

Выявление больных с алкогольной зависимостью в условиях фтизиатрического отделения

ДАРЕНСКИЙ И.Д.
ДАРЕНСКАЯ С.Д.

д.м.н., профессор, кафедра наркологии ФППО ММА им. И.М. Сеченова
д.м.н., профессор, НИИ фтизио-пульмонологии ММА им. И.М. Сеченова

Больные туберкулезом легких часто обнаруживают признаки алкогольной зависимости (АЗ). Известно, что злоупотребление алкоголем значительно препятствует проведению фтизиатрического лечения. Выявление и лечение АЗ являются обязательным атрибутом успешного лечения туберкулеза. Изучение ситуации и скрининг больных возможны усилиями врачей-фтизиатров, в частности методом анкетного опроса, апробация которого показала его достаточную валидность.

Во фтизиатрических стационарах при целенаправленном обследовании часто можно выявить наличие у больных злоупотребления алкоголем или признаков хронического алкоголизма [16, 8]. Алкогольные проблемы имеют не меньшее значение в построении прогноза и плана лечения, чем связанные с легочным заболеванием. В таких случаях достижение полной клинической компенсации и качественных устойчивых ремиссий при лечении туберкулеза невозможно без одновременной антиалкогольной терапии. Поэтому важно знать, как организовать выявление злоупотребления алкоголем у фтизиатрических больных. Однако в сообщениях об изучении злоупотребления алкоголем при туберкулезном процессе подобные сведения, как правило, отсутствуют [7, 10].

Вместе с тем, существуют возможности ранней диагностики и активного выявления больных алкоголизмом во фтизиатрической сети [3, 9, 12]. В частности, для этого рекомендуется использовать анкетное обследование больных [11, 2]. Анкета наркологического обследования больных туберкулезом в условиях фтизиатрических учреждений является инструментом научного поиска, а также практическим пособием для врача-фтизиатра. Она позволяет выявлять клинические признаки злоупотребления алкоголем и определять клинические особенности АЗ у больных туберкулезом.

Однако существующие анкеты узко ориентированы и имеют ограниченное применение [5, 6, 15]. В процессе обследования и лечения больных туберкулезом легких при их стационарном лечении нами была разработана и апробирована карта наркологического обследования больных. Карта подразумевалась как практическое пособие для врачей-фтизиатров при проведении первичного скрининга населения. Несмотря на то, что создавалась карта для обследования больных туберкулезом легких, ее можно использовать для скрининга пациентов с различными соматическими заболеваниями.

При составлении привлекались общепринятые признаки злоупотребления алкоголем и АЗ [4]. При этом мы не ставили цель раскрыть степень выраженности отдельных симптомов [13] или произвести расширенную диагностику заболевания [1]. Не оценивали тяжесть признаков или тяжесть пристрастия, как принято в сугубо наркологических исследованиях [14]. В карте формализованы клинические признаки, позволяющие констатировать злоупотребление алкоголем и АЗ. Карта состоит из трех разделов.

Первый раздел составляет перечень характеристик описывающих соматовегетативный и психический статус больных. Раздел заполняется врачом-фтизиатром при обследовании больного.

Второй раздел является опросником, заполняемым самим пациентом в присутствии и с помощью врача. Опросник состоит из ряда завуалированных для непосвященного больного вопросов, касающихся отношения больного к употреблению алкоголя. Причем, среди них есть вопросы, никак не характеризующие пристрастие к алкоголю, но при утвердительном ответе обнаруживающие стремление больного показать себя в выгодном свете. По ответам на них можно судить о степени достоверности результатов опроса и возможности включения их в статистическую выборку.

Третий раздел является сводом симптомов и развернутым наркологическим диагнозом, заполняемым врачом-наркологом по содержанию предыдущих двух разделов.

Надежность и эффективность скринирующего опроса с помощью данной карты в выявлении злоупотребления алкоголем определялась нами по известным критериям [14, 7]. Результаты изучения надежности карты по совпадению с диагнозом нарколога показали, что обученный персонал может получить с помощью карты достоверные сведения об алкогольных проблемах. Точность и полнота полученных сведений составляет 0,89. Информация имеет 100%-ную идентичность через трехдневный срок даже при разных опрашивающих. Надежность и полнота информации были постоянными у групп пациентов различного возраста и пола.

Карта разработана как средство для проведения интервью, а не как опросник, заполнение которого можно передоверить пациенту. Мы провели сравнительное исследование двух условий заполнения, когда информация собиралась врачом лицом к лицу с пациентом и когда больной один заполнял соответствующий раздел карты. В последнем случае полнота и достоверность информации снижалась до 0,75. По этой причине и из-за затруднений при чтении ответов пациентов мы не рекомендуем использование карты как опросника или предъявление через компьютерный терминал.

Важное значение имеет мнение опрашивающего врача относительно достоверности собранной информации. С этого начинается общая оценка результатов обследования больного и сведений, содержащихся в карте, и принимается решение о включении карты в статистическую выборку. Далее следует непосредственный анализ содержащейся в карте информации.

Сбор наркологической информации во фтизиатрическом стационаре врачом-фтизиатром является предпочтительным, так как у больных меньше выражено опасение каких-то медико-социальных последствий сообщения подобной информации о себе и отсюда меньше стремление скрыть ее. Однако больные все же высказывают беспоп-

койство по поводу того, для чего собирается эта информация и будет ли соблюдена конфиденциальность. Поэтому в инструкции для пациента оговаривается цель сбора информации как необходимая для проведения наиболее полного лечения. Гарантируется безопасность сообщенной информации для больного и конфиденциальность сведений о нем. Убедившись, что информация не покинет стен лечебного учреждения, большинство пациентов соглашается на интервьюирование. Надо заметить, что в любом случае мы руководствовались стремлением не принуждать больных к интервьюированию.

В вопроснике предусмотрена возможность определить правдивость сведений пациента. Для этого среди вопросов размещены утверждения, не имеющие отношения к признакам алкоголизма. Соглашаясь с ними, больной демонстрирует стремление казаться лучше.

Кроме этого, есть ряд вопросов, описывающих один из признаков злоупотребления алкоголем во всех его вариантах. Больной непременно должен остановиться на одном из вариантов. В противном случае, когда больной не находит и не отрицает у себя какой-то признак, можно заключить, что он недобросовестно отнесся к опросу и пропустил часть вопросов или не понял их (это вопросы раздела 2: 23–26, 30–34).

Если после просмотра ответов больного найдены ложные утверждения или незаполненные разделы, то необходимо сесть и выяснить вместе с больным истинное положение вещей. Необходимо внести в лист больного свои исправления, но уже ручкой другого цвета, чтобы исправления были видны.

И, наконец, нужно отметить, как врач оценивает в целом ответы больного на вопросы. Не создалось ли у него впечатление, что ответы недостаточно правдивы из-за желания больного что-то скрыть или из-за его непонимания вопросов. В анкете указывается впечатление врача:

ответы больного, по-моему, достоверны;
недостоверны;
затрудняюсь ответить.

Таким образом, предлагаемая карта наркологического обследования больных туберкулезом легких в условиях фтизиатрических учреждений является надежным, информативным и легко применимым для использования в практике и научно-исследовательской работе методом. Информация, полученная с помощью карты, позволяет выявить больных с АЗ и дополнить их лечение назначением антиалкогольного лечения и психотропных средств, в частности.

КАРТА № обследования больных алкогольной зависимостью в условиях фтизиатрических учреждений

ФИО больного

Дата заполнения карты:

Больной лечился в отделении:

Лечащий врач:

Сведения перенесены в базисную карту

Подпись исследователя

Подпись зав. отделением

1-й раздел карты (заполняется фтизиатром).

ИНСТРУКЦИЯ ДЛЯ ВРАЧА.

Отметьте наличие у больного ниже следующих признаков при осмотре. Кроме собственных врачебных наблюдений предложите больному самому заполнить анкету, которая также приложена (см. раздел 2). Если он затрудняется или отказывается, сделайте это сами, сидя рядом с больным и задавая ему эти вопросы. Больной может скрыть истинное положение вещей и отрицать злоупотребление алкоголем. Часто так и бывает. Поэтому, опросив больного, найдите возможность побеседовать с близкими родственниками больного и задать им те же вопросы в отношении данного больного.

Итак, посмотрите, есть ли у больного в статусе следующие признаки:

1. *Пониженное питание.*
2. *Неопрятный внешний вид.*
3. *Грязная одежда.*
4. *Запах алкоголя или перегара изо рта.*
5. *Ссадины на лице или следы лицевых травм (искривленный нос, рассеченные губы, отсутствие передних зубов, свежие кровоподтеки на лице).*
7. *Татуировка, линейные рубцы на коже (особенно следы самопорезов в области предплечья и локтевых сгибов, как следы попыток к самоубийству).*
8. *Сухой потрескавшийся язык.*
9. *Наличие на нем серого или серовато-коричневого налета.*
10. *Пастозность лица.*
11. *Инъецированные склеры.*
12. *Сосудистые звездочки на коже лица.*

13. *Желтушность кожи.*

14. *Гиперемия кожи лица (лицо кирпичного цвета).*

15. *Расширение венозной сети на передней поверхности грудной клетки.*

16. *Увеличение печени (на сколько выступает из-под края реберной дуги при пальпации).*

17. *Край печени плотный и заостренный при пальпации.*

18. *Неустойчивость в позе Ромберга.*

19. *Промахивание при пальцеиспытании.*

20. *Тремор век, языка и пальцев вытянутых рук.*

21. *Гиперкинезы.*

22. *Неустойчивая походка.*

23. *Гипергидроз.*

24. *У больного поверхностные суждения по типу смысловых и словесных штампов. Отсутствует чувство дистанции с врачом. Он некритично относится к ситуации, своему состоянию, заболеванию и злоупотреблению алкоголем, строит нереальные жизненные планы.*

25. *Совершенно некритичен к своему поведению. Нарушает режим отделения (курит в неположенном месте, громко разговаривает, употребляет нецензурные выражения в разговоре с персоналом, конфликтует со всеми по незначительному поводу). Значительно снижена память. Нуждается в постоянном присмотре, контроле за тем, как выполняет назначения врача.*

26. *Легкая психическая истощаемость и неспособность к концентрации произвольного внимания, что заметно в беседе с больным.*

27. *Непереносимость сколько-нибудь значительных психических нагрузок. Например, после незначительного конфликта с окружающими выглядит совершенно разбитым, "всего колотит".*

28. Непереносимость громких или резких звуков, яркого света или ожидания. Слезливость и частая смена настроения в течение дня.

29. В беседе больной крайне обстоятелен, приводит массу ненужных подробностей. Речь медленная. Не дает себя перебить.

30. Негативная оценка общепринятых ценностей, их циничное отрицание. Стремление видеть только негативную сторону в окружающем: “Все люди — негодяи, лжецы и воры”, “не надо меня агитировать — я хорошо знаю жизнь”. Плоский юмор, “юмор висель-

ника”: “У меня в легких дырка как в бублике”. Негативное отношение к трезвенникам и трезвому образу жизни: “Кто не курит и не пьет, тот здоровеньким помрет”. При упоминании о спиртном оживляется. Охотно и много рассказывает об алкогольных эксцессах. Не интересуется семьей. Не имеет никаких планов по трудоустройству. Грубоват, лжив, фамильярен и сексуально обнажен.

31. Эпизоды психических расстройств в период данного нахождения на стационарном лечении.

2-й раздел карты (может заполняться пациентом).

ОПРОСНИК ДЛЯ БОЛЬНОГО

Ф.И.О. больного

Вопросы анкеты, которую Вы держите перед собой, направлены на определение Вашего отношения к алкоголю. Не смущайтесь этими вопросами и постарайтесь ответить на них как можно точнее. Правильные и добросовестные ответы помогут врачу в лечении Вашего телесного заболевания и несколько не повлияют на мнение врача о Вас.

Внимательно читая вопросы, сразу отвечайте на них. Для этого обводите номер вопроса, если Вы отвечаете утвердительно. В случае отрицательного ответа не делайте никаких пометок. Если рядом с вопросом предлагается вариант ответа или необходимо указать дату, ставьте номер выбранного Вами варианта ответа или дату.

Если Вы затрудняетесь ответить на вопрос категорично “да” или “нет”, то напишите ответ своими словами. Окончив отвечать на вопросы, поставьте число и свою подпись.

1. Злоупотребляли ли алкоголем Ваш отец, мать или другие близкие родственники?

2. Были ли у ваших родственников психические заболевания, самоубийства или странности в поведении?

3. Были ли у Вас когда-нибудь в жизни неврозы, сотрясение или контузия головного мозга? Если были, то, в каком году?

4. Находите ли Вы, что у Вас была “нелегкая жизнь”? Что “жизнь Вас не щадила”?

5. Был ли у Вас в жизни период, когда в трезвом состоянии наблюдались болезненно сниженное настроение, болезненная тревога или обманы слуха, зрения, рассеянность, неспособность запомнить, трудности сдерживать раздражение, мысли о самоубийстве, попытки к самоубийству? Укажите, что именно.

6. Выпиваете ли Вы небольшую дозу алкоголя, если у Вас беспричинно возникает плохое настроение? Улучшает ли это Ваше самочувствие?

7. Помогает ли алкоголь перенести Вам трудности и неприятности?

8. Помогает ли вино уснуть?

9. Можно ли Вас назвать трезвенником или Вы иногда выпиваете?

10. В каком возрасте Вы стали более или менее регулярно употреблять алкоголь “по серьезному”? Каков Ваш “алкогольный стаж”?

11. Сколько дней в неделю в среднем Вы бываете в алкогольном опьянении: один день, два дня, три и более дней?

12. На следующий день после выпивки Вы плохо себя чувствуете, испытываете недомогание, трясутся руки?

13. Опохмеляетесь ли Вы на следующий день после выпивки, т. е. выпиваете спиртное для того, чтобы улучшить свое самочувствие?

14. Бывает ли у Вас желание выпить в определенной ситуации при виде или запахе алкоголя, виде застолья?

15. Чувствуете ли Вы себя не в своей тарелке, когда нет выпивки?

16. Проблема ли для Вас найти повод для выпивки?

17. Вспоминаете ли Вы все плохое, что связано с алкоголем и испытываете ли отвращение к нему при запахе алкоголя?

18. Боретесь ли Вы с желанием выпить, зная, что за этим последует безудержная выпивка?

19. Бывает ли у Вас настолько сильное желание выпить, что Вы ничего не можете поделать с собой?

20. Сильная ли у Вас воля и испытываете ли Вы ее, когда ставляете себя не выпивать ни капли спиртного за праздничным столом?

21. Сможете ли Вы удержаться от дальнейшей выпивки, если выпьете немного алкоголя?

22. Бывает ли у Вас желание выпивать, когда другие уже остановились?

23. Свойственно ли Вам употреблять алкоголь эпизодически на протяжении нескольких дней или недель, когда начало и окончание эпизода связано с внешними обстоятельствами (приглашение в компанию, получение зарплаты и т. п.)?

24. Употребляете ли Вы ежедневно на протяжении нескольких недель или месяцев крепкие спиртные напитки в больших количествах?

25. Бывают ли периоды, когда на фоне частого употребления спиртных напитков (более двух раз в неделю) Вы резко увеличиваете употребление алкоголя в массивных дозах?

26. Бывают ли периоды, когда у Вас возникает сильное желание выпить и Вы выпиваете несколько дней или недель кряду? Это многодневное употребление алкоголя заканчивается из-за отвращения и непереносимости алкоголя?

27. Можете ли Вы совсем не пить: по 1—2 недели; 1—2 месяца; по полгода—году?

28. Можете ли Вы заставить себя не пить совсем несколько лет?

29. Считаете ли Вы необходимым совсем отказаться от спиртного на месяцы или годы?

30. Свойственно ли Вам употреблять алкоголь малой крепости почти ежедневно малыми дозами на протяжении всего дня?

31. Большие ли Вам нужно выпить, скажем, в 2 раза, чем 5—10 лет назад для опьянения?

32. В последнее время для опьянения Вам нужно выпить меньше, чем ранее: в 2—3 раза; 5—6 раз; в 10 раз?

33. Возникает ли у Вас рвота при передозировке спиртного, когда Вы “перепьете”?

34. В настоящее время Вы предпочитаете низкоградусные спиртные напитки (вина), хотя ранее предпочитали высокоградусные (водка)?

35. В последнее время в опьянении Вы бываете не столько веселым, сколько: раздражительным, дурашливым, сонливым, со сниженным настроением и слезливым, оглушенным и пассивным?

36. Забываете ли Вы иногда все или частично из того, что было в опьянении накануне?

37. Обязательна ли для Вас компания для того, чтобы выпить спиртное? Часто ли Вы выпиваете один?

38. Можете ли Вы выпивать в случайной компании (у магазина со случайными знакомыми)?

39. Попадали ли Вы в вытрезвитель или милицию из-за опьянения?

40. Употребляете ли вы суррогаты алкоголя, парфюмерные изделия или аптечные спиртосодержащие товары для получения опьянения?

41. Были ли у Вас нарушения сознания, обманы слуха или зрения после того, как Вы бросали резко выпивку?

42. Была ли у Вас ранее белая горячка или что-нибудь подобное?

43. Отмечают ли окружающие, что Вы изменились по характеру, стали раздражительнее и конфликтнее?

44. Отмечают ли окружающие, что черты характера у Вас стали отчетливее, как бы “заострились”?

45. Отмечают ли окружающие, что за последние годы Вы стали другим человеком?

46. Стали Вы хуже запоминать в последние годы, особенно детали?

47. Бывают у Вас эпизоды беспричинной злости и раздражения, когда Вы готовы “убить кого-нибудь”?

48. Долго ли Вы помните обиду? Долго ли сохраняются злость и раздражение после конфликта?

49. Находили ли Вы врачи заболевание под названием “хронический алкоголизм”?

50. Принимали ли Вы антиалкогольное лечение ранее?
 51. Можно ли сказать, что Вы: злоупотребляете алкоголем, страдаете пьянством, страдаете алкоголизмом?
 52. Нуждаетесь ли Вы в медицинской помощи, чтобы воздерживаться от употребления алкоголя?
 53. Нуждаетесь ли Вы в антиалкогольном лечении?
 54. Связано Ваше заболевание со злоупотреблением алкоголем? Не является ли злоупотребление алкоголем одной из причин Вашей болезни?
 55. Связано ли обострение заболевания у Вас с тем, что Вы стали выпивать вообще или выпивать более, чем ранее?
 56. Продолжали Вы по-прежнему выпивать, когда узнали о наличии туберкулеза легких у себя?

57. Есть у Вас намерение совсем не употреблять спиртное в будущем?
 58. Имеете Вы намерение пройти антиалкогольное лечение в данное время или в будущем?
 59. Есть у Вас семья?
 60. Имеете Вы постоянное место работы в последние годы?
 61. Была у Вас ранее судимость?
 62. Находились Вы в местах лишения свободы?
 63. Снизилась Ваша профессиональная квалификация в последние годы?
 64. Сколько дней или месяцев назад Вы выпивали последний раз?
 65. Есть у Вас сейчас желание выпить?
 Благодарим Вас за ответы на вопросы и просим поставить ниже сегодняшнюю дату и свою подпись.

3-й раздел карты (заполняется наркологом).

Развернутый наркологический диагноз. Синдромологическая оценка статуса больного по данным опросника.

Клиническая оценка	Пункт карты, отражающий клинический признак
Нозологическая характеристика.	
1. Диагноз: алкогольная зависимость бытовое пьянство злоупотребление алкоголем	см. пункт 2 2)+ 14, 23, 24, 15, II: 2-3, 33 2) II: 2-3, 14, 15, 23, 24, 33
2. Стадия алкогольной зависимости: первая вторая третья	2) II: 2-3, 14, 15, 18, 21-26, 31, 37-39 2) 1-15, II: 2-3, 18, 19, 21, 22, 24, 26, 31, 35-45 1) 1-29 2) 1-11, II: 3, 14, 15, 30, 32, 34-36, 40, 43-48
3. Темп прогрессивности: прогрессивность отсутствует малый средний высокий	(определяется по срокам формирования симптомов)
4. Тип течения: непрерывный приступообразный Синдром наркоманической зависимости	2) 27
5. Форма потребления алкоголя эпизодическое потребление псевдозапой истинный запой перемежающееся пьянство постоянное потребление с высокой толерантностью постоянное потребление с низкой толерантностью	2) 23-26 23 26 25 24 30
6. Алкогольный абстинентный синдром, его тип	2) 12-13
7. Наличие патологического влечения к алкоголю, его тип	2) 14, 15, 18-20
Психические изменения вследствие алкоголизма.	
8. Изменение биологической реактивности: изменение формы опьянения потеря количественного и ситуационного контроля изменение толерантности	2) 35, 36 2) 18, 37-40 2) 30-34
9. Изменение психической реактивности: снижение психической толерантности, фрустрационная интолерантность, сенситивность к внешним раздражителям см. "изменения характера"	2) 4, 43, 47, 48
10. Неврозоподобные, астено-депрессивные расстройства	1) 26-28
11. Психоорганические расстройства	1) 29, 24-25; 2) 46-48, 63
12. Внутренняя картина болезни: анозогнозическая нормозогнозическая	2) 49-56

Клиническая оценка	Пункт карты, отражающий клинический признак
13. Трезвеннические и терапевтические установки	2) 57-58
14. Динамика характерологических особенностей: отсутствие заострение трансформация (гетеро-, гомономная)	2) 43-44 45
15. Морально-этическое снижение личности	1) 30
Другие последствия злоупотребления алкоголем	
16. Деадаптация: семейная трудовая социальная.	2) 59 2) 60, 63 2) 61, 62
17. Экзогенно-органическое поражение ЦНС	1) 5; 2) 3
18. Соматоневрологические последствия злоупотребления алкоголем: отсутствуют резидуальные явления орг. пор. ЦНС эпиприступы в анамнезе соматические стигмы алкогольные психозы	1) 18-23 2) 41 1) 8-17 1) 31; 2) 41-42
19. Сопутствующие соматические, неврологические и психические заболевания	1) 31; 2) 5
Характеристика, не входящая в диагноз	
20. Отягощенная наследственность	2) 1-2
21. Употребление суррогатов	2) 40
22. Лживость	2) 16, 17, 20, 27-29
Цифра со скобкой обозначает номер раздела карты: 1 и 2.	

Список литературы

- Даренский И. Д. Расширенная клиническая оценка состояния наркологических больных// Наркология. — 2003. — С. 34—38.
- Довгий А. В., Ростовцева Т. И. Анкетный метод для скрининга алкоголизма// Вопросы наркологии. — 1988. — №1. — С. 27—30.
- Еникеева Д. Д. Возможности ранней диагностики и активного выявления больных малопрогредиентной формой алкоголизма в общемедицинской сети// Алкогольные и неалкогольные токсикомании. — М., 1984. — С. 160—163.
- Иванец Н.Н.// Алкоголизм. — М.: Медицина, 1983. — 217 с.
- Иванец Н.Н., Мандель А.И., Мещеряков Л.В. и др. Карта стандартизованного описания обследуемого. — Томск, 1985.
- Качаев А.К., Иванец Н.Н., Игонин А.Л. и др. Стандартизованные психопатологические симптомы и синдромы для унифицированной клинической оценки алкоголизма и алкогольных психозов: Глоссарий. Методические рекомендации — М., 1976. — 63 с.
- Крутько В.С., Стадникова А.В., Слабунов О.С. и др. Опыт диагностики хронического алкоголизма у больных туберкулезом легких// Вопросы наркологии. — 1989. — №1. — С. 15.
- Лебедев В.А., Ванчакова Н.П., Христофоров С.Н. и др. Особенности течения алкоголизма у больных с алкогольными кардиомиопатиями и хроническими рецидивирующими болевыми

панкреатитами// Вопросы наркологии. — 1989. — №4. — С. 23—26.

9. Лисицын Ю.П., Сидоров П.И. Алкоголизм. Медико-социальные аспекты. — М.: Медицина, 1990. — 528 с.

10. Медико-социальные проблемы, связанные с потреблением алкоголя и их предупреждение. Отделение медико-социальных исследований. — Дублин, 1985. — 101 с.

11. Недвепкая Л.М., Бочарова В.М., Дубова М.Н. и др. Влияние хронической алкогольной интоксикации на течение острых абсцессов легких// Грудная хирургия. — 1986. — №3. — С. 67—73.

12. Полтавец В. И. Анкетные методы скрининга алкоголизма. — Киев, 1985. — 21 с.

13. Рутман И., Моузер Д. Методические рекомендации по изучению проблем потребления алкоголя и разработки соответствующих мероприятий. — Женева, 1988. — 56 с.

14. McLellan A.T., Luborsky L., O'Brien C.P. et al. An improved evaluation instrument for substance abuse patients. The Addiction Severity Index// The journal of Nerv and Mental Disease. — 1980. — Vol. 168, № 26. — P. 33.

15. Cyr M.G., Wartman S.A. The effectiveness of routine screening questions in the detection of alcoholism// Journal Amer. Med. Ass. — 1988. — Vol. 259, №1. — P. 51—54.

16. Tomson F. Presentation of alcohol problems in general practice// Med. int. — 1985. — Vol. 2, №15. — P. 634—636.

REVEALING OF THE PATIENTS WITH ALCOHOLIC DEPENDENCE IN CONDITIONS PHTHISIATRICAL OF BRANCH

DARENSKY I.D. professor. Faculty addictology.
Faculty of postgraduate education MMA, Moscow
DARENSKAIA S.D. professor. Science-research institute of phthisio-pulmonology MMA,
Moscow

The patients by a tuberculosis easy frequently find out attributes of alcoholic dependence. It is known, that the abusing by alcohol considerably interferes with realization phthisiatrial of treatment. The revealing and treatment of alcoholic dependence is obligatory attribute of successful treatment of a tuberculosis. The study of a situation by virtue of a line of the reasons is possible by efforts of the doctors - phthisiatric. Similar screening of the patients is possible with the help of questionnaire. The questionnaire is described, trial which has shown its sufficient validity.