

ISSN 2225-6016

# ВЕСТНИК

*Смоленской государственной  
медицинской академии*

*Том 19, №2*

2020



**РЕЗУЛЬТАТЫ АНКЕТИРОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ НА ФОНЕ ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛКОГОЛЯ**

© Иванишкина Е.В., Диденко В.Н., Крикова А.В., Евсеев А.В., Дмитриева Е.В.,  
Зайцева В.М., Волк С.В., Нанкевич И.Н.

Смоленский государственный медицинский университет, Россия, 214019, Смоленск, ул. Крупской, 28

*Резюме*

**Цель.** Составить социально-психологический портрет больных с патологией гепатобилиарной системы на фоне зависимости от алкоголя и выявить отношения к употреблению спиртосодержащих напитков и частоту употребления и оценить результаты анкетирования больных с патологией гепатобилиарной системы на фоне зависимости от алкоголя.

**Методика.** В анкетировании приняло участие 70 (тест AUDIT) и 12 (тест CAGE) человек с заболеваниями гепатобилиарной системы на фоне зависимости от алкоголя. Статистическая обработка данных включала методы описательной статистики. Построение доверительного интервала 95% ДИ проводилось по формуле для долей и частот методом Вальда. Достоверность различия изучаемых признаков оценивалась с использованием углового преобразования Фишера. Статистическая значимость признавалась при вероятности >95% ( $p < 0,05$ ). Статистический анализ результатов выполнен в Microsoft Excel 16 с использованием надстройки «Анализ данных».

**Результаты.** Портрет пациента с патологией гепатобилиарной системы на фоне зависимости от алкоголя: употребляет алкогольные напитки 2-3 раза в неделю и кратность приема составляет 3-4 раза в день. Выпивает более 180 мл водки, 750 мл вина или 1 л пива от 7 до 10 раз и более 50% респондентов, не способен остановиться, начав пить. За последний год испытывал необходимость выпить утром, чтобы прийти в себя после предшествующей тяжелой выпивки (опохмелиться) и испытывает чувство вины и (или) раскаяния после выпивки, неспособен вспомнить, что было накануне, из-за того, что выпивал. Считает выпивку причиной телесных повреждений, как у него самого, так и у других людей. Окружающие проявляют озабоченность, по поводу употребления алкоголя и предлагают прекратить выпивать. Первичное обследование больного с зависимостью от алкоголя, включающее в том числе, анкетирование, дает возможность составить социально-психологический портрет больного с более объективной информацией, что поможет установить психотерапевтический контакт с больным, а это в свою очередь улучшить результат лечения.

**Заключение.** Известно, что в клинической практике диагноз – алкогольная болезнь печени устанавливается редко. Таким образом, ранняя оценка поражений гепатобилиарной системы, в том числе, у лиц, злоупотребляющих алкоголем с использованием современных информативных методов исследования, является актуальной. В исследовании применяли скрининг-тест и опросник на алкоголизм с целью выявления нарушений, связанных с употреблением алкоголя и позволяющей диагностировать на начальном этапе злоупотребление алкоголем. В ходе проведенного исследования установлен социально-психологический портрет больного с патологией гепатобилиарной системы на фоне зависимости от алкоголя, что, на наш взгляд, является важным разделом анамнеза. Больные имеют синдром алкогольной зависимости с выраженной психической и физической зависимостью. Часть больных, критически оценивающих свое состояние, отмечали нарастание толерантности, провалы в памяти о том, что было накануне, также умалчивали о вспышках гнева и возбуждения, о скандалах в семье, нарушение общественного порядка.

*Ключевые слова:* алкоголь, болезни печени, анкетирование

**RESULTS OF QUESTIONNAIRES OF PATIENTS WITH HEPATOBILIARY SYSTEM PATHOLOGY AGAINST THE BACKGROUND OF ALCOHOL DEPENDENCE**

Ivanichkina E.V., Didenko V.N., Krikova A.V., Evseev A.V., Zaitseva V.M., Dmitrieva E.V., Volk S.V., Nankevich I.N.

Smolensk State Medical University, 28, Krupskoj St., 214019, Smolensk, Russia

### Abstract

**Objective.** To make a socio-psychological portrait of patients with the pathology of the hepatobiliary system on the background of alcohol dependence and to identify attitudes to the consumption of alcohol-containing drinks and its frequency and assess the results of the survey of patients with the pathology of the hepatobiliary system on the background of alcohol dependence.

**Methods.** The questionnaire involved 70 (AUDIT) and 12 (CAGE) people with hepatobiliary system diseases against the background of alcohol dependence. Statistical processing included descriptive statistics. The construction of a trust interval of 95% of DI was carried out according to the formula for shares and frequencies by the Wald method. The validity of the difference in the studied features was assessed using Fisher's angular transformation. Statistical significance was recognized with a probability of 95% ( $p < 0.05$ ). Statistical analysis of the results was performed in Microsoft Excel 16 using the Data Analysis add-on.

**Results.** The portrait of a patient with hepatobiliary system pathology against the background of alcohol dependence is as follows: he or she consumes alcoholic beverages 2-3 times a week with the frequency of 3-4 times a day. The person drinks more than 180 ml of vodka, 750 ml of wine or 1 litre of beer 7 to 10 times. Over 50% of the respondents cannot stop having started to drink. Over the past year the person felt the need to drink in the morning to recover from the previous heavy drink (to get drunk) and feel guilty and/or remorse after a drink, unable to remember what happened the day before, as well as the reason for drinking. He or she considers drinking to be the cause of injuries, both for him/herself and for other people. Surrounding people are concerned about drinking alcohol and suggest to stop it. Primary examination of a patient with alcohol addiction, which includes, among other things, questionnaire, makes it possible to make a socio-psychological portrait of the patient with more objective information, which will help to establish psychotherapeutic contact with the patient, which in turn will increase the result of treatment.

**Conclusion.** It is known that in clinical practice the diagnosis of alcoholic liver disease is rarely made. Thus, early assessment of lesions of the hepatobiliary system, including those in persons abusing alcohol using modern information methods of research, is relevant. Screening test and alcoholism questionnaire were used in the study in order to detect violations related to alcohol consumption and allow to diagnose alcohol abuse at the initial stage. In the course of the conducted study a socio-psychological portrait of a patient with hepatobiliary system pathology on the background of alcohol addiction was established, which, in our opinion, is an important part of anamnesis. Patients have alcohol addiction syndrome with a pronounced mental and physical dependence. Some of the patients, critically assessing their condition, noted an increase of tolerance, failures in memory of what was the day before, also kept silent about the outbreaks of anger and excitement, about scandals in the family and disorderly conduct.

*Keywords:* alcohol, liver disease, questionnaire

### Введение

Известно, что алкогольная болезнь печени (АБП) представляет собой широко распространенное заболевание, выявляемое у 10-25% мужчин и несколько реже у женщин большинства развитых стран. Медицинская и социальная значимость АБП связана со значительным ростом хронических заболеваний печени в общей структуре заболеваемости и смертности [2]. Для смертности и заболеваемости, связанных с алкоголем, а также для уровней и моделей употребления алкоголя характерны гендерные различия. Процентная доля обусловленных алкоголем случаев смерти среди мужчин составляет 7,7% всех глобальных случаев смерти по сравнению с 2,6% случаев смерти среди женщин. Общее употребление алкоголя на душу населения в 2010 г. среди мужчин и женщин во всем мире составило, в среднем, 19,4 л и 7,0 л чистого спирта, соответственно [7]. По некоторым данным [6] в США диагностическим критериям алкоголизма отвечают 13,8 млн. человек. Среди них более чем у 2 млн. отмечается поражение печени и около 14 тыс. ежегодно умирают от цирроза печени.

Болезни печени [4], связанные с употреблением алкоголя, протекают по трем клинико-морфологическим вариантам (стадиям): жировая дистрофия печени (стеатоз), алкогольный гепатит с фиброзом (стеатогепатит) и цирроз печени. Стеатогепатит, развивающийся при регулярном приеме большого количества алкоголя, как правило, при условии обязательной абстиненции, обратим. Острый алкогольный гепатит, возникающий при алкогольных эксцессах, может протекать от бессимптомного «биохимического» расстройства, незаметного для больного, до молниеносной печеночной недостаточности и смерти. Цирроз печени в исходе

стеатоза/стеатогепатита предусматривает патологическую трансформацию структуры нормальной печеночной паренхимы, что приводит к клиническим проявлениям портальной гипертензии и печеночной недостаточности. Учитывая, что употребление алкоголя связано с риском развития тяжелых проблем со здоровьем цель работы – составить социально-психологический портрет больных с патологией гепатобилиарной системы на фоне зависимости от алкоголя и выявить отношения к употреблению спиртосодержащих напитков и частоту употребления и оценить результаты анкетирования больных с патологией гепатобилиарной системы на фоне зависимости от алкоголя.

## Методика

Тест AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) разработан Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) и широко используется уже более 30 лет для выявления нарушений, связанных с употреблением алкоголя, как скрининг-тест на алкоголизм. Шкала оценки теста AUDIT: 1-7 баллов – безопасное употребление алкоголя (риск алкоголизма минимальный), если человек потребляет не более 2-х порций алкоголя в день (это 0,5 л пива = 300 мл вина = 50-60 г водки), и пьет не чаще 5 раз в неделю; 8-15 баллов – опасное потребление алкоголя (установившийся тип потребления), несущий с собой высокий риск будущего ущерба здоровью, который еще не привел к зависимости; Вас критикуют и не одобряют другие люди, что иногда приводят к социальным последствиям типа домашних конфликтов, финансовых трудностей и опозданий на работу; 16-19 баллов – вредное потребление алкоголя, он наносит ущерб Вашему физическому и психическому здоровью. Стадия окончательного формирования синдрома абстиненции (похмелья). Появление кратковременных запоев с выпадением из нормального хода жизни. Вас часто критикуют окружающие за неблагоприятные социальные последствия, разного вида.

20 баллов и выше – синдром алкогольной зависимости. Алкоголь занял центральное место в Вашей жизни. У Вас выраженная психическая и физическая зависимость. Такое состояние характеризуется наличием «тяги к выпивке», неконтролируемого употребления алкоголя, нарушением способности контролировать начало, прекращение и уровень использования алкоголя, а также возвратом к употреблению после периода воздержания и восстановлением прежнего уровня выпивки.

Тест «CAGE» оценивали следующим образом: 1) Положительный ответ на один из четырех вопросов (даже если таковым является последний – четвертый) не дает оснований для конкретных выводов; 2) Положительные ответы на два вопроса свидетельствуют об употреблении спиртных напитков; 3) Положительные ответы на три вопроса позволяют предполагать систематическое употребление алкоголя; 4) Положительные ответы на все четыре вопроса почти наверняка указывают на систематическое употребление алкоголя, приближающееся к состоянию зависимости (алкоголизму); 5) Отрицательные ответы на все 4 вопроса либо предполагают действительно трезвеннический образ жизни, либо нежелание пациента дать искренние ответы.

В анкетировании (тест AUDIT) приняло участие 70 человек, находящихся на стационарном лечении в ОГБУЗ СОКБ в 2018-2019 гг. с заболеваниями гепатобилиарной системы на фоне зависимости от алкоголя. Из 70 человек, прошедших первый этап анкетирования, добровольно согласились дать ответы на тест CAGE 12 человек.

Статистическая обработка данных включала методы описательной статистики. Построение доверительного интервала 95% ДИ проводилось по формуле для долей и частот методом Вальда. Достоверность различия изучаемых признаков оценивалась с использованием углового преобразования Фишера. Статистическая значимость признавалась при вероятности >95% ( $p < 0,05$ ). Статистический анализ результатов выполнен в Microsoft Excel 16 с использованием надстройки «Анализ данных».

## Результаты исследования

По данным ВОЗ вредное употребление алкоголя приводит к значительному бремени болезней, социальному и экономическому бремени в мире: в результате вредного употребления алкоголя ежегодно происходит 3 млн. смертей, что составляет 5,3% всех случаев смерти. Вредное употребление алкоголя является причинным фактором более чем 200 нарушений здоровья, связанных с болезнями и травмами. 5,1% общего глобального бремени болезней и травм обусловлено алкоголем, согласно оценкам в показателях ДАЛИ (годы жизни, утраченные в

результате инвалидности). Потребление алкоголя приводит к смерти и инвалидности относительно на более ранних стадиях жизни. Среди людей в возрасте 20-39 лет примерно 13,5% всех случаев смерти связаны с алкоголем; существует причинно-следственная связь между вредным употреблением алкоголя и целым рядом психических и поведенческих расстройств, других неинфекционных нарушений здоровья, а также травм. В последнее время установлены причинно-следственные связи между вредным употреблением алкоголя и заболеваемостью такими инфекционными болезнями, как туберкулез, а также течением ВИЧ/СПИДа. Помимо последствий для здоровья вредное употребление алкоголя наносит значительный социальный и экономический ущерб отдельным людям и обществу в целом.

На первом этапе была изучена классификация АБП по МКБ-10: алкогольная жировая дистрофия печени (K70.0), алкогольный гепатит (K70.1), алкогольный фиброз и склероз печени (K70.2), – алкогольный цирроз печени (K70.3), алкогольная печеночная недостаточность (K70.4), алкогольная болезнь печени неуточненная (K70.9). АБП может иметь различные клинические варианты – от бессимптомных, латентных форм, до тяжелых, прогностически неблагоприятных [1]. В ходе работы с официальными отчетными документами Федеральной службы государственной статистики (табл. 1) установили, что в первом полугодии 2019 г. (относительно такого периода 2018 г.) выросла летальность лиц с новообразованиями (+2,2), от случайных отравлений алкоголем (+0,7), болезнью органов пищеварения (+0,8).

По данным Минздрава России (табл. 2) наблюдается снижение количества лиц, взятых под диспансерное наблюдение, больных с впервые в жизни установленным диагнозом и численность больных, состоящих на учете в лечебно-профилактических организациях. Эта тенденция наблюдается с 2010 по 2018 г.

Таблица 1. Распределение умерших по причинам смерти (данные Федеральной службы государственной статистики)

Причины	Первое полугодие							справочно на 100 тыс. человек населения за 2018 г. в целом
	Тыс. человек			2019 г. в % ко всем умершим	На 100 тыс. человек населения			
	2019 г.	2018 г.	Прирост (+), снижение (-)		2019 г.	2018 г.	2019 г. в % к 2018 г.	
Всего умерших	918,5	946,9	-28,4	100	1262,8	1300,8	97,1	1245,6
из них от:								
болезней системы кровообращения	441,3	444,3	-3,0	48,0	606,7	610,3	99,4	583,1
новообразований	149,4	147,2	+2,2	16,3	205,4	202,2	101,6	203,0
внешних причин	64,8	66,6	-1,8	7,0	89,0	91,6	97,2	98,5
из них от:								
транспортных несчастных случаев	7,4	8,0	-0,6	0,8	10,2	11,0	92,7	13,0
случайных отравлений алкоголем	3,9	3,2	+0,7	0,4	5,4	4,5	120,0	7,5
самоубийств	8,8	9,5	-0,7	1,0	12,0	13,0	92,3	12,4
убийств	3,9	4,1	-0,2	0,4	5,4	5,6	96,4	5,4
болезней органов ЖКТ	48,5	47,7	+0,8	5,3	66,7	65,6	101,7	65,0
болезней органов дыхания	31,1	33,1	-2,0	3,4	42,8	45,5	94,1	41,6
некоторых инфекционных болезней и паразитарных инфекций	16,2	16,5	-0,3	1,8	22,2	22,7	97,8	23,6

Возможно, такая динамика является результатом антиалкогольной политики в Российской Федерации, которая в последние десятилетия нацелена на снижение количества лиц с алкогольной зависимостью: программа «Здоровое развитие» (2014 г.); снижение минимальной цены на водку; инициирование проекта социальной коммуникации «Фабрика здоровья», направленного на устранение факторов риска (в том числе расстройств, связанных с употреблением алкоголя) и нацеленных на активных людей трудоспособного возраста (2015 г.); увеличение минимальной цены на алкоголь; внедрение системы регистрации алкоголя на уровне розничной торговли (2016 г.). Тем не менее, в России количество лиц, страдающих алкоголизмом,

достигает 5 млн. человек, что обуславливает, в том числе 68% смертей от циррозов печени, 60% от панкреатитов, 23% смертей от сердечно-сосудистых патологий [5]. В клинической практике алкогольная болезнь печени устанавливается неоправданно редко. В связи с этим актуальным является ранняя оценка поражений гепатобилиарной системы, в том числе, у лиц, злоупотребляющих алкоголем с использованием современных методов исследования.

На втором этапе исследования был проведен скрининг-теста на алкоголизм с целью выявления нарушений, связанных с употреблением алкоголя. Добровольно согласились ответить на вопросы анкеты 70 больных с поражением гепатобилиарной системы на фоне зависимости от алкоголя, находящихся на лечении в стационаре ОГБУЗ СОКБ в 2018-2019 гг. Результаты эксперимента отражены в табл. 3.

Таблица 2. Заболеваемость населения алкоголизмом и алкогольными психозами (данные Минздрава России, расчет Росстата)

Показатели	Годы								
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Взято под диспансерное наблюдение больных с впервые в жизни установленным диагнозом в отчетном году									
всего, тыс. человек	153,9	138,1	122,8	112,2	109,1	103,6	95,0	78,2	75,8
на 100 тыс. населения	107,8	96,6	85,7	78,2	74,7	70,7	64,8	53,2	51,6
Численность больных, состоящих на учете в лечебно-профилактических организациях на конец отчетного года									
всего, тыс. человек	1953,1	1865,9	1807,9	1746,5	1690,0	1577,0	1444,5	1304,6	1208,6
на 100 тыс. населения	1367,1	1304,3	1261,2	1215,7	1155,4	1076,2	984,0	888,2	823,4

Таблица 3. Оценка теста AUDIT, (n=70)

Вопросы	Варианты ответов	Экстенсивный показатель положительных ответов, %	95%
Как часто Вы употребляете алкогольные напитки?	Никогда	0,00	0,00-0,00
	Примерно раз в мес.	25,00	0,50-49,50
	2-4 раза в мес.	25,00	0,50-49,50
	2-3 раза в нед.	41,67	13,77-69,56
	4 раза в нед. или чаще	8,33	7,30-23,97
Какова Ваша обычная доза алкогольных напитков в день выпивки?	1-2 раза	16,67	4,42-37,75
	3-4 раза	33,33	6,66-60,01
	5-6 раза	0,00	0,00-0,00
	7-9 раза	25,00	0,50-49,50
	10+раз	25,00	0,50-49,50
Как часто Вы выпиваете более 180 мл водки, 750 мл вина или 1 л пива?	никогда	8,33	7,30-23,97
	реже раза в мес.	25,00	0,50-49,50
	раз в мес.	16,67	4,42-37,75
	раз в нед.	41,67	13,77-69,56
	каждый или почти каждый день	8,33	7,30-23,97
к часто за последний год Вы чувствовали, что не способны остановиться, начав пить?	никогда	33,33	6,66-60,01
	реже раза в мес.	16,67	4,42-37,75
	раз в мес.	33,33	6,66-60,01
	раз в нед.	8,33	7,30-23,97
	каждый или почти каждый день	8,33	7,30-23,97
Как часто за последний год Вы из-за выпивки не сделали то, что от Вас обычно ожидают?	никогда	66,67	39,99-93,34
	реже раза в мес.	8,33	7,30-23,97
	раз в мес.	25,00	0,50-49,50
	раз в нед.	0,00	0,00-0,00
	каждый или почти каждый день	0,00	0,00-0,00
Как часто за последний год Вам необходимо было выпить утром, чтобы прийти в себя после предшествующей тяжелой выпивки (опохмелиться)?	никогда	33,33	6,66-60,01
	реже раза в мес.	25,00	0,50-49,50
	раз в мес.	16,67	4,42-37,75
	раз в нед.	25,00	0,50-49,50
	каждый или почти каждый день	0,00	0,00-0,00
Как часто за последний год у Вас было чувство вины и (или) раскаяния после	никогда	50,00	21,71-78,29
	реже раза в мес.	8,33	7,30-23,97

выпивки?	раз в мес.	0,00	0,00-0,00
	раз в нед.	41,67	13,77-69,56
	каждый или почти каждый день	0,00	0,00-0,00
Как часто за последний год Вы были неспособны вспомнить, что было накануне, из-за того, что Вы выпивали?	никогда	58,33	30,44-86,23
	реже раза в мес.	16,67	4,42-37,75
	раз в мес.	8,33	7,30-23,97
	раз в нед.	16,67	4,42-37,75
	каждый или почти каждый день	0,00	0,00-0,00
Являлись ли когда-нибудь Ваши выпивки причиной телесных повреждений у Вас или других людей?	нет	58,33	30,44-86,23
	да, но не в течение последнего года	16,67	4,42-37,75
	да, в течение последнего года	25,00	0,50-49,50
Случалось ли, что Ваш родственник, знакомый, доктор или другой медицинский работник проявлял озабоченность по поводу Вашего употребления алкоголя либо предлагал прекратить выпивать?	нет	41,67	13,77-69,56
	да, но не в течение последнего года	0,00	0,00-0,00
	да, в течение последнего года	58,33	30,44 -86,23

Примечание. 95% – доверительный интервал экстенсивного показателя положительных ответов,  $p < 0,05$

При анализе результатов анкетирования установили, что 41,67% (95% ДИ 13,77% – 69,56%) респондентов употребляет алкогольные напитки 2-3 раза в неделю и кратность приема составляет 3-4 раза в день – 33,33% случаев (95% ДИ 6,66% – 60,01%). Выпивают более 180 мл водки, 750 мл вина или 1 л пива от 7 до 10 раз и более 50% респондентов, 33,33% опрошенных (95% ДИ 6,66% – 60,01%) респондентов, не способны остановиться, начав пить – 1 раз в месяц. В 25,00% (95% ДИ 0,50% – 49,50%)

случаев отметили, что за последний год раз в неделю испытывали необходимость выпить утром, чтобы прийти в себя после предшествующей тяжелой выпивки (опохмелиться). Чувство вины и (или) раскаяния после выпивки никогда не испытывали 66,67% случаев (95% ДИ 39,99% – 93,34%).

Неспособность вспомнить, что было накануне, из-за того, что человек выпивал 1 раз в неделю отметили 16,67% случаев (95% ДИ 4,42% – 37,75%), были и те, кто отметил, что никогда такого не случилось 58,33% (95% ДИ 30,44% – 86,23%). В 25,00% (95% ДИ 0,50% – 49,50%) случаев респонденты отметили выпивку причиной телесных повреждений, как у них самих, так и у других людей. На вопрос о том, случалось ли, чтобы родственник, знакомый, доктор или другой медицинский работник проявлял озабоченность по поводу употребления алкоголя либо предлагал прекратить выпивать, более половины респондентов (58,33% (95% ДИ 30,44% – 86,23%)) ответили утвердительно.

Вторым этапом эксперимента было проведение анкетирования по опроснику CAGE, позволяющему диагностировать на начальном этапе злоупотребление алкоголем. В ходе анализа анкет установлено, что ответ «да» на первые два вопроса выбрали 50% опрошенных, что свидетельствует о проблеме с алкоголем (табл. 4).

Таблица 4. Оценка теста CAGE (n=12)

Вопросы	Варианты ответов	Экстенсивный показатель положительных ответов в %	95% Доверительный интервал
1. Возникло ли у Вас ощущение того, что Вам следует сократить употребление спиртных напитков?	Да	50,0	21,71-78,29
	Нет	50,0	21,71-78,29
2. Вызывало ли у Вас чувство раздражения, если кто-то из окружающих (друзья, родственники) говорил Вам о необходимости сократить употребление спиртных напитков?	Да	50,0	21,71-78,29
	Нет	50,0	21,71-78,29
3. Испытывали ли Вы чувство вины, связанное с употреблением спиртных напитков?	Да	41,67	13,77-69,56
	Нет	58,33	30,44-86,23
4. Возникло ли у Вас желание принять спиртное, как только Вы просыпались после имевшего места употребления алкогольных напитков?	Да	41,67	13,77-69,56
	Нет	58,33	30,44-86,23

Примечание. 95% – доверительный интервал экстенсивного показателя, выявленного анамнеза,  $p < 0,05$

Таким образом, первичное обследование больного с зависимостью от алкоголя, включающее в том числе, анкетирование, дает возможность составить социально-психологический портрет больного

с более объективной информацией, что поможет установить психотерапевтический контакт с больным, что в свою очередь улучшит результат лечения.

### Обсуждение результатов исследования

По данным Федеральной службы государственной статистики в первом полугодии 2019 г. (относительно тоже периода 2018 г.) выросла летальность лиц от случайных отравлений алкоголем (+0,7), болезней органов пищеварения (+0,8). В течении и прогрессировании алкогольной болезни выделяют три стадии. На первой формируется психическая зависимость, на второй – развивается физическая зависимость, а третья стадия являет собой классический вариант хронического алкоголизма в медицинском понимании [3]. Одно из ведущих мест среди висцеральных поражений при злоупотреблении алкоголем занимает патология печени. Алкоголь, являясь гепатотропным токсином, оказывает на печень, как прямое повреждающее действие, так и опосредованное [1]. Алкогольная болезнь печени представляет собой прогрессирующее заболевание, развивающееся в зависимости от длительности, частоты, степени алкогольного воздействия от стеатоза до цирроза печени с его осложнениями. В ходе эксперимента установлено, что больше половины опрошенных употребляют алкоголь, наносящий ущерб физическому и психическому здоровью респондента, находятся в стадии окончательного формирования синдрома абстиненции (похмелья), отмечают появление запоев с выпадением из нормального хода жизни. Респондентов часто критикуют окружающие за неблагоприятные социальные последствия, разного вида.

По ответам можно заключить, что респонденты имеют синдром алкогольной зависимости. Алкоголь занял центральное место в их жизни. Наблюдается выраженная психическая и физическая зависимость. Такое состояние характеризуется наличием «тяги к выпивке», неконтролируемого употребления алкоголя, нарушением способности контролировать начало, прекращение и уровень использования алкоголя, а также возвратом к употреблению после периода воздержания и восстановлением прежнего уровня выпивки. У многих отмечается опасное потребление алкоголя (установившийся тип потребления), несущий с собой высокий риск будущего ущерба здоровью, который еще не привел к зависимости.

### Заключение

Известно, что в клинической практике диагноз – алкогольная болезнь печени устанавливается редко. Таким образом, ранняя оценка поражений гепатобилиарной системы, в том числе, у лиц, злоупотребляющих алкоголем с использованием современных информативных методов исследования, является актуальной. В исследовании применяли скрининг-тест и опросник на алкоголизм с целью выявления нарушений, связанных с употреблением алкоголя и позволяющей диагностировать на начальном этапе злоупотребление алкоголем. В ходе проведенного исследования установлен социально-психологический портрет больного с патологией гепатобилиарной системы на фоне зависимости от алкоголя, что, на наш взгляд, является важным разделом анамнеза. Больные имеют синдром алкогольной зависимости с выраженной психической и физической зависимостью. Часть больных, критически оценивающих свое состояние, отмечали нарастание толерантности, провалы в памяти о том, что было накануне, также умалчивали о вспышках гнева и возбуждения, о скандалах в семье, нарушении общественного порядка.

### Литература (references)

1. Винникова М.А., Жиров И.В., Ненастьева А.Ю. Алкогольная болезнь печени: вопросы диагностики и лечения // Уральский медицинский журнал. – 2007. – №5. – С. 24-30. [Vinnikova M.A., ZHirov I.V., Nenast'eva A.YU. *Ural'skij medicinskij zhurnal*. Ural Medical Journal. – 2007. – N5. – P. 24-30. (in Russian)]
2. Винницкая Е.В., Киселева А.В. Алкогольная болезнь печени в практике // Гастроэнтерология. – №7. – 2014. – С. 22-28. [Vinnickaya E.V., Kiseleva A.V. *Gastroenterologiya*. Gastroenterology. – N7. – 2014. – P. 22-28. (in Russian)]
3. Москаленко В. Д. Медицинские последствия алкоголизма и наркомании // Наркология. – 2007. – №7. – С. 52-53. [Moskalenko V.D. *Narkologiya*. Drugs. – 2007. – N7. – P. 52-53. (in Russian)]
4. Самсонов А.А., Плотникова Е.Ю., Никушкина И.Н. и др. Алкогольная болезнь печени и алкоголизм – две болезни и одна проблема // Медицинский совет. – №10. – 2013. – С. 38-41. [Samsonov A.A., Plotnikova E.Ju., Nikushkina I.N. i dr. *Medicinskij sovet*. Medical advice. – N10. – 2013. – P.38-41. (in Russian)]
5. Специальный доклад Уполномоченного по правам человека в Смоленской области. – [http://map.rightsrf.ru/Karta\\_Yadro/prav\\_z\\_karta/sub\\_fed/centraln\\_fed/smolenskaya\\_oblast/dokument\\_smolensk/](http://map.rightsrf.ru/Karta_Yadro/prav_z_karta/sub_fed/centraln_fed/smolenskaya_oblast/dokument_smolensk/)



dokument\_9/dokument\_9web.pdf [*Special'nyj doklad Upolnomochennogo po pravam cheloveka v Smolenskoj oblasti*. Special report of the Commissioner for Human Rights in the Smolensk region. [http://map.rightsrf.ru/Karta\\_Yadro/prav\\_z\\_karta/sub\\_fed/centraln\\_fed/smolenskaya\\_oblast/dokument\\_smolensk/dokument\\_9/dokument\\_9web.pdf](http://map.rightsrf.ru/Karta_Yadro/prav_z_karta/sub_fed/centraln_fed/smolenskaya_oblast/dokument_smolensk/dokument_9/dokument_9web.pdf) (in Russian)]

6. Kim W.R., Brown R.S., Terrault N.A., El-Serag H. Burden of liver disease in the United States: summary of a workshop // *Hepatology*. – 2002. – V.36. – P. 227-242.
7. <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>

### **Информация об авторах**

*Иванишкина Елена Владимировна* – доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России. E-mail: elena\_ivanishkina@mail.ru

*Диденко Владислав Николаевич* – ассистент кафедры пропедевтики внутренних болезней ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России. E-mail: mr.didenko@mail.ru

*Крикова Анна Вячеславовна* – доктор фармацевтических наук, доцент, заведующий кафедрой управления и экономики фармации, декан фармацевтического факультета ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России. E-mail: anna.krikova@mail.ru

*Евсеев Андрей Викторович* – доктор медицинских наук, профессор, заведующий научно-исследовательским центром, заведующий кафедрой нормальной физиологии ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России. E-mail: hyroxia@yandex.ru

*Дмитриева Елена Владимировна* – старший преподаватель кафедры физики, математики и медицинской информатики ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России. E-mail: vernulas@mail.ru

*Зайцева Вера Михайловна* – кандидат психологических наук, доцент кафедры иностранных языков, начальник международного управления ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России. E-mail: verazaytseva@yandex.ru

*Волк Сергей Витальевич* – кандидат медицинских наук, доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России. E-mail: wolf100477@yandex.ru

*Нанкевич Игорь Николаевич* – кандидат медицинских наук, доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России. E-mail: proctor12@yandex.ru