https://doi.org/10.29296/25877305-2021-04-02

Злоупотребление алкоголем: эпидемиологические, патофизиологические, терапевтические аспекты и стратегии профилактики

К.Р. Амлаев, доктор медицинских наук, профессор
Ставропольский государственный медицинский университет Минздрава России
E-mail: kum672002@mail.ru

В статье рассматривается проблема злоупотребления алкоголем с позиций медицинской профилактики. Актуальность данной проблемы обусловлена широкой распространенностью (283 млн человек в мире), высокой смертностью и негативными социальными последствиями. Приведена современная классификация расстройств в соответствии с Международной классификацией болезней 11-го пересмотра, рассмотрены патофизиологические механизмы формирования алкоголизма, описаны группы риска и последствия хронического употребления алкоголя. Представлены меры профилактики алкоголизма, реализуемые в том числе на государственном уровне.

Ключевые слова: алкоголь, алкоголизм, медицинская профилактика алкоголизма.

Для цитирования: Амлаев К.Р. Злоупотребление алкоголем: эпидемиологические, патофизиологические, терапевтические аспекты и стратегии профилактики. Врач. 2021; 32 (4): 10–13. https://doi.org/10.29296/25877305-2021-04-02

Среди факторов риска неинфекционных заболеваний особое место занимает злоупотребление алкоголем [1]. При имеющихся тенденциях его потребления в расчете на душу населения в 2025 г. оно достигнет 7 л. Смертность в результате злоупотребления алкоголем обогнала таковую при туберкулезе, инфицировании вирусом иммунодефицита человека / синдроме приобретенного иммунодефицита и диабета. Во всем мире 237 млн мужчин и 46 млн женщин страдают расстройствами, связанными с употреблением алкоголя, причем самая высокая их распространенность среди мужчин и женщин наблюдается в европейском регионе (соответственно 14,8 и 3,5%) и регионе Северной и Южной Америки (соответственно 11,5 и 5,1%). Расстройства, связанные с употреблением алкоголя, более распространены в развитых странах. Ущерб, наносимый алкоголем человеку, зависит от объема и качества, а также характера его приема [2]. Приблизительно 14 млн американцев (7,4% населения США) удовлетворяют диагностическим критериям злоупотребления алкоголем или алкоголизма [3].

Алкоголь является психоактивным веществом с вызывающими зависимость свойствами. Размер наносимого индивиду вреда определяется объемом потребляемого алкоголя, характером употребления алкоголя и, в редких случаях, качеством потребляемого алкоголя. Сильное эпизодическое употребление алкоголя определяется как одномоментное потребление ≥60 г чистого алкоголя (>6 стандартных напитков в большинстве стран). В США алкогольным считается напиток, содержащий 15 г спирта (355 мл пива, 148 мл вина или 44 мл крепких напитков) [3]. Вред от употребления алкоголя определяется как ущерб физическому или психическому здоровью. Алкогольная зависимость, как правило, включает сильное желание употреблять алкоголь, трудности при контроле и настойчивость его употребления, несмотря на вредные последствия при употреблении, повышенную переносимость алкоголя, физиологическое состояние отмены [4].

Алкоголизм – сложная болезнь мозга, характеризующаяся тремя различными этапами цикла зависимости, которые проявляются как нейроадаптивные изменения в мозге. Одним из таких этапов являются негативные аффективные состояния, которые появляются при его отмене, способствуют употреблению алкоголя и поддерживают зависимость. Повторное употребление алкоголя, генетическая предрасположенность к алкоголизму и тревоге, а также воздействие алкоголя в критические периоды развития способствуют развитию алкогольной абстиненции и негативных аффективных симптомов. В соответствии с Международной классификацией болезней 11-го пересмотра психические, поведенческие и другие расстройства, вызванные алкоголизмом, кодируются следующим образом:

- 6C40.0 – единичный эпизод вредного употребления алкоголя;
- 6C40.1 – гармоническая картина употребления алкоголя;
- 6C40.2 – алкогольная зависимость;
- 6C40.3 – алкогольная интоксикация;
- 6C40.4 – алкогольная ломка;
- 6C40.5 – алкогольный бред;
- 6C40.6 – алкогольное психотическое расстройство;
- 6C40.7 – другие алкогольные расстройства;
- 6C40.70 – алкогольное расстройство настроения;
- 6C40.71 – алкоголь-индуцированное тревожное расстройство;
- 6D84.0 – деменция из-за употребления алкоголя и еще ряд других расстройств.

Алкоголь, начиная всасываться уже в желудке и метаболизируясь в печени, оказывает системное действие на организм [1].

Потребление алкоголя варьирует в зависимости от пола и расы/этнической принадлежности. Во всем мире мужчины потребляют больше алкоголя, чем женщины, а женщины в более развитых странах пьют больше, чем женщины в развивающихся странах. Американские мужчины гораздо чаще, чем женщины, употребляют алкоголь (соответственно 56,5 и 47,9%), сообщают о сильном употреблении алкоголя (соответственно 9,9 и 3,4%). К факторам, способствующим возникновению этих диспропорций, относятся показатели социально-

экономического статуса (СЭС) – образование, доход и профессия. Они обычно являются сильными предикторами алкогольного поведения и, как правило, положительно связаны со здоровьем. Люди с более высоким уровнем СЭС, как правило, пьют чаще, чем другие. Среди пьющих людей лица из группы с низким уровнем СЭС, как правило, пьют больше алкоголя. При этом изучение близнецов, историй семей и усыновлений убедительно показали, что генетические факторы на 50–60% определяют предиспозицию к алкоголизму [5].

Установлены 5 стран с самой высокой частотой приема алкоголя во время беременности: Ирландия (60,4%), Беларусь (46,6%), Дания (45,8%), Великобритания (41,3%) и Россия (36,5%). Средняя распространенность потребления алкоголя во время беременности была самой высокой в европейском регионе (25,2%), а самой низкой – в регионе Восточного Средиземноморья (0,2%) [6].

Воздействие алкоголя в критические периоды развития может вызвать долговременные последствия для здоровья. Признано, что воздействие алкоголя в утробе матери приводит к расстройствам алкогольного спектра плода (РАСП), но по результатам более поздних исследований сделан вывод, что воздействие алкоголя в подростковом возрасте также вызывает длительные изменения в мозге и поведении. РАСП определяется как группа расстройств, возникающих в результате воздействия алкоголя в утробе матери, характеризующихся изменением внешнего вида лица, микроцефалией, умственными нарушениями, поведенческими проблемами и повышенной склонностью к злоупотреблению алкоголем. Подростковый возраст также является критическим периодом для развития мозга [4, 7, 8].

Определены некоторые агенты и процессы, посредством которых запускаются патофизиологические механизмы при чрезмерном потреблении алкоголя – это митохондриальное повреждение клеточных мембран, иммунная модуляция и окислительный стресс. Хотя этанол усиливает активацию дофаминовых нейронов мозга, он в то же время ингибирует активацию ГАМКергических нейронов среднего мозга [9–11].

Влияние стресса на употребление алкоголя – сложный и не до конца изученный процесс. С одной стороны, алкоголь обладает анксиолитическими свойствами, что мотивирует людей на его употребление для снятия стресса, в том числе связанного с периодами абстиненции. Однако алкоголь сам по себе является самостоятельным стрессовым фактором. Острое воздействие алкоголя активирует гипоталамо-гипофизарно-адренокортикальную ось – главный компонент нейроэндокринной реакции на стресс посредством прямой стимуляции нейронов в паравентрикулярном ядре гипоталамуса, что приводит к высвобождению кортикотропин-рилизинг-фактора, который индуцирует секрецию адренокортикотропного гормона из гипофиза, в свою очередь воздействующего на надпочечники, приводя к попаданию глюкокортикостероидов в русло крови. Параметры данного процесса зависят от истории, уровня и характера употребления алкоголя, его доступности, а также типа, хроничности, прерывистости, предсказуемости и управляемости стресса, которые пересекаются с рядом биологических переменных, таких как генетика, возраст и пол. Периоды отмены алкоголя сопровождаются повышением уровня глюкокортикостероидов в крови и вегетативными реакциями по симпатическому типу. Физиологически это проявляется симптомами острой алкогольной абстиненции – тахикардией, повышенным АД, потливостью, нарушением терморегуляции [12].

Злоупотребление алкоголем может ухудшить всасывание различных питательных веществ и их использование. Первичная недостаточность питания возникает в случае, когда алкоголь заменяет другие питательные вещества в рационе питания, а вторичная – при потреблении достаточного количества питательных веществ, которые не усваиваются из кишечника из-за воздействия алкоголя. Он препятствует поглощению основных аминокислот и витаминов, в частности B_1 (тиамина), B_2 (рибофлавина), B_6 (пиридоксина), витамина С и фолиевой кислоты [4].

Наибольшая нагрузка из-за непосредственного воздействия алкоголя приходится на кишечник. Основу патологических механизмов негативного воздействия на него составляет нарушение целостности кишечного барьера, что способствует попаданию бактерий и токсинов в кровоток, а также дисбиоз (дисбаланс в типах микробов) и последующий усиленный рост патогенной микрофлоры. Злоупотребление алкоголем (>40 г в день) оказывает значительное влияние на возникновение панкреатита, что сопровождается отеком ткани поджелудочной железы, ее воспалением, ацинарной атрофией и умеренным фиброзом, а также апоптозом клеток и некрозом ткани железы [1, 13].

В свою очередь, алкогольные подтипы заболеваний печени включают алкогольный гепатит, стеатоз, стеатогепатит, фиброз и цирроз (ЦП). Острый алкогольный гепатит и ЦП ассоциируются с высокой смертностью (которая может достигать 50% при остром алкогольном гепатите), а медиана выживаемости пациентов с прогрессирующим ЦП может достигать 1–2 лет [14].

Злоупотребление алкоголем сопровождается повышенным риском сердечно-сосудистых и цереброваскулярных заболеваний, включая гипертонию, инсульт, инфаркт миокарда и внезапную смерть [1]. В то же время при уменьшении потребления алкоголя снижается АД [15].

Алкогольная интоксикация может усиливать дисфорию, когнитивную дисфункцию, импульсивность и интенсивность суицидальных мыслей. После употребления алкоголя риск суицида возрастает примерно в 7 раз и в 37 раз – после интенсивного употребления алкоголя. Доля самоубийств, связанных с употреблением алкоголя, достигает 18% [16, 17].

Употребление алкоголя является также сильным фактором риска развития туберкулеза из-за подавления им иммунной системы. Люди с алкогольными расстройствами, как правило, имеют плохую привер-

женность лечению, худшую эффективность лечения и лекарственную резистентность туберкулезной инфекции. Злоупотребление алкоголем значительно повышает риск возникновения онкопатологии пищеварительного тракта и молочной железы.

Зачастую самостоятельное прекращение употребления алкоголя сопровождается легкими симптомами отмены – бессонницей и дрожью, а в тяжелых случаях – судорогами, галлюцинациями и «белой горячкой» (делирий). Лицам с острым соматическим или психическим заболеванием может потребоваться стационарное лечение, чтобы избежать осложнения этих сопутствующих расстройств. В этом случае самую большую и лучшую доказательную базу для лечения признаков и симптомов острой отмены алкоголя имеют бензодиазепины и противосудорожные препараты. Для лечения расстройств, связанных со злоупотреблением алкоголя, чаще всего используются дисульфирам, налтрексон и акампросат [18]. Кроме того, изучается ряд других лекарственных средств для лечения алкоголизма, включая варениклин, габапентин, топирамат, зонисамид, баклофен, ондансетрон, леветирацетам, кветиапин, арипипразол и ингибиторы обратного захвата серотонина.

В качестве дополнительной терапии или альтернативы синтетическим транквилизаторам в лечении алкоголизма могут применяться фитопрепараты, такие как Нерво-Вит и Леветон П (Парафарм, Пенза). В состав препарата Нерво-Вит входят порошок корневищ с корнями валерианы – 25 мг, порошок корневищ с корнями синюхи – 10 мг, экстракт пустырника – 10 мг, экстракт мелиссы – 10 мг, аскорбиновая кислота (витамин С) – 8 мг [19]. Валериана способствует снижению нервного напряжения и возбужденности, нормализации сна; корневища синюхи голубой содержат 20–30% тритерпеновых гликозидов, что позволяет применять ее при неврозах, бессоннице, упадке сил; экстракт пустырника обеспечивает быстрый успокоительный эффект; мелисса обладает седативными свойствами, снимает чувство тревоги и страха; витамин С участвует в выработке норадреналина, а также снижает действие свободных радикалов, образующихся во время стресса. Клинические исследования [19, 20] показали эффективность препарата Нерво-Вит в терапии тревожных и стресс-индуцированных расстройств, достоверное снижение уровней депрессии и тревоги, вегетотропный эффект, в том числе со стороны сердечно-сосудистой системы (стабильность пульса и АД, отсутствие кардиалгии, снижение патологических вазомоторных реакций) по сравнению с группой контроля.

Препарат Леветон П, в состав которого входят порошок корней левзеи – 50 мг, витамин С – 30 мг, витамин Е – 3 мг, пчелиная обножка – 100 мг, стимулирует центральную нервную систему, повышает умственную и физическую работоспособность особенно при астенических состояниях и переутомлении. Курсовое применение препарата Леветон П оказывает тонизирующее, иммуномодулирующее и антиоксидантное действие на организм, ускоряет процессы восстановления и адаптации физическим нагрузкам, повышает иммунитет [21].

В качестве немедикаментозных технологий для контроля алкогольных расстройств в последнее время используются смартфоны, которые оказались эффективными при отслеживании местоположения лиц с высоким риском, а также в роли платформы для образовательных ресурсов, социальной поддержки зависимых, предоставляя возможность использования «кнопки паники» (которая запускает автоматические напоминания о личных побуждениях к тому, чтобы не пить, обеспечивает оповещения людей, которые могут связаться с пользователем, предлагает инструменты для решения проблем), регулярные оценки и средства релаксации [22, 23].

В качестве базовых профилактических мер в отношении расстройств алкогольного спектра должны использоваться так называемые табу, налагаемые на некоторые категории граждан. К ним относятся:

- лица моложе 21 года;
- беременные женщины;
- водители;
- пациенты, которые употребляют препараты, взаимодействующие с алкоголем;
- пациенты, страдающие некоторыми заболеваниями;
- лица, выздоравливающие от алкоголизма или неспособные контролировать количество выпитого [22].

Однако в борьбе со злоупотреблением алкоголем главная роль отводится национальным стратегиям в этой области. В 2016 г. 80 стран сообщили о разработке национальной политики в области алкоголя, в то время как еще 8 стран разработали субнациональную политику, а 11 стран ввели полный запрет на алкоголь. Процент государств, имеющих национальную алкогольную политику, среди стран с высоким уровнем дохода достигает 67%, в то время как среди стран с низким уровнем дохода он не превышает 15%. Уровни охвата лечением алкогольной зависимости в 2016 г. соответственно колебались от 0% в развивающихся странах до 40% – в развитых. Ограничение доступности алкоголя достигается повышением цены на алкоголь в основном за счет налогообложения, что сдерживает потребление из-за возросших затрат. Другие формы регулирования потребления алкоголя включают установление минимального возраста покупателя, ограничение дней и часов продажи, регулирование мест, где можно продавать алкоголь. Однако некоторые стратегии алкогольной промышленности могут снижать эффективность политики и программ в области здравоохранения [22, 24–28].

В России функционируют первичный, вторичный и третичный уровни медико-социальной профилактики. Задача первичной профилактики – предупредить возникновение алкогольных расстройств. В ее решении должны принимать участие как медицинские организации, так и те, кто оказывает влияние на жизнь человека и общества. Значительная роль в этом отводится системе образования и институту семьи. Вторичная

профилактика адресована тем, кто уже имеет расстройства алкогольного спектра. В ней принимают участие психиатры, наркологи, клинические психологи, социальные работники и др. В последние годы вторичной профилактикой активно занимаются общественные организации, в том числе религиозные. На данном этапе важна реализация принципа раннего вмешательства. Третичный уровень профилактики ставит своей задачей восстановление и сохранение социально значимых функций человека. Говоря о государственных моделях профилактики, следует выделить 3 основные – медико-социальную, образовательную и психосоциальную [29].

Представляется важным создание национальных стратегий по алкоголю, направленных на реализацию эффективных мер профилактики. Осуществлять данные меры должна широкая коалиция медицинских, государственных, общественных организаций с одновременным использованием всех моделей профилактики с возрастанием усилий по градиенту потребности в них.

* * *

Конфликт интересов отсутствует.

Исследование не имело спонсорской поддержки.

Литература/Reference

1. Molina P.E., Nelson S. Binge Drinking's Effects on the Body. *Alcohol Res*. 2018; 39 (1): 99–109.
2. Global status report on alcohol and health. WHO. 2018. URL: *https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf?ua=1*
3. Rehm J., Imtiaz S. A narrative review of alcohol consumption as a risk factor for global burden of disease. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 20168; 11 (1): 37. DOI: 10.1186/s13011-016-0081-2
4. Sebastiani G., Borrás-Novell C., Alsina M. et al. The Effects of Alcohol and Drugs of Abuse on Maternal Nutritional Profile during Pregnancy. *Nutrients*. 2018; 10 (8): 1008. DOI: 10.3390/nu10081008.
5. Kendler K.S., Edwards A., Myers J. et al. The predictive power of family history measures of alcohol and drug problems and internalizing disorders in a college population. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet*. 2015; 168B (5): 337–46. DOI: 10.1002/ajmg.b.32320.
6. Delker E., Brown Q., Hasin D. Alcohol Consumption in Demographic Subpopulations: An Epidemiologic Overview. *Alcohol Res Curr Rev*. 2016; 38: 7–14.
7. Windle M. Drinking Over the Lifespan: Focus on Early Adolescents and Youth. *Alcohol Res*. 2016; 38 (1): 95–101.
8. Grigsby T.J., Forster M., Unger J.B. et al. Predictors of alcohol-related negative consequences in adolescents: A systematic review of the literature and implications for future research. *J Adolesc*. 2016; 48: 18–35. DOI: 10.1016/j.adolescence.2016.01.006
9. Abrahao K.P., Salinas A.G., Lovinger D.M. Alcohol and the Brain: Neuronal Molecular Targets, Synapses, and Circuits. *Neuron*. 2017; 96 (6): 1223–38. DOI: 10.1016/j.neuron.2017.10.032
10. Edenberg H.J., McClintick J.N. Alcohol Dehydrogenases, Aldehyde Dehydrogenases, and Alcohol Use Disorders: A Critical Review. *Alcohol Clin Exp Res*. 2018; 42 (12): 2281–97. DOI: 10.1111/acer.13904
11. Costardi J.V., Nampo R.A., Silva G.L. et al. A review on alcohol: from the central action mechanism to chemical dependency. *Rev Assoc Med Bras (1992)*. 2015; 61 (4): 381–7. DOI: 10.1590/1806-9282.61.04.381
12. Howard C. Becker Influence of Stress Associated with Chronic Alcohol Exposure on Drinking. *Neuropharmacology*. 2017; 122: 115–26. DOI: 10.1016/j.neuropharm.2017.04.028
13. Patel S., Behara R., Swanson G.R. et al. Alcohol and the Intestine. *Biomolecules*. 2015; 5 (4): 2573–88. DOI: 10.3390/biom5042573
14. Campollo O. Alcohol and the Liver: The Return of the Prodigal Son. *Ann Hepatol*. 2019; 18 (1): 6–10. DOI: 10.5604/01.3001.0012.7854
15. Roerecke M., Kaczorowski J., Tobe S.W. et al. The effect of a reduction in alcohol consumption on blood pressure: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health*. 2017; 2 (2): e108–e120. DOI: 10.1016/S2468-2667(17)30003-8
16. McHugh R.K., Weiss R.D. Alcohol Use Disorder and Depressive Disorders. *Alcohol Res*. 2019; 40 (1): arcr.v40.1.01. DOI: 10.35946/arcr.v40.1.01
17. Borges G., Bagge C.L., Cherpitel C.J. et al. A meta-analysis of acute use of alcohol and the risk of suicide attempt. *Psychol Med*. 2017; 47 (5): 949–57. DOI: 10.1017/S0033291716002841
18. Cannella N., Ubaldi M., Masi A. et al. Building better strategies to develop new medications in Alcohol Use Disorder: Learning from past success and failure to shape a brighter future. *Neurosci Biobehav Rev*. 2019; 103: 384–98. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2019.05.014
19. Кукушкин А.В. Применение фитопрепарата «Нерво-Вит» в лечении пациентов с психовегетативным синдромом. *Поликлиника*. 2017; 1–1: 29–32 [Kukushkin A.V. Primenenie fitopreparata «Nervo-Vit» v lechenii patsientov s psikhovegetativnym sindromom. *Poliklinika*. 2017; 1–1: 29–32 (in Russ.)].
20. Петрова Е.В., Полубояринов П.А., Струков В.И. и др. Фитопрепарат «Нерво-Вит» как альтернатива синтетическим транквилизаторам. В сб.: Современные проблемы фитотерапии и травничества. Мат-лы 5-го междунар. съезда фитотерапевтов и травников, посвящ. 100-летию патриарха отечественной фитотерапии К.А. Трескунова, Черноголовка, 28–29 января 2019 г. М.: Русские, 2019 [Petrova E.V., Poluboyarinov P.A., Strukov V.I. et al. Fitopreparat «Nervo-Vit» kak al'ternativa sinteticheskim trankvilizatoram. V sb.: Sovremennye problemy fitoterapii i travnichestva. Mat-ly 5-go mezhdunar. s»ezda fitoterapevtov i travnikov, posvyashch. 100-letiyu patriarkha otechestvennoi fitoterapii K.A. Treskunova, Chernogolovka, 28–29 yanvarya 2019 g. M.: Russkie, 2019 (in Russ.)].
21. Сейфулла Р., Потупчик Т., Полубояринов П. и др. Возможности применения комбинированного адаптогена Леветон П. *Врач*. 2018; 29 (10): 37–44 [Seifulla R., Potupchik T., Poluboyarinov P. et al. Possibilities of using the combined adaptogen Leveton P. *Vrach*. 2018; 29 (10): 37–44 (in Russ.)]. DOI: 10.29296/25877305-2018-10-10
22. Knox J., Hasin D.S., Larson F.R.R. et al. Prevention, screening, and treatment for heavy drinking and alcohol use disorder. *Lancet Psychiatry*. 2019; 6 (12): 1054–67. DOI: 10.1016/S2215-0366(19)30213-5
23. Mason B.J. Emerging pharmacotherapies for alcohol use disorder. *Neuropharmacology*. 2017; 122: 244–53. DOI: 10.1016/j.neuropharm.2017.04.032
24. Pradhan A.M., Park L., Shaya F.T. et al. Consumer Health Information Technology in the Prevention of Substance Abuse: Scoping Review. *J Med Internet Res*. 2019; 21 (1): e11297. DOI: 10.2196/11297
25. Gomes T.B., Vecchia M.D. Harm reduction strategies regarding the misuse of alcohol and other drugs: a review of the literature. *Cien Saude Colet*. 2018; 23 (7): 2327–38. DOI: 10.1590/1413-81232018237.21152016
26. Suffoletto B., Scaglione S. Using Digital Interventions to Support Individuals with Alcohol Use Disorder and Advanced Liver Disease: A Bridge Over Troubled Waters. *Alcohol Clin Exp Res*. 2018; 42 (7): 1160–5. DOI: 10.1111/acer.13771
27. Derges J., Kidger J., Fox F. et al. Alcohol screening and brief interventions for adults and young people in health and community-based settings: a qualitative systematic literature review. *BMC Public Health*. 2017; 17 (1): 562. DOI: 10.1186/s12889-017-4476-4
28. Burton R., Henn C., Lavoie D. et al. A rapid evidence review of the effectiveness and cost-effectiveness of alcohol control policies: an English perspective. *Lancet*. 2017; 389 (10078): 1558–80. DOI: 10.1016/S0140-6736(16)32420-5
29. Смышляев А.В., Мельников Ю.Ю., Евдаков В.А. Организационные аспекты профилактики злоупотребления алкоголем. *Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики*. 2017; 3: 52–61 [Smyshlyaev A.V., Melnikov Y.Y., Evdakov V.A. Issues in the management of the prevention of alcohol addiction. *Current problems of health care and medical statistics*. 2017; 3: 52–61 (in Russ.)].

ALCOHOL ABUSE: EPIDEMIOLOGICAL, PATHOPHYSIOLOGICAL, THERAPEUTIC ASPECTS AND PREVENTION STRATEGIES

*Professor **K. Amlaev**, MD*
Stavropol State Medical University

The article deals with the problem of alcohol abuse from the perspective of medical prevention. The relevance of this problem is due to the wide spread of 283 million people. in a world with high mortality and negative social consequences. Modern classification of disorders in accordance with ICD-11 is given, pathophysiological mechanisms of alcoholism formation are considered, risk groups and negative consequences of chronic alcohol use are described. Measures to prevent alcoholism, including those implemented at the state level, are described.

Key words: *alcohol, alcoholism, medical prevention of alcoholism.*
For citation: *Amlaev K. Alcohol abuse: epidemiological, pathophysiological, therapeutic aspects and prevention strategies. Vrach. 2021; 32 (4): 10–13. https://doi.org/10.29296/25877305-2021-04-02*
Об авторе/About the author: *Amlaev K.R. ORCID: https://orcid.org/0000-0001-6576-4720*