоит из первых трех вопросов опросника:
 Как часто Вы употребляете напитки, содержащие алкоголь?
 Сколько стандартных порций алкоголя Вы обычно выпиваете за раз?
 Как часто Вы выпиваете 6 и более стандартных порций алкоголя за раз?
 При результатах 5 и более баллов для мужчин и 4 и более баллов для женщин необходимо ответить на остальные вопросы теста AUDIT.

Таблица П.2

Интерпретация результатов Теста AUDIT

Сумма баллов	Риск для здоровья	Рекомендации
Мужчины – 5 баллов или меньше Женщины – 4 балла или меньше	Риск для здоровья, связанный с употреблением алкоголя, минимальный	Придерживаться сложившихся поведенческих стратегий, направленных на минимальное употребление алкоголя.
Мужчины – 7 баллов или меньше Женщины – 6 баллов или меньше	Потенциальный риск для здоровья, связанный с употреблением алкоголя	Не увеличивать количество потребляемого алкоголя. Не употреблять алкоголь при планируемой беременности, управлении транспортными средствами или каким-либо механическим оборудованием, а также при наличии медицинских состояний, при которых противопоказано употребление алкоголя и совместно с приемом определенных видов лекарственных средств, вступающих во взаимодействие с алкоголем.

Окончание табл. П2

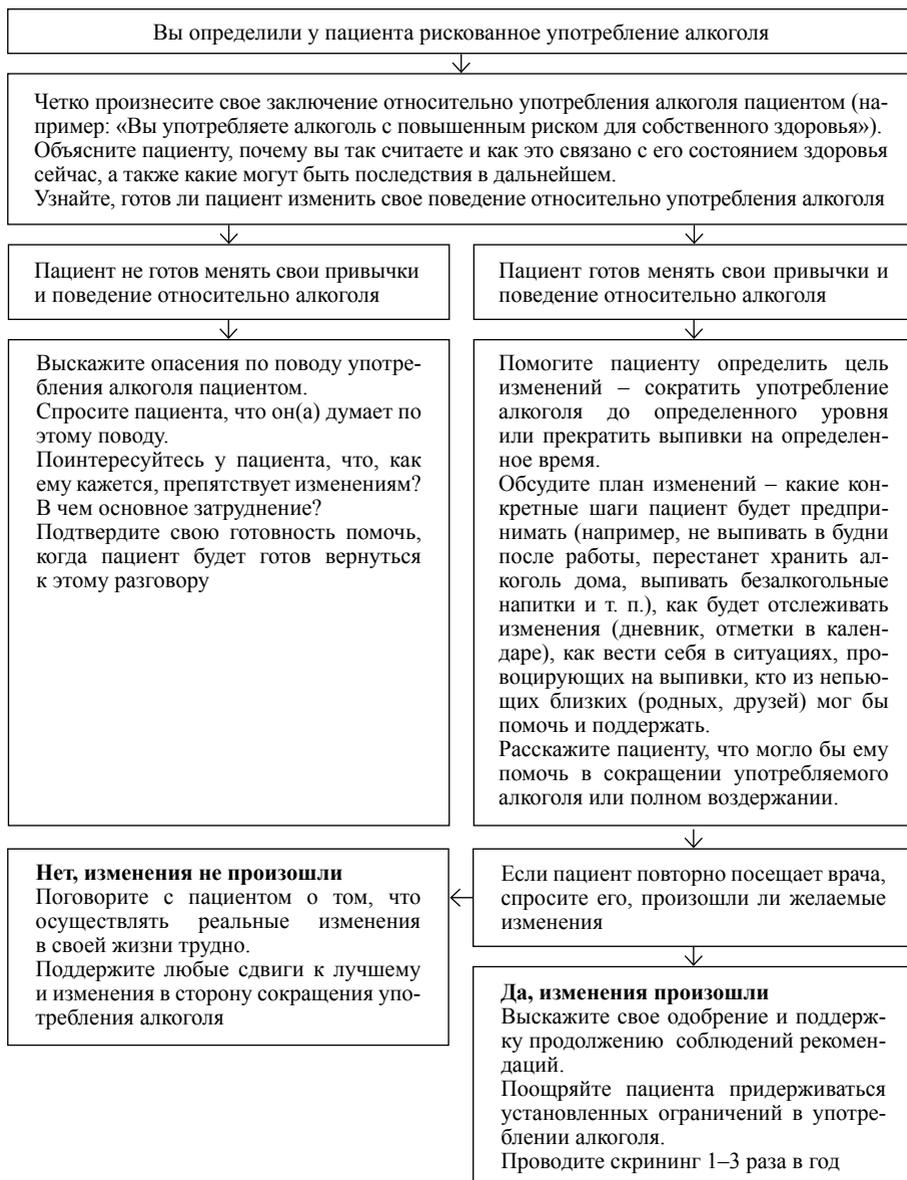
Сумма баллов	Риск для здоровья	Рекомендации
<p>Мужчины – 8 баллов или больше</p> <p>Женщины – 7 баллов или больше</p>	<p>Повышенный риск возникновения проблем со здоровьем, высокая вероятность опасного или вредного употребления алкоголя</p>	<p>Необходимо в доступной для пациента форме сообщить результат оценки, описать связь между уровнем употребления алкоголя и имеющимися проблемами со здоровьем, краткосрочные и долгосрочные риски при сохранении употребления алкоголя на текущем уровне, дать совет по сокращению употребления алкоголя.</p> <p>В случае результата в 16–19 баллов, как для мужчин, так и для женщин, – предупредить пациента о том, что такой способ употребления алкоголя с большой вероятностью ведет к формированию зависимости, а также мотивировать на необходимое сокращение употребления алкоголя и обязательное обращение за наркологической помощью.</p>
<p>Более 20 баллов (как для мужчин, так и для женщин)</p>	<p>Вероятно развитие синдрома зависимости от алкоголя</p>	<p>Необходимо в доступной для пациента форме сообщить результат оценки, описать связь между уровнем употребления алкоголя и имеющимися проблемами со здоровьем, мотивировать на необходимое сокращение употребления алкоголя и обязательное обращение за наркологической помощью, предупредить о риске развития состояния отмены алкоголя при резком сокращении или прекращении его употребления.</p>

Таблица П.3

Интерпретация результатов Теста AUDIT-C

AUDIT-C	Система начисления баллов				Сумма баллов
	0	1	2	3	4
1 Как часто Вы употребляете напитки, содержащие алкоголь?	Никогда	1 раз в месяц или реже	2–4 раза в месяц	2–3 раза в неделю	4 или более раз в неделю
2. Сколько стандартных порций алкоголя Вы обычно выпиваете за один раз?	1 или 2	3 или 4	5 или 6	от 7 до 9	10 или более
3. Как часто Вы выпиваете 6 и более стандартных порций алкоголя за один раз?	Никогда	Реже, чем 1 раз в месяц	(2) 1 раз в месяц	1 раз в неделю	Каждый день или почти каждый день
ОБЩАЯ СУММА БАЛЛОВ ПО AUDIT-C					
Мужчины – 5 баллов или меньше Женщины – 4 балла или меньше	Сообщите, что риск возникновения обусловленных алкоголем проблем относительно низкий. Выразите одобрение (например, «Это хорошо»). Продолжайте консультацию в обычном порядке				
Мужчины – 6 баллов или больше Женщины – 5 баллов или больше	Задайте остальные 7 вопросов теста AUDIT. Если диагноз алкогольной зависимости раньше не ставился, ее признаков нет, можно переходить непосредственно к КПК				

Алгоритм действий медицинских работников при выявлении пациентов с проблемным употреблением алкоголя



Алгоритм действий медицинских работников при выявлении пациентов с синдромом зависимости от алкоголя

Вы обнаружили у пациента признаки синдрома зависимости от алкоголя



Четко произнесите свое заключение относительно употребления алкоголя пациентом. Объясните пациенту, почему вы так считаете и как это связано с его состоянием здоровья. Определите цель изменений в поведении относительно алкоголя. Обсудите с пациентом обращение к врачу-психиатру-наркологу для диагностики и консультации. Порекомендуйте территориально близкие группы самопомощи (например, группы «Анонимных Алкоголиков»). Предложите пациенту повторный прием через некоторое время для обсуждения состояния его здоровья и изменений в употреблении алкоголя



Пациент приходит на повторный прием и сообщает, что не может соблюдать ограничения в употреблении алкоголя

Напомните пациенту о том, что осуществлять реальные изменения в своей жизни трудно.

Поддержите любые сдвиги к лучшему и изменения в сторону сокращения употребления алкоголя.

Порекомендуйте полное воздержание, если до этого пациент пытался пить контролируемо.

Объясните пациенту связь между выпивками и его проблемами со здоровьем, психологическими и социальными сложностями.

Обсудите, можно ли усилить поддержку со стороны близких.

Настойчиво рекомендуйте обращение к врачу-психиатру-наркологу (повторное, если таковое уже состоялось)



Пациент приходит на повторный прием и сообщает, что ему удается соблюдать ограничение в употреблении алкоголя

Выскажите свое одобрение и поддержку продолжению соблюдения медицинских рекомендаций.

Объясните пациенту необходимость принимать лекарства, назначенные для лечения зависимости, в течение длительного времени.

Координируйте свои лекарственные назначения с лекарственными назначениями врача-психиатра-нарколога.

Поощряйте пациента обращаться за медицинской помощью, если он не сможет придерживаться установленных ограничений в употреблении алкоголя.

Проводите скрининг при плановых визитах пациента 1–3 раза в год

ПЕРЕЧЕНЬ возможных вопросов и отдельных высказываний специалиста во время проведения ККПА

- Скажите, пожалуйста, какова ваша «норма» алкоголя?
- Вы говорите «чуть-чуть/немного». А не могли бы сказать точнее?
- Я понимаю, что это нелегко. Больше 10... (бутылок пива, рюмок водки – в зависимости от того, что пьет пациент) в день? Меньше? Больше пяти?
- Вы говорите, что пьете в основном по выходным.
- Если все сложить, то получается, что за неделю вы выпиваете вот такое количество алкоголя... Что вы думаете по поводу этой цифры?
- Вы говорите, что это не особенно вас беспокоит... Вы говорите, что вас пугает эта цифра... Как давно вы столько пьете?
- Вы говорите, что жена собирается бросить вас, если вы не прекратите пить. Что вы чувствуете/думаете по этому поводу?
- Что вам нравится в выпивке?
- Вы говорите, что не хотите обсуждать это... Я понимаю, как вам, должно быть, тяжело об этом говорить... Понимаете, для меня важно это знать.
- Может быть, позже мы вернемся к этому, а пока, позвольте, я спрошу кое-что другое.
- Таким образом, если бы вы прекратили пить, то, возможно, проблем стало бы меньше.
- С одной стороны, есть причины подумать о переменах, однако с другой – вы сомневаетесь, настолько ли все плохо.
- Поправьте меня, если я ошибаюсь.
- Случалось ли вам когда-либо сократить или полностью прекратить выпивки? Как это происходило? Как долго это продолжалось? Вам это понравилось? Из-за чего вы снова стали выпивать?
- На самом деле ваш вопрос не может быть адресован мне. Ведь дело в том, чего хотите вы сами.
- И что вы думаете делать дальше? Вы говорите, что не уверены.
- Может быть, вы не согласны с тем, что я говорю?
- Нет, в мои намерения совершенно не входит указывать вам, что делать. Это исключительно ваш выбор. Я здесь с единственной целью – помочь вам. Решение исключительно за вами.
- Для того чтобы принять правильное решение, вам стоит знать некоторые факты об алкоголе. Вы не против, если я вам кое-что расскажу?
- Вы говорите, что хотели бы сократить употребление алкоголя. Какое количество было бы правильным для вас?
- Что вам требуется, чтобы сделать это?.. и т. д.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Айзберг, О. Р. Диагностика и лечение алкогольной зависимости : учеб.-метод. пособие / О. Р. Айзберг, А. А. Александров. – Минск : БелМАПО, 2006. – 33 с.
2. Александров, А. А. Выявление и консультирование в условиях общемедицинской практики пациентов, употребляющих алкоголь / А. А. Александров // Семейный доктор. – 2015. – № 4. – С. 9–13.
3. Андерсон, П. Алкоголь и первичная медико-санитарная помощь. Копенгаген: Европ. регион. бюро ВОЗ. Европ. сер. – 1999. – № 64. – 105 с.
4. Бойцов, С. А. et al. Организация проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения // Методические рекомендации по практической реализации приказа Минздрава России. – 2015. – № 36ан.
5. Быстрый Алкогольный Скрининговый Тест (БАСТ) Паддингтонский Алкогольный Тест (пат) audit тест на выявление нарушений, связанных с употреблением алкоголя Тест на алкоголизм университета штата Мичиган (mast) [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <https://refdb.ru/look/1310944.html>. – Дата доступа: 28.08.2019.
6. Выявление и лечение расстройств, связанных с употреблением алкоголя в условиях общемедицинской практики : учеб.-метод. пособие / А. А. Александров. – Минск : БелМАПО, 2007. – 29 с.
7. Горный, Б. Э. Раннее выявление лиц, употребляющих алкоголь с вредными последствиями, и оказание им первичной медицинской помощи (обзор) / Б. Э. Горный, А. М. Калинина, С. А. Бойцов // Профилактическая медицина. – 2016. – № 19 (3). – С. 51–55.
8. Горный, Б. Э. Выявление лиц с риском пагубного употребления алкоголя в ходе диспансеризации: методологические аспекты / Б. Э. Горный, А. М. Калинина, С. А. Бойцов // Профилактическая медицина. – 2015. – № 4. – С. 12–16.
9. Горшунова, Н. К. Профилактическая работа врачей первичного звена здравоохранения / Н. К. Горшунова, Н. В. Медведев // Земский врач. – 2011. – № 4. – С. 9–13.
10. Карла ванн дер Берг, Виктор Бувальда. Учебное пособие по наркологии для студентов медицинских институтов : пер. с англ. ; под ред. В. Б. Позняка. – Минск : Интертра.
11. Краткое профилактическое консультирование в отношении употребления алкоголя: учеб. пособие ВОЗ для первичного звена медико-санитарной помощи, 2017. – 134 с.
12. Методологические аспекты выявления лиц с риском пагубного потребления алкоголя в ходе диспансеризации взрослого населения: проблемы и возможные пути их решения / Б. Э. Горный, А. М. Калинина, А. С. Бунова, О. М. Драпкина // Профилактическая медицина. – 2018. – № 21(2). – С. 11–14.
13. Одиноква, В. А. Теоретическое и эмпирическое определение проблемного потребления алкоголя // Теория и практика общественного развития. – Издательский дом «ХОРС», 2014. – № 10.

14. Потребление алкоголя в Республике Беларусь: медико-социальные и социально-экономические аспекты : монография / А. А. Кралько [и др.]. – Минск: Колорград, 2018. – 180 с.

15. Применение наркологического консультирования и краткой психокоррекционной интервенции в комплексной профилактике зависимости от алкоголя в работе бригад первичного звена амбулаторной и стационарной медицинской помощи. Методические рекомендации / А. В. Трусова, Е. М. Крупицкий. – СПб., 2012. – 21 с.

16. Скугаревская, Е. И. Судебно-психиатрическая оценка психических расстройств в уголовном процессе вследствие употребления алкоголя / Е. И. Скугаревская, Ю. И. Остьянко, В. В. Дукорский // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. – 2019. – № 1. – Т. 10. – С. 157–164.

17. Смирнова, В. Н. Скрининг алкогольных проблем в общемедицинской практике // Наркология. – Индивидуальный предприниматель Иришкин Дмитрий Андреевич, 2010. – Vol. 9. – № 8. – P. 65–71.

18. Цверганишвили, Г. Образ жизни и здоровье человека / Г. Цверганишвили // Научно-культурологический журнал. – 2013. – № 1.

19. Ewing J.A. Detecting alcoholism: the CAGE questionnaire // Jama. American Medical Association, 1984. – Vol. 252, № 14. – P. 1905–1907.

20. Fiellin, D. A, Reid, M. C, O'Connor P. G. Screening for alcohol problems in primary care : a systematic review. Archives of internal Medicine. – 2000. Vol. 160. – № 13. – P. 1977 – 1989. Режим доступа : <https://doi.org/10.1001/archinte.160.13.1977>. Дата доступа : 28.11.2019.

21. Rehm, J., Neufeld, M., Yurasova, E., Bunova, A., Gil, A. et al. (accepted). Protocol and results of pilot studies for the validation of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in the Russian Federation for use in primary health care. Alcohol and Alcoholism. – 2020.

22. Saunders, J. B, et al. Development of the alcohol use disorders identification test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. Addiction. – 1993. Vol. 88. № 6. P. 791–804. Режим доступа : <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1993.tb02093.x>. Дата доступа : 28.11.2019.

Учебное издание

Короткевич Татьяна Валерьевна
Максимчук Владимир Петрович
Воронцова Елена Викторовна и др.

**КРАТКОСРОЧНОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ,
ОБРАТИВШИХСЯ В ОРГАНИЗАЦИЮ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ,
ПО ПОВОДУ ПРОБЛЕМНОГО УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ**

Учебно-методическое пособие

Ответственный за выпуск *Е. С. Патеи*
Дизайн обложки *Н. Ю. Кобякова*
Компьютерная верстка *Я. В. Янцевич*
Корректор *Д. Л. Курило*

Подписано в печать 27.12.2019. Формат 60×84/16.
Бумага офсетная. Печать цифровая. Усл. печ. л. 3,6.
Уч.-изд. л. 2,7. Тираж 300 экз. Заказ 17615.

16+

Издатель и полиграфическое исполнение:
общество с ограниченной ответственностью «Колорград».
Свидетельство о государственной регистрации издателя,
изготовителя, распространителя печатных изданий
№ 1/147 от 28.07.2015.

Пер. Велосипедный, 5-904, 220033, г. Минск.
www.сегмент.бел

