

ПОПУЛЯРНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ЭНЦИКЛОПЕДИЯ

Главный редактор

академик

Б. В. ПЕТРОВСКИЙ

МОСКВА

«СОВЕТСКАЯ ЭНЦИКЛОПЕДИЯ»

1981

ОТ ГЛАВНОЙ РЕДАКЦИИ БМЭ

В период подготовки настоящего выпуска в статьях Популярной медицинской энциклопедии были устранены замеченные неточности и ошибки.

Производство настоящего тома осуществлялось в орден Трудового Красного Знамени Московской типографии № 2 Союзполиграфпрома — директор типографии Кулешов Ю. А., главный инженер Базылев Н. С., нач. производственного отдела Потиян З. А., нач. наборного цеха Орищенко И. С., нач. печатного цеха Кириллова Л. Н., нач. переплетно-брошюровочного цеха Бузунова Л. В.

Формы цветных иллюстраций изготовлены ордена Трудового Красного Знамени Московской печатной фабрикой Гознака. Директор фабрики Кузин Е. К., главный инженер Алехов А. В., нач. фоторепродукционного цеха Коган Л. М.

Печать цветных иллюстраций выполнена на фабрике им. Дунаева.

Популярная медицинская энциклопедия. Гл. ред. Б. В. Петровский. В 1-м томе. Аборт — Ящур. — М.: «Советская Энциклопедия», 1979. — 704 с., илл., 14 л. илл.

ИБ43

Популярная медицинская энциклопедия содержит 982 статьи, посвященные вопросам укрепления и сохранения здоровья, предупреждению болезней человека, уходу и рациональному физическому воспитанию детей, личной и половой гигиене, уходу за больными, первой помощи при отравлениях и угрожающих жизни состояниях и др. В энциклопедии публикуются также статьи по избранным вопросам теоретической медицины (биологии, генетике, физиологии и т. д.). Том хорошо иллюстрирован.

М $\frac{50104-015}{007(01)-79}$ без объявления. 4101000000 61(03)

Адрес

Главной редакции БМЭ:

Москва, 101882,

Петроверигский пер.,

д. 6/8

© ИЗДАТЕЛЬСТВО «СОВЕТСКАЯ ЭНЦИКЛОПЕДИЯ», 1979

Подписано в печать с матриц 16.09.81. Т—24926. Формат 84×108^{1/16}; бумага тип. № 1; гарнитура кудряшовская; печать текста высокая, вклеек — офсетная. Усл. печ. л. 73,92+2,94 вкл. Всего усл. печ. л. 76,86. Уч.-изд. л. 152,33, стереотипное издание 120 000 экз. Заказ. № 3944. Цена 9 руб. 10 коп.

Ордена Трудового Красного Знамени Московская типография № 2
Союзполиграфпрома при Государственном комитете СССР по делам издательств,
полиграфии и книжной торговли. 129085, Москва, проспект Мира, 105.

АКАДЕМИЯ МЕДИЦИНСКИХ НАУК СССР
БОЛЬШАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ЭНЦИКЛОПЕДИЯ

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Главный редактор — академик Б. В. ПЕТРОВСКИЙ

Заместитель главного редактора —
профессор П. П. ЛИДОВ (заведующий Главной редакцией)

БЛОХИН Н. Н., БОЛДЫРЕВ Т. Е., БУРГАСОВ П. Н., БУРЕНКОВ С. П., БУРНАЗЯН А. И., ВАСИЛЕНКО В. Х., ВЕНЕДИКТОВ Д. Д., ВОЛКОВ М. В., ГОРИЗОНТОВ П. Д., ДЕБОВ С. С., ДУБИНИН Н. П., ЕМЕЛЬЯНОВ С. В., ЗАКУСОВ В. В., ЗЕДГЕНИДЗЕ Г. А., КАЗАКОВ Б. Н. (главный учесный секретарь), КОВАНОВ В. В., КОМАРОВ Ф. И., КОСЯКОВ П. Н., КРАЕВСКИЙ Н. А., КРАСНОВ М. М., КРОТКОВ Ф. Г., ЛИСИЦЫН Ю. П., ЛОПАТКИН Н. А., МАЛИНОВСКИЙ Н. Н., МИХАЙЛОВ С. С., ОРЕХОВИЧ В. Н., ПАВЛОВ А. С., РОМОДАНОВ А. П., РУСАНОВ С. А., СЕРЕНКО А. Ф., СМИРНОВ Е. И., СНЕЖНЕВСКИЙ А. В., СТРУКОВ А. И., СТРУЧКОВ В. И., СУДАКОВ К. В., ТАБОЛИН В. А., ТРОФИМОВ В. В., ФРОЛОВ И. Т., ЦАРЕГОРОДЦЕВ Г. И., ЧАЗОВ Е. И., ЧЕРНУХ А. М., ШАБАНОВ А. Н., ШАПОШНИКОВ О. К., ШМИДТ Е. В., ЩЕПИН О. П., ЮДАЕВ Н. А.

РЕДАКТОРЫ И РЕЦЕНЗЕНТЫ, ПРИНИМАВШИЕ УЧАСТИЕ В РАБОТЕ НАД СТАТЬЯМИ
ПОПУЛЯРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ЭНЦИКЛОПЕДИИ

АВЕН О. И., АВETИСОВ Э. С., АДО А. Д., АНТРОПОВА М. И., АРХИПОВА Л. Т., БАЛАНДИН И. Г., БЕЛОВ И. Н., БЕЛЬКЕВИЧ В. И., БОГОСЛОВСКИЙ В. А., БОРОДУЛИН В. И., БРЖЕЗОВСКИЙ М. М., БРУЕНОК А. В., БЫКОВ А. С., ВАСИН Н. Я., ВЕЛИЧКО А. А., ВОРОБЬЕВА Е. А., ГАМОВ В. П., ГЕМОНОВ В. В., ГЕРАСЬКИН В. И., ГОЛЬДФАРБ Д. М., ГОРОДЕЦКИЙ В. К., ГУМЕНЮК В. А., ЖАРОВ В. В., ЖДАНОВ В. М., ЖИЖИН В. Н., ЗАВАЛИШИНА Т. С., ЗАЛТАЕВА Т. А., ЗУБАРЕВ Р. П., ИВАНОВ С. М., ИЛЛАРИОНОВ В. П., КАМЕНКЕР С. М., КАТКОВСКИЙ Г. Б., КИТАЕВ В. В., КЛЕМАШЕВ И. С., КЛИМИНСКИЙ И. В., КЛОЧКОВА Г. С., КОВАЛЕВ В. В., КОПШЕВ С. Н., КОРДЮКОВА С. А., КРАСНОВ М. Л., КРИЛЬ Е. Б., КРЯЖЕВА С. С., ЛЕБЕДЕВ В. П., ЛЬВОВ Д. К., МАЗОВЕЦКИЙ А. Г., МАЛАХОВСКИЙ Д. Е., МАТТИС Э. Р., МИНХ А. А., МОРОЗ Б. Б., МОРОЗОВ В. И., МОЧУЛЬСКИЙ А. С., МУРАТОВ В. К., НЕВСКАЯ Г. Ф., НОРБЕКОВ Н. Н., ОВЧИННИКОВ А. А., ОСИПОВСКИЙ С. А., ПАВЛОВА В. Н., ПАДАЛКИН В. П., ПАЛЬЦЕВ Ю. П., ПАСТУШНЫЙ С. А., ПЕРМЯКОВ Н. К., ПЕТРОВСКИЙ К. С., ПЛЕЦЕР В. Э., ПОЖАРИСКИЙ В. Ф., ПОКРОВСКИЙ Г. А., ПОЛТОРАНОВ В. В., ПОПОВА З. С., ПОРТНОВ А. А., ПОТУЛОВ Б. М., ПРЕОБРАЖЕНСКИЙ Н. А., ПЫТЕЛЬ А. Я., ПЫЦКИЙ В. И., ПЯТНИЦКАЯ И. Н., РОВНОВА З. И., РОЖДЕСТВЕНСКИЙ В. М., РУБЦОВ И. В., РЫБАКОВ А. И., СЕМЕНОВ В. Н., СКВОРЦОВ И. А., СМОЛЬНИКОВ П. В., СУМАРОКОВ А. А., СЫРКИН А. Б., ТАБОЛИН В. А., ТИМОХОВ В. С., ТУРБИНА Н. С., УРАНОВ В. Н., ФЕДОРОВ Г. Е., ФРЕЙДИН Л. М., ЧУРЮКАНОВ В. В., ШЕСТЕРНЯ Н. А., ШУМСКИЙ Н. Г.

ГЛАВНАЯ РЕДАКЦИЯ

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

Зам. заведующего Главной редакцией по научно-редакционной работе (руководитель НИЭГ) — д. м. н. Харламов Г. Е.

Научно-контрольная редакция. Заместители заведующего — к. м. н. Корендяев М. А., Рослякова Н. В., Сточик А. М.; научные консультанты — засл. врач РСФСР Плецер В. Э., проф. Русанов С. А.; научно-редакционная группа: Будковская Н. Г., Вострикова С. А., Дворянцев М. В., Дубинская М. Л., Злобина В. В., Козловская И. Б., доц. Крашкевич К. В., Ландмай М. Н., к. фарм. н. Лапин В. П., Максимов В. Я., к. м. н. Яковлев А. С.; группа библиографии: заведующий — Корнева В. В.; Егорова Т. И., Павлова К. Н.; группа цифровых материалов: заведующий — Мушинский И. П.; Жерновая Р. А., Зенкова Н. В., Рассадия В. А.; литературная группа: заведующий — Проказова К. В., Некрасова Н. Е., Осипова И. Б.

Общая редакция. Заведующий — Комаров А. И.; зам. заведующего — Недодаев А. И.; группа заказов и комплектования: заведующий — Жилева В. П.; производственно-технический отдел: заведующий — Рысев В. И.; экономист Евланова Р. Н.; корректорская: заведующий — Худина Т. И.; группа контрольной правки: заведующий — Суханова И. Г.; отдел перепечатки рукописей: заведующий — Зямина Л. Н.; техническое редактирование: Григорьева В. А.

Редакция словника. Заведующий — Лабезов Г. И.; группа словника: Дубровская Т. М., Енякина М. И., Кванина С. А., Лимаренко В. П., Обьцова Е. С., Семченко Л. В., Юшко Г. Я.; группа транскрипции: заведующий — Котельникова М. А.; Иванова Г. В., Киреева Т. Н., Кулякова Н. Ф.

Редакция иллюстраций. Заведующий — к. ф. н. Тищенко В. И.; редакционная группа: Губарева Л. С., Кайсарова Т. М., к. х. н. Орлова Л. М., Тишков Л. А.; звукозапись — Стрельникова Г. М.

Редакция Энциклопедического словаря медицинских терминов. Заведующий — засл. врач РСФСР Аюпян С. Ш.; научно-редакционная группа: Вербицкий В. М., Денисова Е. В., к. м. н. Завьялов Е. С., Машков Г. В., Тищенко П. Д., к. м. н. Черняк И. М.

Научно-исследовательская энциклопедическая группа АМН СССР (НИЭГ) — к. б. н. Каприелян Л. Б., к. м. н. Некрасов И. Л.

ИЗДАТЕЛЬСТВО «СОВЕТСКАЯ ЭНЦИКЛОПЕДИЯ»

Зам. директора — Ракитян И. А. Заведующий производственным отделом — Качалова Л. М. Выпускающие: Конова Л. И., Макарова К. Г.

можных осложнений в период беременности (напр., токсикозов), родов и в послеродовом периоде (родовые травмы, кровотечения и др.), а также мер помощи женщине, плоду и новорожденному при возникших осложнениях.

Практическое значение А. сводится к оказанию медпомощи женщине в период беременности, во время и после родов, а также новорожденному.

АКЦЕЛЕРАЦИЯ — ускорение роста и физического развития детей и подростков.

Современные дети и подростки в каждом возрасте обладают в среднем более высоким ростом и большей массой (весом) тела, чем их сверстники прежних лет. Чем старше дети, тем это различие заметнее. Так, в 1970 г. 6-летние мальчики Москвы были в среднем выше ростом на 7 см и тяжелее на 2,4 кг своих сверстников 1906 г., а 14-летние — соответственно на 16,6 см и 14,2 кг. Раньше прорезываются молочные зубы, раньше происходит их смена на постоянные, раньше наступает окостенение скелета. В результате рост прекращается на 2—3 года раньше, чем несколько десятилетий назад, зато размеры тела современного человека в среднем больше, чем в прежние годы, что объясняется ускоренным ростом в дошкольном (см. *Дошкольный возраст*) и школьном возрасте.

Современные дети и подростки не просто выше и крупнее своих сверстников прошлых десятилетий — пропорции их тела свидетельствуют о большей зрелости форм: в каждом возрасте отмечаются более длинные (относительно длины тела) ноги, более короткое туловище и относительно меньшие размеры головы.

А. проявляется не только в более быстрых темпах увеличения размеров тела, но и в более раннем половом созревании. Напр., средний возраст, в котором появляются менструации у московских девочек, снизился с 15 лет 2 мес. в 1932 г. до 12 лет 7 мес. в 1970 г. А. роста и развития отмечена повсеместно, но темпы ее различны. Наиболее выражена она в больших городах, меньше — в малых городах и сельской местности.

Наряду с ускорением физич. развития отмечается и ускорение развития нек-рых функций организма: частота сердечных сокращений и величина артериального давления раньше приближаются к их показателям у взрослых, быстрее развивается речь, раньше достигается уровень мышечной силы и мышечной выносливости взрослого.

Отмеченные факты не позволяют, однако, говорить о более раннем общем повзрослении подростков. Известно, что на нек-рые воздействия среды реакция подростков 70-х гг., более высоких и с большей степенью полового развития, не отличается от реакции их сверстников 60-х гг. Нельзя утверждать, что происходит одновременно ускорение психич. развития детей. Скорее имеет место значительное увеличение осведомленности современных детей и подростков, нежели истинное ускорение психич. развития. Это расхождение уровня физич., и в частности полового, развития, т. е. внешней «взрослости», с уровнем психич. и, главное, социальной зрелости приводит иногда к конфликтам подростков со взрос-

лыми — родителями, педагогами. Ставятся весьма актуальные вопросы улучшения физич. и сексуального воспитания молодежи (см. *Половое воспитание*), с тем чтобы, несмотря на более раннее половое созревание, избежать слишком раннего начала *половой жизни*.

Выдвинут ряд гипотез, объясняющих причины А.: более интенсивное воздействие солнечных лучей, улучшение питания, влияние электромагнитных колебаний и ионизирующей радиации. Одни ученые видят причину А. в урбанизации, т. е. комплексе условий жизни в больших городах с обилием различных раздражителей, и в т. ч. таких, как радио, кино, телевидение; другие — в уменьшении заболеваемости детей, особенно раннего возраста. Однако ни одна из этих гипотез не может считаться единственно правильной. В разное время и в разных местах ведущую роль приобретает то один, то другой из перечисленных факторов. Следует особо подчеркнуть соц. обусловленность А. В СССР благодаря экономическим и культурным преобразованиям, происшедшим после Великой Октябрьской социалистической революции, а также в странах социалистического содружества, где условия жизни населения резко улучшились, темпы А. особенно велики. Характерно, что темпы А. наиболее возросли в тех соц. группах, в к-рых ранее в связи с плохими условиями жизни показатели физич. развития были ниже. Напр., в 60-е гг. 20 в. средний рост 17-летних рабочих и учащихся подростков Москвы почти сравнялся, а в 80-е гг. 19 в. разница в их росте составляла несколько сантиметров (соответственно 158,3 и 162,7 см), за этот период у рабочих подростков этот показатель увеличился на 15,2 см, а у учащихся только на 11 см. Убедительным доказательством соц. обусловленности А. служит и то, что во время второй мировой войны ускорение роста и развития детей и подростков приостановилось и даже, наоборот, рост и масса (вес) тела уменьшились, половое развитие замедлилось. После окончания войны процесс А. возобновился и вскоре физич. развитие молодежи превысило довоенный уровень.

Мнения о влиянии А. на состояние здоровья детей и подростков разноречивы. Указывают на будто бы отрицательное влияние А. — более раннее возникновение и распространение нек-рых болезней, нарушение соответствия в развитии отдельных функций организма подростков и т. п. Однако эти факты либо не подтверждаются, либо могут вызываться другими причинами, а не А. Утверждения о благоприятном влиянии А. на здоровье подрастающего поколения также не имеют достаточно убедительных доказательств.

АЛИМЕНТЫ — один из видов материального обеспечения, представляемого в установленном законом порядке одним из членов семьи на содержание кого-либо из других ее членов, нуждающихся в помощи. Законом определен круг лиц, имеющих право на А., и круг лиц, обязанных платить А., а также размер и сроки их выплаты.

Размер А. устанавливается с учетом всех видов заработка, включая вознаграждения, и дополнительных доходов, получаемых от подсобного хозяйства.

А. на несовершеннолетних детей взывается в размере $\frac{1}{4}$ дохода на одного ребенка, $\frac{1}{2}$ — на двух детей и $\frac{1}{2}$ — на трех детей и более. Размер А. может быть снижен, если на содержании у родителя, обязанного платить А., имеются и другие несовершеннолетние дети, к-рые после выплаты А. в указанном размере оказываются менее обеспеченными, чем дети, получающие А.; если родитель, выплачивающий А., является инвалидом первой или второй группы; если дети, получающие А., работают и имеют достаточный заработок или находятся на полном содержании государства. Расходы на содержание детей, воспитывающихся в детском учреждении, могут быть взысканы с родителей в пользу учреждения. В случае смерти родителей или при отсутствии у них средств обязанности по содержанию несовершеннолетних детей могут быть возложены на других членов семьи: деда, бабушку, взрослых братьев и сестер, отчима или мачеху.

Если один из супругов нетрудоспособный или потерял трудоспособность в течение года после расторжения брака, он имеет право на получение А. от своего супруга, способного оказать ему материальную помощь, это же право предоставлено жене в период беременности, а также в течение одного года после рождения ребенка (помимо права на А., к-рые муж должен выплачивать на содержание ребенка).

Нуждающиеся в помощи нетрудоспособные члены семьи (родители или дети) имеют право на получение А. от братьев, сестер, деда, бабушки, внуков, а также от пасынков и падчериц при наличии у них достаточного заработка; пасынки и падчерицы могут быть освобождены от обязанностей по содержанию отчима или мачехи в том случае, если они находились на их содержании менее пяти лет или в случае невыполнения отчимом или мачехой обязанностей по их воспитанию. Воспитанники обязаны содержать нетрудоспособных и нуждающихся в материальной помощи лиц, их воспитавших, если эти лица не могут получить А. от своих детей или супруга.

Размеры алиментов на несовершеннолетних братьев, сестер, внуков, пасынков, падчериц, а также на совершеннолетних нетрудоспособных членов семьи, нуждающихся в помощи, устанавливаются судом в каждом конкретном случае.

А. на содержание детей выплачиваются до их совершеннолетия. При изменении условий, в силу к-рых взыскан А. (создание новой семьи, восстановление трудоспособности и т. п.), право на А. утрачивается.

Злостное уклонение от уплаты А. на содержание детей влечет за собой уголовное наказание.

АЛКОГОЛИЗМ — неумеренное потребление спиртных напитков, оказывающее вредное влияние на здоровье и трудоспособность пьющего, а также на быт и благосостояние общества.

Упоминания о спиртных напитках имеются в древнейших письменных источниках. 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

астрономич. событиям (напр., полнолуние или новолуние, удачная охота). Чем сложнее были условия существования племени (добывание пищи, опасное соседство), тем чаще племя прибегало к «снятию напряжения» — к совместному опьянению.

Столь же древнюю историю имеет прием спиртного в компаниях, гостях. Употреблявшийся племенем опьяняющий напиток по общему для всех поводу вызывал и однозначные эмоциональные переживания, к-рые были тем более сходными, чем проще был духовный мир первобытного человека. С тех пор алкоголь стал символизировать психич. родство, единство «крови». Обряд побратимства, совершаемый путем непосредственного смешения или питья крови, заменяется ритуалом добавления крови каждого в общую чашу вина (у скифов) и, наконец, приобретает форму совместного питья вина. В христианской религии употребление вина — крови христовой (причащение) — означает причощение к духовному братству (причаститься — стать частью). Поэтому традиционное употребление спиртного при встрече друзей, в радости и горе, по праздникам, печальным и радостным торжественным дням имеет очень глубокие корни. А опыт сближения даже в малознакомой компании, положительное эмоциональное воздействие или смягчение переживаний, обусловленное специфич. действием алкоголя (см. *Алкогольное опьянение*), способствует сохранению этой традиции.

По мере усложнения соц. структуры общества употребление алкоголя становится все более и более индивидуальным (появляются индивидуальные мотивы и индивидуальное отношение к спиртному) и в то же время увеличивается число факторов, обуславливающих развитие А.

В подавляющем большинстве это экономич. причины, вызывающие распространение А. среди необеспеченных слоев населения капиталистич. стран. Тяжелые жилищные условия, недостаточное и однообразное питание, отсутствие и недоступность культурных развлечений, безвыходность положения — причины тяжелого бытового пьянства, к к-рому люди прибегают как к средству забвения или (в виноградарских странах) как к доступному суррогату питания.

Однако уже с конца прошлого века было установлено, что с повышением благосостояния А. также начинает расти. Опыт современных высокоразвитых стран подтверждает эту закономерность. А. в США увеличивается по мере сосредоточения промышленности и населения в крупных городах (урбанизация), роста материальной обеспеченности и уровня образования. Исключение составляют женщины, среди к-рых А. увеличивается по мере их вовлечения в производство, но уменьшается с повышением уровня образованности. С урбанизацией усиливаются соц. контакты, передача дурных навыков, нервно-психич. напряженность, ослабляется нравственный контроль, т. к. в условиях большого города поведение человека менее поддается соц. контролю, чем в малом поселке. Увеличение А. по мере роста образования и благосостояния расхо-дится с данными официальной поли-

пейской статистики, согласно к-рой задерживаются за правонарушения, совершаемые в состоянии опьянения, в основном лица с низким образовательным и имущественным цензом. Эти расхождения объясняются тем, что лица из необеспеченных семей, не имея условий для того, чтобы сделать свое пьянство скрытым, пьют на улицах, в распивочных и т. п.

Социально обусловлены и психологич. причины пьянства. Под психологич. причинами понимается совокупность мотивов, побуждающих отдельные личности к употреблению спиртного. Трудности приспособления к внешней среде, конфликт с окружением, неудовлетворенность, одиночество, непонятость, утомление, робость, осознание своей неполноценности в каком-либо отношении и пр. вызывают психич. состояние дискомфорта, временно облегчаемое действием спиртного. Однако не все и не всегда в неприятные для себя моменты или периоды прибегают к помощи алкоголя. Последнее определяется как индивидуальным опытом, индивидуальным отношением к алкоголю, так и соц. контролем. Соц. ситуация способна не только создавать повод для приема спиртного, но и ограничивать его употребление. Это ограничение может быть формальным (законодательным) и неформальным (нравственным). Последнее во многом зависит от отношения человека к существующим по этому поводу установкам общества и общественной морали. Чем ниже возможности личности к овладению трудной ситуацией, тем скорее прибегает такой человек к алкоголю и тем меньше вероятность волевого прекращения потребления спиртного. Однако эта группа лиц составляет незначительную часть пьющих и нуждается не столько в соц. контроле, сколько в психиатрич., в частности в психотерапевтич., помощи. Можно считать, что чем снисходительнее относится общество к неумеренному 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 соц. контроль, либо живущие вне общесоциальных норм. Существует так наз. пьянство по подражанию, распространяющееся тем скорее, чем терпимее к нему относится общество. «Подражание» — название условное. Истинной причиной является стремление к элементарному удовольствию, не контролируемое нравственными нормами и соображениями о возможных индивидуальных и соц. последствиях А. Так, алкоголь употребляется или психически незрелыми индивидуумами (пьянство молодых), или несложно организованными личностями, для к-рых настоящие удовольствия малодоступны ввиду недостаточного уровня интеллектуального развития. Распространению пьянства «по подражанию» среди молодежи способствует также ложное мнение о тонизирующем действии алкоголя, его полезности для организма, сила обычаев и бытующее еще представление, что употребление спиртных напитков — показатель зрелости, самостоятельности, силы и мужества.

Важное место занимает влияние ближайшего окружения (родители, друзья),

в значительной степени формирующего личность и определенное отношение к алкоголю. При исследовании роли семьи в возникновении и распространении А. установлено влияние злоупотребления алкоголем одним из родителей и неправильного воспитания в детстве (излишняя опека, тепличные условия или, напротив, безнадзорность, безразличие родителей, их неуравновешенность, конфликты в семье и т. п.).

Многие исследователи обращают внимание на несовершенство личности алкоголиков, на предрасположенность нек-рых личностей к А. Однако эта предрасположенность реализуется далеко не всегда. Она может и не проявиться в результате правильного воспитания и соц. контроля.

А. отражается на всех формах индивидуальной и общественной жизни. Не только систематич., но и эпизодич. употребление спиртных напитков причиняет вред здоровью пьющего, нередко ведет к разрушению семьи, пагубно отражается на воспитании детей. Под воздействием алкоголя люди утрачивают чувство ответственности перед обществом и государством, совершают хулиганские поступки и другие правонарушения. А. наносит ущерб производству, приводит к снижению производительности труда и другим нарушениям трудовой дисциплины, авариям, производственным травмам и гибели людей. А. ведет к падению уровня нравственности, благосостояния населения.

Установлено, что А. разрушающе действует на все системы и органы человека. В результате систематич. употребления алкоголя развивается симптомокомплекс болезненного пристрастия к нему, выражающийся в потере чувства меры и контроля над количеством потребляемого алкоголя, нарушении деятельности центр. и периферич. нервной системы (психозы, невриты и т. п.) и функций внутренних органов (см. *Алкоголизм хронический*). Изменение психики, возникающее даже при эпизодич. приеме алкоголя (возбуждение, утрата сдерживающих влияний, подавленность и т. д.), обуславливает частоту самоубийств, совершаемых в состоянии опьянения. По данным официальной статистики, в Англии 70% самоубийств совершается в состоянии опьянения; самоубийства среди алкоголиков в 8—10 раз чаще, чем среди непьющих.

Возникающие при опьянении нарушения равновесия, внимания, ясности восприятия окружающего, координации движений обуславливают частоту несчастных случаев. По данным Центрального ин-та травматологии и ортопедии, в Москве ок. 20% бытовых, 46% уличных, от 11 до 18% производственных травм связано с опьянением; госпитализированные по поводу «алкогольного» травматизма (тяжелые случаи) составляют 30% поступающих в травматол. отделения. По официальной статистик. данным, в США ежегодно регистрируется 400 тыс. травм, происшедших в состоянии опьянения.

Нарушение обмена витаминов (особенно группы В), непосредственное токсич. действие алкоголя обуславливают поражение периферической нервной системы, проявляющиеся в виде

невритов, полиневритов 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 злоупотребляющих спиртными напитками отмечаются расстройства вегетативной нервной системы (сильная потливость, похолодание кистей и т. п.). У длительно пьющих нередко возникает снижение зрения, ослабление реакции зрачков на свет; в отдельных случаях — снижение слуха и обоняния.

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

Особенно вредное влияние А. оказывает на печень; при длительном систематич. злоупотреблении алкоголем происходит развитие алкогольного *цирроза печени*. А. одна из частых причин заболеваний поджелудочной железы (*панкреатита, диабета сахарного, стенокардии, инфаркта миокарда*). По данным Института кардиологии АМН СССР, атеросклероз коронарных сосудов сердца и сосудов головного мозга развивается у лиц, злоупотребляющих алкоголем, в 4—5 раз, а артериальная гипертония в 3—4 раза чаще, чем у непьющих; развитие атеросклероза сосудов головного мозга и сердечной мышцы у лиц, злоупотребляющих спиртными с юности, наблюдается уже в возрасте 25—35 лет.

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 хрон. А. Вследствие «алкогольной импотенции» у мужчин легко возникают различные функциональные нарушения центральной нервной системы (неврозы, реактивные депрессии и т. д.). У женщин под влиянием алкоголя рано прекращаются менструации, снижается способность к деторождению, чаще наблюдаются токсикозы беременности.

Систематич. употребление алкоголя приводит к преждевременной старости и инвалидности; продолжительность жизни алкоголика на 15 лет меньше среднестатистической.

А. нарушает процесс общественного производства; многие предприятия и учреждения несут значительные потери от прогулов, травматизма, аварий, хищений, снижения производительности труда. Установлено, что производительная продуктивность больных хрон. А. почти на 10% ниже средней продуктивности здоровых людей. Нарушение координации движений и ослабление внимания, развивающиеся в результате приема даже небольших доз алкоголя, способствуют снижению производительности труда у квалифицированных пром. рабочих в среднем на 30%, а при умеренной степени опьянения — на 70%; при приеме 30 мл водки отмечено значительное увеличение ошибок у борщиков, машинисток, операторов;

при приеме 150 мл водки отмечено уменьшение мышечной силы и снижение производительности труда на 25% у землекопов и каменщиков. Прогулы у неумеренно пьющих составляют от 35 до 75 рабочих дней в году. По данным амер. телефонной компании «Белл», невыход на работу среди лиц, неумеренно пьющих, в 5 раз чаще, чем среди непьющих. По данным официальной статистики, 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 франц. промышленность по вине «алкогольных заболеваний» теряет 8 млн. рабочих дней. Среди пром. рабочих США насчитывается более 1,5 млн. больных хрон. А. с поражением внутренних органов, что, по данным департамента здравоохранения, наносит амер. промышленности ущерб, исчисляющийся суммой ок. 500 млн. долларов. Временная нетрудоспособность от травм, «алкогольных заболеваний», а также обострения хрон. заболеваний, связанных со злоупотреблением алкоголем, составляет в США ок. 30 млн. дней в году. Финансовый ущерб, наносимый только «пьяным» травматизмом, составляет 1120 млн. долларов.

Взаимосвязь А. с преступностью обусловлена как известной общностью социально-психологич. корней этих явлений, так и 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, вызывающим ослабление критич. оценки ситуации, возбуждение с озлоблением, агрессивностью, расторможением низменных инстинктов и побуждений. При этом насильственное, агрессивное поведение, следствием к-рого нередко бывают такие преступления, как хулиганство, нанесение телесных повреждений, убийство, изнасилование, не является средством достижения каких-либо рациональных целей и проявляется не только при систематич., но и при эпизодич. употреблении алкоголя. Так, по данным амер. психиатрич. ассоциации, от 50 до 70% заключенных в тюрьмах США отбывают наказание за преступления, связанные с пьянством; злоупотребление алкоголем — причина половины уголовных преступлений во Франции; по данным советского ученого В. Н. Кудрявцева, 80% убийств и более 90% случаев хулиганства совершаются в пьяном виде.

Корыстный тип личности формируется под влиянием систематич. употребления алкоголя. Снижение интеллектуального и морального уровня, вытеснение всех интересов и постоянное стремление к употреблению алкоголя, замена соц. окружения на новое, более соответствующее стремлениям пьющего (ослабляющие связи с семейными друзьями 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. Так, по данным советского ученого С. С. Степичева, ок. 60% осужденных за грабеж и разбой совершили эти преступления исключительно с целью добыть деньги на выпивку.

Злоупотребление спиртными напитками одним из супругов — частая причина распада семьи. По данным обследования, проведенного советскими учеными Н. А. Виноградовым и А. В. Качаевым (1971), более 18% лиц, находившихся на излечении от хрон. А., порвали с семьей, а у 11% — семейная жизнь находилась под угрозой развода; 68% из числа обследованных пропивали всю зарплату. По данным исследований франц. социологов, в результате пьянства одного из супругов семья теряет от 40 до 70% семейного бюджета. Приведенные данные, естественно, не учитывают многочисленных случаев косвенного влияния А. на распад семьи, когда непосредственной причиной расторжения брака явились ослабление взаимного влечения в связи с развившимися под влиянием алкоголя нарушениями половой функции или изменениями личностных свойств одного из супругов, факты супружеской неверности, венерической заболевания, возникшие в результате случайных связей. Дети алкоголиков и дети, зачатые в нетрезвом состоянии, медленнее развиваются физически и психически (позже начинают ходить, говорить и т. п.); среди них чаще наблюдаются различные пороки развития, умственная отсталость, эпилепсия и т. д., причем, по мнению советского исследователя В. И. Дульнева, число умственно отсталых детей прямо пропорционально длительности злоупотребления алкоголем родителями. Так, в результате обследования 8196 детей-идиотов швейцарский психиатр Бенцан выявил, что все они были зачаты родителями во время праздников, связанных с употреблением больших доз алкоголя (масленицы, свадьбы, карнавалы); по данным франц. психиатра Буренвиля, среди детей, страдающих слабоумием и умственной отсталостью, наследственность отягощена А. более чем в 40% случаев.

А. родителей пагубно сказывается на воспитании подрастающего поколения. Безразвратная атмосфера в семье, потеря уважения к родителям не только приводят к замкнутости и озлобленности подростка, но и самым явным образом отражаются на его соц. позиции, взглядах, мотивах поведения и т. д., обуславливают особую подверженность сторонним, дурным влияниям, формируя ориентацию на антиобщественное поведение и правонарушения, тягу к алкоголю, половую распущенность. 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 одного года.

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, последствием к-рых нередко бывают «нежелательная» беременность, аборт, заражение венерич. болезнями. Так, ок. половины первых аборт, произведенных незамужним женщинам, явились результатом случайных связей, совершенных 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 этич. и законодательные меры, препятствующие распространению А. В Древнем Китае и Древнем Египте во втором тысячелетии до н. э. пьяниц подвергали суровым и унизиительным 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, особенно в день свадьбы; в Риме с 3 в. до н. э. существовал запрет пить вино лицам до 30-летнего возраста.

С началом образования централизованных национальных государств (15—16 вв.) также предпринимались попытки общественного ограничения пьянства. Вначале они носили чисто нравственный, а затем и законодательный характер. Напр., в послании митрополита Фотия в 1410 г. возбраняется пить вино до обеда, в домостроевских нормах Сильвестра предписывалось сыну не напиваться хмельным допьяна, а невестке — вина не любить и не давать пьянствовать домашним. Иваном III был издан указ, к-рым запрещалось «гнусное» пьянство. Согласно этому указу простому народу разрешалось варить хмельное только четыре раза в год — на большие церковные праздники и в исключительных случаях — на семейные торжества; по окончании легкого времени оставшаяся пища опечатывалась до другого праздника. На людей привилегированного положения указ не распространялся. Тем не менее пьянство в средневековой Руси было всеобщим; пили священнослужители, женщины, дети. Дальнейший рост пьянства начинается с введением гос. монополии на торговлю спиртным (при Борисе Годунове) и открытия «царевых кабаков».

Начиная с конца 18 в. борьба с А. принимает более организованный характер и развивается по мере установления экономич. ущерба, наносимого пьянством, и отрицательного влияния систематич. 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. К 19 в. относится начало создания различных противоалкогольных лиг и ассоциаций, пропагандистская деятельность

к-рых приобретает характер планомерной воспитательной и сан.-просвет. 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. Так, в США в 1851—1856 гг. был введен запрет на торговлю крепкими спиртными напитками (водка, виски) на территории 16 (из 31) штатов. Хотя этот запрет просуществовал недолго, известно, что потребление крепких напитков в этих штатах не возвращалось к прежнему уровню, зато резко повысилось потребление пива.

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

Одной из форм ограничения распространения и производства спиртных напитков, особенно для стран, не имеющих гос. 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 разрешался 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 для расходов на ведение антиалкогольной работы, а также оказание помощи семьям алкоголиков. С нек-рыми изменениями Гетеборгская система была введена также в Норвегии и Финляндии. Дальнейшим видоизменением Гетеборгской системы явилась так наз. система Братта, принятая в Швеции в 1919 г. и вводящая своеобразный алкогольный паек.

Согласно системе Братта главы семей, постоянно проживающие 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. К мерам, направленным на ограничение распространения спиртных напитков, относятся также законоположения, касающиеся условий открытия предприятий, торгующих спиртными напитками, и установление права населения и органов местного самоуправления решать вопросы о приемлемости существования имеющихся и открытия новых мест про-

дажи 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 осуществление права местного запрета носило скорее пропагандистский характер, т. к. вводилось на ограниченной территории и не лишало жителей права приобретения спиртного в соседних районах. Поэтому естественным продолжением права местного запрета становится законодательство о запрещении 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, вводимое временно, в связи с особыми гос. нуждами (война, мобилизация, неурожай и т. п.), или постоянно. Однако 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, напиток крепостью более 12% в Норвегии), приводило к значительному росту потребления менее концентрированных напитков, и, 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 некрепленным алкогольным напиткам. Полный временный запрет алкоголя, вводимый в связи с гос. нуждами, не говоря о далеко не полном его соблюдении, вызывал 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 оказанием экономич. давления со стороны стран с развитым винодельческим производством, ввозом контрабандного спирта, развитием внутри страны черного рынка и самогонварения.

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» и осознав сложность и длительность работы по ликвидации этого наследия, социалистич. государство привлекло к участию в борьбе с А. широкие массы трудящихся, партийные, советские, гос., профсоюзные, комсомольские и другие организации. Советское государство видело залог успеха борьбы с А. в осуществлении широких соц. преобразований, направленных на укрепление экономики страны и социалистич. общественного строя, развитие социалистич. морали, повышение благосостояния, культуры и образованности народных масс, улучшение условий труда и быта, создание сети противо-

алкогольных учреждений и т. п. Однако рост благосостояния, культуры, улучшение условий труда и быта, полная занятость населения, перестройка на основах социалистич. морали семейных и трудовых отношений, хотя и являются достаточной основой для устранения социально-психологич. причин А., не могут гарантировать общество от появления лиц, к-рые в силу личностных особенностей или интеллектуальной незрелости злоупотребляют спиртными напитками.

Система противоалкогольной работы в СССР представляет комплекс воспитательных, сан.-просвет., ограничительных и мед. мероприятий, сочетающихся с мерами общественного и гос. пресечения в отношении лиц, не желающих выполнять нравственные установки социалистич. общества.

Задача противоалкогольного воспитания населения — добиться изменения отношения к алкоголю: всякое злоупотребление спиртными напитками должно рассматриваться как порочное явление, наносящее ущерб интересам государства, здоровью, материальным и семейным интересам пьющего, несовместимое с моралью и нравственностью советского человека. Второй, не менее важной задачей противоалкогольной пропаганды является разъяснение мероприятий, направленных на борьбу с А., осуществляемых по линии гос. и административных органов и общественных организаций; мобилизация общественности и широких масс трудящихся на борьбу с пьянством путем вооружения их конкретными знаниями о влиянии А. на здоровье, труд, быт, благосостояние и нравственность общества. Особое внимание обращается на противоалкогольное воспитание учащейся и рабочей молодежи.

Большое влияние на эффективность противоалкогольной воспитательной работы, особенно среди молодежи, оказывают дальнейшее расширение сети театров, концертных залов, кинотеатров, музеев, выставочных залов, клубов, Дворцов культуры, безалкогольных молодежных кафе, парков, зон отдыха, строительство новых спорт. сооружений; развитие самодеятельности, народных театров, массового физкультурного движения и т. п., заменяющих возбуждающее действие алкоголя различными формами активного интеллектуального отдыха.

Важной 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.

Принятые законодательные меры ограничивают распространение алкогольных напитков среди населения: сокращение производства водки и крепких спирто-водочных изделий, борьба с домашним производством крепких спиртных напитков — самогона, чаши,

спиртовой водки и др. (напр., УК РСФСР предусматривает уголовное наказание за самогонварение сроком до 5 лет лишения свободы).

Советским законодательством предусмотрены меры предупреждения распространения 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 всех алкогольных напитков (в т. ч. пива) несовершеннолетним; 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 19.VI.1972 г. предусматривается вложение административного штрафа в размере до 30 рублей на родителей и других лиц, виновных в доведении несовершеннолетнего до состояния опьянения, и уголовное наказание (штраф в размере до 50 рублей, исправительные работы или лишение свободы сроком до одного года), 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. систематич. доведение до состояния опьянения, независимо от родственных связей пострадавшего с виновным, рассматривается как уголовно наказуемое деяние (напр., по ст. 210 УК РСФСР за вовлечение несовершеннолетнего в пьянство предусматривается лишение свободы сроком до 5 лет).

Установлены меры, препятствующие появлению на работе в нетрезвом состоянии или употреблению спиртных напитков в рабочее время или 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 РСФСР от 19.VI.1972 г. и указами Президиумов Верховного Совета других союзных республик «О мерах по усилению борьбы против пьянства и алкоголизма» бригадир, мастера, начальники цехов, участков, смен и другие хозяйственные руководители, допускающие распитие подчиненными им работниками спиртных напитков на производстве, а также не принимающие мер к отстранению 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.V.1972 г. в этих случаях листок временной нетрудоспособности при

амбулаторном и стационарном лечении не оформляется и пособие по временной нетрудоспособности не выплачивается.

Советское уголовное право устанавливает, 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 даже при минимальном опьянении; нарушение этого положения рассматривается как преднамеренное действие, направленное на создание аварийной ситуации на транспорте, виновные в зависимости от обстоятельств подлежат административному (штраф, временное или постоянное лишение прав на вождение транспортных средств) или уголовному наказанию.

Законодательством предусмотрено ограничение дееспособности с установлением попечительства над лицами, злоупотребляющими спиртными напитками и ставящими этим свою семью в тяжелое материальное положение. Ограничение дееспособности лишает гражданина права производить 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 т. д. Дело об ограничении дееспособности вследствие злоупотребления алкоголем может быть начато судом по заявлению членов семьи, общественных организаций, психиатрич. учреждения. Срок ограничения дееспособности судом не устанавливается. Ограничение дееспособности отменяется спец. решением суда по ходатайству органов попечительства, общественных организаций при наличии заявления подопечного и членов его семьи.

В соответствии со статьей 36 Основ законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении А. наряду с инф., венерич. и психич. заболеваниями относится к состояниям, представляющим опасность для окружающих и требующим спец. мер лечения и профилактики. Законодательством союзных республик (напр., Указ Президиума Верховного Совета РСФСР) предусмотрено принудительное лечение больных хрон. А., уклоняющихся от добровольного лечения, нарушающих трудовую дисциплину и общественный порядок, и трудовое перевоспитание их в лечебно-трудовых профилакториях в течение 1—2 лет. Направление в эти учреждения осуществляется судами, но судимости не влечет.

Социализм ликвидировал основные соц. факторы, способствующие распространению пьянства. Социалистич. общественное производство создает материальные ценности во имя человека и для блага человека. Поэтому существование и распространение А. среди определенной части населения несовместимо с нормами социалистич. морали, искоренение его — важнейшая гос. задача.

АЛКОГОЛИЗМ ХРОНИЧЕСКИЙ — болезнь, развивающаяся вследствие систематического неумеренного употребления спиртных напитков. Первые при-

знаки болезни — появление высокой переносимости алкоголя — способности принимать большие количества спиртного часто без признаков отравления и последующего отвращения, исчезновение рвоты при передозировке. Одновременно возникает болезненное влечение к алкоголю (постоянные мысли о спиртном, подъем настроения в предвкушении приема и т. п.). Опьянение становится единственным состоянием, при котором испытывается удовольствие и благополучие; другие ситуации утрачивают ценность. В отсутствие спиртного, даже при самых благоприятных обстоятельствах, появляется рассеянность, раздражительность, падает работоспособность. После приема нужного количества спиртного настроение улучшается, возвращается психич. тонус, подвижность психич. процессов, концентрация внимания и др.

С течением времени болезненное приращение начинает проявляться неудержимым стремлением к алкоголю, к-рое руководит поведением больного. Это влечение может достигать интенсивности голода, жажды и сопровождаться такими проявлениями, как расширение зрачков, потливость и т. п. Пьянство приобретает регулярный, систематич. характер. Меняется форма опьянения — ослабевает успокаивающее, расслабляющее действие спиртного, появляется тонизирующее, возбуждающее. Трезвый алкоголик вял, несобран, подавлен; пьяный — становится деятельным, подвижным, оживленным. Но благодушие у него легко сменяется раздраженностью, гневливостью или плаксивостью. Возможны необоснованная ревность, ощущение несправедливой обиды, агрессивность и пр. В опьянении возникают расстройства памяти: утрата деталей происходившего или полная невозможность при протрезвлении вспомнить, что произошло во время опьянения.

Абстинентный (похмельный) синдром развивается постепенно, обычно на 4—10-м г. болезни. Вначале возникает чувство дискомфорта, разбитости, слабые вегетативные признаки (зевота, озноб, послабление кишечника). Когда похмельный синдром достигает апогея, он включает многочисленные симптомы: расширение зрачков, потливость, озноб, зевота, мышечная напряженность и дрожание рук, расстройство координации движений, повышение рефлексов, кровавого давления, сердцебиение, потеря сна и аппетита. С утяжелением неурядимого влечения к алкоголю утреннее похмелье начинает переходить в дневное пьянство. С течением времени могут присоединиться психич. расстройства, алкогольный психоз. Помимо обычных симптомов — бессонницы, раздражительности, напряженности — могут возникнуть неопределенные страхи, тревога, подавленность, чувство вины. Иногда наблюдаются судорожные припадки и острый психоз, наиболее распространенной формой к-рого является «белая горячка». Как перенесенный острый психоз, так и судорожный припадок снижают умственные способности больного.

С течением алкоголизма видоизменяются его проявления. Падает переносимость спиртного — хрон. алкоголик пьет от очень малых доз, расстройство памяти возникает при легкой степени

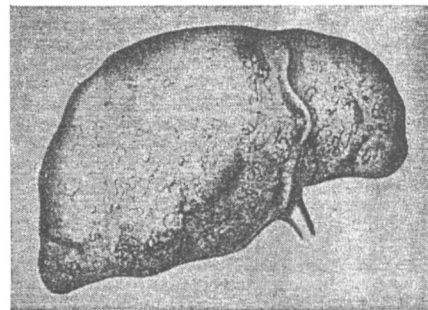
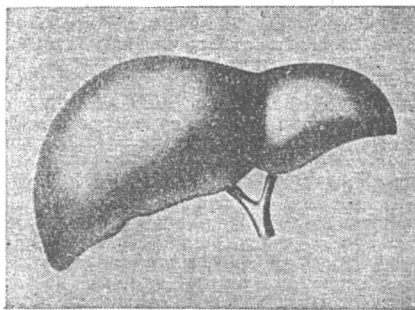


Рис. 1. Алкогольный цирроз печени: поверхность печени бугристая в связи с разрастанием соединительной ткани, замещающей поврежденные алкоголем печеночные клетки; слева — печень здорового человека (для сравнения).

опьянения. Иногда пьянство становится периодическим — появляются истинные запои, когда в каждый следующий день большой выпивает меньше, чем в предыдущий, и запой кончается тяжелым психозом, истощением и невозможностью дальнейшего приема спиртного. У нек-рых больных истинные запои приобретают достаточно правильный циклический характер, что свидетельствует о поражении определенных структур мозга. Постепенно меняется и картина похмельного синдрома. Похмельное состояние теряет свою напряженность, но опасность для жизни больного возрастает. Хрон. алкоголики в похмелье с трудом движутся, вялы, апатичны или депрессивны, возможны случаи самоубийства. Иногда в запущенных случаях алкоголизма возникают хрон. психозы (бред ревности, тяжелая форма алкогольного слабоумия), нарушение сознания, параличи и др.

Последствия А. х. — биологические и социальные — тяжелы как для самого алкоголика, так и для общества. Биол. последствия заключаются в прогрессирующем психозе, истощении. Сначала возникает астенический симптомокомплекс (утомляемость, слабость, эмоциональная неуравновешенность), к к-рому присоединяются бессонница, падение аппетита и различные функциональные нарушения. Алкоголизм постепенно приводит к психопатии, снижению интеллекта (истощаемость, отвлекаемость, падение творческих способностей и даже слабоумие), эмоционально-волевым расстройствам (неустойчивость, огрубение, упрощение отношений, непоследовательность, невыдержанность, недисциплинированность, нетерпеливость, разбросанность) и разнообразным изменениям личности (сужение круга общения и занятий, утрата интересов, потребности в духовном развитии, знаниях, повышении квалификации, искажение нравственных убеждений, пренебрежение прежде значимыми установками, уважением к авторитетам и человеческой личности). Телесные нарушения многообразны и могут возникнуть в самом начале А. х.; если какая-либо система ослаблена (наследственно или в результате ранее перенесенной болезни). Часто поражаются сердечно-сосудистая и пищеварительная системы. Особенно страдает печень: А. х. — наиболее частая причина цирроза печени (рис. 1). Для А. х. характерны расстройства нервной системы,

отражающие нарушения как в головном мозге, так и в периферических нервных образованиях. Эти расстройства многообразны: от нарушения нервной регуляции всего организма до нарушений координации движений, расстройств походки и неврíticos. Особо опасен неврит зрительного нерва, при к-ром возникает падение остроты зрения, сужение поля зрения (выпадение периферического зрения), нарушение видения цветов (красный и зеленый цвета). При употреблении суррогатов алкоголя возможна полная слепота.

Продолжительность жизни больного А. х. в среднем на 15 лет меньше, чем у его непьющих сверстников. Непосредственные причины смерти: сердечно-сосудистая декомпенсация (так наз. смерть от опоя), травмы (травматизм у алкоголиков в 7—8 раз выше, чем у непьющих), несчастные случаи, острая печеночная недостаточность, острый панкреатит, простудные заболевания, самоубийства, острый психоз и др.

Конфликт алкоголика с обществом ускоряет изменение его личности — нравственно-этическую деградацию. Он вынужден лгать, оправдываться. Усугубляет нравственно-этическую деградацию развивающееся снижение интеллекта. Постепенно возникает и соц. деградация — потеря квалификации, работы, семьи. Алкоголизм, даже если не приводит к формальному распаду семьи, всегда разрушает ее по существу, пагубно влияя на жизнь и здоровье по крайней мере двух поколений. В потомстве алкоголиков эпилепсия, олигофрения, различные пороки развития (рис. 2) встречаются значительно чаще, чем в потомстве непьющих. Гнетущая обстановка в семье алкоголиков ведет к неправильному воспитанию и развитию детей, способствует возникновению нервных и психич. расстройств. Распространение А. х. снижает нравственность и способствует развитию преступности (см. Алкоголизм).

Лечение. Результатом многолетнего отравления организма алкоголем является, наряду с другими последствиями болезни такое изменение биол. процессов, что способность «пить как все» безвозвратно утрачивается. Сколько бы ни длилось воздержание от спиртного, при возобновлении его употребления пьянство вновь становится болезненным. Неудержимость возникает тем скорее, чем короче было воздержание. Следовательно, для лиц, страдающих алкоголизмом, при нарушении режима

воздержания всегда сохраняется вероятность внезапной утраты контроля. В задаче лечения входит прекращение злоупотребления спиртным, устранение явлений похмельного синдрома, восстановление нарушенных функций, подавление влечения к алкоголю, перевоспитание личности алкоголика, создание стойкой установки на трезвость.

Сам больной без врачебной помощи приостановить ход болезни бессильен. Сознательный обрыв пьянства возможен только в начальных стадиях заболевания. Осознание больным, личностный к-рог еще не изменена, серьезность сложившейся ситуации (конфликты в семье, на работе и т. д.) может подавлять влечение к алкоголю. Произвольное прекращение пьянства обычно следует за острым алкогольным психозом, но оно редко длится более полугода. В большинстве случаев необходимо побуждение к лечению со стороны. При этом особая роль принадлежит семье. Близкие раньше, чем кто-либо, имеют возможность увидеть болезненный характер пьянства. Они же первыми столкнутся с многообразными и тяжелыми последствиями А. х.

Чем дольше откладывается лечение, тем тяжелее будет устранить опасные последствия запущенной болезни. Позднее обращение к врачу часто объясняется незнанием начальных признаков заболевания. Долгое время, даже когда уже есть болезненное влечение к спиртному, проводится активный поиск поводов выпить и сделан выбор подходящей для этого компании, в А. х. продолжают видеть бытовое пьянство, распушенность, влияние пьющих друзей. Алкоголик и его близкие сохраняют иллюзию, что с изменением обстановки, «взявшись за ум», пьянство можно прекратить. Близкие позволяют себя убедить, что каждый прием спиртного имел вескую причину, хотя частота, разнообразие причин, выдвигаемых пьющим, должны оцениваться только как повод. Обилие причин для пьянства означает только одну причину — влечение к спиртному.

Долгое время близкие верят обещаниям алкоголика бросить пить или начать пить умеренно. Клятвы эти убедительны, в исполнение их верит и сам больной, но болезненное влечение вновь и вновь оказывается сильнее его искренних намерений. В доказательство своей силы воли алкоголик приводит факт своего воздержания в течение какого-то отрезка времени. Однако само содержание доказательства говорит о том, что злоупотребление является постоянным, а воздержание — исключением. Помимо неверной оценки состояния болезни, близкие совершают еще одну распространенную ошибку — они надеются, что своей волей смогут упорядочить пьянство, организовать для этого выпивки дома («чтобы не пил на стороне»), разрешая употреблять большие количества спиртного по выходным дням («чтобы не пил в рабочее время»). Однако особенностью болезни — невозможность контролировать и сознательно ограничивать употребление алкоголя — делает эти меры безрезультатными. Даже когда исчерпаны все семейные меры воздействия, близкие оттягивают обращение к врачам из-за боязни скомпрометировать пьющего и тем самым способствуют дальнейшему развитию болезни. Единственно возможной правильной тактикой близких при заболевании кого-либо из членов семьи алкоголизмом является неуклонное требование прекращения пьянства, а при первых же неудачах в воздержании — обращение за леч. помощью к врачу-наркологу. Часто заболевшие гневно протестуют, отказываются от лечения. В этих случаях полезно представить себе, что с развитием болезни, с углублением психич. расстройств, личностных изменений и гнев, и протест алкоголика окажутся тяжелее и опаснее. В своих требованиях близкие должны быть постоянны и последовательны. Недопустимо, когда «в нагруд» за воздержание после лечения разрешают «немножко выпить» в семейном кругу.

Болезнь может возобновиться случайно: при употреблении спиртного под влиянием окружения, если сам больной полагает, что теперь, когда влечение к спиртному нет, он здоров и может пить «как все», не пренебрегая обычаями. К прошедшему курсу лечения алкоголика в семье должны относиться как к выздоравливающему от тяжелой болезни. Ему нужен строгий режим труда и отдыха во избежание переутомления. Обязательно регулярное питание, т. к. пищевой голод может пробудить влечение к спиртному. Сильные эмоциональные переживания также способствуют обострению болезни. Чем позже начато лечение, тем больше вероятность, что болезненное влечение может появиться без видимой причины. Часто это влечение не осознается больным или больной бессознательно подавляет влечение. Но он становится неудовлетворенным, раздражительным («портится характер»). Об ожившем влечении можно судить по сновидениям: больной видит, что он сидит в компании, что его угощают, что он заходит в магазин и пр., но иногда в сновидении он отвергает предложения выпить (показатель существующей сознательной установки на воздержание). Признаки обострения состояния требуют срочной врачебной помощи, зачастую необходима предупредительная госпитализация. Больничеству прошедших лечение алкоголиков требуется помощь в организации их досуга, смена способов времяпрепровождения, отдыха. См. также *Алкоголизм*.

АЛКОГОЛЬНОЕ ОПЬЯНЕНИЕ — изменение физиологических и психических процессов, возникающее в результате приема спиртных напитков. В определенных дозах алкоголь снимает психич. 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 критич. оценки ситуации, ослаблением задерживающих влияний, а нередко злобностью, агрессивностью или угнетенным и подавленным настроением. Именно в таком состоянии опьяневший совершает антисоциальные поступки вплоть до тяжких преступлений насильственного характера (хулиганство, изнасилование, немотивированное нанесение телесных повреждений, убийство). Состояние подавленности и угнетенности, соединенное с некритичной оценкой последствий своих поступков, иногда приводит опьяневшего к самоубийству. Антисоциальные действия могут быть совершены в результате разового приема алкоголя человеком, к-рый в трезвом состоянии никогда не проявлял склонности к дебошству, агрессии и др. Кроме того, при однократном приеме больших доз алкоголя может развиваться тяжелое алкогольное отравление (см. ниже). Систематич. и неумеренный прием спиртного 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 и затем



Рис. 2. Потомство алкоголиков: слева умственно отсталый ребенок, справа ребенок с мозговой грыжей в области носа и правого глаза.

постепенно падает; 10% алкоголя выделится из организма через легкие, почки и кожу в неизменном виде, остальное количество окисляется спец. ферментами. Окисление алкоголя в организме 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 час. (при однократном приеме большой дозы — через 12 час.). Наибольшая концентрация алкоголя первоначально отмечается в печени и мышцах, затем алкоголь проникает в *центральную нервную систему* — сначала в подкорковые образования и мозжечок, потом в кору головного мозга, где он сохраняется дольше всего. Малые дозы алкоголя оказывают стимулирующее действие. С нарастанием дозы отмечаются признаки возбуждения коры; большие дозы алкоголя вызывают торможение коры и жизненно важных центров продолговатого мозга (дыхательный, сосудодвигательный), что и обуславливает тяжелые расстройства дыхания и кровообращения, являющиеся основной причиной смерти при тяжелых формах острого алкогольного отравления, а также большинство неприятных ощущений, к-рыми характеризуется состояние похмелья.

Скорость проявления первых признаков А. о. зависит от крепости напитка и степени наполнения желудка пищей: интенсивность всасывания напитков, содержащих незначительный процент алкоголя, и алкоголя, принятого на пустой желудок, повышается. Степень опьянения определяется количеством принятого алкоголя на 1 кг веса, индивидуальной переносимостью алкоголя, а также состоянием организма во время приема спиртного. При усталости, истощении малые дозы алкоголя могут вызвать сильное опьянение, в состоянии психич. напряжения опьяняющее действие спиртных напитков снижается. Дети, старики, лица, страдающие заболеваниями печени, желудка, нек-рыми эндокринными нарушениями, особенно чувствительны к алкоголю. Ориентировочно считают, что концентрация алкоголя в крови до 2⁰/₀₀ соответствует слабому А. о., до 3⁰/₀₀ — А. о. средней степени, до 4⁰/₀₀ — тяжелой А. о. Концентрация алкоголя в крови св. 5⁰/₀₀ считается смертельной. Однако при равной концентрации алкоголя в крови степень опьянения у разных людей может быть различной.

Алкогольное отравление. Первые признаки А. о. — появление блеска глаз, нек-рое покраснение лица, повышение продукции салюных и потовых желез, замедление пульса. Опьяневший ощущает тепло и приятную расслабленность, повышение аппетита. Возникает ощущение общего психич. и физич. удовлетворения (так наз. эйфория): подъем настроения, снижение психич. и двигательной активности, яркость чувственных впечатлений. Спустя нек-рое время (10—30 мин.) расширяются зрачки, пульс и кровяное давление выравниваются. Психич. и двигательная активность по мере увеличения дозы алкоголя возрастает на фоне снижения качества функций — движения размашисты и плохо согласованы, речь излишне громкая, нередко смазанная, нару-

шена мимика, концентрация внимания затруднена, отмечается переоценка своих качеств и возможностей, исчезает критика в отношении собственных слов и действий. Растормаживаются инстинкты и проявляются скрытые особенности личности и переживания, контролируемые в трезвом состоянии (ревность, тщеславие, обиды и т. п.).

При опьянении средней тяжести создается впечатление расторможенности и снижения интеллекта, постепенно развивается сонливость, вялость и наступает глубокий сон. При пробуждении выражены явления похмелья — вялость, разбитость, отсутствие или снижение аппетита, ощущение тяжести в голове, снижение настроения, недомогательность собой и окружающими, раздражительность. Психич. и физич. работоспособность снижена — затруднены осмысливание и концентрация внимания, нарушена координация движений, замедлен темп психич. процессов.

При тяжелом опьянении теряется ориентировка в окружающем, речь замедляется и перемежается паузами, утрачивается связь переживаний, эмоциональная и мимическая выразительность. В большинстве случаев как защитная реакция организма появляется рвота. С нарастанием отравления усиливается нарушение сознания, замедляется дыхание, понижается тонус сердечно-сосудистой системы, появляется обездвиженность, мышечное расслабление, оглушенность. Смерть может наступить в результате паралича дыхательного или сосудодвигательного центра, а также развития алкогольной комы. Явления похмелья после тяжелого алкогольного отравления выражены значительней. Опьяневший не помнит, что происходило с ним в состоянии опьянения. В течение нескольких суток возможно расстройство сна, прием снотворных при этом может вызвать тяжелые осложнения. В отдельных случаях может развиваться так наз. патологич. опьянение, протекающее с тяжелыми нарушениями сознания, бредом и галлюцинациями. Патологич. опьянение опасно как для окружающих, так и для жизни самого опьяневшего.

Помощь при алкогольном отравлении. Прежде всего необходимо вызвать рвоту, чтобы удалить оставшийся в желудке алкоголь и таким образом прекратить его дальнейшее всасывание в кровь и предотвратить нарастание тяжести А. о. Питье как рвотное средство при А. о. мало действительно (растяжение стенок желудка у опьяневшего не всегда вызывает рвотный рефлекс), а порой и опасно (вводимая жидкость может попасть в трахею и вызвать удушье или воспаление органов дыхательной системы); кроме того, не всегда удается напоить опьяневшего достаточным количеством воды, а то количество воды, к-рое удастся влить ему, может лишь ускорить всасывание алкоголя из желудка и тем самым усугубить опьянение. Наиболее безопасный способ вызывания рвоты — раздражение корня языка; опьяневшему при этом необходимо помочь, чтобы рвотные массы не попали в воздухопроводящие пути: верхнюю часть туловища следует опустить, а голове придать горизонтальное положение. Если опьяневший лежит,

при рвоте его голова должна быть опущена и повернута набок. Для снятия перевозбуждения и усиления тонуса сердечной мышцы можно дать 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 опьяневший принимал их ранее по назначению врача. Дальнейшие действия зависят от состояния опьяневшего: если кожные покровы его красны, горячи на ощупь, его следует успокоить и уложить спать; если он поbledнел, кожные покровы похолодели, — немедленно укрыть теплым одеялом, к ступням приложить горячую грелку, дать понюхать нашатырный спирт (повторно малыми дозами, чтобы не обжечь слизистые оболочки дыхательных путей) и вызвать врача.

АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ, АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ — см. *Аллергия*.

АЛЛЕРГИЯ — необычная (повышенная) чувствительность организма к воздействию нек-рых факторов окружающей среды (химических веществ, микробов и продуктов их жизнедеятельности, пищевых продуктов, и др.), называемых аллергенами.

Термин «аллергия» был введен австр. педиатром К. Пирке в 1906 г. для обозначения необычной, измененной реакции нек-рых детей на введение им с лечебной целью противодифтерийной сыворотки. А. приводит к развитию аллергич. заболеваний.

Аллергич. заболевания известны с древних времен. Древнегреческий врач Гиппократ (5—4 вв. до н. э.) описал случаи непереносимости нек-рых пищевых продуктов, приводящие к желудочным расстройствам и *крапивнице*. Древнеримский врач Гален (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 пыльцы растений (см. *Поллиноз*); было высказано также предположение, что бронхиальная астма может вызываться вдыханием пыли.

Аллергич. заболевания (бронхиальная астма, поллинозы, крапивница, аллергич. насморк, дерматиты, лекарственная и пищевая А.) широко распространены во всем мире и имеют тенденцию к росту. В нек-рых странах до 10% населения страдает различными аллергич. заболеваниями, наиболее распространены бронхиальная астма, поллинозы, крапивница. Причиной этого в первую очередь считают широкое применение антибиотиков и других лекарственных препаратов. Бурное развитие хим. промышленности и связанное с этим появление большого количества различных синтетических материалов, красителей, стиральных порошков и других разнообразных производственных и бытовых веществ, многие из к-рых могут быть аллергенами, — также один из факторов распространения аллергич. заболеваний.

Аллергенами могут быть самые различные соединения — от простых хим. веществ (бром, йод) до самых сложных (белки, полисахариды, сочетания тех и других между собой). Одни из них попадают в организм извне (экзоген-