

УДК 612.393.1(613.816)

СТРАТЕГИЯ СНИЖЕНИЯ ПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ КАК НОВАЯ ВОЗМОЖНОСТЬ В ТЕРАПИИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Т.В. Агibalова¹, Д.И. Шустов², О.Д. Тучина³, А.А. Мухин⁴, Г.Л. Гуревич³

¹ФГБУ «ФМИЦПН» Минздрава России,

²ГБОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет им. Акад. И.П. Павлова»,

³ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов»,

⁴фармацевтическая компания Лундбек

По данным ВОЗ, злоупотребление алкоголем приводит к возникновению 200 видов заболеваний, описанных в МКБ-10, и занимает пятое место среди основных причин преждевременной смерти (5,9% всех случаев смерти) и инвалидности в мире, приводя к 3 млн. смертей ежегодно [71]. Употребление алкоголя влечет за собой такие серьезные проблемы со здоровьем, как цирроз печени, различные виды рака и травмы [58], и сокращает продолжительность жизни в среднем на 30 лет [65]. В России 52% смертей граждан в возрасте от 15 до 54 лет вызваны употреблением алкоголя [66]. Среди наиболее распространенных причин алкогольной смертности – несчастные случаи, дорожно-транспортные происшествия (ДТП) и насильственные смерти, алкогольное отравление и острая ишемическая болезнь сердца; наблюдается повышенный риск развития рака верхних отделов желудочно-кишечного тракта и рака печени. Среди urgentных пациентов многопрофильного соматического стационара четвертая часть поступающих имеет диагнозы «пагубное упо-

требление» или «синдром зависимости» от алкоголя, при этом алкоголь является существенным фактором риска срочной госпитализации, более тяжелого состояния больных и неблагоприятного исхода заболевания [1].

Риск возникновения и тяжесть алкоголь-ассоциированных соматических и психических расстройств связаны как с объемом употребляемого алкоголя, так и с абсолютной или относительной частотой злоупотребления [13, 58]. Средняя дневная доза на уровне 35–45 г. «чистого алкоголя» ЧА (98°) или 245–315 г. в неделю увеличивает риск смерти, а риск различных хронических медицинских заболеваний присутствует уже при употреблении 25 г. ЧА в день или 175 г. в неделю [13]. Эти объемы соответствуют объемам употребления алкоголя со средним и высоким уровнями риска, установленными ВОЗ [26] (таблица).

Предполагается, что при употреблении спиртных напитков, а также их продаже и маркетинге, потребители, производители и поставщики должны

Уровни риска употребления алкоголя согласно ВОЗ

Уровень риска	Количество потребляемого алкоголя		Вредные последствия
	мужчины	женщины	
Низкий	3 порции* в день, не более 21 порции в неделю (распределение по всей неделе, минимум 2 трезвых дня)	2 порции в день и 14 порций в неделю (распределение по всей неделе, минимум 2 трезвых дня)	Минимальные**
Средний	3–7 порций в день и 22–49 порций в неделю для мужчин	2–5 порций в день и 15–35 порций в неделю	Повышенный риск возникновения соматических проблем (гипертензия, проблемы с печенью)
Высокий	7 и более порций в день или более 50 порций в неделю	Более 5 порций в день или более 35 порций в неделю	Проблемы в физическом и психическом благополучии, а также социальные проблемы.

Примечания: * – одна порция алкоголя – 8 г. (10 мл) этилового спирта (около 200 мл пива (5% спирта), 85 мл вина (12% спирта), или 25 мл (40% спирта) крепких напитков); ** – алкоголь категорически запрещен детям, беременным женщинам, людям с соответствующими психическими и соматическими заболеваниями.

руководствоваться стандартной дозой, однако, как показано исследованиями, это понятие совершенно по-разному трактуется в различных странах, и фактический объем «стандартной порции», покупаемый, например, в барах, часто превышает реальный стандартный объем [16].

Снижение дозы алкоголя (особенно с уровня высокого риска) приводит к уменьшению показателей смертности: разница в снижении на 18,3 г этанола в день между экспериментальной и контрольной группой приводила к 43% снижению смертности [52]. В СССР антиалкогольная кампания Горбачева в 1984–1987 гг. способствовала резкому снижению смертности от всех причин (практически на 30% для женщин и 40% для мужчин), а ее отмена повлекла за собой двукратный рост смертности среди граждан [5, 34]. С помощью специально разработанной модели было показано, что снижение числа «дней тяжелого пьянства» (heavy drinking days) на двадцать в год приводит к значительному уменьшению количества негативных последствий для здоровья, включая ИБС, ишемический инсульт, травмы в результате ДТП, цирроз печени и др. (на 941 случай заболевания на 100 000 пациентов) [19]. К дням тяжелого пьянства относят дни, когда выпивается 60 и более грамм чистого алкоголя мужчинами и 40 и более грамм ЧА женщинами.

Интересно, что те, кто выпивает менее одной порции алкоголя в день (5–7 г этанола), живут дольше злоупотребляющих и абсолютных абстинентов [17]. Люди, полностью отказавшиеся от употребления алкоголя, представляют собой очень любопытную и разнородную по своему составу категорию, для которой характерна связь с большим количеством психопатологических состояний, включая меньший уровень удовольствия, множество жалоб на соматическое здоровье, меньшую социальную и профессиональную успешность [2]. Среди «умеренно пьющих» жителей США, малопьющие (менее одной стандартной порции алкоголя в день и менее 14 дней в месяц) и абстиненты употребляли больше алкоголя в дни выпивки, значительно чаще превышали рекомендуемые нормы, и имели больше «срывов» с употреблением более 5 порций алкоголя одновременно (binge drinking) [12]. Вторичные абстиненты, то есть, отказавшиеся от алкоголя в результате наркологического лечения, в последующем более склонны употреблять алкоголь в опасных и вредных объемах в дни выпивки [8].

В исследовании Майсто и соавторов [39] полный отказ от алкоголя был наиболее благоприятным исходом в плане клинических результатов через год после лечения, однако через 3 года различия в результатах лечения между группами абстинентов и умеренно употребляющих стерлись.

В целом, лечение от расстройств, связанных со злоупотреблением алкоголя, получает очень малое число нуждающихся, а добивается абсолютной трез-

вости меньшинство из них. Например, канадские эпидемиологические исследования 1990-ых годов показали, что до 78% человек, когда-либо имевших расстройства, связанные с употреблением алкоголя, никогда не прибегали к медико-социальной помощи и излечивались самостоятельно, причем от 38 до 68% пациентов возвращались к умеренному употреблению [63]. В Национальном эпидемиологическом исследовании алкоголя и связанных заболеваний США (National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions – NESARC) 75 % пациентов с алкогольной зависимостью (АЗ) находились в частичной¹ или полной ремиссии, причем лишь треть из них когда-либо получала лечение [15]. Еще в одном отчете отмечается, что ремиссии от всех наркологических заболеваний добиваются 43,5% пациентов, и лишь 17,9% используют для этого стратегию полного воздержания [69]. Вероятность частичной ремиссии увеличивается со снижением тяжести и длительности наркологических проблем.

Тем не менее, данные в отношении возможности контролируемого употребления для пациентов с зависимостями следует интерпретировать с большой осторожностью. Хотя в краткосрочном периоде (1–2 года после исчезновения симптомов АЗ) сообщается о высоких процентах (около 50%) частичной ремиссии, когда пациенты выпивают без признаков АЗ или симптомов интоксикации [12], через 3 года в тех же популяциях рецидивы АЗ возникают у 51% «асимптоматических»² потребителей алкоголя, у 27,7% малопьющих и лишь у 7,3 % абстинентов [14]. В другом длительном исследовании ремиссий при терапии АЗ рецидив чаще всего происходил на 5-ом году ремиссии, и реже всего на 11-ом, причем употреблявшие алкоголь на умеренном уровне «срывались» в два раза чаще, чем абстиненты [42].

Тем не менее, как было показано выше, даже небольшое снижение употребления алкоголя благоприятно сказывается на здоровье, и зависимые от алкоголя, в принципе, могут возвращаться к умеренным дозам, поэтому снижение употребления может рассматриваться как важная терапевтическая цель, которая могла бы способствовать улучшению качества и длительности жизни пациентов с расстройствами употребления алкоголя.

Хотя в начале и середине 20-го века, наркологическое лечение было ориентировано на полное воздержание от алкоголя, с конца двадцатого века происходит постепенное изменение подходов к терапии АЗ. Часть авторов уже не считает, что употребление даже малых доз непременно должно приводить к срыву/запою [57, 64]. В 1960-1980-ых годах в ряде работ было продемонстрировано, что некото-

¹ Под полной ремиссией понимается состояние, когда человек больше не имеет признаков АЗ согласно диагностическим критериям, под частичной ремиссией понимается состояние, когда пациент имеет симптомы заболевания, но на меньшем уровне тяжести [69].

² Самоэффективность – вера человека в то, что он/она способен (-на) измениться.

рые пациенты (от 7 до 22%) возвращаются к умеренному употреблению алкоголя без симптомов зависимости в долгосрочном периоде [11, 51]. Были разработаны способы обучения пациентов стратегиям приема алкоголя, которые позволяли пациентам не только снижать употребление до умеренного уровня, но и больше способствовали социальной адаптации и благополучию, чем традиционное лечение, ориентированное на трезвость [9]. Возник ряд психотерапевтических методов лечения АЗ, которые ставили своей целью достижение пациентом «снижения вреда», «контролируемого употребления», «употребления с низким риском», «умеренного» и «асимптоматического» употребления, то есть смены опасного паттерна избыточного потребления алкоголя на устойчивый паттерн относительно умеренного употребления без значимых негативных последствий [57]. Сегодня эти подходы, как правило, называют общим именем – контролируемое употребление (КУ) или снижение потребления, что не всегда равнозначно – и все больше рассматривают в качестве альтернативы или дополнения ориентированному на полную трезвость лечению. В разных странах отношение к использованию КУ как дополнительному методу терапии АЗ разное.

Так, в недавнем исследовании среди 432 американских специалистов в области наркологии [54], врачи называли снижение употребления приемлемой промежуточной (44%) и конечной (30%) целью для клиентов с пагубным употреблением. Для пациентов с АЗ лишь 9–13% респондентов рассматривали КУ в качестве приемлемой конечной цели, и 20–30% – в качестве промежуточной цели. Для сравнения, в предыдущем исследовании 1994 года, 70% специалистов в США вообще не рассматривали возможность использования КУ для своих пациентов [53]. Во Франции КУ в качестве цели лечения принимают 48,6% специалистов в области АЗ, а еще больший процент – 61,9% – когда-либо ориентировали пациентов на КУ в своей практике [36]. Согласно систематическому обзору исследований фармакологических препаратов для лечения алкогольной зависимости, ранее опубликованные исследования фокусировались, в основном, на воздержании от алкоголя, а новые, идущие исследования, ориентируются на снижение употребления алкоголя, что, по мнению авторов, свидетельствует об изменении подхода к лечению АЗ [4].

Это очень позитивный сдвиг в том плане, что позволяет увеличить охват наркологической помощи, распространив ее на пациентов, не обращающихся к врачу из-за страха, что единственной целью любого лечения является полное воздержание, которое их не «устраивает» [21]. С учетом вышеприведенных данных о «спонтанных» выздоровлениях, объемах частичной ремиссии и количестве «нелеченных» больных, можно предположить, что процент потенциальных пациентов, которые не ставят целью пол-

ное воздержание и поэтому не идут лечиться вообще, достаточно высок. Нежелание поддерживать трезвость называют «главным фактором» отказа от лечения [37], а цель КУ при возможности выбирает до половины (45,7%) пациентов с АЗ [21]. Справедливости ради надо отметить, что большинство потребителей алкоголя сообщают о скептическом отношении к возвращению к КУ после лечения [10]. Это проявление алкогольной амбивалентности, вероятно, становится одной из причин, почему частичные ремиссии менее стабильны, чем полные, а при выборе «трезвости» в качестве цели лечения пациенты часто достигают лучших результатов в плане числа «трезвых» дней, объема употребляемого алкоголя в дни выпивки и т.д., чем при выборе цели КУ.

С другой стороны, ориентация клиницистов исключительно на воздержание как цель лечения и приверженность концепции утраты контроля ограничивает возможности терапевтов использовать самоотчеты пациентов об эпизодах злоупотребления алкоголя и их собственных стратегиях совладания (или КУ) для построения более гибкого и чувствительного к потребностям пациентов плана лечения [31]. Получая возможность выбирать цель лечения самостоятельно, пациенты успешно достигают поставленных целей, демонстрируя удивительное соответствие между поставленной целью и результатом. Так, в исследовании предпочтений пациентов в отношении целей воздержания и КУ, тип ремиссии зависел от первоначальной цели: пациенты с целью воздержания последовательно добивались полной трезвости, а предпочитавшие КУ – употребления на проблемном уровне [3]. Более того, наличие у пациента возможности выбирать цель лечения – воздержания либо снижения употребления – позволяло лучше прогнозировать успешный результат, чем сама цель. Вероятно, предоставление права выбора пациентам, особенно привыкшим к патерналистскому стилю общения в наркологии, положительно влияет на мотивацию и самоэффективность³, рост которых непосредственно связан с результатами антиалкогольного лечения и при цели трезвости, и при цели КУ [33].

Итак, очевидно, что КУ представляет собой возможную и важную цель лечения, причем она может выступать и как конечная, и как промежуточная цель. Это не означает, что все пациенты с АЗ способны формировать ремиссию, при которой они могли бы употреблять алкоголь, «как до болезни». Скорее, это значит, что часть пациентов, которые «выпадают» из поля зрения врачей из-за нежелания полностью отказываться от алкоголя, могли бы быть мотивированы на лечение за счет принятия их запроса на КУ в качестве психотерапевтического контракта. При этом пациент имел бы возможность изменить свой контракт в ходе терапии на более «убедительный»

³ Самоэффективность – вера человека в то, что он/она способен (-на) измениться.

(то есть, контракт на полную трезвость) позже, когда станет к этому готов, либо, действительно, перейти на умеренное употребление.

Фармакотерапия. В 2013 году в Европе и в мае 2015 в России был зарегистрирован Селинкро (мнн: налмефен) – первый и пока единственный фармакологический препарат, специально предназначенный для снижения уровня потребления алкоголя и достижения КУ. Впервые в медицинской практике противоалкогольный препарат прошел широкомасштабные клинические испытания, при которых основной целью являлось уменьшение потребления алкоголя, а не непереносимое достижение полной трезвости. В соответствии с задачами исследования и философией КУ, стоящей за ним, эффективность препарата измерялась не длительностью периода полного воздержания и процентом пациентов с годичной ремиссией, а количеством выпитого за определенный промежуток времени алкоголя (КВА) и числом «дней тяжелого пьянства» (ДТП).

Программа клинических регистрационных испытаний включала три международных мультицентровых исследования, проведенных с использованием методов рандомизации и двойного-слепого плацебо контроля. Всего в эти исследования было включено около 2 тыс. пациентов с алкогольной зависимостью (АЗ). Два из них (ESENSE 1, ESENSE 2) длились по 6 месяцев и проводились по сходному дизайну, что позволило впоследствии объединить данные и провести общий анализ эффективности и безопасности препарата. Продолжительность третьего исследования (SENSE) составляла 12 месяцев, в фокусе внимания были проблемы безопасности и переносимости налмефена при длительном приеме.

Селинкро (налмефен), являясь опиоидным антагонистом, блокирует чувство удовольствия при приеме алкоголя, тем самым препятствует потере контроля и массивному употреблению алкоголя. В соответствии с протоколом исследования препарат назначался «по потребности», то есть в дни, которые считались пациентами рискованными в отношении злоупотребления алкоголем. Таким образом, решение о приеме налмефена принимал сам пациент. Препарат принимался в дозе 18 мг (1 таблетка), перорально, за 1–2 часа до предполагаемого употребления алкоголя. Прием налмефена сопровождался проведением мотивационных, повышающих комплаенс интервенций (BRENDA, один раз в месяц, во время визита к врачу).

Как уже было отмечено выше, основными критериями эффективности были два показателя: 1) количество выпитого за день алкоголя (КВА), и 2) число дней тяжелого пьянства за 1 месяц (ДТП).

Каковы же были результаты? В исследование ESSENSE 1 было включено 598 пациентов с АЗ, 302 вошли – в группу налмефена, 296 – в группу плацебо. По обоим показателям эффективности (ДТП и КВА) налмефен начинал с первого месяца стати-

стически превосходить плацебо. К концу исследования число дней тяжелого пьянства с начальных 19 в месяц уменьшилось до 8, а общее количество выпитого за день алкоголя (в пересчете на ЧА) уменьшилось с 84 г до 33 г. [40]. Наблюдавшиеся на фоне приема налмефена нежелательные эффекты были выражены слабо и имели транзиторный характер. С частотой более 5% наблюдались следующие виды побочного действия: головокружение, тошнота, слабость, головная боль, назофарингит, нарушения сна, бессонница, рвота и потливость. Серьезные нежелательные явления развились у 20 пациентов на плацебо и 18 пациентов в группе налмефена.

Сходные результаты были получены в исследовании ESSENSE 2 [20]. В группе налмефена было 329 больных АЗ, в группе плацебо – 326. По показателям эффективности статистически достоверно налмефен начинал отличаться от плацебо также с первого месяца. Число ДТП на фоне приема налмефена уменьшилось с 20 до 7 дней в месяц. При этом количество выпитого в день алкоголя в этой группе пациентов уменьшилось в три раза – с начальных 93 г (в пересчете на ЧА) до 30 г. Был зарегистрирован сходный с ESSENSE 1 профиль нежелательных явлений. Серьезные нежелательные эффекты наблюдались у 17 пациентов из группы плацебо и у 8 из группы налмефена.

Наконец, в исследовании SENSE [7] было рандомизировано 675 пациентов АЗ, из них 509 пациентов были включены в группу налмефена, остальные 166 – в группу плацебо. Это 12-месячное исследование позволило оценить особенности длительного применения налмефена и показало динамическое снижение показателей употребления алкоголя. Так, в конце исследования число ДТП снизилось до 5 в месяц с начальных 15, а КВА в день до 23 г ЧА с начальных 75 г, т.е. оба показателя снизились более чем в три раза. Показатели, характеризующие переносимость и безопасность препарата, соответствовали данным, полученным в двух более коротких исследованиях, рассмотренных выше.

Таким образом, все три регистрационных исследования продемонстрировали высокую эффективность налмефена в отношении уменьшения количества выпитого алкоголя и числа дней с массивным злоупотреблением, а также благоприятный профиль нежелательных явлений.

Внедрение в клиническую практику налмефена позволяет пациентам с АЗ, отказывающимся от лечения, ориентированного на полную трезвость, становиться активными участниками процесса терапии, снижать опасный уровень употребления алкоголя, значительно уменьшать риски нежелательных последствий в виде социальных проблем, а также соматоневрологических и психических нарушений.

Помимо фармакотерапевтического подхода, существует ряд психотерапевтических методов, которые традиционно используются для выполнения кон-

трактового запроса пациента на КУ, хотя большинство из них могут быть использованы и для достижения абсолютной трезвости через формирование навыков КУ в зависимости от цели и соматического здоровья пациента. Эти методы можно условно разделить на две группы: психосоциальные и комбинированные с психофармакотерапией. Основными психосоциальными интервенциями, позволяющими формировать навыки КУ, являются поведенческий тренинг самоконтроля; предъявление стимулов для достижения КУ; метод направленного самоизменения; краткосрочные антиалкогольные интервенции снижения вреда, включая мотивационные. Краткая характеристика психосоциальных методов и данные об их эффективности приведены ниже.

Поведенческий тренинг самоконтроля (Behavioral self-control training, BSCT) – вид среднесрочной бихевиоральной психотерапии (час в неделю в течение 2 месяцев) в форме самопомощи (руководство самопомощи, компьютерная программа / он-лайн приложение «Управление умеренностью» (Moderation management) либо индивидуальной и групповой психотерапии [25, 44]. Ориентирован в большей степени на людей с алкогольными проблемами легкой/средней степени тяжести; при АЗ рекомендуется цель отказа от спиртного [45]. Основные воздействия: тренинг навыков самостоятельного отслеживания употребления алкоголя; постановка специфических целей (объем выпитого); использование стратегий для контроля потребления алкоголя; вознаграждение себя за достижение целей, анализ неудач и использование этого опыта, формирование альтернативных навыков совладания для получения преимуществ, ранее получаемых в результате выпивки.

Независимо от вида BSCT, тренинг позволяет добиться достаточно длительных (до 2 лет) и устойчивых результатов по снижению общего объема употребляемого алкоголя и частоты проблем, связанных с его употреблением [24, 68].

Предъявление стимулов для достижения КУ (Moderation-Oriented Cue Exposure, MOCE) – бихевиоральная терапия, основанная на систематическом предъявлении алкогольных стимулов (внешний вид, вкус, запах алкоголя), вызывающих влечение к алкоголю, при одновременном запрете на употребление алкоголя, что приводит к угасанию условных реакций, связанных с мотивацией на прием спиртного [22]. Клинические исследования показали, что, способствуя снижению объема употребляемого алкоголя и вероятности рецидива, MOCE может быть столь же эффективна для достижения КУ, как и другие виды терапии (КБТ и BSCT) либо несколько уступает им в плане удержания пациентов в лечении [38]. Возможно эффективное лечение не только «проблемных» потребителей алкоголя, но и у пациентов с АЗ [35].

Метод направленного самоизменения (Guided self-change, GSC) – интегративный когнитивно-бихевиоральный краткосрочный метод терапии, обу-

чающий пациентов самостоятельно планировать и осуществлять изменения за счет функционального анализа проблем, связанных с употреблением алкоголя [62]. С примерно одинаковой эффективностью проводится в формате индивидуальной, групповой терапии, библиотерапии, терапии почтой [61, 70]. GSC особенно эффективен для пациентов с алкогольными проблемами умеренной либо средней степени тяжести, поскольку значительно уменьшает количество порций алкоголя в неделю, в день выпивки, снижает число дней тяжелого пьянства, негативных последствий употребления спиртного (семейных конфликтов, агрессивного поведения) [61, 62, 67].

Краткосрочные антиалкогольные интервенции снижения вреда (КАИ) включают ряд краткосрочных психотерапевтических интервенций (1–3 сессии) и применяются в различных медицинских и образовательных учреждениях с целью профилактики АЗ и лечения пагубного употребления алкоголя за счет просвещения пациента относительно состояния его здоровья, формирования у него внутренней мотивации к изменению и снижению вреда, а также улучшения комплаенса к лекарственному лечению. Чаще всего основываются на принципах когнитивно-поведенческой психотерапии и мотивационного интервью, обозначаемых аббревиатурой FRAMES: обратная связь – Feedback; ответственность (пациента за свое здоровье) – Responsibility, совет – Advice; выбор возможностей – Menu; эмпатия – Empathy; самоэффективность – Selfefficacy [6]. Краткосрочные интервенции также обязательно включают в себя предварительный скрининг на наличие алкогольных проблем (экспресс-тесты CAGE, AUDIT, MAST), оценку результатов, беседу с пациентом (15–60 минут), предоставление ему обратной связи и консультации по результатам теста, разработку плана контролируемого употребления и контрольную телефонную сессию через какое-то время. Вышеописанная последовательность интервенций может осуществляться самим клиентом с помощью специализированных компьютерных программ или Интернет. Примерами КАИ являются BASICS, BRENDA, Drinker's Check-up.

Эффективность КАИ для снижения вреда от злоупотребления алкоголем (уменьшения объема потребляемого алкоголя, числа связанных негативных последствий) у пациентов отделений неотложной помощи, а также в первичном медицинском звене (primary care) доказана многочисленными исследованиями [18, 28, 47]. Среди злоупотребляющих алкоголем пациентов, получающих КАИ, отмечается меньшая смертность по сравнению с контрольной группой, меньшее число связанных поведенческих проблем, несчастных случаев и травматизма, улучшение успеваемости у студентов [27, 41]. У пациентов с полизависимостью отмечается большая эффективность КАИ для уменьшения потребления алкоголя по сравнению с другими видами психотерапии [30].

Заключение

Таким образом, психофармакологические, психотерапевтические и комбинированные медицинские стратегии, направленные на достижение КУ, снижение потребления алкоголя, оправданы как стратегические терапевтические цели и как промежуточные цели у пациентов с пагубным употреблением и несформировавшейся АЗ (1 группа), и у пациентов с АЗ (2 группа). Работа в парадигме КУ предполагает тщательную предварительную и регулярную динамическую оценку состояния пациента, поскольку существует риск ухудшения состояния и увеличения пагубного воздействия алкоголя. Для пациентов 2 группы, которые отказываются от «радикального» решения проблемы, но согласны присту-

пить к тренингу КУ или комбинированному лечению для достижения КУ, последнее могло бы стать промежуточным этапом на пути полного отказа от употребления, если бы врачи могли быть уверены, что сделали все возможное для мотивирования к радикальному лечению на этапе согласия на КУ, и что критические последствия употребления даже «малых доз» у зависимых лиц не приведут к катастрофическим и необратимым последствиям, например смерти от суицида. Так или иначе, приглашение к участию в программах КУ, снижения потребления алкоголя, должно базироваться на скрупулезной оценке клинических и социальных возможностей пациента с учетом степени риска и основного этического требования «не навреди».

ЛИТЕРАТУРА

1. Егоров А.Ю., Крупицкий Е.М., Софронов А.Г. и соавт. Злоупотребление алкоголем у больных, экстренно госпитализированных в больницу скорой помощи // *Обзор психиатрии и медицинской психологии*. 2013. № 1. С. 36–43.
2. Шустов Д.И., Агибалова Т.В., Федотов И.А. Обратная сторона алкогольной зависимости: абстиненты и спонтанные ремиссии // *Вопросы наркологии*. 2014. № 5. С. 147–161.
3. Adamson S.J., Heather N., Morton V. et al. Initial preference for drinking goal in the treatment of alcohol problems: II. Treatment outcomes // *Alcohol & Alcoholism*. 2010. Vol. 45, N 2. P. 136–142.
4. Aubin H.J., Daepfen J.B. Emerging pharmacotherapies for alcohol dependence: a systematic review focusing on reduction in consumption // *Drug & Alcohol Dependence*. 2013. Vol. 133, N 1. P. 15–29.
5. Bhattacharya J., Gathmann C., Miller G.J. The Gorbachev anti-alcohol campaign and Russia's mortality crisis [Электронный документ]. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research Working Paper No. 1859, 2012. Режим доступа: <http://www.nber.org/papers/w18589.pdf>.
6. Bien T.H., Miller W.R., Tonigan S.J. Brief interventions for alcohol problems: a review // *Addiction*. 1993. Vol. 88. P. 315–336.
7. Brink van den et al. Long-term efficacy, tolerability and safety of nalmefene as-needed in patients with alcohol dependence: a 1-year, randomized controlled study // *J. Psychopharmacol.*, online 26 March 2014.
8. Bujarski S., O'Malley S.S., Lunney K., Ray L.A. The effects of drinking goal on treatment outcome for alcoholism // *J. Consult. Clin. Psychol.* 2013. Vol. 81, N 1. P. 13–22.
9. Caddy G.R., Addington H.J., Perkins D. Individualized behaviour therapy for alcoholics: A third year independent double-blind follow-up // *Behavior Research & Therapy*. 1978. Vol. 16. P. 345–362.
10. Cunningham J.A., Blomqvist J., Cordingley J. Beliefs about drinking problems: results from a general population telephone survey // *Addictive Behaviors*. 2007. Vol. 32, N 1. P. 166–169.
11. Davies D.L. Normal drinking in recovered alcoholics // *Quarterly Journal on Studies of Alcohol*. 1962. Vol. 23. P. 94–104.
12. Dawson D.A. Correlates of past-year status among treated and untreated persons with former alcohol dependence: United States, 1992 // *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 1996. Vol. 20, N 4. P. 771–779.
13. Dawson D.A. Defining risk drinking // *Alcohol Research & Health*. 2011. Vol. 34, N 2. P. 144–156.
14. Dawson D.A., Goldstein R.B., Grant B.F. Rates and correlates of relapse among individuals in remission from DSM-IV alcohol dependence: A 3-year follow-up // *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 2007. Vol. 31, N 12. P. 2036–2045.
15. Dawson D.A., Grant B.F., Stinson F.S. et al. Recovery from DSM-IV alcohol dependence: United States, 2001–2002 // *Addiction*. 2005. Vol. 100, N 3. P. 281–292.
16. Devos-Comby L., Lange J.E. "My drink is larger than yours?" A literature review of self-defined drink sizes and standard drinks // *Current Drug Abuse Reviews*. 2008. Vol. 1. P. 162–176.
17. DiCastellnuovo A., Costanzo S., Bagnardi V. et al. Alcohol dosing and total mortality in men and women: an updated meta-analysis of 34 prospective studies // *Arch. Intern. Medicine*. 2006. Vol. 166. P. 2437–2445.
18. D'Onofrio G., Fiellin D.A., Pantalon M.V. et al. A brief intervention reduces hazardous and harmful drinking in emergency department // *Annals of Emergency Medicine*. 2012. Vol. 60, N 2. P. 181–192.
19. François C., Laramée P., Rahhali N. et al. A Predictive microsimulation model to estimate the clinical relevance of reducing alcohol consumption in alcohol dependence // *European Addiction Research*. 2014. Vol. 20. P. 269–284.
20. Gual A., He Y., Torup L. et al. A randomised, double-blind, placebo-controlled, efficacy study of nalmefene, as-needed use, in patients with alcohol dependence // *European Neuropsychopharmacology*. 2013. Vol. 23, N 11. P. 1432–1442.
21. Heather N., Adamson S., Raistrick D. et al. Initial preference for drinking goal in the treatment of alcohol problems: I. Baseline difference between abstinence and non-abstinence groups // *Alcohol & Alcoholism*. 2010. Vol. 45. P. 128–135.
22. Heather N., Brodie J., Wale S. et al. A randomized controlled trial of moderation-oriented cue exposure // *Journal of Studies on Alcohol*. 2000. Vol. 61. P. 561–570.
23. Hernandez-Avila C.A., Song C., Kuo L. et al. Targeted versus daily naltrexone: secondary analysis of effects on average daily drinking // *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 2006. Vol. 30. P. 860–865.
24. Hester R.K., Delaney H.D., Campbell W. ModerateDrinking.com and Moderation Management: Outcomes of a randomized clinical trial with non-dependent problem drinkers // *J. Consult. Clin. Psychology*. 2011. Vol. 79, N 2. P. 215–224.
25. Hester R.K. Self-control training // *Handbook of alcoholism treatment approaches: Effective alternatives* / R.K. Hester, W.R. Miller (Eds.). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon, 2003. P. 152–164.
26. International Center for Alcohol Policies. International drinking guidelines. ICAP Report No. 14 [Электронный документ] / ICAP. Washington, DC: ICAP, 2003. Режим доступа: <http://www.icap.org/Publications/ICAPReports/tabid/75/Default.aspx>.
27. Jonas D.E., Garbutt J.C., Brown J.M. et al. Screening, behavioral counseling, and referral in primary care to reduce alcohol misuse. Comparative effectiveness review No. 64 [Электронный документ]. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2012. Режим доступа: www.effectivehealthcare.ahrq.gov/reports/final.cfm.
28. Kaner E.F., Dickinson H.O., Beyer F.R. et al. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations [Электронный документ] // *Cochrane Database Systematic Reviews*. 2007. Режим доступа: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858>.
29. Keating G.M. Nalmefene: a review of its use in the treatment of alcohol dependence // *CNS Drugs*. 2013. Vol. 27, N 9. P. 761–772.
30. Klimas J., Field C.-A., Cullen W. et al. Psychosocial interventions to reduce alcohol consumption in concurrent problem alcohol and illicit drug users [Электронный документ] // *Cochrane Database Systematic Reviews*. 2013. Issue 2:3. Режим доступа: <http://www.systematicreviewsjournal.com/content/2/1/3>.
31. Klingemann H., Schläfli K., Egli P., Stutz S. Drinking episodes during abstinence-oriented inpatient treatment: dual perspectives of patients and therapists – a qualitative analysis // *Alcohol and Alcoholism*. 2013. Vol. 48, N 3. P. 322–328.
32. Kranzler H.R., Tennen H., Armeli S. et al. Targeted naltrexone for problem drinkers // *J. Clin. Psychopharmacology*. 2009. Vol. 29, N 4. P. 350–357.
33. Kuerbis A., Armeli S., Muench F., Morgenstern J. Motivation and self-efficacy in the context of moderated drinking: Global self-report and ecological momentary assessment // *Psychology of Addictive Behaviors*. 2013. Vol. 27, N 4. P. 934–943.

34. Leon D., Chenet L., Shkolnikov V. et al. Huge variation in Russian mortality rates 1984–1994: artefact, alcohol, or what? // *Lancet*. 1997. Vol. 350. P. 383–388.
35. Loeber S., Croissant B., Heinz A., Mann K., Flor H. et al. Cue exposure in the treatment of alcohol dependence: effects on drinking outcome, craving and self-efficacy // *Br. J. Clin. Psychology*. 2006. Vol. 45. P. 515–529.
36. Luquiens A., Reynaud M., Aubin H.J. Is controlled drinking an acceptable goal in the treatment of alcohol dependence? A survey of French alcohol specialists // *Alcohol and Alcoholism*. 2011. Vol. 46, N 5. P. 586–591.
37. Luquiens A., Aubin H.J. Patient preferences and perspectives regarding reducing alcohol consumption: role of nalmefene // *Patient Preferences and Adherence*. 2014. Vol. 8. P. 1347–1352.
38. Temeia M., LaRowe S.D., Malcolm R. Progress in cue exposure therapy for the treatment of addictive disorders: a review update // *The Open Addiction Journal*. 2010. Vol. 3. P. 92–101.
39. Maisto S.A., Clifford P.R., Stout R.L., Davis C.M. Moderate drinking in the first year after treatment as a predictor of three-year outcomes // *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*. 2007. N 68. P. 419–427.
40. Mann R. et al. Extending the treatment options in alcohol dependence: a randomized controlled study of as-needed nalmefene // *Biol. Psychiatry*. 2013. P. 706–713.
41. McQueen J., Howe T.E., Allan L. et al. Brief interventions for heavy alcohol users admitted to general hospital wards // *Cochrane Database Systematic Reviews*. 2011. Issue 8. CD005191. doi: 10.1002/14651858.CD005191.pub3.
42. Mertens J.R., Kline-Simon A.H., Delucchi K.L. et al. Ten-year stability of remission in private alcohol and drug outpatient treatment: Non-problem users versus abstainers // *Drug and Alcohol Dependence*. 2012. Vol. 125. P. 67–74.
43. Miller P.M., Book S.W., Stewart S.H. Medical treatment of alcohol dependence: a systematic review // *International Journal of Psychiatry in Medicine*. 2011. Vol. 42, N 3. P. 227–266.
44. Miller W.R., Baca L.M. Two-year follow-up of bibliotherapy and therapist-directed controlled drinking training for problem drinkers // *Behavior Therapy*. 1983. Vol. 14. P. 441–448.
45. Miller W.R., Leckman A.L., Delaney H.D., Tinkcom M. Long-term follow-up of behavioral self-control training // *Journal of Studies on Alcohol*. 1992. Vol. 53, N 3. P. 249–261.
46. Miller W.R., Rose G.S. Toward a theory of motivational interviewing // *American Psychologist*. 2009. Vol. 64. P. 527–537.
47. Nilsen P., Baird J., Mello M.J. et al. A systematic review of emergency care brief alcohol interventions for injury patients // *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2008. Vol. 35. P. 184–201.
48. Naimi T.S., Xuan Z., Brown D.W., Saitz R. Confounding and studies of “moderate” alcohol consumption: the case of drinking frequency and implications for low-risk drinking guidelines // *Addiction*. 2012. Vol. 108. P. 1534–1543.
49. Niciu M.J., Arias A.J. Targeted opioid receptor antagonists in the treatment of alcohol use disorders // *CNS Drugs*. 2013. Vol. 27, N 10. P. 777–787.
50. Oslin D.W., Lynch K.G., Pettinati H.M. et al. A placebo-controlled randomized clinical trial of naltrexone in the context of different levels of psychosocial intervention // *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 2008. Vol. 32, N 7. P. 1299–1308.
51. Polich J.M., Armor D.J., Braiker H.B. The course of alcoholism: Four years after treatment. New York: Wiley, 1981.
52. Rehm J., Roerecke M. Reduction of drinking in problem drinkers and all-cause mortality // *Alcohol and Alcoholism*. 2013. Vol. 48. P. 509–513.
53. Rosenberg H., Davis A.K. Acceptance of moderate drinking by alcohol treatment services in the United States // *Journal of Studies on Alcohol*. 1994. Vol. 55. P. 167–172.
54. Rosenberg H., Davis A.K. Differences in the acceptability of non-abstinence goals by type of drug among American substance abuse clinicians // *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2014. Vol. 46, N 2. P. 214–218.
55. Rösner S., Hackl-Herrwerth A., Leucht S. et al. Opioid antagonists for alcohol dependence // *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2010. Issue 12. Art. №: CD001867. DOI: 10.1002/14651858.CD001867.pub3.
56. Rubio G., Manzanares J., Lopez-Munoz F. et al. Naltrexone improves outcome of a controlled drinking program // *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2002. Vol. 23, N 4. P. 361–366.
57. Saladin M.E., Santa Ana E.J. Controlled Drinking: more than just a controversy // *Current Opinion in Psychiatry*. 2004. Vol. 17, N 3. P. 175–187.
58. Shield K.D., Parry C., Rehm J. Chronic diseases and conditions related to alcohol use // *Alcohol Research Current Reviews*. Vol. 35. P. 155–171.
59. Sinclair J.D. Evidence about the use of naltrexone and for different ways of using it in the treatment of alcoholism // *Alcohol and Alcoholism*. 2001. Vol. 36, N 1. P. 2–10.
60. Sinclair J., Chick J., Sørensen P. et al. Can alcohol dependent patients adhere to an ‘as-needed’ medication regimen? // *European Addiction Research*. 2014. Vol. 20, N 5. P. 209–217.
61. Sobell L.C., Sobell M.B., Leo G.I. et al. Promoting self-change with alcohol abusers: A community-level mail intervention based on natural recovery studies // *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 2002. Vol. 26. P. 936–948.
62. Sobell L.C., Sobell M.B., Agrawal S. Randomized controlled trial of a cognitive-behavioral motivational intervention in a group versus individual format for substance use disorders // *Psychology of Addictive Behaviors*. 2009. Vol. 23, N 4. P. 672–683.
63. Sobell L.C., Cunningham J.A., Sobell M.B. Recovery from alcohol problems with and without treatment: prevalence in two population surveys // *American Journal of Public Health*. 1996. N 86. P. 966–972.
64. Sobell M.B., Sobell L.C. Obstacles to the adoption of low risk drinking goals in the treatment of alcohol problems in the United States: A commentary // *Addiction Research and Theory*. 2006. Vol. 14, N 1. P. 19–24.
65. Stahre M., Roebert J., Kanny D. et al. Contribution of excessive alcohol consumption to deaths and years of potential life lost in the United States // *Preventing Chronic Disease*. 2014. Issue 11. Art. № 130293.
66. Zaridze D., Brennan P., Boreham J. et al. Alcohol and cause-specific mortality in Russia: a retrospective case-control study of 48 557 adult deaths // *Lancet*. 2009. Vol. 373. P. 2201–2214.
67. Wagner E.F., Hospital M.M., Graziano J.N. et al. Randomized controlled trial of guided self-change with minority adolescents // *J. Consult. Clin. Psychology*. 2014. Vol. 82, N 6. P. 1128–1139.
68. Walters G.D. Behavioral self-control training for problem drinkers: A meta-analysis of randomized control studies // *Behavior Therapy*. 2000. Vol. 31. P. 135–149.
69. White W.L. Recovery/remission from substance use disorders: an analysis of reported outcomes in 415 scientific reports, 1868–2011. Philadelphia Department of Behavioral Health and Intellectual Disability Services and the Great Lakes Addiction Technology Transfer Center, 2012. 163 p.
70. Witkiewitz K., Marlatt G.A. Behavioral therapy across the spectrum // *Alcohol Research & Health*. 2011. Vol. 33, N 4. P. 313–319.
71. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2014. Luxembourg: World Health Organization, 2014. 100 p.

СТРАТЕГИЯ СНИЖЕНИЯ ПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ КАК НОВАЯ ВОЗМОЖНОСТЬ В ТЕРАПИИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Т.В. Агибалова, О.Д. Тучина, Д.И. Шустов, А.А. Мухин, Г.Л. Гуревич

В статье представлен обзор стратегии снижения потребления алкоголя («контролируемое употребление» – КУ) как возможной цели лечения пациентов с проблемами, вызванными употреблением алкоголя. Представленные психофармакологические, психотерапевтические и комбинированные медицинские стратегии, направленные на достижение КУ, оправданы как стратегические терапевтические цели и как промежуточные цели у пациентов с пагубным употреблением и несформировавшимся синдромом зависимости от алкоголя (1 группа), и у пациентов с синдромом зависимости (2 группа). Работа в парадигме КУ предполагает тщательную предварительную и регулярную динамическую оценку состояния пациента, поскольку существует риск ухудшения состояния и увеличения пагубного воздействия алкоголя. Для пациентов 2 группы, которые отказываются от «радикального» реше-

ния проблемы, но согласны приступить к тренингу КУ или комбинированному лечению для достижения КУ, последнее могло бы стать промежуточным этапом на пути полного отказа от употребления. В этом случае врач должен быть уверен, что сделал все возможное для мотивирования к радикальному лечению на этапе согласия на КУ, и что критические последствия употребления даже «малых доз» у зависимых лиц не приведут к катастрофическим и необратимым последствиям, например смерти от суицида.

Ключевые слова: пагубное употребление алкоголя, синдром зависимости от алкоголя, стратегия снижения вреда, налмефен (Селинкро), бихевиоральный тренинг самоконтроля, мотивационное интервью, краткосрочные антиалкогольные интервенции, комбинированная терапия алкоголизма.

ALCOHOL USE REDUCTION STRATEGY AS ALTERNATIVE TREATMENT FOR ALCOHOL DEPENDENCE

T.V. Agibalova, O.D. Tuchina, D.I. Shustov, A.A. Mukhin, G.L. Gurevich

The article reviews the alcohol use reduction strategy ("controlled drinking" – CD) as a feasible goal for treatment of patients with problems caused by alcohol use. The described psychopharmaceutical, psychotherapeutic and combined CD-oriented medical strategies may serve as strategic therapeutic goal and interim goals in treatment of patients diagnosed with harmful use and undeveloped alcohol addiction (Group 1) and alcohol-addicted patients (Group 2). CD treatment paradigm includes thorough preliminary and dynamic assessment of the patient's condition as there is a risk of its deterioration and aggravation of harmful alcohol effects. Group 2 patients who refuse from "radical" resolution of the problem but

agree to enter CD training or combined treatment to achieve CD, could use CD as an interim stage on the journey to the complete abstinence. In this case, the clinician should ensure that he/she did his/her best to motivate the patient to abstinence-oriented treatment at the CD stage, and that the dramatic effects of using "small doses" by the addicted people won't end in catastrophic and irreversible consequences, such as suicidal death.

Key words: harmful alcohol use, alcohol addiction, harm reduction, nalmefene (Selincro), behavioral self-control training, motivational interview, brief alcohol interventions, combined treatment for alcohol addiction.

Агibalова Татьяна Васильевна – доктор медицинских наук, руководитель отделения медико-социальной реабилитации и психотерапии, ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии» Министерства здравоохранения РФ, г. Москва, заведующая кафедрой психотерапии и медико-социальной реабилитации в наркологии ФГАОУ ВО «Российский Университет Дружбы Народов», г. Москва; e-mail: agibalovatv@mail.ru

Тучина Ольга Дмитриевна – ассистент кафедры психотерапии и медико-социальной реабилитации в наркологии ФГАОУ ВО «Российский Университет Дружбы Народов», г. Москва.

Шустов Дмитрий Иванович – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии ГБОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова», г. Рязань.

Мухин Андрей Алексеевич – кандидат медицинских наук, Руководитель отдела медицины Российского подразделения фармацевтической компании Лундбек.

Гуревич Геннадий Львович – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры психотерапии и медико-социальной реабилитации в наркологии ФГАОУ ВО «Российский Университет Дружбы Народов», г. Москва, заведующий отделением ПБ №13.