

УДК 616.89-008.441.13-084

## ПЕРВИННА МЕДИЧНА ДОПОМОГА ОСОБАМ, ЯКІ ЗЛОВЖИВАЮТЬ АЛКОГОЛЕМ

*С. В. Куш*

Дорожня клінічна лікарня Одеської залізниці, Одеса

**Ключові слова:** алкоголь, виявлення ознак зловживання, профілактика, втручання, первинна медична допомога, сімейний лікар.

Вживання алкоголю стає причиною величезних страждань і витрат, які позначаються на здоров'ї і добробуті чоловіків і жінок, дітей і дорослих, бідних і багатих, тих, хто п'є, і тих, хто страждає від їхньої поведінки. Пов'язані з алкоголем проблеми виникають з багатьох причин, у різноманітних ситуаціях, їхнього впливу зазнає багато людей.

За статистикою, частота випадків зловживання алкоголем серед пацієнтів із соматичною патологією коливається від 5 до 45%. У 25–35% чоловіків середнього віку причиною артеріальної гіпертензії є систематичне вживання алкоголю. Майже в кожному сьомому випадку причиною смерті, не пов'язаної із зовнішніми чинниками (нещасливі випадки, травми, отруєння), є хронічна алкогольна інтоксикація, від 20 до 40% загальносоматичного ліжкового фонду зайнято хворими на хронічний алкоголізм із супровідними захворюваннями [2, 3]. Спостерігається невпинне зростання кількості алкогольних уражень (хронічний алкоголізм у поєднанні з алкогольним ураженням різних органів за побутового пияцтва — хронічна алкогольна інтоксикація з алкогольними кардіоміопатіями, енцефалопатіями, ураженням печінки, підшлункової залози, легень тощо), що становить до 8% причин смерті [1].

Щороку близько 12% чоловіків і 4% жінок набувають залежності від алкоголю. При рівні вживання 20 г абсолютного алкоголю на день 20% чоловіків і жінок несуть зумовлені вживанням алкоголю втрати у двох чи більше сферах життя (родина, друзі, робота). Збитків зазнає не тільки сам питущий, а й його оточення. За даними досліджень, зловживання алкоголем охоплює 20% населення [13]. Найвний у світовій практиці досвід засвідчує, що ця група осіб дуже сприйнятлива до впливу, який здійснює персонал загальної лікувальної мережі, і часто немає потреби в участі фахівців-наркологів [12]. Значною є частка осіб, що вживають алкоголь, і серед працівників залізничного транспорту — від 49 до 78% [6], і будь-які профілактичні заходи тут безпосередньо вплива-

ють на безпеку руху та особисту безпеку, збереження кадрового потенціалу, зменшення матеріальних витрат і т. ін.

Участь органів охорони здоров'я у боротьбі з пияцтвом і алкоголізмом переважно полягає у наданні спеціалізованої допомоги, меншою мірою — у проведенні антиалкогольної пропаганди. Активне ж виявлення осіб із доклінічними формами алкоголізму, коли можливе найбільш ефективно профілактичне втручання, практично не здійснюється, й участь медичних працівників загальної лікувальної мережі залишається незначною. Наприклад, понад 60% з опитаних осіб на терапевтичних дільницях відзначили, що дільничний лікар ніколи не цікавився наявністю в них шкідливих звичок і їхнім способом життя [4].

Досвід практичної роботи дає підставу для висновку про недостатню обізнаність фахівців загальної медичної практики в питаннях проблемного вживання алкоголю та алкогольної залежності, водночас саме на рівні первинної медичної допомоги можливо досягти найбільшого ефекту з найменшими витратами. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) визначила 12 чинників компетентності лікарів, потрібних для того, щоб допомогти пацієнтам подолати їхні потенційні чи вже наявні проблеми, пов'язані з вживанням алкоголю. Лікар повинен:

знати:

— про поширеність небезпечного й шкідливого вживання алкоголю, а також про відповідні фізичні, психологічні та соціальні проблеми;

— про вплив зловживання алкоголем на родини питущих, а також давати йому належну оцінку;

— про особисте ставлення пацієнта до алкоголю.

вміти:

— виявляти фізичні, психологічні та соціальні ознаки зловживання алкоголем;

— донести в слушній формі точну інформацію про алкоголь і пов'язані з його вживанням проблеми до пацієнтів та їхніх родичів;

— розрізнати такі рівні вживання алкоголю: рівень низького ризику, рівень небезпечного (шкідливого) вживання й рівень алкогольної залежності;

— вжити потрібних заходів у разі настання фізичних наслідків чи ускладнень гострої алкогольної інтоксикації;

— зібрати точний анамнез уживання алкоголю;

— розпізнати ознаки зумовленого вживанням алкоголю захворювання;

— правильно інтерпретувати результати лабораторного обстеження;

— добирати правильний план ведення пацієнта (коротка порада, втручання чи направлення пацієнта до відповідних фахівців);

— організувати й провести за потреби курс детоксикації пацієнта вдома.

У Європейському плані дій ВООЗ щодо боротьби з уживанням алкоголю заклади первинної медичної допомоги (ПМД) відіграють найважливішу роль у виявленні осіб, які страждають від пияцтва, й у наданні їм допомоги в зменшенні вживання алкоголю. Фахівці ПМД можуть також підтримувати сім'ї і діяти як пропагандисти здорового способу життя на місцевому рівні. Ланка ПМД має для цього величезний потенціал:

— служби ПМД є авторитетним джерелом інформації — більш як половина опитаного населення вважає свого лікаря загальної практики найважливішим джерелом порад з питань способу життя;

— ті, хто п'є багато, відвідують лікарів загальної практики у два рази частіше, ніж ті, хто п'є у невеликих кількостях, що збільшує можливість впливу в установах ПМД саме на тих, хто найбільше потребує цієї допомоги;

— фахівець ПМД має можливість задіяти «навчальний момент», пояснюючи зв'язок причини візиту пацієнта до лікаря з уживанням алкоголю.

Вживання алкоголю і відповідні проблеми існують у вигляді безперервної шкали: вживання алкоголю варіює від тверезості або вживання у невеликих дозах до зловживання, а пов'язані з алкоголем проблеми — від нульових до значних. Вживання алкоголю у небезпечних кількостях визначають як такий рівень або вид уживання, який, найімовірніше, завдасть шкоди, якщо буде зберігатися.

Стандартом для виявлення зловживання алкоголем є системи критеріїв КД-10, установлена ВООЗ [14], та DSM-IV, прийнята американською асоціацією психіатрів, що засновані на ретельному зборі анамнезу в пацієнтів і їхніх родичів. Відповідно до Міжнародної класифікації хвороб 10-ї редакції (МКХ-10), зловживання алкоголем визначають як приймання спиртних напоїв, яке зу-

мовлює порушення психічного й фізичного здоров'я. Зловживання спиртним, згідно з DSM-IV, визначають як спричинений прийманням алкоголю дезадаптаційний фактор, що призводить до розвитку одного чи більше з наведених нижче клінічних симптомів, які спостерігаються протягом останніх 12-ти місяців [8]. Він передбачає:

1. Періодичне приймання алкогольних напоїв, яке ускладнює виконання щоденних обов'язків на роботі й удома.

2. Періодичне приймання алкогольних напоїв для зняття фізичного чи психічного стресу.

3. Періодичне приймання алкогольних напоїв, яке призводить до конфронтації із законом.

4. Продовження приймання алкоголю, незважаючи на соціальні й міжособистісні проблеми, що виникли чи періодично виникають у зв'язку з цим.

З огляду на те, що пацієнт, як правило, не пов'язує свої проблеми з уживанням алкоголю, лікар має сам припустити факт зловживання алкоголем. Деякі характерні риси (табл. 1) можуть спрямувати лікаря на правильний шлях [9].

Методики виявлення осіб, що зловживають алкоголем, базуються на даних міжнародного дослідження, проведеного під егідою ВООЗ. Застосування різноманітних психологічних тестів, використання біохімічних параметрів і клінічних симптомів дало змогу експертам ВООЗ рекомендувати їх як засіб скринінгу [5, 12]. Розроблено простий інструмент для виявлення людей з первинними ознаками наявності проблем, пов'язаних з алкоголем, — тест на шкідливе вживання алкоголю AUDIT, що складається з десяти простих запитань. Перевага тесту AUDIT, чутливість якого має в середньому оцінку 92%, полягає в його міжнародній стандартизації, оскільки його розробляли в установах ПМД шести країн. Додаткові переваги полягають у тому, що він:

— виявляє небезпечний і шкідливий рівні вживання алкоголю;

— короткий, його можна швидко й гнучко застосувати;

— розроблений саме для працівників первинної медичної допомоги;

— відповідає визначенням алкогольної залежності та шкідливого вживання алкоголю за МКХ-10;

— сконцентрований на вживанні алкоголю протягом останнього часу.

До інших засобів вимірювання психосоціальних наслідків уживання алкоголю належить також тест CAGE, що складається з 4 пунктів. Хоч цей тест має високу чутливість (85%) і специфічність (89%) у виявленні людей з алкогольними проблемами в умовах лікувальних установ загального профілю і на амбулаторних дільницях, він надає

Таблиця 1

Індикатори хронічного зловживання алкоголем  
(за W. van Zutphen et al.)

Загальні:	утома; загальне нездужання; гіпервентиляція; надмірна п'яніть; зміна маси тіла; запах алкоголю з рота.
Шлунково-кишкова система:	стравохідний рефлюкс; гастрит та виразкова хвороба; збільшення печінки; панкреатит.
Серце та легені:	гіпертензія; кардіоміопатія; порушення серцевого ритму; легенева інфекція.
Нервова система:	головний біль; тремор; полінейропатія; м'язовий біль, слабкість і атрофія; гіперрефлексія; епілептиформні напади; розлади пам'яті.
Опорно-рухова система:	подагра; переломи (головним чином ребер і грудних хребців).
Сечостатева система:	сексуальні проблеми; знижена фертильність у чоловіків; розлади менструації у жінок.
Шкіра:	рубці, опіки; судинні зірочки (телеангіектазії); почервоніння й набряклість обличчя; пальмарна еритема.
Лабораторне обстеження:	макроцитоз еритроцитів, анемія; підвищені рівні холестеролу й ліпопротеїнів високої щільності; підвищені рівні ГГТ, АсАТ і АлАТ; підвищений рівень сечової кислоти
Різні:	часті відвідування лікарів; характер скарг мінливий і непояснений; реакція на лікування відсутня чи несподівана; часті нещасливі випадки; надмірне вживання гіпнотичних засобів і транквілізаторів, звертання по рецепти; повідомлення третіх осіб про вживання алкоголю; надмірне вживання нікотину.

менше інформації для втручання, ніж більш довгий перелік запитань AUDIT.

Біологічні показники зловживання алкоголем, що їх найчастіше використовують, це: середній об'єм еритроцитів і рівень  $\gamma$ -глутамінтрансферази (ГГТ) сироватки крові [7]. Проте визначення активності ГГТ як тест обмежується тим, що цей показник може збільшуватися внаслідок наявності іншої патології чи приймання деяких лікарських препаратів. Крім того, виявлено, що більш як у 70% клінічно здорових осіб, що зловживають алкоголем, активність цього ферменту залишається нормальною. Більше діагностичне

значення мають не абсолютні кількості аміназ, а співвідношення між ними, тобто коефіцієнт Де Рітіса [11].

Концепція безперервної шкали дала нові визначення понять уживання алкоголю й алкогольних проблем. Існує і безперервна шкала заходів у відповідь на ці проблеми: первинна профілактика, обмежене втручання, спеціалізоване лікування.

Для впливу на людей з групи підвищеного ризику виникнення захворювань, спричинених уживанням алкоголю, основним методом є обмежене втручання, і роль ПМД полягає у виявленні проблеми, оцінюванні рівня її складності, невеликій консультації та подальшому спостереженні. Обмежене втручання передбачає визначення рівня вживання алкоголю й інформування про небезпечні й шкідливі його рівні, а також чітку пораду людині зменшити вживання алкоголю. Встановлено, що таке втручання є ефективним засобом зменшення вживання алкоголю для більш як 20% людей, які вживають алкоголь у небезпечних або шкідливих дозах. Крім цього, обмежене втручання скорочує витрати системи охорони здоров'я і сприяє поліпшенню стану здоров'я населення.

Для людей з групи високого ризику, або для тих, у кого є серйозні проблеми, пов'язані з алкоголем, основний вплив — це спеціалізоване лікування, і до функцій ПМД входить виявлення проблеми, оцінювання її складності, направлення до фахівців і участь у подальшому спостереженні.

Як приклад можна навести алгоритм дій лікаря загальної практики, рекомендований American Society of Addiction Medicine [10].

Під час кожного візиту запитуйте пацієнта про вживання алкоголю:

— Скільки доз було випито за тиждень (одна міжнародна стандартна доза алкоголю дорівнює приблизно 10 г абсолютного етилового спирту, тобто 1 стандартну дозу містять: 330 мл пива, 100 мл вина, 25 мл горілки чи коньяку)?

— Яку максимальну кількість спиртного випито за один раз упродовж минулого місяця?

Застосуйте тест CAGE для виявлення алкогольних проблем:

1. Чи спадало Вам на думку, що слід значно зменшити вживання алкоголю?

2. Чи дратують Вас люди, які критикують Вас за те, що Ви випиваєте?

3. Чи Ви почували себе колись винним у тому, що забагато випили?

4. Чи було таке, що, прокинувшись, Ви передусім відчували потребу випити?

Скринінг вважається позитивним, якщо:

— випито понад 14 доз за тиждень або понад 4 дози однократно (для чоловіків);

— понад 7 доз за тиждень або понад 3 дози однократно (для жінок);

— дано дві чи більше позитивних відповідей на запитання тесту CAGE.

У цьому разі проведіть оцінювання:

— медичних проблем (випадання пам'яті; депресія; гіпертензія; травми; абдомінальний біль; дисфункція печінки; сексуальні проблеми; розлади сну);

— лабораторних досліджень (підвищення ГГТ й інших трансаміназ; підвищення MCV);

— поведінкових проблем (робота; родина; навчання; нещасливі випадки);

— ознак алкогольної залежності (3 позитивні відповіді в тесті CAGE або наявність хоч однієї з таких ознак: потяг до алкоголю; втрата кількісного контролю; підвищена толерантність; симптоми абстиненції; потреба у вживанні спиртного для поліпшення загального стану).

Встановіть з пацієнтом добрий контакт, після чого твердо, але доброзичливо дайте йому такі рекомендації.

Якщо виявлено ознаки ризику:

— інформуйте пацієнта про чинники ризику;

— рекомендуйте повне або часткове утримання від вживання алкоголю;

— визначте обмежене коло приводів для вживання алкоголю та його граничну кількість;

— накресліть плани обговорення згодом прогресу.

Якщо виявлено ознаки алкогольної залежності:

— вкажіть пацієнтові на об'єктивні ознаки залежності;

— оцініть рівень ризику інтоксикації/абстиненції, медичних/психіатричних ускладнень;

— рекомендуйте план подальших дій.

План подальших дій:

— направити пацієнта до фахівця з питань залежності для обстеження й вироблення плану лікування;

— інформувати пацієнта і його рідних про природу залежності, ефективність лікування й перспективи реабілітації;

— за потреби брати участь у процесі спеціалі-

зованого лікування пацієнта і підтримувати прагнення пацієнта до видужання.

Як підсумок можна зазначити таке.

Медико-соціальна значущість проблем, пов'язаних з уживанням алкоголю, зумовлена тенденціями до зростання поширеності хронічного алкоголізму серед населення України, наявністю широкого спектра метаболічних, психічних та соматовегетативних порушень, що прогресують. Масштаби вживання алкоголю поряд з особливостями сучасного алкогольного ринку (надзвичайно низька питома вага малоалкогольних напоїв у структурі споживання, поширеність самогоноваріння, великі обсяги фальсифікованої продукції) дають підставу вважати зловживання алкоголем одним із провідних етіологічних чинників зростання соматичної патології, соціальної деградації значної частини населення і смертності.

Сектор спеціалізованої допомоги з алкогольних проблем не може бути єдиним місцем надання допомоги. Більш того, якщо ми хочемо, щоб пов'язані з алкоголем проблеми істотно скоротилися, потрібно спрямувати вплив саме на тих, у кого проблеми ще невеликі або помірні. В умовах перебудови, що намітилася у первинній ланці медичної служби, з переходом дільничного лікаря на сімейне обслуговування населення проблема індивідуальної профілактичної роботи з особами, які зловживають алкоголем, має одержати реальну організаційну основу. Сімейний лікар може визначити чинники, в силу яких алкоголь є протипоказаним, вказати на медикаменти, що можуть взаємодіяти з алкоголем, і може дати інформацію про альтернативні шляхи зниження ризику.

П'ятихвилинна порада — от і все що треба, щоб домогтися скорочення вживання алкоголю пацієнтами, які його вживають у небезпечній чи шкідливій кількостях. Пацієнти, у яких наявні ознаки залежності чи серйозного фізичного захворювання внаслідок вживання алкоголю, потребують іншого підходу. Головна мета впливу в цьому разі полягає в наголошенні на цілковитій тверезості та переконанні пацієнта в необхідності спеціалізованої допомоги.

## ЦИТОВАНА ЛІТЕРАТУРА

1. *Зайратьянц О. В.* Итоги работы патологоанатомической службы комитета здравоохранения Москвы за 1996 г. // Архив патологии.— 1998.— № 1.— С. 59–63
2. *Кошкина Е. А.* Заболеваемость и болезненность алкоголизмом и наркоманиями в Российской Федерации: Пособие для врачей психиатров-наркологов / Е. А. Кошкина, Г. А. Корчагина, А. З. Шамота.— М.: Медицина, 2000.— 276 с.
3. *Кошкина Е. А.* Распространенность алкоголизма и наркомании среди населения России // Психиатрия и психофармакотерапия.— 2002.— Т. 4, № 3.— С. 87–90.

4. Лукомская М. И. Профилактика алкоголизма в практике участкового терапевта / М. И. Лукомская, Т. А. Сибурин, М. А. Камалиев // *Вопр. наркологии*.— 1988.— № 4.— С. 27–28.
5. *Психологические методы* диагностики алкоголизма / А. И. Минко, Б. В. Михайлов, Г. А. Мусяченко, А. А. Сердюк // *Укр. мед. альманах*.— 2000.— Т. 3, № 2 (дод.).— С. 96–100.
6. *Сосин И. К.* Наркологическая служба на промышленном предприятии / И. К. Сосин, Я. Л. Гуревич, Г. Н. Мысько.— К.: Здоров'я, 1989.— 224 с.
7. *Comparing the diagnostic accuracy of CDT, GGT and MCV in a general practice population* / G. J. Meerkerk, K. H. Njoo, I. M. Bongers, J. A. van Oers // *Alcoholism Clin. Exp. Res.*— 1999.— Vol. 23, N 6.— P. 1052–1059.
8. *Fuller L. K.* Diagnosis and management of alcohol problems / L. K. Fuller, J. P. Allen, R. Z. Litten // *Clinics in Liver Disease*.—1998.— Vol.2, N 4.— P. 660–669.
9. *NHG-Standaard 'Problematisch alcoholgebruik'* / W. van Zutphen, E. J. van Olst, M. Cornel et al. // *Huisarts Wet.*— 1990.— Vol. 33.— P. 280–285.
10. *Principles of Addiction Medicine* / Eds: A. W. Graham, T. K. Schultz, M. Mayo-Smith, R. K. Ries.— 3d ed.— Chevy Chase, MD: ASAM, 2002.
11. *Rosman A. S.* Biochemical markers of alcohol consumption / A. S. Rosman, C. S. Lieber // *Alcohol Health Res. World.*— 1990.— Vol. 14.— P. 210–218.
12. *Saunders J. B.* WHO Collaborative Project on the Identification and Treatment of Person with Harmful Alcohol Consumption / J. B. Saunders, O. G. Aasland.— Geneva: WHO, 1987.
13. *Sodeman W. A.* Alcohol and the heart // *Clin. Ther.*— 1985.— Vol. 7, N 4.— P. 394–398.
14. *World Health Organization.* The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders clinical descriptions and diagnostic guidelines.— Geneva: WHO, 1992.

## ПЕРВИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ЛИЦАМ, ЗЛОУПОТРЕБЛЯЮЩИМ АЛКОГОЛЕМ

С. В. Куш

В статье сделана попытка дать ответ на вопрос, как на уровне звена первичной медицинской помощи предотвратить и преодолеть вредные последствия употребления алкоголя. Обсуждаются современные стратегии и подходы, которые могут применяться в повседневной работе участкового и семейного врача.

## PRIMARY MEDICAL HELP TO PATIENTS WITH ALCOHOL ABUSE

S. V. Kusch

In the article the attempt is made to response the question how to prevent and overcome harmful consequence of alcohol abuse on the primary medical care level. There are discussed modern strategies and approaches which can be used in everyday practice of the district and family physicians.