Работа с пациентами, злоупотребляющими алкоголем, в учреждениях первичной медико-санитарной помощи

Можно пройти анонимное анкетирование по самооценке потребления алкоголя **, для этого нажмите на иконку** 

Ролики антиалкогольной компании «Трезвость – норма нашей жизни»

Приказ ДЗиФ № 888 от 14.08.2017 «О развитии взаимодействия наркологической службы и службы медицинской профилактики»

ЯРОСЛАВСКИЙ ОБЛАСТНОЙ ЦЕНТР МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ

НОВОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ

№ 57



Ярославль
2016

Введение

Традиционно в России, как и в других государствах, всячески боролись с злоупотреблением алкоголем. В XX веке противодействие алкоголизации населения приняло системный характер и глобальный масштаб. Но оказалось, что борьба с «зелёным змием» жёсткими запретительными мерами – не самый эффективный способ. В XXI веке наше государство решило не повторять прежних ошибок и действовать по-другому. Не запрещать и карать, а ограничивать и информировать.

Масштабная антиалкогольная кампания ведётся с 2009 года, когда стартовала федеральная программа «Здоровая Россия». Минздрав России задействует для этой борьбы средства массовой информации. Создан портал о здоровом образе жизни Takzdorovo.ru.

Приняты и серьёзные ограничительные меры. Федеральный закон «О государственном регулировании производства и оборота алкоголя» существенно ограничивает продажу алкоголя, в том числе пива: по возрасту, по времени и месту. Ограничивается и реклама алкогольной продукции.

Всё это приносит положительные результаты. По словам министра здравоохранения Вероники Скворцовой, благодаря активной антиалкогольной политике в стране последовательно снижается потребление алкоголя. Если в 2005 году в России выпивали в среднем 20 литров чистого спирта на душу населения, то в 2015 году – уже 10,5 литров. Снижается при этом и доля потребления крепких напитков. Уменьшаются показатели смертности от отравлений алкоголем, заболеваемость алкогольными психозами тоже пошла на спад.

Но несмотря на явный прогресс, уровень потребления спиртного в нашей стране всё ещё значительно выше рекомендуемого ВОЗ «порога безопасного потребления». Злоупотребление спиртными напитками пока ещё остаётся в России одной из самых острых медико-социальных проблем. Несмотря на все усилия,

предпринимаемые государством в борьбе с алкоголизацией общества, ежегодно от последствий, вызываемых злоупотреблением спиртным, умирает 500 тысяч человек.

Нужно понимать: далеко не все люди настроены на полное воздержание от алкоголя. По данным зарубежных исследователей, только половина людей с проблемным употреблением алкоголя нацелена на полный отказ от него, вторая половина – на умеренное потребление. И именно эта вторая половина должна стать целевой аудиторией в борьбе за трезвый образ жизни. Специалисты предлагают направить усилия на то, чтобы добиться снижения именно вредного потребления алкоголя, которое бывает опасно как для собственного здоровья, так и для жизни окружающих.

Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины предлагает начать в России проект – консультирование лиц с риском пагубного употребления алкоголя на этапе оказания первичной медико-санитарной помощи.

По словам Бориса Горного, старшего научного сотрудника отдела первичной профилактики неинфекционных заболеваний в системе здравоохранения ФГБУ «ГНИЦ профилактической медицины» Минздрава России, «пирамиду» потребления спиртных напитков нужно представлять себе следующим образом.

В основании пирамиды – примерно 75 % – находятся трезвенники и люди, потребляющие алкоголь в социально приемлемых количествах. Такой уровень потребления не вызывает проблем со здоровьем, не становится причиной преступлений, семейных проблем или дорожно-транспортных пришествий. Верхушка пирамиды – примерно 5–7 % – это пациенты с алкогольной зависимостью, с которыми бесполезно вести задушевные беседы, их нужно лечить. А вот в середине (их около 20 %) находятся именно те потребители, которые чаще болеют и преждевременно умирают, являются причиной социальных и экономических проблем – пожаров, ДТП, преступности, низкой производительности труда.

Поэтому нужно направлять усилия на работу именно с этой группой риска, чтобы добиться снижения вредного потребления алкоголя. И главная задача сейчас – переориентировать сознание профессионалов на то, что необходимо заниматься именно этой группой потребителей алкоголя, причём на уровне первичного звена здравоохранения, в поликлиниках и на фельдшерско-акушерских пунктах.

Ещё в 1980 году комитет экспертов ВОЗ подчеркнул необходимость разработки эффективных методов выявления людей, потребляющих алкоголь в особо вредных количествах, до того как проявятся медицинские и социальных последствия, и призвал развивать стратегии, которые можно применять с минимальной затратой времени и ресурсов в учреждениях первичной медико-санитарной помощи.

Как подчёркивается в Европейском плане действий, разработанном ВОЗ, система здравоохранения, традиционно занимающаяся разрешением алкогольных проблем, должна играть более значимую роль в выявлении и профилактике наносимого алкоголем ущерба. При этом первичная медико-санитарная помощь рассматривается как важная структура для выявления тех, кто подвергается риску в результате злоупотребления алкоголем, и оказания им помощи в сокращении потребления. Она также является основным источником поддержки семей и групп самопомощи, выступает в роли защитника общественного здоровья на местном уровне.

При этом необходимо поощрять комплексный подход к медицинской профилактике в рамках общей стратегии укрепления здоровья. Превентивная деятельность по алкоголю должна быть связана с борьбой против курения, пропагандой здорового питания и физической активности.

Всё это поможет нашей стране достичь двух важнейших целей: нормализовать демографическую ситуацию и сократить расходы здравоохранения на лечение пациентов с хроническими заболеваниями алкогольной этиологии.

1. Потенциал первичной медико-санитарной помощи

Потребление алкоголя в обществе варьирует от трезвости или потребления в небольших дозах до злоупотребления, а связанные с алкоголем проблемы колеблются от нулевых до значительных или серьёзных. И если существует непрерывная шкала потребления алкоголя и связанных с этим проблем, то должна быть и непрерывная шкала ответных мер по этим проблемам: от первичной профилактики до специализированного лечения. То есть необходим спектр действий, который бы соответствовал спектру проблем. А следовательно, сектор специализированной помощи по алкогольным проблемам не может быть единственным местом оказания помощи. Более того, если мы хотим, чтобы связанные с алкоголем проблемы существенно сократились, характер их распределения среди населения подсказывает, что действия должны быть направлены на тех, у кого проблемы небольшие или умеренные.

Как показывает мировой и европейский опыт профилактики и решения алкогольных проблем, сектор первичной медико-санитарной помощи обладает огромным потенциалом в этом вопросе.

Во многих странах, в том числе и в России, первичная медико-санитарная помощь отвечает за определённое население, и большая часть населения зарегистрирована за своим конкретным врачом.

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

Службы первичной медико-санитарной помощи являются уважаемым источником информации, более половины населения в своих ответах на опросы указали, что считают своего врача общей практики единственным наиболее важным источником советов по связанным с алкоголем вопросам. Всё больше повышаются ожидания

населения, что службы первичной медико-санитарной помощи будут предоставлять поддержку и советы по вопросам образа жизни.

По статистике, те, кто пьёт много, посещают своих участковых врачей в два раза чаще, чем пьющие в небольших количествах, что увеличивает возможность попутного воздействия в учреждениях первичной медико-санитарной помощи на тех, кто больше всего нуждается в этой помощи.

Первичная медико-санитарная помощь имеет возможность использовать «момент обучения», связывая причину визита пациента к врачу с потреблением алкоголя пациентом.

Службы первичной медико-санитарной помощи работают на постоянной основе, и до двух третей консультаций могут включать в себя повторные посещения. Повторные посещения являются идеальными условиями для проведения консультаций по процессу модели изменений и для проведения мотивационного собеседования. Исследования в Европе продемонстрировали меньшую затратность и высокую эффективность действий служб первичной медико-санитарной помощи.

Потенциальная схема проведения антиалкогольных консультаций в структурах первичной медико-санитарной помощи может быть построена на модели, где потребление алкоголя рассматривается как фактор риска возникновения заболеваний. Роль работника первичной медико-санитарной помощи будет определяться уровнем риска данной группы населения *(см. таблицу 1).*

Таблица 1. **Схема проведения интервенций в учреждениях первичной медико-санитарной помощи**

Уровень риска (группы населения)	**Метод**	**Роль работника первичной медико-санитарной помощи**

Низкий (люди с низким уровнем потребления)	Первичная профилактика	Санитарное просвещение; пропаганда; собственный пример
Повышенный (люди, потребляющие в опасных или вредных дозах)	Краткое воздействие	Выявление проблемы; оценка её сложности; краткая консультация; дальнейшее наблюдение
Высокий (люди, зависимые от алкоголя)	Специализированное лечение	Выявление проблемы; оценка её сложности; направление к специалисту; дальнейшее наблюдение

Для населения с низкой степенью риска основной акцент воздействия – это ***первичная профилактика***. Кроме того, в функции первичной медико-санитарной помощи входит санитарное просвещение, пропаганда и собственный пример.

Для людей из группы повышенного риска, вызванного их потреблением алкоголя, основным методом является ***краткое воздействие***, которому посвящена основная часть этой брошюры. Роль первичной медико-санитарной помощи состоит здесь в выявлении проблемы, оценке её сложности, краткой консультации и последующем наблюдении.

Для людей из группы высокого риска, вызванного их потреблением алкоголя, или тех, у кого имеются серьёзные проблемы, связанные с алкоголем, основная форма помощи – это ***специализированное лечение***. Поэтому в функции первичной медицинской помощи входит лишь выявление проблемы, оценка её сложности, направление к специалистам и последующее

наблюдение.

2. Риски, возникающие в результате потребления алкоголя

Алкоголь и физический ущерб

Цирроз печени и рак. Медицинская наука накопила много данных, говорящих о наличии взаимосвязи между потреблением алкоголя и риском возникновения цирроза печени, а также онкологических заболеваний целого ряда органов пищеварительной системы. По заключению Международного агентства исследований рака, алкоголь имеет причинную взаимосвязь с раком ротовой полости, глотки, гортани, пищевода и печени. Данная взаимосвязь, которая действительна как для женщин, так и для мужчин, не является прямолинейной, а показывает подъём кривой при высоких уровнях потребления. За последние годы был опубликован ряд исследований на тему алкоголь и рак груди у женщин, где показано относительно медленное, но стабильное повышение риска с увеличением потребления алкоголя.

Сердечно-сосудистые заболевания. Взаимосвязь между потреблением алкоголя и сердечно-сосудистыми заболеваниями более сложная. С одной стороны, существует достоверная статистика, отражающая повышение риска возникновения инсульта из-за кровоизлияния в мозг при злоупотреблении алкоголем. С другой стороны, есть данные, что приём небольших доз алкоголя может сокращать риск возникновения коронарной болезни сердца. Тем не менее большинство исследователей сходятся во мнении, что этот эффект невелик и сомнителен по сравнению с серьёзным отрицательным влиянием алкоголя на кровяное давление и связанным с ним повышением риска возникновения инсульта.

Общая смертность. В большинстве развитых стран наблюдается общая взаимосвязь между потреблением алкоголя и смертностью от всех причин для обоих полов. Эта связь выражается так называемой J-образной математической кривой, которая отражает неограниченный рост показателей.

Если рассматривать различные возрастные группы, то взаимосвязь между потреблением алкоголя и смертностью от всех причин относительно прямолинейна в более молодых возрастных группах (правда, здесь уклон кривой сильнее выражен у женщин), а в группах старшего возраста связь отражается верхней частью J-образной кривой. Эта возрастная модель образуется из-за того, что причины смерти в разных возрастных группах различны: в молодых возрастных группах более распространены несчастные случаи и отравления, в то время как в старших группах основной причиной смерти становятся сердечно-сосудистые заболевания. В развитых странах возраст, при котором взаимосвязь между потреблением алкоголя и смертностью из прямолинейной превращается в J-образную, составляет около 50 лет.

Алкоголь и социальный ущерб

У социологов имеются данные о взаимосвязи между потреблением алкоголя и опасностью для семьи, работы, а также риском возникновения социальных последствий, алкогольной зависимости, несчастных случаев, совершением нападений, правонарушений, нанесением случайных травм, проявлением насилия и совершением самоубийств.

С ростом потребления алкоголя стабильно увеличиваются негативные последствия в таких сферах жизни, как дружба, здоровье, счастье, домашняя жизнь, учебные и рабочие возможности. Как показывают данные канадских учёных, при уровне потребления 20 г в день 20 % населения страдают от более чем двух негативных последствий в данных сферах. Среди мужской и женской частей населения с увеличением потребления алкоголя постоянно увеличивается число алкозависимых людей. В частности, более 10 % мужчин и женщин Северной Америки, потребляющих 20 г алкоголя в день, являются согласно десятой редакции Международной классификации заболеваний (ICD-10) зависимыми от алкоголя.

Увеличение частоты выпивок повышает риск возникновения несчастных случаев и умышленного применения насилия — как по

отношению к себе (самоубийство), так и к другим (насилие в домашних условиях и другие типы насильственных преступлений, включая грабёж и изнасилование). Для всех этих форм ущерба существует взаимосвязь «доза–ответная реакция» при отсутствии фактов, свидетельствующих о пороговом эффекте.

Размеры и распределение риска

Согласно оценкам экспертов, при уровне потребления алкоголя около 20 г в день относительный риск по сравнению с трезвостью повышается:

- для цирроза печени на 100 %;
- для рака ротовой полости, глотки, гортани на 20–30 %;
- для рака пищевода на 10 %;
- для рака печени на 14 %;
- для рака груди у женщин на 10–20 %;
- для инсульта на 20 %.

Для людей моложе 50 лет при потреблении около 20 г в день уровень смертности в результате всех причин повышается на 15–20 %; для людей старше 50 лет этот показатель приближается к 100 %.

При среднем уровне потребления 20 г в день 20 % людей испытывают значительные негативные последствия потребления алкоголя, а 10 % сообщают о зависимости от алкоголя.

Как показывает статистика, во многих развитых странах значительное количество населения потребляет алкоголь в опасных или вредных дозах. В Европейском регионе приблизительно один из трёх мужчин и одна из десяти женщин пьют более 20 г алкоголя в день. Это количество больше в странах с высоким уровнем жизни и меньше – в странах с низким уровнем.

Потребление алкоголя связано с рядом факторов, включая социально-демографические, экономические и региональные. Уровень потребления алкоголя выше среди мужчин, чем среди

женщин, и снижается с возрастом для обоих полов. При этом уровень потребления в молодом возрасте определяет питейные привычки последующей жизни. Холостяки и незамужние, разведённые и вдовцы, как правило, потребляют больше алкоголя по сравнению с людьми, имеющими семейный статус.

Также с повышенным уровнем потребления связаны определённые категории работ: в частности алкогольная промышленность и индустрия досуга, промышленная рыбная ловля и строительство. Кратковременная безработица приводит к повышенному потреблению, в то время как для длительного периода без работы характерно снижение потребления.

Женщины-специалисты потребляют больше алкоголя, чем представительницы других социальных групп общества. Для мужчин не выявлена какая-либо определённая взаимосвязь потребления с профессиональной принадлежностью, но таковая обнаруживается для людей с разным уровнем доходов. Как среди мужчин, так и среди женщин, с повышением дохода увеличивается доля потребляющих алкоголь в больших количествах.

3. Метод краткого воздействия

В зарубежной и отчасти в отечественной литературе этот метод зачастую называется «интервенцией» (от латинского *interventio* — вмешательство), поскольку данная работа с пациентом действительно представляет собой некое психологическое вмешательство в личностное пространство человека с целью стимулировать определённые положительные изменения. Однако в русском языке слово «интервенция» имеет негативный оттенок, и поэтому в последнее время российские специалисты предпочитают использовать более нейтральные названия: «воздействие» или «консультация».

Метод краткого воздействия предусматривает комплекс мер, которые вызывают у людей, злоупотребляющих алкоголем, желание изменить своё поведение.

Краткое воздействие как метод работы с пациентом включает в

себя:

- оценку уровня потребления алкоголя;
- информацию об опасных и приносящих вред уровнях;
- чёткий совет человеку сократить его потребление.

К преимуществам данного метода относятся:

- информирование пьющих об опасностях злоупотребления алкоголем;
- выявление проблем до того, как разовьётся серьёзная зависимость;
- мотивирование пациентов изменить своё питейное поведение;
- проведение малозатратных и коротких по времени, но эффективных действий для помощи тем, кто подвергается риску.

Проведение кратких воздействий обычно сопровождается выдачей информационных буклетов и сообщением о других вспомогательных средствах, которые есть в данном регионе. Результативность такого воздействия доказана практикой.

Целью краткого воздействия должно быть сокращение потребления алкоголя как таковое. При этом, возможно, стоит выделить ***очень краткие воздействия***, состоящие из 5–10-минутного простого совета, сопровождаемого выдачей информационного листка, и ***краткие воздействия***, состоящие из сознательно-поведенческой терапии в сжатой форме, использования пособий по самопомощи и последующих посещений.

В ходе исследования, которое проводили специалисты ВОЗ, краткая консультация действовала лучше всего среди пациентов, которые не испытывали проблем на то время. Среди пациентов со свежими проблемами лучше действовал краткий совет. Видимо, эффект минимального воздействия усиливался, когда пациент пережил связанную с алкоголем проблему сравнительно недавно.

Нет убедительных данных о влиянии на результат воздействия

таких показателей, как возраст, социально-экономическое положение и семейное положение пациента. В некоторых исследованиях на результате сказывался первоначальный уровень потребления: те, кто пил много, в течение последующего наблюдения сокращали потребление значительно больше, чем малопьющие, но это, скорее всего, эффект так называемой регрессии к среднему.

Кроме того, в научной статистике имеется больше данных о том, что эффективность воздействия выше среди мужчин, чем среди женщин.

4. Обследование

Для того чтобы выявить пациентов, которым пойдет на пользу краткое воздействие, необходимо проводить опросы населения. Для этого рекомендуется вводить в вопросники при проведении диспансеризации вопросы, касающиеся алкоголя.

Обычно наиболее точные ответы на вопросы обследования бывают в тех случаях, когда:

- пациент во время обследования не находится под влиянием алкоголя или других наркотических веществ;
- тот, кто опрашивает, настроен дружелюбно и вызывает доверие;
- вопросы легко понять;
- цель вопросов чётко взаимосвязана с диагнозом состояния здоровья пациента;
- у пациента есть гарантии, что конфиденциальность информация, полученной от него, будет сохранена.

Выявление опасного и вредного потребления алкоголя

Потребление алкоголя в опасных количествах может быть определено как уровни или виды потребления, которые, скорее всего, приведут к ущербу, если подобное потребление будет продолжаться. Потребление алкоголя во вредных дозах — это то, что реально наносит ущерб психическому или физическому

состоянию человека.

Для измерения уровня потребления алкоголя можно использовать различные методы, включая ***количественно-частотное измерение*** и описание случаев потребления. В количественно-частотных вопросниках респондентов спрашивают об их потреблении различных типов алкогольных напитков (пива, вина и крепких спиртных напитков). Записывается обычная частота потребления каждого типа напитка за один раз, один месяц, три месяца или за более длительный период *(см. приложение 1).*

Хотя этот метод широко используется во всём мире, могут возникнуть определённые трудности в интерпретации относительно уровня потребления. Во-первых, неясно, как респонденты поняли вопросы, которые, очевидно, требуют сообщить о наиболее обычной структуре потребления, а не об общей средней частоте и количестве, которые часто бывают куда большими. Вторая сложность касается возможных эффектов формулировки вопросов и категории ответа. Здесь нужно учитывать заниженные ответы путём определения очень высокой категории ответа.

Количественно-частотное измерение является более надёжным, когда измеряется структура регулярного потребления, а не описываются случаи выпивки. Количественно-частотные вопросники обладают высокой надёжностью тестирования и вторичного тестирования, а также значительной информативной ценностью.

Вторым подходом измерения уровня потребления алкоголя является ***метод ведения дневника потребления за неделю до посещения***. Основная сложность этого подхода заключается в изменчивости индивидуального потребления.

Как показали исследования, респонденты обычно недооценивают частоту потребления и переоценивают количество потребляемого за один типичный случай. Сознательное сообщение неполных данных о потреблении алкоголя также может иметь место из-за негативного представления об излишнем потреблении алкоголя и его воздействии на поведение. Имеются данные, что уровень в

сообщениях повышается, если контакт с респондентом ограничен или вообще исключается. Например, методика компьютеризированных опросов показывает выявление более высоких уровней потребления по сообщению респондентов, чем личные опросы.

Тест по выявлению приносящего вред потребления алкоголя

ВОЗ разработала простой инструмент для выявления людей с первичными признаками проблем, связанных с алкоголем, – тест по выявлению приносящего вред потребления алкоголя (AUDIT). Основной инструмент скрининга состоит из десяти простых вопросов *(см. приложение 2)*.

Каждый пункт оценивается путём выбора категории ответа, которая ближе всего к ответу пациента. Высокие (восемь или более) баллы ответов на первые три вопроса при отсутствии повышенных баллов на все остальные вопросы предполагают наличие опасного потребления алкоголя. Повышенные баллы ответов на вопросы 4–6 подразумевают наличие или возникновение алкогольной зависимости. Высокие баллы ответов на вопросы 7–10 предполагают вредное потребление алкоголя.

По данным специальных исследований, две трети тех, чья сумма баллов была восемь и выше согласно вопроснику AUDIT, сталкиваются с алкогольными проблемами в течение последующих трёх лет (среди тех, у кого общий балл был ниже, с проблемами сталкиваются лишь 10 %).

Этот инструмент включает в себя дополнительную процедуру, куда входят история травм, состоящая из двух вопросов, краткое медицинское обследование и анализ крови.

AUDIT обладает преимуществом, которое заключается в его международной стандартизации, так как он разрабатывался в учреждениях первичной медико-санитарной помощи шести стран. Дополнительные преимущества состоят в том, что он:

- выявляет опасное и вредное потребление алкоголя;

- краток, его можно быстро и гибко использовать;
- разработан для работников первичной медико-санитарной помощи;
- соответствует определениям алкогольной зависимости и вредного потребления алкоголя из ICD-10;
- сконцентрирован на потреблении алкоголя за последнее время.

Биологические показатели

Наиболее часто используемые биологические показатели злоупотребления алкоголем: средний объём эритроцитов (СОЭ) и уровень гамма-глутамилтрансферазы в крови (ГГТ). Причём ГГТ является более точным показателем из этих двух.

Существует положительная взаимосвязь между потреблением алкоголя и уровнем ГГТ. Повышенная активность ГГТ в сыворотке может наблюдаться после нескольких недель потребления алкоголя. После сокращения потребления уровень ГГТ в сыворотке возвращается к норме за 2–4 недели. Повышение количества ферментов в сыворотке возникает в основном из-за воздействия ферментов печени. Тем не менее ГГТ не очень хорошее средство скрининга, поскольку другими причинами повышения ГГТ могут быть заболевания печени, печёночного тракта и поджелудочной железы. Количество злоупотребляющих алкоголем с повышенным уровнем ГГТ составляет около 50 %. Уровень ложно позитивных ответов колеблется между 10 % и 20 %. Наиболее важное применение показателя ГГТ заключается в контроле изменений в потреблении алкоголя.

5. Рекомендации санитарного просвещения

Индивидуальные рекомендации

Для пьющих, которые находятся в зоне низкого риска и для тех, кто находится ниже границы, определяющей необходимость проведения консультации по поводу опасного потребления *(см. главу 6)*, роль работника первичной санитарно-медицинской помощи состоит в предоставлении индивидуальных медицинских

рекомендаций. Существуют разнообразные последствия потребления и множество руководств о наилучших советах людям по поводу потребления алкоголя с низким риском.

1. Общее правило: люди не должны потреблять более двух стандартных доз в день *(см. приложение 3)*. Это ограничение основано на уровнях потребления взрослых мужчин средней комплекции имеющих хорошее состояние здоровья. Риск возникновения проблем со здоровьем минимален, если потребление алкоголя не превышает этой границы.
2. Для отдельных групп необходим более низкий уровень потребления. Более низкий уровень потребления необходим для целого ряда людей, что вызвано различием в массе тела, его строении и обмене веществ. Даже одна доза в день может привести к повышенному риску возникновения рака груди у женщин. Имеются и другие обстоятельства, например кормление грудью, при которых потребление алкоголя должно быть сведено к минимуму или нулю даже среди тех, кто находится в группе низкого риска. Для неопытных пьющих и тех, у кого масса тела невелика, необходим более низкий предел.
3. Те, кто воздерживается от потребления алкоголя, не должны начинать его потребление, чтобы сократить риск возникновения проблем со здоровьем. Например, не стоит потреблять алкоголь для сокращения риска возникновения КБС – лучше обдумать альтернативные пути, такие как регулярные физические упражнения и сокращение содержания жиров в пище.
4. Те, кто пьёт не каждый день, также не должны повышать своё потребление для сокращения риска возникновения проблем со здоровьем.
5. Те, кто потребляет более двух доз в течение любого одного дня, должны сократить своё потребление алкоголя. Предел в размере двух стандартных доз в любой один день пригоден как для индивидуальной рекомендации санитарного просвещения, так и для клинического воздействия,

нацеленного на сокращение потребления, которое превышает верхнюю границу потребления низкого риска. Те, кто потребляет больше, вряд ли получат дальнейшее сокращение риска КБС, а приобретут они более высокую степень риска возникновения круга различных медицинских и социальных последствий.

6. Чтобы свести к минимуму риск развития алкогольной зависимости, должен быть хотя бы один день в неделю, когда алкоголь не потребляется совсем. Во многих исследованиях была продемонстрирована взаимосвязь между ежедневным потреблением и высоким потреблением.
7. Те, кто потребляют алкоголь, должны избегать потребления до состояния опьянения. Такое потребление существенно повышает риск возникновения отрицательных последствий для здоровья и социальной жизни.
8. Беременные женщины должны воздерживаться от потребления алкоголя. Эпизодическое потребление и потребление во время первого триместра беременности является наиболее рискованным. Более того, зная об относительно высоком уровне риска потребления в первые три месяца беременности, желательно, чтобы планирующие забеременеть женщины отказались от потребления алкоголя.
9. Потребление алкогольных напитков противопоказанно и для определённых групп людей – тех, кто:

   - страдает от определённых психических и физических заболеваний и состояний;
   - принимает определённые медикаменты или психотропные вещества;
   - управляет транспортными средствами или механизмами;
   - отвечает за общественный порядок или безопасность;
   - постоянно проявляет неспособность контролировать своё потребление;
   - те, кому пить запрещено законом, например, молодые люди, которые не достигли допустимого законом возраста.

10. Уровень своего потребления следует обсуждать со своим

врачом, который может определить факторы, в силу которых алкоголь может быть противопоказан, а также определить медикаменты, которые могут взаимодействовать с алкоголем.

Рекомендации обществу

Рекомендации санитарного просвещения, которые предоставляются работниками первичной медико-санитарной помощи в условиях поликлиники, могут видоизменяться в зависимости от конкретного человека. Для общественного санитарного просвещения необходим другой подход. Основная рекомендация – это «чем меньше, тем лучше». За исключением КБС, эпидемиологические данные могут быть сведены к следующему: при любом уровне потребления алкоголя, чем ниже уровень его потребления, тем лучше для здоровья.

Если учитывать КБС, выводы для разных возрастных групп должны быть разделены. Для молодых людей, для которых почти отсутствует риск возникновения КБС, чем ниже уровень потребления, тем лучше для здоровья. Для пожилых людей с повышенным риском возникновения КБС, действует тот же принцип, за исключением того, что при уровне потребления ниже одной дозы через день, теряется большая часть преимуществ сокращения риска возникновения КБС.

Индивидуальная рекомендация трезвенникам с высоким риском возникновения КБС должна информировать их об альтернативных способах сокращения данного риска, таких как повышение физической активности, изменение питания, прекращение курения.

Точный возраст, который отделяет младшую группу от старшей в этом случае, зависит от уровней смертности этой категории в данном регионе. Во многих развитых странах этот возраст составляет около 50 лет. При снижении уровня смертности в результате КБС этот возраст в некоторых странах и регионах может повышаться.

6. Воздействие (Консультация)

Роль работника первичной медико-санитарной помощи в работе с пациентами, которые потребляют алкоголь в опасных или вредных количествах, состоит в предоставлении индивидуального совета по сокращению потребления *(см. главу 1).* В этой главе обсуждаются воздействия (консультации) при опасном потреблении алкоголя и мотивационные беседы при потреблении алкоголя во вредных количествах. Между ними существует некоторое совпадение, и обе методики можно использовать при обоих типах потребления.

Воздействие при опасном потреблении алкоголя

Напомним, что потребление алкоголя в опасных количествах может быть определено как уровни или структуры потребления, которые с большой степенью вероятности вызовут ущерб, если потребление в таких дозах будет продолжаться. На практике оно означает потребление в среднем более 20 г чистого алкоголя в день или более 40 г в течение любого одного дня.

Тем не менее при введении программ обследования и кратких воздействий в учреждениях первичной медико-санитарной помощи в качестве границы необходимости проведения кратких воздействий можно взять более высокие уровни. Более высокие уровни предлагаются, чтобы обеспечить эффективное проведение целевых воздействий с учётом временных и экономических ограничений сектора первичной медико-санитарной помощи. Соответствующие уровни регулярного потребления составляют 350 г чистого алкоголя или больше в неделю для мужчин и 210 г или более в неделю для женщин. Эти уровни использовались в качестве точки раздела во многих исследованиях, проверявших эффективность кратких воздействий. В среднем для Европейского региона приблизительно один из шести мужчин и одна из двенадцати женщин будут потреблять больше данных уровней. Соответствующая точка раздела частоты состояния опьянения составляет 100 г за один случай потребления дважды или чаще в месяц для мужчин, и 65 г или более за один случай потребления дважды в месяц или чаще для женщин.

Пятиминутный совет – вот всё, что необходимо, чтобы добиться сокращения потребления в опасных количествах. Необходимо твёрдо, но дружески посоветовать сократить потребление алкоголя. Пациента нужно убедить, что вы не считаете его алкоголиком, но если он собирается продолжать пить в тех же количествах, у него повышается риск ущерба для здоровья и возникновения производственных и личных проблем.

Можно разъяснить пациенту типы ущерба, которые могут возникнуть в результате излишнего потребления, а именно: похмелье, раздражительность, головные боли, повышенное кровяное давление, излишний вес, расстройства желудка, заболевания печени, рак, беспокойства и депрессии, проблемы со сном, сложности в сексуальном плане, неспособность сконцентрироваться, травмы в результате аварий, ухудшение исполнения работы и финансовые проблемы.

Можно указать на позитивные причины потребления в меньших количествах: снижение риска возникновения несчастных случаев, повышения кровяного давления или заболеваний печени, возможное снижение веса, улучшение способности сконцентрироваться, ясная голова, более редкое состояние похмелья, меньше головных болей и расстройств желудка, более глубокий сон и меньшая утомляемость в общем, больше энергии и времени для новых занятий, меньше ссор с друзьями и семьей, больше удовольствия от секса, новое чувство контроля своей жизни и ощущение себя в хорошей форме, дополнительные деньги, и если вы собираетесь завести ребёнка, больше шансов на успех как у мужчин, так и у женщин.

Конечная задача пациента должна быть следующей: не более 40 г в день и не более 140 г в неделю. Некоторые люди захотят (или им будет необходимо) совсем отказаться от алкоголя. Важно, чтобы пациент согласился, что задача реально выполнима. Для тех, кто пьёт очень много, нужно установить промежуточную задачу, с последующей долгосрочной целью продолжать сокращение.

Пациента нужно побуждать регулярно вести дневник потребления, как средство измерения прогресса и для поддержания нового уровня потребления алкоголя. Если есть время, можно просмотреть потребление за последнюю неделю. При этом следует отметить потребление каждого дня и подсчитать общее потребление за неделю. Это поможет убедиться, что пациент понимает, как использовать дневник, и даст точку отсчёта для дальнейшего контроля прогресса.

Мотивация пациента усилится, если он поймёт, что в дальнейшем его прогресс будет отслеживаться. Существуют буклеты и листовки самопомощи, которые можно использовать в качестве дополнения к совету врача. В этих изданиях содержатся рекомендации, как подготовиться к сокращению потребления алкоголя и как его сокращать на практике.

Цель простого совета (то есть очень краткого воздействия) состоит в том, чтобы спокойно убедить пьющего изучить буклет или листовку, которые ему выдаются для того, чтобы обдумать, нужно ли ему изменить свои питейные привычки и установить предел потребления (вплоть до полной трезвости).

Для реализации этой цели следует решить следующие задачи:

- выявить любую известную связанную с алкоголем проблему, подчеркивая возможную взаимосвязь между этой проблемой и потреблением алкоголя;
- предоставить любой буклет по самопомощи и проверить, что пациент понял, что он относится к категории пьющих в опасных количествах;
- подчеркнуть идею об ограничении потребления, включая отказ от алкоголя по крайней мере в течение двух-трёх дней в неделю.

Воздействие при вредном потреблении алкоголя

Потребление алкоголя во вредных количествах – это потребление, наносящее ущерб психическому или физическому состоянию человека. С пациентами, пьющими во вредных количествах, должна

проводиться краткая мотивационная беседа, которую рекомендуется строить по методике разработанной английским психологом Стивеном Роллником (см. ниже). Этот подход также можно использовать при опасном потреблении алкоголя.

Медработники обычно говорят пациентам о необходимости пить меньше. Очень часто это принимает форму убеждения. И одна из проблем данных советов состоит в том, что многие пациенты ещё не готовы меняться, поэтому прямое убеждение вызывает у пациентов защитную реакцию.

Двойственное чувство по поводу сокращения потребления алкоголя — это обычное и нормальное явление. У людей с алкогольными проблемами существует конфликт между снисходительным и сдерживающим отношением к потреблению алкоголя. Интенсивность выраженности этого конфликта очень сильно варьирует и, по-видимому, повышается, как только человек собирается принимать какое-либо решение. Наиболее эффективный способ помощи пациенту в данном случае — исследовать конфликт и предложить пациенту самому высказать причины его озабоченности и аргументы в пользу изменения образа жизни.

Пациенты, потребляющие алкоголь во вредных количествах, находятся в различных точках некой условной шкалы соответственно степени их готовности к изменению. У одного края шкалы находятся те, кто совсем не готов думать об изменении. У другого — те, кто принимает решение и начинает меняться. А между этими крайностями пациенты, испытывающие сомнения по поводу изменений.

Среди потребляющих алкоголь во вредных количествах 25–30 % будут не готовы к изменению, такое же число пациентов проявят готовность измениться, а треть или половина из них будут сомневаться в этом. Люди могут двигаться как вперёд, так и назад по направлению к изменениям. Помощь в продвижении вперёд, даже если пациент ещё не принял решение изменяться, — приемлемый результат консультации. Но при этом, если медработник будет говорить с пациентами так, будто они

находятся в более продвинутой вперёд позиции, чем они есть на самом деле, вероятным результатом будет сопротивление. Таким образом, первая задача медработника состоит в определении степени готовности пациента к изменению и затем в выборе стратегии, соответствующей данному уровню мотивации.

Краткая мотивационная беседа (по С. Роллнику)

Данный подход включает в себя набор из восьми стратегий, выполнение каждой из которых занимает 5–15 минут:

1) вводная стратегия: образ жизни, стрессы и потребление алкоголя;

2) вводная стратегия: здоровье и потребление алкоголя;

3) типичный день/неделя/случай потребления;

4) хорошее и не очень;

5) предоставление информации;

6) будущее и настоящее;

7) исследование опасений;

8) помощь в принятии решения.

По мере продвижения медработника вниз по набору стратегий, требуется всё большая степень готовности пациента к изменению. В то время как стратегии из верхней части списка могут использоваться почти со всеми пациентами, пункты нижней части списка могут использоваться только с небольшим числом пациентов, которые принимают решение меняться.

Стратегии 1 и 2 – вводные стратегии. Стратегии 3 и 4 формируют доверительные отношения и помогают медработнику понять обстоятельства жизни пациента. Дальнейшее продвижение по списку зависит от степени готовности к изменению. Если пациент открыто выражает озабоченность своей пагубной привычкой, можно использовать стратегии 7 и 8. Если пациента, не особенно

волнует его злоупотребление алкоголем, нужно использовать стратегии 5 и 6.

1. **Вводная стратегия: образ жизни, стрессы и потребление алкоголя.** Эта стратегия предполагает в начале ведение общей беседы об образе жизни пациента на данный момент, а затем затрагивание темы о потреблении алкоголя с открытым вопросом: «Какова роль алкоголя в вашей повседневной жизни?»
2. **Вводная стратегия: здоровье и потребление алкоголя.** Эта стратегия особенно полезна для применения на участках общей практики, когда медработник считает, что потребление алкоголя пациентом приводит к проблемам. За общим опросом о состоянии здоровья следует простой, открытый вопрос, например, «Какова роль алкоголя в вашей повседневной жизни?» или » Как ваше потребление алкоголя влияет на ваше здоровье?»
3. **Типичный день/неделя/случай потребления.** Задача этой стратегии – установить доверительные отношения, помочь пациенту детально рассказать о его нынешнем поведении без связи с какой-либо патологией и оценить более детально его степень готовности к изменению. Так как медработник не ссылается ни на какую проблему или опасение, эта стратегия особенно полезна для пациентов, которые, скорее всего, не готовы обдумывать изменения. Также это стратегия полезна в качестве стартовой для других пациентов с большей степенью готовности, так как она помогает медработнику понять контекст поведения по этому вопросу и помогает собрать нужную для оценки информацию.

Выбрав с пациентом типичный день, неделю или случай потребления, медработник начинает следующим образом: «Можем мы потратить 5–10 минут и описать весь этот день (неделю, случай потребления) от начала до конца? Что тогда происходило? Что вы чувствовали? И какова роль алкоголя в вашей повседневной жизни? Давайте начнём сначала». Основная цель медработника –

провести пациента через последовательность событий, обращая при этом внимание на поведение и чувства, задавая простые и открытые вопросы.

4. **Хорошее и не очень.** Эта стратегия помогает установить доверительные взаимоотношения, предоставляет информацию и помогает произвести оценку готовности к изменению. Здесь мы приближаемся к оценке сомнений, избегая при этом таких слов, как проблема или озабоченность. Пациента можно спросить: «Что хорошего даёт вам потребление алкоголя?» или «Что вам нравится в потреблении алкоголя?»

Затем пациента спрашивают: «Что не особо хорошего вы находите в потреблении алкоголя?» или «Что вам не нравится в связи с вашим уровнем потребления алкоголя?»

После ответов на оба вопроса медработник должен подвести итог хороших и плохих сторон, сказав например: «Итак, потребление алкоголя помогает вам расслабиться, вам нравится выпивать с друзьями и это помогает вам, когда вы действительно чувствуете себя угнетённым. С другой стороны, по вашим словам, вы иногда чувствуете, что алкоголь контролирует ваше поведение, и по утрам в понедельник вам сложно выполнять любую работу».

5. **Предоставление информации.** Предоставление информации пациенту является обычной задачей медработника Тем не менее способ подачи информации может оказывать решающее влияние на то, как пациент отвечает и реагирует.

Существует три фазы предоставления информации:

– обеспечение готовности пациента воспринимать информацию;

– сообщение информации в нейтральном, общем ключе;

– исследование реакции пациента с помощью открытых вопросов, таких как «Что вы думаете по этому поводу?»

Вначале полезно спросить разрешения у пациента на сообщение

информации, используя такие вопросы, как «Интересно ли вам узнать немного больше о влиянии алкоголя на здоровье?»

Информацию лучше всего сообщать нейтрально, говоря о том, что обычно случается с людьми вообще, а не с конкретным пациентом.

6. **Будущее и настоящее.** Эта стратегия может использоваться только с теми пациентами, кто хоть немного озабочен своим потреблением. Сосредоточив внимание на контрасте между обстоятельствами жизни этого пациента на данный момент и тем, каким он хочет быть в будущем, можно обнаружить противоречие, способное стать очень сильной мотивирующей силой. Полезный вопрос для этого: «Каких конкретно изменений в вашей жизни вы бы хотели в будущем?». Затем медработник переключает внимание на настоящий момент вопросом: «Что мешает вам сейчас сделать то, что вы хотите?» и «Как ваше потребление алкоголя влияет на вас на данный момент?».

Обсуждение этих вопросов часто приводит к прямому изучению озабоченности потреблением алкоголя и к постановке вопроса об изменении питейных привычек.

7. **Исследование опасений.** Эта стратегия является самой важной, так как она определяет направление работы, цель которой получить информацию от пациента о его опасениях, касающихся потребления им алкоголя. Но её можно использовать только с пациентами, у которых есть такие опасения, и, таким образом, она не может быть использована с пациентом, который не думает над изменением.

Стратегия состоит в том, что после вводного вопроса пациенту «Какие опасения у вас есть по поводу вашего потребления алкоголя?» следует просто подвести итог первому опасению. Затем задать следующий вопрос: «Какие ещё опасения у вас имеются?». И так далее – до тех пор, пока все опасения не будут высказаны. Эта стратегия завершается общим подведением

итогов, где подчёркиваются не только эти опасения, но также высказанные пациентом преимущества потребления алкоголя. Это делается, чтобы сравнить контрастные элементы баланса сомнений пациента.

Часть внутреннего конфликта пациента состоит из представления о том, что может случиться, если он изменит свои питейные привычки. Сходная стратегия, таким образом, может быть составлена и для опасений по поводу изменений. Вводный вопрос может быть типа «Какие опасения есть у вас по поводу сокращения потребления алкоголя?».

8. **Помощь в принятии решения.** Эта стратегия может быть использована только с пациентами, где наблюдается некоторое желание принять решение измениться. Пациента не нужно торопить с принятием решения. Нужно представить скорее варианты планов на будущее, чем единственное направление действий. Можно описать, что другие пациенты делали в сходной ситуации. Медработник должен подчеркнуть, что пациент сам решает, что для него лучше. Информацию нужно сообщать в нейтральном, общем ключе. Неудачная попытка достичь решения об изменении, не означает неудачу консультации. Решения измениться часто срываются – пациент должен понимать это. Ему необходимо сказать, что будущий контакт состоится даже в том случае, если всё пойдет не так, как намечено. Приверженность изменению часто неустойчива, медработник должен ожидать этого и сочувствовать, если пациент попал в затруднительное положение.

Этот метод индивидуального подхода к пациенту при обсуждении изменения поведения является новым навыком для многих медработников. Хотя это забирает больше времени, метод индивидуального подхода к пациенту является более эффективным, чем просто совет и, таким образом, будет более полезным для пациента в длительной перспективе.

В заключение, необходимо повторить, что описанные в этом

обзоре краткие воздействия (консультации) разработаны для пациентов, потребляющих алкоголь в опасном или вредном количестве. Пациенты, у которых проявляются признаки зависимости или серьёзного физического заболевания в результате их потребления алкоголя требуют другого подхода. Цель воздействий в этом случае может состоять в полной трезвости и в направлении в специализированные службы.

Эффективность краткого воздействия

Хорошими примерами крупных исследований эффективности метода краткого воздействия стали работы, проведённые Медицинским исследовательским советом (МИС) в Великобритании, и международный проект, реализованный Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ).

Исследование МИС по образу жизни и здоровью. С помощью вопросника по состоянию здоровья были отобраны 917 мужчин и женщин, злоупотребляющих алкоголем (еженедельное потребление более 350 г для мужчин и 210 г для женщин). Они были произвольно распределены: в контрольную группу, где было проведено лишь оценочное интервью, и в группу воздействия. Участники группы воздействия получили 15-минутный совет своего врача общей практики сократить своё потребление. Мужчины контрольной группы (322 человека) в течение года последующего наблюдения сократили своё потребление алкоголя в среднем с 640 до 560 г в неделю (т. е. на 12,5 %). Мужчины из группы воздействия (318 человек) сократили своё потребление в среднем с 620 до 440 г в неделю (т. е. на 29 %). Проявилась весьма значительное различие между контрольной группой и группой воздействия, что было подтверждено и значительным различием в уровне сыворотки гамма-глутамилтрансферазы (ГГТ). Позитивный эффект воздействия также наблюдался и среди женщин, хотя величина его была меньше. Женщины контрольной группы (137 человек) в течение года последующего наблюдения сократили своё среднее потребление с 370 до 300 г в неделю (18,9%), в то время как участницы группы воздействия (130 человек) сократили своё среднее потребление с 350 до 240 г в неделю (31,4 %).

Значительной разницы в уровнях ГГТ контрольной группы и группы воздействия за период последующего наблюдения обнаружено не было.

Исследование также показало, что доля злоупотребляющих снижается в соответствии с количеством консультаций врача общей практики, которые они посетили. Из тех мужчин, которые посетили одну консультацию, 79 % продолжали злоупотреблять алкоголем в течение года последующего наблюдения; из посетивших пять консультаций продолжали злоупотреблять алкоголем лишь 41 %. Соответствующие цифры для женщин составляют 67 % и 31 %.

Исследование ВОЗ производилось на базе многих центров в рамках межнационального клинического испытания процедур краткого воздействия, разработанных с целью сокращения риска для здоровья, связанного с потреблением алкоголя в опасных дозах. 1655 злоупотребляющих алкоголем (1356 мужчин и 299 женщин) были отобраны из больниц, клиник первичной медико-санитарной помощи, предприятий и учреждений образования. Люди отбирались либо на основе данных об их потреблении алкоголя (350 г в неделю или больше – для мужчин; 225 г в неделю или больше – для женщин), либо на основе данных о частоте случаев опьянения у этого человека (100 г за один приём дважды в месяц или более – для мужчин; 65 г или более за один приём дважды в месяц или более – для женщин).

Восемь центров выполняли основную схему исследования, которая состояла из произвольного распределения злоупотребляющих алкоголем:

- в контрольную группу, где проводилось оценочное интервьюирование;
- в группу простого совета, где дополнительно пять минут посвящалось совету о важности разумного потребления или трезвости;
- в группу краткого воздействия, где дополнительно выдавалось пособие по самопомощи и дополнительная 15-

минутная консультация. Медработником, выполнявшим процедуру, были для 46 % пациентов – медсестра, для 18 % – психолог, для 18 % – врач и для 18 % – другие специалисты.

Что касается мужчин, контрольная группа сократила своё обычное ежедневное потребление на 10,1 %; пациенты из группы простого совета сообщили о сокращении на 37,8 %; группа краткой консультации – на 31,9 %.

У женщин сокращение потребления алкоголя наблюдалось и в контрольной группе, и в группах, где была проведена консультация, без значительной разницы между ними.

При сравнении краткого воздействия со специализированным лечением не было получено никаких данных о преимуществах последнего. Но краткие воздействия существенно сокращают затраты здравоохранения и ведут к улучшению состояния здоровья населения. Затраты же на обследование при помощи опросников и проведение программ воздействий довольно низки по сравнению с другими методами.

7. Препятствия на пути реализации и их преодоление

Хотя работники первичной медико-санитарной помощи понимают важность проведения кратких консультаций по поводу потребления алкоголя в опасных и вредных количествах, они, как правило, мало их используют. Даже когда они их проводят, то редко используют эффективные методики изменения поведения.

Причины, на которые обычно ссылаются медработники, почему они не проводят больше кратких консультаций, включают в себя:

- недостаток позитивной поддержки, возникающий из-за относительно низкого уровня эффективности индивидуальной работы с пациентами, что ведет к её потенциально плохому восприятию;
- предполагаемая ненужность вопросов о потреблении алкоголя каждому взрослому человеку;

- недостаточная подготовленность;
- нехватка времени;
- несоответствующая оплата;
- нехватка соответствующих материалов, включая средства обследования;
- недостаточная поддержка другого персонала.

Другие преграды включают в себя: проблемы личного отношения, такие как недостаток уверенности, нереальные ожидания, ложные убеждения этического плана, и недостаток основных навыков, касающихся психологии поведения и обучения.

Также возможная причина нежелания работников медико-санитарной помощи проводить краткие консультации состоит в скептицизме по отношению к их эффективности в условиях поликлиники. Часто неясно, могут ли определённые превентивные действия значительно снизить смертность или заболеваемость, связанные с потреблением алкоголя. Также неясно, как сравнить относительную эффективность различных превентивных действий, что осложняет решение занятого медработника о том, какое воздействие является наиболее важным во время краткого визита пациента. Общее опасение может состоять в том, что некоторые действия могут принести больше вреда, чем пользы.

Некоторые из этих препятствий можно преодолеть путём соответствующей профессиональной подготовки и постоянного обучения, признавая, что работники первичной медико-санитарной помощи понимают важность выявления и принятия мер по потреблению алкоголя в опасных и вредных количествах, и эти действия соответствуют их широкому пониманию функций здравоохранения.

Некоторые выборочные контрольные обследования показали, что готовность к проведению профилактики заболеваний и контрольных режимов может быть повышена путём использования практичной системы напоминаний. Среди использованных приёмов: таблицы-напоминания и таблицы-схемы, компьютерные подсказки по записям о пациенте, записи самих пациентов и различные формы

осуществления обратной связи. Эффективность также может быть повышена путём соответствующей системы отслеживания пациента.

Обучение и последующее наблюдение побуждает работников первичной медико-санитарной помощи участвовать в деятельности по укреплению здоровья. Прошедшие обучение медработники с большей вероятностью участвуют в превентивных программах и добиваются больших успехов в работе, чем необученные работники. Продолжение поддержки после обучения также приводит к повышению уровня постоянного участия в превентивных программах.

Решающую роль в мотивировании бригад первичной медико-санитарной помощи для выполнения работы с пациентами, злоупотребляющими алкоголем, могут сыграть организаторы здравоохранения.

- Организатора необходимо рассматривать как связующее звено между исследованием и внедрением на практике новшеств в области алкоголя и первичной медико-санитарной помощи – с одной стороны, и врачом или другим членом бригады первичной медико-санитарной помощи на местном уровне – с другой.
- Организатор должен действовать, как проводник изменения, активно способствуя и помогая установлению новых типов поведения или отношений, необходимых для реализации ведения протоколов по алкоголю и проведения консультаций в целевых группах.
- Организатор должен работать с медработниками учреждения, с целью выявить хотя бы небольшие успехи в работе с пациентами, на основе которых может возникнуть позитивное отношение и более сильная мотивация работать с этими пациентами.
- Роль организатора непосредственно в консультировании пациентов, которая обычно не выходит за пределы помощи в случаях, когда об этом просит врач, должна быть ясно показана во всех информационных стратегиях и материалах.
- Работа организатора должна соответствовать условиям

каждого отдельного участка практики; структуры должны быть достаточно гибкими, чтобы позволять врачам и другому персоналу обладать некоторой свободой для адаптации программы к своему стилю работы и складу характера.

8. Образование и обучение

Изменение поведения работников первичной медико-санитарной помощи является сложным процессом. Образование может сыграть свою роль в изменении структуры их практической деятельности. Другие воздействия, которые должны быть включены в общий план, включают в себя изменения в оплате, определение минимальных стандартов помощи, обеспечение возможности направления к специалистам и изменение ожиданий пациентов. Изменения в клинической практике требуют длительных усилий специалистов санитарного просвещения и медицинского образования.

Принципы образования

Стратегии обучения, ориентированные на обучаемого. При использовании стратегии обучения, ориентированной на обучаемого, учащихся просят поработать совместно с организаторами курса при разработке задач и методов обучения, отвечающих их ожиданиям и нуждам. К методам, которые можно использовать для воплощения этого подхода обучения относятся: вовлечение намеченной для обучения группы в процесс разработки материалов курса, просьба участникам в начале семинара или курса определить задачи и периодически спрашивать, выполняет ли организатор курса задачи аудитории с тем, чтобы оценить программу и переработать курс на будущее.

Изучение отдельных случаев. Изучение отдельных случаев, знакомая форма работы для аудитории, довольно полезна, особенно при работе в условиях негативного отношения, которое нередко выражают работники первичной медико-санитарной помощи.

Обучение на основе опыта. Обучение на основе опыта включает в себя обсуждение личных историй, ролевые игры, активное участие

в групповых процессах и работу в малых группах. Просьба к слушателям рассказать о своём опыте, даёт возможность сосредоточиться на личных чувствах, что зачастую важно для процесса обучения. Ролевые игры играют решающую роль в формировании навыков и позволяют участникам практиковать методики.

Длительный опыт. Преобразование понятий обучения в долгосрочные практические изменения требует вовлечения обучающихся как до, так и после периода обучения. К примерам успешных стратегий относятся: рассылка материалов для чтения перед курсом, просьба участникам выполнить задания до посещения курсов, просьба участникам разработать конкретный план работы в конце курса, чтобы реализовать то, чему они научились, и последующее наблюдение с помощью телефонных звонков или посещений, для поддержки внедрения и перемен.

Связи. Многие работники первичной медико-санитарной помощи не знают о наличии имеющихся в данной местности ресурсов, которые могут помочь пациентам справиться с потреблением алкоголя в опасных или вредных количествах. Налаживание связей с такими ресурсами и предоставление совета являются важными составляющими успешных обучающих программ.

Изменение норм практики. Обучение участников тому, как изменить их обычную практику, является следующим важным компонентом успешной обучающей программы.

Модели образования и обучения

Непрерывное медицинское образование. В ряде стран, в том числе и России, НМО является обязательным, если доктора и медсёстры хотят сохранить свой профессиональный статус и лицензию на работу. Преобладающим методом обучения традиционно является лекция с последующим кратким опросом. Это позволяет быстро сообщить новую информацию, особенно если прилагаются соответствующие материалы для чтения.

Программы обучения преподавательского состава. Такие программы

посвящены развитию учебных и клинических навыков у тех, кто проводит обучение работников первичной медико-санитарной помощи. Обучение преподавателей, по сравнению с индивидуальным обучением медработников, увеличивает количество работников первичной медико-санитарной помощи, которые могут применять навыки, полученные в результате программ обучения. Подготовка критической массы преподавателей и создание их сети необходимо для поддержания обучающей деятельности. Обучение преподавателей также может помочь изменить нормы практики, а обученный преподавательский состав может взять на себя ведущую роль в изменении стандартов помощи путем использования программ обеспечения качества.

Системный подход. Системный подход к обучению можно использовать, чтобы помочь работникам первичной медико-санитарной помощи расширить свои взгляды по программам укрепления здоровья на местном уровне и помочь им проводить превентивную работу на их участках.

Компетентность и рекомендации по обучению

Рабочая группа ВОЗ определила следующие 12 факторов компетентности, необходимых для того, чтобы помочь пациентам справиться с потенциальными или действительными проблемами, связанными с потреблением алкоголя. Врачи и бригад первичной медико-санитарной помощи должны:

- обладать знаниями о распространённости практики опасного и вредного потребления алкоголя, а также о связанных с этим физических, психологических и социальных проблемах;
- хорошо знать о том влиянии, которое злоупотребление алкоголем оказывает на партнеров и семьи пьющих, а также давать ему должную оценку;
- понимать личное отношение пациента к алкоголю;
- уметь выявлять различные, физические, психологические и социальные признаки злоупотребления алкоголем;
- уметь донести в подходящем для этого контексте точную информацию об алкоголе и связанных с его потреблением

проблемах до пациентов или их родственников;
- уметь различать такие уровни потребления алкоголя, как уровень низкого риска, уровень опасного/вредного потребления и уровень алкогольной зависимости;
- уметь принимать необходимые меры в случае физических последствий или осложнений острой алкогольной интоксикации;
- уметь собрать точный анамнез употребления алкоголя;
- уметь распознать признаки обусловленного потреблением алкоголя заболевания;
- уметь правильно интерпретировать результаты лабораторного обследования;
- уметь выбирать правильный план ведения пациента (краткий совет, консультация или направление пациента к соответствующим врачам специалистам или в клинику);
- уметь организовать и провести необходимый курс детоксикации пациента на дому.

9. Работа с членами семьи и друзьями пациента

Как уже говорилось, при уровне потребления 20 г чистого алкоголя в день 20 % мужчин и женщин испытывают вызванный потреблением алкоголя ущерб в двух или более областях жизни таких, как семья, друзья и работа.

Вызываемый алкоголем ущерб испытывает не только сам пьющий, но и его окружение. Данные финских исследователей свидетельствуют, что почти половина населения имеет в своём близком окружении человека, который пьёт слишком много, для женщин это чаще всего родственник, а для мужчин – коллега или друг. Четверть населения (30 % женщин и 16 % мужчин) лично пострадали в результате потребления алкоголя другим человеком.

Семья и друзья людей с алкогольными проблемами важны по двум причинам. Во-первых, они важны сами по себе, как люди, подвергающиеся риску в результате стрессовой ситуации, которая может привести к физическому или психическому ущербу. Связанные с алкоголем проблемы у родственника или друга

являются одной из наиболее часто называемых причин стрессовой ситуации. Существует сходство между тем, как семьи справляются с проблемой алкогольной зависимости у члена семьи, и тем, как они справляются с другими хроническими стрессовыми обстоятельствами, такими как физическое заболевание, инвалидность, безработица и нищета. Во-вторых, члены семьи наиболее часто считаются источником поддержки при лечении родственников с алкогольными проблемами.

В ВОЗ имеется проект по урегулированию алкогольных проблем в семье. Философия этого проекта состоит в том, что когда кто-либо злоупотребляет алкоголем, его или её близкие родственники страдают в результате хронической стрессовой ситуации, что может привести к физическому или психическому заболеванию. Родственники принимают прямое участие в происходящем и хорошо знают, что происходит, как лучше всего справиться с этим и как сократить их собственный риск возникновения заболеваний. Одни пути решения проблемы родственниками будут в большей степени, чем другие, оказывать желаемое влияние на потребление алкоголя членом семьи или другом – это будет зависеть от обстоятельств жизни родственника. Работники первичной медико-санитарной помощи могут помочь родственникам найти пути сокращения риска их здоровью, помогая сократить излишнее потребление алкоголя членом семьи или другом.

Работник первичной медико-санитарной помощи может сделать четыре важные вещи, чтобы помочь родственнику или другу пациента справиться с проблемой злоупотребления близкого человека.

1. **Выслушать без осуждения.** Нужно попросить родственника или друга рассказать об обстоятельствах, с которыми он сталкивается дома, отвечать ему без осуждения и с выражением поддержки. Это следует делать с глазу на глаз, конфиденциальность должна соблюдаться. Необходимо предоставить достаточное количество времени, чтобы данный родственник мог рассказать свою историю, выразить подавленность, которую он, возможно, испытывает, и дать

ему почувствовать, что его понимают.

Можно затронуть следующие темы: влияние злоупотребления алкоголем на пьющего и на других членов этой семьи, как пьющий пытался справиться со своим злоупотреблением, поддержка, которая была оказана другим членам семьи, их состояние здоровья, благосостояние, нужды и ожидания.

2. **Предоставить информацию.** Информация является одним из основных типов поддержки, которую люди при стрессовых обстоятельствах находят полезной. Позитивная информация — вот что больше всего хотят услышать члены семьи, хотя медработники придают этому относительно малое значение.
3. **Обсудить пути решения проблемы в недирективной, некатегоричной форме.** Требуется применять недирективный подход при изучении альтернативных путей нейтрализации потенциально стрессовых событий и обстоятельств в данной семье. Членам семьи и друзьям нужно позволить высказывать альтернативные решения и пытаться использовать различные подходы, постепенно переходя к всё более обоснованному выбору методов решения проблемы. Родственники и друзья обычно пытаются справиться с проблемой самыми разными способами: например, через эмоции, терпимость, отсутствие активности, избегание, контроль, конфронтацию, поддержку пьющего и независимость. Причём большинство родственников считают терпимость и отсутствие активности бесполезными, а конфронтацию — полезной.
4. **Помочь усилить социальную поддержку и совместное решение проблем в семье.** Сюда входят такие средства, как побуждать злоупотребляющего алкоголем пройти лечение, заручиться помощью других членов семьи пьющего и друзей, попытаться улучшить взаимопонимание и решение проблем в рамках всей семьи и определить дополнительные источники поддержки в семье и вне её.

Семья, какое бы определение ей не давалось, является местом, где образ жизни приобретается, сохраняется или меняется со

временем. Именно в условиях семьи часто приобретается и сохраняется отношение к алкоголю и связанное с ним поведение. Это главная потребительская единица для покупок, продуктов и услуг, влияющих на состояние здоровья. Это основной источник стрессов и социальной поддержки. Семья, таким образом, предоставляет главную возможность для изменения образа жизни. Тем не менее не нужно ждать, что семья возьмёт на себя эти обязательства самостоятельно. Необходимо, чтобы в достижении и поддерживании хорошего здоровья, особенно в условиях лишений, семью поддерживало местное сообщество.

Заключение

Благодаря своей распространённости, доступности и охвату, первичная медико-санитарная помощь обладает потенциалом сокращения риска, возникающего в результате потребления алкоголя в опасных и вредных количествах.

Основой ответных мер первичной медико-санитарной помощи является концепция о том, что алкоголь представляет собой фактор риска возникновения заболеваний. Существует взаимосвязь «доза – ответная реакция» между потреблением алкоголя и множеством видов физического и социального ущерба. Значительная часть населения (т. е. каждый третий мужчина и каждая десятая женщина) подвергается риску, потребляя более 20 г чистого алкоголя в день. Уровень потребления в молодости определяет уровень потребления далее в жизни.

Краткие консультации при низких затратах сокращают потребление алкоголя в среднем более чем на 20 %. Для выявления пациентов, с которыми необходима такая форма работы, взрослое население нужно обследовать с использованием количественно-частотных вопросников по потреблению алкоголя или AUDIT (см. приложения).

Рекомендации санитарного просвещения для потребляющих группы низкого риска должны состоять в том, что при любом уровне потребления, чем меньше алкоголя, тем лучше. Для людей старше

50 лет при потреблении менее 10 г чистого алкоголя через день потенциальное преимущество сокращения риска возникновения КБС теряется. Тем не менее те, кто не пьёт на данный момент, не должны начинать это делать.

При опасном и вредном потреблении необходим лишь 5–10 минутный совет, чтобы сообщить нужную информацию, посоветовать сократить потребление и снабдить пациента нужной литературой. Мотивационное интервью поможет тем, кто сомневается по поводу изменений своих питейных привычек.

Организаторы здравоохранения могут помочь преодолеть некоторые барьеры, с которыми сталкиваются работники первичной медико-санитарной помощи при попытках проводить краткие интервенции. Работников первичной медико-санитарной помощи нужно обеспечить пакетами материалов и протоколов, чтобы помочь им проводить эффективные краткие консультации. Обеспечение обучения навыкам важно для расширения практики этих воздействий. Подход, нацеленный на подготовку преподавателей, обеспечит широкий охват обучения. Обучение должно быть поддержано рекомендациями профессиональных ассоциаций.

Алкоголь является распространённой причиной стрессов и депрессий в семье. Работники первичной медико-санитарной помощи могут помочь членам семьи и друзьям пьющих предотвратить вредные последствия их потребления для семьи.

Семейное окружение играет важную роль в укреплении здоровья, но только тогда, когда это поддерживается местным населением. Наиболее многообещающим подходом является подход, нацеленный на местное население в целом, с акцентом на индивидуальное поведение и влияние окружения.

Для работников первичной медико-санитарной помощи существует масса возможностей проявить свой интерес к созданию здоровой обстановки и пытаться действовать в этом направлении. Действия первичной медико-санитарной помощи будут бесполезными, если они не сопровождаются реализацией эффективной алкогольной

политики. Необходимо, чтобы действия первичной медико-санитарной помощи сопровождались эффективной стратегией и задачами здравоохранения, а также системами контроля и оценки действий.

Литература:

Rollnick, S., Miller, W. R., Butler, C. C.: Motivational Interviewing in Health Care: Helping Patients Change Behavior (Applications of Motivational Interviewing). Guilford Press, 2008.

Андерсон, Петер. Алкоголь и первичная медико-санитарная помощь // Публикации Регионального бюро ВОЗ, Европейская серия, № 64. Копенгаген, 1998.

Демин А. К., Коротаев А. В., Халтурина Д. А. Злоупотребление алкоголем в Российской Федерации: социально-экономические последствия и меры противодействия. – Общественная палата РФ, 2009.

Об утверждении Концепции по информированию населения Российской Федерации о вреде злоупотребления алкоголем : приказ Минздрава России от 30.06.2016 N 448.

Приложения

Приложение 1. **Количественно-частотное измерение уровня потребления алкоголя**

За последний месяц выпивали ли вы алкогольные напитки вообще?

– Да

– Нет

Если ответ «да», пожалуйста, ответьте на вопросы А и В.

А. Насколько часто вы выпивали любой из следующих типов напитков за последний месяц?

Пиво	Ни разу	Реже раза в неделю	1–2 раза в неделю	3–4 раза в неделю	5–6 раз в неделю	Каждый день
Вино, вермут и т. п.	Ни разу	Реже раза в неделю	1–2 раза в неделю	3–4 раза в неделю	5–6 раз в неделю	Каждый день
Крепкие напитки (водка, виски, коньяки и т. п.)	Ни разу	Реже раза в неделю	1–2 раза в неделю	3–4 раза в неделю	5–6 раз в неделю	Каждый день

В. Когда вы выпивали в течение последнего месяца, сколько из следующих типов напитков вы обычно выпивали в день (24 часа)?

Кружки пива	Ни одной	0,5–1	1–2	3	4–5	6–7	8 или более
Бокалы вина, вермута и т. п.	Ни одного	1–2	3–4	5–6	7–9	11–14	15 или более
Дозы крепких спиртных напитков (водка, коньяк и т. п.)	Ни одной	1–2	3–4	5–6	7–9	11–14	15 или более

Приложение 2. **ТЕСТ AUDIT**

Вопросы	Баллы	Вопросы	Баллы

1. Как часто вы употребляете алкогольные напитки? (0) Никогда *(перейдите к вопросам 9–10)* (1) Раз в месяц или реже (2) 2–4 раза в месяц (3) 2–3 раза в неделю (4) 4 раза в неделю и чаще		6. Как часто в течение последнего года вам приходилось выпивать утром для нормализации самочувствия после чрезмерного употребления алкоголя накануне? (0) Никогда (1) Реже, чем раз в месяц (2) Раз в месяц (3) Раз в неделю (4) Каждый или почти каждый день	
2. Сколько стандартных порций алкоголя вы потребляете обычно за день? (0) 1 или 2 (1) 3 или 4 (2) 5 или 6 (3) 7, 8 или 9 (4) 10 или более		7. Как часто в течение прошедшего года вы испытывали чувство вины или угрызения совести после употребления алкогольных напитков? (0) Никогда (1) Реже, чем раз в месяц (2) Раз в месяц (3) Раз в неделю (4) Каждый день или почти каждый день	

3. Как часто вы за один раз потребляли шесть или более стандартных порций алкоголя? (0) Никогда (1) Реже, чем раз в месяц (2) Раз в месяц (3) Раз в неделю (4) Каждый день или почти каждый день *Перейдите к вопросам 9 и 10, если набрали 0 баллов, отвечая на вопросы 2 и 3.*		8. Как часто за последний год вы не могли утром вспомнить события предшествующего вечера, когда вы употребляли алкогольные напитки? (0) Никогда (1) Реже, чем раз в месяц (2) Раз в месяц (3) Раз в неделю (4) Каждый день или почти каждый день	
4. Как часто в течение года вы чувствовали, что не в состоянии остановиться после того, как начали употреблять алкоголь? (0) Никогда (1) Реже, чем раз в месяц (2) Раз в месяц (3) Раз в неделю (4) Каждый день или почти каждый день		9. Получали ли вы или кто-либо другой травмы в результате употребления вами алкогольных напитков? (0) Нет (2) Да, но не в прошедшем году (4) Да, в прошедшем году	

5. Как часто в течение прошедшего года вы не выполнили то, что от вас ожидалось, из-за употребления алкогольных напитков? (0) Никогда (1) Реже, чем раз в месяц (2) Раз в месяц (3) Раз в неделю (4) Каждый день или почти каждый день		10. Говорил ли вам друг, родственник или врач о своей обеспокоенности вашим отношением к алкоголю, и рекомендовалось ли вам уменьшить количество потребляемого алкоголя? (0) Нет (2) Да, но не в прошедшем году (4) Да, в прошедшем году	
Общее количество баллов			

Приложение 3. **Таблица для расчёта стандартных доз**

	Дозы и количество употребляемого алкоголя								
Крепость алкоголя	50 г	100 г	150 г	200 г	330 г	500 г	750 г	1000 г	2000 г
4%	0	0	0	1	1	2	2	3	6
5%	0	0	1	1	1	2	3	4	**8**
6%	0	0	1	1	2	2	4	5	**9**
7%	0	1	1	1	2	3	4	6	**11**
8%	0	1	1	1	2	3	5	6	**13**
9%	0	1	1	1	2	4	5	7	**14**
10%	0	1	1	2	3	4	6	**8**	**16**
11%	0	1	1	2	3	4	**7**	**9**	**17**
12%	0	1	1	2	3	5	**7**	**9**	**19**
13%	1	1	2	2	3	5	**8**	**10**	**21**

14%	1	1	2	2	4	6	**8**	**11**	**22**
15%	1	1	2	2	4	6	**9**	**12**	**24**
16%	1	1	2	3	4	6	**9**	**13**	**25**
17%	1	1	2	3	4	**7**	**10**	**13**	**27**
18%	1	1	2	3	5	**7**	**11**	**14**	**28**
19%	1	2	2	3	5	**8**	**11**	**15**	**30**
20%	1	2	2	3	5	**8**	**12**	**16**	**32**
21%	1	2	2	3	5	**8**	**12**	**17**	**33**
22%	1	2	3	3	6	**9**	**13**	**17**	**35**
30%	1	2	4	5	**8**	**12**	**18**	**24**	**47**
35%	1	3	4	6	**9**	**14**	**21**	**28**	**55**
38%	2	3	5	6	**10**	**15**	**23**	**30**	**60**
40%	2	3	5	6	**10**	**16**	**24**	**32**	**63**
50%	2	4	6	**8**	**13**	**20**	**30**	**40**	**79**
80%	3	6	**9**	**13**	**21**	**32**	**47**	**63**	**126**

Примечание: цифры, выделенные жирным шрифтом, означают высокое и опасное количество доз алкоголя.