

# Злоупотребление алкоголем среди пациентов гастроэнтерологического профиля

М.В. Маевская<sup>1</sup>, И.Г. Бакулин<sup>2</sup>, А.А. Чирков<sup>2</sup>,  
Е.О. Люсина<sup>1</sup>, В.Д. Луньков<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Кафедра пропедевтики внутренних болезней лечебного факультета и Клиника пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и гепатологии им. В.Х. Василенко ФГБОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России, Москва, Российская Федерация

<sup>2</sup>ГБУЗ «Московский клинический научно-практический центр» Департамента здравоохранения г. Москвы

## Alcohol abuse in gastroenterological patients

M.V. Maevskaya<sup>1</sup>, I.G. Bakulin<sup>2</sup>, A.A. Chirkov<sup>2</sup>, Ye.O. Lyusina<sup>1</sup>, V.D. Lun'kov<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Chair of internal diseases propedeutics, medical faculty, State educational government-financed institution of higher professional education «Sechenov First Moscow state medical university», Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Moscow, Russian Federation

<sup>2</sup> Federal government-financed healthcare institution «Moscow clinical scientific and practical center», Moscow healthcare department

**Цель исследования.** Оценить роль злоупотребления алкоголем у пациентов гастроэнтерологического профиля.

**Материал и методы.** В исследовании приняли участие 345 пациентов с различными заболеваниями органов желудочно-кишечного тракта. Среди них мужчин было 162 (46,9%), женщин 183 (53,1%), средний возраст 43,18±13,04 года. Всем больным предлагали самостоятельно заполнить два опросника: AUDIT-C и CAGE. Анализировались пол, возраст, диагноз, предпочтения в выборе специалиста. Анкетирование врачей проводилось с целью оценки личного опыта взаимодействия с больными. Респондентам было предложено ответить на ряд вопросов, касающихся частоты использования в повседневной практике опросников AUDIT и CAGE, проведения психологической поддержки пациента, опыта использования специфических противоалкогольных препаратов и взаимодействия с наркологами, удовлетворенности собственными знаниями и потребности в дополнительных навыках диагностики и лечения алкоголизма.

**Результаты.** Из числа 345 опрошенных пациентов положительно на опросник AUDIT-C ответило 49,8%,

**Aim of investigation.** To estimate the role of alcohol abuse in gastroenterological patients.

**Material and methods.** Overall 345 patients with various gastrointestinal diseases were enrolled in the study. Of all patients 162 (46,9%) were males, 183 (53,1%) were females, mean age was 43,18±13,04 years. Patients underwent inquiry by two questionnaires independently: AUDIT-C and CAGE. Gender, age, diagnosis and preferences in the choice of medical specialist were analyzed. Inquiry of doctors was carried out to assess personal experience of interaction with patients. Respondents were proposed to answer a set of questions, concerning frequency of routine application of AUDIT and CAGE questionnaires, carrying out of psychological support of the patient, experience of specific antialcoholic agent prescription in daily practice and interaction with narcologist doctors, satisfaction by obtained knowledge and craving for additional skills of diagnosis and treatment of alcoholism.

**Results.** Of all 345 interrogated patients 49,8% were positive according to AUDIT-C and 45,3% — CAGE questionnaire. Thirty-two percent of patients had liver cirrhosis of toxic and viral etiology, 18% had chronic toxic and viral hepatitis, 11% — non-alcoholic fatty

**Маевская Марина Викторовна** — доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник научно-исследовательского отдела инновационной терапии ФГБОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова»  
**Maevskaya Marina V.** — MD, PhD, professor, chief research associate, Scientific and educational clinical center of innovative therapy, State educational government-financed institution of higher professional education «Sechenov First Moscow state medical university»

Поступила 04.04.16  
Received 04.04.16

на опросник CAGE — 45,3%. Больные циррозом печени токсической и вирусной этиологии составили 32%, хронические токсические и вирусные гепатиты наблюдались у 18%, неалкогольная жировая болезнь печени и различные заболевания желчного пузыря — у 11% соответственно, хронический панкреатит и хронический гастрит — по 6%, синдром раздраженной кишки и гастроэзофагельная рефлюксная болезнь — по 4%, первичный билиарный цирроз, гепатоцеллюлярная карцинома, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки — по 2%.

По мнению врачей, выраженная связь между употреблением алкоголя и возникновением заболевания имела у 22,2% мужчин и 8,7% женщин. Чувствительность и специфичность опросников AUDIT-C и CAGE составила 66 и 91,4% соответственно, точность — 86,2%, коэффициент согласованности (Каппа) — 0,567 (средняя связь). Среди пациентов, злоупотребляющих алкоголем, только 16,5% обратились бы к лечащему врачу и 10,4% — к наркологу, 8,5% не считают потребление ими спиртных напитков проблемным, а 64,4% полагают, что могут справиться со своей проблемой самостоятельно.

Анкетирование врачей показало, что лишь 35% постоянно или часто используют в своей работе AUDIT-C и CAGE, 25% назначают специфические противоалкогольные препараты и 15% самостоятельно инициируют противоалкогольную терапию. Однако 65% активно расспрашивают обследуемых о потреблении алкоголя, а 80% постоянно оказывают пациентам психологическую поддержку. Несмотря на это, только 10% опрошенных врачей полностью удовлетворены своим взаимодействием с пациентом, а каждый четвертый признал, что ему не хватает знаний и навыков по диагностике и лечению алкоголизма. Более половины (60%) врачей хотели бы получить дополнительные знания в этой области. Около 50% врачей рекомендуют своим пациентам обратиться к наркологу и лишь у 25% есть хорошо налаженный контакт с ними.

**Заключение.** Необходимо создание наблюдательной программы для пациентов с проблемным потреблением алкоголя при участии профессиональных сообществ врачей-интернистов и наркологов. Врачи-интернисты должны использовать в своей работе скрининговые опросники AUDIT-C и CAGE, мотивировать пациентов на сокращение или отказ от приема спиртных напитков, активно наблюдать и оказывать поддержку больным с проблемным потреблением алкоголя, инициировать противоалкогольную терапию в содружестве с врачами-наркологами, что позволит улучшить прогноз и снизить летальность от заболеваний, связанных с злоупотреблением алкоголем.

**Ключевые слова:** алкоголизм, эпидемиология, гастроэнтерология, мотивационное интервью, налмефен.

liver disease and various biliary diseases respectively, chronic pancreatitis and chronic gastritis subgroups represented 6% of all patients each, irritable bowel syndrome and gastroesophageal reflux disease — 4% each, primary biliary cirrhosis, hepatocellular carcinoma, stomach and duodenal peptic ulcer disease — 2%. According to doctors opinion strong correlation between alcohol consumption and disease development was present in 22,2% of men and 8,7% of women. Sensitivity and specificity of questionnaires of AUDIT-C and CAGE was 66 and 91,4%, respectively, diagnostic accuracy — 86,2%, coherence coefficient (Kappa) — 0,567 (medium correlation). Of all patients with alcohol abuse, only 16,5% would refer to attending physician and 10,4% — to narcologist, 8,5% did not consider alcohol consumption as a problem, and 64,4% of them believe that they can cope with the problem on their own.

Questioning of doctors indicated that only 35% of them constantly or frequently utilize AUDIT-C and CAGE questionnaires, 25% prescribed specific anti-alcoholic agents and 15% independently initiate anti-alcoholic therapy. However, 65% of physicians actively inquire patients for consumption, and 80% — constantly provide psychological support to patients. Despite that, only 10% of the interrogated doctors were completely satisfied by communication to the patient, and every fourth recognized lack of knowledge and skills in diagnosis and treatment of alcohol abuse. Over a half (60%) of doctors would like to gain additional knowledge in this field. About 50% of doctors recommended patients to address narcologist and only 25% have established contact to them.

**Conclusion.** Development of the follow-up program is required for patients with alcohol consumption issues assisted by professional communities of internist and narcologist doctors. Physicians need to apply screening questionnaires of AUDIT-C and CAGE in their activity, encourage patients to decrease or completely stop alcohol intake, monitor and provide support to patients with alcohol abuse, initiate anti-alcoholic therapy in the cooperation with narcologists that will improve prognosis and decrease mortality from alcohol-related diseases.

**Key words:** alcoholism, epidemiology, gastroenterology, motivational interview, nalmefene.

**Для цитирования:** Маевская М.В., Бакулин И.Г., Чирков А.А., Люсина Е.О., Луньков В.Д. Злоупотребление алкоголем среди пациентов гастроэнтерологического профиля. Рос журн гастроэнтерол гепатол колопроктол 2016;26(4):24-35

**For citation:** Mayevskaya M.V., Bakulin I.G., Chirkov A.A., Lyusina Ye.O., Lun'kov V.D. Alcohol abuse in gastroenterological patients. Ross z gastroenterol gepatol koloproktol 2016;26(4):24-35

Последствия пагубного употребления алкоголя вносят существенный вклад в смертность населения Российской Федерации. Особенно остро эта проблема стоит в области гастроэнтерологии. По данным главного внештатного гастроэнтеролога Министерства здравоохранения РФ, академика В.Т. Ивашкина, за первое полугодие 2015 г. в 20 регионах страны увеличилась смертность от заболеваний органов пищеварения. Данный факт послужил основанием для анализа сложившейся ситуации, результаты которого обсуждались на объединенном заседании профильной комиссии Минздрава и главных гастроэнтерологов субъектов РФ в рамках XXI Российской гастроэнтерологической недели (12–15 октября 2015 г., Москва, Россия). Было показано, что причинами смерти от заболеваний органов пищеварения в 50–80% случаев послужили циррозы печени, преимущественно алкогольной и вирусной этиологии. Главный гастроэнтеролог г. Москвы профессор И.Г. Бакулин привел показатели деятельности медицинских организаций Департамента здравоохранения г. Москвы за 2014 г., согласно которым число госпитализаций по поводу цирроза печени составило 5367 случаев, умерло за указанный период от цирроза печени 2039 человек, при этом алкогольные циррозы составили 50%.

Другая часть проблемы — наркологический аспект пагубного последствия злоупотребления алкоголем. В 2014 г. согласно аналитической справке НИИ наркологии (филиал ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России) впервые в жизни обратились за наркологической помощью 109 149 больных алкоголизмом (включая алкогольные психозы). Еще 94 199 человек зарегистрированы наркологическими учреждениями с диагнозом «пагубное (с вредными последствиями) употребление алкоголя». Всего впервые в жизни обратились за наркологической помощью по поводу алкогольных расстройств 203 348 пациентов, или 139,2 на 100 тыс. населения.

Показатель первичной заболеваемости алкоголизмом составил 74,7 на 100 тыс. населения (в 2013 г. — 78,2 на 100 тыс.), т. е. произошло снижение на 4,5%. Число больных алкогольными психозами с впервые в жизни установленным диагнозом уменьшилось с 33 483 до 32 056 человек. Первичная заболеваемость алкогольными психозами в РФ снизилась с 23,3 больных на 100 тыс. населения в 2013 г. до 21,9 на 100 тыс. в 2014 г. (т. е. на 6%). Следует отметить, что в течение последних 10 лет наметилась отчетливая тенденция к снижению данного показателя — в сравнении с 2004 г. (53,9) он уменьшился в 2,5 раза, однако по-прежнему в 2 раза превышает уровень 1991 г., когда отмечался самый низкий показатель

алкогольных психозов за последние 20 лет — 10,6 на 100 тыс. населения.

Вклад в высокую смертность от вредных последствий алкоголизации населения вносит присущий России стиль употребления крепких алкогольных напитков в отличие от большинства европейских средиземноморских стран, что усугубляет «повреждающий потенциал» алкоголя. В последние годы государством принимаются активные меры по ограничению продажи алкоголя, сокращению его потребления и соответственно уменьшению пагубного воздействия. Но высокая смертность от ассоциированных со злоупотреблением алкоголем проблем сохраняется, что наносит большой экономический ущерб.

Данная проблема не является исключительной для России. По оценкам ВОЗ, в 2012 г. в результате вредного употребления алкоголя в мире зафиксировано около 3,3 млн смертельных случаев, что составляет 5,9% от общей смертности. Злоупотребление спиртными напитками является причиной более чем 200 различных заболеваний и травм. Заболевания органов пищеварения занимают третье место в структуре смертности (16,2%), обусловленной употреблением алкоголя. Вклад указанных заболеваний в общее «бремя болезней», связанное с употреблением алкоголя, выраженное в показателе DALY (*disability-adjusted life year*), составляет 13,6% [1].

**Цель** настоящего исследования состояла в оценке роли злоупотребления алкоголем у пациентов гастроэнтерологического профиля.

**Задачи исследования:**

- выявить частоту злоупотребления алкоголем у названных больных;
- оценить опыт взаимодействия врачей-интернистов с пациентами, у которых соматическое заболевание вызвано/обостряется вследствие пагубного употребления алкоголя;
- установить удовлетворенность врачей-интернистов собственными знаниями и навыками выявления и диагностики алкогольной зависимости;
- оценить практику использования ими специфических противоалкогольных препаратов;
- оценить удовлетворенность взаимодействием с пациентами, страдающими алкогольной патологией;
- выявить частоту использования врачами в повседневной практике опросников AUDIT и CAGE, предназначенных для скрининга алкогольной зависимости/пагубного употребления алкоголя [2, 3];
- определить частоту проведения мотивационных бесед и психологической поддержки пациентам, злоупотребляющим алкоголем, со стороны врачей-интернистов;
- оценить опыт взаимодействия врачей-интернистов с наркологами.

## Материал и методы исследования

В исследовании приняли участие 345 пациентов — 162 (46,9%) мужчин и 183 (53,1%) женщин с различными заболеваниями органов пищеварения, которые добровольно и анонимно заполняли предложенные им анкеты (приложения 1 и 2). Средний возраст больных составил  $43,18 \pm 13,04$  года. На момент проведения исследования 182 (52,7%) пациента находились в стационаре, 163 (47,3%) лечились амбулаторно. Среди опрошиваемых врачей тринадцать гастроэнтерологов работали в стационаре, пятеро в поликлинике, а двое совмещают работу в стационаре и поликлинике. Исследование проводилось на базе Клиники пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и гепатологии им В.Х. Василенко под руководством академика РАН В.Т. Ивашкина и на базе ГБУЗ «Московский клинический научно-практический центр» Департамента здравоохранения г. Москвы под руководством профессора, доктора медицинских наук И.Г. Бакулина.

После получения информированного согласия всем больным предлагали самостоятельно заполнить два опросника — краткую версию шкалы AUDIT — AUDIT-C и CAGE (см. приложение 2) [3, 4].

Суммарно максимальное количество баллов по опроснику AUDIT-C — 12. В зависимости от количества набранных баллов производят интерпретацию шкалы AUDIT-C: 0 баллов — отсутствие потребления алкоголя,  $\geq 4$  баллов у мужчин и  $\geq 3$  баллов у женщин — тест положительный.

Опросник CAGE является одним из хорошо апробированных в мире и достаточно информативных тестов. Он позволяет заподозрить у пациента алкогольную зависимость. Тест прост для заполнения больными, легко и быстро оценивается врачом и поэтому имеет преимущества по сравнению с другими тестами аналогичного назначения.

Оценка теста CAGE:

- положительный ответ на **один** из четырех вопросов не дает оснований для конкретных выводов;

- положительные ответы на **два** вопроса свидетельствуют об эпизодическом употреблении спиртных напитков (эпизодическое пьянство);

- положительные ответы на **три** вопроса позволяют предполагать систематическое употребление алкоголя (бытовое пьянство);

- положительные ответы на все **четыре** вопроса указывают на систематическое употребление алкоголя, приближающееся к состоянию алкогольной зависимости. В этом случае необходимо предпринять меры для коррекции сложившейся ситуации или, возможно, обратиться к специалисту. Тест считался положительным при наличии двух и более положительных ответов (см. приложение 2).

Карта пациента включала пол, возраст и диагноз соматического заболевания (указывался врачом после заполнения анкеты), а также вопрос о предпочтении больного в выборе специалиста для возможной консультации в случае наличия проблем с алкоголем.

Отдельный раздел исследования содержал вопросы, относящиеся к врачам-гастроэнтерологам (приложение 3). Они касались личного опыта взаимодействия с пациентами, чье соматическое заболевание вызвано/обостряется вследствие пагубного употребления алкоголя, удовлетворенности собственными знаниями и навыками диагностики алкогольной зависимости, опыта использования специфических противоалкогольных препаратов в своей практике, удовлетворенности взаимодействием с больными, страдающими алкогольной патологией. По 10-балльной шкале оценивались активность расспроса пациента о потреблении алкоголя, использование в повседневной практике опросников AUDIT-C и CAGE, частота проведения мотивационных бесед и психологической поддержки, частота самостоятельного использования противоалкогольной терапии, удовлетворенность своими знаниями и навыками по выявлению проблемного потребления спиртных напитков, взаимодействие с наркологами, желание получать дополнительные знания по диагностике и терапии алкоголизма.

Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета «SPSS», Ver. 20.0. Проверка результатов наблюдений на нормальность распределения выполнена с применением одновыборочного критерия Колмогорова—Смирнова. Результаты обработки качественных данных представлены в виде таблицы частот. В качестве описательных статистик для количественных данных в случае их нормального распределения приведены среднее значение и среднеквадратичное отклонение, в случае ненормального распределения — медиана и *межквартильный интервал* (МКИ).

Для сравнения ненормально распределенных переменных между двумя независимыми группами применен U-критерий Манна—Уитни.

Расчет показателей валидности теста осуществлялся с помощью таблицы сопряженности, при этом в качестве эталонного метода было выбрано мнение врача, проводившего лечение пациента. Валидность шкал AUDIT-C и CAGE определяли по следующим критериям: чувствительность, специфичность, отношение правдоподобия положительного и отрицательного результатов тестов, диагностическая точность. Для оценки согласованности результатов шкалы AUDIT-C или CAGE и мнения врача рассчитывали каппу Коэна. Интерпретацию значений коэффициента согласованности каппы Коэна осуществляли в соответствии со шкалой для оценки значений каппа,

разработанной Altman. Уровень статистической значимости считали равным при  $p < 0,05$ .

### Результаты исследования

Среди 345 больных гастроэнтерологических стационаров и поликлиник г. Москвы, принявших участие в исследовании, положительно ( $\geq 4$  баллов) на тест AUDIT-C ответили 49,8% опрошенных, т.е. каждый второй пациент злоупотребляет алкоголем. Среди них было 19,7% женщин и 30,1% мужчин трудоспособного возраста, средний возраст  $43,18 \pm 13,04$  года (рис. 1). Каждый третий мужчина (32,7%) положительно ответил на два и более вопросов теста CAGE, т.е. характер употребления спиртных напитков соответствует эпизодическому, бытовому пьянству или носит черты алкогольной зависимости. Женщин со схожим характером потребления существенно меньше – 12,6% (рис. 2).

Если проследить «соматический профиль» гастроэнтерологических больных, злоупотребляющих алкоголем (рис. 3), то оказывается, что абсолютное большинство составляют пациенты с циррозами печени (алкогольный – 15%, сочетанный – 15%, вирусный – 2%), второе место занимают хронические гепатиты (алкогольный – 12%, сочетанный – 6%), третье место разделили *неалкогольная жировая болезнь печени* (НАЖБП) и болезни желчного пузыря – по 11% соответственно, четвертое место – хронический панкреатит и хронический гастрит – по 6%, пятое место – *синдром раздраженной кишки* (СРК) и *гастроэзофагеаль-*

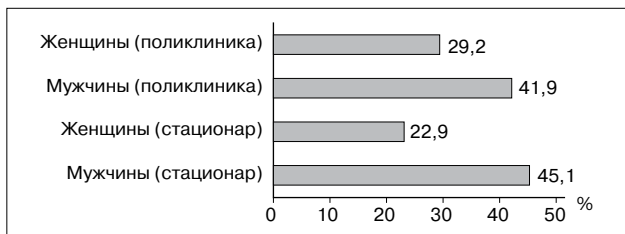


Рис. 1. Положительные ответы на опросник AUDIT-C, %

Fig. 1. Positive responses to AUDIT-C questionnaire, %

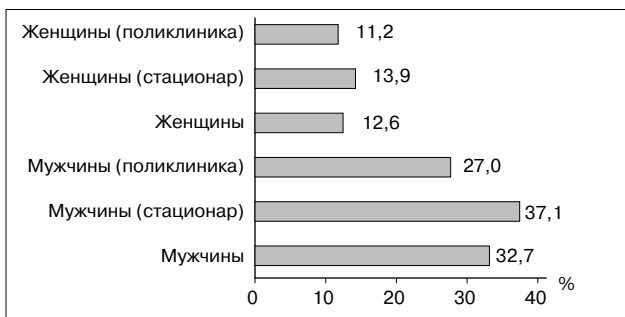


Рис. 2. Положительные ответы на опросник CAGE, %

Fig. 2. Positive responses to CAGE questionnaire, %

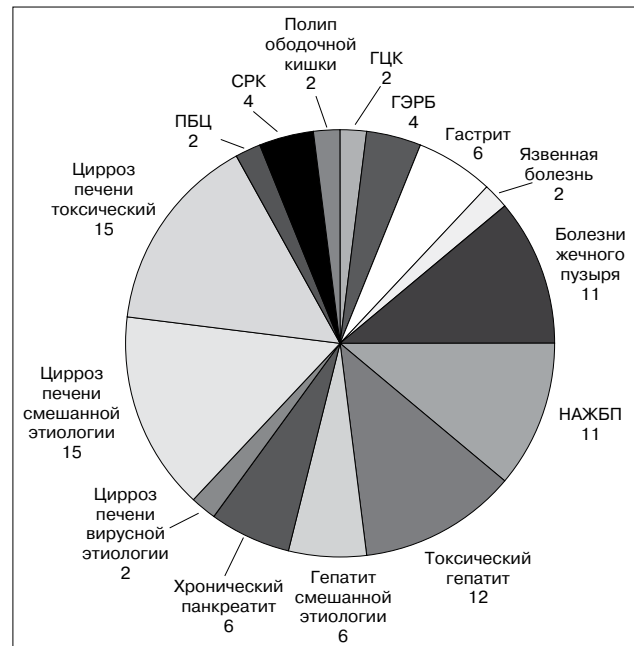


Рис. 3. Диагнозы пациентов с положительными результатами опросников AUDIT-C и CAGE, %  
ГЦК – гепатоцеллюлярная карцинома; ГЭРБ – гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь; ПБЦ – первичный билиарный цирроз; СРК – синдром раздраженной кишки; НАЖБП – неалкогольная жировая болезнь печени

Fig. 3. Diagnoses of patients positive by AUDIT-C and CAGE questionnaires, %

HCC – hepatocellular carcinoma; GERD – gastroesophageal reflux disease; PBC – primary biliary cirrhosis; IBS – irritable bowel syndrome; NAFLD – non-alcoholic fatty liver disease.

*ная рефлюксная болезнь* (ГЭРБ) – по 4% и на шестом месте (по 2%) – прочие заболевания: первичный билиарный цирроз печени, *гепатоцеллюлярная карцинома* (ГЦК), язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки.

В амбулаторном звене преобладали пациенты с хроническим гепатитом (17% – алкогольный и 4% – сочетанный), болезнями желчного пузыря и НАЖБП – по 17%, на цирроз печени приходилось 9%, язвенную болезнь, хронический панкреатит, ГЭРБ по 8%, ГЦК и СРК по 4%.

Интересным моментом в исследовании было изучение мнения врачей относительно связи между возникновением или прогрессированием заболевания у конкретного пациента и возможным злоупотреблением алкоголем. По мнению врачей, выраженная связь наблюдалась у 22,2% мужчин и 8,7% женщин, средняя – у 12,3% мужчин и 6% женщин. В основном это были пациенты с циррозом печени (25% – алкогольный, 18% – сочетанный, 2% – вирусный). В поликлинике среди лиц, которые, на взгляд врачей, злоупотребляют алкоголем преобладают пациенты с циррозом печени алкогольной этиологии – 25%.

Проводя сравнительный анализ между результатами опроса по AUDIT-C и CAGE, с одной

Показатель	AUDIT	CAGE	AUDIT+CAGE
Se, %	63,86	56,63	66,04
Sp, %	71,92	89,30	91,4
Acc, %	73,8	81,4	86,2
LR <sup>+</sup>	3,6	4,68	7,63
LR <sup>-</sup>	0,48	0,49	—
Кappa	0,363	0,475	0,567

Рис. 4. Характеристики диагностической значимости шкал AUDIT-C и CAGE

Se — чувствительность, Sp — специфичность, Acc — точность, LR<sup>+</sup> — отношение правдоподобия для положительного результата теста, LR<sup>-</sup> — отношение правдоподобия для отрицательного результата теста, Kappa — коэффициент согласованности

Fig. 4. Diagnostic value of AUDIT-C and CAGE scales: Se — sensitivity, Sp — specificity, Acc — accuracy, LR<sup>+</sup> — positive likelihood ratio, LR<sup>-</sup> — negative likelihood ratio, Kappa — agreement coefficient

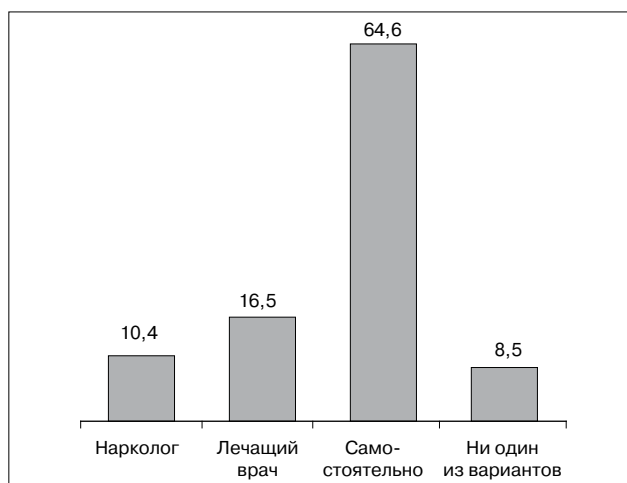


Рис. 5. Предпочтения пациентов в выборе врача, %  
Fig. 5. Patients' preferences in the choice of a doctor, %

стороны, и условно принятым «золотым стандартом» — мнением врачей, с другой стороны, оказалось, что совокупная чувствительность и специфичность указанных опросников составила 66 и 91,4% соответственно, точность — 86,2%, коэффициент согласованности (Кappa) — 0,567 (средняя связь) — рис. 4.

Доля пациентов, признающих связь между своим состоянием и злоупотреблением алкоголем, угрожающе мала — 27%. Из них 16,5% обратились бы к лечащему врачу, а 10,4% воспользовались бы помощью нарколога (рис. 5). Больше половины больных (64,6%) полагают, что могут справиться со своей проблемой самостоятельно, а 8,5% злоупотребляющих алкоголем пациентов не считают потребление ими спиртных напитков проблемным. Медиана суммы баллов по шкале AUDIT-C и CAGE между группами лиц, которые обратились бы за медицинской помощью и которые «справились бы самостоятельно», статисти-

чески значимо не различалась (критерий Манна—Уитни;  $p > 0,05$  для всех сравнений). Сумма баллов по шкале AUDIT-C и CAGE не коррелирует с обращаемостью за медицинской помощью.

Другая сторона проблемы — это отношение врачей к рассматриваемому вопросу. Лишь 10% опрошенных врачей полностью удовлетворены своим взаимодействием с пациентом, подавляющее большинство (80%) — удовлетворены частично. Несмотря на то, что по данным опроса большинство врачей уверяют, что оказывают психологическую поддержку больным, проводя консультации и мотивируя к изменению ситуации с алкоголем, только 65% из них активно расспрашивают своих пациентов о потреблении спиртных напитков и лишь 35% постоянно или часто используют в своей работе AUDIT-C и CAGE.

Каждый четвертый врач хотел бы спрашивать об алкоголе чаще, но ему не хватает знаний и навыков. Около 60% врачей желали бы получать дополнительные знания по диагностике и терапии злоупотребления алкоголем.

Проведенный опрос показал, что 75% врачей не назначают специфические противоалкогольные препараты, 85% не иницируют противоалкогольную терапию самостоятельно. Около половины рекомендуют обращаться к наркологу и только у 25% есть хорошо налаженные контакты с ними.

## Обсуждение результатов исследования

В процессе исследования подтверждены известные ранее сведения о наибольшей распространенности пагубного потребления алкоголя среди людей трудоспособного возраста [5, 6]. Данные другого исследования российских специалистов с дизайном случай—контроль, базирующиеся на ретроспективном анализе 48 557 смертельных исходов среди взрослого населения (опубликованы в журнале «Lancet» в 2009 г.), показали, что основными причинами смерти у сильно пьющих людей достоверно чаще, чем в популяции, являлись рак верхних отделов дыхательной и пищеварительной систем (относительный риск — 3,48, 95% доверительный интервал 2,84—4,27) и рак печени (относительный риск — 2,11, 95% доверительный интервал 1,64—2,70). Относительный риск поражения печени и поджелудочной железы был выше 6: соответственно 6,21, 95% ДИ 5,16—7,47 и 6,69, 95% ДИ 4,98—9,00. Возраст умерших колебался между 15—54 годами, что, несомненно, влияет и на рождаемость, и на трудоспособность населения промышленных городов [6, 7].

Анализ еще одного исследования, выполненного в Москве в 2012 г. с включением 5000 участников, считающих себя здоровыми, показал, что огромному числу (75,64% популяционной выборки) следует уменьшить количество потребляемого

алкоголя, а 9,8% из них злоупотребляют спиртными напитками или имеют зависимость. В данном исследовании с использованием скрининговых тестов изучалась также распространенность диффузных заболеваний печени, при этом алкогольная болезнь печени составила 6,9%. Также установлено, что употребление алкоголя в опасных количествах (более 2 баллов в опроснике CAGE, более 16 баллов в опроснике AUDIT) — независимый фактор риска повреждения печени [8].

По оценкам ВОЗ, в 2012 г. в результате вредного употребления алкоголя в мире зафиксировано около 3,3 млн смертельных случаев, что составляет 5,9% от общей смертности. Заболевания органов пищеварения занимают третье место — 16,2% в структуре смертности, связанной с употреблением алкоголя [1].

Согласно результатам настоящего исследования, среди пациентов гастроэнтерологических поликлиник и стационаров г. Москвы каждый второй злоупотребляет алкогольными напитками (AUDIT-C — более 4 баллов, CAGE — более 2 баллов). В 2011 г. в НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе г. Санкт-Петербурга был проведен анализ патологии внутренних органов у поступающих туда больных. Оказалось, что у лиц, злоупотребляющих алкоголем и психоактивными веществами, определялись лабораторные маркеры поражения печени [9].

В 2015 г. в 6 странах Европы проведено исследование с участием 13003 пациентов, целью которого было изучение распознаваемости алкогольной зависимости врачами общей практики. Анализ проводился в сравнении со Сводным международным диагностическим интервью (CIDИ), разработанным ВОЗ. Установлено, что по сравнению с CIDИ врачи общей практики выявили больше пациентов с алкогольной зависимостью, причем отличался и «соматический профиль» больных — преобладали лица с более тяжелыми формами заболеваний [10]. В нашем исследовании также проводилась оценка чувствительности и специфичности широко используемых опросников CAGE и AUDIT по отношению к мнению врачей. Полученные данные свидетельствуют о высокой специфичности, но недостаточной чувствительности названных опросников. Это говорит о том, что успех в постановке диагноза и вероятность обнаружения проблемного потребления алкоголя зависят не только от использования существующих опросников, но и от умений врача — его клинического мышления и искусства сбора анамнеза.

В исследовании MEDI-Q «Мнение практикующих врачей», проведенном в 2011 г. среди 2393 врачей пяти специальностей (терапевты, кардиологи, неврологи, гастроэнтерологи, пульмонологи), было предложено ответить на ряд вопросов, позволивших узнать их точку зрения относительно влияния злоупотребления алкоголем на разви-

тие соматических заболеваний. В первую очередь, врачи отмечают воздействие на заболевания желудочно-кишечного тракта и психические расстройства. Так, более 70% респондентов указывают на очень сильную связь злоупотребления алкоголем с заболеваниями поджелудочной железы и печени, в меньшей степени, но также достаточно сильную с кардиологическими и неврологическими заболеваниями. Более 60% опрошенных врачей отметили существенную связь с развитием полинейропатии, психозов и энцефалопатии [11].

В ходе всероссийского исследования «Health-Index», проведенного в 2011 г. и охватившего более 6400 респондентов старше 16 лет в 51 городе России, умеренное употребление спиртных напитков опрошенные называют одним из основных принципов здорового образа жизни, которого они придерживаются или стремятся придерживаться: 54% респондентов сказали, что соблюдают этот принцип постоянно, 17% — время от времени, еще 18% — не придерживаются, но признают необходимость соблюдения и только 11% не считают его важным [12].

По данным ряда зарубежных авторов, большинство обратившихся за медицинской помощью либо не в состоянии, либо не хотят придерживаться полной абстиненции, что требует от врача проведения определенной работы в этом направлении совместно с пациентом [13].

Вероятно, причины, лежащие в основе такой угрожающе низкой доли лиц, признающих связь между своими соматическими проблемами и употреблением алкоголя, а также нежеланием воспользоваться помощью специалиста, объясняются сложившимися в течение долгого времени стереотипами в обществе, в том числе в профессиональной когорте врачей.

Проведенный среди врачей опрос показал, что 35% не расспрашивают своих пациентов о потреблении алкогольных напитков, 65% пренебрегают использованием опросников AUDIT и CAGE. Возможной причиной такого результата, помимо часто обозначаемого дефицита времени, может являться неосведомленность врачей общей практики, терапевтов, гастроэнтерологов о современных тенденциях комплексного подхода к терапии данной категории больных. Около 80% врачей заявили, что постоянно оказывают психологическую поддержку, проводя консультации и мотивируя пациентов к изменению ситуации с алкоголем. Однако необходимо напомнить, что в анкетировании принимали участие преимущественно врачи двухпрофильных гастроэнтерологических стационаров, хорошо осведомленные о подходе к терапии указанных пациентов. Не секрет, что в типичном случае врачи-интернисты стараются избегать контакта с алкоголиками, которые обращаются к ним за медицинской помощью. Типичный совет, который дает врач-интернист такому больному — бро-

сидеть пить, абсолютно не думая о том, каким образом этот совет может быть выполнен. Следствием служит отсутствие доверия между врачом и пациентом, что всегда будет мешать достижению положительного результата лечения [6].

Одной из основных причин низкой удовлетворенности врачей и скептического настроения больных, злоупотребляющих алкоголем, является отсутствие в настоящее время прочного взаимодействия между врачами-интернистами, психиатрами и наркологами, отсутствие единого алгоритма обследования, лечения и постгоспитального наблюдения пациента с целью поддержания длительной ремиссии заболевания.

Врачи-интернисты прежде всего сосредоточены на диагностике и устранении соматической проблемы и редко назначают или инициируют противоалкогольную терапию, при этом половина из них рекомендует обратиться к наркологам, но только 25% называют конкретное учреждение и врача. В России с сентября 2015 г. одобрен первый препарат для сокращения потребления алкоголя — Налмефен (Селинкро), эффективность и безопасность которого были исследованы почти у 2000 пациентов в 19 странах Европы. Эффективность препарата доказана в тех случаях, когда больные принимали от 40 (женщины) до 60 (мужчины) граммов этанола в день. Основная цель применения налмефена — ограничение количества принимаемого алкоголя и уменьшение ассоциированного с этим вреда [6].

Результаты микроаналитического моделирования показали, что риски развития цирроза печени, панкреатита значительно меняются в зависимости от числа *дней тяжелого пьянства* (ДТП) и *общего потребления алкоголя* (ОПА) в течение месяца среди пациентов с алкогольной зависимостью. С помощью математической модели было установлено, что доказанное в плацебоконтролируемых исследованиях сокращение ДТП на 20 суток в год при лечении налмефеном приводит к клинически достоверному уменьшению количества серьезных заболеваний в расчете на 100 тыс. пациентов в год. Снижение ОПА на 3000 г/год благодаря применению налмефена также позволит предотвратить значимое число случаев заболевания [14]. При серьезной зависимости рекомендуется ежедневный прием селинкро (18 мг/сут.) трехмесячными или полугодовыми курсами с целью стабильной модуляции опиоидной системы, с последующим переходом к приему препарата по потребности (в дни повышенного риска и возможного употребления алкоголя).

Правильная мотивация пациента врачом чрезвычайно актуальна для тех, кто принимает алкоголь в рискованных дозах. Для этого существуют специально разработанные методики — мотивационные интервью, в частности методика кратких интервенций (brief intervention), суть кото-

рой состоит в мотивации больного к изменению поведения, связанного с употреблением алкоголя. В мотивационном интервью используются определенные приемы: эмпатия, рефлексивное слушание (заключается в ведении тематически направленного диалога между психологом и пациентом с целью получения сведений от последнего), следование за сопротивлением, учет актуальных потребностей и актуальной готовности к изменениям, постановка конкретных задач с определением конкретных действий.

Методика кратких мотивационных интервенций или мотивационных интервью была создана не так давно, в ее основу легли большие достижения в изучении поведения человека в течение последних десятилетий. Впервые она описана W. Miller в 1993 г. с учетом его собственного опыта лечения больных с алкогольной зависимостью. Техника мотивационного интервью базируется на исследовании и разрешении амбивалентности, присущей каждому человеку. Она помогает справиться с алкогольной проблемой на любой стадии, дает возможность мотивировать пациента в том числе и к лечению алкогольной зависимости, приему лекарственных препаратов. Овладеть техникой мотивационных интервью может каждый желающий работник здравоохранения.

### Предложения по решению проблемы

Внутренние болезни служат причиной смертельного исхода почти у половины (47,7%) пациентов, злоупотребляющих алкоголем [5]. В связи с этим особенно важная роль в диагностике и помощи таким пациентам отводится врачам-интернистам — кардиологам, неврологам, гастроэнтерологам и т. д. Во всех международных и российских рекомендациях по лечению алкогольной болезни печени подчеркивается роль мотивационной психологической поддержки больных алкоголизмом [15]. Между тем врачи-интернисты крайне редко пользуются принципами мотивационного интервьюирования в работе с пациентами, концентрируя внимание на сопутствующей соматической патологии при назначении патогенетического и симптоматического лечения. Выбор же тактики специфической противоалкогольной терапии и диагностика сопутствующих психических расстройств, а также лечение острых алкогольно-индуцируемых состояний осуществляются врачами-наркологами. Результатом этого являются высокая частота рецидивов алкогольной интоксикации и низкая приверженность к абстиненции, утяжеляющие прогноз пациента.

Возможным выходом из сложившейся ситуации может быть создание наблюдательной программы и алгоритма ведения больных, злоупотребляющих алкоголем. Безусловно, что такая наблюдательная программа должна разрабатываться совместно



врачами-интернистами и наркологами на основе накопленного опыта и рекомендаций каждой из сторон. Целью программы может быть достижение и активное поддержание полной или частичной абстиненции.

Важный аспект в лечении пациентов с алкогольной зависимостью — назначение современных противоалкогольных средств, таких как налмефен. Через 6 месяцев на фоне приема препарата сокращается как число дней тяжелого пьянства с 23,0 до 9,3 дней в месяц, так и общее количество выпитого чистого алкоголя с 113 до 44 г/день, отмечена достоверная разница с плацебо ( $p=0,0021$  — 2,3 дня тяжелого пьянства и  $p=0,003$  по количеству выпитого чистого алкоголя — 11,0 г/день), что ведет к снижению заболеваний и травм, связанных с злоупотреблением спиртными напитками [14, 16].

**Конфликт интересов.** Данное оригинальное исследование проводилось при финансовой поддержке компании Лундбек.

**Conflict of interest.** This original investigation was supported by Lundbeck.

#### Список литературы/References

1. World Health Organisation: Global status report on alcohol and health. Geneva, World Health Organisation, 2014.
2. *Ewing J.A.* Detecting alcoholism: The CAGE questionnaire. JAMA 1984; 252:1905-7.
3. *Babor T.F., Higgins-Biddle J.C., Saunders J.B., Monteiro M.G.* AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for use in primary care, 2<sup>nd</sup> ed. Retrieved June 24, 2006.
4. *Bush K., Kivlahan D.R., McDonell M.B., et al.* The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): An effective brief screening test for problem drinking. Ambulatory Care Quality Improvement Project (ACQUIP). Alcohol use disorders identification test. Arch Intern Med 1998; 158(16):1789-95.
5. *Бохан Н.А., Семке В.Я.* Коморбидность в наркологии. Томск: Изд-во Томского гос. ун-та, 2009. 498 с. [*Bokhan N.A., Semke V.Ya.* Comorbidity in narcology. Tomsk: Publishing house Tomsk state. un-that, 2009. 498 p.]
6. *Маевская М.В.* Алкоголь, алкоголизм и связанные с ними последствия. Рос журн гастроэнтерол гепатол колопроктол 2013; 23(6):43-8. [*Mayevskaya M.V.* Alcohol, alcoholism and related effects. Ros zhurn gastroenterol gepatol koloproktol 2013; 23(6):43-8].
7. *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; 373(9682):2201-14.
8. *Комова А.Г., Маевская М.В., Ивашкин В.Т.* Распространенность диффузных заболеваний печени в Москве. Клини перспективы гастроэнтерол гепатол 2015; 5:3-8. [*Komova A.G., Mayevskaya M.V., Ivashkin V.T.* Prevalence of diffuse liver diseases in Moscow. Klin perspektivy gastroenterol gepatol 2015; 5:3-8].
9. *Егоров А.Ю., Крупицкий Е.М., Софронов А.Г. и др.* Злоупотребление алкоголем у больных, экстренно госпитализированных в больницу скорой помощи. Обозрение психиатр мед психол 2013; 1:36-43. [*Yegorov A.Yu., Krupitskiya Ye.M., Sofronov A.G., et al.* Alcohol abuse in emergency patients. Review psychiatrist med psychol 2013; 1:36-43].
10. *Rehm J., Allamani A., Elekes Z., et al.* General practitioners recognizing alcohol dependence: a large cross-sectional study in six European countries. Ann Fam Med 2015; 13:28-32.
11. Алкоголь как фактор риска для здоровья: мнение практикующих врачей и конечных потребителей, 2011 г. <http://www.comcon-2.ru/default.asp?artID=2683>. [Alcohol as a medical risk factor: opinion of general practitioners and end users, 2011 <http://www.comcon-2.ru/default.asp?artID=2683>].
12. Восприятие населением рисков для здоровья, 2011 г. <http://pharmapractice.ru/53564>. [Recognition the population of health risk factors, 2011 <http://pharmapractice.ru/53564>].
13. *Hodgins D.C., Leigh G., Milne R., et al.* Drinking goal selection in behavioral self-management treatment of chronic alcoholics. Addict Behav 1997; 22:247-55.
14. *Francois C., Laramee P., Rahhali N., et al.* A predictive microsimulation model to estimate the clinical relevance of reducing alcohol consumption in alcohol dependence. Eur Addict Res 2014; 20:269-84.
15. EASL Clinical practice guidelines on the management of alcoholic liver disease [http://www.easl.eu/assets/application/files/5e1b5512fb2cabb\\_file.pdf](http://www.easl.eu/assets/application/files/5e1b5512fb2cabb_file.pdf).
16. *Van den Brink W., Aubin H.-J., Bladstrom A., Torup L., Gual A., Mann K.* Efficacy of as-needed nalmefene in alcohol-dependent patients with at least a high drinking risk level: Results from a subgroup analysis of two randomized controlled 6-month studies. Alcohol Alcohol 2013; 48(5):570-8.

## Заклучение

Злоупотребление алкоголем наблюдается у половины больных гастроэнтерологических стационаров и поликлиник г. Москвы и является ведущим фактором риска развития и прогрессирования ряда заболеваний, прежде всего тяжелых форм алкогольной болезни печени. Необходимо создание наблюдательной программы с участием профессиональных сообществ врачей-интернистов и наркологов, цель которой состоит в достижении и поддержании стойкой ремиссии заболевания. Для реализации поставленной цели требуется дополнительное стимулирование врачей-интернистов к использованию в своей работе валидизированных опросников, проведению мотивационных бесед с пациентами, активному наблюдению и поддержке лиц с проблемным потреблением алкоголя, инициации противоалкогольной терапии в содружестве с врачами-наркологами.

## Приложение 1

Уважаемые господа!

Для улучшения качества оказания медицинской помощи мы проводим анкетирование пациентов на тему употребления алкоголя. Ваши ответы помогут сделать нашу помощь более эффективной и доступной!

Анкетирование абсолютно анонимно.

Если Вы готовы ответить на ряд вопросов на обороте, пожалуйста, дайте Ваше добровольное согласие на проведение анкетирования:

Я, (можно только инициалы) \_\_\_\_\_ согласен принять участие в анонимном опросе об употреблении алкоголя.

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Подпись \_\_\_\_\_

Инициалы		Пол		Возраст
		<input type="checkbox"/> Мужской	<input type="checkbox"/> Женский	_____ лет

Место проведения опроса (заполняется врачом):

--

ФИО лечащего врача (заполняется врачом):

--

Диагноз соматического заболевания (указывается врачом после заполнения анкеты пациентом)

--

Считаете ли Вы, что заболевание (соматические нарушения) у пациента возникли и прогрессировали из-за злоупотребления алкоголем или зависимости.

- Да, выраженная зависимость;  
 Да, средняя зависимость;  
 Да, имеется низкая зависимость;  
 Нет, зависимость не прослеживается

Стандартная доза алкоголя (по данным ВОЗ) — количество алкогольного напитка, в котором содержится этиловый спирт в количестве, эквивалентном 10 г чистого спирта:

- 30 мл крепкого напитка (40% об. водка/коньяк/виски), или  
 100 мл вина (13% об.), или  
 250 мл пива (5% об.)

## Анкета для пациента

## AUDIT-C

1. Как часто Вы употребляете алкогольные напитки?	Никогда*	1 раз в месяц или реже	2–4 раза в месяц	2–3 раза в неделю	4 и более раз в неделю
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Какова Ваша обычная доза алкогольных напитков в день выпивки?	1–2 дозы	3–4 дозы	5–6 доз	7–9 доз	Более 10 доз
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Что соответствует	Крепкие напитки (40% об.)	30–60 мл	90–120 мл	150–180 мл	210–270 мл	300 мл и более
	Сухое вино (12–13% об.)	100–200 мл	300–400 мл	500–600 мл	700–900 мл	1 л и более
	Крепленое вино (17–20% об.)	75–150 мл	200–300 мл	350–450 мл	500–650 мл	750 мл и более
	Пиво (5% об., бутылка – 0,5 л)	250–500 мл (0,5–1 бут.)	750–1000 мл (1,5–2 бут.)	1250–1500 мл (2,5–3 бут.)	1750–2250 мл (3,5–4 бут.)	2500 мл (5 и более бут.)

3. Как часто Вы употребляете одновременно 6 или более доз? **	Никогда	Реже чем 1 раз в месяц	1 раз в месяц	1 раз в неделю	Практически ежедневно
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* Если Вы ответили «нет» на этот вопрос, анкетирование закончено, можете не отвечать на следующие вопросы

\*\*180 мл водки или 600 мл вина

## CAGE

4. Возникало ли у Вас ощущение того, что Вам следует сократить употребление спиртных напитков?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
5. Вызывало ли у Вас чувство раздражения, если кто-то из окружающих (друзья, родственники) говорил Вам о необходимости сократить употребление спиртных напитков?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
6. Испытывали ли Вы чувство вины, связанное с употреблением спиртных напитков?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
7. Возникало ли у Вас желание принять спиртное как только Вы просыпались после имевшего место употребления алкогольных напитков?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет

8. Если бы Вы считали, что у Вас есть некоторые проблемы с алкоголем, чьей бы помощью Вы предпочли воспользоваться? *	Нарколога <input type="checkbox"/>	Лечащего врача <input type="checkbox"/>	Справлюсь самостоятельно <input type="checkbox"/>
---	------------------------------------	---	---

\*Дополнительный вопрос

## Уважаемые коллеги!

Просим Вас максимально откровенно ответить на нижеследующие вопросы. Полученная информация поможет оптимизировать организацию медицинской помощи больным, чье соматическое заболевание связано с злоупотреблением алкоголем.

1. ФИО респондента (можно указать только инициалы)

2. Пожалуйста, если возможно, представьте Ваши контактные данные:	
Телефон: _____	E-mail: _____@_____._____

3. Какова Ваша основная врачебная специальность?

4. На базе какого лечебного учреждения Вы ведете прием пациентов?	
Амбулаторное <input type="checkbox"/>	Стационарное <input type="checkbox"/>
Частный медицинский центр <input type="checkbox"/>	Другое _____

Какова в Вашей практике доля пациентов, чье соматическое заболевание вызвано/обостряется алкоголем?	_____ %
---	---------

Насколько Вы удовлетворены своими знаниями и навыками выявления и диагностики алкогольной зависимости:		
Полностью удовлетворен <input type="checkbox"/>	Частично удовлетворен <input type="checkbox"/>	Не удовлетворен <input type="checkbox"/>

Используете ли Вы специфические противоалкогольные препараты в своей врачебной практике:		
Часто <input type="checkbox"/>	Редко <input type="checkbox"/>	Не использую <input type="checkbox"/>

Насколько Вы удовлетворены, как лечащий врач, Вашим взаимодействием с пациентами, страдающими алкогольной патологией:		
Полностью удовлетворен <input type="checkbox"/>	Частично удовлетворен <input type="checkbox"/>	Не удовлетворен <input type="checkbox"/>

Насколько Вы согласны с каждым из нижеперечисленных утверждений?

Для ответа используйте 10-балльную шкалу, где 1 – совершенно не согласен, 10 – совершенно согласен (в ответе необходимо выбрать наиболее подходящий для Вас балл и его выделить: один ответ для каждого утверждения)

◀Совершенно не согласен      Совершенно согласен▶

Вопросы	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Я активно расспрашиваю своих пациентов о потреблении ими алкоголя										
Для выявления проблем с алкоголем я использую структурированные инструменты скрининга (например, тесты: CAGE, AUDIT)										
Я постоянно оказываю пациентам психологическую поддержку, проводя консультации и мотивируя к изменению ситуации с алкоголем										
Я сам инициирую противоалкогольную терапию, вместо того, чтобы рекомендовать обратиться за лечением к другим специалистам (например, наркологам)										
Я бы хотел и мог спрашивать об алкоголе чаще, однако мне не хватает знаний и навыков по диагностике и терапии подобной патологии										
У меня налажены хорошие контакты с наркологами, я всегда направляю проблемных больных к ним										
Я нуждаюсь и хотел бы получить дополнительные знания по диагностике и терапии злоупотребления алкоголем										