



Литература

1. Зильберман М.Н. Фаллоэндопротезирование при расстройствах эрекции // МРЖ. — 1985. — Разд. 19, № 5. — С. 20–24.
2. Коган М.И. Диагностика и лечение эректильной импотенции: Дис. ... д-ра мед. наук. — М., 1986. — 480 с.
3. Коган М.И. Эректильная дисфункция. — Ростов-на-Дону, 2005. — 336 с.
4. Красулин В.В., Серебрянников С.М. Хирургическое лечение эректильной импотенции. — Ростов-на-Дону, 1994. — 96 с.
5. Мазо Е.Б., Дмитриев Д.Г., Гамидов С.И. Эректильная дисфункция после операций на половых органах, травм таза и промежности // Материалы IX Всерос. съезда урологов (Курск, 1997). — М., 1997. — С. 469–470.
6. Михайличенко В.В., Фисенко В.Н., Калинина С.Н., Кореньков Д.Г. Оперативное лечение эректильной дисфункции. — М.; СПб, 1995. — 19 с.
7. Щеплев П.А. Реконструктивная и эстетическая хирургия полового члена: Дис. ... д-ра мед. наук. — М, 1996. — 235 с.
8. Salama N. Satisfaction with the malleable penile prosthesis among couples from the Middle East—is it different from that reported elsewhere? // Int. J. Impot. Res. — 2004. — Apr 16 (2). — P. — 175–180.
9. Seftel A.D. Erectile dysfunction in the elderly: epidemiology, etiology and approaches to treatment // J. Urol. — 2003. — Vol. 169, N 6. — P. 1999–2007.
10. Small M.P. Small-Carrion penile prosthesis: a report on 160 cases and review of the literature // J. Urol. — 1978. — Vol. 119, N 3. — P. 365–368.
11. Wilson S.K., Delk J.R. Impotence (it's reversible). — Van Buren, 1995. — 80 p.

© С.А.БЕЛЯКИН, 2009
УДК 616.36-02:547.24

Профилактика алкогольной болезни печени

БЕЛЯКИН С.А., заслуженный врач РФ, доцент, полковник медицинской службы

3-й Центральный военный клинический госпиталь им. А.А.Вишневого, г. Красногорск, Московская область

Belyakin S.A. — Prophylaxis of alcoholic disease of the liver. Military doctors should have a uniform position to the use of alcohol. Now alcohol is the basic pathogenic factor in development of a lethal cirrhosis of a liver. The most known sayings justifying the use of alcohol, are insolvent. Useful doses of alcohol does not exist. The quantity of used alcohol has the great value. Only at achievement of age 21 year it is possible to use safe doses of alcohol. A safe dose of pure alcohol (ethanol) less than 30,0 in day. In a basis of prophylaxis of a cirrhosis of a liver there is a medical educational activity.

Key words: alcohol, a cirrhosis of a liver, prophylaxis.

Алкогольная ситуация в России за последние годы стала чрезвычайной. Российская Федерация ежегодно теряет до 500 тыс. трудоспособных граждан от причин, связанных с алкоголем [3]. Цирроз печени — одно из самых известных последствий для здоровья человека, обусловленных злоупотреблением алкоголя. Основной причиной возникновения смертельного цирроза печени у военнослужащих является употребление алкоголя [1, 2, 4, 5]. В течение 60 лет в ГВКГ им. Н.Н.Бурденко число ежегодно поступающих больных алкогольным циррозом печени увеличилось в 8 раз [5]. Более 70% циррозов печени с летальным исходом в трудоспособном возрасте в 3 ЦВКГ им. А.А.Вишневого имели

алкогольную этиологию [1, 2, 4]. Средняя продолжительность жизни у пациентов с алкогольным циррозом печени составляет 55 ± 10 лет [1, 2, 6]. Эти данные отчетливо отражают недостаточный уровень профилактической работы военных врачей.

В указанных обстоятельствах крайне важна правильная позиция врача по отношению к хронической алкогольной интоксикации. Но в проблеме «алкоголь и человеческий организм» необычно контрастно выступают различия в понимании проблемы алкогольной болезни печени разными врачами. По отношению к употреблению алкоголя врачи, к сожалению, не выступают с единых позиций, а делятся на несколько групп.



Первая группа. Врачи соответствуют уровню современной медицины по этому вопросу и признают опасность хронической и острой интоксикации алкоголем.

Вторая группа. Врачи несколько снисходительно оценивают опасность хронической и острой интоксикации алкоголем. Они как бы остановились между взглядами 60-х годов прошлого века (период явной недооценки опасности больших доз алкоголя) и современной позицией медицины. Даже при явной необходимости абстиненции обычно ограничиваются лишь рекомендацией уменьшить потребление алкоголя.

Третья группа. Врачи как бы застыли на позиции 60-х годов прошлого столетия. Они сомневаются в болезнетворном действии больших доз алкоголя на внутренние органы человека. В необходимых случаях почти никогда безоговорочно не назначают абстиненцию.

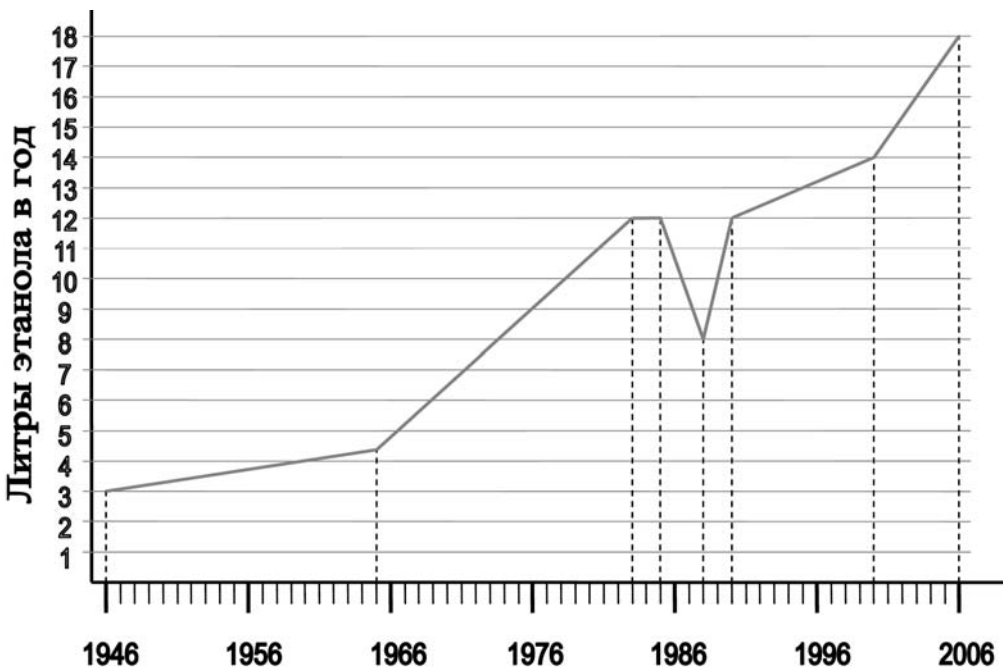
Можно было бы не касаться деликатной темы индивидуального отношения врача к этому вопросу, но беда в том, что пьющие больные нередко пользуют-

ся чередой консультантов и останавливаются на врачах, отнесенных именно к третьей группе. И наоборот, пьющие, получившие от всех опрошенных ими врачей заверения в необходимости бросить пить, существенно чаще следуют врачебным советам.

Таким образом, необходима отчетливая и правильная позиция врача, в т. ч. и военного врача, по вопросам употребления токсичных доз алкоголя. Однако этому мешают *четыре мифа*.

Миф первый: «В России всегда пили и пили не меньше, чем теперь».

До XVII в. в России вообще не употребляли алкоголь крепостью выше 5 градусов, которым являлась медовуха. В последующем ситуация менялась в худшую сторону. Но с начала XX в. в России получило широкое распространение движение за трезвый образ жизни. В 1909 и 1912 гг. состоялись Всероссийские съезды по борьбе с пьянством. Этот вопрос неоднократно обсуждался в Государственной думе. К 1913 г. потребление алкогольных напитков на душу населения в нашей стране стало одним из самых



Потребление алкоголя (этанола) в СССР и РФ на одного человека в год



низких в Европе. В немецкой и французской армиях в годы Первой мировой войны проблема алкоголизации стояла особенно остро. Так, алкогольные психозы в Кенигсбергской психиатрической клинике составляли 22%, были случаи тяжелого «острого алкоголизма» со смертельным исходом. В Русской армии алкогольных психозов почти не встречалось.

Иная картина наблюдалась в последние десятилетия (см. рисунок).

В настоящее время уровень потребления алкоголя достиг 18 л в год — один из самых высоких в мире. Таковы печальные данные по алкоголизации населения страны.

Миф второй: «Продажа алкоголя материально выгодна стране и обществу».

В России никогда не проводили специальные исследования с целью определения экономического эффекта (положительного или отрицательного) от продажи алкогольных напитков. Между тем по инициативе парламентов США и Германии подобные исследования были выполнены.

Исследования, проведенные в США (публикации 1971 г.), показали, что на каждый доллар «чистой прибыли» от продажи алкогольных напитков приходится 3 доллара скрытых убытков. Согласно результатам аналогичной работы, выполненной в Германии (публикации 1996 г.), на каждую марку «чистой прибыли» приходится 6 марок реальных убытков (табл. 1). Употребление алкоголя в токсических дозах в первую очередь приводит к резкому увеличению брака и произвольному уменьшению продолжительности рабочего дня. Связанные только с этим убытки более чем в 3 раза превышают «чистую

прибыль» от продажи алкоголя. Кроме того, большие средства уходят на оплату лечения и больничных листов, выдаваемых в связи с алкогольными отравлениями, алкогольными поражениями внутренних органов, психозами, травмами, полученными в состоянии алкогольного опьянения. Увеличиваются затраты на лечение детей из семей алкоголиков по поводу заболеваний, обусловленных генетическими дефектами.

Миф третий: «Употребление алкоголя практически безопасно».

К середине 70-х годов прошлого столетия было доказано по эпидемиологическим данным, что смертность от цирроза печени прямо связана с уровнем потребления алкоголя. Экспериментально на животных воспроизвели тяжелые стадии алкогольной болезни печени.

В «Государственном докладе о состоянии здоровья населения Российской Федерации в 2000 году» отмечается: «Алкогольная ситуация в стране на протяжении длительного времени весьма неблагоприятна, среднегодовое потребление алкоголя составляет около 14 литров на человека, тогда как ВОЗ оценивает ситуацию как опасную при 8 литрах в год». Согласно суммарным данным, в развитых странах, в которых потребление алкоголя составляет 10 л и более на человека в год, 11–13% населения злоупотребляют алкоголем, у 4–6% определяется алкогольная зависимость — алкоголизм.

К этому можно добавить, что потребление более 12 л алкоголя в год приводит к отчетливому увеличению частоты формирования генетических дефектов у населения и постепенному вымиранию нации.

Таблица 1

Материальные и медицинские потери, связанные с потреблением алкоголя в Германии (1996 г.)

Население	75 млн человек
Годовой доход от продажи алкоголя	6 млрд немецких марок
Убытки, связанные с патогенным действием алкоголя	37 млрд немецких марок
Больные с алкогольным поражением внутренних органов	10 млн человек
Больные алкоголизмом	3 млн человек

Примечание. Потребление этанола на одного человека в год в Германии — 10,6 л.



Данные последнего времени — миссия ООН в Москве подняла вопрос о возрождении системы учреждений закрытого типа для принудительного лечения лиц, страдающих алкоголизмом. Такая рекомендация обусловлена тяжелой ситуацией с хронической алкогольной интоксикацией. Доля смертности, связанная с интоксикацией алкоголем, в общей смертности достигает 30% мужчин и 17% женщин [3].

В обращении к участникам научно-практической конференции «Актуальные вопросы наркологии», состоявшейся 25–28.05.2009 г. в Москве, министр здравоохранения и социального развития РФ Г.А.Голикова сообщила, что потребление алкоголя в России составляет около 18 л на душу населения в год. Каждый добавочный литр сверх определенного ВОЗ предела (8 л) уносит 11 мес жизни мужчин и 4 мес женщин, т. е. только из-за употребления избыточных доз алкоголя мужчины в России живут на 10 лет меньше. При проведении антиалкогольной кампании в России в 1985–1989 гг. при всех ее недостатках средняя продолжительность жизни мужчин увеличилась на 3 года.

Миф четвертый: «Употребление алкоголя не только безопасно, но даже полезно».

Особенно часто этот миф использует часть кардиологов, а вслед за ними и пациенты с патологией сердца и сосудов. При этом отвергается установленный еще С.П.Боткиным факт возникновения патологических изменений как в сердечной мышце и в венечных артериях, так и в вегетативных узлах сердца при длительном употреблении алкоголя. У умерших больных при длительном употреблении больших доз алкоголя выявляются гипертрофия левого желудочка, дилатация правого желудочка и обоих предсердий, **склероз сосудистых стенок** (Боткин С.П., 1867).

Также не обращают внимание и на международную классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10), принятую 43-й сессией Всемирной ассамблеи здравоохранения, в которой среди болезней системы кровообращения выделена алкогольная кардиомиопатия (рубрика I 42.6).

По нашим данным, практически каждый из 2 тыс. пациентов, кому в ЦВКГ

им. А.А.Вишневого выполнена ангиопластика коронарных артерий или аортокоронарное шунтирование, употреблял алкоголь. При этом дозы и частота его употребления были различны: от безопасных до 1–1,5 л коньяка или водки в сутки. У нескольких пациентов в послеоперационный период развился алкогольный делирий. Таким образом, и врач, и пациент должны знать, что полезных доз алкоголя не существует.

Миф пятый: «Главное — не сколько я выпил, а что я пил. Цирроз печени не возникает при употреблении качественного алкоголя».

Данное изречение связано в первую очередь с ведущей ролью качественного характера алкогольного напитка, количественные показатели ошибочно представляют малозначимыми. «Главное — не сколько я выпил, а что я пил» — наивно рассуждают наши пациенты. В этой связи многолетний клинический опыт показывает, что при летальных исходах решающую роль играют именно количественные характеристики употребляемого алкоголя в пересчете на чистый этанол. При употреблении пива, вина или водки цирроз печени развивается с одинаковой частотой. Заболеваемость алкогольным циррозом печени во Франции, где предпочитают французские вина, такая же, как в США, где в основном употребляют крепкий алкоголь (виски). Самый качественный алкоголь безопасен лишь в малых дозах — до 30 мл в сутки в пересчете на чистый этанол, что равно рюмке водки, или бокалу вина, или бутылке пива (330 мл). При превышении данного уровня могут возникнуть те или иные формы алкогольной болезни печени (табл. 2).

Таким образом, алкогольная болезнь печени возникает при употреблении любого алкоголя, т. к. повреждающим гепатоциты фактором является именно этиловый спирт, составляющий основу алкогольного напитка.

Миф шестой: «Алкоголь можно употреблять с 18 лет».

В России алкоголь может купить любой гражданин, достигший 18 лет. Возникло заблуждение о безопасности алкоголя в этом возрасте. Многим родителям кажется странным проведение школьного выпускного вечера без алкогольных напитков на праздничном столе. В то же



**Взаимосвязь уровня потребления алкоголя и развития различных форм
алкогольной болезни печени в возрасте 21–65 лет**

Характер потребления алкоголя	Ежедневные дозы этанола, мл		Характер алкогольного повреждения печени
	Мужчины	Женщины	
Безопасный уровень для здорового взрослого человека ^{2, 3}	до 30	до 20	Как правило, отсутствует
Уровень риска	30,5–60	20–40	Жировая дистрофия
Опасный уровень	60–80	40–60	Гепатит
Циррогенный уровень: Пенквино I Пенквино II ¹	80–160 160 и более	60–110 более 110	Цирроз Острый алкогольный гепатит

Примечания: ¹ Острый алкогольный гепатит (тяжелой и средней степени тяжести) возникает, как правило, при дозах Пенквино II. ² У лиц 13–15 лет гепатотоксичность алкоголя в 2 раза больше указанной, темпы развития цирроза печени в 2–3 раза быстрее, чем у взрослых. ³ У лиц 15–20 лет гепатотоксичность алкоголя в 1,5 раза больше указанной, темпы развития цирроза печени в 1,5–2 раза быстрее, чем у взрослых.

время в большинстве цивилизованных стран продажа алкоголя разрешена только при достижении 21 года. Данный возрастной ценз установлен на основании особенностей человеческого организма, поэтапного формирования ферментных систем, в т. ч. участвующих в метаболизме алкоголя. Известно, что до 90% алкоголя обезвреживается в печени. Существуют три основных пути метаболизма алкоголя.

Первый путь – с помощью ферментов *алкогольдегидрогеназы* (АДГ) и *ацетальдегиддегидрогеназы* (АлДГ), второй – система микросомально-этанолового окисления, третий – с помощью каталазы [6]. Метаболизм небольших доз алкоголя происходит, как правило, первым путем без образования значительного количества токсических продуктов. Если доза алкоголя превышает безопасную дозу (более 30 мл), то к метаболизму алкоголя подключается второй путь. При этом количество токсических продуктов метаболизма возрастает. При поступлении в организм человека циррогенных доз алкоголя задействуется и третий путь, при котором возникает наибольшее количество токсических продуктов. Таким образом, самой эффективной системой обезвреживания алкоголя является первая, при которой расщепление алкоголя до ацетальдегида происходит с помощью

АДГ, и далее с помощью АлДГ осуществляется расщепление ацетальдегида до ацетата. На формирование этой системы уходит 21 год. У подростков и женщин она развита слабо. Поэтому у них возникает цирроз печени и именно поэтому продажа алкоголя в цивилизованных странах разрешена с 21 года.

Охрана здоровья человека в РФ включает совокупность мер политического, духовного, экономического, правового, социального, культурного, научного, медицинского, санитарно-эпидемиологического характера, направленных на оптимизацию условий для формирования, активного сохранения, восстановления и укрепления здоровья, обеспечивающих снижение заболеваемости и увеличение популяции здоровых и практически здоровых людей. Основные мероприятия этого направления в полном объеме соответствуют принятой концепции и отраслевой программе Министерства здравоохранения и социального развития РФ «Охрана и сохранение здоровья здоровых в Российской Федерации на 2003–2010 гг.». В соответствии с базовыми положениями данной концепции разработана трехуровневая система профилактики и коррекции функциональных нарушений организма, первый уровень которой сформулирован как санитарно-



гигиенический. Практические мероприятия данного уровня соответствуют положению концепции «Гигиеническое воспитание и обучение» и выражаются как система образования, включающая в себя комплексную просветительную, обучающую и воспитательскую деятельность, направленную на повышение информированности по вопросам охраны здоровья, на формирование культуры здорового образа жизни, а также закрепления ги-

гиенических навыков, обеспечивающих оптимальные условия жизнедеятельности.

Военные врачи не должны недооценивать опасность избыточного употребления алкоголя и занимать по этому вопросу позицию, близкую к дружественному нейтралитету. Кроме того, задача каждого военного врача не только разъяснять опасность употребления больших доз алкоголя, но и убеждать в этом пока еще здоровых военнослужащих.

Литература

1. Белякин С.А., Бобров А.Н., Плюснин С.В. и др. Алкоголь — ведущий этиологический фактор циррозов печени с неблагоприятным исходом // Вестн. Российской военно-медицинской академии. — 2009. — № 2. — С. 29–33.
2. Бобров А.Н., Павлов А.И., Плюснин С.В. и др. Этиологический профиль циррозов печени с летальным исходом у стационарных больных // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. — 2006. — № 2. — С. 19–24.
3. Демографическая политика России: от размышлений к действию. Редакционная

статья // Вестн. Московского терапевтического общества. — 2008. — № 10. — С. 3.

4. Фисун А.Я., Белякин С.А., Бобров А.Н. и др. Причины циррозов печени и их исходы у больных, наблюдавшихся в многопрофильном госпитале // Воен.-мед. журн. — 2009. — Т. 330, № 4. — С. 17–23.
5. Хазанов А.И. Итоги длительного изучения (1946–2005 гг.) этиологии циррозов печени у стационарных больных // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. — 2006. — № 2. — С. 11–19.
6. Хазанов А.И., Плюснин С.В., Белякин С.А. и др. Алкогольная болезнь печени. — 2008. — 318 с.

© В.М.СКОРОБОГАТОВ, 2009
УДК 616.441-006-089

Оптимизация хирургической тактики при узловых образованиях щитовидной железы

СКОРОБОГАТОВ В.М., кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы

2-й Центральный военный клинический госпиталь им. П.В.Мандрыки, Москва

Skorobogatov V.M. — Optimization of surgical tactics in conditions of knot lumps of thyroid gland. There was effectuated an analyze of results of treatment of 1006 patients with different knot lumps of thyroid gland, operated in surgical departments of the 2nd CMCH by Mandryka P.V. for the period 1990–2007. Using of organ-saving operations is caused by necessity of maximum decreasing of after-operation complications and by necessity of saving of presecretion-producing function of thyroid gland. The substantiation of operation in volume of exsection with deleting of knot in the limit of healthy tissue is the results of analyze of anatomical structure not only of knot lump, but also of tissue of thyroid gland, beds to it: devascularization with appearance of fibroid changers was marked in 69,7%, dystrophic processes with thyroadenitis — in 38,8% of examinations. Analyze of repeated operations brought to light, that in pathogenesis of development of backset the main role is played by etiology and anatomical structure of knot lump, but not the volume of effectuated operation. Using of organ-saving operations and accounting of endocrinological aspects permitted to heal 89,3% of patients.

Key words: thyroid gland, bronchocele, adenoma, carcinoma, thyroadenitis, surgical treatment.

Выбор лечебной тактики при узловых образованиях щитовидной железы (ЩЖ), несмотря на кажущуюся простоту, является одной из сложных задач и даже при определенных нозологических формах неоднозначен.

Нерешенность проблемы ранней дифференциальной диагностики доброкачественных и злокачественных образований ЩЖ, отсутствие точной методики дооперационной морфологической верификации диагноза привели к тому, что