МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
КАФЕДРА ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКИ

Е.А.ВОРОНКО, Н.Н.СИЛИВОНЧИК, В.З.РУСОВИЧ

МОТИВАЦИОННОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ПРОБЛЕМНЫМ ТИПОМ ПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ. СТРАТЕГИЯ КРАТКОСРОЧНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Учебно-методическое пособие

Минск БелМАПО
2013

УДК 613.816(075.9)
ББК51.1(2)5я73
В 75

Рекомендовано в качестве учебно-методического пособия
УМС Белорусской медицинской академии последипломного образования
Протокол №7 от 12.12. 2012

Авторы:

Е.А.Воронко - канд. мед. наук, доцент кафедры общей врачебной практики БелМАПО

Н.Н.Силивончик – д-р мед. наук, проф., зав. кафедрой общей врачебной практики БелМАПО

В.З.Русович - сотрудник странового Бюро ВОЗ

Рецензенты:

кафедра поликлинической терапии БГМУ

Жилевич Л.А., канд. мед. наук, доцент, зам.начальника Главного Управления, начальник отдела первичной медико-санитарной помощи МЗ РБ

Воронко Е.А

В 75 Мотивационное консультирование пациентов с проблемным типом потребления алкоголя. Стратегия краткосрочного вмешательства: учеб.-метод. пособие /Е.А. Воронко, Н.Н. Силивончик, В.З. Русович - – Минск: БелМАПО, 2013. - 36 с.

ISBN 978-985-499-753-7

В настоящем пособии изложены современные представления о влиянии этанола на организм человека; типы потребления алкоголя и риски алкогольных проблем (по ВОЗ); техника распознавания расстройств, вызванных потреблением алкоголя; принципы мотивационного консультирования и стратегия краткосрочного вмешательства при проблемном потреблении алкоголя; показания для направления к наркологу.

Пособие предназначено для врачей общей практики, участковых врачей-терапевтов и педиатров, врачей стационаров и студентов медицинских университетов.

УДК 613.816(075.9)
ББК51.1(2)5я73

ISBN 978-985-499-753-7

© Воронко Е.А., [и др.], 2013
© Оформление БелМАПО, 2013

ОГЛАВЛЕНИЕ

1. Список сокращений и термины 4
2. Введение 5
3. Влияние этанола на организм человека 7
4. Типы потребления алкоголя и риски алкогольных проблем 10
5. Распознавание расстройств, вызванных потреблением алкоголя 13
6. Принципы мотивационного консультирования. Стратегия краткосрочного вмешательства при проблемном потреблении алкоголя 18
7. Заключение 25
8. Литература 27
9. Приложение 1. Употребление алкоголя. Обсуждение характера потребления 30
10. Приложение 2. Полное прекращение потребление алкоголя 32
11. Приложение 3. Уменьшение потребления алкоголя 34

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И ТЕРМИНЫ

АГН – алкогольсодержащие напитки
АД – артериальное давление
АДГ – алкогольдегидрогеназа
AUDIT (Alcogol Use Disorder Identification Test) – тест по выявлению расстройств, связанных с употреблением алкоголя
АП – алкогольные проблемы
АТФ – аденозинтрифосфат
БСМП – больница скорой медицинской помощи
ВОЗ – Всемирная Организация здравоохранения
ВОП – врач общей практики
ГГТП – гамма-глутамилстранспептидаза
др. - другие
ЖКТ – желудочно-кишечный тракт
КВ – краткосрочное вмешательство
ПМП – первичная медицинская помощь
СКОЭ – средний корпускулярный объем эритроцитов
т.д. – так далее
т.е. – то есть
т.к. – так как
ФР – факторы риска

Термины в тексте: «Алкогольсодержащие» равнозначно «этанолсодержащие».

ВВЕДЕНИЕ

Алкоголизм и проблемы, связанные с чрезмерным потреблением алкоголя по экономическому и социальному ущербу стоят в одном ряду с такими распространенными заболеваниями, как сердечнососудистые и онкологические и даже превосходят их. Врачи первичной медицинской помощи (ПМП) практически ежедневно в своей работе сталкиваются с жалобами и заболеваниями (травмами), важнейшими причинами которых является избыточное потребление алкоголя, а в ряде случаев и уже сформировавшаяся алкогольная зависимость. Несмотря на большую распространенность соматической патологии, в основе которой лежит проблемное потребление алкоголя, откровенное обсуждение вопросов потребления алкоголя представляет определенные затруднения как для врача, так и для пациента. Известен феномен «молчаливого сговора» врача и пациента, когда речь идет о выяснении первопричин представленных на приеме жалоб: врач не может начать беседу у внешне благополучного пациента, а пациент отрицает проблемное потребление алкоголя. Внутреннее сопротивление у врача начать разговор о характере потребления алкоголя обусловлено низкой степенью уверенности в эффективности даваемого им совета по уменьшению потребления алкоголя или отказу от него, возможностью отрицания пациентом наличия у него алкогольной проблемы, а также дефицитом времени, регламентированного на прием пациента.

Умение заподозрить и распознать на ранних стадиях проблемное потребление алкоголя до формирования стадии алкогольной зависимости является важным и эффективным коммуникативным и профессиональным навыком врача общей практики/семейного врача и других специалистов ПМП и стационаров. Исследования показывают, что своевременный совет врача первичного звена и стационаров о необходимости снижения потребления алкоголя эффективен тогда, когда у пациента еще не нарушились социально-семейные связи, и не сформировалась алкогольная зависимость, т.е. на этапе сохранения у него душевного здоровья, способности к восприятию информации и обучению.

Распознавание алкогольных проблем и мотивационное консультирование проблемно пьющих пациентов в ПМП и стационарах в Республике Беларусь находится в зародышевом состоянии. Нередко можно услышать мнение, что оказанием помощи пациентам с проблемным потреблением алкоголя должны заниматься специалисты-наркологи. Вместе с тем, в отличие от врача-нарколога, у врачей первичного звена и стационаров есть много преимуществ в возможности помочь пациентам с проблемным типом потребления алкоголя, так как:

- до 70 % пациентов обращаются не к наркологам, а к врачам ПМП и стационаров с соматическими жалобами вследствие проблемного потребления алкоголя задолго до формирования у них алкогольной зависимости;
- отсутствует стигматизация пациентов, которая неизбежна при обращении их за помощью к специалисту-наркологу.

Кроме этого, приоритет семейного врача состоит еще и в возможности контроля за эффективностью мотивационного консультирования благодаря динамическому наблюдению за пациентом.

Актуальность проблемы из-за широкой распространенности потребления этанолсодержащих напитков и злоупотребления ими в Беларуси диктует настоятельную необходимость овладения медицинскими работниками ПМП и стационаров основными навыками распознавания алкогольных проблем и мотивационного консультирования проблемно пьющих пациентов по изменению образа жизни во имя улучшения демографической безопасности страны и спасения генофонда нации.

Республика Беларусь поддерживает политику ВОЗ и стратегию Европейского плана действий по борьбе с потреблением алкоголя и уменьшением негативных последствий его потребления на общество. В 2010 году принят план двухгодичного сотрудничества с ВОЗ, согласно которому борьба с потреблением алкоголя в Беларуси признана приоритетной. В XXI веке государство значимо увеличило усилия по профилактике алкоголизма и преодолению пьянства, что подтверждается интеграцией различных служб и ведомств и мероприятиями в соответствии с реализацией Государственных программ национальных действий по предупреждению и преодолению пьянства и алкоголизма (2006-2010г.г. и 2011-2015г.г.), утвержденных соответственно Постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 27 апреля 2006г. № 556 и от 11.01.2011г. № 27, цель которых добиться снижения: уровня потребления населением алкогольных напитков, распространения пьянства и алкоголизма, заболеваемости алкоголизмом, уровня смертности от алкоголизма и случайного отравления алкоголем. В рамках Программ реализовано ограничение продажи алкогольных напитков во время развлекательных мероприятий и спортивных праздников; запрещены реклама алкогольных напитков, кроме пива, и продажа их в точках розничной торговли; ограничено количество мест продажи и время продажи алкогольных напитков; осуществляется строгий контроль за качеством производимой и реализуемой алкогольной продукции, принимаются меры по пресечению незаконного ее оборота, по недопущению вождения транспорта в состоянии алкогольного опьянения. Значимо активизировались средства массовой информации в отношении пропаганды здорового образа жизни, повышения информированности населения о вреде алкоголя и ответственности за свое здоровье. Большое внимание в стране уделяется физкультурному движению и спорту, работе с молодежью, что привело в 2011 и 2012г.г. к уменьшению количества лиц, страдающих алкогольной зависимостью среди несовершеннолетних и взрослых.

Задача специалистов ПМП и стационаров, согласно Государственных программ, - раннее выявление, профилактика и лечение расстройств, вызванных употреблением алкогольсодержащих (этанолсодержащих) напитков.

Настоящее пособие ставит своей целью сконцентрировать внимание специалистов ПМП и стационаров на распознавании алкогольных расстройств, их скрининге и своевременном применении стратегии краткосрочного вмешатель-

ства (КВ) по изменению образа жизни у пациентов с проблемным типом потребления алкоголя.

ВЛИЯНИЕ ЭТАНОЛА НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА

Винный спирт впервые научились получать арабы в VI-VII веке н.э. и назвали его «одурманивающим продуктом». В средневековой Европе его начали изготавливать в пищевой промышленности и назвали сначала «водой жизни», а затем – «водой смерти».

Этанол (алкоголь) – это особый токсикант, так как он в небольшом количестве (0,001-0,015 г/л) синтезируется в организме путем восстановления ацетальдегида, образовавшегося из пировиноградной кислоты, и обнаруживается в крови в отсутствие поступления его извне. Влияние этанола на организм давно и глубоко изучено физиологами и медиками. Нельзя отрицать болеутоляющий, диуретический, умеренный релаксирующий (снижающий тревогу и напряжение, повышающий чувство уверенности в себе, усиливающий удовольствие и обеспечивающий уход от реальности) и радиопротекторный эффекты, а также эффект специфической защиты этанола при остром отравлении метиловым спиртом и этиленгликольсодержащими токсикантами. Этанол является высоко калорийным (7,1 ккал/г) пищевым продуктом. Во многих проспективных исследованиях доказан кардиопротективный эффект этанола, принимаемого в стандартной дозе 5 раз в неделю. У мужчин после 40 лет и у женщин после 50 лет прием в стандартной дозе этанолсодержащих напитков коррелирует со снижением смертности от ишемической болезни сердца (ИБС) в среднем на 29 %. Однако, даже умеренное употребление их лицами молодого возраста ассоциируется с увеличением смертности от всех причин на 30-50 %. Поэтому нашей рекомендацией является предпочтение уменьшения риска развития кардиальных событий соблюдением здорового образа жизни (сбалансированным питанием, физической активностью, избеганием дисстрессов; отказом от активного и пассивного курения, злоупотребления алкоголем).

Метаболизм поступившего в организм этанола осуществляется главным образом в печени с участием ферментативных систем: алкогольдегидрогеназы (АДГ), микросомальной этанолокисляющей системы, каталазы (содержится в мышцах и других тканях). Наиболее мощным ферментом является АДГ, которая в обычных условиях катализирует окисление около 90 % этанола с образованием ацетальдегида и преобразованием никотинамид-адениндинуклеотида в форму, способствующую развитию гиперурикемии, гипогликемии и жировой дегенерации печени путем подавления окисления липидов и образования жира. Ацетальдегид при участии фермента ацетальдегиддегидрогеназы окисляется в уксусную кислоту, которая при благоприятных условиях превращается в диоксид углерода и воду. Этанол окисляется в ацетальдегид преимущественно в печени, а ацетальдегид метабилизируется во всех тканях. Ацетальдегид по своему токсическому эффекту в 10 раз превышает этанол. Каталаза участвует в окислении 1-2 % этанола до ацетальдегида. Ее роль возрастает в случае алкогольных эксцессов и при формировании острой и хронической толерантности к алкоголю. Основным энзимом

микросомальной этанолокисляющей системы является цитохром P4502E1 (CYP2E1). Активность цитохрома P4502E1 и его гена возрастает вследствие хронического потребления алкоголя, что приводит к метаболической устойчивости к этанолу. Цитохром P4502E1 детоксифицирует многие ксенобиотики, но при этом иногда вырабатываются токсические и даже канцерогенные продукты обмена веществ. С активностью P4502E1 и его гена связывают генерирование свободных радикалов, в результате чего происходит перокисление липидов и разрушение мембран, а также истощение митохондриального редуцированного глутатиона и его непосредственного прекурсора-метионина, активированного до S-аденозилметионина (SAMe).

Около 10 % поступившего в организм этанола выделяется в неизмененном виде с выдыхаемым воздухом, потом, мочой и молоком кормящей женщины в течение 7-12 часов.

Этиловый спирт ухудшает преобразование бета-каротина в витамин А, приводя к дефициту витамина А в печени. В случае приема этанола вместе с витамином А или бета-каротином возможно усиление токсического эффекта этанола на печень.

Этанол и этанолсодержащие напитки (водка, вино, виски, коньяк, ром, шампанское, пиво), действуя целой молекулой в организме, оказывают неэлектролитный эффект. Последний проявляется повышением текучести мембран и нарушением их биологических функций: регуляции ионных потоков, процессов захвата биологически активных веществ, деятельности рецепторных и ферментативных АТФ-азных систем. Характерно нарушение межуточного обмена с развитием метаболического ацидоза, дефицита витамина А и особенно группы витамина В, подавление агрегации тромбоцитов, сенсибилизация миокарда к адреналину с развитием аритмий вплоть до фибрилляции желудочков сердца.

Клинически неэлектролитное действие спиртов проявляется наркотическим эффектом, снижением сократительной способности миокарда, синдромом малого сердечного выброса, снижением объема циркулирующей крови, нарушением внутриклеточного обмена, расстройствами дыхательной и иммунной систем.

Злоупотребляющие алкоголем склонны к кровотечениям, развитию тяжелых долевых и тотальных пневмоний (аспирационных, клебсиеллезных, анаэробных в ассоциации со многими возбудителями). Особо разрушительное действие оказывает злоупотребление алкоголем на печень, поджелудочную железу, нервную систему, репродуктивное здоровье. Даже при чрезмерном употреблении пива может наступить жировое перерождение печени и семенных канатиков, фиброз и атрофия яичек, снижение жизнеспособности сперматозоидов, ослабление либидо и вторичная фригидность женщин. Специфической особенностью детей, рожденных от родителей, страдающих алкоголизмом, являются недоношенность, микро-и гидроцефалия, врожденные пороки сердца и почек, задержка физического и психического развития, формирование генетически предрасположенной склонности к алкоголизму.

Алкоголь относится к одному из управляемых факторов риска неинфекционных заболеваний, которые, по данным ВОЗ, обусловливают в Европейском регионе преждевременную смерть 86 % лиц в возрасте до 70 лет. В структуре факторов риска общего бремени болезней в Европе, рассчитанного по преждевременной смертности с помощью индекса DALY (стандартизованные по нетрудоспособности и инвалидности человеко-годы), неумеренное потребление алкоголя составляет 10,1 %.

По данным Ю.Е. Разводовского, смертность от отравления алкоголем коррелирует с увеличением продажи алкоголя на душу населения. Автор в результате анализа парных корреляций Спирмета обнаружил выраженную взаимосвязь между уровнем потребления крепких алкогольных напитков и уровнем общей смертности от внешних причин, острых алкогольных отравлений, болезней системы кровообращения, цирроза печени, убийств и самоубийств.

По нашим и литературным данным, этанол и этанолсодержащие напитки являются основным, провоцирующим, фоновым или сопутствующим фактором смерти от внешних причин (травмы, ожоги, отравления, утопления, странгуляционная асфиксия), которые занимают третью позицию в нозологической структуре причин общей смертности в Республике Беларусь после сердечно-сосудистой патологии и новообразований и первую позицию в структуре причин смертности лиц трудоспособного возраста. По данным статистики, большинство бытовых убийств и хулиганских действий, 20 % аварий на транспорте совершается в состоянии алкогольного опьянения, пожары с трагическим исходом – результат курения в постели в состоянии алкогольного опьянения; у трупов при утоплении, повешении, переохлаждении обнаруживают алкоголь в крови. Ежегодно от острого отравления алкоголем в последние 3 года погибает около 2400-2500 человек, не обращаясь за медицинской помощью. Справедливости ради необходимо отметить, что этот показатель снизился в 2010-2012г.г. более, чем на 35 %, по сравнению с 2005г., в котором был зарегистрирован в Беларуси пик смертности от острого отравления алкоголем за 30 лет.

Алкогольная болезнь, кардиомиопатия с угрожающими нарушениями ритма сердца и сердечной недостаточностью; гепатит, цирроз и рак печени, панкреатит и панкреонекроз, гастродуоденальные язвы; рак ротовой полости, пищевода и гортани; патология почек; деградация личности на фоне атрофии мозга с кистозным его поражением; полинейропатии; импотенция, бесплодие, повреждение плода; кахексия и ожирение – вот далеко неполный список заболеваний, развитие которых тесно коррелирует со злоупотреблением алкоголя.

Этанолсодержащие напитки зачастую являются тригерром кардиальных, цереброваскулярных и абдоминальных событий.

Злоупотребление алкоголем приводит к развитию психологических проблем личности: бессоннице, депрессии, эмоциональному огрубению, провалам в памяти, деформации личности, ослаблению чувства долга и родственных чувств, некритичному отношению к своей болезни, слабоумию, суицидной настроенности. Пьянство обусловливает целый ряд социальных проблем: семейные конфликты, разводы и отсутствие ухода за детьми, прогулы на работе и

безработицу, финансовые сложности, долги, мошенничество, воровство, убийство, бродяжничество.

Итак, пагубному воздействию неумеренного потребления алкоголя оказываются подверженными практически все основные сферы жизнедеятельности человека: здоровье, семейные отношения, воспитание детей, трудовая деятельность, досуг, культура, образование и человеческие взаимоотношения.

ТИПЫ ПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ И РИСКИ АЛКОГОЛЬНЫХ ПРОБЛЕМ

В настоящее время считается, что до формирования у взрослого человека алкогольной зависимости количество потребляемого им этанола (алкоголя) прямо пропорционально вероятности развития алкогольных проблем. Для объективизации количества потребляемого алкоголя эксперты Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) предложили использовать одну стандартную единицу, которая соответствует в среднем 10 граммам очищенного этилового спирта.

Для расчета объемов алкогольсодержащих напитков (АГН) в одной стандартной единице (10 г этанола) используют формулу:

$$\text{Этанол (г)} = \frac{\text{(объем АГН мл * крепость \% * 0,79 г)}}{100\ \%}, \text{ откуда}$$

$$\text{Объем АГН в мл} = \frac{\text{этанол г * 100}}{\text{крепость * 0,79г}}$$

0,79 г чистого этанола содержится в 1 мл этанола.

Удельный вес этанола – 0,789.

Так, одной стандартной единице соответствует 32 мл 40 % водки, 75 мл 17 % вина, 100 мл 12 % вина, 140 мл 9 % вина, 250 мл 5 % пива.

В соответствии с влиянием количества потребляемых этанолсодержащих напитков на здоровье человека эксперты ВОЗ в 1987г. разработали на основании мультицентрового исследования «Выявление и ведение алкогольных проблем в общемедицинской практике», проведенном на мужчинах среднего телосложения и хорошего здоровья, уровни риска употребления алкоголя для здоровья и типы потребления алкоголя: безопасное, опасное (рискованное), вредное (злоупотребление), алкогольная зависимость.

Опасное и вредное потребление алкоголя, алкогольная зависимость составляют 3 типа проблемного потребления алкоголя.

Безопасное потребление алкоголя – тип потребления алкоголя с минимальным риском возникновения проблем со здоровьем. При этом типе допускается потребление не более 2 стандартных единиц этанолсодержащих напитков в сутки в течение не более 5 дней в неделю. **Важнейшим принципом является соблюдение полного отказа от алкоголя в течение не менее 2 дней в неделю (т.е. обязательны 2 трезвых дня в неделю).** При более редком потреблении алкоголя стандартные дозы не суммируются при расчете допустимого потребления алкоголя. *Рекомендуется полностью отказаться от потребления алко-*

голя беременным и кормящим женщинам, детям и подросткам до 18 лет, водителям транспорта и работающим с техникой; больным, принимающим психотропные и сердечные лекарственные средства, метранидазол и парацетамол, страдающим заболеванием печени, артериальной гипертензией, депрессией.

Опасное (рискованное, чрезмерное, избыточное) потребление алкоголя - установившийся тип потребления этанолсодержащих напитков, который еще не привел к физическому или психическому заболеванию, но несет при продолжении такого уровня и интенсивности потребления высокий риск будущего ущерба здоровью, физическому или психическому. Уже на стадии рискованного поведения могут наблюдаться неблагоприятные последствия для соматического, психического и социального здоровья (увеличивается вероятность травм, возможны проблемы с правоохранительными органами, лишение прав на вождение транспортных средств, семейные конфликты).

Вредное потребление (злоупотребление) алкоголя - тип потребления, который уже наносит ущерб здоровью, физическому или психическому.

Алкогольная зависимость (болезнь) - комплекс симптомов нарушения мышления, поведения и физических функций организма с явлениями физической и психической зависимости, при котором алкоголь занимает центральное место в жизни пациента.

Критерии алкогольной зависимости:

- непреодолимая потребность («тяга») в приеме алкоголя;
- постепенное увеличение дозы для достижения алкогольного опьянения;
- неспособность контролировать прием алкоголя (запои);
- состояние отмены (абстинентный синдром) и желание опохмелиться;
- игнорирование других интересов;
- невозможность отказаться от приема алкоголя при явном его вреде для здоровья.

Алкогольная зависимость диагностируется при наличии 3-х и более выше перечисленных признаков на протяжении 1 месяца в течение 1года.

Риски алкогольных проблем для здоровья человека определяются дозой принимаемых этанолсодержащих напитков, наследственной предрасположенностью, личностными качествами, поведением, окружением в связи с тем, что все люди обладают уникальными физиологическими и психологическими свойствами и различаются особенностями социальной ситуации. Риск алкогольных проблем возрастает у индивидуумов с семейной отягощенностью по алкогольной зависимости, так как у них нетипично протекает метаболизм этанола и/или ацетальдегида, более быстро развивается толерантность к алкоголю и физическая зависимость, изменены реакции на поступление алкоголя в организм (например, альфа-активность на ЭЭГ и др.). Значимо повышают риск алкогольных проблем частые стрессы, отрицательное эмоциональное состояние, депрессия, агрессивность или застенчивость; неблагополучные социальное окружение и взаимоотношения в семье, на работе, учебе; травмирующие факторы

(разводы, смерть близких, потеря работы, выход на пенсию, физическое и сексуальное насилие), нищета; род занятий с высоким уровнем стресса или высокой доступностью алкоголя. Если человек не владеет навыками релаксации и решения проблем, силой воли, коммуникативными навыками и способностью формировать нормальные межличностные взаимоотношения, то риск злоупотребления алкоголем может быть достаточно высоким. Индивидуумы находятся не в вакууме, а проживают в определенной среде (стране, городе, среди соседей). При этом индивидуумы испытывают влияние со стороны своего окружения и сами оказывают влияние на него. Средовое окружение может значительно различаться по принятому в этой среде характеру употребления алкоголя. Индивидуальный риск развития алкогольных проблем варьирует в зависимости и от этих жизненных обстоятельств. *Однако, все эти факторы не гарантируют развитие алкогольных проблем, а лишь указывают на имеющийся повышенный риск.*

По данным ВОЗ, различают 3 уровня риска алкогольных проблем для здоровья человека: **низкий, средний и высокий.** Следует отметить, что уровни потребления алкоголя, характеризующие возникновение определенного риска алкогольных проблем, для здоровья женщин ниже, чем для здоровья мужчин. Это обусловлено более низким содержанием воды в организме женщин и гормональными различиями.

Низкий риск алкогольных проблем для здоровья мужчин составляет прием этанолсодержащих напитков до 20 стандартных единиц/нед. (3-4 стандартные единицы/сут.), а для здоровья женщин – до 14 стандартных единиц/нед. (всего 1-2 стандартные единицы/сут.).

Средний риск алкогольных проблем для здоровья наблюдается при приеме этанолсодержащих напитков мужчинами до 35 стандартных единиц/нед. (до 5 стандартных единиц/сут.), а женщинами – до 21 стандартной единицы/нед. (до 3 стандартных единиц/сут.).

Высокий риск алкогольных проблем для здоровья отмечается при приеме этанолсодержащих напитков мужчинами более 35 стандартных единиц/нед. (более 5 стандартных единиц/сут.), а женщинами - более 21 стандартной единицы/нед. (более 3 единиц/сут.).

Таблица 1

Объем АГН в пересчете на стандартную единицу

Стандартная единица (доза)	Водка мл 40 %	Крепленое вино мл 17 %	Сухое вино мл 12 %	Пиво (бутылка) 5 %
1 или 2	30-60	75-150	100-200	250 (1 бут.)
3 или 4	90-120	225-300	300-400	1,5-2 (бут.)
5 или 6	150-180	375-450	500-600	2,5-3 (бут.)
7 или 8	210-240	525-600	700-950	3,5-4 (бут.)
10	300	750	1000	5 (бут.)
12	360	900	1200	6 (бут.)

14	420	1050	1400	7 (бут.)
15	450	1125	1500	7,5 (бут.)
16	480	1200	1600	8 (бут.)
18	540	1350	1800	9 (бут.)
19	570	1425	1900	9,5 (бут.)
20	600	1500	2000	10 (бут.)
21	630	1575	2100	10,5 (бут.)
30	900	2250	3000	15 (бут.)
35	1050	2625	3500	17,5 (бут.)

РАСПОЗНАВАНИЕ РАССТРОЙСТВ, ВЫЗВАННЫХ ПОТРЕБЛЕНИЕМ АЛКОГОЛЯ

Проблемно пьющие люди крайне редко самостоятельно выносят проблему злоупотребления алкоголем на первый план. В основном они обращаются к врачу с различными соматическими жалобами на:
- головную боль;
- плохой сон;
- подъем АД;
- боли в сердце или животе;
- плохой аппетит, тошноту, утреннюю рвоту;
- мелкие травмы и т.д.

Врач выявляет соответствующие соматические признаки, которые обусловлены чрезмерным потреблением алкоголя:
- запах алкоголя изо рта;
- инъецированность склер;
- периорбитальный отек;
- повышение АД, тахикардию, аритмию;
- гипергидроз;
- тремор кистей рук;
- ссадины и др.

Однако, чаще всего врач предпочитает выявление соматических заболеваний, а не истинную причину этих жалоб. Большинство проблемно пьющих пациентов также не желают выявления у них алкогольных проблем, не осознают пагубное влияние алкоголя на организм и поэтому акцентируют внимание врача на соматические жалобы. Возникает ситуация тайного (молчаливого) сговора между врачом и пациентом, которую на всех этапах оказания медицинской помощи надо искоренять.

Кроме того, диагностика возникающих проблем на ранних стадиях употребления алкоголя является не столь легкой, так как даже у пациентов с алкогольной зависимостью основные признаки систематического употребления алкоголя, неопрятный внешний вид, нарушенные социальные и семейные связи очевидны лишь в небольшом проценте случаев. Большинство же пациентов с проблемным типом потребления алкоголя долгое время хорошо адаптированы в обществе: имеют до самого последнего времени (когда злоупотребление уже становится очевидным) работу (нередко высокооплачиваемую), следят за своим

внешним видом и одеждой, особенно после инцидента чрезмерного употребления алкоголя; сохраняют семейные и социальные связи, которые уже могут быть деформированы. Многие пациенты не видят «недостатков выпивки», чтобы изменить стиль своего поведения. *Поэтому врачу требуется умение задавать рутинные вопросы об употреблении алкоголя всем пациентам. Активное выявление алкогольных проблем необходимо проводить и при профилактических осмотрах школьников, студентов, трудящихся.*

Диагностику расстройств, связанных с употреблением этанолсодержащих напитков (алкоголя) облегчают:

- знания основных факторов, определяющих потенциальный риск проблем, связанных с употреблением алкоголя, т.е. факторов риска (ФР) алкогольных проблем;
- умение формировать группы риска;
- умение заподозрить у пациента проблему злоупотребления алкоголем по косвенным признакам;
- использование инструментов скрининга и лабораторных исследований.

Основные факторы риска злоупотребления/алкогольной зависимости

- высокий уровень потребления алкоголя;
- мужской пол;
- возраст (16-19 лет, 35-40 лет и пенсионный);
- жизнь вне брака (холост, разведен, вдов);
- низкий доход;
- отсутствие работы;
- социальные ФР (стрессы в семье, бедность);
- психические ФР (перепады настроения у молодежи, застенчивость, избегание проблем, отсутствие перспективы и смысла существования, рискованное поведение - азартные игры, секс).

Таблица 2

Группы риска злоупотребления алкоголем

Пол	мужской
Семейное положение	неженатые, разведенные пациенты
Социальное положение	безработные
Профессии	работники сельского хозяйства, строительные специальности, персонал ресторанов, рабочие заводов спиртных напитков, менеджеры, бизнесмены, представители фирм, журналисты, моряки, актеры, военные, врачи
Семья	злоупотребление алкоголем в семье

Таблица 3

Косвенные критерии подозрения проблемно пьющих пациентов

Признаки	Причины
Проблемы пациента	социальные (семейные проблемы, сложности на работе, долги) психические (бессонница, депрессия) проблемы ЖКТ (гастрит, панкреатит, эрозии и язвы, рефлюкс-эзофагит) изменчивый и необъяснимый характер жалоб
Сигналы, которые может заметить врач	запах алкоголя, тремор, повышение АД внешние кожные проявления частые бытовые травмы просьба выписать снотворные лекарственные средства
Другие признаки	злостное курение, указание других лиц на факты злоупотребления алкоголем этим пациентом

Скрининг желательно проводить на фоне исследования физического состояния пациента или сбора анамнеза.

Выделяют следующие этапы скрининга:

- скрининговое интервью;
- оценка факторов риска алкогольных проблем;
- определение групп высокого риска;
-определение психосоциальных проблем (развод, потеря работы, криминальное поведение);
- применение скрининговых опросников (AUDIT или CAGE-тест).

Особенно ответственно надо относиться к скрининговому интервью, в процессе которого надо формулировать вопросы так, чтобы ослабить возможную оборонительную позицию пациента.

Примеры скрининговых вопросов:

1. Вы употребляете алкоголь? Как часто? Что Вы предпочитаете пить?
2. Как много спиртного Вы можете выпить в течение дня?
3. Сколько лет регулярно употребляете спиртное с такой интенсивностью?
4. В каких ситуациях Вы прибегаете к приему спиртного?
5. В какие периоды принимаете алкоголь меньше?
6. В каком возрасте Вы впервые попробовали алкоголь?
7. Испытывали ли Вы когда-нибудь озабоченность по поводу употребления Вами алкоголя?
8. Не принимали ли Вы ранее попытки установить контроль над употреблением алкоголя или отказаться от его употребления?
9. Употребляли ли Вы алкоголь в течение последнего года?
10. Были ли проблемы с алкоголем у Ваших родственников?

Опросник AUDIT *(Alcogol Use Disorder Identification Test)*

Тест по выявлению расстройств, связанных с употреблением алкоголя

разработан в 1987г. в рамках мультицентрового проекта «Выявление и ведение алкогольных проблем в общемедицинской практике» и предложен ВОЗ в качестве скринингового достоверного инструмента начальной оценки алкогольных проблем в ПМП, соответствует критериям МКБ-10 и помогает определить типы потребления алкоголя. Более 25 лет широко применяется в Европе и мире.

Опросник AUDIT прост в применении. На ответы затрачивается не более 5 мин. Тест состоит из 10 вопросов: 3 вопроса касаются количества и частоты применения алкогольсодержащих напитков; 4 вопроса определяют вред, вызванный их применением; 3 вопроса выявляют критерии алкогольной зависимости.

1. Как часто Вы употребляете напитки, содержащие алкоголь?

(0) Никогда. (1) Раз в месяц или реже. (2) От 2 до 4 раз в месяц. (3) 2-3 раза в неделю. (4) 4 или более раз в неделю.

2. Какова Ваша обычная доза этанолсодержащих напитков за выпивку в день (число стандартных единиц алкогольных напитков)?
(0) 1 или 2, (1) 3 или 4, (2) 5 или 6, (3) 7 или 8, (4) 10 и более.

3. Как часто Вы выпиваете 6 или более доз (стандартных единиц) в течение одной выпивки?
(0) Никогда. (1) Реже 1 раза в месяц. (2) 1 раз в месяц. (3) 1 раз в неделю. (4) Почти ежедневно.

4. Как часто за последний год Вы не могли прекратить пить, если уже начали?
(0) Никогда. (1) Реже 1 раза в месяц. (2) 1 раз в месяц. (3) 1 раз в неделю. (4) Почти ежедневно.

5. Как часто за последний год Вы не могли выполнить то, что было необходимо, из-за выпивки?
(0) Никогда. (1) Реже 1 раза в месяц. (2) 1 раз в месяц. (3) 1 раз в неделю. (4) Почти ежедневно.

6. Как часто в прошлом году Вам необходимо было выпить утром (опохмелиться), чтобы начать день после сильной выпивки накануне?
(0) Никогда. (1) Реже 1 раза в месяц. (2) 1 раз в месяц. (3) 1 раз в неделю. (4) Почти ежедневно.

7. Как часто за прошедший год у Вас возникало чувство раскаяния или вины после выпивки?
(0) Никогда. (1) Реже 1 раза в месяц. (2) 1 раз в месяц. (3) 1 раз в неделю. (4) Почти ежедневно.

8. Как часто за последний год из-за выпивки Вы были не в состоянии вспомнить, что было накануне (в предыдущий вечер)?
(0) Никогда. (1) Реже 1 раза в месяц. (2) 1 раз в месяц. (3) 1 раз в неделю. (4) Почти ежедневно.

9. Были ли Вы или кто-то когда-нибудь травмирован в результате Вашей выпивки?
(0) Нет. (2) Да, но не в прошлом году. (4) Да, в течение этого года.

10. Вызывала ли озабоченность (тревогу) Ваша выпивка у родственников, друзей, врача или другого медработника или предлагали ли Вам не пить так много?

(0) Нет. (2) Да, но не в прошлом году. (4) Да, в течение этого года.

Оценка анкетирования

Общий счет *8 и более баллов* – наличие алкогольных проблем

9-15 баллов – опасное потребление алкоголя

16-19 баллов – употребление алкоголя с вредными последствиями

20 и выше баллов - возможна алкогольная зависимость

Высокие показатели по вопросам 7-10 свидетельствует в пользу употребления алкоголя с вредными последствиями, а высокие показатели по вопросам 4-6 – о возможности алкогольной зависимости.

Пациент до использования AUDIT-теста должен быть ознакомлен с объемами употребляемых им этанолсодержащих напитков в пересчете на стандартную единицу (см.табл. 1), что значимо облегчит ему ответы на 2-й и 3-й вопросы теста.

CAGE-тест состоит из 4 вопросов и **назван по заглавным буквам ключевых слов вопросов теста: (Gut down, Annoyed, Guilty, Eye opener).**

1. У Вас когда-нибудь возникало чувство, что Вы должны постараться **Уменьшить** потребление алкоголя или вообще перестать пить? Gut down
2. У Вас когда-нибудь люди вызывали **Раздражение** своими упреками в отношении Вашего употребления алкоголя? **(Annoyed)**
3. Испытывали ли Вы когда-нибудь чувство **Вины** по поводу своего употребления алкоголя? **(Guilty)**
4. Вы когда-нибудь утром **Опохмелялись,** чтобы успокоить свои нервы, или избавиться от плохого самочувствия? **(Eye opener)**

Имеется **русскоязычный адаптированный вариант CAGE-теста (УРВО/БРВП-тест):**

1.Вам никогда не казалось, что следует **Уменьшить** употребление алкоголя или **Бросить** пить?

2. Испытываете ли Вы **Раздражение** из-за вопросов об употреблении алкоголя?

3. Испытываете ли Вы чувство **Вины** из-за того, как Вы пьете?

4. **Опохмеляетесь (Похмеляетесь)** ли Вы по утрам.

Один положительный ответ свидетельствует о риске алкогольных проблем, 2-3 положительных ответа – проблема вероятна;

4 положительных ответа – высока вероятность алкогольной зависимости.

Вопросы CAGE (УРВО/БРВП)-теста полезны не только для скрининга, но и для объяснения связей между употреблением алкоголя и потенциальными негативными последствиями его употребления. Например, за положительным ответом на вопрос о чувстве вины может последовать вопрос: «Что вызывает у Вас чувство вины?». Это может позволить выявить, что употребление алкоголя связано с трудностями на работе или дома.

Определенную пользу для подтверждения вероятного диагноза могут оказать лабораторные исследования:

- определение гамма-глутамилтранспептидазы (ГГТП) - повышена у 75 % проблемно пьющих пациентов и остается повышенной на протяжении 2-5 недель после регулярного приема даже 40-60 г этанола или 100-150 мл водки;
- средний корпускулярный объем эритроцитов (СКОЭ-MCV) длительно (до полугода) остается повышенным после прекращения приема этанолсодержащих напитков.

Вместе с тем, *лабораторные исследования не могут заменить информацию, полученную в результате хорошего клинического интервью. Отрицательные результаты лабораторных исследований не исключают диагноз алкогольной проблемы.*

Подтверждение подозрений

Прямое: признание пациентом факта опасного или вредного типа потребления алкоголя, изменения ГГТП и СКОЭ.

Непрямое подтверждение алкогольных проблем путем скрининга: по опроснику AUDIT или CAGE (УРВО/БРВП)-тесту.

Важным условием при курировании проблемно пьющего пациента является прием врача без присутствия его помощника или медицинской сестры, что надежно обеспечивает доверительное отношение и конфиденциальность беседы.

ПРИНЦИПЫ МОТИВАЦИОННОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ. СТРАТЕГИЯ КРАТКОСРОЧНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ПРОБЛЕМНОМ ПОТРЕБЛЕНИИ АЛКОГОЛЯ

Изменение устоявшегося поведения человека - очень сложный процесс. Он имеет **определенные закономерности и стадии** *(незаинтересованности, обдумывания, подготовки, выполнения, сохранения установившегося нового поведения или срыва)*, описанные в 1986 и 1994г.г. психологами J.O.Prochaska и C.C.DiClemente.

Методика консультирования по поведенческим аспектам жизни конкретного пациента специфична. Простой формой помощи пациентам при проблемном типе потребления алкоголя (злоупотреблении) является **стратегия краткосрочного вмешательства** (MIS-minimal intervention Strategy), широко применяемая в мире более 20 лет.

Краткосрочное вмешательство (КВ) – это ограниченная по времени (5-10 мин.) и ориентированная на пациента стратегия консультирования, которая направлена на изменение поведения и повышение комплаентности (приверженности пациента к выполнению рекомендаций врача).

Результаты многоцентровых исследований, проведенные в соответствии с проектом ВОЗ по использованию стратегии КВ в ПМП у пациентов с опасным и вредным типами потребления алкоголя, свидетельствуют о высокой клинической и экономической их эффективности. Так, было отмечено, что в результате КВ пациенты в течение года уменьшили потребление алкоголя на 25-30 % в неделю, число злоупотребляющих алкоголем снизилось после 5 сеансов КВ

на 59 % у мужчин и 69 % у женщин, уменьшилось число госпитализаций и дней нетрудоспособности.

В Республике Беларусь КВ применяется не столь часто и имеется настоятельная необходимость его широкого внедрения на всех уровнях оказания медицинской помощи населению.

Нами изучено отношение к КВ врачей общей практики (ВОП) Беларуси посредством анкетирования.

Таблица 4

Отношение ВОП к краткосрочному вмешательству

Вопросы	Число положительных ответов	% положительных ответов
Важность и необходимость КВ	46	88,5
Сложность проблемы	52	100
Нехватка времени на КВ	52	100
Отсутствие материального стимулирования	52	100
Недостаток знаний и навыков по выявлению АП и проведению КВ	40	76,9
Отсутствие информационного раздаточного материала для пациента	49	94,2

Все врачи отметили, что тормозит широкое применение КВ сложность изменения поведения проблемно пьющего человека, нехватка времени для КВ на приеме, отсутствие экономической мотивации.

Важность и необходимость использования КВ осознана большинством врачей. Результаты анкетирования свидетельствуют, что 2/3 ВОП не владеют знаниями по выявлению алкогольных проблем (АП) и проведению КВ, большинство из них не располагает информационным ресурсом для пациентов.

Цель КВ – отказ пациента от потребления алкоголя или уменьшение его потребления.

Предпочтительно недирективное консультирование: не навязывать готовое решение, а подвести пациента к осознанию проблемы и предоставить ему право самому сделать выбор.

Диагностика злоупотребления алкоголем и курирование пациентов с проблемным типом потребления алкоголя представляет собой процесс, который нередко по времени занимает несколько консультаций врача.

Выделяют следующие фазы этого процесса:

- возникновение и укрепление подозрений в отношении злоупотребления алкоголем;
- подтверждение подозрений при целенаправленной беседе с пациентом;
- оценка типа потребления алкоголя и уровня риска его для здоровья;
- преодоление фазы отрицания пациентом проблемного потребления алкоголя;

- мотивирование пациента к изменению поведения в отношении потребления алкоголя при наличии у пациента внутренней готовности (аргументов мотивации) к изменению поведения;
- оказание поддержки пациенту (курирование) на этапах изменения поведения (встречи на приеме и телефонные консультации).

Мотивирование с целью изменить поведение может длиться годами и проводится только в состоянии трезвости пациента.

Задачи врача:
- просвещение пациента, нацеленное на предъявленные им соматические жалобы;
- определение взаимосвязи жалоб и типа потребления алкоголя;
- информирование пациента о диапазоне безвредного потребления алкоголя;
- информирование пациента о вероятных рисках для здоровья при продолжении такой интенсивности потребления им этанолсодержащих напитков;
- подведение пациента к осознанию необходимости изменения поведения;
- совет, мотивационное консультирование в виде стратегии КВ;
- курирование пациента на этапах изменения поведения;
- направление к наркологу при показаниях.

В мотивирующих беседах необходимо:
- проанализировать положительные и отрицательные стороны приема алкоголя с точки зрения пациента;
- поддерживать и укреплять мотивацию пациента, используя выдвинутые им самим аргументы, которые побуждают его изменить стиль поведения;
- обсудить с пациентом способы и возможности достижения положительных результатов в его деятельности без приема спиртного;
- выработать конкретное решение в отношении прекращения или уменьшения количества потребления алкоголя в будущем;
- письменно документировать договоренности с пациентом;
- обсудить с пациентом возможные формы и методы терапии злоупотребления
- подключить при необходимости специализированную наркологическую и/или психотерапевтическую помощь.

Принципы консультирования:
- Доверительные, вежливые, сочувствующие, дружеские отношения
- Открытые, целенаправленные, легкие для понимания вопросы
- Умение слушать и слышать пациента
- Понимание его проблемы
- Избегание чрезмерной фиксации на отрицательных последствиях алкоголя для здоровья
- Сохранение у пациента чувства собственного достоинства и самоуважения
- Достижение комплаентности с пациентом
- Вовлечение пациента в лечебный процесс в качестве активного участника
- Формирование у пациента оптимистического ожидания будущего
- Конфиденциальность
- Гарантия личной защищенности пациента

На первом этапе врач оценивает наличие алкогольных проблем и тип потребления алкоголя **в группе риска пациентов 16-74 лет, обратившихся с любыми жалобами,** используя скрининговое интервью, скрининговые и другие инструменты. *Наиболее сложным и важным моментом в консультировании пациентов с проблемным типом потребления алкоголя является конструктивное* ***преодоление отрицания ими вредного или рискованного потребления алкоголя.*** Нередко этот процесс занимает по времени несколько консультаций. Некоторые пациенты не осознают риск алкогольного поведения, т.к. прием алкоголя не сопровождается у них значимыми проблемами, а преимущества употребления алкоголя, по их мнению, превосходят возможные его недостатки. Другие пациенты осознают риск потребления алкоголя для здоровья, но не желают изменяться ***(стадия незаинтересованности)***. Убедить пациента в наличии проблемы может помочь обсуждение с ним результатов обследования и взаимосвязи жалоб и выявленных отклонений в здоровье с употреблением алкоголя. Примерами косвенных признаков злоупотребления алкоголем могут быть:

- увеличение размеров печени, жировой гепатоз
  (при физикальном и ультразвуковом исследовании);
- эрозии пищевода и желудка, гастродуоденальные язвы
  (при фиброэзофагогастродуоденоскопии).

Определенную помощь могут оказать показатели некоторых лабораторных исследований, которые врач ПМП может назначить под различным предлогом, чтобы затем обсудить с пациентом возможные причины изменения этих показателей. Наиболее информативными являются увеличение гамма- глютамилтранспептидазы (ГГТП) в биохимическом анализе крови и среднекорпускулярного объема эритроцитов (СКОЭ-MCV) в общем анализе крови. В этом случае у врача есть ощущение обоснованности беседы о характере потребления алкоголя.

Пример беседы врача с пациентом:

В результатах Вашего анализа крови я вижу увеличение показателей, которые обычно изменяются при чрезмерном потреблении алкоголя, например, после «застолья». Мне нужно задать Вам несколько вопросов о потреблении Вами алкоголя и хотелось бы получить искренние ответы.

Что значит алкоголь в Вашей жизни?

Что хорошего в спиртном в Вашей ситуации?

У пациентов со сходными жалобами, как у Вас, часто проявляется связь между приемом алкоголя и развитием таких симптомов.

Замечали ли Вы когда-нибудь, что появление у Вас жалоб зависит от приема алкоголя?

Как Вы оцениваете потребление Вами алкоголя?

Количество выпиваемого Вами спиртного подвергает Ваше здоровье серьезному риску развития заболеваний и способствует получению травм.

Что побуждает Вас принимать спиртное?

Какие стрессы, трудности Вы испытываете в жизни?

Есть ли у Вас причины, которые приводят к мысли «Бросить пить»?
Что может помешать Вам бросить пить?

Употребление спиртного мешает мне эффективно Вас лечить, т.к. лекарства несовместимы с употреблением спиртного. Если Вы хотите избавиться от жалоб и улучшить состояние своего здоровья, то необходимо изменить отношение к алкоголю.

Готовы ли Вы изменить свои привычки в отношении употребления алкоголя?

Врач информирует пациента о диапазоне безвредного потребления алкоголя и рисках для здоровья при продолжении чрезмерного потребления, выражает обеспокоенность его здоровьем и стилем алкогольного поведения.

Если пациент признает факт злоупотребления алкоголем и изъявляет желание улучшить здоровье путем изменения стиля поведения, то врач продолжает мотивирование, прилагая усилия для продвижения его на стадию обдумывания:

- обсуждает с пациентом положительные и отрицательные стороны потребления алкоголя с позиции пациента;
- объясняет пациенту, что потребление им алкоголя еще не является зависимостью и пациент способен изменить стиль поведения;
- *рекомендует отказаться от употребления алкоголя или снизить дозу до умеренного уровня, без опьянения, с обязательными 1-2 трезвыми днями в неделю во избежание алкогольной зависимости;*
- обещает поддержку на стадиях изменения поведения;
- рекомендует сменить круг общения и отдать предпочтение знакомству с непьющими людьми.

Если же пациент не может назвать причину, побуждающую его к изменению стиля поведения, то надо считать, что он находится на стадии незаинтересованности. Необходимо дать ему информационное письмо «Употребление алкоголя. Обсуждение характера потребления» (Приложение 1).

Стадия обдумывания может длиться годами. Следует порекомендовать пациенту вести дневник, чтобы проанализировать причины, вызывающие такое поведение. Продолжать мотивирующие беседы, делая акцент на положительные стороны отказа от потребления алкоголя с позиции пациента. Необходимо обсудить с ним преимущества снижения дозы, снижения толерантности и риска развития алкогольной зависимости, улучшения физической формы, сохранения здоровья и уменьшения расходов. Все действия врача должны быть направлены на укрепление внутренней мотивации пациента, поддержание у него желания изменить стиль поведения в целях сохранения здоровья.

На стадии подготовки пациент настроен изменить стиль поведения, но не знает, как это сделать практически. Задача врача исследовать препятствия на пути к изменению поведения (например, праздники, стрессы) и дать советы по их преодолению, помочь пациенту составить **план действий с использованием стратегий противодействия.** *Необходимо информировать пациента о возможном развитии абстинентного синдрома (состояния отмены).*

Для достижения желаемого изменения поведения существуют следующие основные подходы:

- *Немедленное снижение уровня потребления алкоголя.*

Вырабатываются конкретные договоренности с пациентом о поводах для потребления им алкоголя, количестве и времени его потребления (не ранее 18 часов и т.д.).

- *Прекращение потребления алкоголя на определенный промежуток времени и переход к снижению уровня его потребления.*
- **Немедленное прекращение приема алкоголя сразу и навсегда с обязательной поддержкой пациента при срыве.**

Снижение интенсивности потребления алкоголя может быть более реалистичной целью, чем полная трезвость для тех индивидуумов, у которых проблемы на фоне потребления алкоголя возникают редко.

Пациент должен сообщить дату отказа от алкоголя врачу, семье, друзьям, которые должны оказать ему поддержку в изменении поведения.

Врач рекомендует пациенту посещать клуб анонимных алкоголиков, вознаграждать себя за хорошее поведение, для противодействия желанию выпивать сходить в баню, спортзал, кино или театр, в лес, позвонить детям, непьющим друзьям, вспомнить о решении и обещании «Не пить».

Следует еще раз обсудить с ним преимущества снижения дозы алкоголя в целях улучшения здоровья; уменьшения финансовых, профессиональных, социальных и юридических проблем. Необходимо обеспечить пациента информационными материалами: «Полное прекращение потребления алкоголя» и «Уменьшения потребления алкоголя» (Приложение 2,3).

На стадии выполнения и сохранения изменений необходимо:

- оказание поддержки и заинтересованности в изменении стиля поведения пациента;
- осуществление встреч и телефонных консультаций;
- проявление сочувствия и теплоты;
- консультативная помощь в контроле окружения;
- обсуждение ситуации на случай возвращения к проблемному поведению и разработка вместе с ним соответствующих стратегий противодействия;
- оказание помощи при развитии абстинентного синдрома (состояния отмены);
- сохранение врачебной тайны.

В случае развития у пациента неосложненного абстинентного синдрома (F 10.3 – по МКБ-10), проявляющегося вегетативными нарушениями, ухудшением настроения, умеренными гипертензией и нарушением сна, наступающего, как правило, через 4-12 часов после прекращения употребления алкоголя, достигающего максимума на второй день воздержания и длящегося 4-5 дней, проводится амбулаторное лечение.

Алгоритм лечения пациентов с синдромом отмены включает:

- обильное, щелочное питье;
- витамин B_1 в дозе 100-300 мг/сутки в/м - трое суток,

затем через рот по 100 мг - 15-17 суток;

- карбамазепин в дозе 1200 мг/сут. - 2 дня, 600 мг/сут. – 2 дня, 400 мг/сут – 2 дня, 200 мг/сут. – 1 день;
- бета-адреноблокаторы, например, метопролол 50-150 мг/сут. внутрь 7 дней под контролем частоты пульса и АД;
- клонидин 75-150 мкг/сут. через 6 часов внутрь - 3-5 суток с постепенным снижением дозы;
- снотворное короткого действия, действующее на некоторые бензодиазепиновые рецепторы, типа зопеклона (соннат по 7,5 мг на ночь -10 дней).

Не показаны фенотиазиновые нейролептики, ноотропы; комбинация барбитуратов и транквилизаторов, β-адреноблокаторов и клонидина. Грубой ошибкой является выполнение форсированного диуреза и назначение мочегонных.

Показания к госпитализации:

- осложненный абстинентный синдром (F 10.4 – по МКБ-10) (судороги и/или делирий, упорная рвота);
- тахикардия (больше 100 ударов в минуту);
- суицидальные тенденции;
- острое соматическое заболевание;
- обострение или декомпенсация хронического заболевания;
- безуспешные попытки амбулаторного лечения;
- травма головы с потерей сознания в анамнезе;
- подростки, одинокие люди и проживающие в общежитии,
- невозможность обеспечения медицинского наблюдения.

Для закрепления изменения типа поведения необходимо предоставить пациенту возможность повторных консультаций для оценки степени выполнения поставленных совместных целей по уменьшению потребления алкоголя или отказа от него.

Для объективизации степени изменения потребления алкоголя пациентом используются лабораторные показатели при их исходном повышении. При полном воздержании от потребления алкоголя в течение 2-х недель возможно двухкратное снижение уровня гамма-глютамилтранспептидазы и нормализация этого показателя при условии воздержания от приема алкоголя в течение 5 недель. Показатель среднего корпускулярного объема эритроцитов уменьшается более медленно (нормализуется в течение 5-6 месяцев после полного прекращения алкоголя).

При наступлении **срыва** необходимо **проверить готовность пациента к изменению, выяснить причинные ситуации срыва, помочь разработать вспомогательные стратегии**, усилить имеющиеся благополучные взаимоотношения, организовать дополнительную поддержку, увеличить количество хороших технических приемов противодействия.

При недостаточной готовности самого пациента к изменению продолжить консультирование с целью укрепления в нем внутреннего уровня мотивации и выработки более сильных техник противодействия и уверенности в себе.

Пациент может быть **направлен для лечения к наркологу** на любом этапе изменения поведения *только в случае наличия у него согласия и внутренней мотивации к изменению стиля поведения.*

Абсолютные показания для направления к наркологу:

- алкогольная зависимость;
- частые срывы и возвращения к исходному типу потребления алкоголя;
- осложненный абстинентный синдром.

Алкогольный делирий - показание для неотложной госпитализации в отделение реанимации БСМП, токсикологического центра, психиатрической или областной (районной) больницы.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

По данным ВОЗ, проблемы, связанные с потреблением алкоголя, перестали быть медицинскими или моральными проблемами отдельных лиц; они затрагивают здоровье, благополучие и безопасность всего населения и влияют на национальное развитие.

Республика Беларусь поддерживает политику ВОЗ и стратегию Европейского плана действий по борьбе с потреблением алкоголя и уменьшением негативных последствий его потребления на общество. Борьба с потреблением алкоголя в Беларуси признана приоритетной. Сформирована государственная антиалкогольная политика, реализуются мероприятия в рамках Национальной программы демографической безопасности страны и Государственной программы национальных действий по предупреждению и преодолению пьянства и алкоголизма. Определенный вклад в решение этой проблемы должны внести медицинские работники, в том числе, семейные врачи и другие специалисты ПМП и стационаров. Задачами медицинских работников являются: раннее распознавание алкогольных проблем и уровня риска потребления алкоголя для здоровья пациентов до развития у них алкогольной зависимости, используя скрининговое интервью, простые и достоверные скрининговые инструменты (AUDIT, CAGE-тест) для определения типа потребления алкоголя; просвещение пациента, совет и проведение мотивационного консультирования в виде краткосрочного вмешательства по изменению образа жизни проблемно пьющих пациентов. *Мотивационное консультирование проводится только в состоянии трезвости пациента и при наличии у него внутренней мотивации (аргумента), побуждающего к изменению поведения.*

В связи со сложностью процесса изменения поведения в случае злоупотребления алкоголем необходимо несколько консультаций, направленных на мотивацию пациента к отказу от употребления алкоголя или снижению его потребления до умеренного количества без состояний опьянения и с двумя трезвыми днями в неделю.

Многоцентровые исследования по использованию КВ у проблемно пьющих пациентов, выполненных в ПМП за рубежом, свидетельствуют о высокой клинической и экономической их эффективности: после 5 сеансов КВ число злоупотребляющих алкоголем уменьшилось на 59 % у мужчин и 69 у женщин,

снизилось потребление алкоголя в течение года в среднем на 30 % в неделю, уменьшилось число госпитализаций и дней нетрудоспособности.

В Республике Беларусь КВ еще не нашло широкого применения, одной из причин чего, по нашим данным анкетирования врачей общей практики, является недостаток знаний и навыков по выявлению алкогольных проблем и проведению КВ.

Данное пособие – доступный способ образования медицинских работников по выявлению проблемно пьющих пациентов. Надеемся, что оно поможет повысить вовлеченность врачей в процесс оказания помощи этой категории пациентов и будет способствовать предотвращению негативных последствий злоупотребления алкоголем, снижению показателей заболеваемости и смертности населения, улучшению демографической ситуации страны.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Айзберг О.Р., Александров А.А. Диагностика и лечение алкогольной зависимости: Учебно-метод.пособие. Минск: 2007, 32 с.
2. Александров А.А. Выявления расстройств, вызванных употреблением алкоголя в общемедицинской практике // Медицина, 2007; 1; 12-15.
3. Александров А.А. Лечение расстройств, вызванных употреблением алкоголя в общемедицинской практике // Медицина, 2007; 2; 10-13.
4. Бонитенко Ю.Ю., Ливанов Г.А., Бонитенко Е.Ю., Калмансон М.Л. Острые отравления алкоголем и его суррогатами (патогенез, клиника, диагностика и лечение): Пособие для врачей. (Серия «Мир медицины»). СПб.: Лань, 2000, 112 с.
5. Бувальда В., ван дер Берг К. Учебное пособие по наркологии для врачей-стажеров. Пер.с англ. / Под ред. В.Бейсмона, Р.А.Евсегнеева и др. Мн.: Интертракт, 1997, 124 с.
6. Бувальда В., ван дер Берг К. Учебное пособие для студентов медицинских институтов по наркологии /Пер.с англ. /Под ред.В.В.Позняка – Минск.: Интертракт, 1997, 100 с.
7. Воронко Е.А. Острые отравления алкоголем и его суррогатами // Медицина, 2005; 1; 17-20.
8. Воронко Е.А. Профилактика отравлений алкоголем и его суррогатами / Актуальные вопросы общеврачебной практики: материалы республ.научн.-практ.конф., Минск, ноябрь 2009г. Минск.: БелМАПО, 2010, 69-73.
9. Воронко Е.А., Мрочек Л.Н., Силивончик Н.Н., Богуш Л.С. Мотивационное консультирование пациентов риска по потреблению алкоголя / Актуальные вопросы общеврачебной практики: материалы республ.научн.-практ.конф., Минск, ноябрь 2009г. Минск.: БелМАПО, 2010, 44-58.
10. Клинические рекомендации для практикующих врачей, основанные на доказательной медицине: Пер.с англ. / Под ред.Ю.Л.Шевченко, И.Н.Денисова, В.И.Кулакова., Р.М.Хаитова. – 2-е изд. испр. М.: ГЭОТАР-мед, 2003,1206-1212.
11. Курс на здравоохранение. Европейская стратегия профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями. ВОЗ, 2006: Копенгаген, 2006, 60 с.
12. Лужников Е.А., Костомарова Л.Г. Острые отравления. – 2-е изд. перераб.и доп. М.: Медицина, 2000, 434 с.
13. П.Майсон, П.Хант Навыки и изменению: Учебное пособие для медработников / перевод на рус.яз.: ВОЗ, 1999, 146 с.
14. Маркова И.В., Афанасьев В.В., Цыбулькин Э.К. Клиническая токсикология детей и подростков. СПб.: Интермедика. 1998. Ч.II., 63-105.
15. Методические рекомендации по пропаганде здорового образа жизни, противодействию распространения наркомании, алкоголизма и табакокурения в молодежной среде, по организации волонтерских отрядов профилактической направленности: информационно-методический

сборник / составители Ермолаева И.В., Хурчак О.В., Киселев Ю.Г., Каленченко А.Г., Белоглазов А.И. Волгоград, 2010, 47 с.
16. Национальная программа демографической безопасности Республики Беларусь на 2007-2010 годы. Минск, 2007, 98 с.
17. Нельсон-Джоунс Р. Теория и практика консультирования. СПб: Изд-во «Питер», 2000, 464 с.
18. Острые отравления этанолом и его суррогатами / Под ред. Ю.Ю.Бонитенко. СПб: Элби.- СПб, 2005, 224 с.
19. Ю.Е.Разводовский Алкоголь и смертность Беларуси. Гродно.2003; 76 с.
20. Ю.Е.Разводовский Алкогольные проблемы в Беларуси // Медицина, 2005; 3; 23-26.
21. Ю.Е.Разводовский Алкоголь и сердечно-сосудистая смертность в Беларуси // Медицина, 2006; 3 (54); 67-70.
22. Ю.Е.Разводовский Потребление алкоголя и смертность в Беларуси: сравнительный анализ трендов // Медицина, 2007; 4 (59); 27-30.
23. Рано умирать. Проблемы высокого уровня заболеваемости и преждевременной смертности от неинфекционных заболеваний и травм в Российской Федерации и пути их решения: Международный банк реконструкции и развития. Всемирный Банк, 2006, 146 с.
24. Русович В.З. Раннее распознавание проблем, связанных со злоупотреблением алкоголя / Практическое руководство по общей врачебной/семейной медицинской практике: под ред.Мрочека А.Г., Воронко Е.А. Минск: БелМАПО, 2003, 419-423.
25. Силивончик Н.Н. Цирроз печени. – 2-е изд.испр.и доп. Минск: УП «Технопринт», 2001, 224 с.
26. Стратегия и лечение алкогольных проблем / Под ред. Герлингса Й, ван ден Бринка В., Схипперса Г.М. Киев: Сфера, 1999, 126 с.
27. Хаерпфер Х., Ротман Д., Туманов С. Образ жизни и здоровье населения новых независимых государств. Минск, 2003, 308 с.
28. Anderson P. Effectiveness of general practice interventions for patients with harmful alcohol consumption. British J. of General Practice, 1993; September; 386-389.
29. Anderson P. Алкоголь и первичная медико-санитарная помощь. Копенгаген. Европейская серия, 64, 1999, 46 с.
30. Babor T.F., Higgins-Biddle J. C. Brief intervention for hazardous and harm ful drinking. A manual for Use in Primary care. World Health Organization, 2001, 1-52.
31. Babor T.F., Higgins-Biddle J. C. AUDIT. The Alcohol Use Disorders indentification Test Guidelines for Use in Primary Care. Second Edition. Geneva. World Health Organization, 2001, 1-40.
32. Begun A, Rose S. Lebel T. Intervening with women in jail around alcohol and substance abuse during preparation for community reentry / Alcoholism Treatment Quarterly, 2011, 29 (4): 453-478.

33. Clarcke J.G., Anderson B.J., Stcine M.D. drinking women leaving jail: time to first drink // J. of Correctional Health care, 2011, 17 (1): 61-68.
34. D' Amico E.J., Osilla K.C., Hunter S.B., Developing a group motivational interviewing intervention for first-time adolescents offenders at-risk for an alcohol or drug.
35. Paul Dallace, Rolf Bober Lander Развитие патологического процесса и лечения заболеваний печени, вызванных алкоголем // Family Practice. The Ukrainian Special Edition of Jornal Excerpts. 2007; 1; 1; 45-46.
36. Gordon H. Detection of alcoholic liver disease // World J.Gastroenterol. 2001; 7; 297-302.
37. L Graham, T.Parkes, A.McAuley, L.Doi Alcohol problems in the criminal justice system:an opportunity for intervention World Health Organization, 2012, 28.
38. Guidelines for the Management of Alcohol Problems in Primary Care and General Psychiatry. UK Alcohol Forum (1997). London: Tangent Medical Euducation.
39. Haber P.Pathogencsis and management of alcoholic hepatitis // J.Gastoenterol Hepatol, 2003; 18; 1332-1344.
40. Leon D, Mc Cambridge J. Liver cirrhosis mortality rates in Britian from 1950 to 2002: an analysis of routine date // Lancet, 2006, 367 (7): 52-57.
41. Maher J.J. Treatment of alcoholig hepatitis // J.Gastoenterol Hepatol, 2002; 17; 48-55.
42. Prochaska J.O., Diclemente C.C. The transtheoretical approach: crossing traditional bourdaries of therapy. Homewood, Dow Jones-Irwin, 1984.
43. Prochaska J.O., Norcross J.C., Diclemente C.C. Changing for good. The revolutionary program that explains the six stages of change and teaches you how to free yourself from bad habits – New York: William Morrow and company, 1994.

Приложение 1. **Употребление алкоголя. Обсуждение характера потребления.**
Информационное письмо для пациентов.
В этом письме еще раз излагаются важные моменты, которые Вы обсуждали с Вашим семейным врачом во время приема. Вы можете прочесть текст этого письма дома в спокойной обстановке.

Социальное употребление.

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

Алкоголь как «средство помощи»

Иногда люди употребляют алкоголь с целью расслабиться, лучше поспать, избавиться от определенных проблем в семье, на работе или учебе. Другие принимают алкоголь, когда чувствуют себя неуверенно, подавленными, одинокими или в страхе, боли и горевании.

Привычка.

Из-за того, что употребление алкоголя приносит приятные ощущения, мсжет появиться склонность выпивать чаще или в больших количествах. Некоторые люди привыкают пить в определенные моменты: при возвращении с работы, во время еды, во время просмотра телевизора, при чтении газеты или каждый раз перед сном. Таким образом, прием алкоголя может войти в привычку. Вы привыкаете к этому и не хотите обходиться без алкоголя. Одна- две стандартные единицы алкоголя (смотри ниже) обычно не приносят вреда. Однако, если Вам неспокойно, когда вы несколько дней не принимали алкоголь, то это тревожный сигнал.

Привыкание и зависимость.

Если Вы принимаете алкоголь регулярно, то Ваш организм привыкает к этому. Если Вы перестаете пить в течение нескольких дней, то Ваш организм начинает «протестовать»: Вы себя плохо чувствуете, Вы неспокойны или раздражены. У Вас может появиться головная боль, бессонница, страх, потливость, ознобы или сердцебиение. Мы называем это синдромом отмены или абстинентным синдромом. Если Вам постоянно необходимо выпивать, чтобы лучше себя чувствовать или преодолевать определенные ситуации, то в этом случае велика вероятность того, что у Вас развилась зависимость от употребления алкоголя. Выпивка начинает управлять Вашей жизнью. В этом случае у Вас уже не получиться самостоятельно уменьшить количество принимаемого алкоголя или полностью прекратить его прием.

Недостатки.

Употребление алкоголя приносит много плохих последствий как непосредственно после его приема, так и в отдаленной перспективе. Под воздействием алкоголя Вы менее внимательны, хуже оцениваете ситуацию, снижаются Ваша реакция и координация, уменьшается контроль за своим поведением. Все это может иметь очень серьезные последствия в дорожном движении, на работе

(неправильные решения, финансовые проблемы) или в Вашей социальной жизни (ссоры, агрессия и насилие). Таким образом, алкоголь приносит проблемы, как Вам, так и окружающим Вас людям.

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

Уменьшить употребление?

Если Вы распознаете признаки неблагоприятных последствий употребления алкоголя или Вы выпиваете больше рекомендуемого безвредного уровня, то в этом случае Вам необходимо подумать о снижении употребления алкоголя или о временном или полном отказе от него. Даже если Вы не находите у себя проблем, связанных с приемом алкоголя, будет разумно подумать о характере Вашего потребления алкоголя. Может быть у Вас уже мелькала когда-то мысль, что вам необходимо уменьшить потребление спиртного, однако Вы не знали, как это практически осуществить? Тогда начните с записи количества выпитых единиц алкоголя в день, делая пометку в блокноте в виде черточек. Через одну-две недели подсчитайте общее количество потребленного алкоголя в единицах.

Сколько алкоголя - много?

В одном стандартном бокале пива (250 мл), сухого вина (100 мл) или маленькой рюмке крепких спиртных напитков (30-32 мл) содержится приблизительно одинаковое количество алкоголя (10 грамм чистого этанола), называемого стандартной единицей. Рекомендуется употреблять не более 1-2 стандартных единиц в день. Для предупреждения развития привыкания не рекомендуется употреблять алкоголь каждый день даже в пределах 1-2 единиц. Обязательно должно быть не менее 2 трезвых дней в неделю.

Когда обратиться на прием?

Обращайтесь на прием, если Вы хотите снова обсудить с врачом Ваш характер потребления алкоголя. Если Вы решили уменьшить потребление алкоголя, Вы можете обратиться за поддержкой к своему семейному врачу. С профессиональной поддержкой и советами шансы на успех велики. По возможности возьмите с собой Ваши записи о количестве выпитого алкоголя за последние 1-2 недели.

Есть ли у Вас еще вопросы?

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

Приложение 2. **Полное прекращение потребление алкоголя**
Информационное письмо для пациентов

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

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

Подготовка.

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

Подготовьте план

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

- Выберите удобную для Вас дату для отказа от алкоголя, чтобы она не совпадала с праздниками и другими торжественными церемониями, расскажите об этом своим близким и друзьям. Применяйте в этот и последующие дни максимум техник релаксаций, увеличьте двигательную активность, культурные развлечения и др.; употребляйте больше щелочной минеральной воды и витамизированную пищу. Отвлечения и снятие напряжения, увеличение двигательной активности и спорт помогают преодолеть период воздержания от алкоголя и уменьшить проявления абстинентного синдрома. Важно, чтобы Ваши близкие и друзья были в курсе возможных изменений Вашего настроения и симптомов отмены. Понимание и поддержка близких и друзей помогут Вам достигнуть результата.

Медикаменты

Если Вы не можете самостоятельно справиться с симптомами отмены, например, у Вас появился сильный страх или бессонница, обратитесь на прием к врачу. Для уменьшения проявлений абстинентного синдрома Вам может потребоваться прием успокоительных средств на короткий период. Так как все успокоительные лекарственные средства вызывают привыкание, то через несколько дней нужно будет прекратить их прием.

Что дальше?

Вы можете обратиться за поддержкой к своему семейному врачу, чтобы обсудить и подготовить план дальнейших действий. После того, как Вы прекратите потребление алкоголя, потребуется ещё несколько консультаций для дополнительной поддержки и сопровождения. При возможности возьмите с собой на прием Ваши прежние записи и план, который Вы сами подготовили. Профессиональная врачебная этика гарантирует полную конфиденциальность причины Вашего обращения. С профессиональной поддержкой и советами шансы на успех велики.

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

Есть ли у Вас еще вопросы?

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

Приложение 3. **Уменьшение потребления алкоголя**
Информационное письмо для пациентов

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

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

Подготовка

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

Подготовьте план

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

- Выберите удобную для уменьшения потребления начальную дату, по возможности в спокойные моменты и без праздников; расскажите своим близким, с какого дня Вы планируете прекратить прием спиртного.
- Определите для себя количество спиртных напитков, которое Вы можете позволить себе выпить за неделю. Например, не более 14 стандартных единиц алкоголя за неделю. В одном стандартном бокале пива (250 мл), сухого вина (100 мл) или маленькой рюмке крепких спиртных напитков (30-32 мл) содержится приблизительно одинаковое количество этанола (10 грамм чистого этанола), называемого стандартной единицей.
- Определите для себя максимальное количество алкоголя, которое Вы можете позволить себе выпить за день, например, не более 2 стандартных единиц.
- Придумайте для себя заранее интересное вознаграждение, если Вы в течение недели не употребляли алкоголь (купить журнал, мелкий подарок для себя). Запишите это в своем плане.
- Договоритесь заранее, как Ваши близкие могут Вас лучше поддержать, что им делать в сложные моменты этого периода: оставить Вас одного или, наоборот, отвлекать Вас?
- Поговорите, как должны реагировать Ваши близкие, если Вы отошли от своего плана? Должны они напоминать о Ваших обязательствах или никак не реагировать, оставить Вас в покое?
  - Если Вы один раз не удержались, проанализируйте эту ситуацию.

  Продумайте на будущее, как Вы сможете справиться с этим в следующий раз. Запишите также это в Ваш план.

Советы, чтобы **бросить.**

Упростите для себя ситуацию: у Вас в доме не должно быть алкоголя. Позаботьтесь о том, чтобы у Вас было в достаточном количестве любимых безалкогольных напитков; например, фруктовый сок или необычный чай. Пробуйте переломить Вашу старую привычку потребления алкоголя. Если Вы привыкли в определенное время выпивать спиртное или идти в бар, тогда заранее спланируйте сходить в это время в спортивный зал, кино, театр, парк, лес. Если Вы в течение нескольких первых дней уменьшили потребление алкоголя, тогда у Вас может появиться желание «наверстать упущенное» во время праздника или в выходные. Поэтому рекомендуется заранее наметить максимальное количество алкоголя, которое Вы можете разрешить себе выпить. Откладывайте максимально время, когда Вы перейдете на употребление алкогольных напитков. Договоритесь с Вашими близкими или друзьями, чтобы они напомнили Вам, когда снова можно перейти на безалкогольные напитки.

Учебное издание

Воронко Елена Андреевна
Силивончик Наталья Николаевна
Русович Валентин Зигмундович

МОТИВАЦИОННОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ПРОБЛЕМНЫМ ТИПОМ ПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ. СТРАТЕГИЯ КРАТКОСРОЧНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Учебно-методическое пособие

Ответственная за выпуск Е.А. Воронко

Подписано в печать 12. 12. 2012. Формат 60x84/16. Бумага потребительская.
Печать ризография. Гарнитура «Times New Roman».
Печ. л. 2,25. Уч.- изд. л. 1,67. Тираж 150 экз. Заказ 153.
Издатель и полиграфическое исполнение –
Белорусская медицинская академия последипломного образования.
ЛВ № 23 от 27.01.2004. 220013, г. Минск, ул. П. Бровки, 3.