
Содержание

<i>Предисловие к изданию на русском языке</i>	10
<i>Предисловие к изданию на английском языке</i>	12
<i>Благодарности</i>	14
<i>Список сокращений</i>	16
Алкогольная зависимость	20
Артериальная гипертензия.....	31
Астма	45
Атеросклероз.....	62
Атопический дерматит (экзема).....	93
Афтозный стоматит (афтозные язвы/афтоид/язвенный стоматит)	102
Аффективные расстройства	107
Бактериальный синусит.....	128
Бесплодие, женское	133
Бесплодие, мужское.....	173
Бессонница	201
Болезни пародонта	210
Болезнь Альцгеймера	219
Болезнь Паркинсона	233
Бронхит и пневмония	251
Вагиниты	262
Варикозное расширение вен	277
Вирусный гепатит	283
ВИЧ/СПИД: принципы и методы природной медицины	299
Воспалительные заболевания кишечника.....	327
Воспалительные заболевания органов малого таза.....	346
Выпадение волос у женщин	359
Герпетиформный дерматит	366
Гипертиреоз.....	370
Гипогликемия.....	381

Гипотиреоз	392
Глаукома: острая (закрытоугольная) и хроническая (открытоугольная)	408
Глютенчувствительная целиакия.....	416
Дисплазия шейки матки	422
Доброкачественная гиперплазия предстательной железы	435
Желчнокаменная болезнь	446
Застойная сердечная недостаточность.....	455
Здоровье беременных и первичная профилактика болезней у взрослых.....	462
Инфекционная диарея	486
Камни в почках	499
Кистевой туннельный синдром	513
Крапивница	521
Красный плоский лишай	534
Лейкоплакия	541
Макулярная дегенерация.....	545
Менопауза.....	552
Меноррагия.....	575
Мигрень	585
Миома матки.....	605
Многоформная эритема.....	614
Нарушение пищеварения	617
Обыкновенные и конглобатные угри	623
Ожирение.....	630
Остеоартроз.....	645
Остеопороз	661
Отит среднего уха	681
Подагра	689
Порфирии.....	697
Предменструальный синдром.....	708
Проктологические заболевания	721
Простой герпес	743
Протозойная инфекция кишечника и системные заболевания	749
Псориаз.....	754
Рак: комплексная немедикаментозная поддержка	766
Рассеянный склероз	790

Ревматоидный артрит	803
Розацеа	822
Сахарный диабет	828
Себорейный дерматит.....	868
Сенильная (возрастная) катаракта	872
Синдром гипервентиляции / Дисфункциональное дыхание.....	880
Синдром дефицита внимания с гиперактивностью.....	898
Синдром раздраженного кишечника	909
Синдром фибромиалгии.....	917
Синдром хронической усталости	930
Стенокардия	942
Стрептококковый фарингит.....	949
Трихомониаз	954
Фиброзно-кистозная мастопатия.....	961
Хронический кандидоз	967
Цистит	975
Эндометриоз	989
Эпилепсия.....	997
Язвенная болезнь	1012
<i>Предметный указатель</i>	<i>1020</i>

Предисловие к изданию на английском языке

Мы рады видеть, как благодаря многим именам процветает народная медицина. Неважно, какой используется термин (например, интегративная, холистическая или функциональная), философские принципы, поддерживаемые в культуре врачами народной медицины, наполняют и изменяют традиционную медицину. Лечить человека, а не болезнь — казалось бы, очевидная концепция, однако пришлось бороться за то, чтобы ее услышали. Как учил нас доктор Бастыр, еще когда мы были студентами, «несмотря на препятствия, истина нашей медицины одержит победу».

Третье издание клинического руководства по природной медицине было написано для разных аудиторий: студентов, врачей и исследователей. Для перегруженных работой врачей это сжатое руководство по работе с пациентами с одним или несколькими заболеваниями из 75 наиболее распространенных, которые эффективно лечатся методами народной медицины.

Студентам этот источник поможет глубже узнать пациента, страдающего от болезни. Одна из главных трудностей, с которыми приходится сталкиваться изучающим природную медицину, — это ловушка в виде «зеленых лекарств», другими словами, простая подмена синтетических лекарств травами или натуральной терапией при симптоматическом лечении. Но главное в медицине — это понять истинные причины заболевания, чтобы помочь пациенту восстановить нормальные функции. Внимательно изучая схемы, представленные в руководстве, студент может глубже понять уникальность каждого пациента. Рекомендации относительно того, когда обращаться (или использовать, в зависимости от подготовки или квалификации студента) к традиционным методам, помогут ему определить ограничения применения натуральных методов лечения.

Для исследователя, который хочет объективно оценить эффективность натуральной медицины, специальные схемы, приведенные в книге, помогут оторваться от ложного представления об однородности болезни. Несмотря на то что стандартизация болезни срывает возможность полного излечения, это не реализует возможность полного излечения. Установив, что каждое заболевание требует многократного вмешательства, в зависимости от состояния пациента можно разработать алгоритмы, которые позволят более точно оценить методы лечения.

Каждая глава состоит из нескольких частей: резюме, общие соображения, блок-схема, терапевтические соображения и метод лечения. Мы считаем, что такой формат уникален, и нам неизвестно о какой-либо иной книге, где блок-схемы использовались бы в качестве руководства по интегративному и натуральному лечению.

В блок-схемах диагностика и лечение делятся на три фазы: необходимость традиционного вмешательства (1), минимизация препятствий для излечения (2) и индивидуализированные вмешательства в зависимости от состояния пациента (3). Первая фаза предназначена для того, чтобы помочь клиницисту разобраться, каким пациентам может срочно понадобиться традиционное лечение или чье заболевание прогрессирует, выходя за рамки возможностей народной медицины. Вторая фаза представляет собой наиболее актуальные диагностические и терапевтические подходы для выявления причин, которые необходимо контролировать, и определения, какие вмешательства необходимы для предоставления пациенту персональной медицинской помощи. Точное соблюдение этой тщательно выстроенной логической цепочки повысит эффективность лечения.

Третье издание в точности следует формату второго издания. Основное отличие заключается в дополнительном включении некоторых заболеваний.

Мы рады представить клиницистам эту особенную книгу, которая, по нашему мнению, значительно поможет им предоставить самую эффективную помощь своим пациентам.

*Джозеф Е. Пиццорно, ND,
Майкл Т. Мюррей, ND,
Херб Джойнер-Бей, ND*

Благодарности

Я хотел бы поблагодарить всех своих бывших студентов за здоровье и исцеление, которое они принесли миллионам людей. Вы проделали колоссальную работу по созданию Университета Bastyr, достойного любого самопожертвования.

Доктор Майкл Мюррей, своими книгами и безустанной просветительской деятельностью Вы сыграли колоссальную роль в трансформации медицины. Я теряю дар речи перед Вашей образованностью.

Я бы хотел поблагодарить доктора Херба Джойнер-Бея за его неустанную работу над тем, чтобы сделать альтернативную медицину понятной и медикам, и пациентам. Он проделал титанический труд по превращению сложнейшего руководства по натуральной медицине в эту краткую, исчерпывающую и чрезвычайно доступную книгу, а также ее расширение, и включение нескольких новых глав в третье издание будет настоящим подарком для всех.

И, конечно же, этот труд никогда бы не увидел свет, если бы не любовь и поддержка моей семьи: Лары, моей дорогой жены, а также моих горячо любимых детей, Галена и Рэйвен. Спасибо за радость и полноту, которую вы привнесли в мою жизнь.

Джозеф Е. Пиццорно, ND

* * *

Больше всего я хотел бы выразить благодарность моему внутреннему голосу, который направлял меня в моей жизни, давал мне вдохновение, силу и покорность в самое нужное время. Моей мотивацией было, прежде всего, благо, которое, я это знаю, может принести правильное применение народной медицины. Она может в буквальном смысле изменить человеческие жизни. Я знаю, что она изменила мою жизнь.

Я благодарен за очень многое. Я особенно благодарен за свою жену и моего лучшего друга Джину. Я благодарен за чудесных родителей, чья поддержка и вера никогда не иссякали. Сейчас у меня есть возможность исполнить их завет любви в отношении своих собственных детей — Алексы, Закари и Эддисон.

Помимо моей семьи, меня воистину вдохновляли доктора Ральф Вайсс, Эд Мэдисон, Билл Митчелл.

Я благодарен доктору Гаэтано Морелло, моим однокашникам и всему сообществу Университета Bastyr, а также всем тем исключительным людям,

которых мне посчастливилось называть друзьями и которые помогли мне на моем жизненном пути.

И, в конце концов, я глубоко ценю Джо Пиццорно и Херба Джойнер-Бея не только как своих соавторов, но и как истинных друзей.

Майкл Т. Мюррей, ND

* * *

Я бы хотел выразить свою глубочайшую признательность Джозефу Пиццорно и Майклу Мюррею за высокую честь и привилегию участия в подготовке третьего издания этого руководства, созданного на основе четвертого издания их руководства по натуральной медицине. Из-за снижения моего зрения проблемы, связанные с подготовкой нового издания, оказались намного серьезнее, чем те, с которыми я сталкивался при подготовке первого и второго изданий. С огромной признательностью я благодарю Рэйчел Аллен, контент-координатора, и издательство Elsevier за их терпение, понимание и великодушие в оказании любой поддержки, которая могла бы облегчить мою задачу. Огромную признательность я хотел бы также выразить доктору Пиццорно за его любезное желание облегчить мое бремя, самостоятельно подготовив ряд глав. Спасибо вам огромное, Ким и Джо. Без вашей помощи этот проект не был бы завершен вовремя.

Херб Джойнер-Бей, ND

* * *

И в завершение хотелось бы поблагодарить всех выдающихся сотрудников издательства Elsevier, чей творческий дар и опыт были незаменимы при выпуске этой книги. Спасибо Шелли Стрингер, Джолин Гоуэр и Рэйчел Аллен, работавшим над новым изданием, и всем, кто работал над тем, чтобы улучшить текст предыдущих изданий, — Келли Уайт, Клер Крамер, Ким Фронс и Келли Милфорд. (Инта Озол, мы до сих пор скучаем по тебе.)

Алкогольная зависимость

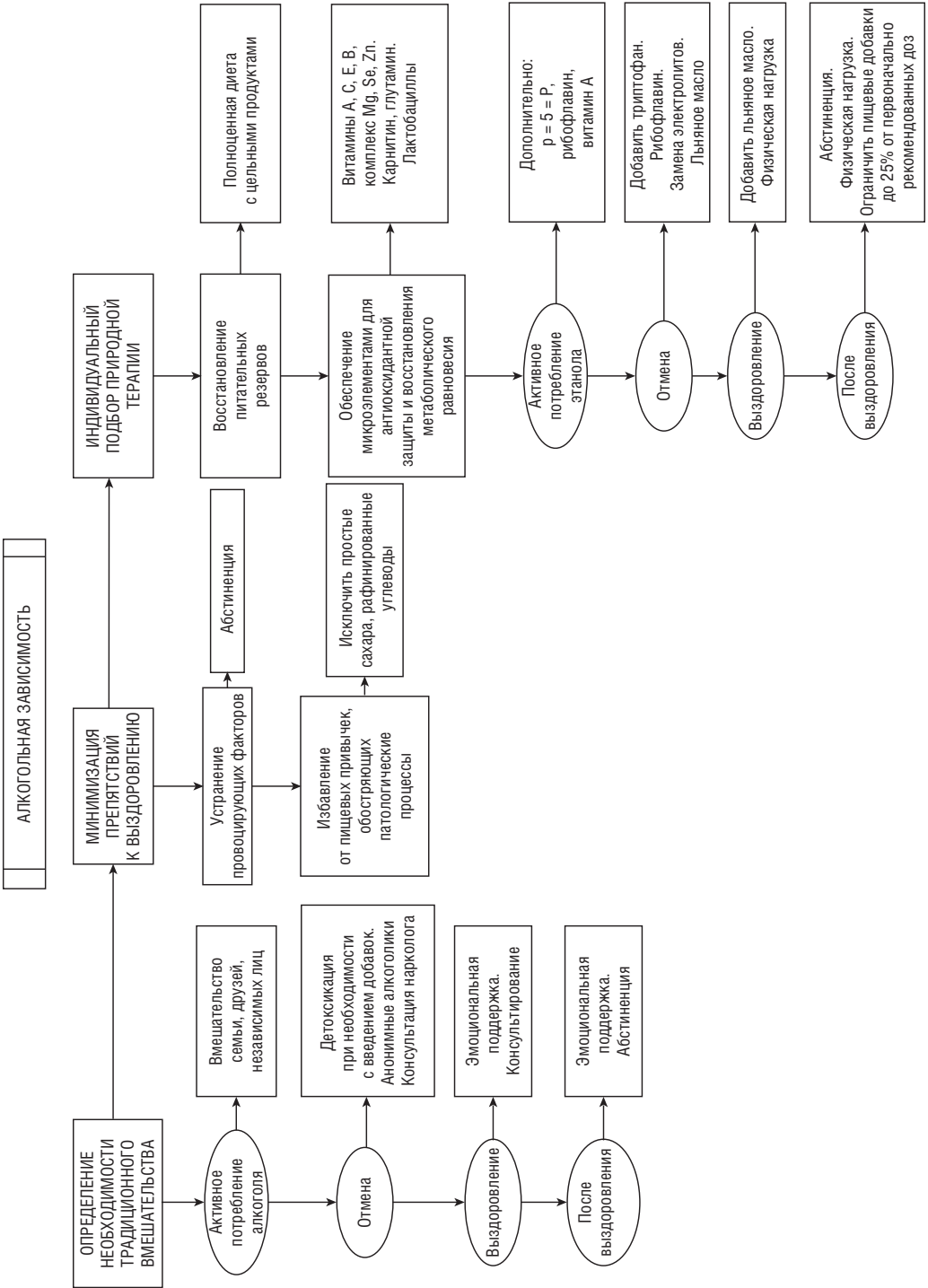
КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

- Алкогольная зависимость проявляется при воздержании от алкоголя: тремор, судороги, галлюцинации, делирий.
- Запой (48 ч и более употребления алкоголя при невозможности выполнять привычные обязанности) или выключение сознания.
- Наличие заболеваний, связанных с алкоголизмом: цирроз, панкреатит, миопатия, полинейропатия, мозжечковая дегенерация. Признаки злоупотребления алкоголем: запах алкоголя изо рта, красное лицо, тремор, подкожные кровоизлияния.
- Психологические или социальные признаки злоупотребления алкоголем: депрессия, потеря друзей, лишение водительских прав из-за вождения в нетрезвом виде, прием алкоголя украдкой, перед завтраком, частые несчастные случаи, прогулы на работе.

ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Алкогольная зависимость, расстройство, связанное с употреблением алкоголя, или просто алкоголизм, — это инвалидизирующее аддиктивное расстройство, характеризующееся употреблением алкоголя, которое превышает принятые культурные нормы, причиняет вред здоровью или социальным отношениям. Алкогольная зависимость в большей степени преобладает среди мужчин, представителей европеоидной расы, коренных жителей Америки, более молодых и неженатых взрослых и лиц с более низким доходом.

- **Последствия:** повышенная смертность (прогнозируемая продолжительность жизни на 10–12 лет короче); в 2 раза выше смертность у мужчин, в 3 раза — у женщин; в 6 раз выше уровень самоубийств, главный фактор из 4 лидирующих причин смерти у мужчин в возрасте от 25 до 44 лет (ДТП, убийства, самоубийства, цирроз); финансовые издержки; влияние на здоровье (клеточный обмен; интоксикация; абстинентный синдром и синдром отмены; заболевания, связанные с недостаточностью питания; дегенерация мозжечка; атрофия мозга; психические нарушения; эзофагит; гастрит; язва желудка; повышенный риск рака полости рта, глотки, гортани, пищевода; панкреатит; жировая дистрофия печени и цирроз; аритмия;



дистрофия миокарда; гипертония; стенокардия; гипогликемия; снижение синтеза белка; повышение триглицеридов в сыворотке крови и печени; снижение уровня тестостерона в сыворотке; миопатия; остеопороз; розовые угри, телеангиэктазии; нарушения свертываемости).

- **Влияние на плод:** задержка развития, в том числе умственного; алкогольный синдром плода; тератогенность.
- 18 млн страдающих алкоголизмом в США; часто это скрытое заболевание, утаиваемое членами семьи и друзьями.

Краткий мичиганский тест на выявление алкоголизма

1. Вы считаете, что выпиваете не больше других (т.е. не больше, чем основная масса людей)?	Да (0)	Нет (2)
2. Ваши друзья или родственники считают, что вы пьете не больше других?	Да (0)	Нет (2)
3. Вы когда-нибудь посещали собрание Общества анонимных алкоголиков?	Да (5)	Нет (0)
4. Вы когда-нибудь теряли друзей или подруг из-за своего пьянства?	Да (2)	Нет (0)
5. Возникали у вас неприятности на работе из-за пьянства?	Да (2)	Нет (0)
6. Случалось ли, чтобы вы пренебрегли своими служебными и семейными обязанностями или не ходили на работу 2 или более дней подряд из-за того, что находились в состоянии алкогольного опьянения?	Да (2)	Нет (0)
7. Если вы много выпили, случалась ли у вас белая горячка или сильная лихорадка; слышали ли вы голоса, видели ли предметы, которых в действительности не было?	Да (2)	Нет (0)
8. Вы обращались к кому-нибудь с просьбой помочь вам решить проблему пьянства?	Да (5)	Нет (0)
9. Вы когда-нибудь лежали в больнице из-за пьянства?	Да (5)	Нет (0)
10. Вас когда-нибудь арестовывали, хотя бы на несколько часов, за поступки, совершенные в состоянии алкогольного опьянения	Да (2)	Нет (0)

Примечание. Модиф. по Hyman S.E., Cassem N.H. Alcoholism. In Dale D.C., Federman D.D., eds. Scientific American medicine. New York: Scientific American, 1997. Vol. III. P. 1–12, 13.

- **Этиология:** неясна; мультифакторная: генетические, физиологические, психологические и социальные факторы имеют одинаковое значение;

35% алкоголиков начинают пить в возрасте от 15 до 19 лет, 80% — до 30 лет; как правило, большинство из них мужчины; соотношение женщин и мужчин достигает 1:2. У женщин зависимость развивается при более низких дозах, чем у мужчин.

Генетические особенности:

- семейная обстановка;
- у детей родителей-алкоголиков, воспитанных приемными родителями, риск выше;
- различия между однояйцевыми и разнояйцевыми близнецами;
- связь с генетическими маркерами: цветовое зрение, отсутствие секреции по системе АВН, HLA-B13, низкий уровень тромбоцитарной MAO;
- полиморфизм гена алкогольдегидрогеназы (АДГ) — причина расовой восприимчивости.

Интоксикация и синдром отмены

- **Признаки интоксикации:** угнетение центральной нервной системы: сонливость, ошибки в результате нарушения правил, расторможенность, дизартрия, атаксия и нистагм; 15 мл чистого алкоголя (30 мл виски, 120 мл вина или 295 мл пива) у человека весом 70 кг повышает содержание алкоголя в крови до 25 мг/дл; эффекты различных уровней алкоголя в крови показаны в таблице.

Эффекты разных уровней алкоголя в крови

Уровень в крови (мг/дл)	Эффект
<50	Без значительных нарушений двигательных функций
100	Легкая интоксикация — снижение критики, легкое нарушение зрения, легкая мышечная дискоординация, замедление времени реакции. В большинстве законодательств допустима
150	Атаксия, дизартрия, невнятная речь, тошнота и рвота
350	Выраженная мышечная дискоординация, нечеткость зрения, приближающийся ступор
500	Кома и смерть

- **Симптомы отмены:** через 1–3 дня после последнего приема алкоголя; тревожность, дрожь, спутанность сознания, тремор, гиперчувствитель-

ность к сенсорным стимулам, зрительные галлюцинации, гиперактивность вегетативной нервной системы, повышенная потливость, обезвоживание, нарушение электролитного баланса, судороги и нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы.

Влияние на метаболизм алкоголя и алкогольной зависимости

- **Метаболизм этанола:** к факторам, влияющим на катаболизм, относятся скорость всасывания алкоголя, концентрация и активность АДГ печени и альдегиддегидрогеназы (АЛДГ), а также доля адениндинуклеотида, НАДФ/НАД в митохондриях печени. Наличие и регенерация НАД⁺ — факторы, ограничивающие скорость окисления алкоголя. Алкоголь превращается в ацетальдегид под воздействием АЛДГ с кофактором НАД⁺. Альдегид является причиной вредных влияний и развития зависимости; у алкоголиков и их родственников обнаруживаются высокие уровни альдегида в крови после приема алкоголя, обусловленные либо повышенной активностью АДГ, либо сниженной активностью АЛДГ у лиц, склонных к развитию алкогольной зависимости. Ацетальдегид под воздействием АЛДГ превращается в ацетат, вступая в цикл Кребса; большая часть преобразуется в длинноцепочечные жирные кислоты, приводя к ожирению печени.
- **Жировая дистрофия печени:** у всех алкоголиков, даже при минимальном употреблении алкоголя; степень тяжести пропорциональна длительности и степени злоупотребления алкоголем. В основе патогенеза лежит повышенный синтез эндогенных жирных кислот, уменьшение утилизации триглицеридов, нарушение экскреции липопротеинов, прямое повреждение эндоплазматической сети свободными радикалами, образовавшимися в результате метаболизма алкоголя, а также диета с высоким содержанием жира, характерная для страдающих алкоголизмом. Лептин — это пептидный гормон, помогающий в регуляции аппетита и энергетическом обмене. Уровень циркулирующего лептина дозозависимым образом повышается при хронической алкогольной зависимости независимо от пищевого статуса. Повышенный уровень лептина участвует в развитии патологических изменений печени — усиливает фиброз, известный фактор формирования стеатоза печени.
- **Гипогликемия:** алкоголь вызывает реактивную гипогликемию и формирует тягу к продуктам, которые в состоянии быстро повышать уровень глюкозы в крови (сахар и алкоголь). Сахар усугубляет реактивную гипогликемию, особенно при нарушенном под воздействием алкоголя глюконеогенезе. Гипогликемия усугубляет психические и эмоциональные проблемы у алкоголиков и абстинентов и выражается в потливости, треморе, тахикардии, тревожности, чувстве голода, головокружении, головной боли, нарушениях зрения, снижении остроты мышления, спутанности сознания, депрессии.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ

Питание

Проблемы, связанные с питанием, имеют прямое отношение к алкоголю и к тому факту, что алкоголики стараются меньше есть. Алкоголь заменяет пищу.

- **Цинк:** АДГ и АЛДГ представляют собой цинксодержащие ферменты, причем АЛДГ более чувствительна к дефициту цинка. Кратковременное и длительное злоупотребление алкоголем способствует развитию дефицита цинка в связи со сниженным питанием, сниженной кишечной абсорбцией, гиперцинтурией. У алкоголиков-мужчин в волосах отмечается высокое содержание цинка и меди (Cu). На содержание меди влияет количество потребляемого алкоголя; содержание цинка в волосах выше при употреблении дистиллированных напитков; наблюдения указывают на аномальный метаболизм и утрату этих микроэлементов. Низкий уровень цинка в сыворотке связан с нарушением метаболизма алкоголя, риском развития цирроза и нарушения функции яичек. Введение добавок цинка, особенно с аскорбатами, усиливает детоксикацию и выживаемость крыс.
- **Витамин А:** дефицит часто встречается у больных алкоголизмом и в сочетании с дефицитом цинка лежит в основе главных осложнений алкогольной зависимости. Механизм действия заключается в снижении кишечной абсорбции витамина А, цинка и нарушении функции печени: снижение экстракции цинка, мобилизации ретинол-связывающего белка и кумуляции витамина А; приводит к снижению содержания в крови цинка, витамина А, ретинол-связывающего белка и транспортных белков, а также сдвигу в сторону небелковых лигандов. Эффекты: снижение уровня витамина А и цинка в тканях, патологическая активность ферментов и синтез гликопротеина, нарушение метаболизма ДНК и РНК при усиленном выведении цинка почками. В результате развиваются симптомы алкогольной зависимости: куриная слепота, нарушения со стороны кожи, цирроз печени, снижение заживляемости кожи, снижение функции яичек, нарушения со стороны иммунитета. Эндокринные эффекты: введение добавок витамина А ингибирует потребление алкоголя у самок крыс, но не меняет у самцов (этот эффект ингибируется экзогенным тестостероном); у крыс с удаленными яичниками и надпочечниками отмечалось снижение предпочтения алкоголя; инъекции глюкокортикоидов. Введение добавок у страдающих алкоголизмом корректирует дефицит витамина А: улучшает сумеречное зрение и сексуальную функцию. *Осторожно:* избыточное количество витамина А противопоказано, поскольку печень, поврежденная алкоголем, теряет способность накапливать витамин А; повышен риск интоксикации при дозах, превышающих 5000 МЕ, т.е. допустимую суточную потребность.
- **Антиоксиданты:** алкоголь усиливает перекисное окисление липидов, приводя к повышению содержания липопероксидов в печени и сыворотке

крови. У алкоголиков наблюдается дефицит антиоксидантов и пищевых веществ (витамина С, Е, селена). Значительная корреляция имеется между пероксидом липидов сыворотки, активностью сывороточной глутаматоксалоацетат трансминазы (SGOT) и некрозом клеток печени. Антиоксиданты, принятые до или одновременно с алкоголем, ингибируют образование липопероксида и позволяют предотвратить жировую инфильтрацию печени. Эффективные антиоксиданты — витамин С, Е, цинк, селен и цистеин.

- **Карнитин:** показаны стандартные липотропные средства (холин, никотиновая кислота, цистеин), но они приносят мало пользы. Ctn в значительной степени ингибирует алкогольный жировой гепатоз. Длительное злоупотребление алкоголем приводит к функциональному дефициту Ctn. Он стимулирует транспорт жирных кислот и окисление в митохондриях; высокий уровень необходим для возросшего количества жирных кислот, образующихся из алкоголя. Введение добавок Ctn снижает концентрации триглицеридов и SGOT, одновременно повышая липопротеины высокой плотности (ЛПВП).
- **Аминокислоты (АК):** хроматографические паттерны у алкоголиков изменены; нормализация аминокислот в значительной степени помогает больным алкоголизмом (печень — первичное место метаболизма АК). АК особенно показаны при циррозе печени и депрессии. Аминокислоты с разветвленной цепью (BCAA — валин, изолейцин, лейцин) ингибируют развитие печеночной энцефалопатии и катаболизм белков (последствия цирроза). Аномальные профили нейротрансмиттеров (начиная с очень низкого уровня триптофана в плазме) приводят к депрессии, энцефалопатии и коме, они усугубляются низкобелковой диетой при стандартном лечении цирроза и могут быть предотвращены с помощью АК без риска развития печеночной энцефалопатии (см. главу об аффективных расстройствах «Депрессия»). Показан индивидуальный подход из-за различий пищевого статуса, биохимических параметров и степени поражения печени. Для достижения лучших результатов проводится хроматография АК.
- **Витамин С:** дефицит аскорбата выявляется у 91% пациентов с болезнями, вызванными злоупотреблением алкоголем. Витамин С помогает сгладить токсическое действие алкоголя у человека и морских свинок (виды, не способные самостоятельно синтезировать аскорбат). Существует прямая связь между содержанием аскорбата в лейкоцитах (хороший показатель статуса аскорбиновой кислоты в организме), уровнем выведения алкоголя из крови и активностью АДГ в печени. Витамин С — это мощный восстанавливающий агент: действует как донор электронов аналогично НАД в метаболизме алкоголя, увеличивая превращение алкоголя в ацетальдегид и катаболизм ацетальдегида.
- **Селен:** у больных алкоголизмом содержание селена в плазме, сыворотке, лейкоцитах и эритроцитах понижен, что способствует развитию депрессии, тревожности, спутанности сознания и враждебности; введение добавки улучшает эмоциональное состояние. Алкогольная зависимость

в сочетании с депрессией могут повышать риск суицида. Введение добавок селена требуется для нивелирования неблагоприятных сопутствующих психологических и физических состояний.

- **Витамины В:** у алкоголиков наблюдается дефицит большинства витаминов группы В. Механизмы развития: низкое потребление с пищей, инактивация активных форм, нарушение превращения в активную форму под влиянием алкоголя или ацетальдегида, нарушение абсорбции, снижение кумулятивной способности. Алкоголь снижает абсорбцию и утилизацию витаминов В в печени и (или) повышает их выведение с мочой (особенно фолата). Дефицит витамина В₁ — наиболее частый (55%) и наиболее серьезный дефицит, приводящий к развитию бери-бери и синдрома Вернике–Корсакова, а также к увеличению употребления алкоголя (дефицит витамина В₁ может предрасполагать к алкогольной зависимости). Функциональный дефицит витамина В₆ тоже встречается довольно часто, приводя к нарушению превращения в активную форму, Р-5-Р и усилению распада.
- **Магний:** дефицит, часто встречающийся у алкоголиков (60%), тесно связан с белой горячкой и представляет собой главную причину частых сердечно-сосудистых заболеваний у страдающих алкоголизмом. Дефицит вызван сниженным потреблением в сочетании с гиперсекрецией, которая продолжается, несмотря на гипوماгнмию. Алкогольная кардиомиопатия всегда считалась связанной с дефицитом витамина В₁, но в действительности может быть обусловлена дефицитом Mg.
- **ПНЖК:** алкоголь нарушает метаболизм ПНЖК; злоупотребление алкоголем может вызывать симптомы, связанные с их дефицитом. Злоупотребление алкоголем у макак резус приводил к алкогольной амблиопии — редкой форме нейропатии, характеризующейся нарушением зрения, снижением функции сетчатки и снижением остроты зрения. В мозге и тканях сетчатки отмечался дефицит докозагексаеновой кислоты (ДГК).
- **Глутамин:** введение добавок (1 г в день) снижало добровольное потребление кислорода в неконтролируемых клинических и экспериментальных исследованиях, которые были выполнены более 40 лет назад, но, несмотря на эффективность, безопасность и низкие затраты, последующие наблюдения не проводились.

Психосоциальные аспекты

Врачи не должны осуждать пациентов, но занимать активную позицию. Алкогольная зависимость — это хроническое, прогрессирующее, аддиктивное и потенциально смертельное заболевание. Первостепенное значение имеет социальная поддержка семей и пациента. Успех дает участие в движении анонимных алкоголиков, обращение к консультантам и участие в общественных организациях. Поддерживайте с ними рабочие отношения. Требования для успешного начала лечения: осознание пациентом, что у него

или нее есть проблемы с алкоголем; просветительская работа с пациентом и (или) семьей о физических и психосоциальных аспектах алкогольной зависимости, а также немедленное вовлечение пациента в программу лечения. Элементы успешной программы: строгий контроль употребления алкоголя плюс замещение другими видами зависимости нехимической природы, которые требуют много времени и всесторонне поддерживаются семьей, друзьями и сверстниками; наиболее безопасный и эффективный метод — строжайшее воздержание.

Депрессия часто наблюдается у алкоголиков; приводит к высокому уровню самоубийств. Многие люди сначала находятся в состоянии депрессии, а затем становятся алкоголиками (первичная депрессия); другие вначале страдают алкоголизмом, а позднее у них развивается депрессия на фоне алкогольной зависимости (вторичная депрессия). В развитии некоторых форм депрессии играют роль изменения в метаболизме серотонина и наличия его предшественника (триптофана); другие формы связаны с метаболизмом катехоламина и наличием тирозина. У больных алкоголизмом значительно снижен уровень триптофана, что приводит к депрессии и нарушению сна. Алкоголь нарушает доставку триптофана в ткани головного мозга. Фермент триптофан-пиролаза замедляет скорость катаболизма триптофана и проявляет повышенную активность у крыс во время отмены алкоголя. Уровень триптофана в плазме крови снижен у алкоголиков во время абстиненции, но нормализуется после 6 дней лечения и воздержания от алкоголя. На поглощение триптофана головным мозгом оказывает влияние конкурентное замещение АК, использующих тот же транспорт (тирозин, фенилаланин, валин, лейцин, изолейцин, метионин), уровень которых повышен у алкоголиков с недостаточным питанием. У алкоголиков с депрессией отмечаются самые низкие соотношения триптофана к этим АК; самая низкая доля аминокислот — это предшественники катехоламина (тирозин и фенилаланин). У алкоголиков часто наблюдаются повышенные катехоламины в плазме, которые могут тоже участвовать в возникновении депрессии. У алкоголиков с депрессией отмечается также пониженный уровень таурина, особенно низкий у алкоголиков с психотическими расстройствами.

Прочие факторы

- **Кишечная флора** у больных алкоголизмом серьезно нарушена. Тонкую кишку могут колонизировать бактерии, продуцирующие эндотоксин, что вызывает нарушение всасывания жиров, углеводов, белка, фолатов и витамина В₁₂. Алкоголь повышает кишечную проницаемость для эндотоксинов и макромолекул, усиливая токсические и антигенные эффекты, что играет определенную роль в развитии осложнений при алкогольной зависимости. Пристрастие к алкоголю в какой-то степени могут формировать и аддиктивные тенденции при пищевых аллергиях.

- **Физические нагрузки:** индивидуальная программа физических упражнений с различным уровнем нагрузки помогает поддерживать воздержание от алкоголя. Регулярные физические упражнения снижают уровень тревожности и депрессии и способствуют лучшему ответу на стресс и эмоциональное расстройство.
- **Кудзу (*Pueraria lobata*):** одно из лекарственных растений, с древнейших времен используемых в китайской медицине. Фармакологическое действие: антидипсотропное действие (противодействует злоупотреблению алкоголем), обусловленное изофлавонами дайдзин и дайдзеин. Действие основано на ингибировании АДГ-2. Дефицит этого фермента снижает риск алкогольной зависимости. Меньшее потребление алкоголя из-за ингибирования АДГ-2 связано со свойством ацетальдегида, который накапливается при приеме алкоголя и вызывает отвращение. Тем не менее дайдзин может уменьшать потребление алкоголя у некоторых видов грызунов и без повышения уровня ацетальдегида. У человека результаты были смешанными. Возможно, кудзу снижает прием алкоголя, не оказывая существенного влияния на пристрастие. Доза: экстракт корня кудзу 1,2 г 2 раза в день.
- **Расторопша (*Silybum marianum*):** комплекс флавоноидов (силимарин), эффективный при лечении полного спектра алкогольных заболеваний печени. Силимарин может улучшать иммунитет у пациентов с циррозом.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ

Алкогольную зависимость лечить трудно; мало документированных подтверждений долговременного успеха, за исключением анонимных алкоголиков (что весьма спорно); требует комплексной, целостной программы, ориентированной на 4 стадии развития алкогольной зависимости: (1) активное потребление, (2) абстиненция, (3) выздоровление, (4) восстановление. Стадия выздоровления — период между отменой и полным восстановлением нормального метаболизма. Полное диагностическое обследование необходимо в связи с высоким риском широкого спектра клинических и субклинических заболеваний. На всех стадиях необходима терапевтическая поддержка.

- **Диета:** стабилизировать сахар крови; исключить простые сахара (сахарозу, фруктозу, глюкозу; фруктовые соки; сухофрукты; фрукты с низким содержанием клетчатки; виноград и цитрусовые); ограничить обработанные углеводы (например, белую муку, картофель быстрого приготовления, белый рис); увеличить необработанные сложные углеводы (например, цельные злаки, овощи, бобовые).
- **Добавки:**
 - витамин А: 5000 МЕ в день;
 - комплекс витаминов В: в 20 раз выше рекомендованной дневной дозы;

- витамин С: 1 г 2 раза в день;
- витамин Е: 400 МЕ в день (смешанных токоферолов);
- магний: 250 мг 2 раза в день;
- селен: 200 мкг в день;
- цинк: 30 мг элементарного цинка ежедневно (пиколинат);
- L-карнитин: 500 мг 2 раза в день;
- L-глутамин: 1 ч.л. в день;
- *Lactobacillus acidophilus*: 1 ч.л. в день.

- **Физические нагрузки:** постепенная программа, в основе которой лежит изменение сердечного ритма в ответ на определенную нагрузку; 5–7 раз в неделю по 20–30 мин при увеличении сердечного ритма от 60 до 80% (максимум для данной возрастной группы) при увеличении интенсивности нагрузки.
- **Консультация:** анонимные алкоголики и опытный консультант, специалист в области алкогольной зависимости.
- **Дополнительные рекомендации с учетом 4 стадий.**
 1. *Активное употребление алкоголя:* семья, сверстники, поддержка социальных групп помогут осознанию пациентом проблем, связанных с алкоголем, и желанию приступить к программе лечения; добавки:
 - а) пиридоксаль-5-фосфат (P-5-P): 20 мг ежедневно;
 - б) рибофлавин: 100 мг в день;
 - в) витамин А: 5000 МЕ в день;
 - г) цинк: 30 мг в день.
 2. *Абстиненция:* тяжесть симптоматики меняется пропорционально степени зависимости и длительности течения заболевания. При легкой степени проявляется в течение нескольких часов после прекращения приема алкоголя и проходит в течение 48 ч; более тяжелые случаи наблюдаются у пациентов старше 30 лет, с развитием после 48 ч абстиненции — необходима госпитализация в специализированное лечебное заведение; добавки (перед назначением необходимо получить разрешение врачей заведения):
 - а) L-триптофан: 3 г в день;
 - б) рибофлавин: 100 мг в день;
 - в) при необходимости введение электролитов;
 - г) льняное масло: 1 ст.л. 3 раза в день.
 3. *Выздоровление:* всесторонняя эмоциональная поддержка; вовлечение в интенсивную социально-направленную деятельность; помощь пациентам в отказе от алкоголя как деструктивном ответе на стресс и выработка более эффективных способов преодоления неприятностей; добавки: льняное масло: 1 ст.л. 3 раза в день.
 4. *После выздоровления:* всесторонняя эмоциональная поддержка; продолжение полного воздержания; медленное снижение доз добавок после 6 мес воздержания от спиртного до 20% от рекомендованных выше доз.