

# **ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТАМ, КОТОРЫЕ СЛИШКОМ МНОГО ПЬЮТ**

**Клиническое руководство**

**Министерство здравоохранения и социальной службы США**  
(Department of Health and Human Services)

**Национальные институты здоровья**  
(National Institutes of Health)

**Национальный институт по вопросам злоупотреблению алкоголем и  
алкоголизмом**  
(National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism)

**Издание 2005 г**

## Предисловие от русской редакции

В нашей стране до настоящего времени существует недостаток информации о нарушениях, возникающих у ребенка в связи с употреблением матерью алкоголя во время беременности. С 2003 г. факультет психологии Санкт-Петербургского государственного университета, Нижегородский государственный педагогический университет и Центр наук о здоровье университета Оклахомы (США) проводят исследования, посвященные этой проблеме. При финансовой поддержке Центров по контролю и профилактике заболеваний (CDC), Национального центра по врожденным дефектам и проблемам в развитии (NCBDDD) через договор с Ассоциацией Университетских центров по ограниченным возможностям (AUCD, Гранты № AUCD RTOI 2005-999-01 и RTOI 2007-999-02 Барбаре Боннер и Татьяне Балашовой), с 2005 года сотрудники Центра наук о здоровье университета Оклахомы (США), Санкт-Петербургского государственного университета и Санкт-Петербургской педиатрической академии работают над подготовкой образовательных материалов о фетальном алкогольном синдроме (ФАС) и фетальном алкогольном спектре нарушений (ФАСН) и профилактике. Материалы предназначены для медицинских работников и других специалистов.

Данный материал является переводом и редакцией оригинального английского текста («Helping Patients Who Drink Too Much», <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/Practitioner/CliniciansGuide2005/guide.pdf>).

Над русской редакцией работали сотрудники Исследовательской группы профилактики ФАС<sup>1</sup>: Балашова Т.Н., Исурина Г.Л., Пальчик А.Б., Шапкайц В.А., Иоффе А.М., Регентова А.Ю.

---

<sup>1</sup> © Исследовательская группа профилактики ФАС в России: <http://netfas.net/>

## ОГЛАВЛЕНИЕ

<b>Введение</b> .....	5
<b>Изменения в «Клиническом Руководстве» 2005</b> .....	7
<b>Прежде, чем начать</b> .....	8
<b>Как проводить скрининг и краткое вмешательство</b> .....	9
<b>Шаг 1: Спросить об употреблении алкоголя</b> .....	9
<b>Шаг 2: Оценить с точки зрения расстройств, связанных с употреблением алкоголя</b> .....	11
<b>Шаг 3: Консультирование и помощь</b>	
- находящихся в зоне риска .....	13
- имеющих расстройства, связанные с употреблением алкоголя .....	15
<b>Шаг 4: В продолжении: продолжить поддержку</b>	
- находящихся в зоне риска .....	14
- имеющих расстройства, связанные с употреблением алкоголя .....	16
<b>ПРИЛОЖЕНИЕ</b> .....	17
<b>Материалы для поддержки скрининга</b>	
Инструмент скрининга: AUDIT .....	17
Что такое стандартная доза? .....	19
<b>Материалы для поддержки оценки</b>	
Злоупотребление алкоголем .....	21
Алкогольная зависимость .....	22
<b>Материалы для поддержки краткого вмешательства</b>	
Метод краткосрочного вмешательства .....	23
Модели употребления алкоголя взрослыми в США .....	23
Прописывание медикаментов при алкогольной зависимости .....	24
Ресурсы для направления к специалистам .....	28
Формы алкогольного скрининга: базовый уровень и последующий прогресс .....	29

Часто задаваемые вопросы .....	31
Материалы NIAAA .....	36
Примечания .....	37

*Если вы еще не делаете скрининга на употребление алкоголя, то мы вам советуем включить скрининг и краткосрочное вмешательство в вашу практику.  
Как врач – вы в самой лучшей позиции, что помочь вашему пациенту.*

## Введение

Это руководство написано для клинических врачей первичной и психиатрической помощи. Оно выпущено Национальным Институтом по Злоупотреблению Алкоголем и Алкоголизму (NIAAA), составной частью Национальных Институтов Здоровья, под руководством врачей, медсестер, медсестер передовой практики, помощников врачей и клинических исследователей.

### "Слишком много" – это сколько?

Употребление алкоголя становится слишком большим, когда оно становится причиной или повышает риск проблем, связанных с алкоголем, или усложняет терапию других проблем со здоровьем. Согласно эпидемиологическим исследованиям,<sup>1</sup> мужчины, которые выпивают 5 или более стандартных доз через день (или 15 или более в неделю) и женщины, которые выпивают 4 или более через день (или 8 или более в неделю) – находятся в группе повышенного риска проблем, связанным с алкоголем.

Хотя индивидуальные реакции на алкоголь различаются. Употребление алкоголя на более низких уровнях может вызывать проблемы в зависимости от многих факторов, таких как возраст, сопутствующих условий и употребления медикаментов. Поскольку не известно, существует ли безопасное количество алкоголя во время беременности, Главный врач государственной службы здравоохранения США рекомендует беременным женщинам и женщинам, которые могут забеременеть полностью воздерживаться от употребления любых алкогольных напитков.<sup>2</sup>

### Зачем проводить скрининг на массивное употребление?

- **Опасное употребление алкоголя и алкогольные проблемы распространены.** Приблизительно 3 из 10 взрослых американцев употребляют алкоголь на уровнях, которые повышают для них риск социальных проблем, а также проблем физического и психического здоровья.<sup>3</sup> Приблизительно 1 из этих 4 сильно пьющих уже сейчас присуще злоупотребление алкоголем или алкогольная зависимость.<sup>3</sup> У всех сильно пьющих существует большой риск гипертонии, желудочно-кишечного кровотечения, расстройств сна, глубокой депрессии, геморрагического инсульта, цирроза печени, и нескольких видов рака.<sup>4</sup>
- **Массивное употребление часто не обнаруживается.** В недавнем исследовании в учреждениях первичной медицинской помощи, например, пациенты с алкоголизмом получили необходимую помощь, включая оценку и направление на специализированное лечение только в 10 процентах случаев.<sup>5</sup>
- **Вы находитесь в самой лучшей позиции, чтобы изменить положение.** Клинические испытания продемонстрировали, что краткие вмешательства могут содействовать существенным, длительным сокращениям уровня употребления алкоголя у пьющих группы риска, независимых от алкоголя.<sup>6</sup> Некоторые пьющие, у которых есть зависимость от алкоголя, согласятся на направление в программы лечения пагубной привычки. Даже для пациентов, которые не соглашаются на

направление, повторные посещения врача, сосредоточенные на употреблении алкоголя, могут привести к существенному улучшению.<sup>7,8</sup>

- Если Вы еще так не поступаете, мы поддержим Вас во включении алкогольного скрининга, краткого вмешательства и направления на лечение в вашу практику.

**С этим руководством у Вас есть все, что необходимо, чтобы начать.**

# Изменения в «Руководстве клинического врача» 2005 года

Эта версия предусматривает важные корректировки и усовершенствования к Руководству, изданному в 2003 году:

- **Более широкая аудитория:** Тогда как предыдущее Руководство было нацелено только на специалистов первичной помощи, это издание написано как для врачей первичной помощи, так и для врачей психиатрических служб. У пациентов психиатрических служб с большей вероятностью, чем население в целом могут быть расстройства, связанные с употреблением различных веществ, прежде всего расстройства, связанные с употреблением алкоголя.<sup>9,10</sup> Часто единственная помощь, которую получают эти пациенты – это психиатрическая помощь, а массивное употребление может вмешаться в их реакцию на лечение. Для этих пациентов также важен обычный скрининг на массивное употребление.

- **Простой метод скрининга:** Теперь метод скрининга состоит из одного вопроса о днях тяжелого пьянства. В дополнение, для тех, кто хочет включить в свои методы инструмент самоотчета, в приложении приводится AUDIT. Предыдущая версия Руководства рекомендовала использование вопросы количества/частоты и CAGE. Если Вы или ваша практика приняла этот метод, Вы можете по собственному желанию продолжить его использование, или решить переключиться на новый метод. Изменения в этом Руководстве предназначены для упрощения процесс и, таким образом, увеличить количество практиков, использующих его, но старый тоже метод при полном внедрении тоже был действенным.

- **Новая стратегия оценки:** Обучающий раздел теперь включает шаг для дифференциации пациентов, находящихся в группе риска, злоупотребляющих алкоголем и страдающих алкоголизмом. В зависимости от результата формируется действия, которые будут предприняты в кратком вмешательстве и шаги продолжения, а также отводит практикам более активную роль в ведении пациента.

- **Руководство на тот случай, когда пациенты отказываются от направления:** Некоторые пациенты с расстройствами, связанными с употреблением алкоголя не будут соглашаться на направление к специалисту. Это Руководство предоставляет врачам первичной помощи и психиатрических служб помощь в их собственном ведении этих пациентов.

- **Информация о медикаментах:** В приложении есть новый раздел о медикаментах для лечения алкогольной зависимости. Три одобренных медикамента обеспечивают потенциально важный инструмент для помощи пациентам в первичной помощи и общей психиатрической помощи. Кроме того, карманное руководство теперь содержит сведения о предписаниях.

- **Новые формы и часто заданные вопросы (FAQs):** В приложении Вы найдете годные для фотокопирования полезные формы записи прогресса пациентов, включающие как основную и прослеживающую прогресс версии. Новые наиболее часто задаваемые вопросы охватывают большое количество тем, включая устанавливание системы сканирования в кабинете врача, помощи пациентам, которые борются за трезвость, и осуществление скрининга в психиатрических учреждениях.

## Прежде чем начать...

### Примите решение о методе скрининга

*Руководство* предоставляет два метода для скрининга: отдельный вопрос для использования во время клинического интервью (о днях тяжелого пьянства) и письменный инструмент самоотчета (AUDIT – см. страницу 17). Отдельный вопрос интервью может использоваться в любое время, как вместе с AUDIT, так и сам по себе. Некоторые практики могут предпочесть сделать так, чтобы пациенты заполнили AUDIT прежде, чем встретятся с врачом. Для его заполнения требуется меньше 5 минут, и его можно скопировать или включить в историю болезни.

### Обдумайте клинические показания для скрининга

*Основные возможности включают:*

Как часть **обычного обследования**

Перед **выписыванием лекарств**, которые взаимодействует с алкоголем (см. рамку на странице 26)

В **отделении скорой помощи** или центре неотложной помощи

*У пациенток, которые*

- **беременны** или пытаются забеременеть
- **вероятно, могут употреблять более значительно**, таких как курильщики, подростков и молодые взрослые
- **имеют проблемы здоровья, которые могли бы быть вызванным алкоголем**, такие как сердечная аритмия, диспепсия, болезни печени, депрессия или тревожность, бессонницы, травмы
- **имеют хроническую болезнь, которая не реагирует на лечение, так как ожидается**, например не поддающиеся лечению постоянные боли, диабет, желудочно-кишечные расстройства, депрессии, порок сердца, гипертония

### Подготовьте свою практику, чтобы упростить процесс

Решите, кто будет проводить скрининг (Вы, другой клинический персонал, регистратор, который раздает AUDIT)

Используйте предварительно форматированные примечания о достижениях (предоставленные на страницах 29 и 31)

Используйте компьютерные напоминания (если используете электронные медицинские карты)

Сохраняйте копии (предоставленного) карманного руководства и информацию по направлениям в кабинетах

Контролируйте свою работу с помощью проверок выполнения



# КАК ПРОВОДИТЬ СКРИНИНГ НА ТЯЖЕЛОЕ УПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ

## ШАГ 1: Спросить об употреблении алкоголя

**Предварительный скрининг: Употребляете ли иногда алкогольные напитки?**

**НЕТ**

**ДА**

Скрининг завершен

Задайте вопросы скрининга о днях массивного употребления

«Сколько раз за последний год Вы выпивали...

**5 или более доз в день?**

**4 или более доз в день?**

*(для мужчин)*

*(для женщин)*

Одна стандартная доза равна 45 мл водки, 150 мл вина (12°), 100 мл крепленого вина (18°), 350 мл пива (4,5°) или 250 мл джиг-тоника (7°) — см. Таблицу на странице 19.

Если пациент использует самоотчет (такой, как AUDIT, стр.17), или

**НАЧИНАЙТЕ ОТСЮДА**

**Положительный скрининг?**

1 или больше дней массивного употребления

оценка AUDIT  $\geq 8$  для мужчин или  $\geq 4$  для женщин

**НЕТ**

**ДА**

- Посоветуйте придерживаться максимальных **пределов употребления алкоголя**

Для здоровых **мужчин до 65 лет** -

- не более **4 доз в день** и/или
- не более **14 доз в неделю**

Для здоровых **женщин** (и здоровых **мужчин старше 65 лет**) –

- не более **3 доз в день** и/или
- не более **7 доз в неделю**

- Рекомендуйте **понижение пределов или трезвость** по медицинскому определению; например, пациентам, которые:

Вашему пациенту необходима дополнительная оценка. Для более полной картины модели употребления алкоголя, определить **среднее еженедельное употребление:**

Сколько в среднем **дней** в неделю Вы употребляете алкоголь?

Сколько **доз** Вы выпиваете в обычный день, когда употребляете алкоголь?

**В среднем в неделю**

**Запишите** дни массив. употребления за последний год и среднее употребление в неделю в таблицу (форма предоставлена на странице 29)

## ПЕРЕХОДИТЕ К ШАГУ 2

- принимают **медикаменты**, которые взаимодействуют с алкоголем
  - **состояние здоровья** которых обостряется алкоголем
  - **беременны** (посоветовать трезвость)
- 
- Демонстрируйте **открытость для разговора** об употреблении алкоголя и любых беспокойствах которые это может вызвать
  
  - **Повторяйте скрининг** ежегодно

## КАК ОЦЕНИВАТЬ РАССТРОЙСТВА, СВЯЗАННЫЕ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ АЛКОГОЛЯ

### ШАГ 2: Оценка расстройства, связанные с употреблением алкоголя

Затем, определите, существует ли *неадекватная модель употребления алкоголя*, являющаяся причиной *клинически значимых нарушений или недомогания*. Важно оценить серьезность и степень симптомов, связанных с употреблением алкоголя, чтобы вынести клиническое заключение и сообщить о Ваших рекомендациях. Примеры формулирования вопросов, приспособленных к 4-му исправленному изданию *Диагностическому и статистическому руководству по психическим расстройствам, пересмотренного (DSM IV, исправленное)* см. страницы 21 и 22.

Определите за последние 12 месяцев, употребление алкоголя Вашим пациентом способствовало ли или было причиной **неоднократного**

- **несостоятельности** (вмешательства в домашние, рабочие или учебные обязательства)
- **риска** физического вреда (употребление алкоголя и вождение машины, управление механизмами, плавание)
- **стычек** с законом (аресты или другие юридические проблемы)
- неприятностей в **отношениях** (с семьей или друзьями)

Если ответ «да» на **один или более вопросов**, Ваш пациент злоупотребляет **алкоголем**.

*В любом случае, продолжайте оценку на признаки зависимости.*

Определите, Ваш пациент за последние 12 месяцев

- **демонстрировал переносимость** (необходимость пить намного больше для получения того же самого эффекта)
- **демонстрировал признаки похмелья** (треморы, потение, тошноту или бессонницу при попытке сократить употребление алкоголя)
- **не мог придерживаться пределов употребления алкоголя** (неоднократно превышал их)
- **не мог сократить или прекратить употребление алкоголя** (повторяющиеся неудачные попытки)
- **проводил много времени, употребляя алкоголь** (или предвкушая употребление алкоголя, или восстанавливаясь после его употребления)
- **проводил меньше времени за другими занятиями** (виды деятельности, которые были важны или приятны)
- **продолжал пить, несмотря на проблемы** (повторяющиеся физические или психологические проблемы)

Если ответ «да» на **три или более вопросов**, у Вашего пациента **алкогольная зависимость**.

**Соответствует ли пациент критериям злоупотребления или зависимости?**

**НЕТ**

**ДА**

**Ваш пациент все еще находится в зоне риска развития проблем, связанных с алкоголем**

**У Вашего пациента расстройство, связанное с употреблением алкоголя**

**ПЕРЕХОДИТЕ К ШАГАМ 3 И 4 для тех, кто находится В ЗОНЕ РИСКА ПО УПОТРЕБЛЕНИЮ АЛКОГОЛЯ, с. 13,14**

**ПЕРЕХОДИТЕ К ШАГАМ 3 И 4 для РАССТРОЙСТВ, СВЯЗАННЫХ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ АЛКОГОЛЯ, с. 15,16**

# КАК ПРОВОДИТЬ КРАТКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

ДЛЯ ТЕХ, КТО НАХОДИТСЯ В ГРУППЕ РИСКА ПО УПОТРЕБЛЕНИЮ АЛКОГОЛЯ (без злоупотребления или зависимости)

## ШАГ 3: Совет и помощь

- **Ясно объявите свое заключение и рекомендация:**
  - «Вы употребляете больше алкоголя, чем безопасно с медицинской точки зрения». Коснитесь беспокойств пациента и медицинских результатов, если они есть. (Рассмотрите использование таблицы на странице 24, чтобы показать увеличение риска.)
  - “Я настоятельно рекомендую Вам сократить (или прекратить) употребление алкоголя”. (Соображения о рекомендациях см. на странице 32)
- **Мера готовности** изменить привычки употребления алкоголя
  - “Хотите ли Вы рассмотреть возможность изменить употребление Вами алкоголя?”

**Готов ли Ваш пациент предпринять изменение в настоящее время?**

**НЕТ**

Не расстраивайтесь – амбивалентность обычна. Ваш совет, вероятно, вызвал изменение во взглядах Вашего пациента, что само по себе позитивно. При закреплении Ваш пациент может решить предпринять какие-то действия. На данный момент

- **Вновь заявите о Вашей Обеспокоенности** его или ее здоровьем.
- **Поддержите раздумья:** Попросите пациентов взвесить то, что им нравится, в употреблении ими алкоголя и причины для его сокращения. Каковы главные препятствия к изменению?
- **Вновь подтвердить вашу готовность помочь,** когда он или она будут готовы.

**ДА**

**Помогите поставить цель:** на некоторое время сократить употребление алкоголя до максимальных пределов (см. Шаг 1) или воздерживаться совсем.

**Договориться о плане,** включая

Какие специфические шаги предпримет пациент (например, не ходить в бар после работы, измерить все напитки дома, заменить алкогольные напитки на безалкогольные)

как будет отслеживать употребление алкоголя (дневник, кухонный календарь)

как пациент будет управлять ситуациями высокого риска

кто может захотеть помочь, например, супруг или не пьющие друзья

**Предоставить просветительские материалы**

## ШАГ 4: Во время продолжения: продолжайте поддержку

**НАПОМИНАНИЕ:** При каждом посещении документируйте употребление алкоголя и пересматривайте цели (форма предоставлена на странице 29).

**Был ли пациент готов столкнуться и поддерживать цель, связанную с употреблением алкоголя?**

### НЕТ

- **Признайте, что изменение сложно.**
- Для достижения цели **поддерживайте любое положительное изменение** и обращайтесь к препятствиям.

**Повторно договоритесь о цели и плане;** считайтесь с испытанием воздержанием.

**Рассматривайте, привлекая других важных людей.**

Если пациент неспособен ни сократить потребление, ни воздерживаться, **проводить повторную диагностическую оценку.** (Переходите к Шагу 2)

### ДА

**Укрепляйте и поддерживайте длительную приверженность** рекомендациям.

Как указано **повторно договоритесь о целях, связанных с употреблением алкоголя** (например, если меняется медицинское состояние или если воздерживающийся пациент хочет возобновить употребление алкоголя).

- **Поощряйте возвращение к началу,** если пациент неспособен поддержать строгое соблюдение.

**Повторяйте скрининг** по крайней мере ежегодно.

# КАК ПРОВОДИТЬ КРАТКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

ДЛЯ ТЕХ, У КОГО ЕСТЬ РАССТРОЙСТВА, СВЯЗАННЫЕ С ПОТРЕБЛЕНИЕМ АЛКОГОЛЯ  
(злоупотребление или зависимость)

## ШАГ 3: Совет и помощь

- **Ясно объявите свое заключение и рекомендация:**
  - “Я считаю, что у Вас расстройство, связанное с употреблением алкоголя, и настоятельно рекомендую Вам прекратить употребление алкоголя».
  - Обратитесь к беспокойствам пациента и к медицинским результатам, если они есть.
- **Договоритесь о цели, связанной с употреблением алкоголя:**
  - Трезвость – самая безопасная линия поведения для пациентов с расстройствами, связанными с употреблением алкоголя.
  - Пациентам с более легкой формой злоупотребления или зависимости и не желающим воздерживаться может удастся сократить употребление алкоголя. (См. Шаг 3 для находящихся в группе риска.)
- **Подумайте, направляя для дополнительной оценки к наркологу, особенно, если у пациента есть зависимость.** (Подсказки по средствам лечения см. на странице 24)
- **Подумайте, рекомендуя группу взаимопомощи.**
- **Для пациентов, у которых есть зависимость, подумайте о**
  - Необходимости медицински управляемого отказа (деинтоксикации) и соответствующего лечения
  - Прописывании медикаментов пациентам с алкогольной зависимостью, которые выбрали целью воздержание (см. страницу 24).
- **Договоритесь о посещении после лечения.**

## ШАГ 4: Во время продолжения: продолжайте поддержку

**НАПОМИНАНИЕ:** При каждом посещении документируйте употребление алкоголя и пересматривайте цели (форма предоставлена на странице 31).

**Был ли пациент готов столкнуться и поддерживать цель, связанную с употреблением алкоголя?**

### НЕТ

- **Признайте, что изменение сложно.**
- **Поддерживайте попытки** сократить употребление алкоголя или воздерживаться, одновременно давая понять, что Вы рекомендуете трезвость.

**Свяжите употребление алкоголя с соответствующими проблемами** (медицинскими, психологическими и социальными).

Если меры еще не приняты, **обдумайте**

- **направление к наркологу** или консультацию с ним.
- **рекомендацию группы самопомощи.**
- **привлечение других важных людей**
- **прописывание медикаментов** пациентам с алкогольной зависимостью, которые выбрали целью воздержание

- При необходимости **обратитесь к сопутствующим расстройствам** – медицинским и психиатрическим

### ДА

**Укрепляйте и поддерживайте длительную приверженность** рекомендациям.

Если пациент согласился на направление, **координируйте мероприятия** со специалистом **Поддерживайте лечение** от алкогольной зависимости не менее 3-х месяцев, а при клинических указаниях и дольше.

После достижения цели, связанной с употреблением алкоголя **лечите сопутствующую никотиновую зависимость** в течение 6-12 месяцев

При необходимости **обратитесь к сопутствующим расстройствам** – медицинским и психиатрическим



# ПРИЛОЖЕНИЕ

## МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ПОДДЕРЖКИ СКРИНИНГА

### Инструмент скрининга: Тест для распознавания расстройств, связанных с употреблением алкоголя (AUDIT)

Вашему учреждению может оказаться удобнее, чтобы пациенты заполняли письменный инструмент скрининга до встречи с врачом. В учреждениях первичной помощи разных стран было проверено, что для его заполнения требуется всего около 5 минут, и он имеет высокие уровни достоверности и надежности. Вы можете фотокопировать эти страницы или распечатать их как индивидуальные страницы в PDF формате с вебсайта Исследовательской группы профилактики ФАС в России (<http://www.netfas.net>) или на английском языке из PDF версии Руководства [www.niaaa.nih.gov](http://www.niaaa.nih.gov)

### Подсчет очков AUDIT

Минимальная оценка (для трезвенников) - 0, и максимально возможная оценка - 40.

Оценка 8 или более для мужчин (до 60 лет) или 4 или более для женщин, подростков и мужчин старше 60 лет считается положительным скринингом<sup>12, 13, 14</sup>. Врачи могут хотеть просмотреть более внимательно индивидуальные ответы пациентов, у которых оценка близка к пограничной, и внести в них ясность во время клинического опроса.

**Примечание:** чувствительность и специфичность AUDIT к обнаружению злоупотребления алкоголем и расстройств, связанных с употреблением алкоголя различается в различных группах населения. Понижение границ увеличивает чувствительность (долю «истинно положительных» случаев), в то же время, снижая число ложно положительных. Таким образом, может быть проще использовать границу 4 для всех пациентов, признавая, что большее количество ложно положительных случаев может быть установлено среди взрослых мужчин.

### Продолжение скрининга и оценки

После завершения AUDIT продолжите Шагом 1, страница 9

**Инструкция пациенту:** Поскольку алкоголь может серьезно затронуть Ваше здоровье и вмешиваться в действие определенных препаратов и лечения, нам важно задать несколько вопросов об употреблении Вами алкоголя. Ваши ответы останутся конфиденциальными, поэтому постарайтесь как можно более искренне ответить на вопросы анкеты.

Ответьте на каждый вопрос. Обведите кружком один наиболее подходящий ответ.

<b>Вопросы</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
1. Как часто Вы пьете напитки, содержащие алкоголь?	Никогда	Раз в месяц или реже	От 2 до 4 раз в месяц	От 2 до 3 раз в неделю	4 или более раз в год
2. Сколько доз, содержащих алкоголь, Вы выпиваете в обычный день, когда пьете?	1 или 2	3 или 4	5 или 6	От 7 до 9	10 или более
3. Как часто Вы выпиваете пять (для женщин – четыре) или более доз за один раз?	Никогда	Реже одного раза в месяц	Раз в месяц	Раз в неделю	Ежедневно или почти ежедневно
4. Как часто за последний год Вы обнаруживали, что, начав пить, не можете остановиться?	Никогда	Реже одного раза в месяц	Раз в месяц	Раз в неделю	Ежедневно или почти ежедневно
5. Как часто за последний год из-за того, что Вы пили, у Вас не получалось то, что обычно от Вас ожидалось?	Никогда	Реже одного раза в месяц	Раз в месяц	Раз в неделю	Ежедневно или почти ежедневно
6. Как часто за последний год с утра Вам первым делом необходимо выпить, чтобы взяться за дело после сильной пьянки?	Никогда	Реже одного раза в месяц	Раз в месяц	Раз в неделю	Ежедневно или почти ежедневно
7. Как часто за последний год у Вас было чувство вины или угрызения совести после того, как Вы пили?	Никогда	Реже одного раза в месяц	Раз в месяц	Раз в неделю	Ежедневно или почти ежедневно
8. Как часто за последний год из-за того, что Вы пили, Вы не могли вспомнить, что случилось предыдущим вечером?	Никогда	Реже одного раза в месяц	Раз в месяц	Раз в неделю	Ежедневно или почти ежедневно
9. Были ли Вы или кто-то еще травмирован из-за того, что Вы пили?	Нет		Да, но не за последний год		Да, за последний год
10. Был ли обеспокоен родственник, друг, врач или другой медик употреблением Вами алкоголя или предлагали ли Вам сократить употребление алкоголя?	Нет		Да, но не за последний год		Да, за последний год
					<b>Всего</b>

**Примечание:**

Этот опросник (the AUDIT) перепечатан с разрешения Всемирной Организации Здравоохранения. Для отражения величины стандартной для Соединенных Штатов Америки дозы количество доз в 3 вопросе было изменено с 6 до 5. Бесплатное руководство по применению AUDIT в первичной помощи с руководящими указаниями по использованию доступно в сети [www.who.org](http://www.who.org)

## Что такое стандартная доза

Стандартная доза – это любой напиток, который содержит около 14 граммов чистого алкоголя (около 0,6 жидкой унции или 1,2 чайной ложки). Ниже приведены эквиваленты стандартной дозы. Приблизительно так различаются разные виды алкогольных напитков по содержанию в них алкоголя.

- **12 унций пива или слабоалкогольного напитка**
- **8-9 унций солодового (алкогольного) напитка**
- **5 унций столового вина**
- **3-4 унции крепленого вина** (такого как шерри или портвейна)
- **2-3 унции стимулирующего напитка, ликера или аперитива**
- **1,5 унции бренди** (один мерный стаканчик)
- **1,5 унции крепких спиртных напитков** (один мерный стаканчик 40° джина, водки, виски и т.д.).

Многие люди не знают, что считать стандартной дозой и, соответственно не уверены в том, сколько стандартных доз содержится в емкостях, в которых обычно продаются эти напитки. Несколько примеров:

- Для **пива** приблизительное количество стандартных доз в
  - 12 унций = 1
  - 16 унций = 1,3
  - 22 унции = 2
  - 40 унций = 3,3
- Для **солодового напитка** приблизительное количество стандартных доз в
  - 12 унций = 1,5
  - 16 унций = 2
  - 22 унции = 2,5
  - 40 унций = 4,5
- Для **столового вина** приблизительное количество стандартных доз в
  - стандартная бутылка 750 мл (25 унций) = 5
- Для **80° спиртных напитков или «крепких напитков»** приблизительное количество стандартных доз в
  - смешанный напиток = 1 или более\*
  - пинта (16 унций) = 11
  - ¼ галлона = 17
  - 1,75 л (59 унций) = 39

*\*Примечание:* Может оказаться трудно оценить количество стандартных доз в одном смешанном напитке, сделанном на основе крепких напитков. В зависимости от таких факторов, как тип крепкого напитка и рецепта, один смешанный напиток может содержать от одной до трех или более стандартных доз.

## МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ПОДДЕРЖКИ ОЦЕНКИ

### Злоупотребление алкоголем: примерные вопросы для оценки, основанные на диагностических критериях<sup>2</sup>.

Диагностика злоупотребления алкоголем требует, чтобы пациент соответствовал **одному** или более из следующих критериев, встречающихся в любое время за один и тот же период в 12 месяцев, и **не** соответствовал критериями алкогольной зависимости.

Все вопросы начинаются “За последние 12 месяцев...”

- **Из-за периодически повторяющегося употребления алкоголя неудача в выполнении основных обязательств на работе, в школе или дома:**

Был ли у Вас период, когда употребление алкоголя - или плохое самочувствие из-за употребления алкоголя - часто вмешивалось в Вашу заботу о доме или семье? Было причиной неприятностей на работе? Школьных проблем?

- **Периодически повторяющееся употребление алкоголя в опасных ситуациях:**

- Водили ли Вы не раз автомобиль или другое транспортное средство, в то время как Вы пили? Или после того, как выпили слишком много?
- Попадали ли Вы в ситуации, когда употребляли алкоголь или после этого, которые повышали Ваши шансы получить травму, такие как плавание, использование оборудования или прогулка по опасной территории или в местах интенсивного движения?

- **Периодически повторяющиеся проблемы с законом, связанные с алкоголем:**

Арестовывали ли Вас, держали в отделении полиции или у Вас были какие-либо другие проблемы с законом из-за употребления Вами алкоголя?

- **Продолжительное употребление алкоголя, несмотря на текущие межличностные или социальные проблемы:**

- Вы продолжали пить даже, несмотря на то, что знали, что это было причиной неприятностей с семьей или друзьями?
- Попадали ли Вы в драки, когда употребляли алкоголь или сразу после этого?

---

<sup>2</sup> Адаптировано с разрешения *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision*. Copyright 2000 American Psychiatric Association.

## Алкогольная зависимость: примерные вопросы для оценки, основанные на диагностических критериях<sup>3</sup>

Диагностика алкогольной **зависимости** требует, чтобы пациент соответствовал **трем** или более из следующих критериев, встречающихся в любое время за один и тот же период в 12 месяцев

Все вопросы начинаются “За последние 12 месяцев...”

- **Переносимость:**  
Заметили ли Вы, вынуждены пить значительно больше, чем раньше, чтобы достичь желаемого эффекта? Или, что обычное для Вас количество доз оказывает значительно меньшее воздействие, чем раньше?
- **Похмельный синдром или употребление алкоголя для освобождения от похмелья:**
  - Бывали ли у Вас проблемы со сном, когда проходило воздействие алкоголя? Замечали, что трясетесь? Нервничаете? Тошнит? Тревожность? Потеете или сердце быстро бьется? Ощущали ли Вы то, чего на самом деле не было? Были судороги?
  - Употребляли ли Вы алкоголь, наркотики или лекарства (кроме продаваемых без рецепта обезболивающих), чтобы избежать неприятных последствий употребления алкоголя? Или преодолеть их?
- **Ослабленный контроль:**  
Хотели ли Вы один раз или больше прекратить или сократить употребление алкоголя? Или пытались сделать это один раз или больше, но не смогли?
- **Употребление алкоголя в больших количествах или дольше, чем намеривались:**  
Были ли у Вас случаи, когда Вы выпивали больше, чем собирались? Или продолжали пить дольше, чем намеривались?
- **Пренебрежение деятельностью:**  
Прекращали ли или сокращали ли Вы важную или интересную, или доставляющую Вас удовольствие деятельность, чтобы употреблять алкоголь?
- **Время, проведенное за употреблением алкоголя или восстановления после этого:**  
Был ли у Вас период, когда Вы пили долгое время? Или долгое время плохо себя чувствовали, или преодолевали неприятные последствия употребления алкоголя?
- **Продолжение употребления алкоголя, несмотря на периодически повторяющиеся психологические или физические проблемы:**  
Продолжали ли Вы пить, даже, несмотря на то, что знали, что это заставит Вас испытывать депрессию или тревожность? Или станет причиной проблем со здоровьем, или ухудшит их? Или у Вас были выпадения памяти после употребления алкоголя?

## МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ПОДДЕРЖКИ КРАТКОСРОЧНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

<sup>3</sup> Адаптировано с разрешения *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision*. Copyright 2000 American Psychiatric Association

Этот раздел содержит руководство и материалы для помощи практикам по проведению краткого вмешательства. Включено следующее:

- Метод краткосрочного вмешательства
- Модели употребления алкоголя взрослыми американцами
- Прописывания медикаментов для лечения алкогольной зависимости
- Источники для направления
- Записи прогресса пациента (для фотокопирования)

## Подход к краткосрочному вмешательству

Помните, что изменение типов поведения, связанных со здоровьем, часто трудный процесс, при котором прогресс прерывается рецидивами менее здоровых типов поведения. Предоставление подкрепления, поддержки и вдумчивого обдумывания во время посещения врача часто может провести различие между длительным успехом и неудачей.

**Общий подход к краткосрочному вмешательству – о чем надо помнить:**

- Используйте метод просвещения о здоровье
  - Основывайтесь на фактах и будьте не конфронтационным
  - Предоставьте пациенту просветительские материалы
- Предлагайте выбор того, как производить изменения
- Подчеркивайте ответственность своего пациента за изменение поведения, связанного с употреблением алкоголя
- Выражайте уверенность в способности Вашего пациента изменить поведение, связанное с употреблением алкоголя

## Модели употребления алкоголя взрослыми американцами

**Приблизительно 3 из взрослых американцев вовлечены в опасные модели употребления алкоголя,** а, следовательно, выиграют от совета сократить употребление алкоголя или от направления на дальнейшую оценку. Во время краткого вмешательства Вы можете использовать эту таблицу, чтобы продемонстрировать, что (1) большинство людей не пьют или пьют в пределах рекомендованных норм и (2) распространенность расстройств, связанных с употреблением алкоголя растет вместе с массивным употреблением. Хотя первый мудрый шаг – сокращение употребления алкоголя до норм не безопасен, потому что автомобильные аварии и другие проблемы могут возникать и при более низких уровнях употребления алкоголя.

КАКОВА МОДЕЛЬ УПОТРЕБЛЕНИЯ ВАМИ АЛКОГОЛЯ?	НАСКОЛЬКО РАСПРОСТРАНЕНА ЭТА МОДЕЛЬ?	НАСКОЛЬКО РАСПРОСТРАНЕНЫ РАССТРОЙСТВА, СВЯЗАННЫЕ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ АЛКОГОЛЯ, У ПЬЮЩИХ С ТАКОЙ МОДЕЛЬЮ?
<p><b>На основе следующих пределов – количества доз:</b>  <b>В любой ДЕНЬ – Не больше 4 (мужчины) или 3 (женщины)</b>  <b>- и -</b>  <b>В обычную НЕДЕЛЮ - Не больше 14 (мужчины) или 7 (женщины)</b></p>	<p><b>Процент взрослых американцев в возрасте 18 лет или старше*</b></p>	<p><b>Объединенная распространенность злоупотребления алкоголем и алкогольной зависимости**</b></p>
<p><b>Никогда не превышает дневную или недельную нормы</b>  (2 из 3 человек в этой группе не пьют или выпивают менее 12 доз в год)</p>	<p><b>72%</b></p>	<p><b>менее 1 из 100</b></p>
<p><b>Превышает только ежедневную норму</b>  (Более 8 из 10 в этой группе превышают дневную норму <i>реже одного раза в неделю</i>)</p>	<p><b>16%</b></p>	<p><b>1 из 5</b></p>
<p><b>Превышает как дневную, так и недельную нормы</b>  (Более 8 из 10 в этой группе превышают дневную норму <i>раз в неделю или чаще</i>)</p>	<p><b>10%</b></p>	<p><b>почти 1 из 2</b></p>

\* Для упрощения в таблицу не включены 2 процента взрослых американцев, которые превышают *только* недельные нормы. Объединенная распространенность расстройств, связанных с употреблением алкоголя в этой группе 8 процентов.

\*\* Диагностические критерии расстройств, связанных с употреблением алкоголя см. страницы 14 и 15.

## Прописывание медикаментов для лечения алкогольной зависимости

Три проверенных препарата – дисульфирам, налтрексон и акампросат – доступны сейчас для лечения алкогольной зависимости. Было доказано, что они приносят пользу пациентам в сокращении употребления алкоголя, снижении рецидивов алкоголизма, достижении и поддержании ремиссии (трезвости) или комбинации этих эффектов.

### Когда мне следует обдумывать прописывание медикаментов для лечения расстройств, связанных с употреблением алкоголя?

Все проверенные препараты показали свою эффективность в качестве дополнений к лечению алкогольной зависимости. Таким образом, рассчитывайте на добавление медикаментов всякий раз, когда Вы лечите кого-либо с развивающейся алкогольной зависимостью или кого-либо, кто перестал употреблять алкоголь за последние несколько месяцев, но испытывает проблемы, такие как страстное желание или сбой.

## Позволят ли препараты моим пациентам с алкогольной зависимостью пить в соответствии с положением в обществе?

Если у кого-либо есть алкогольная зависимость, самая безопасная линия поведения – трезвость, и это будет обычной клинической рекомендацией. Но все-таки лучше всего установить индивидуализированные цели с каждым пациентом. Некоторые пациенты могут не захотеть поддерживать трезвость в качестве цели, особенно сначала. Если пациент с алкогольной зависимостью соглашается существенно сократить употребление алкоголя, лучше всего привлечь его к этой цели, продолжая в то же время обращать внимание на то, что трезвость остается оптимальным результатом.

Что касается препаратов, то дисульфирам, конечно, будет противопоказан пациентам, которые хотят продолжать пить, потому что реакция дисульфирама с алкоголем возникнет каждый раз, когда употребляется алкоголь. В недавнем исследовании у налтрексона обнаружилось умеренное воздействие на сокращения риска массивного употребления у пациентов со слабой или умеренной алкогольной зависимостью, которые выбрали сокращение употребления или трезвость.<sup>15</sup> С этой точки зрения, об использовании акампросата с этой целью известно меньше.

## Какие из препаратов мне следует прописывать?

Какие препараты использовать определится клиническим заключением и предпочтением пациента. Каждый действует, используя различные механизмы воздействия. Некоторые пациенты могут на один тип препарата отреагировать лучше, чем на другой.

- **Дисульфирам (Антабус)** вызывает неприятную реакцию в виде приступа каждый раз, когда пациент употребляет алкоголь. Соответственно, он вызывает отсутствие стимулов к употреблению алкоголя и предоставляет некий внешний контроль поведения, связанного с употреблением алкоголя. Было доказано, что дисульфирам наиболее эффективен, когда дается под контролем, таким как клинический контроль или контроль супруга.<sup>16</sup> Если супруг или другой член семьи контролирует, инструктирует пациента и контролирует, чтобы пациент принимал препарат и спрашивал контролирующего о том, что тот замечает. Проинструктируйте контролера, чтобы он позвонил Вам, если пациент не придерживается этого расписания в течение 2 дней. Некоторые пациенты отреагируют на самостоятельный прием дисульфирама, особенно, если они высоко мотивированы к трезвости.

- **Налтрексон (РеВиа)** блокирует опиатные рецепторы, которые вовлечены в приятные воздействия употребления алкоголя и стремление к употреблению алкоголя после установления трезвости. Эффективность налтрексона в уменьшении рецидивов массивного употребления была продемонстрирована во множестве исследований, сейчас результаты подтверждены метаанализом.<sup>17,18</sup> Несмотря на то, что предшественники реакции на лечение не были четко продемонстрированы, исследование предполагает, что у пациентов с семейной историей алкогольной зависимости может быть более высокий процент реакции.<sup>19</sup> Несколько исследований также продемонстрировали положительное взаимодействие между налтрексоном и когнитивно-поведенческой терапией алкогольной зависимости.<sup>20</sup>

- **Акампросат (Кампрал)** использовался для лечения алкогольной зависимости в Европе более десяти лет и был проверен в Соединенных Штатах по этому признаку в 2004 году. Несмотря на то, что способ его воздействия четко не установлен, он может действовать, уменьшением симптомов продолжительного воздержания, таких как бессонница, тревожность и беспокойность. Эффективность акампросата в снижении доли зависимых от алкоголя, которые поддерживают трезвость от нескольких недель до месяцев, было продемонстрировано во множестве исследований, результаты подтверждены метаанализом в 17 клинических исследованиях.<sup>21</sup> В большинстве положительных исследований пациенты полностью отказывались от алкоголя, как минимум, в течение нескольких дней и даже недель до начала использования препараты.<sup>22</sup>

Обзор качеств каждого препарата и информацию по прописыванию смотрите в таблице на следующей странице, ниже.



## Медикаменты для лечения алкогольной зависимости

Таблица ниже выделяет некоторые свойства каждого медикамента. Она не предоставляет полной информации и не предназначена для использования вместо вкладыша в упаковку или других лекарственных справочников, используемых врачами. За информацией для пациентов о тех или иных лекарствах Национальная медицинская библиотека США предоставляет Medline Plus (<http://medlineplus.gov>).

Следует ли выписывать медикаменты, и в каких количествах - дело пациентов и их врачей. Представленная здесь информация о предписаниях не предназначена для замещения суждения врача в каждом конкретном случае, и, что касается практикующих врачей, NIH не берет на себя ответственность за использование информации.

	<b>Дисульфирам (Антабус)</b>	<b>Налтрексон (РеВиа)</b>	<b>Акампросат (Кампрал)</b>
<b>Действие</b>	Препятствует промежуточному метаболизму алкоголя, является причиной накопления уксусного альдегида и реакции притока крови, потения, тошноты и тахикардии при употреблении пациентом алкоголя	Блокирует опиоидные рецепторы, что приводит к уменьшению тяги и подкрепления в ответ на употребление алкоголя	Оказывает влияние на системы глутамат т ГАМК медиаторов, но действие, связанное с алкоголем не серьезна
<b>Противопоказания</b>	Использование одновременно с алкоголем или содержащими алкоголь препаратами или трихололом; заболевание коронарной артерии; серьезное заболевание миокарда	Использование опиоидов или резкое прекращение их приема; ожидаемая необходимость приема опиоидных обезболивающих; острый гепатит или отказ печени	Серьезная почечная недостаточность (CrCL <sub>≤</sub> 30 мл/мин)
<b>Меры предосторожности</b>	При употреблении алкоголя высока вероятность одновременно с его использованием - психозов (сейчас или в анамнезе); сахарный диабет; эпилепсия; дисфункция печени; гипотиреоз; почечная недостаточность; контактный дерматит при соприкосновении с резиной	Другое заболевание печени; почечная недостаточность суицидные попытки в анамнезе. Если требуются опиоидные обезболивающие, могут потребоваться большие дозы, а угнетение дыхания может быть глубже и продолжаться дольше.	Умеренная почечная недостаточность (доза устанавливается для CrCL от 30 мл/мин); депрессия или склонность к суициду
<b>Серьезные неблагоприятные реакции</b>	Гепатиты; неврит зрительного нерва; психотические реакции. Беременность Категории С.	Если пациент зависим от опиоидов, провоцирует серьезную абстиненцию; гепатотоксичность (редко встречается при обычных дозах). Беременность Категории С.	Тревожность, депрессия. Редкие случаи включают следующее: суицидная попытка, острый отказ почек, отказ сердца, закупорка брыжеечной артерии, кардиомиопатия, глубокий тромбоз и шок. Беременность Категории С.

<b>Распространенные побочные явления</b>	Металлическое послевкусие; дерматиты	Тошнота, боль в животе, запор, головокружение, головная боль; тревожность; утомление	Диарея; метеоризм; тошнота; боль в животе; головная боль; боль в спине; инфекция; совокупность симптомов гриппа; простуды; сонливость; сниженное половое влечение; амнезия; спутанность
<b>Примеры взаимодействия препаратов</b>	Амитриптилин, такие антидепрессанты, как варфарин; виазепам; изониазид; метронидазол; фенитоин; теофиллин; варфарин; любое лекарство, отпускаемое без рецепта, содержащее алкоголь	Опиоидные обезболивающие (блокирует действие); йохимбин (использование с налтрексоном повышает негативные воздействия препарата)	Не известны релевантные взаимодействия
<b>Обычная дозировка для взрослых</b>	<i>Доза лекарственного препарата для приёма внутрь: 250 мг ежедневно (диапазон от 125 мг до 500 мг)</i> <i>До назначения: (1) предупредите, что пациенту не следует принимать дисульфирам как минимум 12 часов после употребления алкоголя и что реакция между дисульфирамом и алкоголем может возникнуть даже через 2 недели после последней дозы; и (2) предупредите об алкоголе в диете (например, соусы, укусы) и в медикаментах и туалетных принадлежностях.</i> <i>В последующем</i> Периодически контролируйте тесты функционирования печени	<i>Доза лекарственного препарата для приёма внутрь: 50 мг ежедневно</i> <i>До назначения:</i> <i>В последующем</i> Периодически контролируйте тесты функционирования печени	<i>Доза лекарственного препарата для приёма внутрь: 666 мг (две таблетки по 333 мг) три раза в день или, для пациентов с умеренной почечной недостаточностью (CrCl 30-50 мл/мин), уменьшить до 333 мг одна таблетка) три раза в день</i> <i>До назначения:</i> Установите трезвость

Информация в этой таблице первична была взята из источников 19 и 23 (см. страницу 38).  
ИЮЛЬ 2005 год

## Ресурсы для направления к специалистам

Давая направления, привлекайте своего пациента к решениям, связанным с направлением, и временем посещения специалиста по направлению, пока он или она находятся у Вас в кабинете.

### Установление оценки и вариантов лечения

- Если у пациентов есть страховка, по поводу направления свяжитесь с менеджером страховой компании по случаям поведения, связанного со здоровьем.
- Если пациенты не подлежат страховке или не застрахованы, свяжитесь с местным департаментом здравоохранения по поводу наркологических служб.
- Если пациенты не работают, спросите, есть ли у них доступ к Вспомогательной программе по трудоустройству с наркологическим консультированием.
- Для определения места возможных видов лечения на вашей территории:
  - Позвоните в местные больницы, чтобы узнать, в каких предлагаются наркологические услуги.

### Установление групп поддержки

- Анонимные Алкоголики (АА) предлагают бесплатные, широко распространенные группы волонтеров для избавления от алкогольной зависимости. Волонтеры часто хотят работать с профессионалами, которые направляют пациентов. Для получения контактной информации по Вашему региону.
- Другие организации самопомощи, которые предлагают постоянно действующие методы, группы только для женщин или поддержку членам семьи.

### Местные источники

Используйте пространство ниже для контактной информации об источниках на Вашей территории (лечебные центры, группы поддержки, такие как АА, местные правительственные службы, ближайший медицинский центр по делам ветеранов, приютов, церквей).



### Оценка:

Отрицательный алкогольный скрининг      Злоупотребление алкоголем      Похмелье

Опасное употребление алкоголя              Алкогольная зависимость

---

---

---

### План:

При необходимости повторите скрининг      Просвещение пациента о пределах  
употребления алкоголя

Рекомендовано употребление

алкоголя в рекомендованных пределах → Пациент согласился?    **да**    **нет**

Рекомендована трезвость                      → Пациент согласился?    **да**    **нет**

Налтрексон по 50 мг в день      Акампросат 666 мг 3 раза в день      Дисульфирам 250

Витамин В 1 100 мг IM/PO      Акампросат 333 мг 3 раза в день (для средней почечной  
недостаточности)

Другие препараты/дозы:

Направление (уточните):



# Часто задаваемые вопросы

## Об алкогольном скрининге и краткосрочном вмешательстве

### ▪ **Насколько эффективен скрининг на массивное употребление?**

Исследования продемонстрировали, что скрининг чувствителен и, что при применении соответствующих методов пациенты дают специалистам здравоохранения достоверную информацию о своем употреблении алкоголя.<sup>13</sup> Было показано, что некоторые методы действуют, включая вопросы количественно-частотных интервью и такие опросники, как CAGE, AUDIT, более короткий AUDIT-C, TWEAK (для беременных женщин) и другие.<sup>24,25</sup> В этом *Руководстве* был выбран единственный вопрос о днях массивного употребления для демонстрации его простоты и потому что почти все люди с расстройствами, связанными с употреблением алкоголя, сообщают, что выпивают, по крайней мере, иногда, 5 или более доз в день (для мужчин) или 4 или более (для женщин). Это *Руководство* также рекомендует AUDIT (предоставлен на странице 11) в качестве инструмента скрининга, проводимого самим пациентом из-за высокого уровня его достоверности и надежности.<sup>13</sup>

### ▪ **Насколько эффективно краткосрочное вмешательство?**

Рандомизированные, контролируемые клинические испытания в различных группах населения и учреждениях показали, что краткое вмешательство может значительно снизить употребление алкоголя среди людей, которые пьют больше рекомендованных пределов, но не являются зависимыми. Исследования обнаружили снижение до 30 процентов в употреблении и большом разовом потреблении через 12 месяцев, а также значительное уменьшение данных кровяного давления, уровня гамма-глутамилтрансферазы (GGT), психологических проблем, больничных дней и повторных госпитализаций в связи с алкогольными травмами.<sup>6</sup> Анализ затрат и результатов в этом исследовании показал, что каждый доллар, вложенный в краткое врачебное вмешательство мог бы дать больший результат, чем четырехкратные сбережения на будущие затраты здравоохранения. Другое исследование показывает, что для пациентов с алкогольной зависимостью со связанными с алкоголем заболеваниями, повторяющиеся краткие вмешательства с соответствующими месячными интервалами в течение 1-2 лет может вести к значительным снижениям или прекращению употребления алкоголя.<sup>7,8</sup>

### ▪ **Что я могу сделать, чтобы поощрить своего пациента давать честные и точные ответы на вопросы скрининга?**

Часто лучше всего задавать вопросы об употреблении алкоголя одновременно с вопросами о других типах поведения, связанных со здоровьем, таких как курение, диета и физические упражнения. Использование эмоционального, не конфронтационного подхода может помочь облегчить положение пациента. Некоторые врачи обнаружили, что предварение вопросов об алкоголе не угрожающими начальными словами, такими как: «Вам нравится время от времени употреблять алкоголь?», может поощрить замкнутых пациентов к разговору. Кроме того, пациенты могут ощутить, что письменная или компьютерная заполняемая самими пациентами версия AUDIT менее конфронтационна. Для совершенствования точности предполагаемых количеств употребляемого алкоголя Вы могли бы попросить пациентов посмотреть в таблицу «Что такое стандартная доза?» на странице 13. Многие люди не знают, что считается одной стандартной дозой, особенно для напитков с более высоким содержанием алкоголя, таких как солодовые напитки, крепленые вина и крепкие спиртные напитки.

### ▪ **Как можно осуществить клиническую или амбулаторную систему скрининга?**

Лучший изученный метод, который одновременно прост и эффективен, попросить пациентов до посещения врача заполнить 10-вопросный AUDIT. Эта форма (предоставленная на странице 11) может быть добавлена к другим, которые заполняют пациенты. Полный AUDIT или 3-вопросный AUDIT-C тоже может быть включен в большую форму сбора анамнеза. AUDIT-C состоит из первых трех вопросов AUDIT, связанных с употреблением алкоголя; оценка 6 или более для мужчин и 4 или более для женщин<sup>26</sup> означает положительный скрининг. В качестве альтернативы скрининг, состоящий из одного вопроса, в Шаге 1 этого Руководства мог бы быть включен в форму сбора анамнеза. Скрининг с человеком может также быть произведен медсестрой во время регистрации пациента. (См. также раздел «Подготовьте свою практику, чтобы упростить процесс» на странице 3.)

### ▪ **Существуют ли особые суждения о внедрении скрининга в психиатрических учреждениях?**

Исследования продемонстрировали связь между расстройствами, связанными с употреблением алкоголя, и другими психическими расстройствами.<sup>27</sup> Тяжелое значительное употребление алкоголя может быть причиной таких психиатрических симптомов, как депрессия, тревожность, бессонница, когнитивная дисфункция и межличностный конфликт. У пациентов с независимым психиатрическим расстройством

массивное употребление может нарушить их реакцию на лечение. Таким образом, важно, чтобы все психиатры проводили обычный скрининг на массивное употребление.

Меньше, чем о выполнении методов скрининга или краткого вмешательства в учреждениях первичной помощи, известно в психиатрических учреждениях. Тем не менее, скрининг, состоящий из одного вопроса, в этом *Руководстве*, скорее всего, действует довольно хорошо, так как почти все люди с расстройствами, связанными с употреблением алкоголя, сообщают об употреблении алкоголя, по крайней мере, иногда, выше рекомендованных ежедневных пределов.

Врачам-психиатрам может понадобиться проводить более тщательную оценку для определения присутствует ли расстройство, связанное с употреблением алкоголя, и как оно может взаимодействовать с другими психическими расстройствами или расстройствами, связанными с употреблением других веществ. Может возникнуть необходимость снижения рекомендованных пределов употребления алкоголя, в зависимости от сосуществующих проблем и прописанных медикаментов.

Подобным образом, может понадобиться более расширенное поведенческое вмешательство в отношении расстройств, сосуществующих с расстройствами, связанными с употреблением алкоголя, предоставляемого либо в качестве части психиатрического лечения или с помощью направления к наркологу.

## Об уровнях употребления алкоголя и рекомендации

### ■ Когда мне следует рекомендовать воздержание, а когда сокращение употребления алкоголя?

Определенные обстоятельства служат основанием для рекомендации воздержания, в то время как противоположные уменьшения употребления алкоголя: Они включают случаи, когда пьющие:

- беременны или могут забеременеть
- принимают противопоказанные медикаменты (см. рамочку ниже)
- имеют медицинские или психиатрические расстройства, причиной которых или их обострения становится употребление алкоголя или
- имеют расстройства, связанные с употреблением алкоголя.

Если пациенты с расстройствами, связанными с употреблением алкоголя, не хотят полного воздержания, они могут захотеть сократить свое потребление алкоголя. Это следует поощрять, в то время как ничто, кроме трезвости, самой безопасной стратегии, не имеет большего шанса на долговременный успех.

Для сильно пьющих, у которых нет расстройства, связанного с употреблением алкоголя, используйте мнение профессионала о том, что им больше подходит: сокращение употребления алкоголя или воздержание, основываясь на следующих факторах:

- семейный анамнез алкогольных проблем
- пожилой возраст
- травмы, связанные с употреблением алкоголя
- такие симптомы, как расстройства сна или сексуальная дисфункция

Может быть полезным обсудить различные возможности, такие, как снижение употребления алкоголя до рекомендованных пределов или полное воздержание, может быть, на 2 месяца с последующим пересмотром будущего употребления алкоголя. Если начальная стратегия – сокращение употребления алкоголя, но пациент не может придерживаться пределов, порекомендуйте воздержание.

## Взаимодействие между алкоголем и медикаментами

Алкоголь может негативно взаимодействовать с медикаментами, как вмешиваясь в метаболизм медикамента (обычно в печени), так и усиливая воздействия медикамента (особенно на центральную нервную систему). Многие классы прописываемых медикаментов могут взаимодействовать с алкоголем, включая антибиотики, антидепрессанты, антигистаминные препараты, барбитураты, бензодиазепины, агонисты рецептора гистамина H<sub>2</sub>, мышечные релаксанты, неопиоидные обезболивающие, а также противовоспалительные средства, опиоиды и варфарин. Кроме того, многие медикаменты, продающиеся без рецепта, и растительные препараты при приеме вместе с алкоголем могут дать негативные побочные эффекты.



▪ **Как мне показывать потенциальные выгоды умеренного употребления алкоголя в свою консультацию пациентов, которые редко употребляют алкоголь, или совсем не пьют?**

Умеренное потребление алкоголя (определенное американским Диетическим Руководством как до двух доз в день для мужчин и одной для женщин) связано со сниженным риском коронарной болезни.<sup>28</sup> Достижение баланса между рисками и выгодами употребления алкоголя остается трудным, однако, поскольку у каждого человека имеет различную восприимчивость к заболеваниям, потенциальной причиной появления или предотвращения которых может быть алкоголь. Ваш совет молодому человеку с алкоголизмом в семейном анамнезе, например, будет отличаться от совета, который Вы дадите пациенту средних лет с ранним сердечным заболеванием в семейном анамнезе. Большинство экспертов не рекомендуют тем, кто консультирует непьющих пациентов начинать употреблять алкоголь для снижения риска сердечно-сосудистых заболеваний. Однако если пациент так считает, обсудите безопасные пределы употребления алкоголя и способы избежать вреда, вызванного алкоголем.

▪ **Почему для некоторых пациентов пределы употребления алкоголя ниже?**

Пределы для женщин ниже, поскольку у них в организме соразмерно меньше, чем у мужчин, жидкости и, следовательно, после употребления такого же количества алкоголя, выше концентрация алкоголя в крови. У старших взрослых менее худощавое телосложение и большая чувствительность к воздействиям алкоголя. Кроме того, существует множество клинических ситуаций, в которых воздержание или более низкие пределы требуются из-за риска вреда, связанного с употреблением алкоголя. Примеры включают женщин, которые могут забеременеть, пациентов, принимающих медикаменты, которые могут взаимодействовать с алкоголем, молодых людей с алкогольной зависимостью в семейном анамнезе и пациентов с физическими и психиатрическими состояниями, причиной появления или обострения которых может стать употребление алкоголя.

▪ **Некоторые из моих сильно пьющих пациентов считают это нормальным. Какой процент людей пьют на средних уровнях, выше и ниже их?**

Приблизительно 7 из 10 взрослых не употребляют алкоголь, употребляют его редко или в пределах дневных и недельных пределов, отмеченных в Stage 1.<sup>3</sup> Остальные превышают дневные пределы, недельные пределы или и те, и другие. Таблица «Модели употребления алкоголя» на странице 17 показывает процентное соотношение пьющих в каждой категории, а также распространенность расстройств, связанных с употреблением алкоголя, в каждой группе. Поскольку сильно пьющие часто считают, что большинство людей пьют столько же и также часто, как они, предоставление нормативных данных о моделях употребления алкоголя американцами и связанными с ними рисками могут предоставить полезную проверку того, как в действительности обстоит дело. В особенности, тем, кто считает, что прекрасно умеренно употреблять алкоголь во время рабочей недели и сильно - в выходные, необходимо знать, что у них более высокий шанс не только непосредственных травм, связанных с употреблением алкоголя, но также и развития расстройств, связанных с употреблением алкоголя, и психиатрических расстройств.

▪ **Некоторые из моих беременных пациенток не видят вреда в употреблении алкоголя от случая к случаю. Каковы последние рекомендации?**

Некоторые беременные женщины, возможно, не знают о рисках, связанных с употреблением алкоголя, в то время как другие могут употреблять алкоголь до того, как понимают, что беременны. Недавний опрос установил, что 1 из 10 беременных женщин в Соединенных Штатах употребляет алкоголь.<sup>29</sup> Кроме того, среди сексуально активных женщин, не использующих средствами контрацепции, больше половины употребляют алкоголь и 12,4% сообщают об употреблении большого количества алкоголя за один раз, приводящего их к особенно высокому риску беременности, подверженной воздействию алкоголя.<sup>29</sup>

Каждый год в Соединенных Штатах приблизительно от 2000 до 8000 младенцев рождается с фетальным алкогольным синдромом и много больше тысяч рождаются с некоторой степенью эффектов, связанных с алкоголем.<sup>30</sup> Эти проблемы классифицируются от умеренных учебных и поведенческих проблем до дефицитов роста и серьезных умственных и физических повреждений. Вместе эти неблагоприятные воздействия составляют Расстройства фетального алкогольного спектра.

Поскольку неизвестно какое именно количество алкоголя безопасно во время беременности, если оно вообще существует. Главный врач государственной службы здравоохранения США недавно снова издал информационное сообщение, которое советует женщинам, которые могут забеременеть воздержание от употребления алкоголя.<sup>2</sup> Информационное сообщение также рекомендует беременным женщинам, которые уже употребляли алкоголь прекратить, чтобы минимизировать дальнейшие риски, а специалистам здравоохранения регулярно интересоваться употреблением алкоголя женщинами детородного возраста.

## О диагностике и помощи пациентам с расстройствами, связанными с употреблением алкоголя

### ▪ Что делать, если пациент сообщает о некоторых симптомах расстройства, связанного с употреблением алкоголя, не достаточных для определения диагноза?

Расстройства, связанные с употреблением алкоголя подобны другими медицинским расстройствам, таким как гипертония, диабет или депрессия в зонах неясной диагностики. Например, пациент может сообщать об одном аресте за вождение в состоянии опьянения, и не сообщать ни о каких других симптомах. Поскольку диагноз злоупотребления алкоголем требует повторяющихся проблем, этот диагноз не может быть поставлен. Подобным образом, пациент может сообщить об одном или двух симптомах алкогольной зависимости, но для определения диагноза необходимо три.

Любые симптомы злоупотребления или зависимости – основание для беспокойства и с ними следует обращаться так, будто расстройство, связанное с употреблением алкоголя присутствует или развивается. Этим пациентам лучше воздерживаться, чем снижать употребление алкоголя до рекомендованных пределов. Показано более близкое продолжение, а также пересмотр диагноза при появлении новой доступной информации.

### ▪ Следует ли мне рекомендовать какую-либо специальную поведенческую терапию для пациентов с расстройствами, связанными с употреблением алкоголя?

Для лечения расстройств, связанных с употреблением алкоголя, используется несколько видов поведенческой терапии. Они могут основываться на когнитивно-поведенческих методах, усилении мотивации, 12 шагах Анонимных Алкоголиков (например, Миннесотской модели) ли комбинации этих и других психологических подходов. Все они кажутся одинаково эффективными, предполагая. Что обращение за помощью само по себе более важно, чем какой именно метод используется.<sup>31</sup>

В дополнение к более формальным методам лечения очень полезны группы самопомощи, такие как Анонимные Алкоголики (АА) людям, которые действуют в соответствии с их принципами. АА широко доступны, бесплатны и ничего не требуют, кроме желания прекратить употреблять алкоголь. Если Вы никогда не посещали собраний, советуем сделать это в качестве наблюдателя и сторонника. Чтобы узнать больше, посетите [www.aa.org](http://www.aa.org). Другие программы самопомощи, которые предлагают долговременные методы, группы только для женщин или для членов семьи можно найти на веб-сайте National Clearinghouse for Alcohol and Drug Information ([www.health.org](http://www.health.org)) под рубрикой "Resources."

### ▪ Как управлять алкогольным похмельем?

Похмелье происходит, когда человек, зависимый от алкоголя резко прекращает употреблять алкоголь. Симптомы обычно начинаются в течение нескольких часов и состоят из тремора, потения, повышенного пульса и кровяного давления, тошноты, бессонницы и тревоги. Также могут появляться общие судороги. Иногда следует второй синдром – делирий алкогольной абстиненции. Начинаясь после 1-3 дней и длящийся от 2 до 10 дней, он состоит из измененного сознания, дезориентации, плохой кратковременной памяти, измененного цикла сна и бодрствования и галлюцинаций. Ведение обычно состоит из назначения витамина В 1 и бензодиазепинов, иногда вместе с противосудорожными препаратами, бета - адренергическими блокаторами или нейролептиками, согласно показаниям. Умеренное похмелье может успешно вестись в амбулаторном учреждении, но более сложные и серьезные случаи требуют госпитализации. (Обращайтесь за дополнительной информацией к ссылкам 32 и 33 на странице 30).

### ▪ Пригодны ли лабораторные тесты для скрининга или мониторинга алкогольных проблем?

В целях скрининга в учреждениях первичной помощи у интервью и анкет большая чувствительность и специфичность, чем у анализов крови на биохимические маркеры, которые устанавливают только около 10-30 процентов сильно пьющих.<sup>34,35</sup> Тем не менее, биохимические маркеры могут быть полезны, когда подозревается выраженное употребление алкоголя, но пациент его отрицает. Наиболее чувствительным и широко доступным анализом для этой цели является анализ на содержание сыворотки гамма-глутамилтрансферазы (ГГТ). Однако, что ГГТ не очень специфичен, поэтому необходимо исключить другие причины для увеличения ГГТ, кроме чрезмерного употребления алкоголя. ГГТ и другие трансаминазы могут также быть полезны для мониторинга прогресса выявления рецидива, если повышены основные и серийные оценки могут предоставить ценную обратную связь пациентов после вмешательства. Другие анализы крови включают средний объем эритроцита (СОЭ) клеток красной крови, который часто повышен у людей с алкогольной зависимостью, и анализ количественного содержания углеродно-дефицитного трансферрина (УДТ). Анализ количественного содержания УДТ почти также чувствителен как ГГТ и имеет то преимущество, что на него не влияют болезни печени.<sup>36</sup> Хотя он не доступен широко в Соединенных Штатах.

▪ **Каковы шансы на выздоровление, если я направляю пациента на алкогольное лечение?**

Обзор семи больших исследований лечения алкоголизма выявил, что после лечения около трети пациентов либо не употребляли алкоголя, либо употребляли его умеренно без негативных последствий или зависимости.<sup>37</sup> Несмотря на то, что у других двух третей были некоторые периоды сильного употребления алкоголя, в среднем у них уменьшились употребление и связанные с употреблением алкоголя проблемы больше, чем наполовину. Эти уменьшения длились не менее 3 лет.<sup>31</sup> Это существенное улучшение у пациентов, которые не достигли полного воздержания и безпроблемного уменьшения употребления алкоголя часто не выявляются. Эти пациенты могут требовать дальнейшего лечения, и оказалось, что на шансы их удачного лечения следующий раз не влияет значительно то, что они лечились ранее.<sup>37</sup> У некоторых пациентов более серьезные формы алкогольной зависимости, что может потребовать более длительного ведения, что верно и для других медицинских расстройств.

▪ **Что я могу сделать, чтобы помочь пациентам, которые борются за то, чтобы оставаться трезвыми или имеют рецидив?**

Изменение поведения, связанного с употреблением алкоголя, вызов, особенно для тех, у кого есть алкогольная зависимость. Первые 12 месяцев воздержания особенно трудны, и рецидив наиболее часто происходит в это время. Если у пациентов случился рецидив, признайте, что у них есть хроническое заболевание, которое требует продолжения заботы, также как у пациентов с астмой, гипертонией или диабетом. Повторение симптомов обычно и подобно при всех этих заболеваниях,<sup>38</sup> возможно потому, что они требуют, чтобы пациент изменил поведение, связанное со здоровьем, для поддержания достигнутого. Для пациентов, которые борются за трезвость или у которых случился рецидив:

○ Лечите депрессивные или тревожные расстройства, если они присутствуют более 4-4 недель после установления трезвости.

○ Оцените и обратитесь к другим возможным триггерам для борьбы или рецидива, включая стрессовые события, межличностный конфликт, бессонница, хроническую боль, тягу к алкоголю или ситуации большого искушения, такие как свадьба или традиция.

○ Если пациент не принимает медикаменты против алкогольной зависимости, подумайте об их прописывании (см. страницу 24).

○ Если пациент не посещает группу взаимопомощи или не получает поведенческую терапию, подумайте о рекомендации этих поддерживающих мер.

○ Поощряйте тех, у кого случился рецидив, обращая внимание на то, что рецидивы распространены и выделяя ценность восстановления, которое было достигнуто.

○ Предоставляйте последующую помощь и советуйте пациентам связываться с Вами, если они беспокоятся о рецидиве.

Если вы считаете, что необходима дальнейшая оценка употребления алкоголя вашего пациента, направьте его в центр, специализирующийся на лечении алкоголизма.

## Материалы NIAAA

Эти материалы можно заказать в Центре распространения публикации NIAAA, P.O. Box 10686, Rockville, MD 20849-0686; телефон: (301) 443-3860. Они также доступны полным текстом на веб-сайте NIAAA ([www.niaaa.nih.gov](http://www.niaaa.nih.gov)). NIAAA постоянно развивает и совершенствует материалы для практикующих врачей и пациентов, пожалуйста, проверяйте веб-сайт на предмет новых предложений.

### Для пациентов

*Alcohol: A Women's Health Issue*—Describes the effects of alcohol on women's health at different stages in their lives. English version: NIH Publication No. 05-4956; Spanish version: NIH Publication No. 05-4956-S. Also available: a 12-minute video, with the same title, that describes the health consequences of heavy drinking in women.

*Alcohol: What You Don't Know Can Harm You*—Provides information on drinking and driving, alcohol-medication interactions, interpersonal problems, alcohol-related birth defects, long-term health problems, and current research issues. English version: NIH Publication No. 02-4323; Spanish version: NIH Publication No. 02-4323-S.

*Alcoholism: Getting the Facts*—Describes alcoholism and alcohol abuse and offers useful information on when and where to seek help. English version: NIH Publication No. 05-4153; Spanish version: NIH Publication No. 05-4153-S.

*Drinking and Your Pregnancy*—Briefly conveys the lifelong medical and behavioral problems associated with fetal alcohol syndrome and advises women not to drink during pregnancy. English version: NIH Publication No. 01-4101; Spanish version: NIH Publication No. 01-4102.

*Frequently Asked Questions About Alcoholism and Alcohol Abuse*—English version: NIH Publication No. 01-4735; Spanish version: NIH Publication No. 02-4735-S.

### Для практикующих специалистов здравоохранения

*A Pocket Guide for Alcohol Screening and Brief Intervention*—a condensed, portable version of this publication.

*Alcohol Alerts*—These 4-page bulletins provide timely information on alcohol research and treatment.

*Alcohol Research & Health*—Each issue of this quarterly peer-reviewed journal contains review articles on a central topic related to alcohol research.

## Примечания

- 1.. Dawson DA, Grant BF, Li TK. Quantifying the risks associated with exceeding recommended drinking limits. *Alcohol Clin Exp Res*. 29(5):902-908, 2005.
- 2.. U.S. Surgeon General releases advisory on alcohol use in pregnancy [press release]. Washington, DC. U.S. Department of Health and Human Services. February 21, 2005. Available at: [www.hhs.gov/surgeongeneral/pressreleases/sg02222005.html](http://www.hhs.gov/surgeongeneral/pressreleases/sg02222005.html). Accessed June 7, 2005.
- 3.. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Unpublished data from the 2001-2002 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC), a nationwide survey of 43,093 U.S. adults aged 18 or older. 2004.
- 4.. Rehm J, Room R, Graham K, Monteiro M, Gmel G, Sempos CT. The relationship of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking to burden of disease: An overview. *Addiction*. 98(9):1209-1228, 2003.
- 5.. McGlynn EA, Asch SM, Adams J, et al. The quality of health care delivered to adults in the United States. *N Engl J Med*. 348(26):2635-2645, 2003.
- 6.. Fleming MF, Mundt MP, French MT, Manwell LB, Stauffacher EA, Barry KL. Brief physician advice for problem drinkers: Long-term efficacy and cost-benefit analysis. *Alcohol Clin Exp Res*. 26(1):36-43, 2002.
- 7.. Willenbrmg ML, Olson DH. A randomized trial of integrated outpatient treatment for medically ill alcoholic men. *Arch Intern Med*. 13;159(16):1946-1952, 1999.
- 8.. Lieber CS, Weiss DG, Groszmann R, Paronetto F, Schenker S, for the Veterans Affairs Cooperative Study 391 Group. II. Veterans Affairs cooperative study of polyenylphosphatidylcholine in alcoholic liver disease. *Alcohol Clin Exp Res*. 27(11): 1765-1772, 2003.
- 9.. Kessler RC. The epidemiology of dual diagnosis. *Biol Psychiatry*. 56(10):730-737, 2004.
- 10.. Grant BF, Stinson FS, Dawson DA, et al. Prevalence and cooccurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry*. 61:807-816, 2004.
- 11.. Reinert DF, Allen JP. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): A review of recent research. *Alcohol Clin Exp Res*. 26(2):272-279, 2002.
- 12.. Bradley KA, Boyd-Wickizer J, Powell SH, Burman ML. Alcohol screening questionnaires in women: A critical review. *JAMA*. 280(2):166-171, 1998.
- 13.. Fiellin DA, Reid MC, O'Connor PG. Screening for alcohol problems in primary care: A systematic review. *Arch Intern Med*. 160(13):1977-1989, 2000.
- 14.. Chung T, Colby SM, Barnett NP, Rohsenow DJ, Spirito A, Monti PM. Screening adolescents for problem drinking: Performance of brief screens against DSM-IV alcohol diagnoses. *J Stud Alcohol*. 61(4):579-587, 2000.
- 15.. Kranzler HR, Armeli S, Tennen H, et al. Targeted naltrexone for early problem drinkers. *Clin Psychopharmacol*. 23(3):294-304, 2003.
- 16.. Allen JP, Litten RZ. Techniques to enhance compliance with disulfiram. *Alcohol Clin Exp Res*. 16(6):1035-1041, 1992.
- 17.. Bouza C, Angeles M, Munoz A, Amate JM. Efficacy and safety of naltrexone and acamprostate in the treatment of alcohol dependence: A systematic review. *Addiction*. 99(7):811-828, 2004.
- 18.. Srisurapanont M, Jarusuraism N. Naltrexone for the treatment of alcoholism: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Int J Neuropsychopharmacol*. 8(2):267-280, 2005.
- 19.. Monterosso JR, Flannery BA, Pettinati HM, et al. Predicting treatment response to naltrexone: The influence of craving and family history. *Am J Addict*. 10(3):258-268, 2001.
- 20.. Anton RF, Swift RM. Current pharmacotherapies of alcoholism: A U.S. perspective. *Am J Addict*. 12(suppl 1):S53-S68, 2003.
- 21.. Mann K, Leher P, Morgan MY. The efficacy of acamprostate in the maintenance of abstinence in alcohol-dependent individuals: Results of a meta-analysis. *Alcohol Clin Exp Res*. 28(1):51-63, 2004.
- 22.. Mason BJ, Ownby RL. Acamprostate for the treatment of alcohol dependence: A review of double-blind, placebo-controlled trials. *CNS Spectrums*. 5:58-69, 2000.
- 23.. MICROMEDEX® Healthcare Series. Greenwood Village, CO: Thomson Micromedex; vol. 124, expires June 2005.
- 24.. Screening and brief intervention for alcohol problems. In: The Tenth Special Report to the U.S. Congress on Alcohol and Health. Rockville, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism; 2000: 429-443. NIH Publication No. 00-1583.
- 25.. Bush K, Kivlahan DR, McDonnell MB, Fihn SD, Bradley KA, for the Ambulatory Care Quality Improvement Project (ACQUIP). The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): An effective brief screening test for problem drinking. *Alcohol Use Disorders Identification Test*. *Arch Intern Med*. 158(16):1789-1795, 1998.

- 26.. Dawson DA, Grant BF, Stinson FS, Zhou Y. Effectiveness of the derived Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT-C) in screening for alcohol use disorders and risk drinking in the U.S. general population. *Alcohol Clin Exp Res.* 29(5):844-854, 2005.
- 27.. Dawson DA, Grant BF, Stinson FS, Chou PS. Psychopathology associated with drinking and alcohol use disorders in the college and general adult populations. *Drug Alcohol Depend.* 77(2):139-150, 2005.
- 28.. Mukamal KJ, Rimm EB. Alcohol's effects on the risk for coronary heart disease. *Alcohol Res Health.* 25(4):255-261, 2001.
- 29.. Alcohol consumption among women who are pregnant or who might become pregnant—US, 2002. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 53(50):178-1181, 2004.
- 30.. Estimate of 2,000 to 8,000 infants born with fetal alcohol syndrome (FAS) is derived by multiplying 4 million U.S. births annually by an estimated 0.5 to 2 percent prevalence of FAS in the general population of the United States. Sources: (1) National Center for Health Statistics. Births, marriages, divorces, and deaths: Provisional data for 2001. *National Vital Statistics Reports*; 2002: 50(14); and May PA, Gossage JP. Estimating the prevalence of fetal alcohol syndrome: A summary. *Alcohol Res Health.* 25(3):159-167, 2001.
- 31.. Project MATCH Research Group. Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH three-year drinking outcomes. *Alcohol Clin Exp Res.* 22(6):1300-1311, 1998.
- 32.. Mayo-Smith MF. Pharmacological management of alcohol withdrawal: A meta-analysis and evidence-based practice guideline. American Society of Addiction Medicine Working Group on Pharmacological Management of Alcohol Withdrawal. *JAMA.* 278(2):144-151, 1997.
- 33.. Mayo-Smith MF, Beecher LH, Fischer TL, et al. Management of alcohol withdrawal delirium: An evidence-based practice guideline. *Arch Intern Med.* 164(13):1405-1412, 2004.
- 34.. Hoeksema HL, de Bock GH. The value of laboratory tests for the screening and recognition of alcohol abuse in primary care patients. *JFamPract.* 37:268-276, 1993.
- 35.. U.S. Preventive Services Task Force. *Guide to Clinical Preventive Services.* 2nd ed. Baltimore, MD: Williams & Wilkins; 1996.
- 36.. Salaspuro M. Carbohydrate-deficient transferrin as compared to other markers of alcoholism: A systematic review. *Alcohol.* 19(3):261-271, 1999.
- 37.. Miller WR, Walters ST, Bennett ME. How effective is alcohol treatment in the United States? *J Stud Alcohol.* 62:211-220, 2001.
- 38.. McLellan AT, Lewis DC, O'Brien CP, Kleber HD. Drug dependence, a chronic medical illness: Implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *JAMA.* 284(13): 1689-1695, 2000.