

Злоупотребление алкоголем у больных, экстренно госпитализированных в больницу скорой помощи

А.Ю. Егоров^{1,5}, Е.М. Крупицкий^{1,3}, А.Г. Софронов^{1,2}, А.Е. Бобров⁴, Е.Ю. Тявокина², А.Е. Добровольская^{1,2}

¹ Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург.

² Научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе, Санкт-Петербург.

³ С.-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева

⁴ Московский научно-исследовательский институт психиатрии.

⁵ Институт эволюционной физиологии и биохимии им. И.М. Сеченова Российской академии наук, Санкт-Петербург

Резюме. Пагубное употребление алкоголя и алкоголизм являются причиной большого количества соматических заболеваний, их более тяжелого течения, а также преждевременной смертности больных. Целью настоящей работы было определить распространенность и выраженность употребления алкоголя и зависимости от него среди больных с соматической патологией, госпитализированных в ургентный многопрофильный стационар. В течение 5 дней обследовали всех больных приемного отделения с помощью клинических (специально разработанная карта обследования пациента, тест на выявление алкоголизма AUDIT) и психометрических (госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS) инструментов. Кроме того, всем больным проводили биохимический анализ крови на АСТ, АЛТ, ГГТ и этанол. Через 1,5 месяца проводился анализ исходов пребывания пациентов в стационаре. Проведенное исследование выявило высокий процент больных с наркологической патологией (24,4%) среди ургентных пациентов многопрофильного соматического стационара. При этом абсолютное большинство из них (82,7%) имеют диагнозы «пагубное употребление» или «синдром зависимости» (F10.1 и F10.2). Примерно такое же количество больных поступает в стационар в разной степени алкогольного опьянения. Среди больных, поступающих в соматический стационар, «скрытый» контингент людей, имеющих алкогольные диагнозы, намного превышает «учтенный» (т.е. состоящих на наркологическом учете), причем большая часть этого скрытого контингента не обращается за наркологической помощью. Алкоголь является существенным фактором риска как непосредственно ургентной госпитализации, так и более тяжелого состояния больных, а также исхода заболевания. Пагубное употребление и алкоголизм чаще (более, чем в 20% случаев) отмечались у пациентов, госпитализированных с отравлением (интоксикацией), больных с ЧМТ, ожогами, заболеваниями центральной и периферической нервной системы и диабетом. Очевидна необходимость разработки программы оказания квалифицированной наркологической помощи для больных соматического стационара, страдающих алкогольной зависимостью.

Ключевые слова: экстренный больной, неотложная медицинская помощь, алкогольная зависимость, тяжёлое пьянство, исход заболевания.

Alcohol consumption in the patients of somatic hospital

A.Y. Egorov^{1,5}, E.M. Krupitsky^{1,3}, A.G. Sofronov^{1,2}, A.E. Bobrov⁴, E.Y. Tyavokina², A.E. Dobrovolskaya^{1,2}

¹ I.I. Mechnikov North-West Medical University, St. Petersburg.

² I.I. Dzhanelidze Research Institute of Emergenc Care, St. Petersburg.

³ V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute, St. Petersburg.

⁴ Moscow Research Institute of Psychiatry.

⁵ I.M. Sechenov Institute of Evolutionary Physiology and Biochemistry, Russian Academy of Sciences, St. Petersburg

Summary. A harmful use of alcohol and an alcohol dependence cause a large number of somatic diseases with more severe course and a premature death of patients. The purpose of this study was to determine the prevalence and severity of alcohol use and alcohol dependence among patients with any somatic diseases hospitalized in emergency somatic hospital. Within 5 days, all patients of the emergency unit were assessed by clinical (a specially designed patient examination form and Alcohol Use Disorders Identification Test—AUDIT) and psychometric (Hospital Anxiety and Depression Scale—HADS) tools. In addition, all patients were screened for biochemical blood analysis for AST, ALT, GGT, and ethanol. Hospital outcomes were analyzed after 1,5 months. The study revealed a high percentage of patients with substance abuse disorders (24.4%) among urgent patients of somatic hospital. The vast majority of them (82.7%) had a diagnosis of “alcohol harmful use” or “dependency syndrome” (F10.1 and F10.2). The same number of patients admitted to hospital in varying degrees of intoxication. Most of the patients with alcohol-related diagnoses was not involved in the addiction records and had not sought drug treatment. Drinking alcohol increases the risk of urgent hospitalization, worsen the condition of patients and have a negative effect on outcome. Harmful use and alcoholism are more likely (more than 20% of cases) have been reported in patients hospitalized with poisoning (intoxication), patients with head injury, burns, diseases of the central and peripheral nervous system and diabetes. Development of a program providing qualified addictologic assistance for urgent patients with alcohol dependence is obviously needed.

Key words: Urgent patient, emergency care, alcohol dependence, heavy drinking, the outcome of the disease.

Введение

Известно, что злоупотребление алкоголем является причиной большого количества соматических заболеваний, их более тяжелого течения, а также преждевременной смертности [6, 12, 18, 20, 22], в том числе и у пациентов молодого возраста [16]. В соответствии с оценкой А.В. Немцова [3] ежегодная смертность населения России, связанная с употреблением алкоголя, достигает 700 тыс. человек, а доля ассоциированных с алкоголем смертей составляет 29 % у мужчин и 17 % у женщин, что многократно превышает как абсолютные, так и относительные аналогичные показатели в США и Евросоюзе.

Вместе с тем данные о распространенности алкоголизма и пагубного потребления алкоголя среди соматических больных носят нередко противоречивый характер и недостаточно систематизированы. Считается, что в общемедицинской практике 20–40 % больных имеют расстройства, связанные с употреблением алкоголя [8, 14], а не менее чем у 20 % больных, обратившихся к врачу общей практики можно подозревать наличие алкоголизма [21]. Имеются данные о том, что от 5 до 10 % urgentных поступлений пациентов в шведские соматические больницы связано с алкогольными эксцессами. Сходные показатели регистрируются в других европейских странах [9]. Вместе с тем, злоупотребления алкоголем и алкоголизм среди пациентов первичного звена здравоохранения США составляют 20–36 % [10], а в травматологических и ожоговых отделениях достигает 40–50 % [15]. У больных, поступивших в отделение токсикологии, алкогольное поражение печени было диагностировано в 43,8 % [13]. Отечественные эпидемиологические исследования по этому вопросу также свидетельствуют о значительной распространенности алкогольной патологии (порядка ¼) среди соматических больных [1]. В одной из отечественных работ [5] сообщается, что заболевания, ассоциированные со злоупотреблением алкоголя, имели место у 7–20 % больных стационара скорой медицинской помощи. Хроническая алкогольная интоксикация являлась фоновым заболеванием у 70 % мужчин и 30 % женщин, находящихся на лечении в гастроэнтерологических отделениях, и у 15 % мужчин и 5 % женщин — в кардиологических отделениях многопрофильных стационаров.

Следует отметить, что взаимосвязи между соматической патологией и алкоголизмом сложны, многообразны и недостаточно изучены, что создает необходимость их систематического исследования. Кроме того, недостаточно изучены структура и особенности соматической патологии у лиц с алкоголизмом и с его пагубным употреблением, а также показатели летальности соматических пациентов у этой категории лиц. Данное исследование приобретает особую актуальность еще и по той причине, что позднее распознавание алкоголизма в соматической клинике приводит к плохим результатам лечения как соматической патологии, так и зависимости от алкоголя [17].

Цель исследования. Изучение частоты и характера соматических и психических последствий пагубного употребления алкоголя у больных, экстренно госпитализированных в отделение экстренной медицинской помощи (приемное).

Материалы и методы исследования

В течение 5 дней (суббота, воскресенье, понедельник, вторник и пятница) врачами психиатрами-наркологами проводился сплошной скрининг больных, поступивших в отделение экстренной медицинской помощи (приемное) НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе, Санкт-Петербурге.

После получения информированного согласия обследовали всех больных отделения с помощью клинических (специально разработанное структурированное клиническое интервью и скрининг-тест зависимости от алкоголя — AUDIT) и психометрических (госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS) инструментов. Кроме того, всем больным проводили биохимический анализ крови на ферменты печени (АСТ, АЛТ, ГГТ) и этанол. Через 1,5 месяца проводился анализ исходов пребывания пациентов в стационаре, включающий информацию о летальности включенных в исследование больных. Наркологические диагнозы выставлялись врачами-наркологами как по анамнестическим данным, так и в результате структурированного клинического интервью в соответствии с критериями МКБ-10.

Карта обследования пациента включала как социально-демографические показатели, так и клиничко-анамнестические данные со специальным фокусом на употребление психоактивных веществ (в первую очередь — алкоголя).

Всего было обследовано 807 человек в возрасте от 18 до 96 лет ($M \pm SE$ 48,0 ± 19,4 лет), из них мужчин — 48,1 %, женщин 51,9 %. В табл. 1 приводится распределение обследованных больных по ведущему соматическому диагнозу или группе диагнозов.

Таблица 1. Распределение больных по ведущему соматическому диагнозу

Диагнозы	Кол-во больных	Процент
Интоксикации (токсикологический диагноз)	140	17,4
Сердечно-сосудистые заболевания	120	14,9
Заболевания желудочно-кишечного тракта	118	14,6
Травмы	92	11,4
Черепно-мозговые травмы	84	10,4
Гинекологические заболевания	83	10,3
Заболевания центральной нервной системы (органические)	47	5,8
Болезни почек	41	5,1

Инфекционно-воспалительные заболевания	27	3,4
Ожоги	17	2,1
Онкологические заболевания	13	1,6
Заболевания периферической нервной системы	9	1,1
Другие урологические заболевания	6	0,7
Сахарный диабет	2	0,2
Прочие заболевания	8	1,0
Всего	807	100,0

Результаты исследования и обсуждение

При оценке общей соматической болезненности, которая рассчитывалась по основному и сопутствующим диагнозам, наиболее частыми диагностическими категориями (выше 10 %) оказались: интоксикации — 20,7 %, сердечнососудистые заболевания — 20,7 %, травмы — 17,6 %, заболевания ЖКТ — 16,1 %, ЧМТ — 11,6 %, гинекологические заболевания — 10,7 %.

Оказалось, что около половины (46,0 %) всех соматических больных имеют хотя бы один (ведущий или сопутствующий) психиатрический диагноз, а почти четверть (24,4 %) страдает наркологической патологией (рис. 1).

Таким образом, диагноз алкоголизма (16,7 %) или пагубного употребления алкоголя (3,5 %) был поставлен более чем 1/5 пациентов, поступивших в стационар. По данным теста AUDIT потребление алкоголя с вредными последствиями выявляется у 26 (3,2 %), а алкогольная зависимость — у 143 (17,7 %) человек, что практически совпадает с числом пациентов, которым на основании клинических данных были поставлены диагнозы, связанные с потреблением алкоголя (рис. 2). Наши данные тесно перекликаются с результатами исследования F. Aidan [7], проведенного в многопрофильном стационаре и показавшего, что 20 % больных имели те или иные проблемы, связанные с алкоголем. В исследовании Н.В. Говорина и А.В. Сахарова [1] говорится о 25,7 % пациентов соматического стационара, имеющих наркологическую патологию; синдром зависимости от алкоголя отмечался у 13,9 % пациентов.

По данным клинического обследования, психическая зависимость от алкоголя отмечается у 217 больных (26,9 %) пациентов, а физическая — у 169 (20,9 %), что свидетельствует о еще большей распространенности этой патологии в популяции больных соматического стационара по сравнению с общей популяцией жителей Санкт-Петербурга. При этом лечение по поводу злоупотребления алкоголем получали только 59 человек (7,3 %), а состоят на наркологическом учете 26 пациентов (3,2 %).

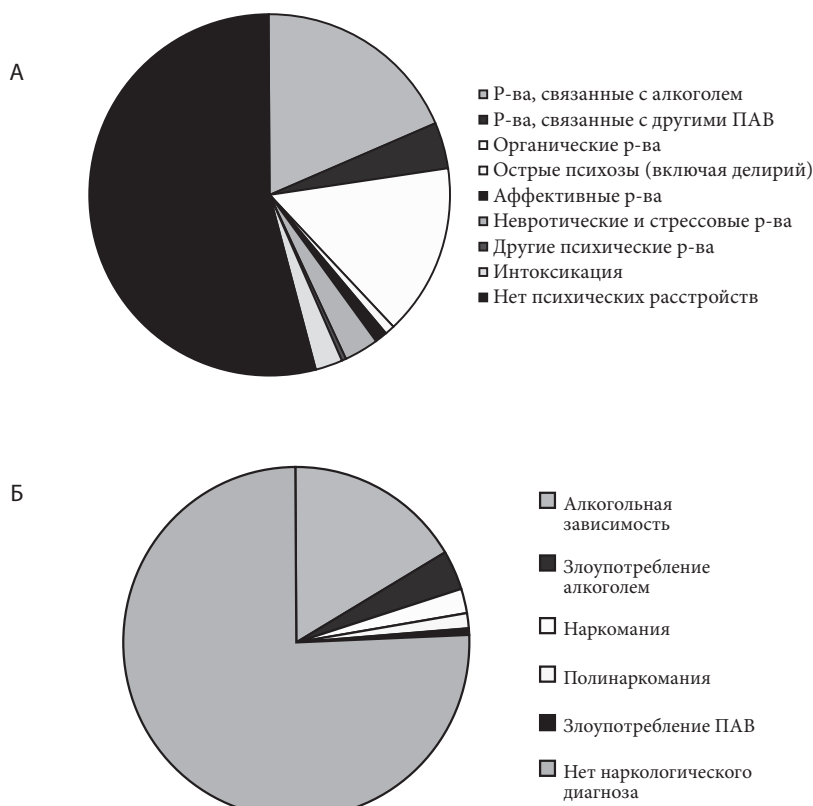


Рис. 1. Количество соматических больных, имеющих психиатрические диагнозы (А) и наркологические диагнозы (Б).

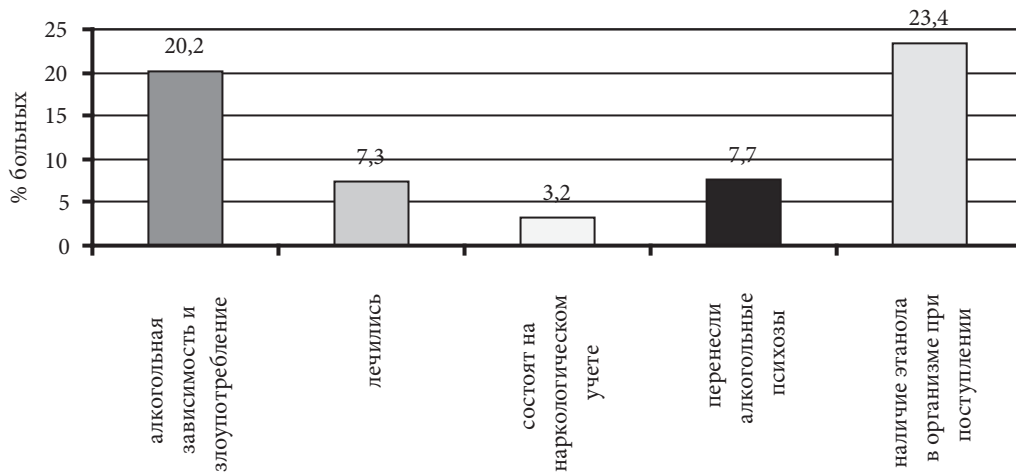


Рис. 2. Проблемы, связанные с алкоголем, у соматических пациентов. По оси ординат: % от общего числа больных.

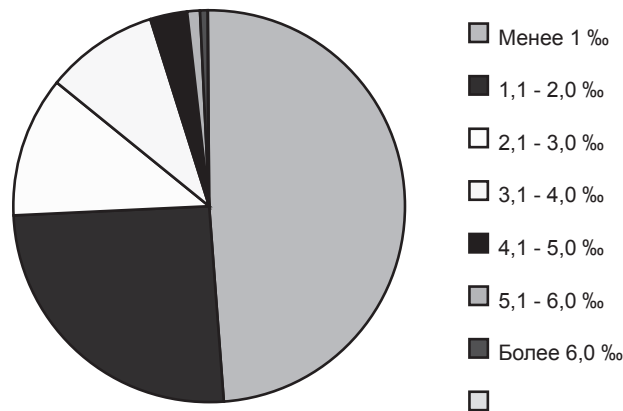


Рис. 3. Концентрации этанола в крови пациентов при поступлении в стационар (в % к общему числу лиц, поступивших в стационар в состоянии опьянения).

Иными словами, среди лиц, экстренно поступающих в соматический стационар, «скрытый» контингент людей, имеющих зависимость от алкоголя, намного превышает «учтенный» (т.е. состоящий на наркологическом учете), причем большая часть этого скрытого контингента не обращается за наркологической помощью. Обращает на себя внимание и достаточно высокий процент лиц, перенесших алкогольные психозы,— 62 человека (7,7 %), что более чем в два раза превосходит число состоящих на учете в обследованной когорте (рис. 2). Это еще раз свидетельствует о пропасти между официальной статистикой и реальной наркологической ситуацией в стране, где по данным ряда авторов количество больных алкоголизмом среди населения в 5 раз превышает количество больных, состоящих на учете, а больных наркоманиями является 1 к 10 [4, 2].

По данным биохимических исследований наличие этанола в организме обнаружено у 189 (23,4 %)

пациентов, а повышение ГГТ (биохимического маркера злоупотребления алкоголем) в 2 и более раза отмечено у 112 чел (13,9 %), что подтверждает клинические и психометрические данные о высокой распространенности пагубного употребления алкоголя среди пациентов данного стационара. Из других ПАВ обследованными больными наиболее часто употреблялся никотин— 186 чел. (23,0 %) и каннабиноиды— 83 чел. (10,3 %). Далее по частоте потребления идут опиаты— 43 чел. (5,3 %) и стимуляторы— 36 чел. (4,5 %). Что касается таких печеночных энзимов, как АСТ и АЛТ, то их значимого повышения в связи с наличием алкогольных проблем у соматических пациентов не обнаружено. Это согласуется с результатами исследования Н. Nyblom с коллегами [19], которое показало, что соотношение показателей АСТ/АЛТ выше 1 не наблюдалось у пациентов, злоупотребляющих алкоголем, а свидетельствовало об алкогольном поражении печени.

Таблица 2. Частота пагубного употребления алкоголя и алкогольной зависимости при наличии сопутствующих соматических заболеваний¹

Диагнозы	Всего больных	Из них со злоупотреблением алкоголем (чел., %)	Из них с зависимостью от алкоголя (чел., %)
Интоксикация	167	10 (6,0 %)	49 (29,3 %)
Ожоги	18	0	6 (33,3 %)
ЧМТ	94	3 (3,2 %)	21 (22,3 %)
Травма	142	5 (3,5 %)	23 (16,2 %)
Заболевания ЦНС	72	2 (2,8 %)	17 (23,6 %)
Заболевания периферической нервной системы	15	0	4 (26,7 %)
Гинекологические заболевания	86	3 (3,5 %)	11 (12,8 %)
Сердечно-сосудистые заболевания	167	2 (1,2 %)	24 (14,4 %)
Заболевания ЖКТ	130	4 (3,1 %)	16 (12,3 %)
Урологические болезни	70	1 (1,5 %)	6 (8,6 %)
Онкологические заболевания	19	1 (5,3 %)	0
Инфекционные заболевания	44	2 (4,6 %)	7 (15,9 %)
Болезни почек	55	1 (1,8 %)	6 (10,9 %)
Диабет	22	0	5 (22,7 %)
Аутоиммунные заболевания	7	0	0
Прочие	30	0	5 (16,7 %)
Всего	807	28 (3,4 %)	135 (16,7 %)

¹ У одного больного могло быть два и более соматических диагноза, поэтому общая сумма количества диагнозов больше, чем количество обследованных пациентов.

Уровень этанола в крови у обследованных больных был различным (рис. 3). Чаще всего это были люди в легком алкогольном опьянении, когда концентрация этанола не достигала 1‰ (98 человек — 12,1 % от всех поступивших в стационар). У 48 человек (5,9 %) концентрация этанола находилась в пределах 1–2 ‰, у 22-х (2,7 %) в пределах 2–3 ‰, а у 18-ти (2,2 %) — в пределах 3–4 ‰. Сверхвысокие концентрации (4–5 ‰) этанола были у 6 человек (0,7 %), а свыше 5 ‰ — у 3 (0,4 %). Указанные данные свидетельствуют, что употребление алкоголя является фактором риска экстренной госпитализации. Любопытно, что количество лиц, поступивших в стационар в состоянии алкогольного опьянения разной степени тяжести, находится примерно в тех же пределах, что и число лиц, имеющих диагнозы, связанные с употреблением алкоголем (более 20 %).

По данным теста AUDIT частота потребления алкоголя с вредными последствиями для женщин (4 и более стандартных доз алкоголя в день) отмечалась у 13 (3,1 %) человек. Частота потребления с вредными последствиями для мужчин (5 и более стандартных доз в сутки) — у 44 (11,4 %) человек. Всего значимый индекс потребления с вредными последствиями выявлен у 57

пациентов (7,2 %), из них 44 мужчины (11,6 %) и 13 — женщины (3,1 %).

При анализе взаимосвязи различных диагнозов значимая корреляция между соматическими и наркологическими диагнозами была получена только в отношении диагноза «Интоксикация». Диагноз «Пагубное употребление алкоголя» был поставлен врачами-наркологами при обследовании 10 больным (6,0 %), а диагноз «Алкогольная зависимость» — 49 (29,3 %) пациентам из 167 больных, поступивших в стационар с этим диагнозом. При кросстабуляции выявлена статистически достоверная связь между интоксикацией и диагнозом «Пагубное употребление алкоголя» по критерию χ^2 ($p=0,046$), а для диагноза «Алкоголизм» достоверность по критерию χ^2 еще выше ($p=0,00001$). Следует отметить, что, согласно зарубежным данным, более половины больных поступают в токсикологическое отделение исключительно вследствие проблем с алкоголем [13].

Помимо этого, имеется четкая тенденция сочетаемости диагнозов «Алкоголизм» и «Ожоги», ($\chi^2=5,603$; $p=0,06$). Напротив, для диагноза «Онкология» сочетание со злоупотреблением алкоголем не характерно ($\chi^2=3,909$; $p=0,048$). Таким образом, корреляционный анализ подтвердил нали-

Таблица 3. Диагностическая ценность теста AUDIT и показателей ГТТ при диагностике алкоголизма

Диагностическая ценность	AUDIT		ГТТ	
	При психической зависимости	При физической зависимости	При психической зависимости	При физической зависимости
Чувствительность	0,74	0,86	0,26	0,31
Специфичность	0,99	0,96	0,91	0,91
Точность	0,92	0,94	0,73	0,78

чие достоверной взаимосвязи токсикологического диагноза с различными проявлениями злоупотребления алкоголем. В то же время отмечалась достоверная отрицательная корреляция между диагнозом сердечно-сосудистого заболевания, с одной стороны, и злоупотреблением алкоголем, высоким баллом по тесту AUDIT, фактом наличия психической и физической зависимости — с другой. Статистически значимая отрицательная корреляция отмечена также между гинекологическими диагнозами и наличием психической зависимости от алкоголя.

Частота пагубного употребления алкоголя и алкогольной зависимости при наличии сопутствующих соматических заболеваний представлена в табл. 2.

Как следует из табл. 2, диагноз «злоупотребление алкоголем» чаще всего ставился при интоксикации, а алкогольная зависимость — при интоксикации, ожогах, ЧМТ, заболеваниях ЦНС, периферической нервной системы и диабете (в более чем 22 % случаев). Это хорошо согласуется с данными американских авторов о повышенном числе пациентов, имеющих проблемы с алкоголем, в ожоговых и травматологических отделениях [15].

Кроме того, лица с психической зависимостью от алкоголя достоверно чаще поступают в стационар без сознания ($\chi^2 = 55,5094$; $p=0,000$). Этот факт справедлив и в отношении пациентов, имеющих признаки физической зависимости ($\chi^2=39,811$; $p=0,0001$). Кроме того, пациенты, которые в прошлом переносили алкогольный психоз, также достоверно чаще поступают без сознания ($\chi^2 = 11,2481$; $p=0,0001$). Эти данные подтверждают ранее полученные факты, свидетельствующие о том, что алкоголь является фактором риска более тяжелого состояния у больных, поступающих в соматический стационар [6,18].

К концу исследования абсолютное большинство больных было выписано из стационара (95,5 %), умерло 30 (3,7 %) пациентов, а восемь (1,0 %) продолжали лечиться.

Что касается исходов, то, как оказалось, достоверного влияния на них тяжести алкогольных проблем, выраженных через показатели AUDIT, и уровень ГТТ, обнаружено не было. Вместе с тем на исходы существенно влияет уровень АЛТ ($\chi^2=14,012$; $p=0,007$) и уровень АСТ ($\chi^2 = 15,603$; $p=0,0001$). Повышение АЛТ и АСТ указывает на то, что на смертность скорее влияют предшеству-

ющие заболевания печени и, в целом, более тяжелое соматическое состояние. Наличие алкогольного опьянения при поступлении оказывало влияние на исходы лишь в виде тенденции, не достигающей уровня статистической достоверности ($\chi^2=5,603$; $p=0,061$). По результатам исследования F. Aidan [7] в многопрофильной больнице заболевания, ассоциированные со злоупотреблением алкоголем, являлись причиной 10–13 % летальных исходов.

Была также предпринята попытка проанализировать диагностическую ценность используемых критериев оценки. Как показал анализ, AUDIT обладает хорошей чувствительностью, специфичностью и точностью в сопоставлении с клинической диагностикой. Так, «физическая зависимость» по картам, которые заполнялись на основании клинической оценки состояния больных, и количество баллов теста AUDIT >3 достоверно коррелируют между собой ($r = 0,821$; $p<0,05$). При наличии «психической зависимости» по картам и баллов теста AUDIT ≥ 2 были получены высокие показатели: чувствительности, специфичности и точности. Диагностическая ценность таких показателей теста оказалась высокой и при наличии «физической зависимости» (табл. 3). Полученные результаты подтверждают зарубежные данные о высокой диагностической ценности теста AUDIT в соматическом стационаре [11].

Диагностическая чувствительность ГТТ при увеличении ее более чем в 2 раза по сравнению с тестом AUDIT, оказалась заметно ниже, однако диагностическая специфичность ГТТ вполне достаточна: как при наличии «психической зависимости», так и при «физической зависимости» (см. табл. 3).

К сожалению, использование шкалы HADS оказалось не релевантным ситуации ургентной госпитализации в соматический стационар: подавляющее число пациентов продемонстрировало результаты, соответствующие тяжелой тревоге и депрессии (более 10 баллов). Это никак не соответствует ни числу, ни уровню реальных психопатологических расстройств и, очевидно, является «симптоматическим феноменом», обусловленным ситуацией ургентной госпитализации и стрессорной обстановкой приемного отделения.

В целом, проведенное исследование выявило высокий процент больных с наркологической патологией (24,4 %) среди пациентов, экстренно по-

ступивших в больницу скорой помощи. При этом абсолютное большинство из них (82,7 %) имеют диагнозы пагубного употребления или зависимости от алкоголя. Примерно такое же количество больных поступает в стационар в разной степени алкогольного опьянения. Среди больных, поступающих в соматический стационар, «скрытый» контингент людей, имеющих алкогольные диагнозы, намного превышает «учтенный» (т.е. состоящих на наркологическом учете), причем большая часть этого скрытого контингента не обращается за наркологической помощью. Алкоголь является существенным фактором риска как непосредственно ургентной госпитализации, так и более тяжелого состояния больных, а также исхода заболевания. Наркологические (алкогольные) диагнозы чаще (более чем в 20 % случаев) отмечались у больных с интоксикациями различного генеза (токсикологические диагнозы), с ЧМТ, ожогами, заболеваниями центральной и периферической нервной системы и диабетом. Очевидна необходимость разработки программы оказания квалифицированной наркологической помощи для больных соматического стационара, имеющих пагубное употребление алкоголя и алкоголизм.

Выводы

Около половины (371 чел.— 46,0 %) всех соматических больных, ургентно поступающих в соматический стационар, имеют хотя бы один (ведущий или сопутствующий) психиатрический диагноз, при этом около четверти (24,4 %) этих пациентов обнаруживают серьезные наркологические проблемы.

По разным данным (клиническим и психометрическим) среди больных, ургентно поступающих в соматический стационар, от 1/5 до 1/4 имеют наркологические диагнозы. Это подтверждается повышением в 2 и более раз ГГТ (биохимического маркера злоупотребления алкоголем) у 13,2 % пациентов.

Наличие этанола в организме при поступлении в стационар обнаружено у 23,4% пациентов, что соответствует количеству лиц, имеющих пагубное употребление или зависимость от алкоголя.

Алкоголь является фактором риска тяжелого состояния у больных (отсутствие сознания), ургентно поступающих в соматический стационар.

Среди больных, ургентно поступающих в соматический стационар, «скрытый» контингент людей, имеющих алкогольные диагнозы, намного превышает «учтенный» (т.е. состоящих на наркологическом учете), причем большая часть этого скрытого контингента не обращается за наркологической помощью.

Пагубное употребление и алкогольная зависимость чаще всего отмечались при таких соматических диагнозах, как «Интоксикация» (токсикологический диагноз), «Ожоги», ЧМТ, заболевания ЦНС и периферической нервной системы, «Диабете».

Тест AUDIT обладает хорошей диагностической чувствительностью, специфичностью и точностью в сопоставлении с клинической диагностикой. Чувствительность ГГТ в сравнении с AUDIT существенно ниже, однако диагностическая специфичность и точность ГГТ достаточно высоки.

Литература

1. Говорин Н.В., Сахаров А.В. Алкогольное бремя соматического стационара. Томск: Издательский дом «Иван Федоров», 2010, 158 с.
2. Кошкина Е.А. Эпидемиология алкоголизма в России на современном этапе // Психотерапия и психофармакология. 2001. № 3. С. 89–91.
3. Немцов А.В. Потребление алкоголя в России во второй половине 1990-х годов. Вопросы наркологии. 2001; 2: 59–64.
4. Пятницкая И.Н. Наркомании. М., Медицина. 1994. 119 с.
5. Энтин Г.М., Гофман А.Г., Музыченко А.П., Крылов Е.Н. Алкогольная и наркотическая зависимость. М., Медпрактика. 2002. 328 с.
6. Ястребцева И.П., Новиков А.Е. Соматическая патология у больных после инсульта с анамнезом, отягощенным злоупотреблением алкоголем // Тер. архив. 2010. № 10. С. 24–28.
7. Aidan F. Alcohol problems in a general hospital // *Biology*. 1999. V. 4. № 1. P. 23–34.
8. Alt S. Alkoholprobleme in allgemeinärztlichen Patientenkreis einer grobstädtischen Poliklinik // *Z. Klin. Med.* 1991. V. 46. №. 11. P. 863–866.
9. Andreasson S., Brandt L. Mortality and morbidity related to alcohol // *Alcohol and Alcoholism*. 1997. V. 32. № 2. P. 173–178.
10. Fiellin DA, Carrington R, O'Connor PG. New therapies for alcohol problems: application to primary care. *Am J Med* 2000; 108: 227–37.
11. Isaacson JH, Nielsen C, Urbanic R, Challgren E. Markers for patients with alcohol problems in an outpatient general medicine clinic // *Subst Abus.* 1999 Sep; 20(3): 141–147.
12. Kinn M, Holzbach R, Pajonk FG Alcohol-related disorders in the preclinical medicine // *Anesthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther.* 2008 Oct;43(10):664-73 [Article in German].
13. Kroch S, Kamenczak A, Chrostek Maj J, Polewka A. Somatic and psychiatric disorders in alcohol-addicted patients treated in a detoxification unit // *Przeegl Lek.* 2004;61(4):300-2 [Article in Polish]
14. Lieber C.S. Alcoholism: a disease of internal medicine // *J. Stud. Alcohol.* 1990. V. 51. № 2. P. 101–103.
15. Lowenfels AB, Miller TT. Alcohol and trauma. *Ann Emerg Med.*— 1984.— 13.— P. 1056–1060.
16. Malik P, Gasser RW, Kemmler G, Moncayo R, Finkenstedt G, Kurz M, Fleischhacker WW. Low bone

- mineral density and impaired bone metabolism in young alcoholic patients without liver cirrhosis: a cross-sectional study // Alcohol Clin Exp Res. 2009 Feb; 33(2): 375-81.*
17. Monras M, Mondon S, Ortega L, Gual A. Alcoholism in the general hospital: 4 years mortality and hospitalization // *Med Clin (Barc)*. 2005 Oct 8;125(12):441-7 [Article in Spanish].
 18. Monras M, Ortega L, Mondon S, Balcells M, Gual A. Two year follow-up of inpatients with alcohol-related diseases // *Med Clin (Barc)*. 2004 Oct 23;123(14):521-6 [Article in Spanish].
 19. Nyblom H., Berggeren U., Balldin J., Olsson R. High AST/ALT ratio may indicate advanced alcoholic liver disease rather than heavy drinking // *Alcohol and Alcoholism* (2004) 39 (4): 336-339.
 20. Ramstedt M. Population drinking and liver cirrhosis mortality: is there a link in eastern Europe? // *Addiction*.—2007.—102.—P. 1212-1223.
 21. Schuckit M.A. Why don't we diagnose alcoholism in our patients? // *J. Fam.Pract.* 1987. V. 25. № 3. P. 225-226.
 22. White IR, Altmann DR, Nanchahal K. Mortality in England and Wales attributable to any drinking, drinking above sensible limits and drinking above lowest-risk level // *Addiction*. 2004 Jun; 99(6): 749-56.

Сведения об авторах

Егоров Алексей Юрьевич — д. м. н., профессор, заведующий лабораторией нейрофизиологии и патологии поведения ИЭФБ РАН; профессор кафедры психиатрии и наркологии ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И. Мечникова. E-mail: draegorov@mail.ru

Софронов Александр Генрихович — д. м. н., профессор, зав. кафедрой психиатрии и наркологии ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И. Мечникова; научный руководитель психосоматического отделения ГБУ СПб НИИСП им. И.И. Джанелидзе. E-mail: alex-sofronov@yandex.ru

Крупницкий Евгений Михайлович — д. м. н., профессор, руководитель отдела наркологии НИПНИ им. В.М. Бехтерева; профессор кафедры психиатрии и наркологии ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И. Мечникова. E-mail: kruenator@gmail.com

Бобров Алексей Евгеньевич — д. м. н., профессор, руководитель отделения консультативной психиатрии и психотерапии ФГБУ, Московский научно-исследовательский институт психиатрии. E-mail: bobrov2004@yandex.ru

Тявокина Елена Юрьевна — заведующая психосоматическим отделением ГБУ СПб НИИСП им. И.И. Джанелидзе. E-mail: elenamadgit@yandex.ru

Добровольская Алла Евгеньевна — ассистент кафедры психиатрии и наркологии ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И. Мечникова. E-mail: maxmmm@yandex.ru