

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель Министра

В.А. Ходжаев



« 08 » 20 10 г.

Регистрационный № 067-0610

**АЛГОРИТМ ВЫЯВЛЕНИЯ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У
ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПЕЧЕНИ**

инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЕ-РАЗРАБОТЧИК:

Учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет».

АВТОРЫ:

к.м.н., доцент Мицура В.М.,

к.м.н. Сквиря И.М.

Гомель, 2010

ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМОГО ОБОРУДОВАНИЯ, РЕАКТИВОВ, ПРЕПАРАТОВ, ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНИКИ И ДР.

Опросники CAGE и MAST для скрининга зависимости от алкоголя (приведены в Приложении 1 к настоящей инструкции); средний корпускулярный объем эритроцита (СКОЭ или MCV), определяемый на автоматическом гематологическом анализаторе; показатели биохимического анализа крови (АЛТ, АСТ, γ -ГТП) с помощью стандартных методик, применяемых в клинических лабораториях.

Индекс АСТ/АЛТ рассчитывается по формуле:

$$\text{АСТ/АЛТ} = (\text{АСТ/верхняя граница нормы})/(\text{АЛТ/верхняя граница нормы}),$$
 если АСТ и АЛТ выражены в разных единицах, или простого деления, если верхняя граница нормы и единицы измерения АСТ и АЛТ совпадают.

$$\gamma\text{-ГТП/АЛТ}=(\gamma\text{-ГТП /верхняя граница нормы})/(\text{АЛТ/верхняя граница нормы}).$$

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

Обследование пациентов с хроническими заболеваниями печени в терапевтическом или инфекционном стационаре, а также в амбулаторной практике для диагностики синдрома алкогольной зависимости показано всем пациентам с хроническими гепатитами и циррозами печени как вирусной, так и иной этиологии.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ

Отсутствуют. Сбор анамнеза, тестирование и психотерапевтические беседы невозможны, если пациент без сознания, имеет место выраженная энцефалопатия или состояние делирия.

Описание технологии используемого метода

Этап I. Скрининг алкогольной зависимости:

опросники: тест CAGE и/или MAST (Приложение 1). Тестирование может проводить врач, медсестра или психолог. Результаты тестов CAGE (3 или 4 балла) и/или MAST (5 баллов или более) указывают на высокую вероятность наличия синдрома алкогольной зависимости (чувствительность методов 77,1 и 71,1%; специфичность 100 и 100% соответственно).

Этап II. Врачебный осмотр и интервью,

направленные на уточнение клинических признаков алкогольной зависимости, оценка диагностических критериев алкогольной зависимости (Приложение 2). В некоторых случаях интервью необходимо и при отрицательных результатах тестов, если имеются подозрения в неискренности пациента.

Структура первичного врачебного интервью. Сперва следует расположить пациента к себе и стимулировать его к самораскрытию. В начале беседы необходимо задавать открытые (полуоткрытые) вопросы (с возможностью многовариантного ответа), например: «На что Вы жалуетесь?» или: «Что вас беспокоит?». Переходить к сбору наркологического анамнеза лучше после обнаружения связи жалоб пациента с употреблением алкоголя. По мере выяснения анамнестических данных необходимо переходить к полузакрытым (уточняющим) вопросам «Что?» (обращение к фактам) или «Как?» (обращение к личности). Вести разговор о чувствах и фактах. Например, спросить, как переносил пациент алкоголь раньше и теперь? Какие (максимально) мог выпить дозы спиртного? Как себя после этого чувствовал? Если пациент диссимулирует признаки злоупотребления алкоголем, можно использовать вопросы-меню (предполагающие готовые альтернативные варианты ответов). Например, «скажите, пожалуйста, алкоголь доставляет Вам только удовольствие (первый вариант ответа) или не только удовольствие (второй вариант ответа)». Если второе (бывает чаще

всего), то появляется повод уточнить: «в чем недовольствие?» Обычно пациенты признают, что на следующий день после употребления спиртного они чувствуют себя плохо: болит голова, нет аппетита или имеются другие симптомы. После выявления нескольких похмельных жалоб задается следующий вопрос: «как долго на следующий день Вам плохо, *если не опохмелиться?*».

Этап III. Оценка лабораторных показателей:

АЛТ, АСТ, γ -ГТП, СКОЭ необходима при сомнении врача в наличии признаков алкогольной зависимости у пациента. При наличии положительных результатов тестов и наличии явных признаков алкогольной зависимости у пациента допустимо пропустить этот этап.

Оценка лабораторных показателей в динамике позволит определить роль алкогольного фактора в повреждении печени. Так, быстрое снижение γ -ГТП и трансаминаз при воздержании от алкоголя указывает на его ведущую роль в обострении хронического заболевания печени. Повышение γ -ГТП и трансаминаз в период ремиссии как болезни печени, так и алкогольной зависимости, может указывать на употребление пациентом спиртного, т.е. на рецидив алкогольной зависимости или срыв ремиссии.

Наиболее характерными для алкогольной болезни печени считаются следующие показатели: увеличение среднего корпускулярного объема эритроцита (СКОЭ или MCV), повышение уровня γ -ГТП, превышение показателей γ -ГТП над АЛТ, повышение содержания АСТ, преобладание АСТ над АЛТ.

Согласно проведенному нами ROC-анализу в пользу наличия алкогольной зависимости свидетельствуют (в порядке убывания диагностической ценности):

- γ -ГТП $>3,4$ норм, чувствительность 64,0%, специфичность 85,4%;
- СКОЭ > 94 фл, чувствительность 59,6%, специфичность 80,0%;
- γ -ГТП / АЛТ >1 , чувствительность 73,0%, специфичность 71,8%;
- АСТ / АЛТ >1 , чувствительность 62,1%, специфичность 76,6%;

- АСТ > 2 норм, чувствительность 65,9%, специфичность 71,0%.

Наличие трех и более из представленных критериев характерно (чувствительность 75%, специфичность 89%) для алкогольной болезни печени, которая, как правило, развивается на фоне алкогольной зависимости.

Этап IV. Заключение.

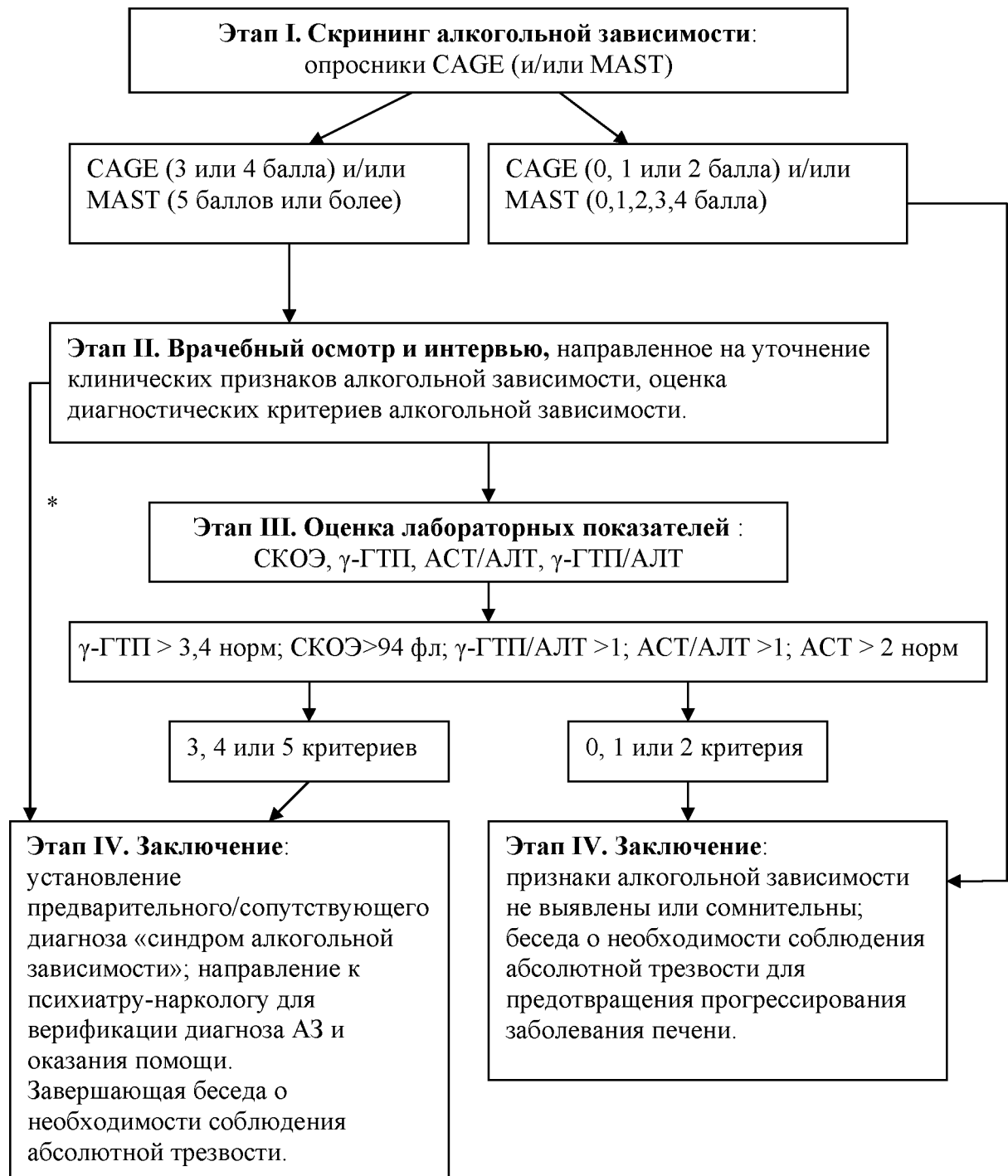
При наличии признаков АЗ: установление предварительного/сопутствующего диагноза «синдром алкогольной зависимости»; направление к психиатру-наркологу для верификации диагноза АЗ и оказания помощи. Завершающая беседа о необходимости соблюдения *абсолютной* трезвости.

При отсутствии признаков АЗ: беседа о необходимости соблюдения абсолютной трезвости для предотвращения прогрессирования заболевания печени.

В обоих случаях завершающая беседа проводится с помощью логической аргументации (методика рациональной психотерапии). Пациенту указывается на неизбежность прогрессирования заболевания печени, усугубление иной имеющейся сопутствующей соматической и психической патологии при продолжении употребления алкоголя.

Алгоритм врачебной тактики при подозрении на алкогольную зависимость представлен на рис.

Рис. Алгоритм выявления алкогольной зависимости у пациентов с хроническими заболеваниями печени



* При наличии положительных результатов тестов и явных признаков алкогольной зависимости у пациента допустимо, пропустив этап III, перейти сразу к этапу IV

Более подробно расшифровка этапов приведена в тексте.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОЗМОЖНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ИЛИ ОШИБОК ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ И ПУТИ ИХ УСТРАНЕНИЯ

В начале беседы не рекомендуется спрашивать пациента о кратности и дозах потребляемых спиртных напитков. Это часто вызывает негативную реакцию или значительное занижение реально существующих доз алкоголя.

Не следует задавать вопросов, начинающихся с «Почему?». Не обсуждать причины поступков и не морализировать! Не осуждать и не делать поспешных выводов!

Желание пациента обсуждать вопросы, связанные с употреблением алкоголя наедине, без родственников, чаще всего означает стремление пациента к диссимуляции признаков злоупотребления алкоголем. Беседу, при возможности, лучше проводить с родственниками, которые помогут сбору объективного анамнеза и предотвратят попытки диссимуляции со стороны пациента. Обосновать присутствие при беседе родственников можно тем, что они искренне заинтересованы и могут помочь в восстановлении здоровья пациентов.

Представление о «безопасных» дозах алкоголя является неприменимым для пациентов с синдромом алкогольной зависимости или с вредными соматическими последствиями употребления алкоголя (хронические гепатиты или цирроз печени любой этиологии).

Тест MAST

Пожалуйста, ответьте «Да» или «Нет» на следующие вопросы. При утвердительном ответе обведите кружком «Да», при отрицательном ответе обведите кружком «Нет».

1. Как вам кажется, вы пьете нормально? (под «нормально» имеется в виду, что вы пьете меньше или столько же, сколько большинство других людей).

Да Нет

2. Случалось ли вам проснуться после выпивки и обнаружить, что вы можете вспомнить только часть вечерних событий?

Да Нет

3. Случалось ли вашей жене (мужу), родителям или другим близким родственникам высказывать беспокойство по поводу вашего отношения к алкоголю?

Да Нет

4. Можете ли вы на банкете или вечеринке ограничиться только одной-двумя рюмками?

Да Нет

5. Случалось ли вам испытывать чувство стыда из-за своего отношения к спиртному?

Да Нет

6. Случалось ли вам посещать собрания Анонимных Алкоголиков?

Да Нет

7. Случалось ли вам, подвыпив, вступать в драку?

Да Нет

8. Случалось ли так, что из-за спиртного у вас возникали проблемы в отношениях с женой (мужем), родителями или другими близкими родственниками?

Да Нет

9. Случалось ли вашей жене (мужу), родителям или другим близким родственникам обращаться к кому-либо за помощью в связи с вашим пьянством?

Да Нет

10. Случалось ли вам из-за выпивки расставаться с друзьями или подругами?

Да Нет

11. Случались ли у вас осложнения на работе из-за выпивки?

Да Нет

12. Случалось ли вам терять работу из-за пьянства?

Да Нет

13. Случалось ли пренебрегать своими обязательствами перед семьей или работой в течение двух или более дней подряд из-за того, что вы были пьяны?

Да Нет

14. Можно ли сказать, что вы довольно часто выпиваете до полудня?

Да Нет
15. Предупреждал ли вас врач, что у вас проблемы с печенью? Хронический гепатит или цирроз?

Да Нет
16. Случалось ли вам после запоя впасть в белую горячку, т. е. испытывать сильную дрожь, слышать голоса или видеть то, чего в реальности не существует?

Да Нет
17. Случалось ли вам обращаться за помощью по поводу собственного пьянства?

Да Нет
18. Случалось ли вам лежать в больнице из-за пьянства?

Да Нет
19. Бывало ли так, что из-за спиртного у вас возникали проблемы с психикой и вас помещали в психиатрическую больницу?

Да Нет
20. Случалось ли вам обращаться за помощью к психиатрам или к другим врачам, к священнику или кому-либо еще из-за обострения эмоциональных проблем под влиянием пьянства?

Да Нет
21. Случалось ли вам быть задержанным за управление автомобилем в нетрезвом виде?

Да Нет
22. Случалось ли вам попадать под арест (даже на несколько часов) из-за ненадлежащего поведения в нетрезвом виде?

Да Нет

Учет результатов:

Вопросы 1, 4: за каждый ответ «Нет» добавляется по 1 баллу; остальные вопросы: по 1 баллу добавляется за каждый ответ «Да». Подсчитывается сумма баллов.

Для алкогольной зависимости характерно 5 и более баллов.

Тест «CAGE»

Ответьте на поставленные вопросы так, как Вы их понимаете. При утвердительном ответе обведите кружком «Да», при отрицательном ответе обведите кружком «Нет».

1. Возникало ли у Вас ощущение того, что Вам следует *сократить* употребление спиртных напитков?
Да Нет
2. Возникало ли у Вас чувство *раздражения*, если кто-то из окружающих (друзья, родственники) говорил Вам о необходимости сократить употребление спиртных напитков?
Да Нет
3. Испытывали ли Вы чувство *вины*, связанное с употреблением спиртных напитков?
Да Нет
4. Возникало ли у Вас желание принять спиртное, как только Вы *просыпались* после имевшего место употребления алкогольных напитков?
Да Нет

Учет результатов:

За каждый ответ «Да» дается 1 балл; подсчитывается сумма баллов. Наличие 3 или 4 баллов указывает в пользу алкогольной зависимости.

Диагностические критерии алкогольной зависимости *
(МКБ-10, шифр F10.2)

Определяются в результате опроса пациента и/или его родственников.

Диагноз алкогольной зависимости устанавливается при наличии трех и более из числа перечисленных ниже шести синдромов, если они наблюдаются вместе как минимум 1 месяц или же подобные эпизоды (если продолжительность каждого из них меньше месяца) периодически повторяются в течение 12 месяцев.

1. Синдром отмены алкоголя (является основным доказательством алкогольной зависимости):

- Если имеются четкие данные о недавнем прекращении употребления алкоголя, то для установления синдрома отмены достаточно выявить три признака из числа следующих: тремор языка, век или вытянутых рук; потливость; тошнота или рвота; тахикардия или гипертензия; психомоторное возбуждение; головная боль; бессонница; слабость; преходящие зрительные, тактильные, слуховые обманы восприятия; большие судорожные припадки. Скрытый тремор можно выявить, попросив пациента вытянуть вперед руки, положив на кисти рук лист бумаги.
- Подтверждением наличия синдрома отмены может быть перенесенный в прошлом осложненный синдром отмены с судорогами или делирием.

2. Сильное желание или чувство навязчивого влечения к приему алкоголя (проявляется аффективным, вегетативным, идеаторным и поведенческим компонентами):

- Аффективный компонент: сниженное настроение, тревога и эмоциональная лабильность.
- Вегетативный компонент: сновидения на алкогольную тему; оживление, блеск глаз, покраснение или побледнение лица, гиперсаливация, глотательные движения при обсуждении алкогольных тем; изменение аппетита (повышение, понижение вплоть до анорексии, жажда).
- Идеаторный компонент: навязчивые мысли об алкоголе при нежелании обсуждать проблемы и вредные последствия употребления алкоголя.
- Поведенческий компонент: смакование алкогольной тематики в беседах; употребление в речи уменьшительно-ласкательных слов применительно к алкоголю («бутылочка», «водочка»); показной пафос в осуждении пьянства; рассеянность, суетливость, медленное осмысление вопросов; оппозиция к лицам, навязывающим необходимость трезвости (женам, матерям и др.).

* По Купер, Д.Э. Карманное руководство к МКБ-10: Классификация психических и поведенческих расстройств (с глоссарием и исследовательскими диагностическими критериями) / Д.Э. Купер / пер. с англ. Д.Полтавца. — Киев: Сфера, 2000. — 464 с.

3. Ослабленный (утраченный) контроль над количеством выпитого (нарушение способности контролировать прием алкоголя (начало и окончание употребления или принятую дозу)):

- Употребление алкоголя в большем количестве или на протяжении большего периода времени, чем предполагалось первоначально. Пациент на банкете или вечеринке не может ограничиться только одной-двумя рюмками. Пациент может это объяснять тем, что он «не умеет пить...» или «может выпить лишнего» (потому что «не может отказать друзьям»).

4. Повышение толерантности:

- Характеризуется явным ослаблением опьяняющего действия алкоголя и употреблением больших доз, чем ранее с исчезновением рвотного рефлекса на передозировку. Пациент может это считать хорошим признаком («здоровый желудок», «крепкий организм»).

5. Приоритет употребления алкоголя в сравнении с альтернативными удовольствиями:

- Проявляется тем, что ради приема алкоголя отвергаются (или отесняются на дальний план) важные альтернативные источники получения удовольствия и другие интересы, или в чрезвычайно значительных затратах времени на деятельность, связанную с употреблением алкоголя. Выясняется при сборе субъективного и объективного (у родственников) анамнеза.

6. Продолжение употребления несмотря на вредные последствия:

- продолжение приема алкоголя, несмотря на осознание пациентом того, что его психологические, бытовые и физические проблемы создаются или усиливаются алкоголем;
- продолжение употребления алкоголя после установления диагноза хронического гепатита или цирроза печени, или других алкоголь-ассоциированных соматических и психических заболеваний.