МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

АЛГОРИТМ ВЫЯВЛЕНИЯ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПЕЧЕНИ

(инструкция по применению)

Гомель, 2010

УДК 616.36:616.89–008.441.13

ББК 54.135.1:56.145.11

М 70

Авторы-разработчики:
В.М.Мицура, И.М.Сквира

Рецензенты:
Доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой терапии №2 факультета повышения квалификации и переподготовки кадров УО «ВГМУ», *С.И.Пиманов*
Доктор медицинских наук, профессор кафедры психиатрии и медицинской психологии УО «БГМУ», *Е.И.Скугаревская*

М 70 Алгоритм выявления алкогольной зависимости у пациентов с хроническими заболеваниями печени/ авт.-разраб. В.М.Мицура, И.М.Сквира – Гомель: Учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет», 2010. — 22 с.

Предложен алгоритм выявления алкогольной зависимости у пациентов с хроническими заболеваниями печени, состоящий из четырех этапов. Инструкция рекомендована Министерством здравоохранения Республики Беларусь для диагностики алкогольной зависимости среди больных с хроническими заболеваниями печени, рекомендуется для применения в гастроэнтерологических и инфекционных стационарах Республики Беларусь, а также в амбулаторной практике терапевта, гастроэнтеролога, инфекциониста.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель Министра

_____ В.А. Ходжаев

«27» 09 2010 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. Сквира 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:

АСТ/АЛТ = (АСТ/верхняя граница нормы) / (АСТ/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.

γ-ГТП /АЛТ = (γ-ГТП /верхняя граница нормы) / (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, имеется 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, направленное 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 на неискренность 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 неудовольствие?» 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: повышение среднего корпускулярного объема эритроцита (СКОЭ или MCV), повышение γ-ГТП, превышение γ-ГТП над АЛТ, повышение АСТ, превышение 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.

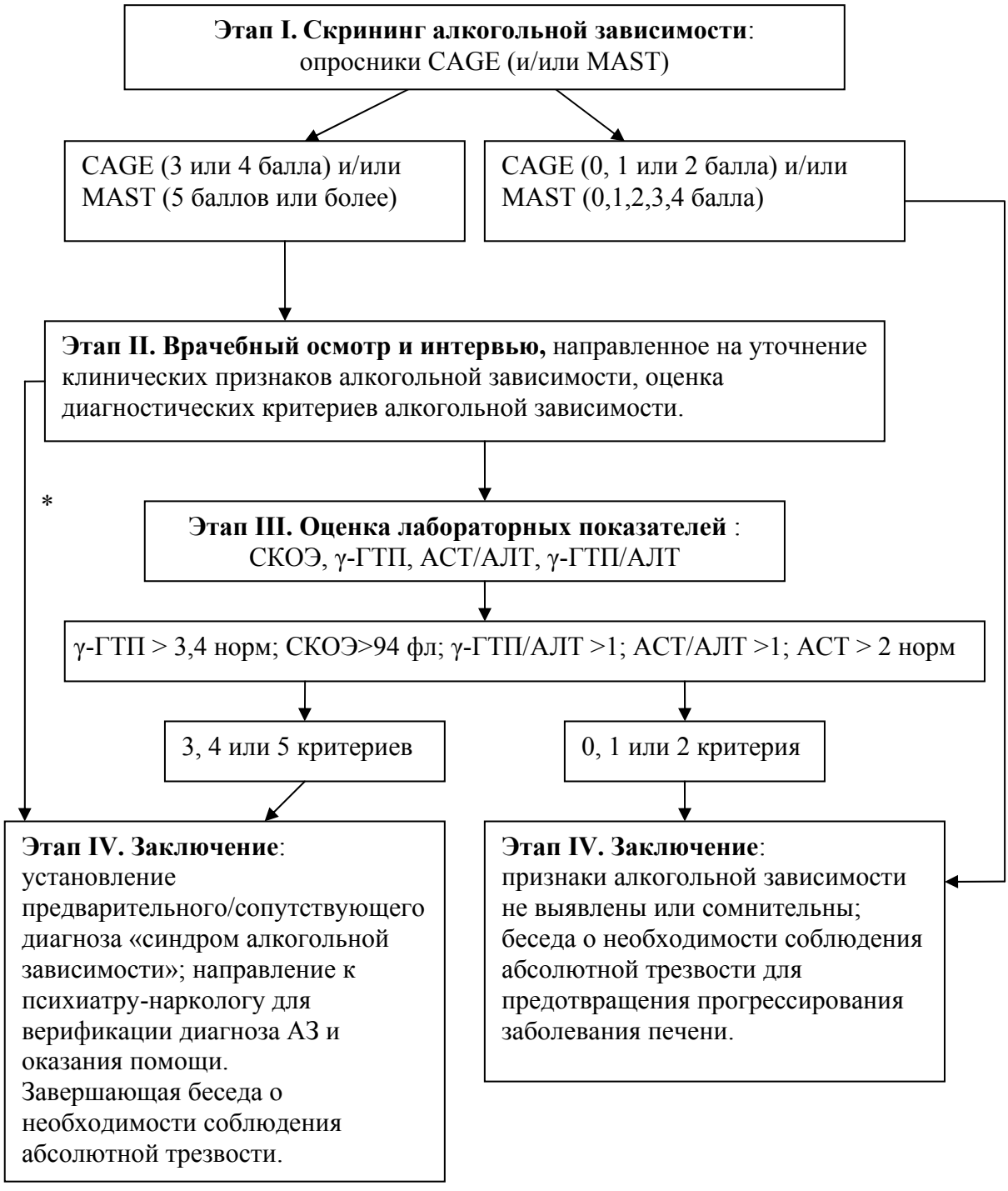
Этап IV. Заключение. При наличии признаков АЗ: установление предварительного/сопутствующего диагноза «синдром алкогольной зависимости»; направление к психиатру-наркологу для верификации диагноза АЗ и оказания помощи. Завершающая беседа о необходимости соблюдения *абсолютной* трезвости.

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 рисунке.

Алгоритм выявления алкогольной зависимости у пациентов с хроническими заболеваниями печени



* - При наличии положительных результатов тестов и наличии 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 морализовать! 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).

Приложение 1

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 впадать в белую горячку, то есть 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.

Приложение 2

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.

* 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.

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 другим).

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, он «не умет пить…» или что «может выпить лишнего» (потому, что «не может отказать друзьям»).

4. Повышение толерантности:

- Характеризуется явным ослаблением опьяняющего действия алкоголя и употреблением больших доз алкоголя, 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 оттесняются 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.

ОБОСНОВАНИЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ ПРАКТИЧЕСКОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АЛГОРИТМА ВЫЯВЛЕНИЯ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПЕЧЕНИ

В соответствии с современными представлениями клинической наркологии успешное лечение алкогольной зависимости возможно на ранних этапах болезни, когда еще отсутствуют тяжелые (компульсивные) нарушения влечения, неуправляемые запои, грубые антисоциальные нарушения поведения, психозы и слабоумие. Поэтому проблема раннего выявления зависимости от алкоголя, проведение целевых дифференцированных лечебно-профилактических вмешательств является одной из наиболее важных и актуальных [1].

Считается, что среди контингента стационарных больных более 30% мужчин и 4-6% женщин страдают алкогольной зависимостью. Среди больных с циррозом печени и кардиомиопатиями в стационаре выявляется до 80% больных с алкогольной зависимостью, среди больных панкреатитом − до 60%, язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки, а также туберкулезом − до 20% больных с алкогольной зависимостью [1].

В реальности же диагностика алкогольной зависимости среди больных соматического профиля значительно занижена, что сказывается негативно на качестве комплексного лечения, не способствует профилактике рецидивов соматического заболевания, ведет к прогрессированию полиорганной патологии (в том числе алкогольного стеатоза, гепатита и цирроза печени) и алкоголизма [2, 3].

В силу имеющихся мифов в общественном сознании и сложившегося негативного отношения к больным алкоголизмом, пациенты часто

скрывают имеющиеся у них наркологические проблемы, уклоняются от первичного обращения к наркологу, а попадают на прием к врачам других специальностей. При этом симптомы зависимости маскируются соматическими, неврологическими и вегетативными нарушениями, а наркологическая патология остается не выявленной. В поле зрения психиатра-нарколога большинство пациентов с алкогольной зависимостью попадают на этапах развернутой стадии болезни, когда из-за алкоголизма уже возникают серьезные социальные, семейные или клинические (эпиприпадки, психозы) проблемы [2, 4, 5].

Для скрининга на наличие зависимости от алкоголя в мире используются опросники, такие как «CAGE» [6] или «MAST» (Michigan Alcoholism Screening Test), впервые предложенный M.L. Selzer в 1971 году [7]. Тест «CAGE» широко применяется за рубежом как наркологами, так и не наркологами, а также в наибольшей мере учитывает национальные особенности отношения к алкоголю, по сравнению с другими тестами [8,9].

Мичиганский алкогольный скрининг-тест (MAST) является еще одной широко распространённой в мире анкетной методикой. Названная методика в целом оправдала своё назначение в качестве инструмента предварительной экспресс-диагностики алкоголизма [10]. Несмотря на некоторое искажение результатов, больные алкоголизмом в своей массе оказываются не в состоянии полностью диссимулировать реакцию на пункты теста, вероятно в связи с изменением внутренней картины заболевания и нарушением познавательных процессов [11]. К числу достоинств этого теста относят также простоту его проведения и обработки полученных данных. А.Е. Бобровым и А.Н. Шурыгиным (1985) была проведена апробация адаптированного варианта Мичиганского

алкогольного скрининг-теста (MAST), применение теста в группах больных и здоровых лиц показало его достаточную валидность [11].

В практике врача амбулаторного звена удобнее применять тест «CAGE», т.к. он состоит из четырех вопросов, в то время как MAST включает 22 вопроса, и его заполнение требует большего количества времени.

Алкоголь является этиопатогенетическим фактором развития алкогольного стеатоза, гепатита и цирроза [3,8,9]. Сочетание хронических вирусных гепатитов и систематического употребления алкоголя в значительной степени отягощает состояние больного и ухудшает прогноз, усиливает риск раннего развития осложнений проблемы [5]. Есть данные, что активное размножение некоторых вирусов гепатита начинается только в условиях алкоголизации [1]. Так, пациенты с хроническим гепатитом С (ХГС), употребляющие значительные дозы алкоголя, имеют более выраженные поражения печени, и повышенный риск развития цирроза печени и гепатоцеллюлярной карциномы [12].

Для подтверждения или опровержения алкогольной зависимости используют также лабораторные тесты. Наиболее информативным и доступным считается определение в сыворотке крови больных трех ферментов: гамма-глутаматтранспептидазы (γ-ГТП), аспартат-аминотрансферазы (АСТ) и аланинаминотрансферазы (АЛТ). При алкогольной болезни печени активность АСТ обычно превышает активность АЛТ, соотношение АСТ/АЛТ больше 1, увеличена γ-ГТП, часто выше трансаминаз. В периоды воздержания от употребления алкоголя, уровень γ-ГТП снижается, что хорошо заметно при обследовании стационарного пациента в динамике. γ-ГТП является маркером систематического употребления большого количества алкоголя, при однократном определении чувствительность и специфичность метода для

выявления злоупотребления алкоголем варьирует от 40 до 80% [13]. В практическом здравоохранении часто используются автоматические гематологические анализаторы, позволяющие определять средний корпускулярный объем эритроцитов (СКОЭ, или MCV). Повышение этого показателя также характерно для хронической алкогольной интоксикации [4,5,8,13]. Чувствительность СКОЭ при злоупотреблении алкоголем составляет 40-50%, у лиц с алкоголизмом она достигает 80-90% [13].

Необходимо помнить, что при постановке диагноза алкогольной зависимости параклинические данные являются вспомогательными, главными же являются клинические диагностические критерии.

Литература

1. Мысько, Г.Н. Наркологические проблемы в семье (Рекомендации по преодолению) / Г.Н. Мысько, В.В. Долгий /Под ред. И.К. Сосина. — Харьков: Коллегиум, 2006. — 140 с.

2. Ванчакова, Н.П. Алкоголизм и алкогольные болезни в многопрофильном соматическом стационаре / Н.П. Ванчакова, С.В. Соколова, Н.А. Лапина, Б.Б. Федоров // Человек и алкоголь: Матер. 3-го междисциплинарного Российского конгресса 23-24 апреля 2009 г. — СПб., 2009. — С. 6-12.

3. Мехтиев, С.Н. Патогенез и подходы к терапии при остром алкогольном гепатите / С.Н. Мехтиев, Ю.А. Кравчук, С.В. Карпов, А.В. Широких // Человек и алкоголь: Матер. 3-го междисциплинарного Российского конгресса 23-24 апреля 2009 г. — СПб., 2009. — С. 12-22.

4. Евсегнеев, Р.А. Психиатрия для врачей общей практики / Р.А. Евсегнеев. — Минск: «Беларусь», 2001. — 428 с.

5. Сосин, И.К. Наркология (Монография) / И.К. Сосин, Ю.Ф. Чуев. — Харьков: Коллегиум, 2005. — 800 с.

6. Screening for alcohol abuse using CAGE scores and likelihood ratios / D.G. Buchsbaum [et al.] // Ann. Intern. Med. – 1991. – Vol. 115, N 10. –P. 774-777.

7. Selzer, M. L. The Michigan Alcoholism Screening Test: The quest for a new diagnostic instrument /M.L.Selzer // American Journal of Psychiatry. – 1971. –Vol. 127. – P. 1653-1658.

8. Огурцов, П.П. Неотложная алкогольная патология (пособие для врачей многопрофильного стационара) / П.П. Огурцов, И.В. Жиров. – СПб.: «Невский Диалект». – 2002. – 118 с.

9. Радченко, В.Г. Основы клинической гепатологии. Заболевания печени и билиарной системы / В.Г.Радченко, А.В.Шабров, Е.Н.Зиновьева. – СПБ.: «Издательство «Диалект»; М.: «Издательство «БИНОМ», 2005. – 864 с.: ил. С.372.

10. Психологические методы диагностики алкоголизма / А.И. Минко [и др.] // Український медичний альманах. — 2000. — Т. 3, № 2 (додаток). — С. 96–100.

11. Бобров, А.Е. Алкогольный скрининг-тест: его валидность и структура / А.Е. Бобров, А.Н. Шурыгин // Психологическая диагностика при нервно-психических и психосоматических заболеваниях. — Л., 1985. — С. 33–36.

12. Schiff, E.R. Hepatitis C and Alcohol / E.R. Schiff, N. Ozden // Alcohol Research & Health.–2003.– Vol. 27, No.3.– P. 232-239.

13. Современные лабораторные маркеры употребления алкоголя / О.И. Тарасова [и др.] // Клинич. фармакол. и терапия. – 2007. – Т.16, №1. – С.1–5.

УТВЕРЖДАЮ

_____

руководитель учреждения,
в котором учреждён способ

_____

«___»_____20__ г.

АКТ О ВНЕДРЕНИИ

1. Наименование предложения для внедрения (метод профилактики, диагностики, лечения, устройство, форма организационной работы)

Алгоритм выявления алкогольной зависимости у пациентов с хроническими заболеваниями печени

2. Кем и когда предложен (наименование учреждения, авторы) Учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет», (В.М.Мицура, И.М.Сквира)

3. Источник информации (метод, рекомендации, отчет о НИР, съезды, конференции, семинары)_____

_____

4. Где и когда внедрено (наименование учреждения, дата начала внедрения) _____

_____

5. Результаты применения метода за период с_____по_____.

_____

положительные (кол-во наблюдений) _____

неопределенные (кол-во наблюдений) _____

отрицательные (кол-во наблюдений) _____

6. Эффективность внедрения

_____

_____

_____

7. Заключения, предложения: _____

_____

_____

«___» _____ 20__ г.

Ответственные за внедрение

_____

(должность, ФИО)

_____

(подпись)

Научное издание

Мицура Виктор Михайлович

Сквира Иван Михайлович

АЛГОРИТМ ВЫЯВЛЕНИЯ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПЕЧЕНИ

Инструкция по применению