



**Проф. Сосін І.К.<sup>1</sup>, доц. Сквиря І.М.<sup>2</sup>,  
доц. Гончарова О.Ю.<sup>1</sup>, доц. Чуєв Ю.Ф.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Харківська медична академія післядипломної освіти  
МОЗ України

<sup>2</sup>УО «Гомельський державний медичний університет»  
МОЗ Республіки Білорусь

## Інтегрована діагностична ідентифікація алкогольної залежності у загальносоматичній практиці

**Вступ.** Хронічна алкогольна інтоксикація неминуче призводить до виникнення структурних і функціональних змін у різних органах і системах організму, а основною мішенню токсичної дії етанолу, в спектрі соматичних патогномонічних ускладнень алкогольної залежності (АЗ), є печінка (гепатомегалія, стеатоз, гепатит, фіброз, цироз алкогольного генезу). Науковими дослідженнями доведено, що в організмі людини печінка займає провідну роль у забезпеченні природних механізмів детоксикації та елімінації психоактивних речовин при станах гострої і хронічної інтоксикації [2].

Встановлено механізми пошкоджуючої дії алкоголю на гепатоцити, серед яких провідну роль відіграють ліпотропно-деструктивні ефекти на мембранному рівні і надмірне накопичення в гепатоцитах проміжних продуктів окислення етанолу (тригліцеридів, холестерину, амінокислот жирного ряду). Постінтоксикаційні захворювання печінки алкогольного генезу є настільки облігатними і патогномонічними, що показники поширеності, наприклад, цирозу печінки (ЦП) є надійними маркерами істинної поширеності наркологічної патології. Зустрічається з високою частотою у хворих на АЗ підвищення активності ферментів печінки — аспартатамінотрансферази (АСТ), аланінамінотрансферази (АЛТ), гамма-глутамілтранспептидази (γ-ГТП), а також ряду інших біохімічних показників (білірубін загальний, прями, непрямий, тимолова проба, загальний білок, бета-ліпопротеїни та ін.), що використовуються в клінічній наркології в цілях ферментативної об'єктивної ензимодіагностики [3, 4].

Клінічні та статистичні кореляції між зловживанням алкоголем і ЦП також чітко встановлені. Летальність при АЗ займає четверте місце серед основних причин смерті, при цьому 75% всіх випадків, обумовлених АЗ, пов'язане з розвитком алкогольного ЦП. Багато до-

слідників вказують, що летальність від цирозу може служити досить точним індикатором споживання та зловживання алкоголю в даній країні.

Дійсно, у людей, які вживають алкоголь, зазвичай знижується апетит, в їх дієті переважають вуглеводи, загальна кількість спожитої їжі і її калорійна цінність значно знижені. Цьому сприяє частий розвиток у осіб, що зловживають алкоголем, хронічного гастриту, виразкової хвороби і панкреатиту, при яких прийом їжі викликає біль в епігастрії. До того ж високі дози алкоголю ускладнюють всмоктування в кишечнику деяких важливих складових частин їжі (жирів, вітаміну В<sub>1</sub>, фолієвої кислоти і ін.). Це є основною причиною звернення таких пацієнтів за медичною допомогою до лікарів поліклінічної мережі [1].

Встановлені дозо залежні ефекти алкоголю: ризик розвитку ЦП у чоловіків особливо великий при щоденній дозі алкоголю більше 40 г, а у жінок — 20 г. При вживанні цієї дози алкоголю жінки хворіють на цироз в 35 разів частіше, ніж чоловіки. Було встановлено, що частота і тяжкість алкогольного ураження печінки наростають по мірі збільшення періоду вживання алкоголю і його кількості. Протягом перших років у більшості хворих виявляється тільки жирова дистрофія печінки. Далі різко наростає частота «предциротичних» уражень печінки — важкого стеатозу (поєднання жирової дистрофії з прогресуючим фіброзом печінки) і хронічного алкогольного гепатиту. При цьому ступінь жирової дистрофії зменшується. Пізніше, через 8—10 років систематичного зловживання алкоголем безперервно починає збільшуватися ймовірність захворювання ЦП. До кінця 20-літнього періоду цироз розвивається майже у 50% хворих.

Згідно з сучасними уявленнями клінічної наркології успішне лікування АЗ можливо на ранніх етапах хвороби, коли ще відсутні важкі (компульсивні) по-

рушення потягу, некеровані запої, грубі антисоціальні порушення поведінки, психози та слабоумство. Тому проблема раннього виявлення залежності від алкоголю, проведення цільових диференційованих лікувально-профілактичних втручань є однією з найбільш важливих і актуальних.

Серед контингенту стаціонарних хворих гепатологічних відділень понад 30% чоловіків і 4—6% жінок страждають на АЗ. Серед хворих з ЦП і кардіоміопатіями в стаціонарі виявляється до 80% хворих на АЗ, серед хворих панкреатитом — до 60%, виразковою хворобою шлунку і 12-палої кишки, а також туберкульозом — до 20% хворих на АЗ.

Завдяки сформованим психологічним негативам побутової свідомості і сформованого негативного ставлення до хворих на АЗ, пацієнти часто приховують наявні у них наркологічні проблеми, ухиляються від первинного звернення до нарколога, а потрапляють на прийом до лікарів інших спеціальностей. При цьому, симптоми залежності маскуються соматичними, неврологічними і вегетативними порушеннями, а наркологічна патологія залишається не виявленою. Отже, діагностика алкогольної залежності серед хворих соматичного профілю значно занижена, що негативно позначається на якості комплексного лікування, не сприяє профілактиці рецидивів соматичного захворювання, веде до прогресу поліорганної патології (у тому числі алкогольного стеатозу, гепатиту і ЦП) з одного боку і АЗ з іншого. У поле зору нарколога більшість пацієнтів з АЗ потрапляють на етапах розгорнутої стадії хвороби, коли вже виникають серйозні соціальні, сімейні або клінічні (епілептичні напади, психози) проблеми.

**Мета роботи.** Розробка комплексних, інтегрованих алгоритмів раннього виявлення АЗ у пацієнтів з хронічними захворюваннями печінки, які звертаються за медичною допомогою в загальносоматичні лікувальні установи.

**Матеріали та методи дослідження.** Нами було обстежено 200 пацієнтів з хронічними гепатитами (ХГ) і цирозами печінки (ЦП). Пацієнти (73 жінки і 127 чоловіків) були у віці від 18 до 80 років (середній вік  $44,8 \pm 1,1$  року). Етіологія хронічного захворювання печінки попередньо вважалася тільки вірусною у 173 пацієнтів (хронічні гепатити С і В, у тому числі 49 пацієнтів у стадії ЦП), у 27 пацієнтів маркери вірусних гепатитів В і С були негативними (з них 9 пацієнтів у стадії ЦП).

Для скринінгу на наявність залежності від алкоголю у нашому дослідженні були валідні «MAST» та «CAGE», тобто саме такі тести, які легко можуть відтворюватися у загально соматичній практиці.

Мічиганський алкогольний скринінг-тест (Michigan Alcoholism Screening Test, MAST), який включає 22 питання, є однією з широко поширених у світі анкетних методик попередньої експрес-діагностики АЗ. Незважаючи на деякі спотворення результатів, хворі на АЗ в своїй масі виявляються не в змозі повністю дисимілювати реакцію на питання тесту, ймовірно, у зв'язку зі зміною внутрішньої картини захворювання і порушенням пізнавальних процесів. До числа

переваг цього тесту відносять також простоту його проведення та обробки отриманих даних.

Тест CAGE (Cut, Annoyed, Guilty, Eye-opener) найбільшою мірою враховує особистісні особливості ставлення до алкоголю, порівняно з іншими тестами. У практиці лікаря амбулаторної ланки тест «CAGE» найбільш придатний, оскільки він складається з чотирьох питань.

Для підтвердження або спростування АЗ були використані також біохімічні тести. Найбільш інформативним і доступним вважається визначення в сироватці крові хворих трьох ферментів:  $\gamma$ -ГТП, АСТ і АЛТ. При алкогольної хвороби печінки активність АСТ зазвичай перевищує активність АЛТ, співвідношення АСТ/АЛТ більше 1, збільшена  $\gamma$ -ГТП, часто вище трансаміназ. У періоди утримання від вживання алкоголю рівень  $\gamma$ -ГТП знижується, що добре помітно при обстеженні стаціонарних пацієнтів в динаміці.  $\gamma$ -ГТП є маркером систематичного вживання великої кількості алкоголю, при одноразовому визначенні чутливість і специфічність методу для виявлення зловживання алкоголем варіює від 40 до 80%. Досліджували також діагностичну значущість щодо алкогольної хвороби щодо алкогольної хвороби інших параметрів: білірубину, тимолової проби, співвідношення АСТ/АЛТ, ЛФ, холестерину.

У нашому дослідженні було використано також метод визначення середнього корпускулярного об'єму еритроцитів (СКОЕ, або MCV) за допомогою гематологічного аналізатору. Підвищення цього показника також характерно для хронічної алкогольної інтоксикації. Чутливість СКОЕ при зловживанні алкоголем становить 40-50%, у осіб з АЗ вона досягає 80% [2].

Статистична обробка отриманих даних проводилася з використанням програми STATISTICA v.6.0. Для кількісних показників розраховувалися медіана (Mo) і інтерквартильний розмах (ІКР). Оцінка значущості різниці частот спостережень у чотирьох таблицях проводилася з допомогою  $\chi^2$  — критерію Пірсона. Порівняння даних у двох незалежних групах проводилося з допомогою непараметричного критерію Манна-Уїтні. Прогностичну значимість різних показників оцінювали за допомогою модуля ROC аналізу програми MedCalc v.7.4.4.1. Статистично значущою вважалася 95% вірогідність відмінностей ( $\alpha=0,05$ ).

При завершальній постановці діагнозу АЗ параклінічні дані вважалися допоміжними, а головними — клінічні діагностичні критерії.

Скринінг обстеженого контингенту на АЗ проводився поетапно.

Етап I. Скринінг АЗ: опитування, тест CAGE і/або MAST. Тестування здійснювалося лікарем загальносоматичного стаціонару за участю лікаря-нарколога. Результати тестів CAGE 3 або 4 бали і/або MAST 5 балів або більше оцінювалися як висока ймовірність наявності синдрому АЗ (чутливість методів 77,1% і 71,1%; специфічність 100% і 100% відповідно).

Етап II. Лікарський огляд і інтерв'ю, спрямований на уточнення клінічних ознак АЗ, оцінка діагностич-

них критеріїв АЗ. У деяких випадках інтерв'ю необхідно і при негативних результатах тестів, якщо є підозри на нещирість пацієнта.

**Структура первинного лікарського інтерв'ю.** Спершу розташували пацієнта до дачі інтерв'ю і стимулювали його до комплайнсного саморозкриття. На початку бесіди задавали питання з можливістю багатоваріантної відповіді. Наприклад: «На що Ви скаржитесь?», або: «Що вас турбує?». До збору наркологічного анамнезу переходили після виявлення зв'язку скарг пацієнта з вживанням алкоголю. По мірі з'ясування анамнестичних даних додавали уточнюючі питань «Що?» (звернення до фактів) або «Як?» (звернення до особистості), вели розмову про почуття і факти. Наприклад, запитували, як переносив пацієнт алкоголь раніше й тепер? Які (максимально) міг випити дози спиртного? Як себе після цього відчував? Якщо пацієнт дисимулює ознаки зловживання алкоголем, використовувалися питання-меню які передбачають готові альтернативні варіанти відповідей. Наприклад, «скажіть, будь ласка, алкоголь доставляє Вам тільки задоволення (перший варіант відповіді) або не лише задоволення (другий варіант відповіді)». Якщо друге (найчастіше буває), то з'являється привід уточнити: «у чому незадоволення?». Зазвичай пацієнти визнають, що на наступний день після вживання спиртного вони відчувають себе погано: болить голова, немає апетиту або є інші симптоми. Після виявлення декількох похмільних скарг задавали наступне питання: «як довго на наступний день Вам погано, якщо не похмелитися?».

Етап III. Оцінка лабораторних показників: АЛТ, АСТ,  $\gamma$ -ГТП, СКОЕ необхідна для об'єктивізації наявних ознак АЗ у пацієнта.

Оцінка лабораторних показників в динаміці дозволяє визначити роль алкогольного чинника в пошкодженні печінки. Так, швидке зниження  $\gamma$ -ГТП і трансаміназ (АЛТ, АСТ) при утриманні від алкоголю вказує на його провідну роль у загостренні хронічного захворювання печінки. Підвищення  $\gamma$ -ГТП і трансаміназ в період ремісії як хвороби печінки, так і АЗ, може вказувати на вживання пацієнтом спиртного, тобто на рецидив АЗ або зрив ремісії.

Найбільш характерними для алкогольної хвороби печінки були тенденції наступних показників: підвищення СКОЕ, підвищення  $\gamma$ -ГТП, перевищення  $\gamma$ -ГТП над АЛТ, підвищення АСТ, перевищення АСТ над АЛТ.

Наявність трьох і більше з представлених критеріїв було характерно (чутливість 75%, специфічність 89%) для алкогольної хвороби печінки, яка, як правило, розвивається на тлі АЗ.

Етап IV. Висновок. При наявності ознак АЗ: встановлення попереднього супутнього діагнозу «синдром алкогольної залежності»; направлення в наркологічний заклад для верифікації діагнозу АЗ і надання лікувальної допомоги. Завершальна бесіда про необхідність дотримання абсолютної тверезості.

При відсутності ознак АЗ: бесіда про необхідність дотримання абсолютної тверезості для запобігання прогресування захворювання печінки. В обох випад-

ках завершальна бесіда проводиться за допомогою логічної аргументації (методика раціональної психотерапії). Пацієнту вказується на неминучість прогресування захворювання печінки, посилення іншої наявної супутньої соматичної і психічної патології при продовженні вживання алкоголю.

**Результати та обговорення.** У всіх пацієнтів було проведено тест CAGE, який показав наступні результати: 0 балів — 64 хворих (32%), 1 бал — у 35 хворих (17,5%), 2 бали — у 31 (15,5%), 3 бали — 45 (22,5%), 4 бали — у 25 осіб (12,5%). Таким чином, у 70 пацієнтів (35%) тест був позитивним (3 або 4 бали).

У 144 хворих застосовувався тест MAST. Результати тесту: від 0 до 2 бали — 62 пацієнтів (43,1%), від 3 до 5 балів — у 36 (25%), позитивний тест: 6 балів і більше — у 46 хворих (32%). Порівнювалися результати тестів CAGE і MAST. У 17 пацієнтів (11,8%) результати тестів не збіглися: 13 позитивним був лише тест CAGE, у 4 — тільки MAST.

Враховуючи результати тестів CAGE і MAST, в сукупності з даними анамнезу (включаючи дані попередніх госпіталізацій, бесід з родичами), клінічними даними (наявність абстинентного синдрому, алкогольного делірію, ознаки хронічної алкогольної інтоксикації й т.п.), виявлялися особи з АЗ. Так, у 16 пацієнтів наявність АЗ встановлено клініко-анамнестично, тоді як на тести вони відповідали негативно (CAGE 0-2 бали, MAST — 1-5 балів, відповідно). Пацієнти були розділені на 2 групи: I група — 110 осіб без ознак АЗ, і II група — 90 осіб з ознаками АЗ.

Проведено порівняння співвідношення чоловіків і жінок, віку пацієнтів, наявності ознак ЦП, в I і II груп (табл. 1).

Таблиця 1

## Загальна характеристика пацієнтів I і II груп

Показники	I група (n=110)	II група (n=90)	P
Стать (ч/ж)	56/54	71/19	<0,001
Вік, років, Ме (ІКР)	43 (34–55)	45 (36–53)	0,86
Ознаки цирозу печінки, є/ні	25/85	33/57	0,031

В осіб з ознаками АЗ (група II), переважали чоловіки (78,9% проти 50,9% в I групі,  $p < 0,001$ ). Також у II групі частіше виявлялися ознаки цирозу печінки (36,7% проти 22,7%,  $p = 0,031$ ).

Прогностично більш значущим слід визнати тест CAGE 3 або 4 бали. Тест MAST можна вважати позитивним при наявності 5 і більше балів. З обговорення відповідей на запитання тестів можна почати бесіду з пацієнтом про його ставлення до алкоголю.

Далі в I і II групах проводилося порівняння біохімічних показників загального білірубину, тимолової проби, трансаміназ (АЛТ, АСТ), співвідношення АСТ/АЛТ, лужної фосфатази (ЛФ),  $\gamma$ -ГТП, холестерину (ХС), СКОЕ. Результати (таблиця 2) представлені у вигляді: Мо (ІКР), порівняння проводилося за допомогою тесту Манна-Уїтні.

Таблиця 2

## Значення лабораторних показників у пацієнтів в I і II груп

Показники	I група (n=110)	II група (n=90)	p
Загальний білірубін, мкмоль/л	12,8 (9,2–18,7)	22,2 (12,1–84,3)	<0,0001
Тимолова проба, од.	5,1 (2,4–8,2)	6,1 (3,4–11,3)	0,047
АЛТ, мккат/л	1,07 (0,81–1,60)	1,31 (0,87–1,95)	0,088
АЛТ/N	1,81 (1,38–2,70)	1,95 (1,37–2,91)	0,431
АСТ, мккат/л	1,02 (0,76–1,46)	1,77 (1,11–2,72)	<0,0001
АСТ/N	1,52 (1,13–2,18)	2,63 (1,66–4,06)	<0,0001
АСТ/АЛТ	0,85 (0,69–1,04)	1,21 (0,88–1,68)	<0,0001
ЛФ, од/л	198,2 (142,8–253,5)	258,6 (167,8–369,6)	<0,0001
γ-ГТП, од/л	49,8 (32,4–86,9)	249,0 (62,5–492,2)	<0,0001
γ-ГТП/N	1,18 (0,76–2,13)	5,30 (1,47–10,84)	<0,0001
γ-ГТП/АЛТ	0,66 (0,39–1,14)	2,06 (0,86–5,06)	<0,0001
ХС, ммоль/л	4,0 (3,2–4,5)	4,2 (3,7–5,4)	0,003
ПТІ	0,73 (0,67–0,79)	0,70 (0,60–0,78)	0,025
СКОЕ, фл	88,1 (83,7–93,7)	95,9 (91,2–105,5)	<0,0001

У групі хворих, які мають АЗ, ураження печінки було більш вираженим: вищі показники білірубину, тимолової проби, АСТ і співвідношення АСТ/АЛТ, γ-ГТП, ЛФ, ХС виявилися значно вище, ніж у групі контролю, а протромбіновий індекс (ПТІ) — значно нижче. Це підтверджує можливість їх використання для діагностики алкогольної хвороби печінки у хворих на ХГ та ЦП. Рівні АЛТ, проте, значно не відрізнялися.

Аналіз прогностичної значущості лабораторних показників, для яких отримано суттєві відмінності в I і II групах з допомогою тесту Манна-Уїтні, оцінювали на основі порівняння ППК. Показники розташовані в порядку убавання ППК (табл. 3).

Всі досліджені лабораторні показники мали прогностичну цінність. Як відомо, для алкогольної хвороби характерно підвищення γ-ГТП, γ-ГТП/АЛТ, АСТ, АСТ/АЛТ, СКОЕ.

Підвищення білірубину, лужної фосфатази, холестерину може відображати холестатичний синдром, який більш часто зустрічається в II групі, підвищення тимолова проби і зниження ПТІ — вказувати на більшу частоту ЦП у пацієнтів II групи. Тому для практики ми вважаємо прийнятним визначати 5 критеріїв з максимальною прогностичною значимістю: γ-ГТП > 3 норм, СКОЕ >94 фл, γ-ГТП/АЛТ > 1, АСТ/АЛТ > 1, АСТ > 2 норм.

Таблиця 3

## Прогностичне значення основних лабораторних показників для визначення залежності від алкоголю у хворих ХГ і ЦП

Показник	ППК	95% ДІ	Точка розподілу	Чт, %	Сп, %
γ-ГТП/N	0,796	0,730-0,853	> 3	64,0	85,4
СКОЕ	0,776	0,682-0,852	> 94,2 фл	59,6	80,0
γ-ГТП/АЛТ	0,759	0,689-0,820	> 1	73,0	71,8
АСТ/АЛТ	0,731	0,662-0,792	> 1	62,1	76,6
АСТ/N	0,726	0,658-0,787	> 2	65,9	71,0
Загальний білірубін	0,700	0,632-0,763	> 41,5 мкмоль/л	36,7	97,3
ЛФ	0,673	0,603-0,738	> 225 Е/л	62,5	66,4
ХС	0,625	0,552-0,694	> 4,6	41,5	81,8
ПТІ	0,600	0,523-0,674	<=0,66	44,3	77,5
Тимолова проба	0,582	0,510-0,652	> 10 ед. SH	28,4	84,5

Таким чином, при наявності 3, 4 або 5 позитивних лабораторних критеріїв з високою часткою ймовірності можна ідентифікувати у пацієнта АЗ. Слід врахувати, що виявлення підвищення АСТ і відносини АСТ/АЛТ може відображати виражений фіброз або цироз печінки, ізольоване підвищення СКОЕ — дефіцит вітаміну В<sub>12</sub> — або фолієвої кислоти.

З усіма пацієнтами, незалежно від наявності у них ознак АЗ, проводилася бесіда про необхідність дотримання абсолютної тверезості для запобігання виникнення хронічного захворювання печінки. Для алкоголь-залежних пацієнтів додатково формувалася установка на участь у терапевтичних програмах лікування АЗ, що включає консультування лікарем-наркологом, психотерапевтом, спеціальне комплексне лікування та реабілітацію. Бесіди проводилися в тому числі із залученням до участі сім'ї та (або) інших значущих для пацієнтів людей.

**Висновки.** Запропонований алгоритм обстеження хворих з хронічними захворюваннями печінки може застосовуватися в загальносоматичних, гастроентерологічних і інфекційних лікарнях, а також в амбулаторній практиці терапевта, гастроентеролога, інфекціоніста. Використання комплексного клінічного, патопсихологічного і лабораторного дослідження хворих дозволяє виявити проблеми, пов'язані з вживанням алкоголю і виробити диференційовані рекомендації щодо комплексного лікування хворих.

Виявлено, що у хворих загальносоматичної мережі, що мають залежність від алкоголю, ураження печінки було більш вираженим: вищі показники білірубину, тимолової проби, АСТ, і співвідношення АСТ/АЛТ, γ-ГТП, ЛФ, ХС виявилися значно вище, ніж

у групі контролю, а ПТІ- значно нижче. Це підтверджує можливість їх використання для діагностики алкогольної хвороби печінки у хворих на ХГ і ЦП.

Виявлено, що рівень АЛТ не може служити маркером АЗ у хворих з гепатопатологією, в основній та контрольній групах цей показник суттєво не відрізнявся.

Дослідження показало, що при наявності 3, 4 або 5 лабораторних критеріїв можна з високою часткою ймовірності стверджувати про наявність у пацієн-

та з гепатопатологією АЗ. Слід врахувати, що виявлення підвищення АСТ і відносини АСТ/АЛТ може відображати наявність у пацієнта вираженого фіброзу або початкових форм ЦП, ізольоване підвищення СКОЕ — дефіцит вітаміну В<sub>12</sub> — або фолієвої кислоти.

Отримані результати клінічного дослідження дозволяють рекомендувати застосування даного алгоритму виявлення алкогольної залежності у хворих з гепатологічною патологією в наркологічній практиці.

#### Список цитованої літератури.

1. Мінко О.І. Діагностика і терапія психічних та поведінкових розладів внаслідок вживання психоактивних речовин. Посібник для лікарів / О.І. Мінко, І.В. Лінський, О.С. Самойлова, О.О. Мінко, І.О. Шараневич // Харків: Плеяда, 2009. — 108 с.
2. Патент 65396 Україна, МПК (2011.01) G01N 33/48 A61B 10/00. Спосіб інтегрованої діагностичної ідентифікації алкогольної залежності у загальносоматичній практиці / Сосін І.К. з співавт., заявник та власник: Харківська медична академія післядипломної освіти. — u 2011 04235; заявл. 07.04.2011; опубл. 12.12.2011, бюл. № 23.
3. Сосін І.К., Сквиря І.М., Міцура В.М., Чуев Ю.Ф., Гончарова О.Ю. Інтегрована діагностична ідентифікація алкогольної залежності у загальносоматичній практиці. Методичні рекомендації МОЗ України. Київ, 2013. — 19 с.
4. Чернобровкіна Т.В. Энзимопатии при алкоголизме. — Киев: Здоровье, 1992. — 330 с.

## Интегрированная диагностическая идентификация алкогольной зависимости в общесоматической практике

Проф. Сосин И.К.<sup>1</sup>, доц. Сквиря И.М.<sup>2</sup>, доц. Чуев Ю.Ф.<sup>1</sup>, доц. Гончарова Е.Ю.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Харьковская медицинская академия последипломного образования МОЗ Украины

<sup>2</sup>УО «Гомельский государственный медицинский университет» МОЗ Республики Беларусь

Проведена разработка комплексных алгоритмов выявления алкогольной зависимости у пациентов с хроническими заболеваниями печени, которые обращаются за медицинской помощью в общесоматические лечебные учреждения.

**Ключевые слова:** алкогольная зависимость, диагностика, общесоматическая практика.

## Integrated diagnostic identification of alcohol dependence in the general somatic practice

Prof. Sosin I.<sup>1</sup>, ass. prof. Skvira I.<sup>2</sup>, ass. prof. Chuev Yu.<sup>1</sup>,  
ass. professor Goncharova O.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Kharkov medical Academy of postgraduate education of the Ministry of health of Ukraine

<sup>2</sup>"Gomel state medical University" of Ministry of health of Republic of Belarus

The development of complex algorithms for the detection of alcohol dependence in patients with chronic liver disease who seek medical care in somatic hospitals.

**Key Words:** alcohol dependence, diagnostic, somatic practice.

Контактна інформація: Сосін Іван Кузьмич —  
зав. кафедрою наркології ХМАПО, доктор медичних наук, професор.  
м. Харків, вул. Чорноморська, 5, р. т. (057) 52-61-77, e-mail: narcology@med.edu.ua.

Стаття надійшла до редакції 02.10.2014