

Краткая медицинская энциклопедия

Главный редактор
академик
Б. В. ПЕТРОВСКИЙ

ТОМ
1

А — КРИВОШЕЯ

ИЗДАНИЕ ВТОРОЕ

Главный редактор — академик Б. В. ПЕТРОВСКИЙ

БЛОХИН Н. Н., БОРОДИН Ю. И., БОЧКОВ Н. П., БУРГАСОВ П. Н., БУРЕНКОВ С. П., ВЕНЕДИКТОВ Д. Д., ВОЛКОВ М. В., ВОРОБЬЕВ Е. И., ГАВРИЛОВ О. К., ДЕБОВ С. С., ДУБИНИН Н. П., ЕМЕЛЬЯНОВ С. В., ЗЕДГЕНИДЗЕ Г. А., ИЛЬИН Л. А., ИСАКОВ Ю. Ф., КАНЕП В. В., КОВАНОВ В. В., КОМАРОВ Ф. И., КОСЯКОВ П. Н., КРАСНОВ М. М., ЛАПИН В. П. (главный ученый секретарь), ЛИДОВ И. П. (заместитель главного редактора), ЛИСИЦЫН Ю. П., ЛОПАТКИН Н. А., МАЛИНОВСКИЙ Н. Н., МИХАЙЛОВ С. С., ОРЕХОВИЧ В. Н., ПАВЛОВ А. С., ПОКРОВСКИЙ В. И., РОМОДАНОВ А. П., РУСАНОВ С. А., САРКИСОВ Д. С., СМИРНОВ Е. И., СТОЧИК А. М. (заместитель главного редактора), СТРУЖКОВ А. И., СТРУЧКОВ В. И., СУДАКОВ К. В., ТАБОЛИН В. А., ТРОФИМОВ В. В., ФРОЛОВ И. Т., ЦАРЕГОРОДЦЕВ Г. И., ЧАЗОВ Е. И., ШАПОШНИКОВ О. К., ШЕПИН О. П.

В подготовке издания принимали участие художники: Богословская Е. С., Москалева Н. О., Панин А. С., Черепанов М. Ю., Юрышева Е. И.
Использовались слайды: Воронова Р. В., Гиппенрейтора В. Е., Заболотной З. И., Краснощекого Б. Я., Романова В. А., Сазонова В. Н.

ИБ № 140

Сдано в набор 18.03.88. Подписано к печати 09.11.88. Т-12861. Формат бумаги 84×108^{1/16}. Бумага офсетная № 1. Гарнитура «Таймс». Печать текста офсетная. В томе помещено 3 вклейки цветной печати. Усл. печ. л. 68,04. Усл. кр.-от. 75,6. Уч.-изд. л. 124,37. Тираж 200 000 экз. Заказ № 2039. Цена 7 руб. 90 коп.

Адрес Главной редакции БМЭ: Москва, 101882, Петроверигский пер., д. 6/8

Ордена Трудового Красного Знамени Калининский полиграфический комбинат Союзполиграфпрома при Государственном комитете СССР по делам издательства, полиграфии и книжной торговли. 170024, г. Калинин, пр. Ленина, д. 5

К78 **Краткая** медицинская энциклопедия: В 3-х т. АМН СССР.
Гл. ред. Б. В. Петровский. — 2-е изд. — М. Советская энциклопедия. —
Т. 1. А — Кривошея, 1989, 624 с. с ил., 24 л. ил.

К 410000000-004 подписное
007(01)-89

ГЛАВНАЯ РЕДАКЦИЯ

БОЛЬШАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ЭНЦИКЛОПЕДИЯ

Заведующий Главной редакцией (заместитель главного редактора) — к. м. н. Сточик А. М.

Зам. заведующего Главной редакцией (зав. научно-контрольной редакцией) — Варнаков О. В.

Зам. заведующего Главной редакцией по научно-редакционной работе — к. м. н. Бородулин В. И.

Зам. заведующего Главной редакцией по административно-хозяйственной работе — Лисовский И. А.

Научно-контрольная
редакция

Заместитель заведующего — Каплавская Л. Н.; редакторы — Анисимова Т. П., Евламова Р. Н.; *группа контроля и подготовки изданий*: заведующий — Биркина Н. А.; редактор — Терехова С. Н.; *группа контроля*: заведующий — Суханова И. Г.; *корректорская*: заведующий — Булатова З. А.; *отдел перепечатки рукописей*: заведующий — Зимина Л. Н.

Научная редакция

Заведующий — Вербицкий В. М.; заместители заведующего — Ланцман М. Н., Рослякова Н. В.; *научно-редакционная группа*: Будковская Н. Г., Бычкова Л. А., Вострикова С. А., Егорова Т. И., доц. Крашкевич К. В., Курочкин Е. П., Максимов В. Я., Москалева Т. И., Савина Л. Б.; *группа литературного редактирования*: заведующий — Проказова К. В.; редакторы — Семьянинова Н. Е., Чистякова Н. Г.; *группа редактирования цифровых материалов*: заведующий — Мушинский И. П.; редактор — Жерновая Р. А.; *группа библиографии*: заведующий — Корнева В. В.; редактор — Васильева В. Н.; *группа обеспечения редакционного процесса*: заведующий — Тюрина М. П.; *группа заказов*: заведующий — Жилева В. П.

Редакция иллюстраций

Заведующий — к. м. н. Болдырев С. Т.; зам. заведующего — Передерий С. П.; редакторы — Москалева Н. О., Щеголева В. П., Юрышева Е. И.

Редакция словника

Заведующий — к. м. н. Шилинис Ю. А.; зам. заведующего — Юшко Г. Я.; редакторы — Дворянцев М. В., Денисова Н. Б., Еякина М. И., Кванина С. А., Лабезов Г. И., Поляков А. Н., Проскурина В. Д., Рыжков Г. А., Смирнова О. В., Соколенко В. И.

Редакция терминологии

Заведующий — к. филол. н. Гринев С. В.; *группа терминологии*: редакторы — засл. врач РСФСР Акоюн С. Ш., Белов И. И., Денисова Е. В., к. м. н. Черняк И. М.; *группа транскрипции*: заведующий — Котельникова М. А.; редактор — Куликова Н. Ф.

Научно-исследовательская энциклопедическая группа АМН СССР. Руководитель — д. ф.-м. н. Нижний С. В.

Научно-исследовательская терминологическая лаборатория АМН СССР. Руководитель — проф. Сергеев Ю. П.

ИЗДАТЕЛЬСТВО «СОВЕТСКАЯ ЭНЦИКЛОПЕДИЯ»

Зам. директора — Качалова Л. М. Заведующий производственным отделом — Артемов Н. С. Выпускающий — Мелкумов А. Т.

Лечение заключается в назначении обильного питья (5% р-ры декстрозы, глюкозы, изотонический р-р хлорида натрия в количестве не более 10% веса ребенка в сутки). При очень высокой температуре вводят жаропонижающие — аналгин, амидопирин (см. *Гипертермический синдром*).

С целью профилактики необходимо соблюдение правил ухода, *вскармливания детей* и питьевого режима новорожденных и грудных детей (см. *Грудной ребенок, Новорожденный, Ясельный возраст*).

АЛКАЛОЗ (позднелат. *alcali* щелочь, от арабск. *al-quali*) — нарушение кислотно-щелочного равновесия организма, характеризующееся абсолютным или относительным избытком оснований.

Алкалоз может быть компенсированным и некомпенсированным. Компенсированный А. — нарушение *кислотно-щелочного равновесия*, при к-ром рН крови удерживается в пределах нормальных величин (7,35—7,45) и отмечаются лишь сдвиги в буферных системах и физиологических регуляторных механизмах. При некомпенсированном алкалозе рН превышает 7,45, что обычно связано со значительным избытком оснований и недостаточностью физ.-хим. и физиол. механизмов регуляции кислотно-щелочного равновесия.

По происхождению А. бывает газовым, негазовым и смешанным. Газовый А. возникает вследствие гипервентиляции легких, приводящей к избыточному выведению CO_2 из организма и падению парциального напряжения двуокиси углерода в артериальной крови ниже 35 мм рт. ст., т. е. к *гипокапнии*. Гипервентиляция легких может наблюдаться при органических поражениях головного мозга (энцефалиты, опухоли и др.), действии на дыхательный центр различных токсических и фармакол. агентов (напр., нек-рых микробных токсинов, кофеина, коразола), при повышенной температуре тела, острой кровопотере и др.

Основными формами негазового А. являются выделительный, экзогенный и метаболический. Выделительный А. может возникнуть, напр., вследствие больших потерь кислого желудочного сока при желудочных свищах, неукротимой рвоте и др. Выделительный А. может развиваться при длительном приеме диуретиков, нек-рых заболеваниях почек, а также при эндокринных расстройствах, приводящих к избыточной задержке натрия в организме. В нек-рых случаях выделительный А. связан с усиленным *потоотделением*.

Экзогенный А. наиболее часто наблюдается при избыточном введении бикарбоната натрия с целью коррекции метаболического *ацидоза* или нейтрализации повышенной кислотности желудочного сока. Умеренный компенсированный алкалоз может быть обусловлен длительным употреблением пищи, содержащей много оснований.

Метаболический А. встречается при нек-рых патол. состояниях, сопровожда-

ющихся нарушениями обмена электролитов. Так, он отмечается при *гемоллизе*, в послеоперационном периоде после нек-рых обширных оперативных вмешательств, у детей, страдающих *рахитом*, наследственными нарушениями регуляции электролитного обмена.

Смешанный А. (сочетание газового и негазового А.) может наблюдаться, напр., при травмах головного мозга, сопровождающихся одышкой, гипокапнией и рвотой кислым желудочным соком.

При алкалозе (особенно связанном с гипокапнией) происходят общие и регионарные нарушения гемодинамики: уменьшается мозговой и коронарный кровоток, снижаются АД и минутный объем сердца. Возрастает нервно-мышечная возбудимость, возникает мышечный гипертонус вплоть до развития судорог и тетании. Нередко наблюдается угнетение моторики кишечника и развитие запоров; снижается активность дыхательного центра. Для газового А. характерно снижение умственной работоспособности, *головокружение*, могут возникнуть обморочные состояния.

Терапия газового А. заключается в устранении причины, вызвавшей гипервентиляцию, а также в непосредственной нормализации газового состава крови путем вдыхания смесей, содержащих углекислый газ (напр., карбогена). Терапия негазового алкалоза проводится в зависимости от его вида. Применяют растворы хлоридов аммония, калия, кальция, инсулин, средства, угнетающие карбоангидразу и способствующие выделению почками ионов натрия и гидрокарбоната.

Н. И. Ловес.

АЛКАЛОИДЫ — азотсодержащие органические соединения природного, обычно растительного, происхождения; обладают выраженной физиологической активностью. Многие А. (атропин, хинин, папаверин, морфин, кодеин, стрихнин, кофеин и др.) используются в качестве лекарственных средств. Препараты этих А. должны храниться в отдельном шкафу под замком (список А — лекарственные ядовитые средства) или отдельно от других лекарственных веществ (список Б — сильнодействующие лекарственные средства). Нек-рые алкалоиды обладают избирательным специфическим действием на те или иные ткани. Так, напр., стрихнин (см. *Стимуляторы нервной деятельности*) и кофеин (см. *Аналгетические средства, Психостимулирующие средства*) возбуждают ц. н. с., а морфин (см. *Аналгетические средства*) и скополамин (см. *Холиноблолирующие средства*) оказывают угнетающее действие. При определенных условиях, напр. при бесконтрольном приеме лекарственных средств, содержащих алкалоиды, они способны вызвать тяжелое отравление.

Клин. признаки отравления отдельными алкалоидами, первую помощь и неотложную терапию при них — см. *Отравления*.

АЛКОГОЛИЗМ — неумеренное потребление алкоголя, оказывающее пагубное влияние на здоровье, труд, благосостояние и нравственные устои общества. А. несовместим со здоровым образом жизни.

Прием алкоголя сопровождается опьянением. Хотя действие различных доз алкоголя на организм индивидуально, степень опьянения, на основании статистических данных, устанавливают по количеству алкоголя, содержащегося в крови, — в $\frac{1}{100}$ на 1 кг массы тела (см. *Алкольное опьянение*). Систематическое потребление алкоголя может привести к развитию хрон. заболевания (см. *Алкоголизм хронический*).

Существуют различные классификации алкоголизма и пьянства, разработанные с учетом клинических, психологических, юридических и других критериев. Наиболее простой и доступной из них является классификация, основанная на таких критериях, как поведение в состоянии опьянения, частота, количество потребляемого алкоголя, повод к выпивке, наличие клин. признаков (изменная толерантность, абстинентный синдром, физическая и психическая зависимость и др.). В соответствии с этой классификацией людей по отношению к потреблению алкоголя разделяют на группы: 1) не употребляющие; 2) употребляющие умеренно; 3) злоупотребляющие: а) без признаков хронического алкоголизма (алкогольной болезни); б) с начальными признаками хрон. алкоголизма.

У нек-рых лиц даже употребление небольших доз алкоголя может вызвать острое отравление (см. *Отравления*).

Неоднократное доведение себя до средней или тяжелой степени алкогольного опьянения без выраженных клин. признаков хронического алкоголизма, или алкогольной болезни, считается привычным, или бытовым, пьянством. Понятие «злоупотребление алкоголем» объединяет пьянство и алкоголизм, т. к. без нарколога трудно отличить больного алкоголизмом от бытового пьяницы. В отечественной литературе часто встречается словосочетание «пьянство и алкоголизм», к-рое следует рассматривать как синоним понятия «злоупотребление алкоголем».

О распространенности пьянства и алкоголизма судят: 1) по числу состоящих на учете больных хроническим алкоголизмом; 2) по оценкам экспертов на основании выборочных исследований; 3) по количеству абсолютного алкоголя, приходящегося в год на душу населения. Абсолютный, или 100%, алкоголь — условный интегральный показатель, представляющий собой количество этилового спирта, содержащегося во всех реализованных в отчетном году алкогольных напитках (водке, пиве, вине и др.), разделенное на численность населения. При этом используются следующие расчетные величины: в 1 л 40% водки содержится 400 мл абсолютного алкоголя; в 1 л 18% вина — 180 мл абсолютного алкоголя и т. д.

Наиболее полные сведения о распространенности алкоголизма и пьянства дают специальные исследования (социально-гигиенические, эпидемиологические), учитывающие все источники информации о потреблении алкоголя; в т. ч. данные мед. вытрезвителей, учреждений скорой и неотложной помощи, наркологических диспансеров и пунктов, сведения участковых врачей, врачей и акушерских здравпунктов, результаты опросов членов семей и производственных коллективов и др. По данным этих исследований, на одного больного хроническим алкоголизмом приходится 4—5 злоупотребляющих, еще не ставших больными (пьяниц).

Упоминания о спиртных напитках имеются в древнейших памятниках письменности. Уже в глубокой древности многим племенам были известны способы получения алкоголя. Предполагается, что на заре развития человечества прием спиртного был коллективным и приурочивался к внутриплеменным или астрономическим событиям (напр., к полнолунию или новолунию, удачной охоте).

У нек-рых племен употребление алкоголя стало символизировать психическое родство, единство «крови». Обряд братства, заключающийся в давлении крови каждого в общую чашу вина, постепенно приобретает форму совместного питья вина. В христианской религии употребление вина — «крови христовой» (причащение) — означает приобщение к духовному братству (причаститься — стать частью). Таким образом, традиция употребления спиртного имеет глубокие корни.

По мере усложнения социальной структуры общества употребление алкоголя становится все более индивидуальным, появляются личные мотивы и отношение к спиртному, и в то же время увеличивается число факторов, обуславливающих злоупотребление им.

Давно обращено внимание на социально-экономические факторы, вызывающие распространение А. среди необеспеченных слоев населения. Тяжелые жилищные условия, недостаточное и однообразное питание, отсутствие и недоступность культурных развлечений, безысходность — вот причины тяжелого бытового пьянства. Люди прибегают к нему как к средству забвения или (в виноградарских странах) как к доступному средству питания.

Однако уже в конце 19 в. было установлено, что и с повышением благосостояния начинает расти А. Эта закономерность подтверждается опытом современных высокоразвитых стран, где А. увеличивается по мере сосредоточения промышленности и населения в крупных городах (урбанизация). Данные об увеличении А. по мере роста благосостояния расходятся с данными официальной полицейской статистики, согласно к-рой задерживаются за правонарушения, совершенные в состоянии опьянения, в основном лица с низким образовательным и имущественным цензом. Эти рас-

хождения объясняются тем, что люди из необеспеченных слоев общества, не имея условий для того, чтобы сделать свое пьянство скрытым, пьют на улицах, в распивочных и т. д.

Разнообразны и психологические причины пьянства, под к-рыми понимается совокупность мотивов, побуждающих отдельные личности к употреблению спиртного. Трудности приспособления к условиям среды, конфликт с окружением, неудовлетворенность, одиночество, непонятость, утомление, робость, осознание своей неполноценности в каком-либо отношении и пр. вызывают состояние психического дискомфорта, к-рое временно снимается под действием спиртного. Однако далеко не все в сложной жизненной ситуации прибегают к помощи алкоголя. Это определяется как нравственными установками личности, индивидуальным отношением к алкоголю, так и социальным контролем. Социальная ситуация способна не только создавать повод для приема спиртного, но и ограничивать его употребление. Это ограничение может быть формальным (законодательным) и неформальным (нравственным). Пьянство во многом зависит от отношения человека к установкам общества и общественной морали. Чем ниже способность личности к овладению трудной ситуацией, тем скорее прибегает такой человек к алкоголю и тем меньше вероятность волевого прекращения потребления спиртного. Однако эта группа составляет незначительную часть пьющих и нуждается не столько в социальном контроле, сколько в психиатрической, в частности в психотерапевтической, помощи.

Можно считать, что чем снизодительнее относится общество к употреблению спиртных напитков и чем менее приемлет личность трезвенническую установку общества, тем распространеннее А. При единой антиалкогольной установке общества склонными к пьянству оказываются личности либо отвергающие социальный контроль, либо живущие вне общесоциальных норм. Существует так наз. пьянство по подражанию, распространяющееся тем скорее, чем терпимее к нему относится общество. О подражании в данном случае можно говорить лишь условно. Скорее всего причина кроется в стремлении к элементарному удовольствию, не контролируемому нравственными нормами и соображениями о возможных индивидуальных и социальных последствиях А. Так, алкоголь употребляется или психически незрелыми индивидуумами (пьянство молодых), или неполноценными личностями, к-рым настоящие удовольствия малодоступны ввиду недостаточного уровня нравственного, интеллектуального и культурного развития. Распространению пьянства «по подражанию» среди молодежи способствуют также ложное мнение о благотворном действии алкоголя, его полезности для организма, сила обычаев и существующее еще предвзятое, что употребление спиртных

напитков — показатель зрелости, самостоятельности, силы и мужества.

Велико влияние ближайшего окружения (родителей, друзей), в значительной степени формирующей личность и определенное отношение к алкоголю. По данным Ю. П. Лисицына и Н. Я. Копыта (1983), исследовавших роль семьи в возникновении и распространении А., половина детей до 10 лет и более 90% детей до 15 лет изведали вкус алкоголя под влиянием ближайших родственников, товарищей и знакомых. Установлено влияние злоупотребления алкоголем одним из родителей и неправильного воспитания в детстве (излишняя опека, тепличные условия или, наоборот, безнадзорность, безразличие родителей, их неуравновешенность, конфликты в семье и др.).

Многие исследователи обращают внимание на несвершенство личности алкоголиков, на наследственную предрасположенность нек-рых людей к А. Однако эта предрасположенность не приводит неизбежно к А. Она не проявляется при правильном воспитании и социальном контроле.

Таким образом, к алкоголизму и пьянству могут приводить многие факторы, среди к-рых важнейшее значение имеют низкий духовный и культурный уровень, нездоровый образ жизни, отсутствие или недостаточность трезвеннических установок, слабость волевых качеств личности на фоне алкогольных влияний и традиций ближайшего окружения. Указанные и другие факторы риска не неизбежны, не фатальны, они преодолимы, что обосновывает уверенность в успешной борьбе с алкоголизмом и пьянством.

Алкоголизм отражается на всех формах индивидуальной и общественной жизни, на здоровье людей. Не только систематическое, но и эпизодическое, так наз. культурное, умеренное употребление спиртных напитков причиняет вред здоровью, нередко ведет к конфликтам в семье и даже к разрушению семьи, пагубно отражается на воспитании детей и их здоровье. Под воздействием алкоголя люди утрачивают чувство ответственности перед обществом и государством, совершают хулиганские поступки и другие правонарушения. А. ведет к падению уровня нравственности, благосостояния населения.

Являясь универсальным протоплазматическим ядом, алкоголь разрушающе действует на все системы и органы человека. В результате систематического употребления алкоголя развивается симптомокомплекс болезненного пристрастия к нему: потеря чувства меры и контроля над количеством потребляемого алкоголя, нарушение деятельности центральной и периферической нервной системы (психозы, невриты и др.) и функций внутренних органов (см. *Алкоголизм хронический*). На фоне изменения психики, возникающего даже при эпизодическом приеме алкоголя (возбуждение, утрата сдерживающих влияний, подавленность и др.), чаще совершаются самоубийства.

По данным официальной статистики, в Англии 70% самоубийств совершается в состоянии опьянения; частота самоубийств среди алкоголиков в 8—10 раз выше, чем среди непьющих.

Возникающие при опьянении нарушения равновесия, внимания, ясности восприятия окружающего, координации движений часто становятся причиной несчастных случаев. По официальным статистическим данным, в США ежегодно регистрируется 400 тыс. травм, происшедших в состоянии опьянения. До сравнительно недавнего времени в Мексике до 30% поступивших с тяжелыми травмами в больницы составляли лица, получившие их в состоянии опьянения. В современных условиях количество таких случаев уменьшается.

Нарушение обмена витаминов (особенно группы В), а также непосредственное токсическое действие алкоголя обуславливают поражения периферической нервной системы, проявляющиеся в виде невритов, полиневропатий и других расстройств. Наблюдаемое при хроническом А. дрожание пальцев рук, век, кончика языка (особенно по утрам до приема алкоголя) может лишать человека возможности выполнять привычную работу. Почти у всех пьющих отмечаются расстройства вегетативной нервной системы (сильная потливость, похолодание кистей и др.). У длительно пьющих нередко наблюдается снижение остроты зрения, ослабление реакции зрачков на свет; в отдельных случаях снижаются слух и обоняние.

Воздействие алкоголя на слизистую оболочку желудка выражается в нарушении всех его функций, развитии хрон. алкогольного *гастрита*, обычно сопровождающегося значительным падением кислотности желудочного сока или ее полным отсутствием. Чем длительнее А., тем более тяжелые изменения развиваются в слизистой оболочке желудка.

Особенно пагубно влияние А. на печень; при длительном употреблении алкоголя развиваются хронический *гепатит* и *цирроз печени*. Алкоголизм — одна из частых причин заболеваний поджелудочной железы (*панкреатита*). Нередкой причиной смерти при алкоголизме, наряду с травмой, является сердечная или мозговая катастрофа. Алкоголь вызывает (в том числе и у лиц молодого возраста) нарушения регуляции тонуса сосудов, сердечного ритма, обмена в тканях сердца и мозга, необратимые изменения клеток этих тканей. Следствием таких нарушений могут быть остановка сердца, отек мозга. *Гипертоническая болезнь*, *ишемическая болезнь сердца* и другие поражения сердечно-сосудистой системы у злоупотребляющих алкоголем почти вдвое чаще приводят к смерти, чем у непьющих. Кроме того, у лиц, злоупотребляющих алкоголем, возможно развитие алкогольной миокардиопатии, к-рая также может быть причиной смерти. Почти половина случаев внезапной смерти от заболеваний сердца — следствие алкоголизма и пьянства.

Алкоголь оказывает вредное влияние на железы внутренней секреции, и в первую очередь на половые железы; снижение половой функции наблюдается у 1/3 лиц, злоупотребляющих алкоголем, и у больных хроническим А. Вследствие «алкогольной импотенции» у мужчин легко возникают различные функциональные нарушения ц. н. с. (неврозы, реактивные депрессии и т. д.). У женщин под влиянием алкоголя рано прекращаются менструации, снижается способность к деторождению, развивается *бесплодие*, чаще наблюдаются *токсикозы беременных*, выкидыши.

Систематическое употребление алкоголя приводит к преждевременной старости и инвалидности; продолжительность жизни лиц, склонных к пьянству, на 15—20 лет короче среднестатистической.

Алкоголизм существенно влияет на структуру смертности населения. Главными причинами смерти мужчин, злоупотребляющих алкоголем, являются травмы, несчастные случаи. Повышенная подверженность несчастным случаям, травмам, заболеваниям приводит к высокой общей заболеваемости злоупотребляющих алкоголем и особенно к заболеваемости с временной утратой трудоспособности, к-рая в 2 раза и более превышает средний уровень заболеваемости с временной утратой трудоспособности. Это одна из причин высоких экономических потерь.

Алкоголизм нарушает процесс общественного производства; многие предприятия и учреждения несут значительные потери от прогулов, аварий, хищений, снижения производительности труда. Установлено, что продуктивность труда после употребления алкоголя значительно уменьшается. Нарушение координации движений и ослабление внимания после приема даже небольших доз спиртного снижают производительность труда у квалифицированных рабочих в среднем на 30%, а при умеренной степени опьянения — на 70%. При приеме 30 мл водки значительно увеличивается количество ошибок у наборщиков, машинисток, операторов; при приеме 150 мл водки у землекопов и каменщиков на 25% уменьшается мышечная сила и снижается производительность труда. Прогулы у неумеренно пьющих составляют от 35 до 75 рабочих дней в году. По данным американской телефонной компании «Белл», невыход на работу среди неумеренно пьющих лиц в 5 раз чаще, чем среди непьющих. Официальная статистика свидетельствует: ущерб от пьянства обходится Франции в 152 млрд. франков в год, в то время как доход государства от налогов на алкоголь составляет 53 млрд. франков. Ежегодно французская промышленность по вине «алкогольных» заболеваний теряет 8 млн. рабочих США. Среди промышленных рабочих США насчитывается более 2 млн. больных хроническим алкоголизмом. Временная нетрудоспособность от травм, «алкогольных» заболеваний, а также обострения хрон. заболеваний,

связанных с употреблением алкоголя, составляет в США ок. 30 млн. дней в году.

Взаимосвязь А. с преступностью обусловлена формированием под влиянием алкоголя насильственного или корыстного типа личности. С помощью алкоголя преступники вербуют соучастников, используют его как средство искусственного возбуждения, облегчающее совершение преступления. Формирование насильственного типа личности связано с непосредственным действием алкоголя, приводящим к ослаблению критической оценки ситуации, возбуждению с озлоблением, агрессивностью, растормаживанием низменных инстинктов и побуждений. При этом насильственное, агрессивное поведение, следствием к-рого нередко бывают хулиганство, нанесение телесных повреждений, убийство, изнасилование, проявляется не только при систематическом, но и при эпизодическом употреблении алкоголя.

Снижение интеллектуального и морального уровня, вытеснение всех интересов и постоянное стремление к употреблению алкоголя, замена социального окружения на новое, более соответствующее стремлению пьющего (ослабляются связи с друзьями семьи и товарищами по работе, зато возникают сомнительные знакомства с лицами, склонными к случайным заработкам, хищениям, мошенничеству, подлогам, воровству, грабежу и пьянству) приводят к тому, что ведущим мотивом поведения становится получение средств для приобретения спиртных напитков. Под влиянием этого мотива пьющий способен на унижение, разорение собственной семьи и даже на преступление.

Злоупотребление спиртными напитками одним из супругов — частая причина распада семьи. Около половины больных А. не имеют семьи (развод, раздельное проживание). У остальных семейная жизнь находится под угрозой распада. По данным социологических исследований, в результате пьянства одного из супругов семья теряет от 40 до 70% семейного бюджета. В этих данных, естественно, не учитываются многочисленные случаи иного влияния А. на распад семьи, когда непосредственной причиной расторжения брака явились ослабление взаимного влечения в связи с нарушениями половой функции или изменениями личностных свойств одного из супругов под влиянием алкоголя, факты супружеской неверности, венерические заболевания, вызванные случайными связями. Алкоголизм и пьянство способствуют заболеванию СПИД и его распространению. Дети лиц, злоупотребляющих алкоголем, медленнее развиваются физически и психически (позже начинают ходить, говорить и др); у них чаще наблюдаются различные пороки *развития*, умственная отсталость, *эпилепсия* и т. д. Даже однократное опьянение одного из супругов в день, когда произошло зачатие, употребление спиртных напитков беременной женщиной

приводят к различным уродствам плода. Обследовав 8196 детей, страдающих идиотизмом, швейцарский психиатр Бенцан установил, что все они были зачаты родителями во время праздников, связанных с употреблением больших доз алкоголя (свадьба, карнавал); по данным франц. психиатра Буренвиля, среди детей, страдающих слабоумием и умственной отсталостью, наследственность отягощена А. более чем в 40% случаев.

Алкоголизм родителей пагубно сказывается на воспитании подрастающего поколения. Безнравственная атмосфера в семье, потеря уважения к родителям не только приводят к замкнутости и озлобленности подростка, но и явственно отражаются на его социальной позиции, взглядах, мотивах поведения и т. д., обуславливают особую подверженность сторонним, дурным влияниям, формируя ориентацию на антиобщественное поведение и правонарушения, тягу к алкоголю, половую распушенность. Так, по данным В. Н. Кудрявцева, 70% подростков-правонарушителей воспитывались в семьях, пораженных пьянством.

Установлено, что патол. пристрастие к алкоголю у подростков развивается быстрее, чем у взрослых: у юношей, начавших употреблять спиртные напитки в 15—17 лет, — через 2—3 года, у подростков, регулярно употребляющих спиртные напитки с 13—15 лет, — в течение года. Гораздо быстрее становятся алкоголиками женщины.

Состояние опьянения, сопровождающееся ослаблением сдерживающих влияний, утратой чувства стыдливости и реальной оценки последствий совершаемых поступков, часто толкает людей (особенно юношеского и молодого возраста) на легкомысленные случайные связи, следствием к-рых нередко бывают нежелательная беременность, аборт, заражение *венерическими болезнями*. Так, ок. половины первых абортов, произведенных незамужними женщинами, явились результатом случайных связей в состоянии опьянения. По данным советского исследователя В. В. Волкова, 90% заражений сифилисом и 95% заражений гонореей (как мужчин, так и женщин) происходит в состоянии опьянения.

Стремление к целенаправленной борьбе с А. как общественным злом и источником болезней появилось еще в древности. Уже при образовании первых государств предпринимались этические и законодательные меры, препятствующие распространению алкоголизма. В Древнем Китае и Древнем Египте во втором тысячелетии до н. э. пьяниц подвергали суровым и унижительным наказаниям; в Афинах в 6 в. до н. э. была запрещена продажа неразбавленного вина; в Спарте в 5 в. до н. э. под страхом сурового наказания было запрещено употребление алкоголя молодыми, особенно в день свадьбы; в Риме с 3 в. до н. э. существовал запрет пить вино лицам до 30-летнего возраста.

С началом образования в Европе централизованных национальных государств

(15—16 вв.) также делались попытки общественного ограничения пьянства. Вначале они носили чисто нравственный, а затем и законодательный характер. Напр., в послании митрополита Фотия в 1410 г. возбуждается пить вино до обеда, в домостроевских нормах Сильвестра предписывалось сыну не напиваться хмельным допьяна, а невестке — вина не любить и не давать пьянствовать домохозяином. Иваном III был издан указ, к-рым запрещалось «гнусное» пьянство. По этому указу простому народу разрешалось варить хмельное только 4 раза в год — на большие церковные праздники и в исключительных случаях — на семейные торжества; по окончании льготного времени оставшееся спиртное опечатывалось до следующего праздника. На людей привилегированного положения указ не распространялся. Дальнейший рост пьянства начинается с введением государственной монополии на торговлю спиртным и открытием «царевых кабаков» (50-е гг. 16 в.).

С конца 18 в. борьба с А. принимает более организованный характер и развивается по мере установления экономического ущерба, наносимого пьянством, и отрицательного влияния систематического употребления алкоголя на организм человека, на труд и благосостояние общества. Суть противоалкогольных мероприятий сводилась к борьбе с потреблением алкоголя населением, с распространением алкогольных напитков и с ростом их производства. В 19 в. начали создаваться различные противоалкогольные лиги и ассоциации, пропагандистская деятельность к-рых приобретает характер планомерной воспитательной и санитарно-просветительной работы, особенно среди молодежи. В ряде стран деятельность противоалкогольных организаций не ограничивалась пропагандистской работой. Они добивались от правительств и органов местного самоуправления проведения законодательных мер, направленных на ограничение распространения и производства спиртных напитков.

Меры по ограничению распространения алкогольных напитков получают отражение в таких законоположениях, как запрет продажи спиртного несовершеннолетним (до 16—18 лет в различных странах) или в определенные дни и периоды (выходные и праздничные дни, дни выдачи зарплаты, призыва в армию, периоды посевной и уборочной кампании и т. д.), установление времени продажи и предельного количества спиртных напитков, отпускаемых одному покупателю, и др.

Одной из форм ограничения распространения и производства спиртных напитков, особенно для стран, не имеющих государственной монополии на торговлю алкоголем, явились меры по ограничению доходов владельцев предприятий, производящих спиртные напитки или торгующих ими. В 1865 г. в Швеции был введен порядок, согласно к-рому отпуск спиртных напитков разре-

шался только в ограниченном количестве и лишь при условии одновременного приема горячей пищи. Владелец трактира или ресторана при этом был более заинтересован в продаже пищи, т. к. из доходов от продажи спиртных напитков он получал только 6% (так наз. Гетеборгская система). Весь остальной доход поступал в муниципалитет и предназначался для ведения антиалкогольной работы, а также оказания помощи семьям алкоголиков. С нек-рыми изменениями Гетеборгская система была введена также в Норвегии и Финляндии. Видоизменением Гетеборгской системы явилась так наз. система Братта, принятая в Швеции в 1919 г. и вводящая своеобразный алкогольный паек.

По системе Братта главы семей, постоянно проживающих в данной местности, ежемесячно получали карточки на приобретение определенного количества спиртного в расчете на каждого взрослого члена семьи. В случаях семейных торжеств, регистрируемых органами местного самоуправления (свадьба, юбилей, крестины), семья получала право на единовременное дополнительное получение спиртного. Критики карточного распределения спиртных напитков подчеркивают, что при этом выбирают норму и начинают пить спиртное те лица, к-рые в условиях доступности алкоголь бы не употребляли. На ограничение распространения спиртных напитков направлены также законоположения об условиях открытия предприятий, торгующих спиртными напитками, и установление права населения и органов местного самоуправления решать вопросы о существовании старых и открытии новых мест продажи алкоголя. Так возникло право общин вводить местный запрет на продажу алкогольных напитков, к-рое в начале 20 в. периодически осуществлялось в Норвегии, Финляндии, Дании, Голландии, Германии и Швейцарии. Однако право местного запрета носило скорее пропагандистский характер, т. к. вводилось на ограниченной территории и не лишало жителей права приобретать спиртное в соседних районах. Поэтому естественным продолжением права местного запрета становится законодательство о запрещениях также и производства спиртных напитков, причем в масштабах крупных областей и даже всего государства. Так возникли запретительные алкогольные законы, предусматривающие частичное (отдельные крепкие алкогольные напитки) или полное запрещение производства и продажи спиртных напитков («сухой закон»), вводимое временно, в связи с особыми государственными нуждами (война, мобилизация, неурожай и др.), или постоянно. Но на практике введение в ряде стран запретительного алкогольного законодательства не дало должного эффекта. Частичное запрещение алкоголя, распространяющееся на крепкие спиртные напитки (напр., запрет абсента в Бельгии и во Франции, напитков крепостью более 12% в Норвегии), приводило к значительному росту

Алкоголизм

потребления менее концентрированных напитков. Т. о., алкоголизация населения не уменьшалась, т. к. количество вводимого в организм абсолютного алкоголя не изменялось, а по нек-рым данным даже увеличивалось в связи с менее осторожным отношением большинства населения к нехренелым алкогольным напиткам. Полный временный запрет алкоголя, вводимый в связи с государственными нуждами, во-первых, далеко не всеми соблюдался, а во-вторых, вызвал значительный подъем потребления спиртных напитков среди населения после его отмены. Об этом, в частности, свидетельствуют данные ряда европейских стран, осуществлявших это мероприятие в период первой мировой войны. Попытки введения полного постоянного запрета алкоголя в нек-рых странах потерпели неудачу в связи с экономическим давлением со стороны стран с развитым винодельческим производством, ввозом контрабандного спирта, развитием внутри страны черного рынка и самогонарения. Попытки проведения мер, ограничивающих потребление алкогольных напитков, имели место и в России, напр. в связи с началом первой мировой войны. Однако по названным выше причинам они не были в полной мере «сум законом».

В. И. Ленин был решительным противником распространения спиртных напитков. Во время гражданской войны в Красной Армии велось жесточайшее пресечение алкоголизма и пьянства. В СССР борьба с А. с первых дней Советской власти становится одной из важных сторон внутренней политики государства. Получив в наследие разоренную войной и интервенцией страну и печально знаменитое «российское пьянство», осознав сложность и длительность работы по ликвидации этого наследия, социалистическое государство привлекло к участию в борьбе с А. широкие массы трудящихся, партийные, советские, профсоюзные, комсомольские и другие организации. Советское государство видело залог успеха борьбы с А. в осуществлении широких социальных преобразований, направленных на укрепление экономики страны и социалистического общественного строя, формирование социалистической морали, повышение благосостояния, культуры и образованности народных масс, улучшение условий труда и быта, создание сети противоалкогольных учреждений и др. Однако рост благосостояния, культуры, улучшение условий труда и быта, полная занятость населения, перестройка на основах социалистической морали семейных и трудовых отношений, являясь достаточной основой для устранения социально-психологических причин А., не могут гарантировать обществу от появления лиц, к-рые в силу личностных особенностей или интеллектуальной незрелости, низкого культурного и духовного уровня, а также других причин злоупотребляют спиртными напитками.

Система преодоления алкоголизма и пьянства в СССР представляет комплекс воспитательных, санитарно-просветительных, ограничительных и медицинских мероприятий, сочетаемых с мерами общественного и государственного пресечения в отношении лиц, не желающих следовать нравственным установкам социалистического общества.

Задача противоалкогольного воспитания населения — изменить отношение к алкоголю, создать трезвеннические установки как проявление здорового образа жизни. Употребление спиртных напитков должно рассматриваться как порочное антисоциальное явление, наносящее ущерб интересам государства, здоровью, материальным и семейным интересам пыщего, несовместимое с нравственным обликом советского человека, социалистическим образом жизни. Вторая, не менее важная задача — пропаганда мер по преодолению алкоголизма и пьянства, осуществляемых государственными и административными органами, общественными организациями; мобилизация общественности и широких масс трудящихся на борьбу с пьянством, вооружение их конкретными знаниями о пагубном влиянии алкоголя на здоровье, труд, быт, благосостояние и нравственность общества. Особое внимание обращено на противоалкогольное воспитание учащейся и рабочей молодежи.

Способствует эффективности противоалкогольной воспитательной работы, особенно среди молодежи, организация культурного досуга, в т. ч. дальнейшее расширение сети театров, концертных залов, кинотеатров, музеев, выставочных залов, клубов, Дворцов культуры, безалкогольных молодежных кафе, парков, зон отдыха, строительство новых спортивных сооружений, развитие самодеятельности, народных театров, массового физкультурного движения и других мероприятий здорового образа жизни. Их значение, в частности, состоит в том, что пагубному пристрастию к алкоголю противопоставляются различные формы активного интеллектуального отдыха.

Существенной особенностью противоалкогольной пропаганды в СССР является сочетание форм массовой и индивидуальной работы. Последнее применяется к лицам, неустойчивым в отношении алкоголя, и включает в себя, кроме разъяснительных бесед, проводимых медработниками, представителями администрации и общественных организаций, выявление обстоятельств производственной деятельности, бытовых условий или семейной жизни, к-рые привели данного человека к частому употреблению спиртного, а также оказание действенной помощи в отказе от порочной привычки к алкоголю. Эту работу проводят комиссии по борьбе с пьянством, избираемые на промышленных предприятиях и в учреждениях, представители общественности в микрорайонах городов и с.-х. объединениях. Антиалкогольную деятельность координируют комиссии по борьбе с пьянством и алкоголизмом при

исполкомах местных Советов, куда входят представители органов внутренних дел, здравоохранения, образования, торговли и общественного питания. Помимо этого, комиссии при исполкомах контролируют выполнение антиалкогольного законодательства, соблюдение правил продажи и потребления спиртных напитков, выносят на рассмотрение местного органа власти предложения по усилению борьбы с пьянством, выходят с предложениями на соответствующие ведомства и организации. Комиссии при исполкомах обращаются в суд с ходатайствами о направлении на принудительное лечение уклоняющихся от лечения или продолжающих пьянствовать после лечения больных хрон. алкоголизмом, о признании ограниченно дееспособными лиц, злоупотребляющих спиртными напитками, возбуждении дела по поводу тунеядства лиц, уклоняющихся от работы в связи с пьянством, о лишении по этой же причине родительских прав и др.

Распространение алкогольных напитков среди населения ограничивают принятые законодательные меры: сокращение производства спиртоводочных изделий, борьба с домашним производством спиртных напитков — самогона, чачи, тутовой водки и др. Напр., УК РСФСР предусматривает уголовное наказание за самогонарение — лишение свободы сроком до 3 лет.

Советским законодательством предусмотрены меры, предупреждающие распространение А. среди молодежи. Родители-алкоголики могут быть лишены родительских прав (напр., в соответствии со ст. 59 Кодекса законов о браке и семье РСФСР); на территории СССР запрещена продажа алкогольных напитков лицам, не достигшим 21 года; подростки, юноши и девушки в возрасте до 18 лет не допускаются в рестораны, кафе, пивные бары в вечернее время, а в дневное время — без сопровождения родителей. Законодательством союзных республик предусмотрены административные и уголовные наказания лиц, виновных в доведении несовершеннолетних до состояния опьянения. Напр., Указом Президиума Верховного Совета РСФСР от 16 мая 1985 г. предусматриваются наложение административного штрафа в размере от 50 до 100 руб. на родителей и других лиц, виновных в доведении несовершеннолетнего до состояния опьянения, и уголовное наказание (штраф, исправительные работы или лишение свободы сроком до 2 лет), если до состояния опьянения несовершеннолетнего довело лицо, от к-рого он находится в служебной зависимости. Этим же Указом запрещен прием несовершеннолетних на работу, связанную с производством, хранением и торговлей спиртными напитками. Вовлечение несовершеннолетних в пьянство, т. е. систематическое доведение до состояния опьянения, независимо от родственных связей пострадавшего с виновным, рассматривается как уголовное наказуемое деяние. Напр., по ст. 210 УК РСФСР за вовлечение несовершеннолетнего в пьян-

ство предусматривается лишение свободы сроком до 5 лет.

Установлены меры, препятствующие появлению на работе и в общественных местах в нетрезвом состоянии или употреблению спиртных напитков в рабочее время либо во время обеденного перерыва. Напр., в соответствии со ст. 38 Кодекса законов о труде РСФСР и соответствующими статьями кодексов о труде других союзных республик запрещается допускать к работе на предприятиях и в учреждениях в течение дня (смены) лиц, находящихся в нетрезвом состоянии. В соответствии с Указом Президиума Верховного Совета СССР «Об усилении борьбы с пьянством» (1985) установлена административная ответственность за распитие спиртных напитков в общественных местах, на производстве, во всех видах общественного транспорта, за появление в этих местах в нетрезвом виде; бригадиры, мастера, начальники цехов, участков, смен и другие хозяйственные руководители, допускающие распитие подчиненными им работниками спиртных напитков на производстве, а также не принимающие мер к устранению от работы лиц, находящихся в состоянии опьянения, подлежат административной или уголовной ответственности. Получение травм на работе и в быту в состоянии опьянения рассматривается как несчастный случай, происшедший по вине потерпевшего. В соответствии с постановлением Совета Министров СССР от 16 мая 1972 г. в этих случаях листок временной нетрудоспособности при амбулаторном и стационарном лечении не оформляется и пособие по временной нетрудоспособности не выплачивается. По постановлению Совета Министров СССР и ВЦСПС «О дополнительных мерах по укреплению трудовой дисциплины» (1983), даже за однократное появление на работе в нетрезвом состоянии рабочий может быть переведен на нижеоплачиваемую работу, а служащий понижен в должности на срок до 3 мес. Администрация предприятий, учреждений и организаций имеет право увольнять работников за появление на работе в нетрезвом состоянии.

Советским уголовным правом установлено, что лица, совершившие преступления в состоянии опьянения, не освобождаются от несения наказания, а в ряде случаев опьянение рассматривается как отягчающее вину обстоятельство (напр., у водителей автотранспорта). В СССР не допускается управление транспортными средствами после приема спиртных напитков. Нарушение этого положения рассматривается как преднамеренное действие, направленное на создание аварийной ситуации на транспорте. Виновные, в зависимости от обстоятельств, в соответствии с Указами Президиума Верховного Совета СССР «Об административной ответственности за нарушение Правил дорожного движения» (1983) и «Об усилении борьбы с пьянством» (1985) подлежат штрафу в

сумме 100 руб. или лишению прав на вождение транспортных средств на срок от 1 года до 3 лет.

Законодательством предусмотрено ограничение дееспособности с установленным попечительством над лицами, злоупотребляющими спиртными напитками и ставшими этим свою семью в тяжелое материальное положение. Ограничение дееспособности лишает гражданина права без согласия попечителя распоряжаться своим имуществом, он не имеет права сам получать заработную плату, пенсию и все другие виды доходов, не может получать денежные переводы, вклады из сберегательной кассы и др. Дело об ограничении дееспособности вследствие злоупотребления алкоголем может быть начато судом по заявлению членов семьи, общественных организаций, психиатрического учреждения. Постановления ЦК КПСС и Совета Министров СССР 1985 г. определили новый этап решительной борьбы с пьянством и алкоголизмом. Неуклонное соблюдение антиалкогольного законодательства, повышение ответственности должностных лиц, взаимной требовательности, контроля в сочетании с ограничительными мерами по производству и распределению спиртных напитков привели к снижению уровня употребления алкоголя и связанных с А. отрицательных явлений (заболеваемость, в т. ч. травматизм, нарушения общественной порядка, производственной дисциплины, преступности). Генеральный секретарь ЦК КПСС М. С. Горбачев, выступая на встрече в ЦК КПСС, отметил, что борьба с алкоголизмом и пьянством уже за короткий срок сказалась благоприятно, в частности, на демографической ситуации. «В 1986—1987 годах в среднем за год умирало на 200 тысяч человек меньше, чем в 1984 г., а смертность трудоспособных мужчин от несчастных случаев сократилась на 37 процентов. Что такое пьянка? Это — нарушения, аварии, травмы. Люди уходили из жизни в расцвете сил. Не просто было изменить эту тенденцию, но изменили!» (Демократизация — суть перестройки, суть социализма. «Правда», 13 января 1988 г.). Сокращается производство водки, вин и ликеро-водочных изделий. Так, лишь за 1987 г. по сравнению с 1986 г. производство водки и ликеро-водочных изделий уменьшилось на 21%, а вин — на 19% («Аргументы и факты», 1988, № 4, с. 4). Выражением всенародного желания ликвидировать пьянство служит организация обществ трезвости (региональных, профессиональных, производственных).

В соответствии со ст. 36 Основ законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении А. наряду с инфекционными, венерическими и психическими заболеваниями относится к состояниям, представляющим опасность для окружающих и требующим специальных мер лечения и профилактики. Законодательством союзных республик предусмотрено принудительное лечение

больных хроническим А., уклоняющихся от добровольного лечения, нарушающих трудовую дисциплину и общественной порядок, и трудовое перевоспитание их в лечебно-трудовых профилакториях в течение 1—2 лет. Направление в эти учреждения осуществляется судами, но судимости не влечет.

Добровольное лечение А. производится в сети наркологической службы в зависимости от формы и тяжести болезни. Оказывается амбулаторная (в наркологических районных, городских, областных, республиканских диспансерах) или стационарная помощь. Больных А. госпитализируют в наркологические отделения психиатрических больниц или в специализированные наркологические больницы. Наркологические отделения все чаще в последние годы организуются при промышленных предприятиях. Между ними и учреждениями здравоохранения заключается договор о взаимных обязательствах, одно из к-рых — полная оплата труда больных. Таким образом обеспечивается материальная помощь семье лица, находящегося на лечении. Взаимовыгодность договора способствует дальнейшему расширению этой формы стационарного лечения больных алкоголизмом. В наст. время ок. 60% наркологических коек функционирует при промышленных предприятиях. В последние годы получило развитие анонимное лечение в хозрасчетных наркологических поликлиниках, организованных во многих крупных городах. При этом больной может не называть своей фамилии, мед. регистрация ведется по номеру амбулаторной карты.

В нашей стране ликвидированы основные социальные факторы, способствующие распространению пьянства. Социалистическое общественное производство создает материальные ценности во имя и для блага человека. Существование А. среди определенной части населения несовместимо с нормами социалистической морали, искоренение его — важная задача.

Ю. П. Лисецкий, А. М. Сточик.

АЛКОГОЛИЗМ ХРОНИЧЕСКИЙ (син.: хроническая алкогольная интоксикация, алкогольная болезнь, алкогольная токсикомания) — заболевание, характеризующееся психическими и физическими расстройствами, изменением личности в результате постоянного или периодического возобновляющегося употребления спиртных напитков.

Заболевание развивается постепенно, незаметно для окружающих и самого пьющего и в течение длительного времени расценивается лишь как вредная привычка, а не болезнь. Одним из ранних симптомов А. х. является исчезновение рвотного рефлекса при выраженном опьянении, что позволяет употреблять все большие количества спиртного напитка. Одновременно появляется так наз. утрата самоконтроля: при употреблении вначале небольшого количества алкоголя (100—200 мл) возникает труднопреодолимое желание пить еще и еще. С

развитием А. х. пьют все чаще, со случайными лицами или в одиночку; изменяется характер опьянения: в поведении пьяного человека становится все меньше добродушия, пьяного веселья и беззаботности, все больше придирчивости, злобы, агрессивного отношения к окружающим и, в первую очередь, к близким. В состоянии опьянения при А. х. уменьшаются, а иногда и полностью отсутствуют нарушения координации движений и речи, свойственные обычному опьянению. Нередко опьянению при А. х. сопутствует бессонница. Все чаще после очередной выпивки плохо помнят события, происходившие во время опьянения, а затем совсем их забывают (амнезия опьянения).

Самым важным и наиболее постоянным признаком А. х. является похмельный (абстинентный) синдром, представляющий собой симптомокомплекс вегетативных, неврологических и психических расстройств. Он возникает в различные сроки после начала злоупотребления алкоголем (от 2—3 до 10—15 лет и более), обычно на фоне перечисленных выше расстройств. Похмельный синдром появляется раньше у людей, начавших пить в молодости, у психопатических личностей, у больных *олигофренией*, у лиц, перенесших черепно-мозговую травму, тяжелые инф. болезни и др.

До формирования похмельного синдрома после значительного употребления алкоголя, как правило, отмечается отвращение к нему. Наблюдаемые при этом расстройства — общая разбитость, головная боль, тошнота, т. е. симптомы отравления, не могут быть ни ликвидированы, ни хотя бы смягчены повторным приемом алкоголя. Более того, повторный прием алкоголя обычно усиливает эти симптомы. С момента появления похмельного синдрома прием на следующий день после опьянения небольших доз алкоголя уменьшает вегетативные, неврологические и психические нарушения, к-рые развиваются в определенной последовательности.

Первоначально похмельный синдром проявляется вегетативными и астеническими расстройствами — головной болью, головокружением, слабостью, разбитостью, болями в мышцах. Отмечаются неприятный вкус во рту, жажда, боли в животе, часто возникают понос, тошнота, рвота, отсутствует аппетит. Наблюдаются неприятные и болевые ощущения в области сердца, потливость, зябкость, дрожание рук. При непрекращающемся употреблении алкоголя, чаще через 3—6 лет после появления описанных расстройств, развиваются психические нарушения. Раньше всего можно наблюдать изменения настроения — подавленность, пугливость, настороженность со склонностью к реакциям тревоги, страха и паники. На их фоне легко возникают подозрительность и неправильные толкования слов и действий окружающих: все видимое и слышимое больные относят к себе. Несколько позднее у больных появляются расстройства сна. Больной с

трудом засыпает. Сон поверхностный и беспокойный, напоминает дрему и сопровождается частыми пробуждениями. Отмечаются кошмарные сновидения: на больного нападают бандиты, оборванцы, он бежит, куда-то проваливается, падает в пропасть, летит, попадает в аварию, на него обрушиваются здания и др. Характерной особенностью похмельных сновидений является то, что видимые больным предметы, как и он сам, все время находятся в быстром движении. Сны наполняются разнообразными громкими звуками — криками, пением, стуком, грохотом. Проснувшись в холодном поту, больной испытывает сильный страх и не может сразу понять, где он и что с ним. Со временем в снах начинают появляться животные; при прогрессировании заболевания это — важнейшая особенность похмельных сновидений.

С течением времени проявления похмельного синдрома становятся все длительнее, продолжаясь несколько дней, а иногда неделю. Усиливается и их интенсивность. Если в первые годы многие больные для уменьшения их проявления опохмеляются нерегулярно, зачастую во второй половине дня, то со временем они делают это на следующий день после каждой выпивки уже в утренние часы. При внезапном прекращении употребления алкоголя симптомы похмельного синдрома всегда выражены резко, чем при постепенном. Когда у больного сформируется похмельный синдром, очень часто изменяется ритм пьянства. Если до этого больной пил, напр., несколько раз в неделю, иногда ежедневно, то теперь он начинает пить запоями продолжительностью от 2—3 до 7—10 дней и даже более, к-рые сменяются периодами полного воздержания. Это так наз. псевдодипсоманический тип пьянства, отличающийся от истинной дипсомании (запойного пьянства) тем, что возникает на фоне постоянного употребления спиртных напитков. Поводы для запоя обычно носят случайный характер и чаще всего связаны с получением заработной платы. Со времени формирования псевдодипсоманического пьянства доза алкоголя, необходимая для опьянения, бывшая до этого в течение ряда лет относительно постоянной, начинает постепенно уменьшаться. Быстрое появление опьянения при употреблении малых доз алкоголя, т. е. его непереносимость (интолерантность), — симптом далеко зашедшего хронического алкоголизма.

А. х. сопровождается изменением личности. Эмоциональные реакции больных характеризуются то благодушием и беспечностью, то легко возникающими раздражением, гневливостью, неприязненным и агрессивным отношением к окружающим, и прежде всего к членам семьи. Лица с А. х. свойственна бестактность, склонность к грубому юмору, хвастовство и лживость, пренебрежительное отношение к своим обязанностям. Изменение личности, так же как и состояние опьянения, является частой причиной

совершения разнообразных преступлений, в т. ч. связанных с выполнением профессиональных обязанностей.

При А. х. возникают многочисленные соматические расстройства. В первую очередь от употребления алкоголя страдает жел.-киш. тракт. Сначала усиливается секреция желудочных желез и появляется обильное выделение желудочного сока с высокой кислотностью; образуется большое количество слизи. Повторные раздражения слизистой оболочки желудка приводят к истощению функции железистого аппарата и развитию *ахилии*. Отмечаются стойкие органические поражения желудка — острый или хронический *гастрит*, нередко *энтероколит*, обостряется *язвенная болезнь*; часто поражается печень (см. *Гепатит*), развивается цирроз (см. *Цирроз печени*). Под влиянием алкоголя уменьшается или прекращается выработка фактора Касла (см. *Касла факторы*), в результате чего может возникнуть *анемия*. Для больных А. х. характерны также хронический панкреатит и поражение почек.

При А. х. отмечают расстройства сердечно-сосудистой системы — артериальная гипертензия и алкогольная миокардиодистрофия. Поражения сосудистой системы в значительной степени являются результатом расстройства центральной или периферической регуляции сосудистого тонуса. Особенно страдает артериальная система. Артериальную гипертензию у больных А. х. нередко ошибочно расценивают как гипертоническую болезнь. Алкогольная миокардиодистрофия характеризуется нарушением метаболизма в организме, в частности в миокарде. При этом отмечаются боли в области сердца, одышка при физической нагрузке, нарушение ритма, изменения на ЭКГ. В дальнейшем аритмии усиливаются, одышка становится постоянной, появляются другие признаки *сердечной недостаточности*.

Алкоголь оказывает влияние на витаминный баланс, в первую очередь витаминов группы В. При дефиците витаминов группы В усугубляются дистрофические процессы в печени, развиваются периферические невриты, может возникнуть тяжелое расстройство — алкогольная энцефалопатия (см. ниже). В результате нарушения всасывания в кишечнике витамина К нарушается синтез протромбина в печени, что обуславливает склонность к *кровотечениям*. Недостаточное всасывание витамина С при А. х. вызывает развитие гиповитаминоза С и даже *цинги*, а нарушение усвояемости витамина А приводит к *гемералопии* (куриной слепоте).

Алкоголь частично выделяется легкими и при этом раздражает слизистую оболочку дыхательных путей. В результате может возникнуть хронический *бронхит*, что нередко приводит к развитию *эмфиземы легких* и *пневмосклероза*. При А. х. резко понижается сопротивляемость организма, что способствует не только возникновению ряда болезней,

напр. туберкулеза легких (см. *Туберкулез органов дыхания*), но и утяжеляет течение имеющихся заболеваний. Так, обостряется *гипертоническая болезнь*, гламерулонефрит (см. *Нефрит*), пиелит и цистит.

Алкогольные психозы. При А. х. (обычно не раньше чем через 5 лет после появления похмельного синдрома) возникают разнообразные по своим проявлениям и длительности алкогольные психозы. Такие алкогольные психозы, как белая горячка, алкогольный галлюциноз, алкогольная депрессия, алкогольная эпилепсия, алкогольный параноид, алкогольный бред ревности (супружеской неверности), связаны с похмельным синдромом, другие, напр. алкогольные энцефалопатии, — с нарушением обмена витаминов (в первую очередь витаминов РР и группы В).

Белая горячка (делирий) развивается обычно на фоне похмельного синдрома при внезапном прекращении пьянства или в период воздержания, в случаях присоединения соматических заболеваний, травм (особенно переломов). Начальными признаками белой горячки являются ухудшение ночного сна, отдельные вегетативные симптомы (потливость и дрожание рук), а также общая оживленность больного, проявляющаяся в его движениях, мимике и особенно настроении. На протяжении короткого времени можно отметить самые различные оттенки настроения, в то время как обычно при похмельном синдроме настроение однообразно, характеризуется подавленностью и тревогой. Необычная смена настроения и общая оживленность усиливаются к вечеру и ночью, в то время как днем они резко уменьшаются и даже могут совсем исчезать, что позволяет больному выполнять свои профессиональные обязанности. В дальнейшем появляется бессонница, на фоне к-рой сначала возникают зрительные иллюзии, а затем различные галлюцинации и бред. Для белой горячки типично преобладание истинных зрительных галлюцинаций (см. *Галлюцинаторные синдромы*). Их характеризует множественность образов и подвижность. Чаще это насекомые (клопы, тараканы, жуки, мухи) и мелкие животные (кошки, крысы, мыши). Реже больные видят крупных животных и людей, в ряде случаев имеющих фантастический облик. Характерны видения змей, чертей, а также умерших родственников (так наз. блуждающие мертвецы). В одних случаях зрительные иллюзии и галлюцинации единичны, в других — множественны и сценородны, т. е. больной видит сложные картины. Нередко отмечаются слуховые, тактильные, обонятельные галлюцинации, ощущения нарушения положения тела в пространстве. При этом настроение больных крайне изменчиво: в течение короткого времени можно наблюдать страх, благодущие, недоумение, удивление, отчаяние. Больные обычно непрерывно двигаются, мимика их выразительна. Двига-

тельные реакции соответствуют существующим в данный момент галлюцинациям и настроению. Так, при страхе и устрашающих галлюцинациях больной прячется, обороняется, возбужден, в период благодушного настроения пассивен. При этом больные отвлекаются на все внешние события. Бред при белой горячке отрывочен и отражает содержание галлюцинаций, чаще всего это бред преследования. Больные обычно ложно ориентированы в месте (находясь в больнице, говорят, что они дома, в ресторане, на работе), но ориентированы в собственной личности. Для белой горячки характерно периодическое исчезновение значительной части психических симптомов, т. е. отмечаются «светлые» промежутки, а также закономерное выраженное усиление симптомов вечером и ночью.

Белая горячка постоянно сопровождается разнообразными вегетативными расстройствами — дрожанием рук, резкой потливостью, гиперемией кожи, особенно лица. Температура тела чаще всего субфебрильная. Пульс учащен. В моче часто появляется белок; в крови повышено содержание билирубина, отмечают сдвиг лейкоцитарной формулы влево, увеличение СОЭ. Течение психоза обычно кратковременное. Белая горячка даже без лечения исчезает в течение 3—5 дней; реже затягивается на 1—1½ недели. Выздоровление чаще происходит после глубокого продолжительного сна. Иногда оно постепенное, с ухудшением состояния вечером и ночью и улучшением днем. Признаками, указывающими на неблагоприятный прогноз белой горячки, являются развитие симптомов профессионального делирия (молчаливое двигательное возбуждение, имеющие характер автоматически повторяемых действий, связанных с привычной профессиональной деятельностью при слабо выраженных галлюцинациях и бреде) и мусситирующего делирия (преобладание двигательного возбуждения в виде протухших, однообразных действий, сочетающегося с бормотанием), а также высокая температура тела, коллаптоидные состояния (см. *Коллапс*).

Алкогольный галлюциноз развивается при похмельном синдроме или на высоте запоя. При этом основным расстройством являются обильные слуховые галлюцинации, сочетающиеся с бредом преследования. Преобладают словесные слуховые галлюцинации, причем больной обычно слышит слова, «произносимые» большим числом людей, — «хор голосов». Чаще всего происходит разговор «голосов» между собой о больном, реже они адресуются к самому больному. При этом «голоса» угрожают, обвиняют, оскорбляют. Нередко галлюцинации носят издевательски-дразнящий характер. «Голоса» то усиливаются до крика, то ослабевают до шепота. Бредовые идеи (бред преследования, физического уничтожения) тесно связаны с содержанием слуховых галлюцинаций — так наз. галлюцинаторный бред. Они отрывочны и несистема-

тизированы. В настроении преобладают напряженная тревога и страх. В начале алкогольного галлюциноза у больных наблюдается двигательное возбуждение, но вскоре появляется нек-рая заторможенность или же упорядоченное, маскирующее болезнь поведение, что создает ложное и опасное представление об улучшении состояния. Как правило, симптомы болезни усиливаются в вечернее и ночное время. Отмечаются обычные для похмельного синдрома вегетативные расстройства. Длительность алкогольного галлюциноза от 2—3 дней до нескольких недель, в редких случаях он затягивается до нескольких месяцев.

Алкогольная депрессия появляется на фоне похмельного синдрома, характеризуется подавленно-тревожным настроением, слезливостью, идеями самоуничтожения, а также отдельными бредовыми идеями отношения и преследования (см. *Бредовые синдромы*). Продолжительность от нескольких дней до 1—2 недель. В состоянии алкогольной депрессии больные А. х. часто кончают жизнь самоубийством.

Алкогольная эпилепсия характеризуется припадками, к-рые возникают чаще всего на высоте опьянения, в период похмельного синдрома или при белой горячке. Как правило, отмечаются большие судорожные припадки. Малых припадков, сумеречных помрачений сознания, аур (см. *Эпилепсия*) при этом не бывает. С прекращением злоупотребления алкоголем припадки чаще всего исчезают.

Алкогольный параноид развивается в состоянии похмельного синдрома или на высоте запоя, характеризуется наличием бреда. Содержание бредовых идей исчерпывается преследованием или ревностью (идеи супружеской неверности). В первом случае больные считают, что существует группа людей, желающих их ограбить или убить. В жестах, поступках и словах окружающих они видят подтверждение своих мыслей. Характерна растерянность, напряженная тревога, часто сменяющаяся страхом. Поступки больных носят импульсивный характер: они прыгают на ходу с транспорта, внезапно бросаются в бегство, обращаются за помощью в органы государственной власти, иногда совершают нападения на воображаемых врагов. В ряде случаев бред сопровождается необильными словесными иллюзиями и галлюцинациями, отдельными делириозными симптомами (зрительными иллюзиями и единичными зрительными галлюцинациями), возникающими в вечернее и ночное время. Алкогольный параноид продолжается от нескольких дней до нескольких недель, нередко несколько месяцев.

Алкогольный бред ревности возникает почти исключительно у мужчин, как правило, после 40 лет, развивается исподволь. Вначале больной отмечает, что жена стала к нему относиться невнимательно, а со временем просто с неприязнью. Все чаще, по

его мнению, она проявляет холодность в интимных отношениях и даже просто уклоняется от них. Одновременно ему кажется, что жена начинает тщательнее следить за своим внешним видом, все чаще куда-то уходит, постоянно задерживается, а придя домой, выглядит необычно оживленной и смущенной. Больной А. х. груб, возбудим, несдержан, он требует объяснений, что влечет за собой все учащающиеся скандалы. Однако поведение жены лишь «ухудшается». Подозрения о неверности, вначале смутные и возникающие в связи с запойными состояниями, становятся со временем постоянными. Больной обычно утверждает, что жена изменяет ему с кем-нибудь из мужчин ближайшего окружения — молодыми родственниками, соседями по квартире или дому. Если вначале «измены» совершаются вне дома, то со временем жена «наглет» и предается «разврату» уже в своей квартире. Больной начинает следить за женой, в ряде случаев обращается за помощью в различные учреждения и может даже применить в отношении жены насильственные действия, очень часто убийство. С течением времени при продолжающемся пьянстве больной начинает говорить о том, что жена изменяла ему в прошлом, еще до замужества, и что дети на самом деле родились не от него, а от других мужчин. Алкогольный бред ревности может принимать хроническое течение с периодическими обострениями.

Алкогольные энцефалопатии возникают при А. х., сопровождаемемся хроническим гастритом или энтеритом, преимущественно у лиц, к-рые много пьют, но мало едят. Чаще всего они развиваются в весенние и первые летние месяцы. Условно выделяют острые и хронические формы; между ними нет резких переходов.

Наиболее часто встречающаяся форма острых алкогольных энцефалопатий — энцефалопатия Гайе—Вернике. Она обычно начинается постепенно, продолжается 2—3 мес., реже больше. Возникает нарастающая астения (см. *Астенический синдром*), проявляющаяся преимущественно слабостью, истощаемостью в сочетании с расстройствами памяти. Снижается, а затем полностью исчезает аппетит, расстраивается ночной сон, несколько реже наблюдаются понос и рвота, головные боли и головокружения, потеря равновесия. Возникающий при этом психоз чаще всего представлен профессиональным или мусситирующим делирием, реже тревожно-бредовыми состояниями. Спустя несколько дней после появления этих нарушений отмечаются оглушенность или симптомы апатического ступора, переходящие в кому. Неврол. расстройства постоянны и выражены; выявляется повышение тонуса мышц и чувствительности к боли, напр. к уколам. Часто возникают разнообразные *гиперкинезы*. Появление паралича глазодвигательных мышц, светобоязни, *нистагма* обычно свидетельствует о выс-

шей фазе болезни. Наблюдаются различные по интенсивности и локализации явления полиневропатии. Из вегетативных симптомов обычно отмечаются нарушения сердечного ритма и дыхания, лихорадка центрального происхождения, недержание кала и мочи; кожа бледная или темно-бурая. Общее физическое состояние больных характеризуется прогрессирующим похуданием, вплоть до *кахексии*. Заболевание без лечения чаще всего заканчивается смертью.

К хроническим алкогольным энцефалопатиям относят корсаковский психоз и алкогольный псевдопаралич. В одних случаях они развиваются постепенно, в течение ряда месяцев, и тогда их ранние симптомы напоминают энцефалопатию Гайе—Вернике, в других — остро, как правило, после белой горячки.

Корсаковский психоз проявляется нарушениями памяти: больной ничего не запоминает из текущих событий или вспоминает мало, при этом отмечаются ретроградная амнезия, ложные воспоминания — конфабуляции, касающиеся повседневных событий (см. *Память, расстройство*). Последние могут быть выражены в различной степени, иногда они отсутствуют. Больные вялы, не проявляют интереса к окружающему. Речь и двигательные реакции обеднены. Из неврол. расстройств чаще всего встречаются различные по интенсивности явления полиневропатии. Заболевание длится месяцы, иногда годы. При прекращении пьянства возможны улучшения.

Алкогольный псевдопаралич характеризуется *слабоумием* с выраженными изменениями памяти, потерей приобретенных знаний и навыков, нарушениями суждения, отсутствием сознания болезни и критики. Фон настроения определяется беспечностью, в ряде случаев отмечаются идеи величия. Иногда преобладают расстройства запоминания в сочетании с конфабуляциями. Течение длительное.

Лечение хронического алкоголизма поэтапное. На первом этапе (симптоматическое лечение) купируют запойные состояния и похмельный синдром, а также нормализуют соматическое состояние больного. С этой целью проводят дезинтоксикацию с помощью тиоловых препаратов, витаминотерапию (витамины группы В, аскорбиновая и никотиновая к-ты). При выраженном похмельном синдроме назначают также психотропные средства (транквилизаторы, аптидепрессанты), снотворные, холинолитические препараты, а также проводят *инсулинотерапию*. В питании должны преобладать продукты, богатые минеральными солями.

Для купирования особенно тяжелых запойных состояний и больным, ранее получавшим антиалкогольное лечение, показана гипертермия.

На этапе активного лечения обычно применяют условно-рефлекторный метод и сенсibiliзирующую терапию. Условно-рефлекторный метод заключается в выработке отрицательного

рефлекса (рвота) на запахах и вкус алкоголя. С этой целью рвотные средства (апоморфин, эметин, большие дозы никотиновой кислоты и др.) сочетают с небольшими количествами (30—50 мл) употребляемого больным алкоголя. Дозы рвотных средств подбирают индивидуально. С наступлением тошноты больной нюхает алкоголь, а при появлении рвоты выпивает его небольшими глотками. Лечение проводится ежедневно или через день, обычно курс состоит из 20—25 сеансов.

Цель сенсibiliзирующей терапии — подавить влечение к алкоголю и сделать физически невозможным его прием. Применяют такие сенсibiliзирующие средства, как антабус (тетурам), циамид (темпозил), метронидазол (флагил), фуразолидон, пирроксан. Возобновление приема алкоголя на фоне лечения сенсibiliзирующими средствами может вызвать тяжелые, а нередко и опасные для жизни вегетативные расстройства. Вариантом сенсibiliзирующей терапии является создание в организме депо антабуса. Под кожу имплантируют французский препарат эспераль или отечественный редотер, представляющий собой специально приготовленный неоторгающийся стерильный тетурам.

Последний этап — поддерживающая терапия, к-рую проводят всем больным, получившим лечение в амбулатории, стационаре, лечебно-трудовом профилактории или в местах лишения свободы. На этом этапе применяют сенсibiliзирующие средства, препятствующие возобновлению употребления алкоголя, осуществляют нормализацию психического состояния, лечение соматических заболеваний и психотерапию.

Приказом МЗ СССР установлены обязательные минимальные курсы лечения больных алкоголизмом; в течение 5 лет больной состоит на учете, из них первые 3 года осуществляется активная терапия, а последующие 2 года — контрольное наблюдение. В этом документе описан также порядок снятия этих лиц с учета.

Прогноз. Спонтанные ремиссии наступают в основном в начальной стадии заболевания. Терапевтические ремиссии привносить к выздоровлению не следует, т. к. даже при многолетнем воздержании случайный прием алкоголя влечет за собой появление патол. влечения и физической зависимости (развитие похмельного синдрома). Полное воздержание от спиртных напитков — первое и основное условие сохранения ремиссии.

Профилактика включает медицинское и юридическое просвещение трудящихся, особенно молодежи, и общественное осуждение пьянства с помощью средств массовой информации, ограничительно-запрещающие меры (регламентация и упорядочение торговли крепкими алкогольными напитками), административные взыскания за алкогольные эксцессы в быту, на производстве, за нарушение в пьяном виде общественного порядка, выявление неумеренно пьющих, применение к нежелающим лечиться от алко-

голизма специальных медицинских и социальных мер, выездные судебные сессии по делам об уголовных преступлениях, совершенных на почве алкоголизма.

См. также *Алкоголизм*.

Н. Г. Шумский, Г. Е. Перчикова.

АЛКОГОЛЬНОЕ ОПЬЯНЕНИЕ — сочетание психических, вегетативных и неврологических расстройств, возникающих в результате приема спиртных напитков.

В определенных дозах алкоголь снимает психическое напряжение, повышает настроение, создавая ощущение свободы, раскованности и веселости. Эти ощущения, ради к-рых люди и употребляют спиртные напитки, временны и по мере увеличения дозы алкоголя сменяются состоянием возбуждения с утратой самоконтроля и критической оценки ситуации, а нередко злобностью, агрессивностью или угнетенным и подавленным настроением. Именно в таком состоянии опьяневший совершает антисоциальные поступки вплоть до тяжких преступлений. Состояние подавленности и угнетенности, соединенное с некритичной оценкой последствий своих поступков, иногда приводит опьяневшего к самоубийству. Антисоциальные поступки могут быть совершены в результате разового приема алкоголя человеком, к-рый в трезвом состоянии никогда не проявлял склонности к дебошёрству, агрессии и др. Кроме того, при однократном приеме больших доз алкоголя может развиться тяжелое алкогольное отравление. Систематическое употребление спиртных напитков вызывает болезненное пристрастие к алкоголю (см. *Алкоголизм хронический*).

При приеме спиртных напитков по мере всасывания алкоголя из желудка и кишечника концентрация его в крови нарастает, достигая максимума (при разовом приеме) на 2-м часу, а затем постепенно падает; 10% алкоголя выделяется из организма через легкие, почки и кожу в неизменном виде, оставшееся количество окисляется в печени. Окисление происходит медленно. Современными методами исследования установлено, что следы разового приема алкоголя здоровым человеком сохраняются в организме в течение 2 нед., хотя из крови алкоголь исчезает через 4—5 ч (при однократном приеме большой дозы — через 12 ч). Наибольшая концентрация алкоголя первоначально отмечается в печени и мышцах, затем он проникает в ц. н. с., сначала в подкорковые образования и мозжечок, потом в кору головного мозга, где сохраняется дольше всего. Большие дозы алкоголя вызывают торможение коры и жизненно важных центров продолговатого мозга (дыхательного, сосудодвигательного), что и обуславливает тяжелые расстройства дыхания и кровообращения — основную причину смерти при тяжелом А. о.

Скорость появления первых признаков А. о. зависит от крепости напитка и степени наполнения желудка пищей. Степень опьянения определяется количеством принятого алкоголя на 1 кг веса,

индивидуальной переносимостью его и состоянием организма во время приема спиртного. При усталости, истощении малые дозы алкоголя могут вызвать тяжелое опьянение; в состоянии психического напряжения опьяняющее действие спиртных напитков снижается. Дети, старики, лица, страдающие заболеваниями печени, желудка, нек-рыми эндокринными нарушениями, особенно чувствительны к алкоголю.

Условно выделяют три степени А. о.: легкое А. о., опьянение средней степени и тяжелое А. о. Содержание алкоголя в крови при легком опьянении, как правило, составляет 0,5—1,5⁰/₀₀, при опьянении средней степени — 1,5—2,5⁰/₀₀, при тяжелом — 2,5—3⁰/₀₀. При увеличении содержания алкоголя в крови до 3—5⁰/₀₀ развивается тяжелое отравление с возможным летальным исходом. Более высокая концентрация алкоголя в крови считается смертельной.

Легкое А. о. характеризуется подъемом настроения, благодушием, стремлением к общению. При этом снижается способность концентрации внимания, ассоциации становятся поверхностными, непоследовательными, ускоренными. Суждения оказываются легковесными, собственные возможности завышаются. Нарушается восприятие времени и пространства, поэтому особо опасно опьянение при работе с движущимися механизмами, на транспорте. Объективно наблюдаются расширение периферических сосудов (порозовение, потепление кожи, блеск глаз), уменьшение частоты сердечных сокращений с увеличением сердечного выброса (замедленный полный пульс), снижение тонуса сосудистой системы в целом (падение АД), мышечного тонуса, дисфункция мозжечка (мышцы мягкие на ощупь, движения неточные и замедленные).

При опьянении средней степени часто появляется раздражительность, нередко с чувством обиды, недовольства, злости, что отражается в высказываниях. Возможно агрессивное поведение. Расстройства мышления углубляются. Учащается пульс, повышается АД; однако периферические сосуды остаются расширенными, нарушается капиллярный кровоток, поэтому лицо становится красным. Нарушение регуляции сосудистого тонуса на этой стадии опьянения может вызвать приступ стенокардии, спазм мозговых артерий. Нарастает нарушение координации движений, постепенно развиваются сонливость, вялость, и наступает глубокий сон. При пробуждении отмечают разбитость, тяжесть в голове, подавленное настроение, недовольство собой и окружающими, раздражительность, отсутствие или снижение аппетита; затруднены осмысливание и концентрация внимания, нарушена координация движений, замедлен темп психических процессов.

При тяжелом А. о. нарушена ориентировка в окружающем, речь замедляется и перемежается паузами, утрачивается мимика. Отмечаются вестибулярные рас-

стройства — головокружение, тошнота, рвота. С нарастанием опьянения усиливается нарушение сознания, вплоть до развития комы, замедляется дыхание, понижается тонус сердечно-сосудистой системы, развиваются обездвиженность, расслабление мышц. В результате паралича дыхательного или сосудодвигательного центра может наступить смерть. После тяжелого А. о. психические и неврологические расстройства выражены сильнее. Человек не помнит, что происходило с ним в состоянии опьянения. В течение нескольких суток возможно расстройство сна; прием снотворных при этом может вызвать тяжелые осложнения.

От вышеописанных стадий обычного (простого) А. о. следует отличать так наз. патол. опьянение, представляющее собой особую форму сумеречного помрачения сознания, изредка возникающую после употребления, как правило, небольших доз алкоголя. Характерно внезапное развитие искаженного, бредового восприятия обстановки в сочетании с аффектами страха, тревоги либо гнева и ярости. Развивается резкое двигательное возбуждение, во многих случаях с агрессивными действиями по отношению к окружающим (см. *Исключительные состояния*).

В основе экспертизы А. о. лежит клин. оценка состояния, основанная на анализе поведения, а также вегетативных и неврологических расстройств. Объективным подтверждением клин. оценки является определение содержания алкоголя в крови, моче или слюне стандартными лабораторными методами (см. *Этиловый спирт*). Применяют также различного рода индикаторные устройства, позволяющие обнаруживать алкоголь в выдыхаемом воздухе. Экспертиза А. о. осуществляется по представлению должностных лиц (работников МВД, администрации по месту работы). На нек-рых производствах (транспортные предприятия) контроль трезвости — пункт трудового соглашения работника и администрации.

При диагностике А. о. следует учитывать, что сходная клин. картина может наблюдаться при ряде тяжелых заболеваний — кровоизлиянии в головной мозг, инфаркте миокарда, диабетической коме и др. Следует иметь в виду, что эти заболевания могут развиваться на фоне легкого А. о., при этом запах алкоголя, исходящий от больного, служит причиной диагностических ошибок.

Помощь при алкогольном опьянении. Прежде всего у опьяневшего необходимо вызвать рвоту, чтобы удалить оставшийся в желудке алкоголь, прекратив т. о. его дальнейшее всасывание в кровь, что предотвращает нарастание тяжести А. о. Питье как способ вызывания рвоты при А. о. мало эффективно (растяжение стенок желудка в состоянии А. о. не всегда вызывает рвотный рефлекс), а порой и опасно (вводимая жидкость может попасть в трахею и вызвать удушье).

Наиболее безопасно и действенно раздражение корня языка. Опыневшему при этом необходимо помочь, чтобы рвотные массы не попали в дыхательные пути: верхнюю часть туловища следует опустить, а голове придать горизонтальное положение. Если опыневший лежит, при рвоте его голова должна быть опущена и повернута набок. В тяжелых случаях показано промывание желудка через зонд. Для нормализации сердечно-сосудистой деятельности применяют кордиамин, корвалол, валокордин. Хорошее действие оказывает валериана (капли, таблетки). Средства, расширяющие венечные сосуды сердца (нитроглицерин и особенно валидол), противопоказаны; их можно дать лишь при болях в области сердца и в том случае, если опыневший принимал их ранее по назначению врача. Для возбуждения дыхания применяют лобелин, цититон, дают вдыхать нашатырный спирт (повторно, малыми дозами, чтобы не обжечь слизистые оболочки дыхательных путей).

Помощь при тяжелом отравлении алкоголем должна осуществляться в условиях стационара; она включает форсированный диурез, внутривенное введение раствора глюкозы с инсулином, в необходимых случаях — интубацию и искусственную вентиляцию легких.

См. также *Отравления*.

И. Н. Пятницкая.

АЛКОГОЛЬНЫЕ ПСИХОЗЫ — см. *Алкоголизм хронический*.

АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПРОБЫ — методы диагностики аллергических заболеваний и болезней, в патогенезе к-рых ведущую роль играет аллергия.

Аллергические диагностические пробы проводят после того, как путем тщательного сбора анамнеза выявлен круг подозреваемых аллергенов. Их выполняют вне фазы обострения заболевания и не ранее чем через 2—3 нед. после перенесенной острой аллергической реакции, т. к. чувствительность организма к аллергену в течение этого времени снижается (так наз. рефрактерный период).

Различают кожные и провокационные А. д. п. Кожные пробы основаны на выявлении специфической сенсибилизации организма путем введения аллергена через кожу. При этом оценивают величину и характер развивающейся воспалительной реакции. Различают качественные и количественные кожные пробы. С помощью качественных кожных проб определяют наличие или отсутствие сенсибилизации к данному аллергену. Эти пробы используют при диагностике аллергических, а также нек-рых инфекционных (туберкулез, бруцеллез и др.) и паразитарных (гельминтозы) болезней. Количественные кожные пробы позволяют получить представление о степени сенсибилизации организма. С их помощью определяют ту минимальную концентрацию специфического аллергена, при к-рой он вызывает в сенсибилизированном организме видимую аллерги-

ческую реакцию. Этот метод называется алергометрическим титрованием. Его проводят для установления дозы аллергена, с к-рой можно начинать специфическую гипосенсибилизацию — снижение уровня сенсибилизации путем введения в организм аллергена.

В зависимости от методики проведения кожные пробы могут быть прямыми и непрямыми. При прямых кожных пробах аллерген непосредственно контактирует с кожей больного в результате повреждения эпидермиса при введении (укол, царапина, внутрикожное введение). При капельных и аппликационных кожных пробах аллерген (обычно лекарственный препарат или вещество) наносят на неповрежденную кожу в виде капли или аппликации. Ответная кожная реакция считается положительной при появлении гиперемии, инфильтрации или волдыря. Она может возникнуть в течение 20 мин (немедленная реакция), через 6—12 ч (реакция переходного типа), через 24—48 ч (замедленная реакция). Тип ответной кожной реакции зависит от характера иммунол. механизма аллергической реакции (см. *Аллергия*). Степень чувствительности кожных проб различных видов увеличивается в следующей порядке: капельная, аппликационная, укол, скарификационная, внутрикожная. Выбор вида кожной пробы зависит от заболевания, предполагаемой степени чувствительности, характера аллергена, а также от реактивности кожи. Прием нек-рых лекарственных препаратов (антигистаминных, седативных средств) резко уменьшает реактивность кожи, поэтому перед специфическим алергол. обследованием необходимо в течение 5—7 дней воздержаться от приема этих лекарственных препаратов.

К непрямым кожным пробам относится реакция Прауснитца—Кюстнера, при к-рой сыворотку крови больного вводят внутрикожно здоровому человеку и после фиксации антител в коже реципиента (через 24 ч) в то же место вводят аллерген. По развитию местной кожной реакции судят о наличии антител-реагенов в исследуемой сыворотке. Данная реакция не исключает возможности переноса с сывороткой крови возбудителя при наличии скрытой инфекции у донора, поэтому применение ее ограничено.

В диагностике аллергических болезней нельзя полностью полагаться на кожные пробы и переоценивать их результаты. Постановка кожных проб и оценка их результатов должны проводиться только специально обученным медперсоналом в специализированных алергол. кабинетах.

При несоответствии данных алергол. анамнеза и результатов кожных проб в период ремиссии проводят провокационные пробы. Эти пробы основаны на воспроизведении аллергических реакций введением аллергена в орган или ткань, поражение к-рых является ведущим в картине заболевания. Различают конъюнктивальные, назальные и ингаляцион-

ные провокационные пробы. Конъюнктивальная провокационная проба проводится путем закапывания аллергена в нижний конъюнктивальный мешок. При появлении гиперемии конъюнктивы, слезотечения и зуда век реакция считается положительной. При назальной провокационной пробе, к-рую проводят при аллергических ринитах и поллинозах, испытываемый аллерген закапывают в одну половину носа, а в другую — контрольную жидкость. При появлении на стороне закапывания аллергена затрудненного носового дыхания и зуда реакция считается положительной. Ингаляционный провокационный тест применяют с целью этиологической диагностики бронхиальной астмы: с помощью аэрозольного распылителя вдыхают через рот р-р аллергена. В случае снижения более чем на 15% жизненной емкости легких реакция считается положительной.

К провокационным пробам относятся также холодовая и тепловая пробы, применяемые при холодовой и тепловой крапивнице.

Экспозиционная провокационная проба проводится при отсутствии четких признаков заболевания. Она основана на непосредственном контакте больного с подозреваемым аллергеном в той среде, в к-рой больной обычно находится. Противоположной ей является элиминационная проба — исключение из пищевого рациона предполагаемого аллергена, перевод больного, страдающего бытовой аллергией, в так наз. безаллергенную палату и др. Лейкоцитопеническую и тромбоцитопеническую провокационные пробы применяют в диагностике пищевой и лекарственной аллергии. В основе этих проб лежит снижение числа лейкоцитов и тромбоцитов в крови после введения больному испытываемого аллергена.

А. В. Артомасова.

АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ — см. *Аллергия*.

АЛЛЕРГИЯ (греч. allos другой + ergon действие) — необычная (повышенная) чувствительность организма к воздействию нек-рых факторов окружающей среды (химических веществ, микроорганизмов и продуктов их жизнедеятельности, пищевых продуктов и др.), называемых аллергенами. А. приводит к развитию аллергических заболеваний.

Термин «аллергия» был предложен австрийским педиатром Пирке (С. Р. Pirquet) в 1906 г. для обозначения необычной, измененной реакции нек-рых детей на введение им с лечебной целью противодифтерийной сыворотки.

Аллергические заболевания известны с древних времен. Древнегреческий врач Гиппократ (5—4 вв. до н. э.) описал случаи непереносимости нек-рых пищевых продуктов, приводящей к желудочным расстройствам и *крапивнице*. Древнеримский врач Гален (Galenus, 2 в. н. э.) сообщил о насморке, возникающем от запаха розы. В 19 в. была описана сенная лихорадка и доказано, что ее причиной является вдыхание пылицы растений (см.