

Консультирование пациента, злоупотребляющего алкоголем

Максимова Ж. В., Максимов Д. М.

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России. Екатеринбург, Россия

Злоупотребление алкоголем представляет собой регулярное или эпизодическое употребление алкогольных напитков, которое может вызвать неблагоприятные медико-социальные последствия при отсутствии признаков зависимости. В Российской Федерации 35% населения регулярно употребляют спиртосодержащие напитки в очень высоких (ударных) дозах. При этом злоупотребление часто остается нераспознанным или не считается отклонением от здорового поведения, хотя именно оно является причиной массовой распространенности алкоголь-ассоциированных проблем физического и психического здоровья, а также социального функционирования. Улучшить ситуацию можно, в т.ч. с помощью раннего выявления и эффективного поведенческого консультирования, особенно в первичном медицинском звене. Всемирная организация здравоохранения рекомендует пятиступенчатый подход по выявлению и коррекции злоупотребления алкоголем:

- выяснить уровень употребления алкоголя с помощью вопросника AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test);
- рекомендовать сократить употребление алкоголя;
- оценить готовность и препятствия к отказу или сокращению;
- помочь пациенту в выработке мотиваций;
- продолжить наблюдение и поддержку на последующих визитах.

Консультирование по снижению употребления алкоголя проводится в партнерской, неосуждающей манере, в рамках обычного врачебного приема по любому другому заболеванию. Содержание

консультирования зависит от мотивации собеседника. У колеблющихся пациентов, которые не уверены в целесообразности или в своей способности сократить употребление алкоголя, проводится так называемое мотивационное собеседование, которое в неконфронтационной манере позволяет пациенту высказаться по этой проблеме и помогает скорректировать нездоровые поведенческие установки. Настоящая статья представляет собой рекомендацию для медицинских работников по методике краткого профилактического консультирования пациентов, злоупотребляющих алкоголем.

Ключевые слова: злоупотребление алкоголем, скрининг, краткое профилактическое консультирование, мотивационное собеседование.

Отношения и деятельность: нет.

Поступила 22/01-2021

Рецензия получена 25/01-2021

Принята к публикации 05/05-2021



Для цитирования: Максимова Ж. В., Максимов Д. М. Консультирование пациента, злоупотребляющего алкоголем. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2021;20(5):2782. doi:10.15829/1728-8800-2021-2782

Counseling an alcohol abuse patient

Maksimova Zh. V., Maksimov D. M.
Ural State Medical University, Yekaterinburg, Russia

Alcohol abuse is the regular or episodic alcohol consumption that can cause adverse medical and social consequences without signs of dependence. In Russia, 35% of the population regularly consume alcoholic drinks in very high doses. At the same time, abuse often remains undiagnosed or is not considered a medical problem. However, it is precisely this that causes the massive prevalence of alcohol-related physical and mental health problems, as well as social functioning. The situation can be improved, including through early detection and effective behavioral counseling, especially in primary health care. The World Health Organization recommends a five-step approach to identify and correct alcohol abuse:

- identify the alcohol consumption level using the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT);
- recommend decreasing alcohol consumption;
- assess readiness and barriers to cessation or decrease of alcohol use;

- help the patient to develop motivations;
- continue monitoring and support on follow-up visits.

Behavioral counseling for alcohol abuse is provided in a non-judgmental manner as part of the routine medical appointment for any other medical condition. The content of the counseling depends on the motivation of a patient. For hesitant patients who are uncertain about the appropriateness or their ability to reduce alcohol use, a so-called motivational interviewing is conducted, which allows a patient to speak out about the problem and helps to correct unhealthy behaviors. This article is a guideline for health care professionals on brief preventive counseling for alcohol abuse patients.

Keywords: alcohol abuse, screening, brief preventive counseling, motivational interviewing.

Relationships and Activities: none.

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):

e-mail: jannamd@yandex.ru

Тел.: +7 (904) 988-61-20

[Максимова Ж. В. * — к.м.н., доцент, доцент кафедры терапии ФПК и ПП, ORCID: 0000-0002-7924-7668, Максимов Д. М. — к.м.н., доцент кафедры профилактической, семейной и эстетической медицины, ORCID: 0000-0001-8525-2116].

Maksimova Zh. V.* ORCID: 0000-0002-7924-7668, Maksimov D. M. ORCID: 0000-0001-8525-2116.

For citation: Maksimova Zh. V., Maksimov D. M. Counseling an alcohol abuse patient. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2021;20(5):2782. (In Russ.) doi:10.15829/1728-8800-2021-2782

*Corresponding author: jannamd@yandex.ru

Received: 22/01-2021

Revision Received: 25/01-2021

Accepted: 05/05-2021

ВОЗ — Всемирная организация здравоохранения, КПК — краткое профилактическое консультирование, МС — мотивационное собеседование, РФ — Российская Федерация, ССЗ — сердечно-сосудистые заболевания, AUDIT — Alcohol Use Disorders Identification Test, AUDIT-C — Alcohol Use Disorders Identification Test-Consumption, RUS-AUDIT — Russian Alcohol Use Disorders Identification Test, RUS-AUDIT-S — Russian Alcohol Use Disorders Identification Test-Short.

Злоупотребление алкоголем наряду с табакокурением относится к ведущим устранимым причинам преждевременного развития заболеваний и преждевременной смерти, эта проблема особенно актуальна в странах со средними и высокими доходами населения. В Российской Федерации (РФ) алкоголь употребляют 58% населения, что в целом сопоставимо с Европейским регионом (60%). При этом в РФ существенно выше доля лиц, выпивающих высокие (ударные) дозы и крепкие спиртные напитки, выше и уровень употребления алкоголя на душу населения, особенно среди мужчин (11,7 л на человека в год). Эпизодическое употребление высоких доз алкоголя (≥ 60 г чистого алкоголя, по крайней мере, 1 раз в мес.) наблюдается у 35% населения России (48% мужчин и 24% женщин). По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) серьезные последствия злоупотребления алкоголем (алкогольная зависимость и различные соматические заболевания) выявляются у каждого пятого жителя РФ и у каждого третьего мужчины [1]. По данным наркологической службы на 2019г в РФ зарегистрировано почти 1,5 млн пациентов с алкоголизмом, алкогольными психозами и другими пагубными последствиями употребления алкоголя [2].

При этом не алкоголизм, а именно злоупотребление алкоголем ответственно за большинство проблем физического и психического здоровья, а также социального функционирования. Ситуация осложняется тем, что лица, злоупотребляющие алкоголем, часто не осознают этого или скрывают подобный факт от медицинских работников, опасаясь социального осуждения или огласки. Отсутствие четких критериев злоупотребления, а также определенные социальные и гендерные стереотипы приема спиртных напитков приводят к тому, что вредное и опасное употребление алкоголя остается нераспознанным или не считается отклонением от здорового поведения. Также по формальным признакам злоупотребление алкоголем не является поводом для наркологической помощи, поэтому значительное число пациентов просто не попадают в поле зрения врачей. Кроме того, многие медицинские работники считают обсуждение во-

просов употребления алкоголя бесперспективным или требующим больших усилий и затрат времени. Другими препятствиями к проведению подобного консультирования могут быть загруженность врача, нехватка времени на приеме, а также отсутствие специальной подготовки и неуверенность в своей компетентности [3].

В то же время, существуют убедительные доказательства того, что даже короткое структурированное консультирование может быть эффективным, особенно если оно применяется систематически на разных уровнях оказания медицинской помощи: первичной, специализированной, амбулаторной или стационарной [4-6]. Любой повод для обращения в медицинское учреждение может быть использован как возможность диагностики и коррекции чрезмерного употребления алкоголя. Даже небольшое сокращение употребления алкоголя способно привести к значительному улучшению здоровья. Например, уменьшение среднесуточного потребления чистого алкоголя с 40 до 30 г ассоциируется со снижением риска рака полости рта на 48%, риска гипертонии у мужчин на 13%, а у женщин на 66% [7].

Для службы медицинской профилактики существуют хорошо разработанные методические руководства по консультированию лиц, злоупотребляющих алкоголем [8]. Тем не менее, одними лишь усилиями профилактической службы эту проблему не решить. Наиболее естественным и массовым способом охвата населения является обучение врачей всех специальностей базовым навыкам консультирования по снижению употребления алкоголя. Особенно это касается врачей первичного звена, которые нуждаются в простых и действенных рекомендациях в условиях ограниченного времени приема и большой лечебной нагрузки. При этом прикладной информации по этой проблеме для врачей широкого профиля не так много. Стоит отметить статью Дегтяревой Л. Н. и др. [9], в которой описана рекомендованная ВОЗ методика использования опросника AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) для модификации поведения пациента при опасном и вредном употреблении алкоголя, но этой публикации

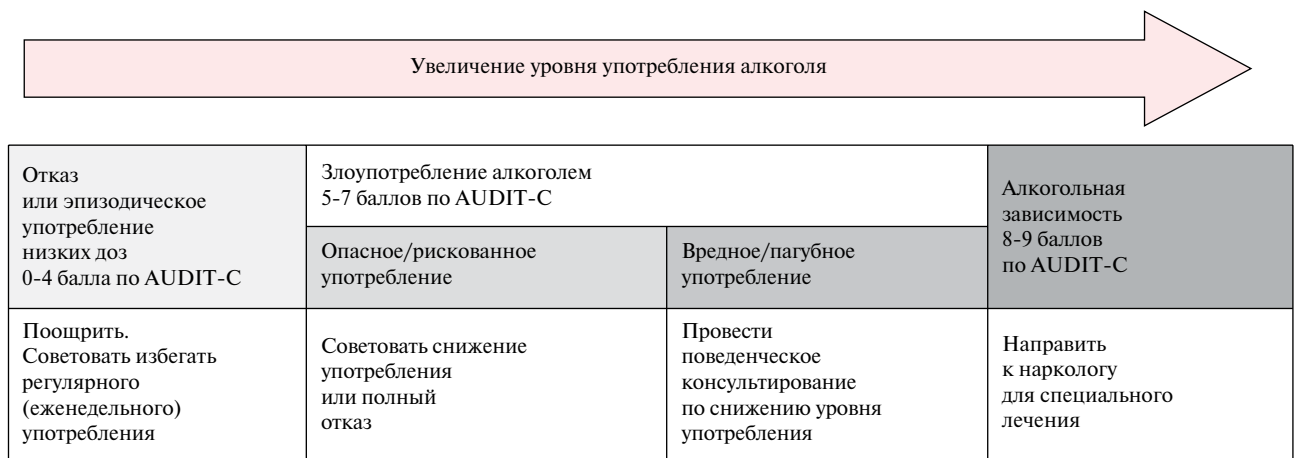


Рис. 1 Категории употребления алкоголя и тактика врача.

уже почти 10 лет. В 2017г под эгидой ВОЗ было издано пособие по обучению работников первичного звена краткому профилактическому консультированию (КПК) в отношении употребления алкоголя, доступное и в русскоязычной версии [10].

Цель настоящей статьи — предоставить медицинским работникам современные практические рекомендации по консультированию пациентов, злоупотребляющих алкоголем.

Уровни употребления алкоголя и ассоциированные риски

Уровень употребления алкоголя определяется количеством, крепостью и частотой приема алкогольных напитков. За единицу употребления принимается так называемая стандартная доза или порция, размер которой в разных странах различается. В РФ используется критерий дозы ВОЗ, составляющий 10 г или 12,7 мл 96% спирта [8, 11, 12]. Например, в 30 мл алкогольного напитка крепостью 40% содержится 1 стандартная порция, в бутылке объемом 700 мл — 22 порции; в бокале вина крепостью 14% и объемом 175 мл — 2 порции, в бутылке объемом 750 мл — 8,3 порции; в 500 мл пива крепостью 4,5% — 1,8 порции, в 330 мл пива или иного напитка крепостью 5% — 1,3 порции. Количество стандартных порций алкоголя в любом из напитков можно рассчитать по следующей формуле: число стандартных порций = объем (мл) × крепость (%) × 8/10000 [9]. Различные уровни употребления алкоголя, согласно рекомендациям ВОЗ, представлены на рисунке 1 [11].

Риски, связанные с употреблением алкоголя, определяются взаимосвязью дозы и ассоциированными с ней неблагоприятными медико-социальными последствиями. Согласно рекомендациям ВОЗ и Европейского медицинского агентства, под низким уровнем риска подразумевается употребление не >20 г/сут. 96% спирта для женщин и 40 г/сут. 96%

спирта для мужчин [13], хотя в разных странах этот показатель варьирует от 10 до 42 г/сут. для женщин и от 10 до 56 г/сут. для мужчин [14]. В РФ подобных критериев не разработано, тем не менее, в российском руководстве по диспансеризации мужчинам <65 лет не рекомендуется превышать 3 порции в сут. и 15 порций в нед., а здоровым женщинам и мужчинам >65 лет — 2 порции в сут. и 10 порций в нед. [8].

В целом порог минимально приемлемого или допустимого уровня употребления алкоголя постоянно уменьшается. Появляются все новые доказательства, подтверждающие неблагоприятное влияние регулярного приема даже низких доз (<=1 порции в сут.), особенно это касается увеличения частоты онкологических заболеваний [15, 16]. Несмотря на имеющиеся данные о снижении риска ишемической болезни сердца при умеренном употреблении алкоголя (1-2 порции в сут.) [17], протективное влияние низких доз алкоголя на общую смертность не подтвердилось [18]. При этом минимальный вред для здоровья наблюдается при эпизодическом (не каждую нед.) приеме низких доз алкогольных напитков [19], а наименьший риск развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) зарегистрирован у лиц, совсем не употребляющих алкоголь [20]. В целом, с учетом последних научных данных для сохранения здоровья желателен либо полный отказ от алкоголя, либо эпизодический прием не >1 стандартной дозы.

Термин “злоупотребление алкоголем” в современной литературе подразумевает регулярное или эпизодическое употребление спиртных напитков, которое может вызвать неблагоприятные медико-социальные последствия при отсутствии признаков зависимости. ВОЗ выделяет два варианта злоупотребления алкоголем — рискованное (потенциально опасное для здоровья) и вредное [10, 11].

Опасным (рискованным) считается регулярное употребление алкоголя в любых количествах

или эпизодическое употребление высоких доз даже при отсутствии признаков неблагоприятного влияния алкоголя на организм. Например, даже у здорового человека эпизодическое употребление алкоголя (в течение одного дня или вечера) в больших количествах до состояния отчетливого опьянения может сопровождаться опасными девиациями поведения (вождение автомобиля в состоянии опьянения, антисоциальные и криминальные действия, насилие по отношению к членам семьи, рискованное половое поведение и пр.), а также острыми расстройствами здоровья (бытовые и производственные травмы, отравление алкоголем и его суррогатами, острые ССЗ, суицидальные попытки и пр.). Алкогольное опьянение или потеря контроля обычно возникают при употреблении мужчинами пяти, а женщинами четырех стандартных порций алкоголя в течение ~2 ч [21]. Частый (ежедневно или несколько раз в нед.) прием алкоголя даже в небольших количествах (10 стандартных порций в нед.) и при отсутствии явных признаков опьянения повышает риск поражения печени, некоторых видов рака и психологических расстройств, со временем может сопровождаться нарастанием толерантности к алкоголю с постепенным увеличением доз и развитием алкогольной зависимости [11].

Вредное (пагубное) употребление подразумевает наличие связанных с алкоголем стойких физических или психологических расстройств без признаков зависимости. Согласно федеральным рекомендациям по наркологии, оно определяется как “пагубное (с вредными последствиями) употребление алкоголя” с шифром F10.1 по Международной классификации болезней (МКБ)-10 [2]. Соматическими проявлениями пагубного употребления алкоголя могут быть артериальная гипертензия, кардиомиопатия (аритмии, расширение камер сердца, снижение сердечного выброса), гастрит, язвенная болезнь, панкреатит, поражение печени (гепатит, стеатоз, стеатогепатит, фиброз, цирроз), диарея, синдром мальабсорбции, анемия, кровотечения различной локализации, частые простуды, подверженность пневмониям, нарушения сердечного ритма (фибрилляция и трепетание предсердий), парестезии, онемение конечностей, невралгия, импотенция и бесплодие у мужчин, аменорея, спонтанный аборт у женщин [1]. Установлена причинно-следственная связь между употреблением алкоголя и развитием рака полости рта, глотки, гортани, пищевода, желудка, печени, толстой и прямой кишки, молочной железы у женщин [15, 16]. У женщин, как правило, при употреблении сопоставимых доз риски рака и цирроза печени выше, чем у мужчин. Психические последствия включают тревожное расстройство, депрессию и бессонницу. В главе “Психические расстройства, расстройства пове-

дения или нарушения развития нервной системы” 11-й редакции МКБ перечислены 11 психологических состояний, вызываемых алкоголем, варьирующих по степени тяжести и продолжительности, от однократного эпизода алкогольной интоксикации до пожизненных инвалидизирующих состояний, таких как слабоумие. Алкогольное опьянение может вызвать дисфорию, когнитивную дисфункцию, появление суицидальных мыслей. Вскоре после употребления любой дозы алкоголя риск попытки самоубийства повышается в 7 раз, после интенсивной алкоголизации он увеличивается до 37 раз [22]. Наличие алкогольного расстройства удваивает риск депрессии [23]. Показано, что уровень потребления алкоголя, превышающий 100 г/нед., приводит к сокращению продолжительности жизни [24].

Алкогольная зависимость устанавливается при наличии ≥ 3 признаков, наблюдающихся на протяжении предшествующего года: сильная непреодолимая потребность принять спиртное; неспособность контролировать употребление алкоголя; абстинентный синдром (тремор, потливость, тревога, тошнота и рвота, возбуждение, бессонница); толерантность к алкоголю; пренебрежение другими обязанностями из-за длительных периодов алкоголизации и последующего восстановления; употребление алкоголя, несмотря на наличие проблем со здоровьем [25].

Скрининг на злоупотребление алкоголем

В рамках первичной медицинской помощи рекомендуется проводить скрининг на злоупотребление алкоголем и КПК по снижению употребления алкоголя среди взрослых, включая беременных женщин [21, 26-29]. Сведения о количестве и частоте употребления алкоголя следует регистрировать в медицинской карте. Скрининг на злоупотребление алкоголем должен быть частью любого клинического обследования, но особенно важен среди следующих категорий пациентов [29]:

- беременные женщины (всех беременных и планирующих беременность женщин необходимо информировать о вредном воздействии алкоголя на плод; уровень алкоголя, безопасный при беременности, не установлен, поэтому беременным женщинам следует советовать полностью отказаться от употребления алкоголя);

- лица, склонные выпивать в больших количествах, например, курящие и молодые взрослые;

- лица, имеющие проблемы со здоровьем, которые могут быть вызваны алкоголизацией (аритмия, диспепсия, заболевания печени, депрессия и тревога, бессонница, травма и др.);

- лица с хроническими заболеваниями, которые трудно поддаются лечению (хроническая боль, диабет, желудочно-кишечные расстройства, депрессия, ССЗ, артериальная гипертензия).

Таблица 1

Тест для диагностики злоупотребления алкоголем (AUDIT-C): сокращенная версия для интервью*

Вопросы	Баллы
1. Как часто вы употребляете алкогольные напитки?	
Никогда	0
1 раз в мес. или реже	1
2-4 раза в мес.	2
2-3 раза в нед.	3
4 раза в нед. или больше	4
2. Сколько стандартных порций алкогольных напитков (10 г этанола) Вы обычно употребляете в день, когда выпиваете?	
1-2	0
3-4	1
5-6	2
7-9	3
10 и больше	4
3. Как часто Вы выпиваете 6 (60 г этанола) или более стандартных порций за один раз?	
Никогда	0
Реже 1 раза в мес.	1
Ежемесячно	2
Еженедельно	3
Ежедневно или почти ежедневно	4
Общая сумма баллов по AUDIT-C:	

Интерпретация:

0-4 балла — риск возникновения алкоголь-ассоциированных проблем относительно низкий;

5-7 баллов — опасное или вредное употребление алкоголя;

8-9 баллов — возможна алкогольная зависимость.

Примечание: *World Health Organization, 2001 [10, 30].

Признанным скрининговым инструментом для оценки уровня употребления алкоголя является тест AUDIT, разработанный ВОЗ специально для использования в первичном звене здравоохранения [30]. Инструмент AUDIT содержит 10 вопросов и позволяет выявлять различный уровень злоупотребления алкоголем: рискованное/опасное (вопросы 1-3), вредное/пагубное (вопросы 7-10) и зависимость (вопросы 4-6). Методика использования опросника AUDIT подробно изложена в статье Дегтяревой Л. Н. и др. [9], а также обсуждается в методических рекомендациях по диспансеризации [8]. В среднем, тестирование занимает 2-4 мин. В условиях лимита времени можно использовать только первые три вопроса теста — сокращенный вопросник AUDIT-C (C — consumption/потребление) (таблица 1).

Тестирование по AUDIT можно проводить в формате интервью или самостоятельного заполнения вопросника пациентом. Преимущества устного опроса — возможность разрешить противоречия в ответах пациента, получить обратную связь, т.е. выяснить отношение к проблеме, инициировать беседу и дать короткий совет. Самостоятельное заполнение вопросника требует меньше време-

ни и способствует более правдивым ответам. Тест может быть выдан пациенту заранее, пока он ждет осмотра врача. Перед тестированием пациенту необходимо разъяснить, что означает понятие “стандартная доза”.

Общая оценка по вопроснику AUDIT-C, уровень употребления, наличие признаков вредного воздействия алкоголя или зависимости влияют на выбор тактики ведения пациента (рисунок 1) [10, 30]. В целом, оценка <5 баллов предполагает относительно низкий риск проблем, связанных с алкоголем, и не требует активного вмешательства. Может быть уместным совет избегать регулярного употребления алкоголя. Оценка 5-7 баллов свидетельствует о рискованном (опасном) или вредном уровне употребления алкоголя. При опасном употреблении алкоголя в большинстве случаев достаточно простого совета по снижению доз алкоголя. При вредном употреблении алкоголя и наличии алкоголь-ассоциированных проблем рекомендуется короткое поведенческое консультирование и мониторинг. При 8-9 баллах необходима дополнительная диагностика для выявления алкогольной зависимости.

В 2019г под эгидой ВОЗ проводилось крупное российское исследование RUS-AUDIT по адаптации и валидации теста AUDIT в РФ [31]. Результатом явилась новая версия сокращенного теста — RUS-AUDIT-S — и его интерпретация (таблица 2). Для этой анкеты была отобрана новая комбинация наиболее специфичных вопросов (3, 9 и 10 вопросы из полной версии теста) и определены различные пороговые значения злоупотребления для мужчин и женщин [32].

КПК по снижению употребления алкоголя

КПК направлено на снижение риска неблагоприятных последствий злоупотребления алкоголем у лиц, активно не обращающихся за помощью по поводу алкогольных проблем. Цель КПК состоит в том, чтобы побудить пациента сократить употребление алкоголя до уровня низкого риска, не обязательно настаивая на полном отказе, т.е. уменьшить объем потребляемого алкоголя и изменить пагубные привычки выпивать, такие как регулярная алкоголизация или эпизодический прием ударных доз [25]. В целом до 20% амбулаторных пациентов нуждаются в консультировании по сокращению употребления алкоголя [30].

КПК встречается в литературе под различными названиями и сокращениями. Наиболее известными терминами являются SBI (Screening and Brief Intervention) — скрининг и краткое профилактическое консультирование. В США чаще используется аббревиатура SBIRT (Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment) — скрининг, краткое профилактическое консультирование и направление

Тест для диагностики злоупотребления алкоголем **RUS-AUDIT-S***

1. Как часто Вы употребляете, как минимум, 1,5 л пива или, как минимум, 180 мл крепкого алкоголя или, как минимум, бутылку вина или шампанского (750 мл) в течение 24 ч?				
Никогда (0)	Реже одного раза в мес. (1)	Ежемесячно (2)	Еженедельно (3)	Ежедневно или почти ежедневно (4)
2. Являлось ли Ваше употребление алкогольных напитков причиной травмы у Вас или у других людей?				
Никогда (0)	Да, >12 мес. назад (2)		Да, в течение последних 12 мес. (4)	
3. Случалось ли, что Ваш близкий человек или родственник, друг или врач беспокоился насчет употребления Вами алкоголя или советовал выпивать меньше?				
Никогда (0)	Да, >12 мес. назад (2)		Да, в течение последних 12 мес. (4)	
Укажите количество баллов _____				
Максимальное количество баллов 12				
Интерпретация:	Женщины		Мужчины	
Низкий риск	0-1		0-3	
Опасное употребление	2-4		4-6	
Пагубное употребление	5		7	
Возможна алкогольная зависимость	6+		8+	

Примечание: *Бунова А. С. Адаптация и валидация теста AUDIT на выявление расстройств, связанных с употреблением алкоголя в Российской Федерации. Материалы международной научно-практической конференции “Неинфекционные заболевания и здоровье населения России” 16-18 сентября 2020г. Национальное общество усовершенствования врачей им. С. П. Боткина; 2020 www.internist.ru.

на лечение. В Великобритании наиболее распространен термин IBA (Identification and Brief Advice) — выявление и краткий совет.

Эффективность КПК в сокращении употребления алкоголя изучалась преимущественно в условиях первичной медико-санитарной помощи [4-6]. Во многих исследованиях использовался подход SBIRT. Наиболее часто упоминаемыми стратегиями вмешательств были индивидуализированная обратная связь и мотивационные техники консультирования. Получены доказательства среднего качества умеренного, но достоверного влияния КПК на снижение употребления алкоголя. Через 6-12 мес. после вмешательства выявлено сокращение употребления алкоголя на 1,6-2 стандартных порций в нед., уменьшение числа лиц, превышающих рекомендуемый лимит доз алкоголя, на 40%, выпивающих ударные дозы — на 33% и увеличение доли беременных женщин, отказавшихся от алкоголя, — на 26%.

КПК проводится однократно или в течение нескольких визитов пациента, по времени варьирует от <5 до 15 мин, и может быть органично встроено в обычную клиническую консультацию без значимого увеличения ее продолжительности [25]. Элементами консультирования являются обратная связь по результатам скрининга, информирование о выявленном неблагоприятном влиянии алкоголя на здоровье, а также о допустимых нормах потребления алкоголя [30]. Более продолжительное КПК может быть дополнено обсуждением стратегий сокращения употребления алкоголя, постановкой приемлемой для пациента цели с последующим контролем приверженности плану на повторных визитах [27, 29].

В основе КПК лежат две ключевые концепции: определение стадии готовности пациента к изменениям и использование техники мотивационного собеседования [10].

Мотивационное собеседование (МС) — это техника консультирования, которая в неконфронтационной манере помогает пациенту скорректировать свои нездоровые поведенческие установки. Оригинальное название методики — Motivational Interviewing, хорошо отражает используемый стиль консультирования, который действительно больше напоминает интервью, а не привычный патерналистский монолог врача. Использование МС наиболее обосновано у колеблющихся пациентов, которые испытывают противоречивые чувства в отношении своего поведения или недостаточно мотивированы. В МС ключевую роль играют пять приемов коммуникации: открытые вопросы, аффирмация, рефлексия, резюмирование и сообщение информации, в которой нуждается пациент. Открытые вопросы приглашают пациента высказаться о его отношении к проблеме, проговорить собственные мотивы к изменению, возможные препятствия и способы их преодоления. Аффирмация (подтверждение) — это установка “акцентировать положительное”, подразумевает подбадривающие комментарии врача по поводу сильных сторон, правильных шагов, усилий и намерений пациента. Рефлексивное слушание — ответная реакция на высказывание человека, может представлять обычное повторение или перефразирование его слов, подчеркивание, резюмирование сказанного или предположение о мыслях и чувствах пациента. Перед тем как давать советы, следует понять точку зрения пациента и его потребности в той или иной

информации. В рамках МС врачу рекомендуется придерживаться следующей стратегии: предоставить информацию об имеющихся у пациента рисках, подчеркивать его ответственность за личные изменения, советовать измениться, предложить пациенту выбрать свой план изменения, выражать эмпатию, поддерживать самоэффективность пациента. В целом, МС — это не столько лечебный протокол, который требует заданного количества времени, сколько определенная манера ведения диалога с пациентом. Даже очень короткое консультирование может быть проведено в манере МС, что будет более эффективным, чем директивные указания или осуждение [32].

ВОЗ рекомендует проводить краткое консультирование по снижению употребления алкоголя с использованием техники МС в виде пятиступенчатого подхода [11]:

1. выяснить уровень употребления алкоголя с использованием при необходимости короткого скринингового теста;

2. рекомендовать сократить употребление алкоголя до приемлемых доз или полный отказ;

3. оценить готовность пациента сократить употребление алкоголя и согласовать индивидуальные цели;

4. помочь пациенту в выработке мотиваций;

5. обеспечить последующее наблюдение и поддержку; пациентов с алкогольной зависимостью направить к наркологу для проведения специального лечения.

Оценка уровня употребления алкоголя проводится при сборе анамнеза основного заболевания, по поводу которого обратился пациент. При этом следует придерживаться доброжелательного, безоценочного стиля общения. При необходимости используется краткий скрининговый инструмент AUDIT-C. Следует обратить внимание на косвенные признаки, указывающие на хроническую алкоголизацию, такие как плетора (полнокровное красное лицо), инъекция склер, “ацетоновый” запах, тремор кистей, гепатомегалия, учащенный пульс. О злоупотреблении алкоголем могут свидетельствовать повышение уровней гамма-глутамилтрансферазы и аспартатаминотрансферазы, а также макроцитоз — увеличение среднего объема эритроцитов [30].

При выявлении у пациента низкого риска алкоголь-ассоциированных проблем следует выразить одобрение и продолжить консультацию в обычном порядке.

Совет по сокращению употребления алкоголя. Злоупотребляющему пациенту объясняют, почему употребление алкоголя в его случае считается опасным или вредным. Также следует перечислить выявленные негативные последствия для здоровья, которые могут быть обусловлены чрезмерным употреблением алкоголя. Затем следует недвусмысленно рекомендовать сократить употребление алко-

голя насколько возможно, акцентируя внимание пациента на позитивных целях и улучшении здоровья. Полное воздержание от спиртных напитков следует рекомендовать беременным женщинам, пациентам с любыми хроническими заболеваниями, в случае приема препаратов, взаимодействующих с алкоголем, а также при наличии алкогольной, лекарственной зависимости в прошлом или психических расстройств [10]. В целом, большинству пациентов следует рекомендовать ограничить употребление алкоголя до эпизодического приема и не >1 стандартной дозы в день.

Оценка готовности пациента к изменению. Одним из самых важных элементов консультирования является правильное определение мотивации пациента к сокращению употребления алкоголя. Мотивация может варьировать от полного игнорирования проблемы до сильного желания прекратить злоупотребление. Для объективной оценки мотивации можно попросить пациента определить, насколько для него важно сократить употребление алкоголя по шкале от 1 до 10 (1 — совершенно не важно, 10 — очень важно). По результатам оценки пациенты могут быть условно разделены на три группы — игнорирующие (1-3 балла), колеблющиеся (4-6 баллов), мотивированные (>6 баллов) [32].

Помощь в выработке мотиваций. Дальнейшее консультирование следует проводить с учетом мотивационного уровня пациента [6]. Игнорирующим следует просто прокомментировать результаты оценки уровня употребления алкоголя или ассоциированных медицинских проблем и воздержаться от советов, которые они пока не готовы выслушивать. При дальнейших контактах следует возвращаться к теме ограничения алкоголя в доброжелательной манере, ожидая изменения мотивации пациентов.

С пациентами, которые не готовы изменить привычку выпивать в ближайшее время, но в перспективе не исключают для себя такую возможность (колеблющиеся), проводится краткое МС. Упрощенный вариант МС включает пять основных компонентов [33]:

— *Значимость.* Поощрить пациента высказаться, почему сокращение алкоголя может быть важно лично для него, например, “Ради чего Вы могли бы сделать попытку сократить (прекратить) употребление алкоголя?”.

— *Риски.* Попросить пациента озвучить проблемы, которые он связывает с алкоголизацией. Например, “Есть ли у Вас проблемы со здоровьем, которые вызваны алкоголем?”, “Знаете ли Вы что-нибудь о рисках для своего здоровья, которые могут быть связаны с вашей привычкой выпивать?”.

— *Вознаграждение.* Попросить пациента перечислить позитивные последствия сокращения (исключения) алкоголя. Например, “Что хорошего

произойдет в Вашей жизни, если Вы перестанете употреблять алкоголь?”, “Знаете ли Вы, как отказ от алкоголя может улучшить Ваше здоровье?”, или “Обрадуются ли Ваши близкие, если Вы откажетесь от алкоголя?”.

— *Препятствия.* Спросить у пациента о проблемах, которые препятствуют успешному отказу и обсудить способы их преодоления. Это может быть влияние окружения или высокий уровень стресса.

— *Повторение.* При последующих посещениях необходимо возвращаться к теме сокращения (исключения) алкоголя и оценивать изменения в мотивации.

Пункты “Риски” и “Вознаграждение” особенно важны для пациентов, которые сомневаются в необходимости менять привычку выпивать. У пациентов, настроенных на изменение, но не уверенных в своей способности справиться, особое внимание следует уделить пункту “Препятствия”.

При беседе с мотивированными пациентами врач поддерживает их намерение сократить употребление алкоголя, обсуждает ожидаемые преимущества отказа и договаривается о конкретных сроках [11].

Наблюдение и поддержка. При последующих консультациях необходимо поинтересоваться, удастся ли пациенту следовать плану по сокращению употребления алкоголя, поощрить в случае достижения поставленной цели, подчеркивать важность предотвращения негативного влияния алкоголя на организм. При срыве совместно проанализировать причину неудачи, обсудить провоцирующие факторы и возможные способы их нейтрализации, запланировать повторную попытку. Поскольку изменить привычку нелегко, врачу следует вселять в пациента надежду, напоминая, что случайные неудачи должны быть проанализированы как возможности найти лучшие способы для достижения стойкого результата.

Если пациенту на протяжении нескольких месяцев после консультирования не удастся справиться с проблемой злоупотребления алкоголем, следует обсудить вопрос о направлении его к специалисту-наркологу для специального лечения [11]. Важно убедить пациента в необходимости лечения у нарколога. Если пациент выражает такую готовность, его необходимо обеспечить информацией и поддержкой. Если он пока не настроен лечиться, следует дать время для обдумывания и вернуться к обсуждению вопроса на следующем визите. Тем, кто ранее не обращался по поводу лечения алкогольных проблем, следует сообщить, к какому доктору они направляются и в чем заключается лечение. После предоставления этой информации пациенты, вероятно, будут более склонны начать лечение. Желательно приободрить пациента и выразить уверенность в его силах преодолеть пристрастие к алкоголю. Следует сообщить, что лечение алкогольной зависимости обычно эффективно, но

требует также усилий и определенной самодисциплины со стороны пациента. Для обеспечения ответственности желательно наладить контакт с психиатром (наркологом), к которому планируется отсылать пациентов и получить информацию о методах его лечения. Совместное с наркологом ведение пациентов помогает контролировать эффективность и безопасность терапии, а также предотвращать рецидивы. Если консультация нарколога недоступна, врачу первичного звена следует продолжать консультирование и регулярный контроль состояния здоровья пациента [11].

Существует ряд приемов, которые могут повышать эффективность консультирования [11].

Доброжелательность и непредвзятость. Врач должен понимать, что пациенты зачастую просто не осознают риск, связанный с употреблением алкоголя, особенно те, кто злоупотребляют эпизодически, не следует критиковать их за это неведение. Для успешного консультирования очень важен доверительный коммуникативный контакт, который возникает при доброжелательной, ненавязчивой и поддерживающей манере общения, в то время как осуждение или менторский тон приводят, как правило, к противоположному эффекту — игнорированию и совета, и врача.

Авторитетность. Обычно медицинские работники пользуются авторитетом у пациентов за их знания, профессиональную подготовку и опыт. Следует использовать преимущества такого отношения и предоставлять ясную, объективную и индивидуализированную информацию, чтобы пациент смог осознать факт злоупотребления алкоголем и важность избавления от этой пагубной привычки. Пациенты доверяют врачу, который выражает озабоченность их здоровьем, и ждут от него квалифицированных рекомендаций.

Преломление отказа. Не все пациенты готовы изменить свою привычку выпивать, некоторые из них могут отрицать, что они пьют слишком много, и противостоять любым предложениям сократить употребление алкоголя. Как помочь тем, кто еще не готов к изменениям? Следует поддерживать авторитетный профессиональный стиль общения, но избегать навязчивости и директивных советов, чтобы не вызвать сопротивления со стороны пациента в ответ на давление и строгие указания. Избегать угрожающих или уничижительных слов, таких как “алкоголик”, и не принуждать пациента к лечению. В этом случае лучше проявить озабоченность и предоставить необходимую информацию. Если тестирование выявило “рискованное” или “вредное” употребление алкоголя, следует поинтересоваться у игнорирующего пациента, как он объясняет расхождение между результатами анкеты и его собственным мнением. Затем будет уместно указать пациенту, что ситуация не столь безупречна, как он думает.

Содействие. Поскольку целью консультирования является содействие изменению поведения, очень важно, чтобы пациент сам активно участвовал в этом процессе. Недостаточно только сказать пациенту, что делать. Более эффективным подходом является вовлечение пациента в процесс совместного принятия решений. Этого можно достичь, обсуждая с пациентом причины употребления спиртных напитков и личные выгоды при воздержании от алкоголя. Решающее значение имеет тот момент, когда пациент сделает выбор в пользу допустимого употребления алкоголя или полного воздержания и сообщит врачу о своем решении.

Заключение

Проблема злоупотребления алкоголем в РФ остается одним из вызовов современному здравоохранению.

Литература/References

1. Global status report on alcohol and health 2018. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. https://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/ (24 February 2021)
2. Kirzhanova VV, Grigorova NI, Bobkov EN, et al. Activity of the narcological service in the Russian Federation in 2018-2019: Analytical review. М.: FGBU "NMITs PN im. V.P. Serbskogo" Minzdrava Rossii, 2020. 194 p. (In Russ.) Киржанова В.В., Григорова Н.И., Бобков Е.Н. и др. Деятельность наркологической службы в Российской Федерации в 2018-2019 годах: Аналитический обзор. М.: ФГБУ "НМИЦ ПН им. В.П. Сербского" Минздрава России, 2020. 194 с. <http://nncn.serbsky.ru/wp-content/uploads/2020/10/Наркологическая-служба-ПФ.-АО-2018-2019.pdf> (25 March 2021)
3. Rosário F, Santos MI, Angus K, et al. Factors influencing the implementation of screening and brief interventions for alcohol use in primary care practices: a systematic review using the COM-B system and Theoretical Domains Framework. *Implementation Sci.* 2021;16(1):6. doi:10.1186/s13012-020-01073-0.
4. O'Donnell A, Anderson P, Newbury-Birch D, et al. The impact of brief alcohol interventions in primary healthcare: a systematic review of reviews. *Alcohol.* 2014;49:66-78. doi:10.1093/alcalc/agt170.
5. Kaner EFS, Beyer FR, Muirhead C, et al. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* *Cochrane Database Syst Rev.* 2018;2(2):CD004148. doi:10.1002/14651858.CD004148.pub4.
6. O'Connor EA, Perdue LA, Senger CA, et al. Screening and Behavioral Counseling Interventions to Reduce Unhealthy Alcohol Use in Adolescents and Adults: Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA.* 2018;320(18):1910-28. doi:10.1001/jama.2018.12086.
7. Rehm J, Gmel G, Probst C, Shield KD. Lifetime-risk of alcohol-attributable mortality based on different levels of alcohol consumption in seven European countries. Implications for low-risk drinking guidelines. Toronto: Centre for Addiction and Mental Health; 2015. https://www.camh.ca/en/research/news_and_publications/reports_and_books/Documents/Lifetime%20Risk%20of%20Alcohol-Attributable%20Mortality.pdf. (28 February 2021)
8. Drapkina OM, Drozdova LYu, Kalinina AM, et al. Organization of medical examination of certain groups of the adult population. Metodicheskie rekomendatsii po prakticheskoy realizatsii prikaza Minzdrava Rossii ot 13 marta 2019 g. N 124n "About the approval of the order of carrying out preventive medical examination and medical examination of certain groups of the adult population". М, 2019. 165 p. (In Russ.) Драпкина О.М., Дроздова Л.Ю., Калинина А.М. и др. Организация проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения. Методические рекомендации по практической реализации приказа Минздрава России от 13 марта 2019 г. N 124н "Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения". М, 2019. 165 с. <https://www.gnicpm.ru/> и <http://org.gnicpm.ru/> (10 February 2021)
9. Degtyareva LN, Kuznetsova OYu, Plavinski SL, Barinova AN. Behavior modification technique for harmful and hazardous alcohol use. *Rossijskij semejnyj vrach.* 2012;1:55-64. (In Russ.) Дегтярева Л.Н., Кузнецова О.Ю., Плавинский С.Л., Барина А.Н. Использование методики модификации поведения пациента при опасном и вредном употреблении алкоголя. *Российский семейный врач.* 2012;1:55-64.
10. WHO alcohol brief intervention training manual for primary care (2017). (In Russ.) Краткое профилактическое консультирование в отношении употребления алкоголя: учебное пособие ВОЗ для первичного звена медико-санитарной помощи (2017г). <https://www.euro.who.int/ru/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/publications/2017/who-alcohol-brief-intervention-training-manual-for-primary-care-2017> (10 February 2021)
11. Babor TF, Higgins-Biddle JC. World Health Organization. Brief intervention for hazardous and harmful drinking: a manual for use in primary care. World Health Organization. 2001. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67210>. (29 January 2021)
12. Bryun EA, Agibalova TV, Buzik OZh, et al. Mental and behavioral disorders caused by the use of psychoactive substances. Harmful (with harmful consequences) use. Clinical recommendations. Approved by the Ministry of Health of the Russian Federation. 2020. 84 p. (In Russ.) Брюн Е.А., Агибалова Т.В., Бузик О.Ж. и др. Психические и поведенческие расстройства, вызванные

- употреблением психоактивных веществ. Пагубное (с вредными последствиями) употребление. Клинические рекомендации. Утверждены Министерством здравоохранения Российской Федерации. 2020. 84 с. http://cr.rosminzdrav.ru/schema/592_1 (10 March 2021)
13. Guideline on the development of medicinal products for the treatment of alcohol dependence. London: European Medicines Agency; 2010. https://www.ema.europa.eu/en/documents/scientific-guideline/guideline-development-medicinal-products-treatment-alcohol-dependence_en.pdf (10 July 2021).
 14. Kalinowski A, Humphreys K. Governmental standard drink definitions and low-risk alcohol consumption guidelines in 37 countries. *Addiction*. 2016;111(7):1293-8. doi:10.1111/add.13341.
 15. Bagnardi V, Rota M, Botteri E, et al. Alcohol consumption and site-specific cancer risk: a comprehensive dose-response meta-analysis. *Br J Cancer*. 2015;112(3):580-93. doi:10.1038/bjc.2014.579.
 16. Klein WMP, Jacobsen PB, Helzlsouer KJ. Alcohol and Cancer Risk: Clinical and Research Implications. *JAMA*. 2020;323(1):23-4. doi:10.1001/jama.2019.19133.
 17. Ronksley PE, Brien SE, Turner BJ, et al. Association of alcohol consumption with selected cardiovascular disease outcomes: a systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2011;342:d671. doi:10.1136/bmj.d671.
 18. Knott CS, Coombs N, Stamatakis E, Biddulph JP. All cause mortality and the case for age specific alcohol consumption guidelines: pooled analyses of up to 10 population based cohorts. *BMJ*. 2015;350:h384. doi:10.1136/bmj.h384.
 19. 2016 Alcohol Collaborators. Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*. 2018;392(10152):1015-35. doi:10.1016/S0140-6736(18)31310-2.
 20. Holmes MV, Dale CE, Zuccolo L, et al. Association between alcohol and cardiovascular disease: Mendelian randomisation analysis based on individual participant data. *BMJ*. 2014;349:g4164. doi:10.1136/bmj.g4164.
 21. Curry SJ, Krist AH, Owens DK, et al. Screening and Behavioral Counseling Interventions to Reduce Unhealthy Alcohol Use in Adolescents and Adults: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*. 2018;320(18):1899-909. doi:10.1001/jama.2018.16789.
 22. Borges G, Bagge CL, Cherpitel CJ, et al. A meta-analysis of acute use of alcohol and the risk of suicide attempt. *Psychol Med*. 2017;47(5):949-57. doi:10.1017/S0033291716002841.
 23. Boden JM, Fergusson DM. Alcohol and depression. *Addiction*. 2011;106(5):906-14. doi:10.1111/j.1360-0443.2010.03351.x.
 24. Wood AM, Kaptoge S, Butterworth AS, et al. Risk thresholds for alcohol consumption: combined analysis of individual-participant data for 599 912 current drinkers in 83 prospective studies. *Lancet*. 2018;391(10129):1513-23. doi:10.1016/S0140-6736(18)30134-X.
 25. International classification of diseases and related health problems, 10th revision [вебсайт]. Geneva: World Health Organization; 2010. <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en> (24 February 2021)
 26. Moyer A, Finney JW. Brief interventions for alcohol misuse. *CMAJ*. 2015;187(7):502-6. doi:10.1503/cmaj.140254.
 27. Friedmann PD. Clinical practice. Alcohol use in adults. *N Engl J Med*. 2013;368(4):365-73. doi:10.1056/NEJMc1204714.
 28. Parker AJ, Marshall EJ, Ball DM. Diagnosis and management of alcohol use disorders. *BMJ*. 2008;336(7642):496-501. doi:10.1136/bmj.39483.457708.80.
 29. Willenbring ML, Massey SH, Gardner MB. Helping patients who drink too much: an evidence-based guide for primary care clinicians. *Am Fam Physician*. 2009;80(1):44-50.
 30. World Health Organization. AUDIT: the Alcohol Use Disorders Identification Test: guidelines for use in primary health care. Thomas F. Babor ... [et al.], 2nd ed. World Health Organization. 2001. [Electronic resource]. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67205>. (29 January 2021)
 31. Rehm J, Neufeld M, Yurasova E, et al. Adaptation of and Protocol for the Validation of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in the Russian Federation for Use in Primary Healthcare. *Alcohol and Alcoholism*. 2020;55(6):624-30. doi:10.1093/alcalc/agua067.
 32. Miller WR, Rollnick S. *Motivational Interviewing: Preparing People for Change*. М.: Эксмо. 2017. 544 p. (In Russ.). Миллер У.Р., Роллник С. Мотивационное консультирование: как помочь людям измениться. М., Эксмо, 2017. 544 с. ISBN: 978-5-699-90009-1.
 33. Toolkit for delivering the 5A's and 5R's brief tobacco interventions in primary care. Geneva: World Health Organization. 2014. 16 p. ISBN 978 92 4 150695 3. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112835/9789241506953_eng.pdf;jsessionid=E945855FED79A88EBE5ED24F73A551CA?sequence=1. (29.09.2020)