

M. Salaschek, B. Weber

## БОЛЬНЫЕ АЛКОГОЛИЗМОМ В НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ОТДЕЛЕНИЯХ ГЕРМАНИИ

Вселенская клиника г. Иббенбюрен,  
психиатрическая клиника университета г. Франкфурт-на-Майне, Германия

В Германии, как и во многих других странах мира, алкоголизм является актуальной проблемой: приблизительно 2—3% населения страдают зависимостью от алкоголя. Согласно принятому в 1969 г. решению государственного социального суда, алкоголизм рассматривается как заболевание, в связи с этим органы социального страхования также должны принимать участие в лечении этой болезни. В условиях клиники диагноз алкоголизма часто ставится лишь тогда, когда он особенно выражен. Так, согласно последним опубликованным данным (статистическая годовая книга 1996 г.), в 1993 г. в клиниках Германии находились на лечении около 159 тыс. пациентов с основным диагнозом алкоголизма (78% мужчин и 12% женщин).

Большинство больных алкоголизмом обращаются к врачу не из-за психологического дискомфорта, а на основании жалоб соматического характера, поэтому для выявления истинного числа таких больных необходимы специальные исследования, проводимые опытным персоналом. Так, при внедрении монхенского алкоголизм-теста (Feuerlein et al., 1977) в работу одной из баварских пульмонологических клиник было выявлено, что 30% всех пациентов страдали алкоголизмом. Во всех неврологических отделениях клиник, где мы проводили наше исследование, число больных алкоголизмом составило приблизительно 12% от общего числа пациентов, поступивших в данную клинику в течение года.

По данным некоторых исследователей, приблизительно 5—7% всего работающего населения страдают алкоголизмом, 30—40 тыс. случаев смерти ежегодно вызваны употреблением алкоголя (Feuerlein, 1995).

На основании этих различных данных не представляется возможным точно подсчитать затраты, вызванные злоупотреблением алкоголя. Все авторы едины только в одном: эти расходы очень велики — от 6 до 80 млрд. немецких марок в год (Feuerlein, 1995; Trieloff, 1996).

Всем алкогольным напиткам немцы предпочитают пиво. В 1994 г. на долю каждого гражданина старше 15 (!) лет пришлось 159 литров пива, 6,15 литра вина или шампанского и 2,3 литра чистого спирта в форме крепких алкогольных напитков. Общее количество принятого за год алкоголя составило в пересчете на чистый спирт более 12 литров в год (статистическая годовая книга 1996 г.).

С того времени, как люди начали употреблять алкоголь, они столкнулись с проблемами, связанными с его злоупотреблением, что привело к появлению определенного негативного отношения к алкоголю (Schmid). Нервная система является одной из особенно чувствительно реагирующих на прием алкоголя структур организма. Это его свойство и является предпосылкой к тому, что алкогольные напитки употребляются с таким удовольствием. Побудительным мотивом "выпить ещё стаканчик" является эйфоризирующее действие алкоголя как наркотика на нервную систему. Отрица-

тельное действие алкоголя достаточно многоплановое и сложное (Feuerlein, 1976). Именно поэтому обычные неврологические отделения больниц заполнены больными алкоголизмом. Они надеются, что мы вылечим соматические симптомы заболевания, но что изменится в сущности самой болезни? Какая судьба ожидает этих больных после выписки из больницы?

Пятнадцать лет назад мы провели катанестическое исследование по развитию мотивации к лечению больных алкоголизмом на базе одной из психиатрических поликлиник. Основным источником нашей информации являлись домашние врачи или просто врачи, продолжавшие лечение данного пациента вне стен поликлиники. Этот метод представляется нам более достоверным, чем непосредственный опрос больных (Salaschek, 1982).

Аналогичным способом мы пытались также проследить дальнейшее течение заболевания у больных, находившихся на лечении в стационарах. Мы собирали данные обо всех больных алкоголизмом, леченных в общих неврологических отделениях клиник в городах Гамбург-Бармбек (1980—1983) и Иббенбюрен (1986—1987). В итоге мы располагали сведениями о 296 пациентах, что составило приблизительно 12% от числа всех больных, находившихся на лечении в данных отделениях. Среди больных мужского пола алкоголизмом страдал каждый седьмой (15%), женского пола — каждая двадцатая (5%).

Все пациенты прошли тщательное неврологическое и соматическое обследование. Их лечили в зависимости от жалоб и при необходимости лечение было направлено на обезвреживание действия алкоголя на организм (в периоде острого алкогольного отравления и в периоде похмелья). Со всеми пациентами проводились разъяснительные беседы относительно проблем алкоголизма и возможностей дальнейшего лечения. В зависимости от тяжести заболевания и социальных условий врачи и социальные работники больницы пытались склонить пациента к дальнейшему амбулаторному или длительному стационарному лечению, направленному на выработку отвыкания от алкоголя.

На втором этапе исследования мы обращались к врачам, которые продолжали лечение наших пациентов (как правило, это были домашние врачи), с просьбой сообщить нам по телефону или по короткому опроснику о состоянии больных после выписки, прежде всего о потреблении алкоголя и/или данные лабораторного анализа. Эту работу проводили в Гамбурге в течение 3—6 лет, в Иббенбюрене — в течение 3—4 лет после выписки пациентов из стационара. Кроме того, мы просматривали архивные данные больниц с целью выявления повторного поступления этих больных в клинику.

Среди больных алкоголизмом, находившихся под нашим наблюдением, было 47% мужчин и 26% женщин. Средний возраст — 34 года. Сопутствующ-

щие заболевания или последствия алкоголизма, по нашим данным, имели место в 90% случаев. Нередко у одного и того же пациента наблюдались комбинации из пяти различных заболеваний, вызванных злоупотреблением алкоголя. По сравнению с большими алкоголизмом, находившимися на лечении в психиатрических отделениях, у наших пациентов по понятным причинам чаще отмечались тяжелые соматические нарушения (Feuerlein, 1977; Nickel, Morosov, 1989). Статистически достоверная зависимость прослеживалась при гепатопатии и судорогах ( $P=0,001$ ), гепатопатии и (пре-)делирии ( $P=0,002$ ), полиневропатии и психосиндроме, обусловленном органическим поражением головного мозга ( $P=0,003$ ), а также при гепатопатии и полиневропатии ( $P=0,008$ ).

У 178 (60%) наших пациентов мы имели возможность проследить катамнез в течение 2—8 лет (статистическая медиана). К сожалению, только у 102 (34,5%) пациентов удалось получить данные об употреблении алкоголя; статистическая медиана времени наблюдения за этой группой пациентов составила 3,5 года (Weber, Salaschek, 1995).

31 пациент к моменту сбора катамнеза умер: 4 из них — от цирроза печени, 3 — от делирия, 3 — в результате суицида, 3 — в результате несчастных случаев, 3 — от инфаркта миокарда, 2 — от карциномы пищевода). Третья часть пациентов скончалась во время первичного пребывания в клинике, остальные — в первые два года после выписки из стационара.

В подгруппе пациентов с катамнезом, который с определенной степенью достоверности можно было использовать в нашем исследовании, процент пациентов с улучшением симптоматики был на удивление высок — 43,1%. Из методических соображений нами было решено отнести к категории пациентов «без улучшения» «потерявшихся» больных и тех лиц, домашний врач которых не мог нам сообщить, употребляют ли они алкоголь и в каких количествах (см. ниже). Исходя из общего числа пациентов (296 чел.), мы путем пересчета установили, что у 14,9% пациентов состояние улучшилось. Следует отметить, что реальное число пациентов с улучшением состояния не во многом превосходит эту цифру. Большинство пациентов прекратили принимать алкоголь спонтанно и употребляли значительно меньше алкоголя в момент проведения опроса. Некоторые из этих пациентов прошли длительное стационарное лечение, направленное на «выткание» от алкоголя.

Опрос домашних врачей является необычным методом в получении информации о дальнейшем развитии заболевания у пациентов, находившихся на стационарном лечении. При исследовании алкоголизма этот метод обладает определенными преимуществами, но также и недостатками. Ожидалось, что при использовании этого метода будут получены данные о периодах дальнейшей жизни пациентов, так как пациент часто вступает в контакт со своим врачом. Кроме того, домашний врач получает информацию от других членов семьи, также находящихся под его наблюдением, располагает социальными данными, получаемыми при посещении больного на дому, поскольку сам живет, как правило, недалеко от пациента. Таким образом, домашний врач оказывается в этом плане более осведомленным, чем посторонний человек с опросным

листом, который общается с пациентом лишь краткое время и много может не заметить. Однако мы столкнулись с большим числом пациентов, о которых домашний врач в текущий момент ничего не знал: они или не нуждались более в советах домашнего врача или сменили его. Согласно данным Watzl и других авторов, при катаметрических исследованиях алкоголизма, как правило, не удается получить информации о 30—50% пациентов, изначально включенных в исследование. По мнению этого автора, данная группа больных имеет неблагоприятный прогноз и поэтому должна быть включена в категорию «без улучшения».

Несмотря на то что 43% наших пациентов, данные о которых представляются нам достоверными, к моменту обследования или совсем не употребляли алкоголь или употребляли его в значительно меньшем количестве, при отнесении потерявшихся пациентов в группу больных «без улучшения» полученное число пациентов с улучшением оказалось гораздо меньшим. В этом случае лишь 15% больных алкоголизмом можно отнести к группе «с улучшением». Вначале это число может показаться очень небольшим, однако оно вполне сопоставимо с таковым, полученным при другом исследовании катамнеза в течение года после выписки из стационарного психиатрического лечения (Bonsels-Gutz, Bess). 11% пациентов, включенных в это исследование, после стационарного лечения, направленного на обезвреживание организма пациента от токсического действия алкоголя на организм в стадии острого отравления и в периоде похмелья, полностью отказались от употребления алкоголя. В 70,5% случаев это лечение не оказалось эффективным. В противовес этому, как показало исследование, проведенное на базе 21-й специализированной клиники и специализированных отделений больниц в Германии, через 18 месяцев после длительного стационарного лечения, направленного на выработку отвыкания от алкоголизма, 53% больных не употребляли алкоголь вообще, у 8,5% отмечалось улучшение, и только у 38% процентов состояние здоровья не изменилось (Kufner et al.).

Интересно было бы сравнить наши результаты с данными о так называемых спонтанных ремиссиях, однако какой-либо достоверной информации о них не существует (Kendell, Staton). Анализ различных публикаций показывает, что подобные ремиссии можно ожидать в 10—42% всех случаев заболевания (Smart). Эти данные заставляют задуматься об эффективности любого специализированного лечения алкоголизма. У леченных больных в 2 раза чаще наблюдается улучшение состояния по сравнению с теми пациентами, которые в дальнейшем не лечились (71% по сравнению с 31%;  $P=0,013$ ). Хотя настоятельные врачебные советы и лечение соматических заболеваний может быть и полезно для поднятия уровня спонтанного излечения, тем не менее, исходя из современного уровня наших знаний, наилучший эффект наблюдается только при последующем длительном лечении больных алкоголизмом с участием психологов стационарного лечения и специализированных реабилитационных клиниках.

Поступила 18.02.99.