

Роль кратких психологических консультаций в достижении и поддержании абстиненции у пациентов с алкогольной болезнью печени

В.Д. Луньков , ORCID: 0000-0002-9562-796X, e-mail: vdlunkov@gmail.com

М.В. Маевская, ORCID: 0000-0001-8913-140X, e-mail: mvmaevskaya@me.com

В.Т. Ивашкин, ORCID: 0000-0002-6815-6015, e-mail: ivashkin.vt@gmail.com

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова (Сеченовский университет); 119435, Россия, Москва, ул. Погодинская, д. 1, к. 1

Резюме

Цель исследования. Доказать эффективность кратких психологических консультаций (КПК), проводимых врачом-интернистом, в достижении и поддержании абстиненции у пациентов с алкогольной болезнью печени (АБП).

Материалы и методы исследования. В исследование было включено 65 пациентов с АБП: 29 пациентов в группу КПК и 36 – в группу исторического контроля. Проведен сравнительный анализ частоты достижения и поддержания абстиненции и анализ факторов, ассоциированных с данными параметрами.

Результаты исследования. Частота достижения абстиненции была статистически значимо выше в группе КПК по сравнению с группой контроля через 6, 9, 12 и 24 месяцев с момента включения в исследования ($p < 0,001$, $p = 0,002$, $p = 0,001$, $p = 0,017$ соответственно; критерий χ^2). Частота срывов абстиненции в группе КПК была статистически значимо ниже, чем в группе контроля, через 6 месяцев и в целом за весь период наблюдения ($p = 0,004$, $p = 0,005$ соответственно; критерий χ^2). Фактором, достоверно ассоциированным с достижением полной абстиненции на протяжении 24 месяцев, служит проведение КПК на протяжении 12 месяцев после алкоголь-индуцированной декомпенсации ($p = 0,001$, критерий χ^2). Факторами, независимо ассоциированными со срывом абстиненции на протяжении 24 месяцев после алкоголь-индуцированного заболевания, выступают декомпенсированный цирроз печени (ОШ: 10,72 [95% ДИ 2,17–52,81]; $p = 0,004$) и отсутствие КПК после выписки (ОШ КПК: 0,80 [95% ДИ 0,14–0,479]; $p = 0,006$).

Заключение. КПК, проводимое врачом-интернистом пациентам с АБП в течение 12 месяцев после алкоголь-индуцированной декомпенсации, приводит к более высокой частоте достижения абстиненции и снижению частоты срывов на протяжении 24 месяцев после выписки.

Ключевые слова: краткая психологическая консультация, алкогольная болезнь печени, абстиненция, мотивационное интервьюирование

Для цитирования: Луньков В.Д., Маевская М.В., Ивашкин В.Т. Роль кратких психологических консультаций в достижении и поддержании абстиненции у пациентов с алкогольной болезнью печени. *Медицинский совет.* 2019;(21):182-188. doi: 10.21518/2079-701X-2019-21-182-188.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The role of brief intervention in achieving and maintaining abstinence in patients with alcoholic liver disease

Valeriy D. Lunkov , ORCID: 0000-0002-9562-796X, e-mail: vdlunkov@gmail.com

Marina V. Maevskaya, ORCID: 0000-0001-8913-140X, e-mail: mvmaevskaya@me.com

Vladimir T. Ivashkin, ORCID: 0000-0002-6815-6015, e-mail: ivashkin.vt@gmail.com

Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education First Moscow State Medical University named after I.M. Sechenov of the Ministry of Health of the Russian Federation (Sechenov University); 1/1, Pogodinskaya St., Moscow, 119435, Russia

Abstract

Objective of the study. prove the effectiveness of brief psychological intervention (BPI) conducted by an internist in achieving and maintaining abstinence in patients with alcoholic liver disease (ALD).

Materials and methods. A total of 65 patients were included in the study: 29 patients in the BPI group and 36 in the historical control group. A comparative analysis of the frequency of achievement and maintenance of abstinence and analysis of factors associated with these parameters were conducted.

Results of the study. The frequency of achieving abstinence was significantly higher in the BPI group compared with the control group after 6, 9, 12 and 24 months from the date of inclusion in the study ($p < 0.001$, $p = 0.002$, $p = 0.001$, $p = 0.017$, respectively; criterion χ^2). The frequency of failures to achieve abstinence in the CPC group was significantly lower than in the control group after 6 months and in general for the entire observation period ($p = 0.004$, $p = 0.005$, respectively; criterion χ^2). Provision of BPIs for 12 months after alcohol-induced decompensation serves as a factor that is reliably associated with achieving total abstinence within 24 months ($p = 0.001$, criterion χ^2). Decompensated cirrhosis of the liver serves as factors independently associated with

failures to achieve abstinence within 24 months after alcohol-induced illness (OS: 10.72 [95% CI 2.17–52.81]; $p = 0.004$) and the absence of BPI after discharge from the hospital (OSH BPI: 0.80 [95% CI 0.14–0.479]; $p = 0.006$)

Conclusion. BPIs provided by an internist to the patients with ABD for 12 months after alcohol-induced decompensation leads to a higher rate of achieving total abstinence and decrease in the frequency of failures to achieve abstinence within 24 months after discharge from the hospital.

Keywords: brief intervention, alcoholic liver disease, abstinence, motivation interview

For citation: Lunkov V.D., Maevskaya M.V., Ivashkin V.T. The role of brief intervention in achieving and maintaining abstinence in patients with alcoholic liver disease. *Meditsinskiy sovet = Medical Council*. 2019;(21):182-188. (In Russ.) doi: 10.21518/2079-701X-2019-21-182-188.

Conflict of interest: the authors declare no conflict of interest.

ВВЕДЕНИЕ

Долгосрочный жизненный прогноз пациента с АБП зависит прежде всего от его приверженности абстиненции [1, 2]. В этом периоде основными задачами являются: сокращение или полное воздержание от употребления алкоголя, предотвращение срывов абстиненции и лечение алкогольной зависимости.

Краткая психологическая консультация (КПК) – это короткая беседа с пациентом, целью которой является побудить его задуматься о сокращении количества употребляемого алкоголя, планировать эти изменения и осуществлять их [2]. КПК проводится врачами первичного звена здравоохранения, врачами-специалистами, средним медицинским персоналом и немедицинскими специалистами (психологом, социальным работником, специалистом по патронажу). Продолжительность консультации составляет от 5 до 30 мин и может проводиться лицом к лицу или дистанционно – посредством телефонных звонков и обмена электронными сообщениями. Принципами КПК является пациенто-ориентированное, бесконфликтное общение с пациентом, основанное на принципах сопереживания (эмпатии). Методика не направлена на лиц с алкогольной зависимостью, однако ее применение оправдано в рамках контроля за специализированным лечением на амбулаторном этапе и направления к специалисту в случае необходимости [3].

Несмотря на большое количество исследований, посвященных эффективности кратких психологических консультаций в снижении количества употребляемого алкоголя, работ, анализирующих целесообразность применения данной методики у пациентов с АБП, крайне мало. В основном данные исследования касаются пациентов, находящихся в листе ожидания трансплантации печени, что, безусловно, важно, но не охватывает основной массив пациентов с АБП.

В связи с этим целью настоящего исследования было доказать эффективность КПК, проводимых врачом-интернистом, в достижении и поддержании абстиненции у пациентов с АБП. Для реализации поставленной цели было сформулировано три задачи:

1) провести сравнительный анализ частоты достижения абстиненции среди пациентов группы КПК и группы контроля;

- 2) провести сравнительный анализ частоты срывов абстиненции среди пациентов группы КПК и группы контроля;
- 3) определить факторы, ассоциированные с достижением и поддержанием абстиненции.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В исследование были включены 65 пациентов с алкогольной болезнью печени (29 пациентов исследуемой группы и 36 пациентов группы исторического контроля), находившихся на обследовании и лечении в отделении гепатологии Клиники пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и гепатологии УКБ № 2 ФГАОУ ВО «ПМГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет).

Диагноз «алкогольная болезнь печени» был поставлен на основании жалоб пациента, анамнеза, клинических, лабораторных и инструментальных методов обследования. Скрининг злоупотребления алкоголем проводился с использованием опросника AUDIT-C. Пациентам, набравшим более 5 баллов по опроснику AUDIT-C, было предложено заполнить полный опросник AUDIT.

В исследуемую группу вошли 29 пациентов с АБП в возрасте от 18 до 75 лет, употреблявших алкоголь в дозе более 20 г/сут для женщин и более 30 г/сут для мужчин (в пересчете на этанол) более 3-х раз в неделю, не менее 6 месяцев, последний прием алкоголя не более 60 дней до госпитализации, количество баллов по шкале AUDIT ≥ 8 , подписавшие информированное согласие на участие в исследовании. Критериями невключения в исследование были: неконтролируемые кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта; резистентные к проводимой терапии инфекционные заболевания; тромбоз в системе воротной и нижней полой вен на фоне цирроза печени и нецирротическая портальная гипертензия; новообразования печени и других органов; тяжелая декомпенсация хронических заболеваний других систем и органов; состояние после трансплантации печени; сочетанные заболевания печени (за исключением неалкогольной жировой болезни печени); тяжелые психические заболевания; печеночная энцефалопатия 3–4 степени; беременность.

С пациентами исследуемой группы на протяжении 12 месяцев проводились повторные КПК с контролем абстиненции по данным дневников самоотчета и непрямым

маркеров употребления алкоголя (АЛТ, АСТ, ГГТ, МСV). Продолжительность одной КПК составляла от 5 до 30 мин. Кратность проведения устанавливалась индивидуально, но не реже 1 раза в 3 месяца в виде очных консультаций и дистанционного общения с использованием любого доступного пациенту средства связи. В случае декомпенсации функции печени было рекомендовано незамедлительное обращение к врачу. Схема первичного КПК представлена на *рисунке 1*.

КПК проводились врачом отделения гепатологии, прошедшим три специальных тематических тренинга, организованных Российским обществом по изучению печени (РОПИП) и Европейским региональным бюро Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в Москве в 2014, 2015 и 2017 гг.

Через 12 месяцев после окончания периода активно-го амбулаторного контроля абстиненции пациентам было предложено повторно обратиться в клинику с целью отчета об успешности самостоятельного контроля абстиненции на протяжении указанного периода.

В контрольную группу были включены 36 пациентов, соответствовавших критериям включения в исследование, находившихся на обследовании и лечении до начала настоящего исследования и у которых было возможно подробно собрать алкогольный анамнез на протяжении двух лет наблюдения в клинике. Данные пациенты после каждой алкоголь-индуцированной госпитализации получали «простой совет» об отказе от употребления алкоголя, и с ними никогда не проводились КПК.

Проведение исследования было одобрено Локальным комитетом по этике ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава РФ.

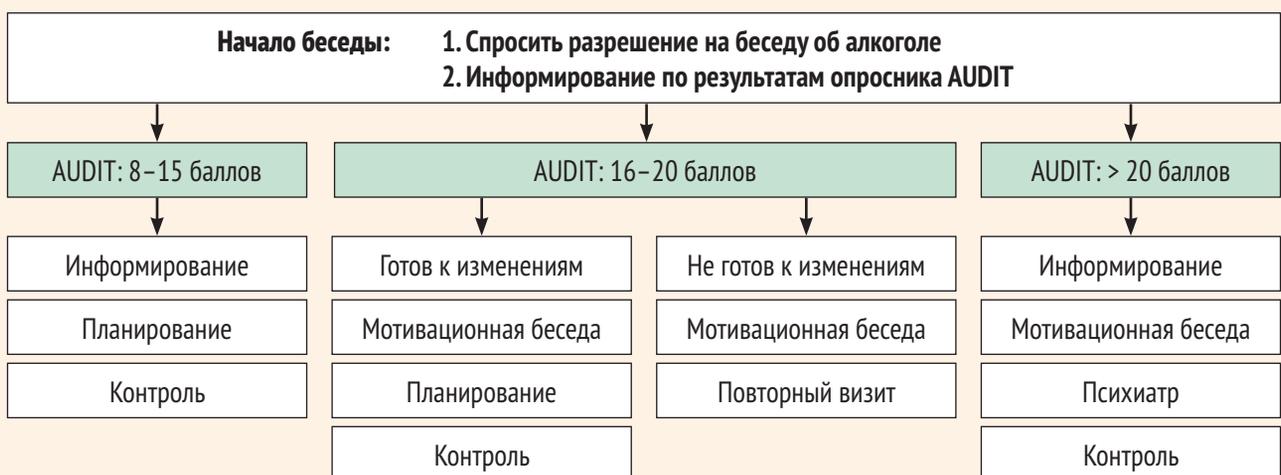
Статистическая обработка данных была произведена с использованием статистического пакета «SPSS», Ver. 25.0. С целью проверки данных распределения на нормальность применен одновыборочный критерий Колмогорова – Смирнова. По результатам анализа получено ненормальное распределение данных, в связи с чем применялись непараметрические методы статистики. Результаты обработки данных представлены в виде медианы (М) и межквартильного интервала (МКИ). Качественные характеристики выборки представлены в виде таблицы частот, сравнение между двумя независимыми группами по номинальным признакам проводилось с помощью критерия χ^2 . При сравнении двух независимых выборок с непрерывными данными применялся U-критерий Манна – Уитни. С целью проведения многофакторного анализа показателей, достоверно ассоциированных с достижением и поддержанием абстиненции, проведен логистический регрессионный анализ с пошаговым включением или исключением переменных.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Пациенты сравниваемых групп были сопоставимы по полу, возрасту, характеру, количеству употребляемого алкоголя, продолжительности злоупотребления, а также стадии и степени тяжести заболевания печени, проявлениям и осложнениям основного заболевания (*табл. 1*).

При сравнении двух групп пациентов по частоте достижения абстиненции получены статистически достоверные отличия через 6, 9, 12 и 24 месяцев с момента включения в исследования ($p < 0,001$, $p = 0,002$, $p = 0,001$, $p = 0,017$ соответственно; критерий χ^2 ; *рис. 2*).

- **Рисунок 1.** Схема краткого психологического консультирования: начало беседы с пациентом, злоупотребляющим алкоголем, начинается с разрешения пациента на беседу об алкоголе
- **Figure 1.** Scheme of brief psychological intervention: A conversation with an alcohol-abusing patient begins with the patient's permission to talk about alcohol.



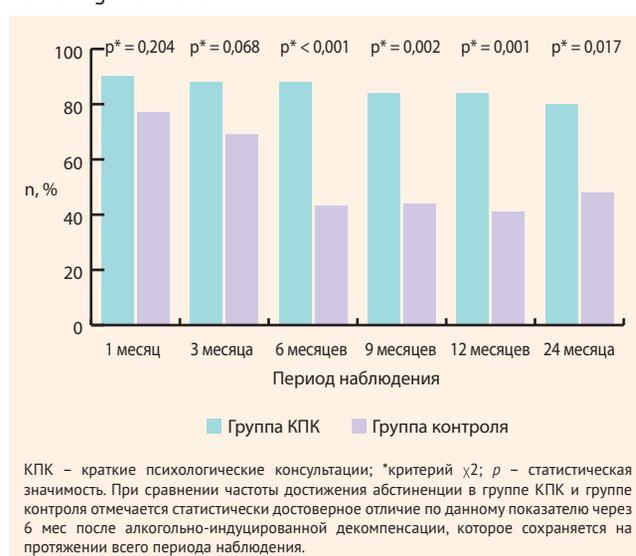
После заполнения опросника AUDIT необходимо проинформировать пациента о значении полученного результата. В случае, если пациент набрал от 8 до 15 баллов по шкале AUDIT, необходимо сообщить пациенту, что его характер употребления алкоголя сопряжен с риском для здоровья и ему необходимо уменьшить количество или полностью отказаться от алкоголя. Если пациент набрал от 16 до 20 баллов по шкале AUDIT и готов к изменению своего питьевого поведения, необходимо поддержать его решение и совместно спланировать конкретные действия по отказу от алкоголя и договориться о следующем визите. Если пациент не готов к изменениям и врач встречает серьезное сопротивление его усилиям по достижению абстиненции, необходимо отложить беседу об алкоголе на другое время. Если пациент набрал более 20 баллов по шкале AUDIT, у него имеются возможные признаки зависимости, в связи с чем ему необходимо рекомендовать обратиться к психиатру/наркологу.

- **Таблица 1.** Сравнительная характеристики пациентов, включенных в исследование
- **Table 1.** Comparative characteristics of patients included in the study

Признак	Группа КПК (n = 29)	Контрольная группа (n = 36)	Статистическая значимость (p)
Пол, м/ж, n (%)	19/10 (66/34)	28/8 (78/22)	0,272*
Возраст, лет, М (МКИ)	48 (39,5–58)	45 (39–59)	0,731**
Заболевание, цирроз/гепатит, n (%)	25/4 (86/14)	33/3 (92/8)	0,48*
Цирроз печени, n (%)			
• Child – Pugh A	11 (44%)	19 (58%)	0,306*
• Child – Pugh B	8 (32%)	6 (18%)	0,223*
• Child – Pugh C	6 (24%)	8 (24%)	0,983*
• Child – Pugh B+C	14 (56%)	14 (43%)	0,306*
ВРВП, n (%)			
• 1 ст.	6 (21%)	7 (19%)	0,901*
• 2 ст.	16 (55%)	12 (34%)	0,077*
• 3 ст.	2 (7%)	7 (19%)	0,145*
Асцит, n (%)			
• 1 ст.	7 (24%)	3 (8%)	0,079*
• 2 ст.	8 (28%)	5 (14%)	0,170*
• 3 ст.	4 (14%)	6 (17%)	1,000*
Желтуха, n (%)	13 (45%)	10 (28%)	0,153*
Энцефалопатия (1–2 стадии по West-Haven), n (%)	6 (21%)	7 (20%)	0,901*
ОПП (ГРС 1), n (%)	0	1 (3%)	0,366*
ГРС 2, n (%)	0	1 (3%)	0,366*
Инфекционные осложнения, n (%)	4 (14%)	4 (11%)	0,744*
Maddrey, баллы М (МКИ)	53 (27,5–69)	35 (23–55)	0,103**
Maddrey >32, n (%)	21 (72%)	21 (58%)	0,238*
MELD, баллы М (МКИ)	15 (13–18,5)	13 (11–17,5)	0,128**
MELD >21, n (%)	5 (17%)	6 (17%)	0,951*
MELD >21 + Maddrey >32, n (%)	5 (17%)	4 (11%)	0,477*
AUDIT, баллы М (МКИ)	16 (13–21)	17 (14–22)	0,596**
СД _{нед} М (МКИ)	33 (22–48,5)	45,5 (21–60)	0,401**
Крепость алкоголя, % об. М (мин-макс)	40 (5–40)	40 (5–40)	0,537**
Продолжительность употребления алкоголя, лет М (МКИ)	7 (5–10)	10 (5,5–15)	0,239**

* Критерий χ^2 ; **критерий Манна – Уитни; М – медиана; МКИ – межквартильный интервал; мин-макс – минимальное и максимальное значение; n – абсолютное количество; КПК – краткая психологическая консультация; м – мужчины; ж – женщины; ВРВП – варикозное расширение вен пищевода; ОПП – острое повреждение почек; ГРС – гепаторенальный синдром; СД_{нед} – стандартные дозы за неделю.

- **Рисунок 2.** Сравнительный анализ частоты достижения абстиненции
- **Figure 2.** Comparative analysis of the frequency of achieving abstinence

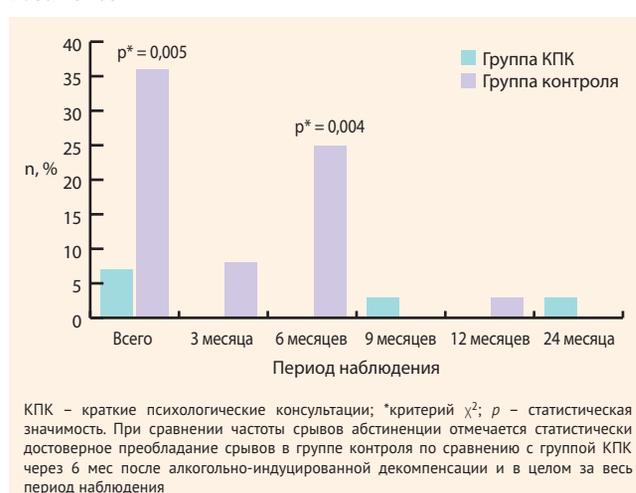


Среди пациентов группы КПК, завершивших участие в исследовании, не достигли полной абстиненции 3 (12%) пациента, у 2 (8%) произошел срыв абстиненции, который привел к декомпенсации функции печени и летальному исходу у одного из пациентов.

В группе контроля 8 (22%) пациентов не соблюдали полную абстиненцию после выписки. У 13 (36%) пациентов произошел срыв после кратковременной абстиненции, что статистически достоверно отличалось от количества срывов в группе КПК через 6 месяцев и в целом за весь период наблюдения ($p = 0,004$, $p = 0,005$ соответственно; критерий χ^2 ; рис. 3).

С целью выявления показателей, ассоциированных с достижением и поддержанием абстиненции на протяжении двухлетнего периода, проведен однофакторный анализ следующих переменных: пол, возраст, продолжи-

- **Рисунок 3.** Сравнительная характеристика срывов абстиненции
- **Figure 3.** Comparative characteristics of failures to achieve abstinence



тельность злоупотребления алкоголем, стандартные дозы алкоголя в неделю, принадлежность к группе ААН, суммы баллов по шкалам AUDIT, Child-Pugh и MELD (табл. 2). Единственным фактором, достоверно ассоциированным с достижением полной абстиненции на протяжении 24 месяцев, является проведение КПК на протяжении 12 месяцев после алкоголь-индуцированной декомпенсации ($p = 0,001$, критерий χ^2).

● **Таблица 2.** Однофакторный анализ показателей, ассоциированных с достижением абстиненции в течение всего периода наблюдения

● **Table 2.** Univariate analysis of indicators associated with achieving abstinence throughout the observation period

Показатель	Абстиненция		Статистическая значимость (p)
	Не достигнута	Достигнута	
Мужской пол, n (%)	22 (47)	25 (53)	0,07**
Возраст, М (МКИ)	48 (39–60)	44 (39–56)	0,220*
Продолжительность злоупотребления алкоголем, лет, М (МКИ)	10 (6,5–15)	8 (5–10)	0,181*
СД _{нед} ¹ , М (МКИ)	37 (23–54)	34 (21–54)	0,678*
Проведение КПК, n (%)	5 (17)	24 (83)	0,001**
AUDIT, М (МКИ)	17 (15–24)	16 (13–21)	0,340*
Child – Pugh B+C, n (%)	11 (39)	17 (61)	0,837**
MELD, М (МКИ)	13 (11–17)	15 (12–20)	0,078*

* Критерий Манна – Уитни; ** критерий χ^2 ; М – медиана; МКИ – межквартильный интервал; n – абсолютное число; СД_{нед}¹ – стандартные дозы алкоголя за неделю, КПК – краткая психологическая консультация.

По результатам логистического регрессионного анализа факторами, достоверно связанными со срывом абстиненции на протяжении 24 месяцев, были сумма баллов по шкале AUDIT ($p = 0,007$), декомпенсированный цирроз печени ($p = 0,009$) и отсутствие программы КПК ($p = 0,005$; табл. 3). При проведении корреляционного анализа получена статистически достоверная слабая положительная корреляция между суммой баллов по шкале AUDIT и срывом абстиненции (AUDIT: $\rho = 0,339$, $p = 0,006$). При проведении многофакторного регрессионного анализа методом пошагового включения переменных получена статистически достоверная связь между наличием декомпенсированного цирроза печени (ОШ: 10,72 [95% ДИ 2,17–52,81]; $p = 0,004$), нахождением в группе КПК (ОШ: 0,80 [95% ДИ 0,14–0,479]; $p = 0,006$) и срывом абстиненции.

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

По данным литературы, основным фактором, определяющим долгосрочный прогноз пациентов, является соблюдение полной абстиненции [2; 4]. Отказ от употребления алкоголя является единственным этиотропным воздействием на АБП на любой стадии заболевания [5].

В работе, проведенной на кафедре пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и гепатологии им В.Х. Василенко совместно с Московским клиническим научным центром, показано, что к наркологу обращается не более 10,4% пациентов, злоупотребляющих алкоголем, большинство врачей-интернистов не назначают самостоятельно психотропные препараты и более чем у половины врачей нет плана маршрутизации пациента, злоупотребляющих алкоголем [6].

Важным аспектом достижения и поддержания абстиненции от алкоголя является психологическая поддержка и мотивация пациента на отказ от употребления алкоголя. По данным проведенных рандомизированных клинических исследований, систематических обзоров и метаанализов, проведение кратких психологических консультаций (КПК) врачами-психиатрами, интернистами и средним медицинским персоналом позволяет снизить уровень употребления алкоголя, повысить частоту достижения полной абстиненции и снизить частоту срывов абстиненции [7]. Международный опыт внедрения данной методики говорит об успешном опыте ряда стран в снижении бремени злоупотребления алкоголем на популяционном уровне. Данные экономического анализа эффективности КПК показывают положительную тенденцию снижения алкоголь-индуцированной заболеваемости, траматизации и инвалидизации, прежде всего трудоспособного населения [8]. Необходимость внедрения КПК в повседневную практику врачей поликлинического звена, стационаров не вызывает сомнений и является принципиальным пунктом рекомендации Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) по снижению бремени злоупотребления алкоголем на популяционном уровне [9].

Характеристика приверженности пациентов абстиненции включает в себя анализ достижения и поддержа-

● **Таблица 3.** Однофакторный анализ показателей, ассоциированных со срывом абстиненции

● **Table 3.** Univariate analysis of indicators associated with a failure to achieve abstinence

Показатель	Срыв абстиненции		Статистическая значимость (p)
	Не произошел	Произошел	
Мужской пол, n (%)	34 (72,4)	13 (27,6)	0,156**
Возраст, М (МКИ)	45 (40–57)	46 (39–60)	0,876*
Продолжительность злоупотребления алкоголем, лет, М (МКИ)	10 (5–10)	10 (7–15)	0,317*
СД _{нед} ¹ , М (МКИ)	31 (21–52)	54 (34–62)	0,057*
Проведение КПК, n (%)	27 (93,2)	2 (6,8)	0,005**
AUDIT, М (МКИ)	16 (13–20)	20 (17–24)	0,007*
Child – Pugh B+C, n (%)	17 (61)	11 (39)	0,009**
MELD, М (МКИ)	14 (12–17)	14 (11–18)	0,950*

* Критерий Манна – Уитни; ** критерий χ^2 ; М – медиана; МКИ – межквартильный интервал; n – абсолютное число; СД_{нед}¹ – стандартные дозы алкоголя за неделю, КПК – краткая психологическая консультация.

ния абстиненции. При сравнительном анализе частоты достижения абстиненции получены статистически достоверные отличия между группой КПК и группой контроля через 6 месяцев после алкоголь-индуцированной декомпенсации ($p < 0,001$; критерий χ^2). Это различие оставалось достоверным на протяжении всего периода наблюдения и через 12 месяцев после окончания. Таким образом, мы можем сделать следующие выводы: 1) повторные краткие психологические консультации повышают приверженность пациентов с АБП абстиненции; 2) эффективность кратких психологических консультаций необходимо оценивать не ранее чем через 6 месяцев после начала работы с пациентом; 3) полная абстиненция в течение 6 месяцев сохраняется в течение года после окончания психологической поддержки. Последний вывод согласуется с доминирующей концепцией необходимости 6-месячной абстиненции пациентов с АБП перед трансплантацией печени [10].

Несмотря на то, что частота достижения абстиненции в группе ААН через 1 и 3 месяца после алкоголь-индуцированной госпитализации была высокой (90 и 88% соответственно), мы не получили статистически достоверного отличия этого показателя при сравнении с группой контроля ($p = 0,204$ и $p = 0,068$ соответственно). Высокая частота абстиненции в обеих группах может быть связана с близостью недавнего эпизода декомпенсации, который удерживает пациента от употребления алкоголя в краткосрочной перспективе. В задачи нашего исследования не входил поиск причин данного феномена, однако факт недавней госпитализации и алкоголь-индуцированной декомпенсации были одними из основных инструментов убеждения пациента сократить употребление алкоголя.

Частота срывов абстиненции была статистически достоверно выше в группе контроля через 6 месяцев после госпитализации – 25% – и за весь период наблюдения – 36% в группе контроля против 7% в группе КПК ($p = 0,004$ и $p = 0,005$ соответственно). Таким образом, достоверная разница между сравниваемыми группами по приверженности абстиненции через 6 месяцев обусловлена прежде всего более высокой частотой срывов абстиненции в группе контроля.

Полученные данные находят подтверждение в схожих работах, посвященных изучению роли психологической поддержки пациентов с АБП в достижении и поддержании абстиненции. В большинстве этих работ изучалась эффективность методики психологической поддержки пациентов с АБП, ожидающих трансплантацию печени. В частности, в работе [11] показано, что применение методики мотивационной поддерживающей терапии пациентов с АБП приводит к снижению частоты и количества употребляемого алкоголя в предтрансплантационном периоде. В данном исследовании сравнивались две группы больных: первая получала помощь в соответствии со стандартами ведения пациентов в предтрансплантационном периоде («*treatment as usual*»), второй группе больных была оказана мотивационная психологическая поддержка, основные принципы которой идентичны методи-

ке КПК. По результатам данного исследования, пациенты группы мотивационной поддержки употребляли достоверно меньшее количество алкоголя ($p = 0,003$) за один алкогольный эпизод и у них было достоверно меньше «дней выпивки» ($p = 0,004$) по сравнению с группой контроля в течение года наблюдения [11].

Последний метаанализ работ, посвященных эффективности кратких психологических консультаций, опубликованный в 2018 г. Кохрановским сообществом, показал, что пациенты, которым проводилась КПК, через 12 месяцев употребляли на 20 г/нед. алкоголя меньше, чем пациенты, которым не проводилось КПК или те, кто получил только совет от лечащего врача по отказу от употребления алкоголя (ДИ 95% -28, -12) (95% ДИ 12–28?) [7]. Несмотря на то, что клинические исследования, включенные в данный метаанализ, были основаны на выборке больных без АБП, результаты метаанализа наиболее полно отражают эффект КПК на популяционном уровне. В отличие от работ, включенных в данный метаанализ, нами был выбран более строгий критерий абстиненции, предполагающий только полное прекращение приема алкоголя. Соответственно, мы не оценивали снижение дозы алкоголя (частичную абстиненцию), поскольку большинство пациентов, вошедших в исследуемую группу, были с циррозом печени. Согласно доминирующей позиции, только полный отказ от употребления алкоголя является фактором, улучшающим долгосрочный прогноз пациента [12]. По результатам нашей работы, для достижения полной абстиненции не имеют значения исходные демографические характеристики, паттерн употребления алкоголя, тяжесть и степень декомпенсации функции печени, в то время как определяющее значение приобретает проведение КПК.

Анализ факторов, ассоциированных с высокой частотой срывов абстиненции, позволил установить наличие положительной корреляционной связи между срывом абстиненции и суммой баллов по шкале AUDIT, а также значимое влияние факта декомпенсации цирроза печени (Child – Pugh B/C, $p = 0,009$) и отсутствие КПК после выписки ($p = 0,005$). При этом при проведении многофакторного анализа выявлено, что только наличие декомпенсированного цирроза печени и отсутствие КПК являются независимыми факторами риска срыва абстиненции на протяжении 24 месяцев (ОШ декомпенсированный цирроз печени: 10,72 [95% ДИ 2,17–52,81]; $p = 0,004$), (ОШ КПК: 0,80 [95% ДИ 0,14–0,479]; $p = 0,006$). Таким образом, группой риска срыва абстиненции на протяжении двух лет после алкоголь-индуцированной госпитализации являются пациенты с высоким результатом по шкале AUDIT, пациенты с декомпенсированным циррозом печени и пациенты без психологической поддержки.

В работе [13] также сравнивалась частота срыва абстиненции среди пациентов, стоящих в листе ожидания трансплантации печени. Согласно полученным данным, в течение 6 месяцев у 16,4% пациентов группы психологической поддержки произошел срыв абстиненции по сравнению с 35,1% группы контроля ($p = 0,038$).

Основным отличием данного исследования является комбинация психологической поддержки и медикаментозной терапии Баклофеном. По всей вероятности, данная тактика является оптимальной для данной подгруппы больных в отношении профилактики срывов абстиненции. В то же время, согласно данным нашего исследования, достаточным условием профилактики срывов у пациентов не в листе ожидания трансплантации печени является активное амбулаторное ведение пациента с проведением повторных кратких психологических консультаций.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Повторные краткие психологические консультации, оказываемые врачом-интернистом пациентам с алкогольной болезнью печени после алкогольно-индуцированной декомпенсации, являются эффективным методом достижения и поддержания полной абстиненции в долгосрочном периоде.



Поступила / Received 02.12.2019
Поступила после рецензирования / Revised 16.12.2019
Принята в печать / Accepted 18.12.2019

Список литературы / References

- Ивашкин В.Т., Маевская М.В., Павлов Ч.С., Сиволоп Ю.П., Луньков В.Д., Жаркова М.С., Масленников Р.В. Клинические рекомендации Российского общества по изучению печени по ведению взрослых пациентов с алкогольной болезнью печени. *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии*. 2017;27(6):20–40. Режим доступа: <https://www.gastro-j.ru/jour/article/view/190/164>.
- Ivashkin V.T., Mayevskaya M.V., Pavlov C.S., Sivolap Y.P., Lun'kov V.D., Zharkova M.S., Maslennikov R.V. Management of adult patients with alcoholic liver disease: clinical guidelines of the Russian Scientific Liver Society. *Rossiyskiy zhurnal gastroenterologii, gepatologii, koloproktologii = Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, Coloproctology*. 2017;27(6):20–40. (In Russ.) Available at: <https://www.gastro-j.ru/jour/article/view/190/164>.
- Louvet A., Labreuche J., Artru F., Bouthors A., Rolland B., Saffers P., et al. Main drivers of outcome differ between short term and long term in severe alcoholic hepatitis: A prospective study. *Hepatology*. 2017;66(5):1464–1473. doi: 10.1002/hep.29240.
- Fitzgerald N., Molloy H., MacDonald F., McCambridge J. Alcohol brief interventions practice following training for multidisciplinary health and social care teams: a qualitative interview study. *Drug Alcohol Rev*. 2015;34(2):185–193. doi: 10.1111/dar.12193.
- Crabb D., Bataller R., Chalasani N.P., Kamath P.S., Lucey M., Mathurin P., et al. Standard Definitions and Common Data Elements for Clinical Trials in Patients With Alcoholic Hepatitis: Recommendation From the NIAAA Alcoholic Hepatitis Consortia. *Gastroenterology*. 2016;150(4):785–790. doi: 10.1053/j.gastro.2016.02.042.
- Khan A., Tansel A., White D.L., Kayani W.T., Bano S., Lindsay J., et al. Efficacy of Psychosocial Interventions in Inducing and Maintaining Alcohol Abstinence in Patients with Chronic Liver Disease: A Systematic Review. *Clinical gastroenterology and hepatology*. 2016;14(2):191–202.e4. doi: 10.1016/j.cgh.2015.07.047.
- Маевская М.В., Бакулин И.Г., Чирков А.А., Люсина Е.О., Луньков В.Д. Злоупотребление алкоголем среди пациентов гастроэнтерологического профиля. *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии*. 2016;26(4):24–35. Режим доступа: <https://www.gastro-j.ru/jour/article/view/69>.
- Mayevskaya M.V., Bakulin I.G., Chirkov A.A., Lyusina Y.O., Lun'kov V.D. Alcohol abuse in gastroenterological patients. *Rossiyskiy zhurnal gastroenterologii, gepatologii, koloproktologii = Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, Coloproctology*. 2016;26(4):24–35 (In Russ.) Available at: <https://www.gastro-j.ru/jour/article/view/69>.
- Kaner E.F.S., Beyer F.R., Muirhead C., Campbell F., Pienaar E.D., Bertholet N., et al. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2018. doi: 10.1002/14651858.CD004148.pub4.
- Sassi F. (ed.) Tackling Harmful Alcohol Use: Economics and Public Health Policy. OECD report. 2015. 236 p. DOI: 10.1787/9789264181069-en.
- Shield K.D., Rylett M., Rehm J. Public health successes and missed opportunities Trends in alcohol consumption and attributable mortality in the WHO European Region, 1990–2014. Available at: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/319122/Public-health-successes-and-missed-opportunities-alcohol-mortality-19902014.pdf.
- Dew M.A., Dimartini A.F., Steel J., De Vito Dabbs A., Myaskovsky L., Unruh M., Greenhouse J. Meta-analysis of risk for relapse to substance use after transplantation of the liver or other solid organs. *Liver Transpl*. 2008;14(2):159–172. doi: 10.1002/lt.21278.
- Weinrieb R.M., Van Horn D.H., Lynch K.G., Lucey M.R. A randomized, controlled study of treatment for alcohol dependence in patients awaiting liver transplantation. *Liver Transpl*. 2011;17(5):539–547. doi: 10.1002/lt.22259.
- Addolorato G., Mirijello A., Barrio P., Gual A. Treatment of alcohol use disorders in patients with alcoholic liver disease. *J. Hepatol*. 2016;65(3):618–630. doi: 10.1016/j.jhep.2016.04.029.
- Addolorato G., Mirijello A., Leggio L., Ferrulli A., D'Angelo C., Vassallo G., et al. Liver transplantation in alcoholic patients: impact of an alcohol addiction unit within a liver transplant center. *Alcohol Clin Exp Res*. 2013;37(9):1601–1608. doi: 10.1111/acer.12117.

Информация об авторах:

Луньков Валерий Дмитриевич, аспирант кафедры пропедевтики внутренних болезней лечебного факультета, Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет); 119435, Россия, Москва, ул. Погодинская, д. 1, к. 1; e-mail: vdlinkov@gmail.com

Маевская Марина Викторовна, д.м.н., профессор кафедры пропедевтики внутренних болезней лечебного факультета, Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет); 119435, Россия, Москва, ул. Погодинская, д. 1, к. 1; e-mail: mvmaevskaya@me.com

Ивашкин Владимир Трофимович, академик РАН, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней лечебного факультета, Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет); 119435, Россия, Москва, ул. Погодинская, д. 1, к. 1; e-mail: ivashkin.vt@gmail.com

Information about the authors:

Valeriy D. Lun'kov, Postgraduate Student, Chair for Propedeutics of Internal Diseases, Faculty of General Medicine, Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education «I.M. Sechenov First Moscow State Medical University» (Sechenov University) of the Ministry of Health of the Russian Federation (Sechenov University); 1/1, Pogodinskaya St., Moscow, 119435, Russia; e-mail: vdlinkov@gmail.com

Marina V. Maevskaya, Dr. of Sci. (Med.), Professor of Chair for Propedeutics of Internal Diseases, Faculty of General Medicine, Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education «I.M. Sechenov First Moscow State Medical University» of the Ministry of Health of the Russian Federation (Sechenov University); 1/1, Pogodinskaya St., Moscow, 119435, Russia; e-mail: mvmaevskaya@me.com

Vladimir T. Ivashkin, Academism of RAS, Dr. of Sci. (Med.), Professor, Head of Chair for Propedeutics of Internal Diseases, Faculty of General Medicine, Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education «I.M. Sechenov First Moscow State Medical University» of the Ministry of Health of the Russian Federation (Sechenov University); 1/1, Pogodinskaya St., Moscow, 119435, Russia; e-mail: ivashkin.vt@gmail.com