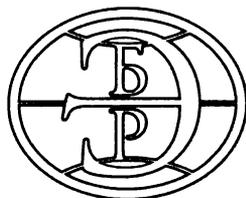


БОЛЬШАЯ РОССИЙСКАЯ ЭНЦИКЛОПЕДИЯ

1

А – Анкетирование

БОЛЬШАЯ РОССИЙСКАЯ ЭНЦИКЛОПЕДИЯ



НАУЧНО-РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Председатель – Ю. С. ОСИПОВ

Е. Н. АВРОРИН, С. И. АДЯН, Ю. П. АЛТУХОВ, Ж. И. АЛФЁРОВ, А. Ф. АНДРЕЕВ, Л. Н. АНДРЕЕВ, Д. В. АНОСОВ, В. И. АРНОЛЬД, Б. А. БАБАЯН, Н. С. БАХВАЛОВ, О. А. БОГАТИКОВ, А. А. БОЯРЧУК, Е. П. ВЕЛИХОВ, А. И. ВОРОБЬЁВ, П. П. ГАЙДЕНКО, Э. М. ГАЛИМОВ, А. В. ГАПОНОВ-ГРЕХОВ, М. Л. ГАСПАРОВ, В. Л. ГИНЗБУРГ, Г. С. ГОЛИЦЫН, А. А. ГОНЧАР, А. И. ГРИГОРЬЕВ, М. И. ДАВЫДОВ, А. П. ДЕРЕВЯНКО, А. Д. ЖУКОВ, Ю. И. ЖУРАВЛЁВ, Н. С. ЗЕФИРОВ, Ю. А. ЗОЛОТОВ, В. Т. ИВАНОВ, В. А. КАБАНОВ, Е. Н. КАБЛОВ, Л. Л. КИСЕЛЁВ, А. И. КОМЕЧ, В. М. КОТЛЯКОВ, С. Л. КРАВЕЦ (ответственный секретарь), Э. П. КРУГЛЯКОВ, О. Е. КУТАФИН, Н. И. ЛАПИН, С. С. ЛАППО, Н. П. ЛЯКИШЕВ, В. Л. МАКАРОВ, В. А. МАУ, Г. А. МЕСЯЦ, А. Д. НЕКИШЕЛОВ, С. П. НОВИКОВ, Д. Л. ОРЛОВ, Д. С. ПАВЛОВ, А. Н. ПАРШИН, Н. А. ПЛАТЭ, Ю. В. ПРОХОРОВ, А. Ю. РУМЯНЦЕВ, Д. В. РУНДКВИСТ, Г. И. САВИН, В. А. САДОВНИЧИЙ, А. Н. СКРИНСКИЙ, А. С. СОКОЛОВ, А. С. СПИРИН, Ю. С. СТЕПАНОВ, В. С. СТЁПИН, М. Л. ТИТАРЕНКО, В. А. ТИШКОВ, Ю. Д. ТРЕТЬЯКОВ, Л. Д. ФАДДЕЕВ, В. Е. ФОРТОВ, К. В. ФРОЛОВ, А. А. ФУРСЕНКО, Ю. И. ЧЕРНОВ, А. О. ЧУБАРЬЯН, В. Д. ШАФРАНОВ, М. Е. ШВЫДКОЙ, Д. В. ШИРКОВ, А. В. ЯБЛОКОВ

МОСКВА
НАУЧНОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО
«БОЛЬШАЯ РОССИЙСКАЯ ЭНЦИКЛОПЕДИЯ»
2005

НАУЧНЫЕ КОНСУЛЬТАНТЫ

Археология. Н. В. Лопатин, Н. А. Макаров, А. М. Обломский.

Биология. Г. И. Абелев, В. И. Агол, Л. В. Белоусов, А. А. Богданов, В. Я. Бродский, Л. В. Гарибова, Б. Н. Головкин, С. Г. Инге-Вечтомов, Р. В. Камелин, В. М. Лоскот, Ю. В. Наточин, А. Ю. Розанов, Л. П. Рысин, **Ф. Р. Штильмарк**.

Всеобщая история. Л. Б. Алаев, А. Б. Давидсон, Е. А. Ларин, К. В. Никифоров, А. М. Филитов.

Изобразительное искусство и архитектура. И. Л. Бусева-Давыдова, В. П. Головин, М. Н. Соколов, Т. Х. Стародуб.

Литература. С. У. Алиева, М. Л. Андреев, Н. А. Богомолов, Ч. Г. Гусейнов, Д. П. Ивинский, Р. Квашите, Т. Керимли, А. А. Мацевич, С. Мешкова, Б. Набиев, А. Н. Николюкин, В. И. Новиков, Н. Т. Пахсарьян, Л. И. Сазонова, В. Е. Хализев, Д. Л. Чавчанидзе.

Математика. В. С. Владимиров, И. В. Волович, А. А. Карачуба, В. Н. Сачков, С. А. Теляковский.

Медицина. М. Б. Мирский, С. И. Рапопорт, Г. Я. Шварц.

Музыка. Е. М. Гороховик, Е. В. Назайкинский, М. П. Рахманова, С. И. Савенко.

Науки о Земле. К. Н. Дьяконов, В. А. Жариков, Н. И. Коронкевич, В. Е. Ханн.

Национальная безопасность и военное дело. В. В. Горбачёв, А. А. Прохожев.

Образование. М. В. Богуславский, Г. Б. Корнетов.

Отечественная история. А. Р. Артемьев, А. Н. Боханов, О. В. Будницкий, М. С. Горбачёв, В. А. Кирпиченко, С. В. Мироненко, В. Д. Назаров, В. Ф. Некрасов, А. М. Плеханов, Л. В. Суни, В. А. Фёдоров, В. Н. Хаустов.

Политология и СМИ. Я. Н. Засурский, М. В. Ильин.

Религиоведение. **Л. Н. Митрохин**.

Сельское хозяйство. И. А. Бакулов, Д. С. Булгаков, И. В. Горбачёв, В. В. Горохов, В. В. Исаичев, В. В. Калашников, И. И. Кочиш, С. Я. Попов, А. А. Сидорчук, В. И. Фисинин, В. А. Шкалик.

Социология. И. Ф. Девятко.

Спорт. Ю. А. Авербах, А. А. Алексеев, Б. Г. Базунов, Б. И. Фоменко.

Театр и кино. Е. П. Белова, Д. Л. Караваев, Д. Подмакова, К. Э. Разлогов, Л. М. Старикова, Е. Я. Суриц.

Право. П. А. Лушинская, А. Л. Маковский.

Техника. Л. А. Баранов, В. Я. Беспалов, А. И. Винокур, Ю. В. Гуляев, А. С. Дойников, Д. Г. Евсеев, Г. Ф. Есина, А. М. Иванов, В. Д. Кальнер, В. Я. Карелин, К. К. Колин, В. Д. Кузьмич, С. В. Кулагин, В. П. Легостаев, Б. А. Лёвин, В. М. Лисенков, А. М. Матвеев, С. Л. Мишенков, А. П. Петрова, Н. Н. Полянский, П. И. Поспелов, В. М. Приходько, Н. Н. Ракова, А. Л. Ремизов, А. Г. Севостьянов, Ю. М. Соломенцев, В. И. Теличенко, А. Н. Томилин, К. Н. Трубецкой, В. Н. Филлин, Г. А. Филиппов, С. А. Чибиряев.

Физика. А. Г. Башкиров, Д. З. Вибе, С. С. Герштейн, И. П. Голямина, А. С. Дойников, Н. А. Дубровский, А. Г. Зацепин, А. С. Илюшин, **Р. З. Левитин**, В. И. Некоркин, А. А. Оглоблин, Ю. П. Райзер, В. Г. Сурдин, А. П. Сухоруков, Р. Н. Фаустов, М. В. Фейгельман, А. С. Чиркин, Б. М. Шустов.

Философия. В. П. Гайденко, А. С. Карпенко, А. П. Козырев, В. А. Лекторский, В. Н. Топоров.

Химия. В. Г. Куличихин, Н. Н. Кулов, Е. А. Лукьянец, Г. И. Никишин, О. А. Петрий, Э. Г. Раков, Н. Ф. Степанов, Б. Д. Сумм.

Экономика. Г. Д. Гловели, Л. Н. Красавина.

Этнология. Ю. Б. Коряков, П. И. Пучков.

Языкознание. В. А. Виноградов, Ю. Б. Коряков.



2005178603

Федеральная целевая программа «Культура России»
(подпрограмма «Поддержка полиграфии и книгоиздания России»)

АЛКИФРО́Н (Ἀλκίφρων) (2 или 3 вв.), др.-греч. писатель. Автор сб. эпистол: письма рыбаков, крестьян, паразитов, гетер соответственно распределены по 4 книгам. Действие происходит в 4 в. до н. э. в Афинах или близлежащих местах – крестьяне и рыбаки говорят о тяжёлом труде в городе и деревне, природе, то благосклонной к человеку, то враждебной ему; паразиты и гетеры приводят эпизоды из своей жизни, иногда разрастающиеся до завершённых новелл. На А. повлияла новая *аттическая комедия*, сам *Менандр* – один из персонажей писем. В стилистическом и жанровом отношении письма А. связаны с *эпиграммой* и греческим романом.

Соч.: Поздняя греческая проза. М., 1961. С. 417–436; Памятники позднего античного ораторского и эпистолярного искусства II–V в. М., 1964. С. 128–142.

Лит.: История греческой литературы. М., 1960. Т. 3. В. Н. Ярхо.

АЛКМАН (Ἀλκμάν) (ок. 650 до н. э., Сарды? – г. смерти неизв.), др.-греч. поэт, представитель хоровой лирики. А. жил в Спарте, писал гимны богам, эпиталамии, эротич. стихотворения, интересовался вопросами космогонии. Особенно прославился своими парфениями (сохранился один, включавший три части: миф, предостерегающий смертных от гордыни; закрепление этой мысли в сентенции; прославление предводительницы хора в форме, близкой к фольклорным сравнениям) – «девичьими песнями», исполнявшимися в честь женских божеств (гл. обр., Артемиды). А. первым ввёл в хоровую лирику симметричные строфы, составляемые из различных по ритму стоп. Сочинения А. были собраны александрийскими филологами в 6 книгах, сохранились только фрагменты. Особой известностью пользуется отрывок из А., описывающий ночной покой природы и вдохновивший И. В. Гёте («Über allen Gipfeln...») и М. Ю. Лермонтова («Горные вершины...»).

Соч.: Greek lyric. L.; Camb. (Mass.), 1988. Vol. 2; Poetarum Melicorum Graecorum fragmenta. N. Y., 1991. Vol. 1; Эллинские поэты VIII–III вв. до н. э. М., 1999. С. 307–315; Фрагменты ранних греческих философов. М., 1989. Ч. 1. С. 80–81.

Лит.: Page D. L. Alcman. The Partheneion. Oxf., 1951; Pavese C. O. Il Grande Partenio di Alcmane. Amst., 1992. В. Н. Ярхо.

АЛКМАР (Alkmaar), город на северо-западе Нидерландов, в пров. Сев. Голландия. Нас. 94 тыс. чел. (2002). Крупный транспортный узел; через А., расположенный на Нордхолландс-канале (имеется пристань), проходит авто- и ж.-д. магистраль Амстердам – Хелдер. Основан в 1254. Сохранились позднеготические ц. Синт-Лауренс (или Grote kerk, 1470–1512) и Ратуша (1509–20), кирпичное здание Гор. весов с декором из белого камня (1582–99), жилая застройка 16–18 вв.; «Дом с ядром» – музей истории нац.-освободит. борьбы голландцев против Испании в 16 в. (на его фасаде после обстрела города испанцами

в 1573 застряло пушечное ядро). А. – центр туризма, традиц. место проведения фестивалей нар. иск-ва, а также еженедельных сырных ярмарок (по пятницам).

В экономике преобладает сфера услуг. А. – ведущий в стране центр молокоделия и сыроварения. Судостроит. верфь, предприятия машиностроения, металлообрабатывающей и лёгкой промышленности.

Лит.: Wortel T. P. H. Oud-Alkmaar. Amst., 1943. В. Н. Стрелецкий.

АЛКМЕОН (Ἀλκμαίων) из Кротона в Юж. Италии (расцвет ок. 500 до н. э.), др.-греч. философ, врач и учёный, первый античный биолог. Был близок к пифагорейцам. Согласно Аристотелю, призывал началами пары противоположных «сил» (горячее и холодное, сухое и влажное, сладкое и горькое и т. д.), но, в отличие от пифагорейцев, оставлял их число неопределённым. В теории познания А. декларировал сенсуализм и эмпиризм и ограничивал область науч. знания «человеческим опытом» в противоположность знанию о «невидимом», доступному только богам. В соответствии с этой установкой в трактате «О природе» А. переориентировал изучение «природы» с космологии и метеорологии милетского типа на проблемы биологии, анатомии, физиологии, эмбриологии, теории ощущений и психологии, а также зоологии и ботаники. Высказываясь о природе Вселенной, А. аргументирует от микрокосмоса к макрокосмосу, последовательно применяя метод биоморфных аналогий. Бессмертной части космоса – надлунному миру планет и звёзд – соответствует бессмертная часть человека – душа (псюхэ), находящаяся, как и звёзды, в вечном круговом движении (эта концепция оказала влияние на космологию Платона, а также Аристотеля в трактате «О небе»). Возрастные фазы человеческой жизни соответствуют временам года: юность – весне, старость (увядание) – осени и зиме и т. д. Люди умирают оттого, что «не могут соединить начало с концом», как это происходит в годовом цикле.

Значительное влияние на античную мед. мысль оказала предложенная А. теория здоровья как гармонич. «равновесия» (исономии) противоположных сил в организме, а болезней – как «господства» одной силы над другой (напр., огня при лихорадке). Исходя из этого, считал, что терапия должна использовать принцип «противоположное есть лекарство для противоположного». Начиная с Гомера, нар. психология помещала сознание в сердце и в «груди». На основании анатомич. опытов и обнаружения глазных нервов А. впервые локализовал сознание в головном мозге. Это великое открытие было затем усвоено врачами школы Гиппократ и Платоном, но ошибочно отвергнуто Аристотелем и стоиками. По А., головной мозг является «истолкователем» ощущений;

только человек обладает «пониманием», животные лишь «ощущают, но не понимают». Как показал новонайденный фрагмент, А. занимался также ботаникой и объяснял происхождение растений взаимодействием солнца и земли.

Источн.: Фрагменты ранних греческих философов / Изд. подгот. А. В. Лебедев. М., 1989. Ч. 1.

Лит.: Guthrie W. K. C. A History of greek philosophy. Camb., 1971. Vol. 1. P. 341–359.

А. В. Лебедев.

АЛКОБА́СА (Alcobaça), город на западе центр. части Португалии, к северу от Лиссабона. Нас. 5 тыс. чел. (2004). Основан в 12 в. Гл. достопримечательность – цистерцианский монастырский комплекс Санта-Мария де Алкобаса, основанный королём Афонсу I Энрикишем в кон. 1140-х – нач. 1150-х гг. В средние века монастырь был крупным центром ремесл. произ-ва, обработки камня, металлов, ткачества, росписей и (в период расцвета, кон. 14 – 1-я пол. 15 вв.) богатым феод. собственником, владея 13 городами, 3 морскими портами, 2 замками. Секуляризирован государством в 1834. Раннеготич. 3-нефная монастырская базилика (1153–1222; надгробия короля Педру I и Инеж ди Каштру, 2-я пол. 14 в.) с барочным фасадом (1725–1726); рефекторий (кон. 13 в.), зал капитула, клуатр короля Диниша I с 2-ярусной галереей (1308–11, арх. Домингу Домингеш) – 2-й ярус в стиле *мануэлино* (1515–21). Ансамбль был значительно расширен в 17–18 вв. (капелла Реликвий, Королевский пантеон и др.). Комплекс монастыря включён в список *Всемирного наследия*. На холме близ А. – остатки араб. крепости.

Лит.: Korrodi E. Alcobaça: estudio histórico – arqueológico e artístico de Real Abadia de Santa Maria Alcobaça. Porto, 1929; Cocheril M. Alcobaça: abadia cisterciense de Portugal. Lisboa, 1989. В. М. Панне, А. П. Черных.

АЛКОГО́ЛИ, то же, что *спирты*.

АЛКОГОЛИ́ЗМ, хронич. болезнь, вызываемая систематич. употреблением алкогольных напитков и проявляющаяся в виде психич. и физич. зависимости от алкоголя. Для неё характерны: патологич. влечение к алкоголю; потеря контроля над количеством выпиваемого алкоголя; нарастание доз алкоголя, требуемых для достижения опьянения (рост толерантности к алкоголю); похмелье (абстинентный синдром); провалы памяти на отд. события, происходившие в период опьянения; токсич. поражения разл. органов и систем. А. – одно из заблуждений, чреватых негативными социальными последствиями. Термин «А.» в значении болезни впервые применён в 1849 швед. врачом М. Гуссом. Но ещё длительное время преобладало представление об А. как о пьянстве, вредной привычке и распушенности. Лишь к сер. 20 в. окончательно сложилось понимание А. как болезни благодаря работам Э. Крепелина, К. Бонгеффера (1868–1948), Э. Блейлера, Э. Джелли-

нека (1890–1963), С. С. Корсакова, С. Г. Жислина (1898–1968), И. В. Стрельчука (1901–91) и др. По Междунар. классификации болезней А. относится к классу V – «Психические расстройства и расстройства поведения», где ему соответствует термин «алкогольная зависимость».

Вне медицины термином «А.» часто ошибочно называют любое неумеренное употребление алкогольных напитков как синонимом пьянства, «злоупотребления».

Распространенность употребления алкоголя и алкоголизм в современном мире. По данным ООН, к нач. 21 в. во всём мире алкогольной индустрией производилось св. 200 млрд. л. алкогольных напитков (включая пиво) в год. В кон. 1990-х гг. ВОЗ провела анализ ситуации по алкогольной проблеме в 173 странах. Установлено, что во всех развитых странах большинство населения в возрасте от 15 лет и старше употребляет алкогольные напитки, притом заметная часть пьёт ежедневно (ок. $\frac{1}{6}$ части мужской популяции и $\frac{1}{13}$ женской). Душевое потребление алкоголя в этих странах колеблется от 6 до 14 л а. а. (абсолютного алкоголя) в год. В развивающихся странах этот показатель, как правило, существенно меньше, но отмечается устойчивая тенденция к его росту. В России в 2002 на душу населения в возрасте от 15 лет и старше приходилось свыше 10 л а. а., приобретённого в розничной торговле, а с учётом незарегистрированного – до 14–15 л.

По данным ВОЗ (в 1998 в 28 развитых странах опрошено около 120 тыс. учащихся), в группе в возрасте 11 лет более 50% учащихся уже пробовали алкогольные напитки, а в возрасте 15 лет – почти 100%. Во 2-й возрастной группе употребляли алкоголь не реже одного раза в неделю в США среди мальчиков – 23% учащихся, среди девочек – 15%; в ФРГ соответственно – 29 и 22%; Австрии – 39 и 23%; Италии – 57 и 40%; России – 28 и 24%. В России на нач. 2003 наркологич. службой было зарегистрировано 2,2 млн. больных с диагнозом А. (1,5% нас.), из них 1 млн. 835 тыс. мужчин (2,7% мужской популяции), 364 тыс. женщин (0,5% женской популяции) и 2 тыс. подростков (0,03% подросткового населения). По экспертным оценкам, реальное число больных А. в России выше 3–4% нас. (из них 6–7% взрослых мужчин, 1–1,5% женщин). Данные выборочных эпидемиологич. исследований по европ. странам обнаруживают распространённость А. на уровне 2–3% всего населения (Франция, ФРГ).

Фармакодинамика и метаболизм алкоголя. После приёма алкогольного напитка максимум концентрации алкоголя в крови наступает через 45–90 мин. Сразу же начинается его разрушение и выведение из организма (в течение первых суток). До 10% выпитого алкоголя выделяется в неизменённом виде через

почки и с дыханием, большая часть подвергается окислению, гл. обр. в печени, превращаясь сначала в ацетальдегид, потом в уксусную кислоту и в конечном счёте в двуокись углерода и воду. Скорость окисления алкоголя довольно постоянна, у здорового человека она составляет ок. 0,1 г а. а. на кг массы тела в час.

Характер алкогольного опьянения зависит от количества и типа выпитого алкоголя, от личности пьющего и его физич. состояния, от обстановки принятия напитков, а также от количества и качества потребляемой при этом пищи. Различают 3 степени опьянения: лёгкую, среднюю и тяжёлую с соответствующими показателями уровня алкоголя в крови – 0,03–0,15%; 0,15–0,3%; 0,3–0,5%. В лёгкой степени опьянения обычно проявляются свойства алкоголя, которые лежат в основе его широкого распространения и формирования влечения к нему: повышение настроения, ослабление переживаний, приятное возбуждение и т. п. Но наряду с возрастанием двигательной активности, чувства бодрости и эйфории отмечаются нарушения координации движений. При средней степени эти нарушения нарастают. Рассеивается внимание, замедляется реакция на внешние раздражители, появляется шаткость походки, падает эффективность работы и значительно повышается риск несчастных случаев и травматизма. Резко снижается критичность оценки своих и чужих действий, ситуации в целом, ослабевает чувство ответственности за свои поступки. Тяжёлая степень опьянения проявляется в виде двигательной заторможенности и глубокого оглушения сознания, вплоть до комы, подавления дыхания и сердечной деятельности (возможно летальный исход). Организм имеет некоторые способности защиты от попадания чрезмерного количества алкоголя в кровь, напр. рвотный рефлекс, который угасает по мере привыкания к алкоголю и появления зависимости.

Развитие алкоголизма. Алкогольная зависимость формируется в результате стойких изменений в организме, особенно в ЦНС, происходящих под систематич. воздействием алкоголя. Существует представление об А. как о прогрессирующем хронич. заболевании (рос. учёные И. В. Стрельчук, А. А. Портнов, И. Н. Пятницкая, Н. Н. Иванец). Выделяют три стадии А.: начальную, среднюю и конечную. На 1-й стадии растёт толерантность к алкоголю, снижается или утрачивается контроль над количеством выпиваемого, появляется психич. зависимость от алкоголя в форме навязчивого влечения к нему. На 2-й стадии толерантность достигает максимума (для желаемого эффекта может потребоваться 0,5 л водки и более), влечение к алкоголю приобретает характер насильственности (компульсивности), а прекращение его приёма вызывает аб-

стинентный синдром с такими, напр., признаками, как головная боль, жажда, тошнота, боли в области сердца, дрожание рук или всего тела, раздражительность, нарушение сна и сильное желание принять алкоголь. Т. о., устанавливается физич. зависимость от алкоголя. 3-я стадия характеризуется снижением толерантности к алкоголю, утяжелением физич. зависимости, нарастанием психич., физич. и социальной деградации личности. Влечение к алкоголю становится практически неодолимым.

Иногда возможно малопрогредиентное («стационарное») течение А., когда не происходит заметного прогрессирования осн. болезненных симптомов.

Согласно нейрофизиологич. теории (акад. РАМН РФ И. П. Анохина и др.), развитие болезненной тяги к алкоголю объясняется его вмешательством в функционирование нервных клеток головного мозга, отвечающих за эмоции. Психич. зависимость связывается с потребностью в повторяющемся приёме алкоголя для подстёгивания выброса нейромедиаторов в синапсах (местах контактов) этих клеток, отвечающих за психич. самочувствие. При длительном систематич. употреблении алкоголя нарушается нормальный синтез и кругооборот нейромедиаторов, что приводит к их избытку в кровяном русле. Это выражается в определённых физич. состояниях организма: чувстве разбитости, сердцебиении, головной боли, треморе и др. Др. объяснение связано с эндогенным алкоголем, вырабатываемым в самом организме в небольшом количестве (1–9 г в сутки), который, как предполагается, играет важную роль в регулировании настроения и постоянно возобновляется в нужных количествах. При его нехватке возникает состояние дискомфорта, что побуждает человека восполнять дефицит с помощью приёма внешнего алкоголя.

Привлекательность эффектов алкоголя на ранних этапах формирования А. зависит от типа личности. Потребность в алкогольном допинге, влияющем на изменение настроения, обычно выше у личностей с низкой устойчивостью к стрессу, непереносимостью конфликтов, затруднениями в установлении эмоционального контакта, тягой к получению немедленного удовольствия и пр. У таких лиц больше шансов перейти от эпизодич., ситуационного употребления алкоголя к злоупотреблению и получить алкогольную зависимость.

Исследования кон. 20 – нач. 21 вв. показали, что вероятность заболеть А. у отдельного человека в значит. мере зависит от генетич. предрасположенности, а неблагоприятная внешняя среда лишь повышает риск заболевания; причём передача алкогольной уязвимости через некоторые гены встречается чаще у мужчин. Точная локализация этих генов пока не установлена. В качестве генетич. признаков (маркёров) предрас-

положенности к А. называются (И. П. Анохина с сотрудниками, амер. учёный Дж. Л. Салливан и др.): наличие двух или более кровных родственников, страдающих А. или наркоманией; эмоциональная нестабильность, низкая концентрация в крови и моче дофамина и его метаболитов; врождённые нарушения цветового зрения; большая устойчивость к токсич. действию алкоголя; позднее появление пошатывания при опьянении; значит. учащение пульса в первые 20 мин после приёма алкоголя; падение концентрации пролактина и кортизола в крови после разового приёма алкоголя (параллельно с пониженным ощущением опьянения) и др.

Осложнения при алкоголизме. У лиц, злоупотребляющих алкоголем, возможны болезненные поражения мн. органов и систем организма. Чаще всего они обнаруживаются в пищеварит. системе: гастрит, пептическая язва, гепатит, цирроз печени, панкреатит и др. Хронич. употребление алкоголя вызывает токсич. поражение нервной системы в виде периферич. невропатии, алкогольной эпилепсии, мозжечковой дегенерации, демениции. Повышается также риск сердечно-сосудистых осложнений: сердечной аритмии, кардиомиопатии, инсульта и др. Вместе с тем исследования последних 15–20 лет выявили определённый кардиопротективный эффект регулярного употребления небольших доз алкоголя (особенно виноградного вина), проявляющийся в снижении риска ишемической болезни сердца и инфаркта миокарда. Объяснение находят в том, что алкоголь способствует повышению содержания в крови липопротеинов высокой плотности, которые снижают склерозирующий эффект холестерина. Называется оптимальная доза: 20–40 г а. а. в среднем в день для мужчин и 10–20 г а. а. – для женщин.

Тяжёлым осложнением А. являются *алкогольные психозы*. Они развиваются на 2-й и 3-й стадиях А. Риск возникновения алкогольного психоза повышается при воздействии дополнит. факторов (травм, переутомления, истощения, болезни внутр. органов и др.). Обычно они возникают через неск. дней после того, как больной А. прекращает пить или резко снижает дозы. Алкогольные психозы, по данным ВОЗ, возникают в ср. у 10% больных А., по данным отеч. авторов, – у 15%. Осн. формы: алкогольный делирий (белая горячка); алкогольный галлюциноз; бредовые негаллюцинаторные психозы; энцефалопатии с психотич. проявлениями. Острые формы алкогольных психозов чаще всего заканчиваются выздоровлением, но возможен и смертельный исход (в 0,5–4% случаев).

Лечение алкоголизма. Осн. задача при лечении А. состоит в подавлении у больного патологич. влечения к алкоголю, преодолении *анозогнозии* и выработке установки на воздержание от

приёма алкоголя. Лечение обычно начинается с прерывания употребления алкоголя (запой) и устранения абстинентных расстройств. Этот этап носит назв. детоксикации (промывание желудка, внутривенные вливания растворов и смесей, очищающих и укрепляющих организм, гемосорбция, плазмаферез и др.). Для облегчения абстиненции используются успокаивающие и снотворные препараты, антидепрессанты, стимуляторы сердечной деятельности, гипербарическая оксигенация и др. Этими мерами влечение к алкоголю удаётся подавить лишь на короткое время. Для выработки устойчивого отвращения к алкоголю (аверсии) в России с сер. 20 в. используется метод условно-рефлекторной терапии (УРТ) – одновременный приём какого-либо рвотного препарата (апоморфина, эметина и т. п.) и алкогольного напитка. Другим распространённым как в России, так и за рубежом методом лечения А. был метод сенсibilизирующей терапии, заключающийся в том, что у больного с помощью особых препаратов (антабус, метронидазол и др.) создаётся продолжительная физиологич. непереносимость алкоголя (эффект сенсibilизации). Приём алкоголя в таком случае вызывает тяжёлую реакцию (сердцебиение, удушье, головная боль и т. д.), связанную с тем, что окисление алкоголя в организме блокируется на стадии токсичного ацетальдегида. В последнее время с успехом применяются блокаторы опиатных рецепторов мозга (антаксон, налоксон и др.), которые препятствуют эйфоризирующему эффекту алкоголя.

Для выработки установки на воздержание с самого начала лечения А. используются методы психотерапии, которые подбираются в зависимости от стадии А., степени внушаемости больного и характера его осн. жизненных ценностей. В России с 1980-х гг. практиковалась стрессотерапия по методу А. Р. Довженко (т. н. кодирование).

После завершения курса лечения А. обычно говорят не об излечении, а о ремиссии – как отсутствии проявлений болезни и, прежде всего, тяги к употреблению алкоголя. Для прочной ремиссии важно проведение социальной реабилитации больного – восстановление благоприятных отношений пациента с социальной средой, семьёй, формирование установок на трудовую и др. социальную активность. На первых этапах реабилитации очень важным бывает участие выздоравливающего в группах взаимопомощи (типа «*Анонимных алкоголиков*»), терапевтич. общинах («*Синанон*» и др.), клубах трезвости и т. п. При сочетании лечения с реабилитационными программами доля больных, воздерживающихся от алкоголя спустя год после лечения, достигает 60–70%.

Существуют редкие случаи «спонтанной ремиссии», когда больной прекращает злоупотребление алкоголем без

лечения; это чаще происходит в пожилом возрасте в связи с серьёзными соматич. заболеваниями (сердечно-сосудистыми и др.).

Социальные последствия алкоголизма. Пьянство и А. ложатся тяжёлым материальным и психологическим бременем прежде всего на семью – это наиболее частая причина разводов. Злоупотребление алкоголем влечёт за собой снижение производительности труда, прогулы, травматизм, аварии и пожары, преступность, преждевременную смертность, большие затраты на мед. и социальную помощь и т. д. В России с потреблением алкоголя связывают 30–40% смертей при пожарах, ок. $\frac{1}{3}$ случаев домашнего и 40–50% транспортного травматизма. У злоупотребляющих алкоголем в 3 раза чаще случается производственный травматизм. В целом по России в 2001 каждый седьмой человек, преступивший закон, находился в состоянии алкогольного опьянения, а в числе лиц, совершивших убийство или изнасилование, – каждый второй. За период 1991–2001 жертвами злоупотребления алкоголем стали ок. 1 млн. рос. жителей, в т. ч.: умерло от А. ок. 100 тыс., от алкогольных отравлений 335 тыс., погибло по вине нетрезвых водителей 250 тыс., убито лицами, находящимися в состоянии опьянения, 230 тыс. человек. Из числа лиц, умерших по причинам, связанным с алкоголем, почти $\frac{3}{4}$ были лицами трудоспособного возраста.

В США стоимость последствий от злоупотребления алкоголем и алкогольной зависимости оценивается в 100 млрд. долл. в год. В европ. странах размеры этого ущерба оцениваются от 2 до 5% ВВП (1995).

Отношение общества и государства к алкоголизму. Попытки гос. решения проблемы пьянства и А. (напр., Гётеборгская система и система Братта в Швеции 1865–1917 и 1917–55 соответственно; «Сухой закон» в Исландии 1912–23, Финляндии 1919–32 и США 1919–33) показали чрезвычайную сложность этой управленческой задачи и устойчивость потребности человека в алкоголе. В 1-й пол. 20 в. в нескольких странах при одобрении большинства населения был введён полный запрет на произ-во и продажу алкогольных напитков, но во всех случаях его пришлось отменить из-за распространения массового нелегального произ-ва алкоголя, его контрабанды, употребления токсичных суррогатов. Политика снижения употребления алкоголя путём длительного целенаправленного ограничения его произ-ва и продажи в условиях гос. алкогольной монополии осуществлялась на протяжении всего 20 в. в Норвегии, Швеции и Финляндии, но и она не привела к ожидаемому отвыканию населения от алкоголя. В Финляндии потребление алкогольных напитков возросло с 2,5 л а. а. на 1 жит. старше 15 лет в 1950 до 8,3 л в 1996, прибли-

зависимости к уровню Великобритании, где производство и продажа алкоголя никогда специально не ограничивались. В Норвегии более 1/4 потребляемого алкоголя производится подпольно или ввозится контрабандой. В Швеции полностью воздерживаются от употребления алкоголя только 7% взрослых мужчин. Опыт принудительного резкого снижения потребления алкоголя в СССР (1985–88) также закончился неудачей.

В последнее время в разработке более эффективной, гибкой и реалистич. алкогольной политики государств приняла участие ВОЗ. В «Европейском плане действий в отношении алкоголя» на 2000–05, одобренном на сессии ВОЗ в 1999, было предложено направлять осн. усилия на предотвращение и уменьшение вреда, наносимого алкоголем. Осуществлению этой задачи может способствовать, напр., распространение навыков самоконтроля над количеством выпиваемого алкоголя и усвоение менее опасных форм употребления, обучение персонала питейных заведений ответственному обслуживанию клиентов и др. По-прежнему важны меры против нетрезвых водителей и против антиобщественного поведения в связи с опьянением, ограждение несовершеннолетних от употребления алкоголя, регулирование розничной продажи алкогольных напитков (с запретом её в местах повышенного риска), ограничение рекламы и т. д.

Практически во всех развитых странах государство берёт на себя ответственность за организацию лечения больных А., которое осуществляется повсюду преим. на некоммерческой и добровольной основе. В большинстве стран признаётся необходимость широких образоват. и просветит. программ профилактики проблем, связанных с употреблением алкоголя. Свой вклад в эту работу вносят существующие в разных странах группы и общества трезвости, некоторые с вековой историей («Белый крест» во Франции, существует с 1899; Вашингтонское об-во трезвости, с 1840; Интернациональная орг-ция гуманизма и трезвости, с 1851 в США, совр. штаб-квартира находится в Норвегии, и др.).

Лит.: *Портнов А. А., Пятницкая И. Н.* Клиника алкоголизма. 2-е изд. Л., 1973; *Пятницкая И. Н.* Злоупотребление алкоголем и начальная стадия алкоголизма. М., 1988; *Альтшулер В. Б.* Патологическое влечение к алкоголю. М., 1994; *Алкогольная политика и общественное благо.* Копенгаген, 1998; *Мирошниченко Л. Д.* Энциклопедия алкоголя. М., 1998; *Principles of addiction medicine / Ed. by A. W. Graham, T. K. Schultz. Chevy Chase, 1998; Schuckit M. A.* Drug and alcohol abuse. A clinical guide to diagnosis and treatment. 5th ed. N. Y.; L., 2000; *Мирошниченко Л. Д., Пелипас В. Е.* Наркологический энциклопедический словарь. М., 2001. Ч. 1: Алкоголизм; Руководство по наркологии: В 2 т. / Под ред. Н. Н. Иванца. М., 2002; *Алкогольная и наркотическая зависимость.* М., 2002.

Л. Д. Мирошниченко.

АЛКОГОЛЬДЕГИДРОГЕНАЗА, цинксодержащий фермент класса оксидоредуктаз; катализирует реакцию обратимого окисления спиртов и ацеталей до альдегидов и кетонов, используя в качестве акцепторов водорода НАД или реже НАДФ. Существует в виде неск. изоформ, различающихся по строению и функции. Обнаружена в бактериях, дрожжах и тканях животных. У человека А. наиболее активна в клетках печени, осуществляя превращение этанола в токсичный ацетальдегид. А. дрожжей участвует в последнем этапе спиртового брожения, восстанавливая ацетальдегид до этанола.

АЛКОГОЛЬНЫЕ ПСИХОЗЫ, психич. расстройства, возникающие на 2-й и 3-й стадиях хронич. алкоголизма. В развитии А. п. осн. роль играет длительное систематич. злоупотребление алкоголем. Наиболее часто среди них встречаются делирий (белая горячка), галлюциноз, бредовые психозы. По характеру А. п. могут быть острыми и хроническими.

По данным ВОЗ, А. п. наблюдаются у 10% от общего числа страдающих хронич. алкоголизмом. Наиболее часто они возникают у мужчин в возрасте 40–44 лет и у женщин в возрасте 45–49 лет. Смертность при А. п. колеблется от 0,5% до 4%.

Обычно А. п. развиваются на высоте развёрнутого *абстинентного синдрома*, особенно при наличии дополнит. вредностей (любая соматич. патология, резко прерывающая приём алкоголя, утяжеляет течение синдрома и способствует развитию острых А. п.). В их патогенезе осн. роль играют нарушения деятельности нейромедиатора дофамина, а также серотонина и эндогенных опиатов. Важное значение имеет патология печени с нарушением её антитоксич. функций в сочетании с дефицитом витаминов группы В. В развитии затяжных и хронич. А. п. важную роль играют последствия органич. поражений головного мозга.

Алкогольный делирий составляет ок. 90% всех А. п. Впервые описан под назв. *delirium tremens* (дрожательное помешательство) в 1813 англ. воен. врачом Т. Саттоном. В 1825 рос. воен. врач А. А. Чаруковский предложил называть его «белой горячкой» (т. к. возникает гл. обр. при злоупотреблении «белым вином» – водкой). Чаще всего делирий развивается в первые трое суток после прекращения запоя на фоне абстинентных нарушений, наблюдаемых не менее 5 лет; в ряде случаев делирию предшествует эпилептич. припадок. Психоз протекает с помрачением сознания, преобладанием зрительных галлюцинаций, бреда со страхами, двигат. возбуждением, а также сопровождается соматоневрологич. расстройствами (потливость, тахикардия, бессонница, тремор, атаксия и др.) и обменными нарушениями (обезвоживание, ацидоз, гиперазотемия и др.).

Лечение делирия обычно проводится в стационаре; его цель – поддержание сердечно-сосудистой деятельности, восполнение потери жидкости, устранение возбуждения и нарушений сна. Тяжёлая белая горячка протекает волнообразно, с постепенным исчезновением психотич. симптоматики, которая затем полностью амнезируется. Наиболее частый исход делирия – полное исчезновение психич. расстройств после критич. сна на 3–4-е сутки; иногда возникает проходящий *корсаковский синдром* либо обратимый или стойкий *психосиндром органический*. При тяжёлых формах делирия в 10–15% случаев наступает смерть.

Алкогольный галлюциноз составляет 15–25% случаев А. п. Заболевание развивается в первые 4 сут после окончания запоя. Начинается с внезапных слуховых галлюцинаций, сначала единичных, затем множественных. Слышатся голоса людей, знакомые и незнакомые, которые локализируются в реальном пространстве. На высоте развития психоза присоединяются галлюцинаторный бред, аффект тревоги, страха на фоне непомрачённого сознания. По содержанию голоса могут быть нейтральными по отношению к больному, комментировать его ощущения и поведение, но часто приобретают угрожающий, осуждающий характер. Бред обычно тесно связан с галлюцинациями и определяет поведение больного (меры самозащиты, бегство от преследователей, обращение за помощью и т. п.). Длительность острого галлюциноза на фоне лечения составляет 7–10 дней; если она превышает месяц, то болезнь определяют как подострый галлюциноз, при длительности свыше года он становится хроническим. Лечение направлено на детоксикацию организма, включает в себя витаминотерапию, применение психотропных средств.

Бредовые психозы составляют 1–3% всех А. п. К ним относятся алкогольный параноид, который может протекать остро или принимать затяжное течение, и алкогольный бред ревности. При параноиде преобладает бред преследования, сочетающийся с аффектом страха. Длительность острого алкогольного параноида 10–14 дней. Алкогольный бред ревности возникает на фоне отчуждения супругов. Поведение больного определяется содержанием бреда (возможно появление идей отравления, преследования). При прекращении пьянства бред ослабевает. Лечение бредовых А. п. сводится гл. обр. к применению нейролептиков.

К А. п. нередко относят также алкогольную депрессию, алкогольную энцефалопатию (острую – Гайе – Вернике и хронич. – корсаковский психоз), алкогольную эпилепсию.

Профилактика: противорецидивное, общеукрепляющее лечение, терапия соматических осложнений алкоголизма.

Лит.: Лекции по наркологии. М., 2001; Алкогольная и наркотическая зависимость. М., 2002. Н. Г. Найдёнова, И. Б. Власова, Ю. В. Никитич, А. И. Красковец.

АЛКОГОЛЯТЫ, органич. соединения, продукты замещения атома водорода гидроксильной группы спиртов на металл (М), общая формула $M(OR)_n$ (n – степень окисления металла, R – углеводородный радикал). А. – твёрдые, бесцветные, гигроскопичные вещества; применяются в органич. синтезе как катализаторы, алкоксиллирующие агенты, а также для получения высокочистых оксидов и гидроксидов металлов.

АЛКОКСИСИЛАНЫ, кремнийорганич. соединения общей формулы $R'_nSi(OR)_{4-n}$, где R' – алкил, арил, галоген, водород, R – алкил, $n = 0-3$. А. – жидкости, растворимые в органич. растворителях; реагируют с водой, высшими спиртами, фенолами. При гидролизе образуют силанолы $R'_nSi(OH)_{4-n}$. При действии металлоорганич. соединений алкоксигруппы заменяются на алкильные, арильные. А. получают этерификацией хлорсиланов, алкил- и арилхлорсиланов спиртами.

Наиболее важное значение имеют метоксид- и этоксидсиланы, которые получают действием спиртов на металлич. кремний в присутствии $CuCl$. А. используют как сырьё в произ-ве полиорганосилоканов, в качестве отвердителей, вулканизующих агентов для кремнийорганич. полимеров, а также в качестве гидрофобизаторов, аппретирующих материалов, наполнителей. Из тетраэтоксилана $Si(OC_2H_5)_4$ и полимеров на его основе (этилсиликатов) получают формы для литья металлов, тампонажные материалы для нефтяной пром-сти. Циклич. А. на основе триэтилоламина – силатраны – обладают высокой биологич. активностью и применяются как бактерициды, стимуляторы регенерации тканей, роста растений и пр.

Лит.: Organosilicon compounds. Prague, 1965–1983. Vol. 1–10(3); Хананавиши Л. М. Химия и технология элементоорганических соединений и полимеров. М., 1998.

А. С. Шанатин.

АЛКСНИС (псевд. Астров) Яков Иванович [14(26).1.1897, хутор Пакули Наушкенской вол. Вольмарского у. Лифляндской губ. – 29.7.1938, Москва], сов. воен. деятель, командарм 2-го ранга (1936). Из семьи латыш. батрака. Чл. РСДРП(б) с 1916. Окончил Воен. академию РККА (1924), Качинскую лёгкую школу (1929). В рос. армии с 1917. С мая 1919 в Красной Армии. Военком Орловской губ., комиссар 55-й стрелк. дивизии, военком Донской обл., помощник команд. войсками Орловского ВО. В 1924–26 пом. нач. Организационно-мобилизац. управления, нач. и комиссар отдела, нач. управления устройства и службы войск Гл. управления РККА. В 1926–31 зам. нач., в 1931–37 нач. ВВС РККА. Пилотировал все виды самолё-

тов. Совершил беспосадочный перелёт Москва – Севастополь (1929). Реорганизовал сов. ВВС, создал их организац. структуру. Был инициатором создания штурмовой авиации и разработки бронированного самолёта-штурмовика. Внедрил предполётную подготовку экипажей и проверку техники пилотирования, полёты по приборам вне видимости земли. Был одним из руководителей комиссии по организации полётов на Сев. полюс и трансконтинентальных перелётов В. П. Чкалова, М. М. Громова и др. Чл. РВС СССР и Воен. совета наркомата обороны СССР. Зам. наркома обороны СССР по ВВС (1937). Арестован 23.11.1937. Воен. коллегией Верховного суда СССР 28.7.1938 приговорён к высшей мере наказания по обвинению в принадлежности к контрреволюц. националистич. организации. Расстрелян. Реабилитирован 1.2.1956.

Награждён орденами Ленина (1933), Красного Знамени (1928) и др.

Лит.: Байдуков Г. Ф. Командарм крылатых. М., 2002.

АЛКУИН, Флакк Альбин (Alcuin, Flaccus Albinus) (ок. 735–19.5.804), англосаксонский учёный-монах, автор богословских трактатов, учебников по философии, грамматике, риторике, математике, астрономии, поэт, деятель «Каролингского возрождения». С 782 по приглашению Карла I Великого возглавлял дворцовую школу в Ахене. В 796 стал аббатом Турского мон., где также организовал школу. В качестве советника короля в реформах образования и богослужения руководил сверкой и исправлением лат. перевода Священного Писания (Вульгаты, Vulgata versio). Автор поэтич. сочинений на лат. яз. [послания к друзьям, загадки, стихотв. молитвы, эпиграфы; всего ок. 380 стихотворений, в т. ч. «О кукушке» («De cuculo») и «О предстоятелях и святых Йоркской Церкви» («De pontificibus et sanctis Ecclesiae Eboracensis»)]. Из педагогич. трактатов А. наиболее известны «Искусство грамматики» («Ars grammatica») и «Словопрение высокогороднейшего юноши Пипина с Альбином Схоластиком» («Disputatio regalis et nobilissimi juvenis Pippini cum Albino scholastico»); из агиографий – жития св. Мартина Турского, св. Виллиброрда и св. Рихарда; из трудов по диалектике, риторике, догматике – трактаты «О добродетелях и пороках» («De virtutibus et vitiis»), «Книжечка о Св. Троице» («Libellus de Sancta Trinitate»), литургич. Письма А. (всего 232 к разным лицам) – важный источник сведений о ср.-век. обществе на рубеже 8–9 вв. Подлинные спец. труды А. по дисциплинам квадривия (см. *Семь свободных искусств*) неизвестны, хотя интерес к ним (в особенности к астрономии и музыке) прослеживается в его письмах и философско-теологич. трудах. Текст «О музыке» («De musica», изд. 1784), долгое время приписывавшийся А., в действительности является точ-

ной цитатой из трактата *Аврелиана* из Реоме.

Соч.: Opera // Migne. PL. Vol. 100–101; Carmina // Poetae latini aevi Carolini. B., 1881 (Monumenta Germaniae Historica); Epistolae // Epistolae, IV. B., 1895 (Monumenta Germaniae Historica. Epistolae Caroli aevi); Clavis Gerberti / Von M. Bernhard. Münch., 1989. Bd 1; De orthographia. Firenze, 1997.

Лит.: Duckett E. S. Alcuin, friend of Charlemagne. N. Y., 1951; Ellard G. Master Alcuin, liturgist a partner of our piety. Chi., 1956; Alcott S. Alcuin of York: his life and letters. York, 1974; Bullough D. A. Alcuin: achievement and reputation. Leiden; Boston, 2003.

С. Н. Лебедев, М. Р. Ненарокова, П. И. Петрова.

АЛЛА ПРІМА (итал. alla prima, букв. – в первый момент), техника живописи по сырому; предполагает виртуозный способ исполнения работы быстрыми мазками за один сеанс, до высыхания красок и без предварит. прописок и подмалёвка. Используется во *фреске*, *акварели*, *гуаши*, особенно часто в *масляной живописи*.

АЛЛА́ИХА, река в России, на северо-востоке Якутии; левый приток р. Индигирка. Длина 563 км, пл. бассейна 12,4 тыс. км². Берёт начало на сев. склонах Полоусного кряжа. Протекает преим. по Яно-Индигирской низменности. Питание снеговое и дождевое. Среднегодовой расход воды в нижнем течении ок. 40 м³/с. Замерзает в конце октября, вскрывается в конце мая. В бассейне А. – св. 3,5 тыс. озёр общей пл. 765 км².

АЛЛАНТО́ИС (новолат. allantois, от греч. ἀλλαντοειδής – колбасовидный), внезародышевое образование высших позвоночных животных – пресмыкающихся, птиц и млекопитающих, служащее для дыхания зародыша, а у птиц и пресмыкающихся ещё и для накопления продуктов выделения. Представляет собой вырост энтодермы задней кишки зародыша вместе с прилежащим к ней висцеральным листком мезодермы. А. врастает в полость внезародышевого целома между амниотич. и серозной оболочками. У пресмыкающихся и птиц А. к концу развития заполняет весь внезародышевый целом и примыкает изнутри к подскорлуповой оболочке яйца. Густая сеть кровеносных сосудов в стенке А. способствует газообмену зародыша с внешней средой. У млекопитающих А. невелик и участвует в образовании *плаценты*, формируя часть пупочного канатика. См. также ст. *Зародышевые оболочки* и рис. к ней. Л. В. Белоусов.

АЛЛАРГАНДО́ (алларгандо; итал. – расширяя, замедляя), см. *Темп* (в музыке).

АЛЛА́Х (араб.), 1) в др.-араб. мифологии верховное божество. Почитался в Сев. и Центр. Аравии как бог-предок и демиург, бог неба и дождя, творец мира и людей, отец богов. Супругой А. считалась Аллат (у арабов сир. пустыни) или Узза (на юге Центр. Аравии); в др. районах Аравии они вместе с Манат почитались как дочери А. 2) В *исламе* единственный и единственный Бог, создатель все-