

АЛКОГОЛЬ. РОЛЬ В ПАТОГЕНЕЗЕ БОЛЕЗНЕЙ ПЕЧЕНИ И ВОЗМОЖНОСТИ САНОГЕНЕТИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЕ

БЕЛЯКИН С.А., к.м.н., начальник госпиталя

3 Центральный военный клинический госпиталь им. А.А. Вишневого

АННОТАЦИЯ

Автором выполнено исследование взаимосвязи характера и частоты возникновения алкогольной болезни печени и потребления пациентом алкоголя с последующей разработкой практических рекомендаций в рамках просветительной медицинской деятельности. Представлена критическая оценка общепринятых «мифов» о безопасном употреблении алкоголя на основе анализа 947 историй болезней пациентов с поражением печени. Указывается на эффективность метода энотерапии как здоровой альтернативы злоупотребления алкоголем.

Ключевые слова: Энотерапия, алкогольные поражения печени, профилактическая медицина.

ВВЕДЕНИЕ

Охрана здоровья здорового человека в Российской Федерации 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 воспитательную деятельность, направленную на повышение информированности по вопросам охраны здоровья и на формирование культуры здорового образа жизни.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Настоящее исследование выполнено в целях оценки взаимосвязи характера и частоты возникновения алкогольной болезни печени и потребления пациентом алкоголя с последующей разработкой практических рекомендаций в рамках просветительной медицинской деятельности.

В рамках настоящего исследования выполнен анализ историй болезней 947 больных циррозами печени (ЦП), которые лечились в многопрофильном лечебном учреждении (3 Центральный военный клинический госпиталь им. А.А. Вишневого) в пери-

од с 1996 по 2005 гг. Из них умерли 93, аутопсия выполнена у 66 (71%). У всех пациентов тщательно изучался анамнез (особое внимание обращалось на частоту и дозу употребления алкоголя). Диагноз устанавливался на основании исследований: активности аланиновой (АлАТ) и аспарагиновой (АсАТ) аминотрансфераз, гамма-глутамилтранспептидазы (ГГТП), щелочной фосфатазы (ЩФ), концентрации холинэстеразы, билирубина, а-фетопротейна (АФП), ферритина, церулоплазмينا, антимиохондриальных и антинуклеарных антител, антител к микросомам печени и почек, гладкой мускулатуре, маркеров гепатита В, С, D. С этой целью проведены УЗИ печени, селезенки, воротной и селезеночной вен, ФГДС, у большинства — биопсия печени.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Результаты проведенной работы показали, что в течение 10 лет в многопрофильном лечебном учреждении общегоспитальная летальность составила 1,53%. В этот же период лечилось 947 (0,46%) больных ЦП, а количество умерших от него составило – 93 (3,0% от всех умерших и 9,8% от числа лечившихся с ЦП). Таким образом, летальность у больных ЦП в 6,4 раза выше, чем общегоспитальная летальность.

Сравнительный анализ заболеваемости алкогольными и вирусными ЦП показал, что HCV ЦП составляет 58,6% всех вирусных циррозов у больных с благоприятным исходом и только 35,3% у больных с летальным исходом. В структуре летальных исходов от всех ЦП на него приходится 6,5%. Летальность при HCV ЦП является самой низкой – 2,8%, средний возраст умерших – 73,5±3,5 года. Такая продолжительность жизни, по видимому, обусловлена особенностями самой HCV-инфекции, а также активным противовирусным лечением, проводимым в последние годы. Количество больных HCV ЦП и умерших от него при сравнении двух пятилетних периодов наблюдения (1996-2000 и 2001-2005 гг.) практически не изменилось.

HBV-инфекция была этиологическим фактором у 17,1% всех больных ЦП с благоприятным исходом. Летальность при HBV ЦП составила 7,0%. Средний возраст умерших — 58,9±17,2 года. Количество лечившихся больных с HBV ЦП во втором периоде уменьшилось на 25,6%, умерших — на 43%. Это, вероятно, связано с активной первичной и вторичной профилактикой HBV-инфекции.

Алкогольный ЦП являлся причиной смерти в 63,4% случаев, от него умерло в 3,5 раза больше больных, чем от всех вирусных ЦП, 81,4% умерших были лицами трудоспособного возраста. Количество больных алкогольным ЦП при сравнении двух пятилетних периодов возросло на 15,8%.

Особенно важно подчеркнуть, что у больных алкогольным ЦП отмечена самая низкая средняя продолжительность жизни – 54,9±10,2 года, а в подгрупп-

пе умерших при его сочетании с общим ожирением данный показатель составил $49,6 \pm 9,8$ года. Вероятно, общее ожирение может рассматриваться как дополнительный этиологический фактор в развитии и прогрессировании алкогольного ЦП.

Представленные данные свидетельствуют в целом о том, что основной причиной возникновения ЦП является употребление алкоголя. При этом в лечении и профилактике вирусных ЦП намечаются благоприятные тенденции, что требует настойчивого продолжения комплекса лечебно-профилактических мер при этих заболеваниях.

Таким образом, в связи с ведущей ролью алкоголя в формировании ЦП с летальным исходом основные усилия в снижении смертности от ЦП должны быть направлены на предупреждение употребления жизнеопасных доз алкоголя прежде всего путем разъяснительной работы о вреде алкоголя.

ОБСУЖДЕНИЕ

В рамках обсуждения результатов настоящей работы нам представляется необходимым представить следующие данные по несостоятельности ряда известных изречений, оправдывающих злоупотребление алкоголем.

1. *«В России всегда пили и пили не меньше, чем теперь.»*

Алкогольная болезнь печени относится к распространенным заболеваниям, выявляющимся у 10%-25 % мужского населения большинства развитых стран и несколько реже у женщин [1, 2, 3, 4]. При этом от четверти до трети из данного контингента достигают степени алкогольной зависимости или, иными словами, страдают хроническим алкоголизмом, что в целом составляет не менее 5% взрослого населения нашей страны, у остальных пациентов алкогольная болезнь печени протекает на фоне отсутствия явной стабильной алкогольной зависимости. Последнее состояние, по терминологии Всемирной организации здравоохранения, звучит как «вредоносное потребление алкоголя». В клинической практике нередко пользуются термином «хроническая алкогольная интоксикация» или «пристрастие к алкоголю». При этом важно подчеркнуть, что хронической алкогольной интоксикацией или пристрастием к алкоголю могут страдать любой стадией алкогольной болезни печени, а ведущей формой рассматриваемой патологии являются циррозы как конечная стадия хронических диффузных заболеваний печени, характеризующаяся фиброзом, образованием узлов регенератов и перестройкой внутрипеченочного сосудистого русла [5].

С начала XX века в России получило широкое распространение движение за трезвый образ жизни. В 1909 и 1912 годах состоялись Всероссийские съезды по борьбе с пьянством. Этот вопрос неоднократно обсуждался в Государственной думе. К 1913 году потребление алкогольных напитков на душу населения стало одним из самых низких в Европе и Америке. Иная картина наблюдалась, начиная с 50-х годов прошлого века и, особенно, в последние десятилетия. Иллюстрацией данного положения служит таблица 1, подготовленная нами, исходя из официальных публикаций.

Таблица 1.
Рост потребления алкоголя (в мл на человека в год) в СССР и Российской Федерации за период 1946-2006 гг.

Периоды	Продолжительность периода в годах	Рост потребления алкоголя на человека в год (мл)	
		за весь период (мл)	за год (мл)
I (1946 – 1965 гг.)	19	1500	80
II (1966 – 1983 гг.)	18	7500	410
III (1984 – 2000 гг.)	16	2000	125
IV (2001 – 2006 гг.)	6	4000	666

По данным табл. 1, наименьший ежегодный рост потребления алкоголя в год отмечен в первом периоде (80 мл), наибольший – в четвертом (666 мл) периоде. Серьезная тревога возникла уже во втором периоде, когда наблюдался быстрый рост потребления алкоголя с достижением опасного уровня – 12 литров на человека. При таком уровне потребления существенно возрастает число алкогольных висцеропатий, психозов и генетических нарушений. В следующем – третьем периоде – отмечено некоторое замедление роста потребления алкоголя до 125 мл в год, вероятно, за счет ограниченной его продажи (1985-1989 гг.) со снижением потребления в этом пятилетии до 8 литров в год. Наконец, в четвертом периоде (2001-2006 гг.) ежегодный рост был наибольшим – 666 мл в год, а уровень потребления достиг 18 литров в год – один из самых высоких в мире. При этом нами не учитывалась незаконная продукция алкоголя, которая ориентировочно составляет 25-35 % от законной.

2. *«Употребление алкоголя практически безопасно.»*

Большая опасность постоянного употребления токсических доз алкоголя хорошо известна. Приводим данные последнего времени – из сообщения «Вестника московского городского научного общества терапевтов» [6]. «...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. По этой причине Российская Федерация ежегодно теряет до 500 000 трудоспособных граждан...».

3. *«Употребление алкоголя не только безопасно, но даже полезно.»*

Особенно часто этот миф используется частью кардиологов, а вслед за ними и пациентами, страдающими заболеваниями 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 (С.П. Боткин, 1867 г.). Также не обращается внимания и на международную классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10), принятую 43 сессией Всемирной ассам-

блеи здравоохранения, в которой среди болезней системы кровообращения выделена алкогольная кардиомиопатия (рубрика I 42.6).

По нашим данным, практически каждый из 2 тысяч пациентов, кому в 2006 году в 3 ЦВКГ имени А.А. Вишневого была выполнена ангиопластика коронарных артерий или аортокоронарное шунтирование, употреблял алкоголь. При этом дозы и частота употребления алкоголя были различны: от относительно безопасных – до 1-1,5 литра коньяка или водки в сутки. К этому можно добавить, что значительная часть острых алкогольных гепатитов у лиц старше 50-55 лет, протекает с явными нарушениями со стороны сердечно-сосудистой системы. В частности, наблюдаются аритмии (экстрасистолическая аритмия или пароксизмы мерцания предсердий), подъемы артериального давления, боли в прекардиальной области.

4. «Употребление алкоголя происходит в незначительных для организма дозах.».

Для несостоятельности данного положения следует привести нетоксические и токсические дозы алкоголя для человека (табл. 2) [7, 8]. Представляется очевидным, что реальное потребление алкоголя существенно выше представленных в таблице показателей.

Таблица 2.

Оценка различных уровней потребления алкоголя (этанол) взрослым населением (21 год и старше).

Характер потребления алкоголя	Ежедневные дозы этанола (мл)		Характер алкогольного повреждения печени
	мужчины	женщины	
Безопасный уровень для здорового взрослого человека ^{1) 2)}	до 30,0	до 20,0	Как правило, отсутствует
Рискованный уровень	30,5 – 60,0	20,0 – 40,0	Стеатоз
Опасный уровень	60,0 – 80,0	40,0 – 60,0	Стеатогепатит
Циррогенный уровень: Пенквино I Пенквино II ³⁾	80 – 160 160 и более	60 – 110 более 110	Цирроз Цирроз и острый алкогольный гепатит

Примечание: 1. Острый алкогольный гепатит (тяжелой и средней тяжести) возникает, как правило, при дозах Пенквино II.

2. У лиц 13-15 лет гепатотоксичность алкоголя в 2 раза больше указанной, темпы развития ЦП в 2-3 раза в быстрее, чем у взрослых.

3. У лиц 15- 20 лет гепатотоксичность алкоголя в 1,5 раза больше указанной; темпы развития ЦП в 1,5-2 раза быстрее, чем у взрослых.

5. «Главное – не сколько я выпил, а что я пил.».

Данное изречение связано, в первую очередь, с ведущей ролью качественного характера алкогольного напитка, количественные показатели представляются малозначимыми. В этой связи наш многолетний клинический опыт показывает, что при летальных исходах в 85% решающую роль играли количественные характеристики и лишь в 15% – качественные. При этом «качество» определялась лучшими сортами алкогольного напитка, так как прием ядовитых, некачественных продуктов, сочетающих в себе алкоголь и ядовитые добавки, не входит в рассмотрение данной статьи.

В заключение следует подчеркнуть, что, несмотря на крайнюю тревожность ситуации, в нашей стра-

не практически отсутствует антиалкогольная пропаганда. Возможно, частично это связано с тем, что значительная часть врачей, педагогов и журналистов недооценивают опасность избыточного употребления алкоголя и занимают по этому вопросу позицию, близкую к дружественному нейтралитету. Поэтому важной задачей в рамках формирования культуры здорового образа жизни является приобщение всех врачей к современному пониманию опасности хронической и острой алкогольной интоксикации.

Выход из этой ситуации возможен при существенном повышении знаний врачами любой специальности основ борьбы с хронической алкогольной интоксикацией. Совершенно необходимо ориентировать население о вредоносных действиях больших доз алкоголя и указывать на полную несостоятельность изложенных выше изречений («мифов»), оправдывающих злоупотребление алкоголем.

Задача врача заключается, в первую очередь, в том, чтобы убедить больного в гепатотоксическом действии больших доз алкоголя. Именно убедить, а не ограничиваться краткими общими разговорами о вреде алкоголя. Один из главных путей к достижению такого убеждения связан с необходимостью обратить внимание конкретного больного на конкретные проявления его болезни. По нашему мнению, врачи часто избегают указаний в диагнозе об алкогольной природе заболевания. С позиции сохранения репутации больного такой подход представляется в известной мере обоснованным. Но нередко подобный добрый жест врача «помогает» больному и его близким утвердиться в убеждении, что заболевание, по поводу которого проводилось лечение, не связано со злоупотреблением алкоголем, а относится к криптогенным. В рамках медицинского обследования необходимо использовать данные анамнеза, особенно, если в прошлом наблюдались острые алкогольные гепатиты или острый панкреатит. Значительное впечатление на больного производят видимые проявления болезни: телеангиэктазии кожи, контрактура Дюпюитрена, изменение окраски кожи лица. Особое внимание пациента привлекается к гепатоспленомегалии, признакам портальной гипертензии. Желательно также совместно оценить результаты лабораторных анализов, свидетельствующих о болезни.

Таким образом, в настоящее время алкогольные болезни печени в нашей стране занимают ведущее место по распространенности и уровню летальности среди всех других этиологических групп заболеваний печени. С позиций основ восстановительной медицины (формирование культуры здорового образа жизни) необходимо проведение комплексной (врач – больной) медицинской просветительской деятельности (антиалкогольной пропаганды) с учетом представленных в настоящей статье практических рекомендаций.

Не менее важным представляется широкая пропаганда энотерапии (лечебного применения вина) как «здоровой» альтернативы злоупотребления алкоголем. В настоящее время энотерапия, основанная на применении определенных сортов натурального виноградного вина, признана достаточно эффективным средством профилактики и лечения ряда заболеваний с учетом информации о биохимическом составе вина [9, 10]. В состав вина естественного

брожения входят вода, спирты, углеводы, органические и минеральные кислоты, минеральные вещества, микроэлементы, азотистые вещества, дубильные вещества, красящие вещества, ароматические вещества, сложные эфиры, альдегиды и ацетали, экстрактивные вещества, витамины и ферменты, пищевые волокна. Натуральное сухое виноградное вино, используемое для энотерапии, характеризуется высоким уровнем содержания биологически активных веществ (фенольные кислоты, флавонолы, полифенолы, антоцианы, стильбены) и антиоксидантной активностью. Содержание биологически активных веществ должно обеспечивать рекомендуемые величины их суточного потребления для взрослого человека в составе 125-250 мл вина. Определение содержания биологически активных веществ в вине производится в специализированных, аттестованных биохимических лабораториях. Для биологически активных веществ, содержащихся в вине, нормативными документами определены адекватные и верхние допустимые уровни их потребления: фенольные кислоты – 100мг-300мг; флавонолы – 30-100 мг; полифенолы – 200-600 мг; антоцианы – 50-150 мг; стильбены – 10-40 мг. В каждом литре натурального сухого виноградного вина содержится до 80 г спирта, нетоксичная норма потребления спирта (не более 20 граммов для взрослого человека в пересчете на чистый спирт) содержится в одном бокале вина (250 мл). Полезные свойства этилового спирта эффективнее сказываются в вине, чем в водно-спиртовых растворах, так как спирт в натуральном сухом виноградном вине находится в небольших концентрациях (10-15%) в сочетании с другими биологически активными веществами и потребляется всегда вместе с пищей.

Многолетний опыт применения энотерапии в Марфинском центральном военном клиническом санатории обобщен в монографии [11], подготовленной к изданию совместно с Ассоциацией специалистов восстановительной медицины, и активно распространяется в рамках программы медицины антистарения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдрахманов Д.Т. Алкогольная болезнь печени // Рос. журн. гастроэнт., гепатолог., колопроктол. – 2007. – № 6. – С. 4-10.
2. Бобров А.Н., Павлов А.И., Плюснин С.В. и др. Этиологический профиль циррозов печени с летальным исходом у стационарных больных // Рос. журн. гастроэнт., гепатолог., колопроктол. – 2006. – № 2. – С. 19-24.

3. Буеверов А.О., Маевская М.В. Ивашкин В.Т. Дифференцированный подход к лечению алкогольных поражений печени // Рос. журн. гастроэнт., гепатолог., колопроктол. – 2005. – № 1. – С. 4-9.
4. Coffin P.O., Sharpe B.A. Cause of death in alcoholic hepatitis // J. Hosp. Med. – 2007, Jan. – V. 2. – № 1. – P. 51-52.
5. Изменение этиологических факторов циррозов печени у стационарных больных (1992 – 2005 гг.): алкогольный цирроз выходит на первое место по числу больных и высокой летальности / Хазанов А.И., Васильев А.П., Пехташев С.Г. и др. // Клин. гепатологии. – 2006. – № 2. – С. 11-16.
6. Демографическая политика России: от размышлений к действию. Редакционная статья // Вестник Московского терапевтического общества. – 2008. – № 10. – С. 3.
7. Леонтьева М.В. Особенности распространения употребления алкоголя подростками и молодежью в образовательной среде // Вопросы наркологии. – 2007. – № 1. – С. 31-38.
8. Хазанов А.И. К клинике и исходам алкогольных циррозов печени // Актуальные вопросы патологии печени под редакцией Х.Х. Мансурова. Вып. 7 (Алкоголь и печень). – Душанбе. – 1976. – С. 159-168.
9. Кедрова М.И. Лечение виноградным вином. – С.-Пб. – 2006. – 126 с.
10. Кузьмина А.В., Шевченко В.Н. Здоровье, даруемое виноградной лозой. – М. – 2003. – 141 с.
11. Шалыгин Л.Д. Вино в восстановительной медицине и медицинской реабилитации // Под ред. А.И.Труханова. – М, 2007. – 258 с.

РЕЗЮМЕ

Автором выполнено исследование взаимосвязи характера и частоты возникновения алкогольной болезни печени и потребления пациентом алкоголя с последующей разработкой практических рекомендаций в рамках просветительной медицинской деятельности. Указывается, что алкогольная болезнь печени относится к распространенным заболеваниям, выявляющимся у 10% -25 % мужского населения большинства развитых стран. Показано, что у больных алкогольным циррозом печени отмечена самая низкая средняя продолжительность жизни ($54,9 \pm 10,2$ года), а в подгруппе умерших при его сочетании с общим ожирением данный показатель составил $49,6 \pm 9,8$ года. С позиций основ восстановительной медицины (формирование культуры здорового образа жизни) необходимы проведение комплексной (врач – больной) медицинской просветительской деятельности (антиалкогольной пропаганды) с учетом представленных в настоящей статье практических рекомендаций, отобраных исходя из несостоятельности ряда известных изречений («мифов»), оправдывающих злоупотребление алкоголем, и разработка комплексной программы по лечебному применению натуральных вин (энотерапии).

ABSTRACT

“Prevention measures of liver alcoholic disease and enotherapy in recovery medicine: myths and reality”

Author made a research about correlation of type and frequency of patient alcoholic liver disease appearance and doses of alcohol drinking. After this the practice recommendations (according to the train medicine) have been developed. Alcoholic liver disease is a widespread type of disease (10-25% of manhood in high-developed countries). It was shown that patients with alcoholic liver cirrhosis have the lowest life duration ($54,9 \pm 10,2$ years), (if patients additionally have obesity than life duration was $49,6 \pm 9,8$ years). According to the recovery medicine the complex (doctor - patient) training activity is necessary for the antialcoholic popularization subject to the practice recommendations of this article. This recommendations show unfoundedness of the “myths row”, justifying alcohol long usage and development of special program of the vine treatment (enotherapy).

ГРУППОВЫЕ (ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ) МЕТОДЫ РЕАБИЛИТАЦИИ И ЛЕЧЕНИЯ УЧАСТНИКОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ

КОЛОВ С.А., к.м.н., врач-психотерапевт

Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, Волгоградский областной клинический госпиталь ветеранов войн

АННОТАЦИЯ

Обсуждается значение групповых психосоциальных методов в системе реабилитации ветеранов боевых действий. Рассмотрены когнитивно-поведенческие, психодинамические, экзистенциальные подходы в групповой психотерапии комбатантов. Приведены показания и противопоказания, а также данные по эффективности различных групповых техно-

логий. Показаны особенности применения психосоциальных моделей в зависимости от уровня адаптации комбатантов. Обращается внимание на необходимость дальнейшего изучения и поиска эффективных методов групповой психологической коррекции для участников войн.

Ключевые слова: реабилитация, групповая психотерапия, комбатанты.