

## Особенности Реабилитации Пациентов Страдающих Хроническим Алкоголизмом После Алкогольной Интоксикации (Обзор Литературы)

**Хусенов О. Н., Мусаев Т. Я.**

Бухарский филиал РНЦЭМП, Ташкент, Бухара, Узбекистан

**Стопницкий А. А.**

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи (РНЦЭМП), Ташкент,  
Бухара, Узбекистан

**Аннотация:** Вследствие доступности и возможности охвата большого числа пациентов экстренная медицинская помощь обладает потенциалом для использования в целях сокращения риска, возникающего в результате проблемного употребления алкоголя. Наиболее эффективным подходом предупреждения пьянства и алкоголизма является подход, нацеленный на постепенное изменение традиций в социуме, с акцентом на возможность корректировки индивидуального поведения под влиянием окружающих. Полноценное мотивационное интервью необходимо проводить с пациентами включая их семейных родственников, которые допускают вредное и опасное употребление алкоголя и сомневаются по поводу изменения своих питейных привычек. Однако для пациентов перенесших острую или хроническую алкогольную интоксикацию сроки психосоциальных вмешательств следует определять после изучения метаболического и когнитивного статуса таких больных.

**Ключевые слова:** Алкогольная зависимость, этанол, интоксикация, психологическое отношение.

Социальное и экономическое бремя, вызванное употреблением алкоголя, увеличивается во всех странах. По оценкам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), во всем мире в результате вредного употребления алкоголя ежегодно происходит 3 млн. смертей, что составляет 5,3 % всех случаев смерти [1, 18]. Исследования свидетельствуют о региональных, национальных и местных различиях в характере и социальном контексте употребления спиртных напитков, но всеобщие негативные последствия для здоровья очевидны [18].

В соответствии с Международной классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра (МКБ-10) синдром зависимости от алкоголя является хроническим рецидивирующим заболеванием, и на данный момент не существует высокоэффективных методов его лечения. До возникновения зависимости всегда существует период проблемного употребления алкоголя [5]. Длительность этого периода индивидуально варьирует и зависит от множества факторов (частота употребления алкоголя, количество выпиваемого алкоголя, наследственный фактор, сопутствующие заболевания и др.), но обычно составляет несколько лет. Эффективное вмешательство на стадии проблемного употребления алкоголя позволяет замедлить или предотвратить формирование болезни [15].

Алкогольная зависимость имеет широкий спектр социальных последствий, затрагивающих как самого пьющего и его близкое окружение, так и общество в целом. С социальной позиции это форма поведения, характеризующаяся патологическим влечением человека к

спиртному и последующей деградацией личности. Социальные проявления алкоголизма выражаются в изменении круга общения, в отторжении обществом алкоголь зависимых лиц, в их стигматизации [15]. Большинство злоупотребляющих алкоголем лиц находятся в социальной изоляции, теряют социальные навыки, окружающий мир воспринимается ими враждебно, происходит потеря друзей, доверия к людям. Кроме того, при алкогольной зависимости нарушаются семейные отношения. Формирование синдрома зависимости у одного из супругов наносит семейным отношениям непоправимый вред. Согласно исследованиям российских авторов, у 70% женщин, чьи партнеры страдают алкоголизмом, наблюдается выраженное невротическое состояние [8].

Одним из социальных последствий алкоголизма являются различные правонарушения. Специалисты отмечают, что проблемное употребление алкогольных напитков и состояние опьянения способствуют совершению наиболее тяжелых правонарушений. Также установлено, что в частоте правонарушений нет принципиальных различий между склонными к бытовому пьянству и страдающими алкогольной зависимостью [8]. И те, и другие лица асоциальны и имеют склонность к совершению правонарушений [6, 8].

Таким образом, социальный ущерб от чрезмерного потребления алкоголя огромен: он обусловлен производственным и транспортным травматизмом, ростом преступности, выступает причиной пожаров. Алкогольная зависимость является наиболее частой причиной распада семей, роста числа неблагополучных семей, числа детей- сирот и детей с особенностями психического и физического развития, формирования синдрома зависимости и суицидального поведения [5].

Динамика расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, в Узбекистане характеризуется ростом алкогольной зависимости при относительном снижении злоупотребления наркотиками. Таким образом, в период с 2008 по 2022 год заболеваемость наркозависимостью снизилась с 8,2 случая на 100 000 населения до 2,9 случая соответственно. При этом заболеваемость алкогольной зависимостью увеличилась с 13,0 до 24,3 соответственно [1].

Большой проблемой является то, что в Узбекистане пациенты, страдающие алкоголизмом, крайне редко обращаются в наркологические стационары и диспансеры, так как в мусульманской стране данная болезнь считается позорной, также преобладает страх перед постановкой на наркологический учет, что чревато потерей социального статуса и работы. Данное обстоятельство, а также отсутствие экстренной круглосуточной наркологической службы приводит к тому что лица страдающие алкоголизмом злоупотребляют алкоголем вплоть до развития жизни угрожающих осложнений, попадая в итоге в отделения токсикологии РНЦЭМП и его филиалов [1].

Пациенты с алкогольной интоксикацией составляют от 39,8 до 54,9% от всех пострадавших, поступающих в отделения токсикологии, прочно занимая первое место в структуре госпитализации этих отделений. Неотложная помощь (НП) острых отравлений алкоголем согласно клинико-диагностическим стандартам в основном включает инфузионно-дезинтоксикационную терапию витаминотерапию, респираторную поддержку в случае развития глубокой комы или аспирационного синдрома. Однако уже на этапе токсикогенной фазы отравления, токсиколог сталкивается необходимостью дифференцированного подхода к диагностике и интенсивной терапии алкогольной интоксикации возникшей в результате однократного злоупотребления и в результате длительной предшествующей алкоголизации [1].

Фактически мы имеем дело с двумя разными болезнями несмотря на единый этиологический фактор – употребление продуктов этанола. Это связано с особенностью воздействия этанола на организм при длительном злоупотреблении [1, 2, 7, 25].

Многочисленные исследования показали, что в данной ситуации помимо прямого воздействия метаболитов алкоголя имеется опосредованное - в виде гиперкатехоламинемии,

гипераммониемии, которое проявляется возбуждением центральной и вегетативной нервной системы, то есть алкогольной энцефалопатией [1, 2, 3]. При этом коварство этилового спирта заключается в том, что очередная его доза, увеличивая концентрацию возбуждающих нейромедиаторов, одновременно блокирует их взаимодействие с рецепторами и временно облегчает самочувствие пациента. Поэтому в тактике интенсивной терапии данных больных есть ряд особенностей, не соблюдение которых приводит к резкому ухудшению состояния пациента, вследствие развития тяжелого постинтоксикационного синдрома вплоть до алкогольного делирия [1, 2, 3].

В первую очередь пациенты, поступающие с алкогольной интоксикацией на фоне хронического злоупотребления, нуждаются в седации. Обычно используются бензодиазепины и нейролептики. Только на фоне медикаментозного сна инфузионная терапия даст положительный эффект. Во вторых - введение больших доз витаминов группы В, особенно В<sub>1</sub>, В<sub>6</sub>, способствующие нормализации уровня ГАМК и тем самым снижающие психомоторное возбуждение. В третьих, это лечение токсического гепатита, так как без восстановления дезинтоксикационной функции печени уровень свободного аммиака, лактата будет оставаться высоким, пролонгируя алкогольную энцефалопатию (АЭ) [1, 4]. Поэтому с 2019 года в отделении токсикологии РНЦЭМП в комплексной интенсивной терапии АЭ активно применяются гепатопротекторы обладающие аммиак связывающими и антигипоксантами свойствами [1, 3, 4].

Полноценное лечение алкогольной интоксикации и реабилитация пациентов хронически злоупотребляющих алкоголем занимает не менее 14-20 дней. Однако в задачи системы экстренной медицины, включая токсикологическую службу, не входит полное выздоровление таких больных, а только стабилизация их состояния. В связи с чем, по данным статистики среднее время их пребывания в отделениях токсикологии РНЦЭМП и его филиалов составляет  $3,2 \pm 1,3$  койко-дня, чего явно недостаточно для адекватного восстановления когнитивных функций [1].

Таким образом, хотя система неотложной помощи в Узбекистане обеспечивает эффективное фармакологическое лечение для детоксикации таких пациентов, последующее наблюдение и связь со службами лечения алкогольной зависимости неадекватны. Это является причиной того, что очень небольшое количество пациентов обращаются за лечением от своей зависимости после выписки из больниц неотложной помощи [1]. В результате пациенты, поступившие из-за острой алкогольной интоксикации, могут быть повторно госпитализированы с тем же диагнозом в короткие сроки, что увеличивает расходы на здравоохранение, риски травм, насилия и преступности. Несмотря на солидный международный опыт и наличие прочных связей с членами семьи пациентов в качестве средства социальной поддержки, в отделении неотложной помощи отсутствуют психосоциальные вмешательства для снижения вреда, связанного с их зависимостью [1, 9, 10].

Исправить данную ситуацию помогает проект «Социальная работа и поддержка НПО в сотрудничестве для развития лечения наркотической зависимости (SOLID)», который является результатом сотрудничества университетов Германии, Казахстана, Кыргызстана, Таджикистана, Китая и Узбекистана и поддерживается правительством Германии. Проект SOLID это докторское исследование нацеленное на достижение положительных результатов такого направления деятельности ООН как здоровье и благополучие населения, путем разработки системы психосоциальной поддержки в больницах скорой медицинской помощи с привлечением членов семей людей, страдающих расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ. Исследование проводится в рамках приоритетного направления исследований проектов SOLID «Социальная работа и лечение наркозависимости» [11, 16].

В большинстве развитых стран стандартное лечение расстройства, связанного со злоупотреблением алкоголем, состоит из детоксикационной терапии и антидотной терапии.

А после выведения из состояния интоксикации добавляется психосоциальная терапия, такая как когнитивно-поведенческая терапия (КПТ), мотивационное интервью, терапия повышения мотивации, создание групп самопомощи [13, 21, 30, 34, 38]. Эти виды комбинированной терапии показали отличные результаты и должны быть обязательно внедрены в нашей стране [12, 13, 30]. В настоящее время в Узбекистане несмотря на то, что лекарственная терапия используется достаточно эффективно, отсутствие психосоциального и мотивационного вмешательства приводит к повторным посещениям пациентов с расстройством злоупотребления алкоголем в отделениях неотложной помощи [13, 14]. Благодаря одномерному подходу к лечению, несмотря на временное устранение проблемы, основная первопричина сохраняется, и уровень потребления алкоголя неуклонно растет. Психологические, социально-экономические факторы играют большую роль в хроническом алкоголизме, поэтому лечение только лекарствами решает только симптом, но не причину. Таким образом, мы должны внедрять комплексные программы лечения, включающие как лекарственную, так и психотерапевтическую терапию, чтобы снизить потребление алкоголя в Узбекистане и тем самым уменьшить сопутствующее злоупотребление алкоголем.

Для выявления пациентов, страдающих алкоголизмом и расстройств связанных с употреблением алкоголя, Всемирной организацией здравоохранения уже многие годы применяется так называемый AUDIT-тест (The alcohol use disorders identification test), который является наиболее широко тестируемым инструментом скрининга в первичной медико-санитарной помощи [13, 28, 39]. При этом тест позволяет не только выявить пациентов страдающих хроническим алкоголизмом, но и тех кто подошел к этой опасной черте.

Он также обеспечивает основу для вмешательства в форме санитарного просвещения, консультирования или направления, чтобы помочь потенциальным пьющим прекратить или сократить потребление алкоголя и тем самым избежать или свести к минимуму вредные последствия употребления алкоголя [26, 28, 40, 41]

AUDIT-тест состоит из 10 вопросов, касающихся различных аспектов употребления алкоголя и связанных с этим проблем. Максимально возможная сумма баллов – 40.

Результаты теста интерпретируются следующим образом: меньше 8 баллов – нет проблем с употреблением алкоголя; 8 – 15 баллов: проблемное или рискованное потребление алкоголя; 16 – 19 баллов: злоупотребление алкоголем и употребление алкоголя с вредными последствиями; более 20 баллов – возможно наличие алкогольной зависимости (таблица 1).

**Таблица 1. Основные вопросы AUDIT-теста**

Баллы Вопросы	0	1	2	3	4
1. Как часто Вы употребляете алкогольные напитки?	Никогда	1 раз в месяц или реже	2-4 раза в месяц	2-3 раза в неделю	4 и более раз в неделю
2. Какова Ваша обычная доза алкогольных напитков в день выпивки?	1-2 ст. дозы	3-4 ст. дозы	5-6 ст. доз	7-8 ст. доз	10 и более ст. доз
3. Как часто Вы выпиваете более 5 (для мужчин) или 4 (для женщин) стандартных доз в течение одной выпивки?	Никогда	Менее, чем 1 раз в месяц	1 раз в месяц (ежемесячно)	1 раз в неделю (еженедельно)	Ежедневно или почти ежедневно
4. Как часто за последний год Вы понимали, что не способны остановиться, начав пить?	Никогда	Менее, чем 1 раз в месяц	1 раз в месяц (ежемесячно)	1 раз в неделю (еженедельно)	Ежедневно или почти ежедневно

5. Как часто за последний год Вы из-за выпивки не справлялись со своими обязанностями или обещаниями?	Никогда	Менее, чем 1 раз в месяц	1 раз в месяц (ежемесячно)	1 раз в неделю (еженедельно)	Ежедневно или почти ежедневно
6. Как часто за последний год Вам необходимо было выпить утром, чтобы прийти в себя после предшествующей тяжелой выпивки (опохмелиться)?	Никогда	Менее, чем 1 раз в месяц	1 раз в месяц (ежемесячно)	1 раз в неделю (еженедельно)	Ежедневно или почти ежедневно
7. Как часто за последний год у Вас было чувство вины и (или) раскаяния после выпивки?	Никогда	Менее, чем 1 раз в месяц	1 раз в месяц (ежемесячно)	1 раз в неделю (еженедельно)	Ежедневно или почти ежедневно
8. Как часто за последний год Вы были не способны вспомнить, что было накануне, из-за того, что Вы выпивали?	Никогда	Менее, чем 1 раз в месяц	1 раз в месяц (ежемесячно)	1 раз в неделю (еженедельно)	Ежедневно или почти ежедневно
9. Являлись ли когда-нибудь Ваши выпивки причиной телесных повреждений у Вас или других людей?	Никогда	Такое было более, чем 1 год назад	Да, такое было в течение этого года	-	-
10. Случалось ли, что Ваш родственник, знакомый, доктор или другой медицинский работник проявлял озабоченность по поводу Вашего употребления алкоголя либо предлагал прекратить выпивать?	Никогда	Такое было более, чем 1 год назад	Да, такое было в течение этого года	-	-

Если по результатам скрининга пациент набрал более 8 баллов в тесте AUDIT, то следующим этапом психосоциального вмешательства является так называемое Краткосрочное консультирование в отношении употребления алкоголя (ККПА) [10, 17, 19, 28, 37, 42].

ККПА – это разнородные вмешательства, которые включают краткую беседу, направленную на то, чтобы неконфликтным образом мотивировать индивидуума задуматься об употреблении алкоголя и запланировать изменения, направленные на сокращение такого употребления и/или снижение риска причинения вреда своему здоровью. По большей части виды краткого профилактического консультирования базируются на двух ключевых концепциях [10, 20, 21, 28]:

- А) концепции поэтапного изменения;
- Б) концепции мотивационного интервьюирования

Рассмотрим содержание данных концепций:

А) Этапы изменения поведения. Этапы изменения поведения – это пять последовательных шагов, связанных с конкретными задачами, которые индивидууму необходимо решить для того, чтобы добиться намеренного изменения поведения [10, 28, 37, 42].

На **этапе предразмышления** человек либо не знает о проблеме, которую необходимо решать, либо знает о ней, но не желает менять проблемное поведение.

Следующим является **этап размышления**, характеризующийся неоднозначным отношением к проблемному поведению и оценкой преимуществ и недостатков такого поведения, а также его изменения, что во многих случаях заканчивается к принятию решения [10, 28, 37, 42].

На **этапе подготовки** человек принимает осознанное решение измениться, сопровождающееся готовностью придерживаться соответствующего плана действий [ ].

Этот план реализуется на **этапе действия**, в рамках которого индивидуум становится участником действий, направленных на достижение изменений и преодоление возникающих трудностей [10, 28, 37, 42].

Если успешные действия носят устойчивый характер, человек переходит к **этапу сохранения**, на котором предпринимаются усилия по консолидации достигнутых изменений [10, 28, 37, 42].

Как только эти изменения стали частью стиля жизни, индивидуум покидает цикл поэтапного изменения. Рецидивы, однако, нередки, и иногда требуется не один раз совершить весь цикл изменений, прежде чем изменения приобретут устойчивый характер [10, 28, 36, 37, 42].

Б) Ключевая концепция - мотивационное интервьюирование. Мотивационное интервьюирование (МИ) – это стиль беседы, призванный подкрепить мотивацию человека и его/ее готовность к изменениям. МИ – это стиль двухстороннего целенаправленного общения, в рамках которого особое внимание уделяется созданию и укреплению желания к изменению у человека, обратившегося за помощью. Цель такого общения состоит в том, чтобы укрепить мотивацию человека и его/ее приверженность к достижению конкретных изменений путем выяснения и анализа его/ее собственных причин измениться в атмосфере понимания и поддержки [10, 28, 36, 37, 39, 42].

В основе МИ лежат четыре процесса:

- вовлечение (формирование отношений, доверия – внимательное слушание);
- фокусировка (достижение взаимного согласия в отношении основной темы разговора);
- побуждение (активное слушание, с тем чтобы стимулировать обсуждение изменений);
- планирование (совместная разработка и согласование плана изменений) [10, 28, 37, 42].

Основное внимание сосредоточено на том, чтобы обеспечить активное участие пациента.

Краткая профилактическая консультация – это короткая, основанная на фактических данных, сочувственная, правильно построенная беседа с пациентом, цель которой – бесконфликтно мотивировать и побудить задуматься об изменении поведения в отношении употребления алкоголя и/или спланировать такое изменение [10, 27, 28, 37, 42].

Краткие профилактические консультации различаются по нескольким параметрам

- по длительности – от 5 минут до нескольких сессий часовой или большей длительности;
- по контексту – от совета до наставления;
- по использованию МИ или модели поэтапного изменения [10, 28, 34, 35, 37, 42].

Очень важно, чтобы краткие профилактические консультации были основаны на сочувственных, уважительных, позитивных отношениях с пациентом и являлись бесконфликтными. Идея заключается в том, чтобы работать сознанием и мотивацией человека, чтобы не шокировать его, не противостоять ему и не навязывать собственного мнения.

Цель состоит в том, чтобы сотрудничать и работать с человеком, а не пытаться заставить человека совершить изменения или сделать что-то, чего он не хочет делать [10, 28, 37, 42].

Краткосрочное вмешательство включает 5 основных этапов:

- 1) оценка и обратная связь;
- 2) обсуждение и определение целей;
- 3) техники изменения поведения;
- 4) пособия/руководство по самопомощи;
- 5) наблюдение и поддержка изменений [10, 28, 37, 42].

Краткосрочные вмешательства могут использоваться для пациентов, употребляющих алкоголь в опасном или вредном количестве. В отдельных случаях проведение краткосрочного вмешательства позволяет сократить употребление алкоголя более чем на 30 %. При этом сокращение употребления алкоголя пациентами, прошедшими краткосрочные вмешательства, сопровождается улучшением соматического здоровья и уменьшением количества дней временной нетрудоспособности в связи с соматическими расстройствами [24, 29, 31].

Однако злоупотребление алкоголем оказывает пагубное воздействие не только на самого алкоголика но и на его семью.[23]. Степень негативного воздействия варьируется среди членов семьи и от семьи к семье. Это часто приводит к серьезным эмоциональным и медицинским проблемам. Негативная реакция членов семьи на поведение алкоголика обычно усиливает отчуждение и зависимость человека, возникшие в результате алкоголизма [23]. Поэтому относительно новым интервенционным лечением алкоголизма является относительно так называемое Общее семейное вмешательство (Total Family Intervention - TFI), которое распознает влияние зависимости или психического заболевания не только на идентифицированного пациента, но и на всю семейную экосистему. TFI в общих чертах определяет семью как тех значимых людей, которые наиболее заметны в жизни человека, и полагается на согласие всех членов семьи участвовать не только во вмешательстве, но и в процессе лечения [11, 23].

Семья может внимательно следить за пациентом, потому что семья ближе к пациенту, им легче объяснить пациенту его/ее проблему, снизить беспокойство, уровень депрессии. Если семья понимает, чем они поддерживают, поощряют и поддерживают поведение пациентов, приводящее к положительному психологическое отношение [23, 32, 33]. Сначала мы начинаем лечение, когда пациенту нужна поддержка, и семья обеспечивает его, заботясь о потребностях пациента, обеспечивая адекватное питание, финансовую поддержку и психологический комфорт. Когда семья постепенно видит улучшение в поведении пациента, они поощряют его, хваля его и гордясь им, пациент чувствует себя более преданным и придерживается программы лечения. Семья поддерживает лечение, заботясь о пациенте и мотивируя его [23].

Рассмотрим основные этапы проведения Total Family Intervention (TFI) [10, 23]:

- А) Первоначальный контакт включает следующие моменты:
1. Оценка эмоционального состояния членов семьи алкоголь-зависимого человека. Когда члены семьи обращаются к вам, они часто бывают в отчаянии. Им кажется, что они все перепробовали. Они в ужасе за любимого человека. У них есть множество эмоций от любви до гнева, вины, страха и надежды. Если они звонят, у них все еще есть надежда, что что-то можно сделать [8, 10, 23].
  2. Назначение специалиста по интервенции в качестве основного контактного лица для команды определение кто будет в команде. Жизненно важно, чтобы основные люди, вовлеченные в жизнь человека, были готовы присоединиться к идентифицированному пациенту в процессе выздоровления. Если к процессу выздоровления присоединятся всего несколько человек, то человек с зависимостью может разделить семью и продолжить проблемное поведение [8, 10, 23].
  3. Во время второго контакта развивайте надежду на то, что вмешательство может помочь им

двигаться в правильном направлении, заставив их представить себе, как будет выглядеть жизнь, когда человек выздоравливает [8, 10, 23]. Предоставьте информацию об успехе вмешательств, а также об успехе различных видов лечения. Расскажите о факторах риска, которые они могут снизить, и защитных факторах, которые они могут усилить. Объясните что необходимо поддерживать любимого человека [8, 10, 23]. Во время личной встречи интервент также собирает информацию о стадии готовности к изменениям идентифицированного пациента, а также каждого участника интервенциониста для выбора наиболее подходящих инструментов для повышения мотивации и содействия изменениям. Также врач может узнать состояние ума пациента и готовность принять изменение, оценив изменение в поведении [8, 10, 23].

Б) Планирование. На этапе подготовки жизненно важно помочь семье увидеть, как поведение идентифицированного пациента повлияло на них, а также идентифицировать пациента физически, аффективно, когнитивно, экологически, изучить как их поведение повлияло на идентифицированного пациента [8, 10, 23]. Важно, чтобы каждый из них начал заботиться о своем физическом и психическом здоровье посредством правильного питания, полноценного сна и лечения любых заболеваний. Родственникам и самому пациенту нужно изучить или улучшить свои навыки управления стрессом. Научиться справляться с проблемами гнева, горя, вины и беспокойства, связанными с ситуацией у больного. Они должны разрешить себе быть счастливым каждый день. Тренеру необходимо оценить их отношения и при необходимости укрепить границы и общение. После вмешательства кому-либо (тренеру-интервенционисту или клиницисту) рекомендуется провести короткие (30-минутные) контрольные встречи [8, 10, 23]. Еженедельно с семьей в течение 12 недель проверять согласился ли пациент на лечение, тогда последующие меры будут направлены на адаптацию ко всем новым изменениям. Если пациент отказался от лечения, последующее наблюдение должно быть направлено на предотвращение дальнейшего разделения, разрушения семьи больного [8, 10, 23].

Таким образом, краткосрочные вмешательства и тотальное семейное вмешательство являются эффективными механизмами позволяющими снизить алкоголизацию населения, потому что Узбекистан это исламское государство и семья имеет большое значение, слово родителей нередко является абсолютным и дети очень уважают своих родителей. Однако данные методики эффективны только в отношении больных без когнитивного дефицита. При этом в работах отечественных и зарубежных авторов [1, 2, 4, 7, 11] доказано, что у большинства пациентов поступающих в экстренные стационары с алкогольной интоксикацией выписываются с сохраняющимися расстройствами интеллекта различной степени тяжести, вследствие метаболических расстройств, гипоксии и токсического поражения печени. Вследствие чего существует насущная необходимость в определении скрытых когнитивных расстройств у пациентов на момент выписки из токсикологических отделений, что позволит определить сроки проведения психосоциальных вмешательств, а также необходимость дополнительной медикаментозной поддержки.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Таким образом, вследствие доступности и возможности охвата большого числа пациентов экстренная медицинская помощь обладает потенциалом для использования в целях сокращения риска, возникающего в результате проблемного употребления алкоголя. Наиболее эффективным подходом предупреждения пьянства и алкоголизма является подход, нацеленный на постепенное изменение традиций в социуме, с акцентом на возможность корректировки индивидуального поведения под влиянием окружающих. Полноценное мотивационное интервью необходимо проводить с пациентами включая их семейных родственников, которые допускают вредное и опасное употребление алкоголя и сомневаются по поводу изменения своих питательных привычек. Однако для пациентов перенесших острую или хроническую алкогольную интоксикацию сроки психосоциальных вмешательств следует определять после изучения метаболического и когнитивного статуса таких больных.

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Акалаев Р.Н., Стопницкий А.А., Хожиев Х.Ш. Острые отравления алкоголем: вопросы патогенеза, диагностики и интенсивной терапии // Монография. Ташкент, 2022. Издательство «Complex print» -134 С.
2. Акалаев Р. Н., Стопницкий А. А., Хожиев Х. Ш. Клиническая, лабораторная, инструментальная диагностика и интенсивная терапия острых отравлений алкоголем: Уч. пособие для врачей. – Ташкент, 2019. – С. 6, 14–20, 40–41, 81–84.
3. Акалаев Р.Н., Стопницкий А.А., Хожиев Х.Ш. Оценка влияния алкогольной интоксикации на состояние вегетативной нервной системы и когнитивных функций // Вестник анестезиологии и реаниматологии. - 2020. Т 17, №3, С 32-38
4. Акалаев Р.Н., Шарипова В.Х., Стопницкий А.А., Хожиев Х.Ш., Нейротропные эффекты гепатопротекторов при отравлении алкоголем // Общая реаниматология. - 2019. Том 15, №4, Стр 4-11
5. Александров А.А. Выявление и консультирование в условиях общемедицинской практики пациентов, употребляющих алкоголь // Семейный доктор. – 2015. – № 4. – С. 9–13.
6. Брюн Е.А., Агибалова Т.В., Бедина И.А. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя. Синдром зависимости от алкоголя. Клинические рекомендации. // Наркология. – 2018. – Т. 17, № 12. – С. 8-59. DOI 10.25557/1682-8313.2018.12.08-59.
7. Иванец Н.Н., Анохина И.П., Винникова М.А. Наркология: национальное руководство. 2-е издание, переработанное и дополненное. М.: ГЭОТАР-Медиа. 2016; 944 С.
8. Константинова В.В. Яровинская А.В. Ценностные ориентации и социально-психологическая адаптация больных алкоголизмом // Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук. – 2010. – № 9. – С. 373-381.
9. Кралько А.А. и соавт. Потребление алкоголя в Республике Беларусь: медико-социальные и социально-экономические аспекты // Монография. Минск. Издательство «Колорград», 2018. – 180 С.
10. Краткое профилактическое консультирование в отношении употребления алкоголя: учеб. пособие ВОЗ для первичного звена медико-санитарной помощи, 2017. – 134 С.
11. Ржевская, Н.К., Куташов В.А Реабилитация больных с хроническим алкоголизмом // Центральный научный вестник. – 2016. – Т. 1, № 15(15). – С. 29-31.
12. Трусова А.В., Крупицкий Е.М. Применение наркологического консультирования и краткой психокоррекционной интервенции в комплексной профилактике зависимости от алкоголя в работе бригад первичного звена амбулаторной и стационарной медицинской помощи // Методические рекомендации. СПб., 2012. – 21 с.
13. Ahmadi H, Green SL. Screening, brief intervention, and referral to treatment for military spouses experiencing alcohol and substance use disorders: a literature review. J Clin Psychol Med Settings. 2011 Jun;18(2):129-36. doi: 10.1007/s10880-011-9234-7. PMID: 21626357.
14. Ahmed M. Towards evidence based emergency medicine: best BETs from the Manchester Royal Infirmary. Is emergency department based brief intervention worthwhile in adults presenting with alcohol related events? Emerg Med J. 2007 Nov;24(11):785-8. doi: 10.1136/emj.2007.053785. PMID: 17954839; PMCID: PMC2658330.
15. Barbosa C, McKnight-Eily LR, Grosse SD, Bray J. Alcohol screening and brief intervention in emergency departments: Review of the impact on healthcare costs and utilization. J Subst Abuse Treat. 2020 Oct;117:108096. doi: 10.1016/j.jsat.2020.108096. Epub 2020 Aug 4. PMID: 32811624; PMCID: PMC7547910.

16. Córdoba García R, Camaralles Guillem F. Cribado e intervención breve en consumo de alcohol [Screening and brief intervention on alcohol consumption]. *Aten Primaria*. 2022 Jul;54(7):102349. Spanish. doi: 10.1016/j.aprim.2022.102349. Epub 2022 May 9. PMID: 35550977; PMCID: PMC9108444.
17. Duong DK, O'Sullivan PS, Satre DD, Soskin P, Satterfield J. Social Workers as Workplace-Based Instructors of Alcohol and Drug Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT) for Emergency Medicine Residents. *Teach Learn Med*. 2016 Jul-Sep;28(3):303-13. doi: 10.1080/10401334.2016.1164049. Epub 2016 May 18. PMID: 27191587.
18. Enders CE, Staudt A, Freyer-Adam J, Meyer C, Ulbricht S, John U, Baumann S. Brief alcohol intervention at a municipal registry office: reach and retention. *Eur J Public Health*. 2021 Apr 24;31(2):418-423. doi: 10.1093/eurpub/ckaa195. PMID: 33152067.
19. Fleming MF, Manwell LB, Barry KL, Adams W, Stauffacher EA. Brief physician advice for alcohol problems in older adults: a randomized community-based trial. *J Fam Pract*. 1999 May;48(5):378-84. PMID: 10334615.
20. Ghosh A, Singh P, Das N, Pandit PM, Das S, Sarkar S. Efficacy of brief intervention for harmful and hazardous alcohol use: a systematic review and meta-analysis of studies from low middle-income countries. *Addiction*. 2022 Mar;117(3):545-558. doi: 10.1111/add.15613. Epub 2021 Jul 27. PMID: 34159673.
21. Graham DM, Maio RF, Blow FC, Hill EM. Emergency physician attitudes concerning intervention for alcohol abuse/dependence delivered in the emergency department: a brief report. *J Addict Dis*. 2000;19(1):45-53. doi: 10.1300/J069v19n01\_04. PMID: 10772602.
22. Green PP, Cummings NA, Ward BW, McKnight-Eily LR. Alcohol Screening and Brief Intervention: Office-Based Primary Care Physicians, U.S., 2015-2016. *Am J Prev Med*. 2022 Feb;62(2):219-226. doi: 10.1016/j.amepre.2021.07.013. Epub 2021 Nov 10. PMID: 34774391; PMCID: PMC9080450.
23. Hernandez L, Rodriguez AM, Spirito A. Brief Family-Based Intervention for Substance Abusing Adolescents. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2015 Jul;24(3):585-99. doi: 10.1016/j.chc.2015.02.010. Epub 2015 Apr 20. PMID: 26092741; PMCID: PMC4475574.
24. Im SC, Lee DH. Effects of screening and brief intervention on alcohol consumption in an emergency department. *Clin Exp Emerg Med*. 2020 Dec;7(4):310-318. doi: 10.15441/ceem.19.080. Epub 2020 Dec 31. PMID: 33440109; PMCID: PMC7808834.
25. Iyer-Eimerbrink PA, Nurnberger JI Jr. Genetics of alcoholism. *Curr Psychiatry Rep*. 2014 Dec;16(12):518. doi: 10.1007/s11920-014-0518-0. PMID: 25399692.
26. Kaner EF, Heather N, Brodie J, Lock CA, McAvoy BR. Patient and practitioner characteristics predict brief alcohol intervention in primary care. *Br J Gen Pract*. 2001 Oct;51(471):822-7. PMID: 11677706; PMCID: PMC1314128.
27. Karno MP, Rawson R, Rogers B, Spear S, Grella C, Mooney LJ, Saitz R, Kagan B, Glasner S. Effect of screening, brief intervention and referral to treatment for unhealthy alcohol and other drug use in mental health treatment settings: a randomized controlled trial. *Addiction*. 2021 Jan;116(1):159-169. doi: 10.1111/add.15114. Epub 2020 Jul 5. PMID: 32415721; PMCID: PMC7666646.
28. Kilian C, Lemp JM, Probst C. Who benefits from alcohol screening and brief intervention? A mini-review on socioeconomic inequalities with a focus on evidence from the United States. *Addict Behav*. 2023 Oct;145:107765. doi: 10.1016/j.addbeh.2023.107765. Epub 2023 Jun 9. PMID: 37315509; PMCID: PMC10330915.
29. Landy, M. S. H., Davey, C. J., Quintero, D., Pecora, A., & McShane, K. (2016, February 1). A Systematic Review on the Effectiveness of Brief Interventions for Alcohol Misuse among Adults in Emergency Departments. *Journal of Substance Abuse Treatment*; Elsevier BV. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2015.08.004>

30. Lau-Barraco C, Braitman AL, Junkin E, Glenn DJ, Stamates AL. Social network moderators of brief alcohol intervention impact. *Psychol Addict Behav.* 2022 Sep;36(6):696-709. doi: 10.1037/adb0000783. Epub 2021 Sep 27. PMID: 34570527; PMCID: PMC8957636.
31. Mello MJ, Bromberg JR, Rougas S, Chun TH, Brown LL, Parnagian CS, Baird J. Substance use screening, brief intervention, and referral to treatment training for emergency medicine trainees. *Adv Med Educ Pract.* 2019 Feb 14;10:71-76. doi: 10.2147/AMEP.S186502. PMID: 30858749; PMCID: PMC6386202.
32. Merchant RC, Romanoff J, Zhang Z, Liu T, Baird JR. Impact of a brief intervention on reducing alcohol use and increasing alcohol treatment services utilization among alcohol- and drug-using adult emergency department patients. *Alcohol.* 2017 Dec;65:71-80. doi: 10.1016/j.alcohol.2017.07.003. Epub 2017 Sep 23. PMID: 29084632; PMCID: PMC5681406.
33. Nilsen P. Brief alcohol intervention to prevent drinking during pregnancy: an overview of research findings. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2009 Dec;21(6):496-500. doi: 10.1097/GCO.0b013e328332a74c. PMID: 19797951.
34. Ornstein SM, Miller PM, Wessell AM, Jenkins RG, Nemeth LS, Nietert PJ. Integration and sustainability of alcohol screening, brief intervention, and pharmacotherapy in primary care settings. *J Stud Alcohol Drugs.* 2013 Jul;74(4):598-604. doi: 10.15288/jsad.2013.74.598. PMID: 23739024; PMCID: PMC3711350.
35. Paschall MJ, Ringwalt CL, Fisher DA, Grube JW, Achoki T, Miller TR. Screening and brief intervention for alcohol use disorder risk in three middle-income countries. *BMC Public Health.* 2022 Oct 26;22(1):1967. doi: 10.1186/s12889-022-14358-4. PMID: 36289538; PMCID: PMC9609268.
36. Romero-Rodríguez E, Pérula-Jiménez C, Fernández-López S, Cabello-Gracia G, Fernández-García JÁ, Pérula-de Torres LÁ, Roldán-Villalobos A, Leiva-Cepas F, Fernández-Márquez R, Parras-Rejano JM; ALCO-AP-20 Collaborative Study Group. Effectiveness of a brief motivational intervention in the management of risky alcohol use in primary care: ALCO-AP20 study protocol. *Front Med (Lausanne).* 2023 Jan 13;9:1008832. doi: 10.3389/fmed.2022.1008832. PMID: 36714106; PMCID: PMC9880185.
37. Saitz R. Alcohol screening and brief intervention in primary care: Absence of evidence for efficacy in people with dependence or very heavy drinking. *Drug Alcohol Rev.* 2010 Nov;29(6):631-40. doi: 10.1111/j.1465-3362.2010.00217.x. PMID: 20973848; PMCID: PMC2966031.
38. Vasilaki, E. I., Hosier, S. G., Cox, W. M. (2006). The efficacy of motivational interviewing as a brief intervention for excessive drinking: a meta-analytic review. *Alcohol and Alcoholism*, 41(3), 328-335. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agl016>
39. Walton MA, Goldstein AL, Chermack ST, McCammon RJ, Cunningham RM, Barry KL, Blow FC. Brief alcohol intervention in the emergency department: moderators of effectiveness. *J Stud Alcohol Drugs.* 2008 Jul;69(4):550-60. doi: 10.15288/jsad.2008.69.550. PMID: 18612571; PMCID: PMC3646582.
40. Wojnar M, Jakubczyk A. Brief interventions for hazardous and harmful alcohol consumption in accident and emergency departments. *Front Psychiatry.* 2014 Nov 3;5:152. doi: 10.3389/fpsy.2014.00152. PMID: 25404920; PMCID: PMC4217327.
41. Woolard R, Cherpitel C, Kathleen T. Brief Intervention for Emergency Department Patients with Alcohol Misuse: Implications for Current Practice. *Alcohol Treat Q.* 2011 Apr;29(2):146-157. doi: 10.1080/07347324.2011.557978. PMID: 21886943; PMCID: PMC3163298.
42. Zoorob R, Snell H, Kihlberg C, Senturias Y. Screening and brief intervention for risky alcohol use. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care.* 2014 Apr;44(4):82-7. doi: 10.1016/j.cppeds.2013.12.011. PMID: 24810410.