

---

---

# Научные исследования

---

---

## МЕДИЦИНСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА СИНДРОМА АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ: АНАЛИЗ ТЕКУЩЕЙ СИТУАЦИИ И ОБСУЖДЕНИЕ ИМЕЮЩЕГОСЯ ОПЫТА

<sup>1</sup> Л.А.Андреева, <sup>2</sup> Т.И.Терехович

<sup>1</sup> Минский областной клинический центр «Психиатрия-наркология», г. Минск

<sup>2</sup> Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения, г. Минск

*Представлен опыт взаимодействия между врачами общелечебной сети и наркологической службой Минской области по организации оказания медицинской помощи соматическим пациентам, злоупотребляющим алкоголем. Установлено, что сложившаяся система медицинской профилактики синдрома алкогольной зависимости и его осложнений не в полной мере учитывает ведущую роль первичного звена здравоохранения в выявлении и консультировании пациентов, употребляющих алкоголь часто и в чрезмерных количествах, но не являющихся зависимыми от алкоголя лицами. Приоритетным направлением оптимизации системы такой профилактики является более активное вовлечение в ее проведение организаций и специалистов первичного звена здравоохранения.*

В Республике Беларусь задача укрепления здоровья населения всегда была одной из приоритетных, ее актуальность подчеркивается и в настоящее время. Для решения этой задачи в республике создана и функционирует государственная система здравоохранения, с которой тесно взаимодействуют другие республиканские органы государственного управления, местные исполнительные и распорядительные органы. Необходимость укрепления здоровья населения обусловлена, прежде всего, сложной демографической ситуацией в Беларуси, в основе которой, как указано в Национальной программе демографической безопасности Республики Беларусь на 2011–2015 годы, лежит отсутствие осознания населением ценности жизни, должного отношения к своему и чужому здоровью, окружающей среде. В данном программном документе отмечено, что высокий уровень заболеваемости и смертности населения обусловлен, в том числе, злоупотреблением алкоголем и табакокурением, другими вредными привычками и неправильным образом жизни.

По данным Национального статистического комитета Республики Беларусь, в 2011 г., по сравнению с 2010 г., отмечен рост уровня реализации алкогольных, слабоалкогольных напитков и пива в пересчете на абсолютный алкоголь на душу на-

селения всех возрастов на 8% (с 12,3 до 13,3 л).

Данный показатель превышает определенный Всемирной организацией здравоохранения порог в 8 л алкоголя на душу населения, выше которого отмечается существенное увеличение заболеваемости и смертности.

Кроме того, установлено, что среди мужчин трудоспособного возраста уровень потребления алкоголя значительно выше общепопуляционно. Это обусловлено тем, что дети не употребляют алкоголь, женщины употребляют алкоголь в среднем в количестве в 2,5 раза меньше мужчин, а лица старше трудоспособного возраста прекращают или значительно сокращают потребление алкоголя вследствие развития у них ряда хронических соматических заболеваний [1].

По оценкам, доля связанной с алкоголем смертности в структуре общей смертности, которую удалось бы избежать, если бы уровень потребления алкоголя был бы равен нулю, составляет в Беларуси 28,4% для мужчин и 16,4% для женщин и является наибольшей в максимально трудоспособном возрасте – от 30 до 44 лет (46,3 и 34,2% для мужчин и женщин соответственно) [2].

Очевидно, что основные причины преждевременной смертности, связанной с алкоголем, у лиц в возрасте 30–44 лет – внешние причины (трав-

мы, отравления, самоубийства, убийства, утопления, гибель от пожаров и переохлаждения) и болезни системы кровообращения (на фоне острого алкогольного опьянения, а также после приема больших количеств алкоголя).

У лиц старшей группы трудоспособного возраста (45–60 лет у мужчин и 40–55 лет у женщин) основными причинами преждевременной смертности, связанной с алкоголем, являются хронические соматические заболевания, вызванные регулярным чрезмерным потреблением алкоголя (болезни органов пищеварения и дыхания, болезни системы кровообращения, новообразования).

Среди всех лиц, умерших от болезней системы кровообращения в Республике Беларусь в 2010 г., из имевшихся у них факторов риска на первом месте находилось курение (54,2%), на втором – злоупотребление алкоголем (43,1%) и только на третьем месте – артериальная гипертензия (42,4%). При этом, среди умерших в трудоспособном возрасте от болезней системы кровообращения мужчин злоупотребляли алкоголем 45,6%, среди женщин – 24,8% [3].

В связи с этим особое значение должны приобретать меры медицинской профилактики, ориентированные на группы населения страны, максимально уязвимые и подверженные негативным последствиям потребления алкоголя, чему посвящено настоящее исследование.

Традиционно антиалкогольные меры, принимаемые в нашей республике, направлены на лиц, уже страдающих синдромом алкогольной зависимости, и на лиц, находящихся в состоянии алкогольного опьянения (на рабочем месте, управляя транспортом). Профилактические мероприятия реализовываются также и на уровне всей популяции, но при этом практически не затрагивают пациентов, обращающихся за оказанием медицинской помощи к врачам первичного звена здравоохранения и употребляющих алкоголь в количествах, опасных и вредных для их здоровья, но не имеющих зависимость от алкоголя.

В рамках антиалкогольной кампании 1980-х гг., постановлением Совета Министров БССР от 7 июня 1985 г. №179 «О мерах по преодолению пьянства и алкоголизма, искоренению самогонварения» было предусмотрено развитие как стационарной, так и амбулаторной наркологической помощи, в том числе, анонимной, а также ведение на предприятиях антиалкогольной пропаганды и создание кабинетов, повышение качества проведения экспертизы алкогольного опьянения, увеличение профессиональной подготовки по нарколо-

логии врачей и среднего медицинского персонала наркологических учреждений.

Очевидно, что основная ответственность по реализации вышеуказанных антиалкогольных мер была возложена на наркологическую службу и мало затрагивала систему здравоохранения республики в целом.

Традиции в восприятии возможности решения проблемы пьянства населения путем мобилизации, в основном, сил наркологической и санитарно-эпидемиологической службы (при проведении санитарно-просветительских, информационно-пропагандистских и образовательных мероприятий) нашли отражение и в течение последнего десятилетия. Принятые Правительством Республики Беларусь Государственные программы национальных действий по предупреждению и преодолению пьянства и алкоголизма на 2001–2005 и на 2006–2010 годы были направлены на повышение качества оказания наркологической помощи и снижение за счет этого наркологической заболеваемости и смертности от алкоголизма и отравления алкоголем. Указанными Государственными программами также было предусмотрено широкое информирование населения о негативных последствиях пьянства и алкоголизма для здоровья и преимуществах установки на трезвый образ жизни.

В первой Государственной программе было отмечено, что организация наркологической службы не отвечает современным подходам к профилактике пьянства, но не была отражена роль первичного звена здравоохранения – ключевого компонента системы медицинской профилактики алкоголизма, осуществляющего как выявление проблемно пьющих пациентов, так и оказывающего помощь им.

Тем не менее, в последние годы предпринимались некоторые попытки учесть влияние злоупотребления алкоголем, как важнейшего фактора риска заболеваемости и смертности, при организации диспансеризации населения. Постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 12.11.2007 г. №92 «Об организации диспансерного наблюдения взрослого населения Республики Беларусь» (далее – постановление №92) было предусмотрено выявление злоупотребления алкоголем путем опроса пациента. При этом, под злоупотреблением алкоголя понималось употребление алкоголя в количестве более 8 стандартных порций для мужчин и более 6 стандартных порций для женщин 2 раза в месяц и чаще (за 1 стандартную порцию принято считать 30 мл водки, 250 мл пива, 150 мл сухого или 75 мл крепленого вина).

Как правило, при заполнении карты учета диспансерного наблюдения (форма 131/у-Д), утвержденной постановлением №92, задавался вопрос: «Злоупотребляете ли вы алкоголем?», без оценки уровня и частоты его потребления, на который большинство пациентов отвечало отрицательно.

Выборочный анализ 1346 карт учета диспансерного наблюдения (форма 131/у-Д), собранных в 2008 г. в разных регионах при проведении диспансеризации взрослых, показал, что злоупотребление алкоголем, определяемое с помощью вышеуказанного вопроса, было определено лишь у 7% пациентов, 55,8% из которых находилось в трудоспособном возрасте [4].

В то же время, показано, что метод прямого опроса пациентов о злоупотреблении алкоголем применительно к русскоязычной популяции является неточным вследствие склонности к занижению уровня потребления алкоголя и диссимуляции связанных с алкоголем проблем, и что результаты, полученные методом такого опроса, нужно, по крайней мере, удваивать.

Действительно, данные социологического исследования, проведенного в 2010 г. Институтом социологии Национальной академии наук Беларуси, показали, что различные виды «бытового пьянства» (употребление свыше 1 бутылки вина или 0,5 бутылки водки 1–2 раза в месяц) распространены среди 15% взрослого населения. Опрос показал, что у 65,1% среди родных, друзей и хороших знакомых респондентов имеются лица, злоупотребляющие алкоголем [5].

По результатам скринингового исследования, проведенного в г. Гродно с использованием теста по выявлению расстройств, связанных с потреблением алкоголя (AUDIT), в день выпивки более 10 стандартных порций (более 300 мл водки или 0,75 л крепленого вина) выпивали 20% мужчин и 2,1% женщин [6].

Полученные нами данные свидетельствуют, что злоупотребление алкоголем (употребление алкоголя в количестве более 6 стандартных порций 2 раза в месяц и чаще, для выявления которого был использован 3 вопрос опросника AUDIT), обнаруживалось у 11,4% из 70 опрошенных пациентов, обратившихся за оказанием медицинской помощи в общую медицинскую практику [7].

Таким образом, следует отметить, что частота злоупотребления алкоголем у пациентов, установленная медицинскими работниками при формальном расспросе, практически в 2 раза ниже частоты злоупотребления, выявленной при скрининге, проведенном медицинским работником с помо-

щью опросника AUDIT или при социологическом опросе в общей популяции.

В то же время, о курении, которое также является одним из ведущих факторов риска хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ), пациенты при проведении диспансеризации сообщали с частотой, сопоставимой с выявляемой при социологических исследованиях в общей популяции.

Так, при опросе в рамках проведенной в 2008 г. диспансеризации взрослого населения о курении сообщили 44,5% из 1346 пациентов [4], а по данным социологического исследования, проведенного в 2010 г. среди 2100 лиц старше 16 лет, о курении сообщили 30,6% опрошенных [8].

Только включение на постоянной основе в контекст обсуждения с пациентом основных факторов риска ХНИЗ (курение, питание, физическая активность) вопросов о частоте и количестве потребляемого алкоголя может позволить нивелировать традиционное стремление пациентов сообщать о более низком, чем в реальности, уровне потребления алкоголя.

Наряду с охватом населения диспансеризацией, медицинские меры противодействия алкоголизму, реализуемые в Республике Беларусь, включали и мероприятия по третичной профилактике алкоголизма, предусматривающей уменьшение негативных последствий алкоголизации для здоровья населения.

В целях обеспечения качества диагностики и лечения острых сочетанных соматических, психических и наркологических расстройств в стационарных условиях Министерством здравоохранения Республики Беларусь принят приказ от 28.12.2006 г. №989 «Об организации медицинской помощи лицам с сочетанной соматической, психической и наркологической патологией».

Вместе с тем, акцент данного приказа сделан на острых состояниях, прежде всего, соматических, у пациентов психиатрических и наркологических стационаров, которые являются основной причиной больничной летальности, в то время как вопросы предупреждения развития таких патологических состояний путем активного выявления и лечения хронических соматических заболеваний у данных пациентов в амбулаторных условиях не были рассмотрены.

Как пример успешной практики в третичной профилактике синдрома алкогольной зависимости и его соматических осложнений, Коллегией Министерства здравоохранения Республики Беларусь отмечен позитивный опыт взаимодействия между врачами общелечебной сети и наркологической службой Минской области по организа-

ции оказания медицинской помощи соматическим пациентам, злоупотребляющим алкоголем [9].

Следует отметить, что в Минской области организация системы медицинской профилактики синдрома алкогольной зависимости и его осложнений осуществляется на протяжении уже более 4 лет, что позволяет провести анализ достигнутых результатов и сделать некоторые выводы.

В соответствии с постановлением №92 управлением здравоохранения Минского облисполкома принят приказ от 22 февраля 2008 г. №74 «О взаимодействии наркологической службы с общелечебной сетью Минской области», во исполнение которого в организациях здравоохранения региона диспансеризация пациентов, наблюдаемых врачом-психиатром-наркологом, проводилась в предусмотренном полном объеме:

лица, злоупотребляющие алкоголем, обязательно осматриваются терапевтом и неврологом, им всем в обязательном порядке назначается флюорография и кардиография, проводятся общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови по показаниям, реакция микропреципитации;

в целях повышения доступности диагностических услуг, лабораторные анализы у лиц, злоупотребляющих алкоголем, забираются в течение всего времени работы амбулаторных организаций здравоохранения;

при госпитализации наркологических пациентов организованы их обязательные осмотры врачом-терапевтом и другими врачами-специалистами.

Кроме того, приказом предусмотрены: обмен информацией между врачами-наркологами и участковыми врачами-терапевтами о пациентах, взятых на наркологический учет; направление наркологических пациентов, при наличии у них соматической патологии, к врачам-терапевтам, другим врачам-специалистам для взятия под диспансерное наблюдение; организация наблюдения наркологических пациентов, живущих в сельской местности, путем ежемесячных подворных обходов медицинским работниками врачебных амбулаторий, фельдшерско-акушерских пунктов, участковых больниц.

Проводимые мероприятия позволили значительно (на 21,4% – с 31,14 в 2007 г. до 24,46 в 2011 г. на 1000 лиц, состоящих на диспансерном учете в связи с данным заболеванием соответственно) снизить смертность лиц, страдающих синдромом алкогольной зависимости и состоящих на диспансерном учете у врачей-психиатров-наркологов Минской области, прежде всего, за счет снижения смертности лиц трудоспособного возраста (на 36,9% – с 35,43 в 2007 г. до 22,35 в 2011 г. на 1000 лиц данного возраста, состоящих на диспансерном учете в связи с синдромом алкогольной зависимости, табл.).

Таблица

Показатель	2007	2008	2009	2010	2011*
1. Число лиц, страдающих алкоголизмом и состоящих на диспансерном учете	26573	27021	27514	27787	27962
из них лиц трудоспособного возраста	25396	25872	26339	27012	27192
2. Число лиц, страдающих алкоголизмом и состоящих на диспансерном учете, умерших в прошедшем году	987	908	825	666	684
из них лиц трудоспособного возраста	900	827	705	599	608
3. Смертность лиц, страдающих алкоголизмом и состоящих на диспансерном учете (на 1000 лиц, находящихся на диспансерном учете)	37,14	33,60	29,98	23,97	24,46
4. Смертность лиц трудоспособного возраста, страдающих алкоголизмом, состоящих на диспансерном учете (на 1000 лиц данного возраста, находящихся на диспансерном учете)	35,43	31,96	26,77	22,17	22,35
5. Смертность населения Республики Беларусь в целом (на 1000 жителей)	13,7	13,8	14,2	14,4	14,3
6. Смертность населения Республики Беларусь трудоспособного возраста (на 1000 лиц данного возраста)	5,2	5,3	5,4	5,5	5,6

\* – предварительные данные

Кроме снижения показателей смертности лиц, страдающих алкогольной зависимостью и состоящих на диспансерном учете у врачей-психиатров-наркологов, прежде всего, за счет сокращения смертности злоупотребляющих алкоголем лиц трудоспособного возраста, в Минской области отмечено сокращение более чем на 10% доли смертей данной категории пациентов от соматических заболеваний (с 65,1% в 2007 г. до 53,53% в 2011 г.).

Дальнейшему развитию преемственности во взаимодействии наркологической службы и общелечебной сети способствовал приказ управления здравоохранения Минского облисполкома от 29 сентября 2011 г. №319 «О мерах по повышению качества медицинской помощи пациентам, страдающим синдромом зависимости от алкоголя и соматической патологией», которым предусмотрены: охват наркологических пациентов углубленным обследованием их соматического состояния, лечение вызванных алкоголем расстройств (состояние отмены алкоголя, алкогольный делирий) при госпитализации пациентов в соматические стационары; совместное наблюдение, профилактика и лечение врачами-психиатрами-наркологами и другими врачами-специалистами заболеваний сердечно-сосудистой системы, печени, поджелудочной железы и другой патологией у пациентов наркологического профиля на стационарном и амбулаторном этапах.

В течение 2011 г. углубленное обследование состояния соматического здоровья было проведено у 50,53% наркологических пациентов, состоящих на диспансерном учете у врача-психиатра-нарколога. В результате у 3536 (почти 25%) пациентов впервые в жизни были выявлены соматические заболевания, и им своевременно начато оказание необходимой медицинской помощи.

Кроме мероприятий по третичной профилактике алкоголизма, важным подходом при реализации мер по снижению уровня смертности населения, прежде всего, лиц трудоспособного возраста, является вторичная профилактика – раннее выявление среди пациентов лиц, употребляющих алкоголь чрезмерно.

В этих целях в Минской области при обращении граждан за медицинской помощью предусмотрены: проведение скрининга для выявления проблем, связанных с употреблением алкоголя, с помощью опросника CAGE, направление пациентов, положительно ответивших на три и более вопроса, на консультацию к врачу-наркологу и проведение их обследования согласно Инструкции о порядке организации диспансерного наблюдения взрослого населения Республики Беларусь, утвержденной постановлением №92.

Опросник CAGE рекомендован экспертами ВОЗ для использования в общей медицинской практике, состоит из четырех «закрытых» («да/нет») вопросов для выявления проблемного потребления алкоголя, имеет высокую чувствительность (0,71) и специфичность (0,90) для двух ответов «да» [10, 11].

Преимущества использования опросника CAGE в повседневной работе врача общей медицинской практики определяются его краткостью, возможностью заполнения пациентом самостоятельно и легкостью интерпретации результата.

В то же время, опросник CAGE не включает оценку частоты потребления алкоголя и его количества, что ограничивает возможности в выявлении пациентов, которые потребляют алкоголь чрезмерно, но пока еще не имеют вызванных потреблением проблем (в отношении в семье или со здоровьем).

Поэтому у пациентов, набравших 2 и более балла при скрининге с применением CAGE, руководства для врачей общей медицинской практики рекомендуют уточнить объемы и частоту потребления алкоголя [12].

В целях углубленной оценки влияния потребления алкоголя на здоровье пациентов, приказом управления здравоохранения Минского облисполкома от 29 сентября 2011 г. №319 при оказании медицинской помощи пациентам с соматической патологией предусмотрен сбор сведений о длительности и числе дней употребления алкоголя, предшествующих дню обращения пациента за оказанием медицинской помощи.

Это позволило прогнозировать у большинства пациентов развитие, при прекращении алкоголизации, состояния отмены алкоголя (абстинентного синдрома) и предупреждать его осложнения (гипертензия, судороги) путем назначения эффективного лечения в соответствии с клиническим протоколом.

Проводимый на постоянной основе ежемесячный анализ объемов и качества диспансеризации пациентов, состоящих на диспансерном учете у врача-психиатра-нарколога, продемонстрировал положительные стороны реализуемой в Минской области программы диспансеризации пациентов.

Во-первых, вместо оказания пациентам наркологического профиля медицинской помощи по обращаемости в связи с обострением запущенных соматических заболеваний удалось повысить раннюю выявляемость патологии, снизить потребность в госпитализации и выход пациентов на инвалидность.

Во-вторых, усиление внимания медицинских работников к состоянию соматического здоровья

наркологических пациентов повысило мотивацию последних к прекращению потребления алкоголя, в связи с чем возросло число случаев обращения пациентов за наркологическим лечением и реабилитацией.

Таким образом, опыт Минской области показывает, что организация диспансеризации и лечения соматических заболеваний у пациентов, страдающих алкоголизмом и состоящих на учете у врача-нарколога, является эффективным методом профилактики их заболеваемости и смертности.

До настоящего времени сложившаяся система медицинской профилактики синдрома алкогольной зависимости и его осложнений не в полной мере учитывает ведущую роль первичного звена здравоохранения в выявлении и консультировании пациентов, употребляющих алкоголь часто и в чрезмерных количествах, но не являющихся зависимыми от алкоголя лицами. С учетом этого, приоритетным направлением оптимизации системы такой профилактики является более активное вовлечение в ее проведение организаций и специалистов первичного звена здравоохранения.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Global status report on alcohol and health. – Geneva: WHO, 2011. – 286 p. (Глобальный отчет по алкоголю и здоровью. Belarus country profile // [http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/global\\_alcohol\\_report/msbgsruprofiles.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msbgsruprofiles.pdf)).
2. Разводовский, Ю.Е. Фракция алкогольной смертности в структуре общей смертности в Республике Беларусь / Ю.Е.Разводовский // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2011. – №4. – С.14–17.
3. Об организации кардиологической помощи населению Республики Беларусь, проблемах и путях ее совершенствования: постановление Коллегии Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 29 декабря 2010 г. №21.1.
4. Адаменко, Е.И. Анализ распространения основных факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний в Республике Беларусь / Е.И.Адаменко, Л.А.Жилевич // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2010. – №1. – С.37–41.
5. Отчет по отдельному исследовательскому проекту по теме: «Социологическое исследование культуры потребления спиртных напитков и социальной эффективности антиалкогольной политики. Разработка предложений по совершенствованию системы профилактики пьянства и алкоголизма» / Ин-т социологии НАН Беларуси; науч. рук. – д-р социол. наук Н.А.Барановский. – Минск, 2010.
6. Разводовский, Ю.Е. Скрининг распространенности алкогольных проблем с помощью теста AUDIT / Ю.Е.Разводовский, С.Д.Орехов // Журнал ГТМУ. – 2004. – №4. – С.34–37.
7. Андреева, Л.А. Чрезмерное потребление алкоголя: мнение медицинских работников первичного звена здравоохранения и их пациентов / Л.А.Андреева, Т.И.Терехович // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2011. – №4. – С.10–14.
8. Отчет о научно-исследовательской работе по теме: «Поведенческие факторы риска населения Республики Беларусь» / Ин-т социологии НАН Беларуси; науч. рук. – канд. социол. наук В.Р.Шухатович. – Минск, 2010.
9. О реализации положений Декрета Президента Республики Беларусь от 24 ноября 2006 г. №18 «О дополнительных мерах по государственной защите детей в неблагополучных семьях»: постановление Коллегии Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 25 августа 2010 г. №13.1.
10. Ewing, J.A. Detecting alcoholism. The CAGE Questionnaire / J.A.Ewing // JAMA. – 1984. – Vol.252, No.14. – P.1905–1907.
11. Bush, B. Screening for alcohol abuse using the CAGE questionnaire / B.Bush, S.Shaw, P.Cleary [et al.] // Amer. J. Med. – 1987. – Vol.82, No.2. – P.231–235.
12. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. The Physicians' Guide to Helping Patients With Alcohol Problems // NIH Pub. – Rockville, MD: the Institute. – No.95-3769. – 28 p.

#### MEDICAL PREVENTION OF ALCOHOL DEPENDENCE SYNDROME: ANALYSIS OF CURRENT SITUATION AND DISCUSSION OF THE EXPERIENCE

L.A.Andreeva, T.I.Terehovich

The experience of the coordination between primary health care physicians and narcological service of the Minsk region aimed at the organization of rendering medical care to the somatic alcohol abuse patients was presented. It was emphasized that the current system for medical prevention of the alcohol dependence syndrome and its complications did not fully take into account the leading role of primary health care in detecting and consulting patients who used alcohol frequently and in excessive amounts, but who were not alcohol dependent. The priority direction to optimize the system of such a prevention was to actively involve primary health care organizations and professionals in its realization.

Поступила 21.02.2012 г.