

Алкоголь, алкоголизм и связанные с ними последствия

М.В. Маевская

ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет
им. И.М. Сеченова» Минздрава РФ, кафедра пропедевтики внутренних болезней
лечебного факультета

Alcohol, alcoholism and related consequences

M.V. Mayevskaya

State educational government-financed institution of higher professional education
«Sechenov First Moscow state medical university», Ministry of Healthcare
of the Russian Federation

Цель обзора. Проанализировать проблему злоупотребления алкоголем и связанные с этим вредные последствия в российской популяции, осветить возможные способы ее решения.

Основное содержание. По данным официальной статистики, алкоголь входит в число ведущих факторов смерти в российской популяции, что составляет 11,9%. Почти у половины погибших (47,7%) причиной летального исхода служат фатальные изменения со стороны внутренних органов, у одной пятой (21,7%) – несчастные случаи. Более того, 35% больных алкоголизмом умирает в наиболее эффективном для различных видов деятельности возрасте (20–50 лет).

Для решения указанной проблемы необходимы объединенные усилия государственных структур, врачебного сообщества, профессиональных организаций и т. д. Государственная позиция определена очень четко – уменьшить вред, наносимый населению алкоголем к 2020 г. Врачебное сообщество, а именно врачи-интернисты, должны быть готовы к тому, чтобы активно участвовать в решении проблемы алкогольной зависимости, а не только уделять внимание соматической проблеме того профиля, в котором они работают.

Правильная мотивация пациента врачом чрезвычайно актуальна для тех, кто принимает алкоголь в рискованных для нанесения вреда здоровью дозах, а также для тех, кто выпивает слишком много и

The aim of review. To analyze problem of alcohol abuse and dangerous consequences related to it in Russian population, to demonstrate possible ways of its decision.

The basic contents. According to official statistics, alcohol is one of leading factors of mortality in Russian population, making 11,9%. Almost in half of deceased population (47,7%) lethal outcome was caused by fatal changes of internal organs, in one fifth (21,7%) – by accidents. Moreover, 35% of patients with alcoholism die in the age most effective for various forms of activity (i.e. 20–50 years).

Combined efforts of government institutions, medical community, professional organizations are necessary for resolution of this issue. Position of the State is very clear – to reduce the harm of alcohol to the population by the year 2020. Medical community, viz. internist doctors, should be ready to take active part in the decision of alcohol dependence problem, and not just to pay attention to somatic issues related to their specialty.

The proper motivation of the patient by doctor is extremely actual for those, who take alcohol in doses dangerous for health, as well as for those who drinks too much and too fast. For these purposes there are specially developed techniques – motivational interviews, in particular technique of brief interventions. Special techniques are applied in motivational interview: empathy (realized compassion to current emotional status of the other person), reflective listening (conducting

Маевская Марина Викторовна – доктор медицинских наук, профессор, Клиника пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и гепатологии им. В.Х. Василенко ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова». Контактная информация: maevskaya@rsls.ru; 119991, Москва, ул. Погодинская, д. 1, стр. 1

Mayevskaya Marina V – MD, PhD, professor, Vasilenko Clinic of internal diseases propedeutics, gastroenterology and hepatology, State educational government-financed institution of higher professional education «Sechenov First Moscow state medical university». Contact information: maevskaya@rsls.ru; 119991, Moscow, Pogodinskaya street, 1, bld 1.

слишком быстро. Для этих целей существуют специально разработанные методики – мотивационные интервью, в частности методика кратких интервенций (brief intervention). В мотивационном интервью используются определенные приемы: эмпатия (осознанное сопереживание текущему эмоциональному состоянию другого человека), рефлексивное слушание (ведение тематически направленного диалога между психологом и пациентом с целью получения сведений от последнего), следование за сопротивлением, учет актуальной готовности к изменениям и актуальных потребностей, постановка конкретных задач с определением конкретных действий.

Медикаментозная терапия алкогольной зависимости тоже сделала большой шаг вперед с разработкой нового класса препаратов – модуляторов опиоидной системы, представителями которых служат налмефен и налтрексон. Опиоидные рецепторы задействованы в процессе развития алкогольной зависимости. Налмефен, блокируя эти рецепторы, уменьшает подкрепляющий эффект алкоголя, который перестает приносить ожидаемое удовольствие.

Заключение. Успешная борьба с алкоголизмом возможна только при использовании всех средств: стратегия государства, вовлечение в решение проблемы врачей-интернистов (использование техники мотивационных бесед), медикаментозная терапия, направленная на уменьшение количества принимаемого спиртного.

Ключевые слова: алкоголизм, соматические расстройства, мотивационное интервью, налмефен.

thematically directed dialogue between psychologist and the patient to obtain data), resistance following, account of actual readiness for changes and actual needs, achievement of specific targets with assessment of specific effects.

Pharmaceutical therapy of alcohol-induced dependency made a major step forward as well with introduction of new class of drugs – opioid system modulators represented by nalmefene and naltrexone. Opioid receptors are involved in development of alcohol-induced dependency. Nalmefene, blocking these receptors, reduces supporting effect of alcohol which ceases to deliver expected pleasure.

Conclusion. Successful campaign against alcoholism is possible only at application of all resources: strategy of the state, involvement of internist doctors in problem decision (application of motivational conversation technic), pharmaceutical therapy directed on reduction of amount alcoholic drinks.

Key words: alcoholism, somatic disorders, motivational interview, nalmefene.

По данным официальной статистики, алкоголь входит в число ведущих факторов смерти в российской популяции (11,9%) [10]. Что же думают об этом сами члены нашей популяции?

Факторами риска, способными оказать наиболее пагубное воздействие на здоровье, россияне считают курение (41% опрошенных присвоили ему наивысшую степень опасности), злоупотребление алкоголем (39%) и высокое артериальное давление (31%). При этом 22% респондентов актуальной именно для себя признали проблему злоупотребления алкоголем, каждый третий – проблему курения или повышения давления (34%). Среди принципов здорового образа жизни, на которые ориентируются россияне, умеренное употребление спиртных напитков и отказ от курения являются главными: 54% придерживаются их постоянно. Однако в числе тех, кто, признавая для себя проблему чрезмерного употребления алкоголя актуальной, постоянно стремится следовать принципу умеренного употребления спиртных напитков лишь 27%. Среди тех, кто считает для себя актуальной проблему курения, об отказе от сигарет могут сказать только 23%, в то время как 52% осознают такую необходимость, но не

следуют ей. Источником данной информации служат результаты исследования «HealthIndex»: оно проводится ежеквартально на базе программы «Российский индекс целевых групп», которая охватывает городское население России (около 28 000 респондентов в год в 50 городах с населением от 100 000 человек), генеральная совокупность – 62,5 млн жителей [8].

Динамика общей заболеваемости алкоголизмом в России по своим масштабам гораздо внушительнее заболеваемости хроническими вирусными гепатитами – одной из активно дискутируемых в настоящее время медицинских проблем и составляет, по сообщению Е.А. Кошкиной (ФГБУ «Национальный научный центр наркологии» МЗ РФ), 1524,4 на 100 тыс. населения (на 2009 г.) [9] – рис. 1.

Отчего умирают больные алкоголизмом?

Внутренние болезни служат причиной смертельного исхода почти у половины (47,7%) пациентов, несчастные случаи – у одной пятой (21,7%). Более того, 35% больных алкоголизмом умирает в наиболее эффективном для различных видов деятельности возрасте 20–50 лет, о чем свидетельствуют результаты исследований Н.А. Бохан и соавт., представленные на рис. 2 [1].

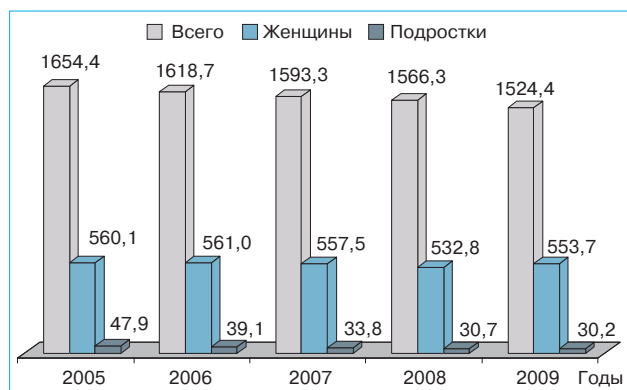


Рис. 1. Динамика общей заболеваемости алкоголизмом в России

Аналогичные данные получены в другом исследовании российских специалистов с дизайном «случай — контроль», которые провели ретроспективный анализ причин 48 557 смертей среди взрослого населения (результаты опубликованы в журнале «Lancet» в 2009 г.) [12]. В трех промышленных российских городах — Томске, Барнауле и Бийске со сходными условиями жизни, структурой заболеваемости и смертности были идентифицированы 60 416 адресов, где зафиксирована смерть проживавших там лиц в возрасте от 15 до 74 лет за период 1999–2001 гг. «Случаями» ($n=43\ 082$) были признаны те, где по опросу родственников алкоголя или табакокурение могли существенно повлиять на причину смерти; 5475 умерших рассматривались как «контроль». Умершие были стратифицированы по количеству принимавшегося ими ранее алкоголя.

По результатам ретроспективного анализа установлено, что основными причинами смерти у мужчин были несчастные случаи и эпизоды насилия, отравления алкоголем и некоронарогенная болезнь сердца. У сильно пьющих достоверно чаще, чем в популяции, встречался рак верхних отделов дыхательной и пищеварительной систем (относительный риск — 3,48, ДИ 2,84–4,27) и рак печени (относительный риск — 2,11, ДИ 1,64–

2,70). Интересно отметить, что у лиц с очень большим потреблением алкогольных напитков выявлены и другие заболевания, относительный риск развития которых был выше 3, например туберкулез и пневмония. Заслуживает внимания тот факт, что в этой группе относительный риск поражения печени и поджелудочной железы был выше 6 (6,21, ДИ 5,16–7,47 и 6,69, ДИ 4,98–9,00 соответственно). При этом возраст умерших колебался между 15–54 годами, что, несомненно, влияет и на рождаемость, и на трудоспособность населения промышленных городов.

Итак, вред, который влечет за собой злоупотребление алкоголем, реализуется через соматические проблемы. В 2011 г. в наркологической больнице Санкт-Петербурга был проведен анализ патологии внутренних органов у поступающих туда больных [2]. Оказалось, что как у алкоголиков, так и у наркоманов лидирует патология печени (рис. 3). Более того, в гепатологии хорошо известно правило, согласно которому риск повреждения печени четко связан с дозой принимаемого в день этилового спирта и продолжительностью злоупотребления алкоголем.

Гепатотоксичными принято считать дозы алкоголя 40–80 г/сут в пересчете на чистый этанол, что составляет 100–200 мл водки (крепость 40%), 400–800 мл сухого вина (крепость 10%), 800–1600 мл пива (крепость 5%). Указанные дозы относятся преимущественно к мужчинам, для женщин безопасной считается доза не более 20 г этанола в сутки. Если употреблять «опасные» дозы алкоголя в течение 10 и более лет, то это становится серьезным фактором риска развития цирроза печени [5]. При обращении к статистике специализированного гепатологического отделения клиники им. В.Х. Василенко Первого МГМУ им. И.М. Сеченова следует отметить [3], что алкогольная природа заболевания стоит на первом месте среди пациентов с наиболее тяжелой формой повреждения печени — циррозом (39%), далее по убывающей частоте идут вирусные, холестатические, аутоиммунные и другие заболевания данного органа.

С 1990 по 2006 г. потребление алкоголя на душу населения в РФ выросло не менее чем в 2,5 раза. В основном это произошло за счет увеличения потребления пива (в структуре продажи алкогольных напитков доля пива повысилась с 59% в 1990 г. до 76% в 2006 г.). Ежедневно в России употребляют алкогольные напитки (включая слабоалкогольные) 33% юношей и 20% девушек, около 70% мужчин и 47% женщин [4].

Возникает вопрос: в чем секрет бесспорно лидирующей роли российской популяции в данном вопросе (рис. 4). Возможно, причина в существующей традиции употреблять крепкие спиртные напитки, которые составляют большую часть принимаемого в среднем в стране алкоголя.

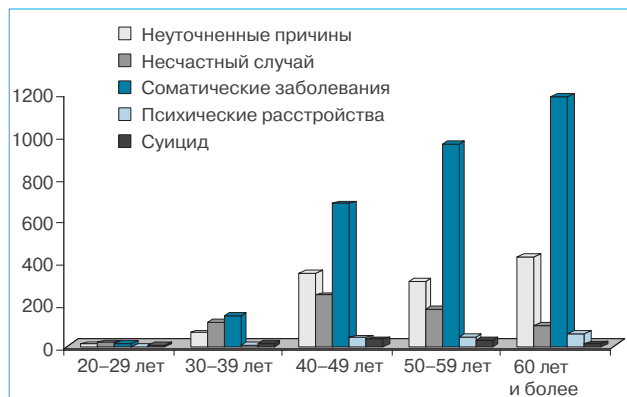


Рис. 2. Возраст смертельных исходов у больных алкоголизмом и алкогольными психозами ($n=5122$)

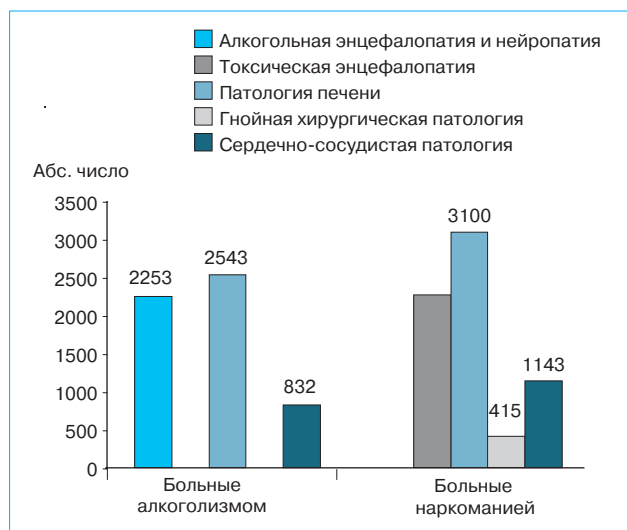


Рис. 3. Структура сопутствующей соматической патологии у наркологических больных, госпитализированных в Городскую наркологическую больницу Санкт-Петербурга в 2011 г.

Какие меры могут исправить данную ситуацию? Для этого необходимы объединенные усилия государственных структур, врачебного сообщества, профессиональных организаций и т. д. Государственная позиция определена очень четко — уменьшить вред, наносимый населению алкоголем к 2020 г. В этой связи введены ограничительные меры на рекламу и продажу алкоголя, которые считаются, по мнению международного сообщества, очень эффективными [6]. Косвенно в пользу эффективности ограничительных мер свидетельствуют практически экспериментальные данные о динамике общей смертности населения России в период антиалкогольной кампании с 1984 по 1986 г. и последующей либерализации продажи алкоголя (рис. 5).

В 1986 г. в сравнении с 1984 г. смертность уменьшилась на 12,3% параллельно со снижением на 3,7 л среднедушевого потребления алкоголя. Таким образом, имеет место четкая зависимость числа смертельных исходов от количества среднедушевого потребления алкоголя, из чего следует, что в начале антиалкогольной кампании при потреблении 10–15 л среднедушевого алкоголя снижение потребления на каждый литр спиртных напитков уменьшало общее количество смертей на 3,3% [7].

Врачебное сообщество, а именно врачи-интернисты, должны быть готовы к тому, чтобы активно участвовать в решении проблемы алкогольной зависимости, а не только уделять внимание соматической проблеме того профиля, в котором они работают. Не секрет, что врачи-интернисты стараются избегать контакта с алкоголиками, обращающимися к ним за медицинской помощью. Типичный совет, который они дают — «бросайте

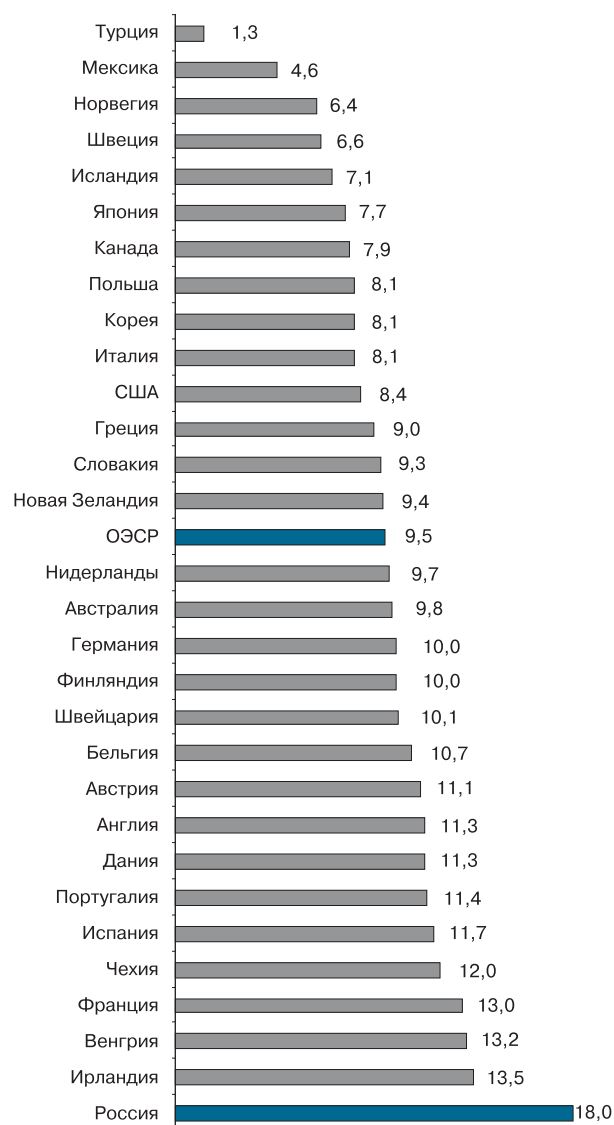


Рис. 4. Потребление алкоголя (л в год) на душу населения у лиц старше 15 лет (в пересчете на чистый спирт) [4]

пить», причем абсолютно не задумываясь о том, каким образом этот совет может быть выполнен. Алкоголизм — это тяжелое заболевание, а не дурная привычка. Ультимативное требование бросить пить также невыполнимо, как требование о прекращении кашля, обращаемое к больному бронхитом. Итогом служит отсутствие доверия между врачом и пациентом, что всегда будет мешать достижению положительного результата лечения.

Можно к данной проблеме подойти с другой стороны: мотивировать пациента к уменьшению дозы спиртного либо за счет сокращения объема принимаемых алкогольных напитков, либо уменьшения их крепости — оптимально и того, и другого. Правильная мотивация пациента чрезвычайно актуальна для тех, кто принимает алкоголь

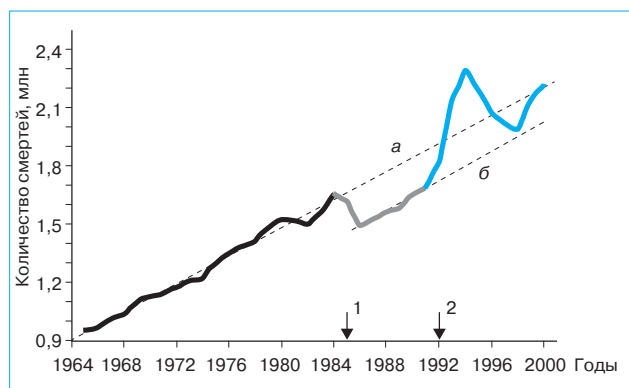


Рис. 5. Общее количество смертей в России в 1965–2000 гг.

1 — начало антиалкогольной кампании; 2 — начало рыночных реформ; а — линия регрессии для 1965–1984 гг.; б — для 1986–1991 гг.

в рискованных для нанесения вреда здоровью дозах, а также для тех, кто выпивает слишком много и слишком быстро, повторяя это от раза к разу (например, подростки на вечеринках — так называемый стиль употребления спиртного «binge drinking»).

Для этих целей существуют специально разработанные методики — мотивационные интервью, в частности методика кратких интервенций (brief intervention), суть которой заключается в мотивации пациента (или просто человека) к изменению поведения, связанного с употреблением алкоголя. Например, сокращение частоты выпивок, уменьшение объема спиртных напитков, более безопасное поведение, обращение за специализированным наркологическим лечением и пр. В мотивационном интервью используются определенные приемы: эмпатия (осознанное сопереживание текущему эмоциональному состоянию другого человека), рефлексивное слушание (ведение тематически направленного диалога между психологом и пациентом для получения сведений от последнего), следование за сопротивлением, учет актуальной готовности к изменениям и актуальных потребностей, постановка конкретных задач с определением конкретных действий.

Методика кратких мотивационных интервенций или мотивационных интервью была создана не так давно, в ее основу положены большие достижения в изучении поведения человека в течение последних десятилетий. Впервые она описана W. Miller в 1993 г. и базировалась на его собственном опыте лечения больных с алкогольной зависимостью. В настоящее время данная методика научно доказала свою эффективность у лиц с зависимостью от приема различных субстанций, в основе ее техники лежит исследование и разрешение амбивалентности, что присуще каждому человеку. Мотивационное интервью включает три ключевых положения: 1) особый вид беседы об

имеющихся изменениях (консультирование относительно лечения, определение способа коммуникации); 2) беседа всегда совместная и личностно-ориентированная, означающая партнерство, а не взаимоотношения эксперта и получателя информации; 3) она должна побуждать к воспоминаниям, стремление вызвать желание изменить обстоятельства, себя, свою жизнь и т. д.

Мотивационные интервью помогают справиться с алкогольной проблемой на любой ее стадии, дают возможность мотивировать пациента в том числе к приему лекарственных препаратов. Овладеть техникой мотивационных интервью может каждый желающий работник здравоохранения, для этого не нужно какой-либо особой специализации.

Медикаментозная терапия алкогольной зависимости тоже сделала большой шаг вперед с разработкой нового класса препаратов — модуляторов опиоидной системы, представителями которых служат налмефен и налтрексон. Опиоидные рецепторы задействованы в процессе развития алкогольной зависимости. Налмефен, блокируя эти рецепторы, уменьшает подкрепляющий эффект алкоголя, который перестает приносить ожидаемое удовольствие. Результатом является уменьшение дозы алкоголя и соответственно снижение наносимого им вреда.

Европейским сообществом одобрен первый препарат для сокращения потребления алкоголя — налмефен (Селинкро), эффективность и безопасность которого исследованы почти у 2000 пациентов в 19 странах Европы. Эффективность препарата доказана в тех случаях, когда пациенты принимали от 40 (женщины) до 60 (мужчины) грамм этанола в день. В качестве примера можно привести результаты рандомизированного контролируемого исследования с участием 604 пациентов с алкогольной зависимостью, которые принимали налмефен «по необходимости» [11]. Больные были разделены на две группы: 289 принимали плацебо, 290 — налмефен. Через 6 мес на фоне приема налмефена на 58% уменьшилось число дней тяжелого пьянства в месяц — отмечена достоверная разница ($p=0,0021$) в сравнении с плацебо ($-2,3$ дня) и на 61% снизился общий средний объем потребления чистого алкоголя в день — достоверная ($p=0,003$) разница в сравнении с плацебо ($-11,0$ г/день). Показатели общего самочувствия пациентов и уровня печеночных функциональных тестов также были лучше в группе налмефена.

Следует подчеркнуть, что принимать препарат надо по мере необходимости (as-needed use), т. е. только в те дни, когда планируется употребить алкоголь (в среднем за 2 ч до его приема) и не больше одной таблетки в день (18 мг). Его можно использовать ежедневно в случае ежедневного приема спиртного. Если пациент забыл выпить

таблетку и начал употреблять алкоголь, принять налмефен нужно как можно скорее. Наилучшая эффективность медикаментозной терапии достигается при ее сочетании с непрерывной психосоциальной поддержкой, направленной на повышение приверженности к лечению и снижение потребления алкоголя.

Препарат удовлетворительно переносится и не вызывает лекарственной зависимости. К ограничениям относят повышенную чувствительность к входящим в него компонентам, недавний прием опиоидов, в том числе опиоидную наркоманию, острые симптомы отмены опиоидов, острый абстинентный синдром (*delirium tremens*), тяжелую печеночную и почечную недостаточность.

Таким образом прием налмефена по мере необходимости можно считать потенциально новой фармакологической парадигмой лечения как с точки зрения лечебной цели — снижения потребления алкоголя и уменьшения вызываемого им вреда, так и с позиций режима применения (*as-needed use*). Использование препарата дает возможность активно искать и вовлекать в процесс лечения тех

пациентов с алкогольной зависимостью, для которых полное воздержание является нежелательным, неприемлемым или недостижимым. Метод, ориентированный на сокращение потребления спиртного, может быть этапом терапии, конечная цель которой — полное воздержание.

Заключение

Для российской популяции остро стоит вопрос о злоупотреблении алкоголем и ассоциированных с этим соматических заболеваниях. Врачи-интернисты обязаны уделять проблеме алкоголизма не меньше внимания, чем лечению той соматической патологии, с которой к ним обратился пациент. Без активной работы в этом направлении решить проблему соматических последствий алкоголизма практически невозможно. Требуется использование всех имеющихся в арсенале средств борьбы: стратегия государства, вовлечение в решение проблемы врачей-интернистов (техника мотивационных бесед), медикаментозная терапия и др.

Список литературы

1. Бокхан Н.А., Семке В.Я. Коморбидность в наркологии — Томск: Изд-во Томского гос. ун-та, 2009. — 498 с.
1. Bokhan N.A., Semke V.Ya. Comorbidity in narcology — Tomsk: Publishing house Tomsk state university, 2009. — 498 p.
2. Егоров А.Ю., Крупицкий Е.М., Софронов А.Г. и др. Злоупотребление алкоголем у больных, экстренно госпитализированных в больницу скорой помощи // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. — 2013. — № 1. — С. 36–43.
2. Egorov A.J., Krupitsky Ye.M., Sofronov A.G. et al. Alcohol abuse in patients urgently admitted to emergency hospital // Obozreniye psikhiatrii i meditsinskoj psikhologii. — 2013. — № 1. — P. 36–43.
3. Ивашкин В.Т., Маевская М.В. Алкогольно-вирусные заболевания печени. — М.: Литтерра, 2007. — 176 с.
3. Ivashkin V.T., Mayevskaya M.V. Alcoholic and viral liver diseases. — M.: Litterra, 2007. — 176 p.
4. Концепция развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 г. <http://federalbook.ru/files/FSZ/soderghanie/Tom%2012/1-9.pdf>.
4. The concept of development of public health services system in the Russian Federation up to 2020 <http://federalbook.ru/files/FSZ/soderghanie/Tom%2012/1-9.pdf>.
5. Маевская М.В., Буверов А.О. Лечение алкогольной болезни печени. — М.: Планида, 2011. — 24 с.
5. Mayevskaya M.V., Bueverov A.O. Treatment of alcoholic liver disease. — M.: Planida, 2011. — 24 p.
6. EASL Clinical practice guidelines on the management of alcoholic liver disease http://www.easl.eu/assets/application/files/5e1b5512fb2cabb_file.pdf.
7. <http://rudocs.exdat.com/docs/index-449766.html?page=13>.
8. <http://pharmapractice.ru/53564>. Исследование «Восприятие населением рисков для здоровья», 2011 г.
9. http://www.nncn.ru/2_252.html. Директор ННЦ наркологии, доктор медицинских наук, профессор Е.А. Кошкина, доклад «Перспективы развития наркологии на современном этапе».
10. <https://www.rosminzdrav.ru/health/97/YakovlevaTV-2.ppt>.
11. Mann K., Bladstrom A., Torup L., Gual A. Wim van den brin extending the treatment options in alcohol dependence: A randomized controlled study of as-needed nalmefene // Biol. Psychiatry. — 2012. — Vol. 73, Issue 8. — P. 706–713.
12. Zaridze D., Brennan P., Boreham J. et al. Alcohol and cause-specific mortality in Russia: A retrospective case-control study of 48 557 adult deaths // Lancet. — 2009. — Vol. 373 (9682). — P. 2201–2214.