

Скрининг алкогольных проблем в общемедицинской практике

СМИРНОВА В.Н. ординатор, кафедра психиатрии и медицинской психологии
ГОУ ВПО Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова Росздрава

Проведено предварительное исследование возможности скрининга алкогольных проблем в общемедицинской практике с использованием набора стандартных скрининг-методов. Объектом настоящего исследования стали 74 пациента, находящиеся на лечении по поводу соматического заболевания в стационаре общего профиля. Для проведения скрининга алкогольных проблем был выбран тест CAGE, "Карта самоотчета ПАС" составленная П.П. Огурцовым, А.Б. Покровским, А.Е. Успенским, тест AUDIT, модифицированный тест "сетка LeGo" (LeGo Р.М., 1976 в модификации О.Б. Жарикова с соавт., 2005). Большие половины обследованных (52,11%) скринированы положительно на наличие проблемного потребления спиртного: проблемное потребление спиртного без признаков зависимости обнаружено у 29,58% обследованных, высокий риск наличия алкоголизма — у 22,54%. От участия в исследовании отказалось 3 чел., большинство же обследованных достаточно благожелательно отнеслись к идее скрининга алкогольных проблем в российских стационарах.

Ключевые слова: алкоголизм, скрининг, алкогольные проблемы.

Злоупотребление спиртным — важная медико-социальная проблема современного российского общества [1, 3].

По данным ВОЗ, при употреблении более 8 л чистого алкоголя в год на душу населения возрастают популяционные риски в отношении развития ряда социально значимых заболеваний: цирроз печени, сердечная недостаточность и т.п. (всего более 60 различных расстройств [2]). В нашей стране, по официальным данным, этот показатель всегда как минимум вдвое больше [1]. Среди причин смерти населения алкоголизм стоит на 3—4-м месте в большинстве стран мира [4—7]. По данным А.В. Немцова, не менее 29% мужской и 17% женской смертности в Российской Федерации обусловлено употреблением алкоголя [3]. Большинство этих смертей потенциально предотвратимо при условии своевременного прекращения вредного потребления спиртного.

Необходимо четко разделить понятия *пьянство* (светское, бытовое) и *алкоголизм*. Они различаются по качественным и количественным признакам. При бытовом пьянстве психическая и физическая зависимость от алкоголя отсутствует. В формировании такого стереотипа поведения ведущая роль принадлежит морально-этическим установкам личности пьющего и социокультурной среде, адаптирующей к себе индивида. Алкоголизм (синонимы: хронический алкоголизм, хроническая алкогольная интоксикация, синдром алкогольной зависимости, алкогольная болезнь, алкогольная токсикомания, этилизм) является прогрессивным заболеванием, характеризующимся наличием психической и физической зависимости с развитием в дальнейшем стойких специфических соматических и психических нарушений нарастающей тяжести.

В литературе накоплен большой объем данных, свидетельствующий о действенности и об экономической эффективности оппортунистического скрининга алкоголизма и кратких санитарно-просветительских и/или психотерапевтических вмешательств для лиц с опасным и вредным потреблением спиртного, но без признаков синдрома зависимости от него [2, 11—13, 16—18, 24 и др.]. В этих исследованиях показано, что обратившиеся за медицинской помощью бытовые пьяницы снижают потребление спиртного после кратких санитарно-просветительских и/или психотерапевтических вмешательств, следующих за скринингом. Для лиц с алкогольной зависимостью такие меры недостаточны в силу качественных изменений в психике: алкоголь занимает неподобающе высокое место в иерархии ценностей индивида; употребляемые количества спиртных напитков всегда или в большинстве случаев превосходят предполагаемые или планируемые величины (утрата контроля дозы алкоголя); употребление алкоголя продолжается вопреки возникающим препятствиям, противодействию со стороны окружения, профессиональным и социальным интересам индивида; употребление алкоголя сопровождается развитием синдрома отмены [6].

Исходя из этого, целью скрининга алкоголизма в общемедицинской практике является выявление трех групп: группы лиц с высоким риском алкоголизма, группы лиц с вредным потреблением спиртного, но без признаков зависимости от него, группы лиц без алкогольных проблем. Следует подчеркнуть, что сам по себе скрининг не заменяет клиническую диагностику алкоголизма и не служит основанием для постановки диагноза. В дальнейшем необходимо вовлече-

ние прошедших скрининг в диагностические и лечебно-реабилитационные мероприятия.

Основные методики скрининга алкогольных проблем, практикуемые на данный момент:

- психодиагностический скрининг с помощью специальных опросников [2, 7, 10—27];
- социально-гигиенические методики, связанные с анализом информации, поступающей от различных учреждений и лиц, проводящих борьбу с пьянством [7];
- биологический (лабораторный) скрининг, по специфической клинической картине алкогольных поражений органов и систем [4, 7—9 и др.].

Любая скрининг-методика допускает некоторое количество ложноположительных результатов. Каждая из этих методик имеет свои особенности, достоинства и недостатки. Опросники являются наиболее простой методикой, дешевой и доступной для использования различными специалистами без специальной подготовки, но требуется адаптация каждого опросника к культуральным, половым, возрастным и прочим особенностям обследуемой популяции. Важно подчеркнуть, что при использовании опросников сохраняется возможность сознательного или бессознательного отрицания алкогольных проблем обследуемым.

Лабораторные методики лишены этого недостатка. Известно около 25 лабораторных показателей, изменяющихся при хроническом злоупотреблении спиртным. Но необходимо помнить, что они объективно выявляют поражение внутренних органов, изменения метаболизма, а не саму причину, повлекшую эти изменения. Любые лабораторные методики могут использоваться и оцениваться только в комплексе с другими данными, так как изменения в организме при алкогольной зависимости неспецифические и разнообразные. Алкоголь — универсальный токсический агент, способный поражать любой орган, но сходную картину могут давать и другие токсические факторы. При временном прекращении злоупотребления спиртным значения многих лабораторных показателей самопроизвольно нормализуются [7, 8]. Лабораторные методики, как правило, дороги и трудоемки. Для осуществления такого скрининга могут потребоваться специальный персонал и дополнительное оборудование.

Социально-гигиенический скрининг возможен в условиях, позволяющих проводить систематический учет алкоголь-ассоциированных социальных и медицинских проблем, при наличии легко доступной информации об этом. В Российской Федерации традиционно считается нежелательной констатация заболеваний, вызванных неумеренным пьянством, из-за возможности дискредитации пациента. Информация из наркологических диспансеров недоступна работни-

кам других медицинских учреждений. Легко предположить крайне малую пользу от поступления такой информации интернистам, так как известно, что на диспансерном учете находится далеко не большинство больных алкоголизмом.

В настоящее время широко предлагаются «скринирующие батареи», сочетающие короткие и простые опросники (CAGE, AUDIT, MAST), наиболее исследованные биологические маркеры хронической алкогольной интоксикации (ГГТ, СКОЭ и др.), клинические и анамнестические данные, что повышает надежность диагностики проблемного употребления спиртного [11, 19 и др.].

В Российской Федерации нет единой централизованной программы, направленной на выявление алкоголизма в общемедицинской практике, хотя ее необходимость очевидна.

Цель исследования

Цель настоящей работы — провести скрининг опасного и вредного употребления алкоголя среди пациентов клиники общего профиля. Выявить взаимное влияние алкоголизации пациентов на их медицинское поведение и влияние рекомендаций по изменению образа жизни, полученных ранее от врачей-интернистов, на потребление спиртного.

Задачи исследования

1. Провести скрининг алкогольных проблем среди пациентов стационара общего профиля, выделив группы лиц, не имеющих алкоголь-ассоциированных проблем, имеющих опасное и/или вредное потребление спиртного без признаков зависимости от него, имеющих высокий риск наличия алкоголизма.

2. Изучить особенности психологической реакции на скрининг алкогольных проблем, влияния рекомендаций врачей-интернистов на потребление спиртного, взаимное влияние алкоголизации пациентов на их медицинское поведение в группе обследованных без алкогольных проблем.

3. Изучить особенности психологической реакции на скрининг алкогольных проблем, влияния рекомендаций врачей-интернистов на потребление спиртного, взаимное влияние алкоголизации пациентов на их медицинское поведение в группе пациентов, имеющих опасное и/или вредное потребление спиртного без признаков зависимости от него.

4. Изучить особенности психологической реакции на скрининг алкогольных проблем, влияния рекомендаций врачей-интернистов на потребление спиртного, взаимное влияние алкоголизации пациентов на их медицинское поведение в группе пациентов, имеющих высокий риск наличия алкоголизма.

Объект исследования

Объектом настоящего исследования стали 74 пациента, находившихся на лечении по поводу соматического заболевания в стационаре общего профиля (отделения кардиологии, гепатологии, гастроэнтерологии), с установленным диагнозом по критериям МКБ-10 и не обнаруживающих признаков соматогенных психических расстройств (F 063 по МКБ-10), а также препятствующих обследованию выраженных изменений личности (F00-05, F07-09, F71-F79 по МКБ-10). Всем пациентам в устной форме было предложено пройти скрининг на наличие алкогольных проблем и обсудить его результаты с исследователем.

Для проведения скрининга алкогольных проблем был выбран тест CAGE (сокращение от англ. cut down, an-

noy, guilt, eye open) как наиболее простой в применении, обработке и интерпретации результатов. Тест состоит из четырех вопросов, направленных на выявление безуспешных попыток прекратить злоупотребление спиртным (cut down), обеспокоенности выпивками окружающих (an-noy), чувства вины перед родными или собой (guilt), мыслей о выпивке сразу после пробуждения (eye open). Двух положительных ответов достаточно для установления вероятности алкоголизма. Этот тест не выявляет интенсивность употребления алкоголя в случае злоупотребления, приводимое описание ситуации может не соответствовать актуальному состоянию пациента. Отсюда возникает изменчивость специфичности и надежности теста, колеблющаяся, по данным разных авторов, в среднем от 60 до 90% и от 40 до 95% [7].

Таблица 1

Общая характеристика выборки

Характеристика		Количество, чел.	
Всего		Мужчины	40
		Женщины	31
Возраст		Средний для мужчин, лет	55,6
		Средний для женщин, лет	52,7
Профиль отделения	Кардиология	Мужчины	25
		Женщины	18
	Гепатология	Мужчины	12
		Женщины	10
	Гастроэнтерология	Мужчины	3
		Женщины	3
Семейное положение	Не состоят в браке	Мужчины	0
		Женщины	1
	Разведены	Мужчины	3
		Женщины	1
	Состоят в браке	Мужчины	37
		Женщины	29
Дети	Имеют детей	Мужчины	40
		Женщины	29
	Не имеют детей	Мужчины	0
		Женщины	2
Трудовая деятельность	На пенсии по возрасту, инвалидности	Мужчины	8
		Женщины	6
	Квалифицированный труд	Мужчины	25
		Женщины	22
	Неквалифицированный труд	Мужчины	7
		Женщины	0
	Не работают	Мужчины	0
		Женщины	3

«Карта самоотчета ПАС», составленная П.П. Огурцовым, А.Б. Покровским, А.Е. Успенским (1997 г.) с учетом МКБ-10, позволяет заподозрить алкоголизм по наличию послеинтоксикационного алкогольного синдрома (ПАС) у пробандов в случае получения четырех отрицательных ответов в тесте CAGE. Согласно инструкции, пробандам предлагается самостоятельно отметить симптомы, знакомые после употребления спиртных напитков. Констатация 15 и более из 35 предложенных симптомов говорит о высокой вероятности хронической алкогольной интоксикации (ХАИ) с формированием ПАС. Данный тест также был использован в настоящем исследовании.

Параллельно нами проводился учет физических признаков ХАИ с помощью модифицированного теста «Сетка LeGo» (LeGo Р.М., 1976, в модификации О.Б. Жарикова с соавторами, 2005). Наличие одновременно семи и более признаков ХАИ считается маркером длительного злоупотребления алкоголем. Два или три из перечисленных признаков могут быть и у непьющих людей вследствие других причин.

Тест AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification) проявляет общую чувствительность 92% и общую специфичность в 93% случаев. Проведено множество исследований, подтвердивших высокую надежность этой методики скрининга в разных странах на различных выборках [10, 11, 14, 21, 23 и др.]. Восемью баллов, набранных в этом тесте, достаточно, чтобы оценить скрининг положительно. Вопросы этого теста, а также вопросы, касающиеся количественно-частотных характеристик употребления спиртного, медицинского поведения, особенностей образа жизни, задавались пробандам в форме полуструктурированного устного интервью. Ответы фиксировались в «карте пробанда».

Для дальнейшего анализа полученных результатов учитывались общие сведения о пробандах, прошедших скрининг. От участия в исследовании отказались 3 чел., мотивируя отказ плохим самочувствием. Ко-

нечная выборка составила 71 чел. Общая характеристика выборки представлена в табл. 1.

Статистическая обработка результатов проводилась с помощью пакета прикладных программ Microsoft Office Excel 2003.

Результаты исследования и их обсуждение

Распределение прошедших скрининг по группам представлены в табл. 2.

В результате проведенного скрининга было выявлено, что 47,89% обследованных (34 чел.), по результатам всех использованных скрининг-методов, могут быть отнесены к группе *людей без алкогольных проблем*. Средние показатели для данной группы: «Карта самоотчета ПАС» — 4,818 балла, CAGE — 0,212 вопроса, AUDIT — 3 балла, теста «Сетка LeGo» — 2,939.

Представители данной группы охотно соглашались принять участие в исследовании, сочли скрининг алкогольных проблем необходимым в стационарах общего профиля. Все обследованные данной группы обнаруживают достаточно высокий уровень социальной адаптации, на протяжении жизни (по предоставленным ими анамнестическим сведениям) не имели медицинских или социальных проблем вследствие употребления спиртного.

Двое мужчин в возрасте 70 лет и 61 год (2,82% от общей выборки, пациенты отделения кардиологии) указали в устном интервью, что за последние несколько лет снизили потребление спиртного, следуя рекомендациям лечащего врача по изменению образа жизни пациентов с сердечной недостаточностью и артериальной гипертензией. Также они выполняли другие рекомендации врачей, демонстрировали высокую приверженность кардиологическому лечению: регулярно обращались к врачам для коррекции терапии, меняли диету и т.п.

Женщина 59 лет, ведущий инженер, находившаяся на лечении в отделении гепатологии, получала рекомендации снизить потребление спиртного в связи с выявленным у нее стеатогепатитом. По разным скри-

Таблица 2

Распределение прошедших скрининг лиц по группам

	Всего	Кардиология		Гастроэнтерология		Гепатология	
		Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины
Без алкогольных проблем	34 (47,89%)	15 (21,13%)	15 (21,13%)	0	3 (4,23%)	0	1 (1,41%)
Вредное потребление спиртного без признаков зависимости	21 (29,58%)	4 (5,63%)	0	3 (4,23%)	0	7 (9,86%)	7 (9,86%)
Высокий риск наличия алкоголизма	16 (22,54%)	6 (8,45%)	3 (4,23%)	0	0	5 (7,04%)	2 (2,82%)
Примечание. Все значения приведенные в таблице в процентах, выражают долю от общего числа наблюдений							

нинг-методикам ее результаты: «Карта самоотчета ПАС» — 5 баллов, CAGE — 0 вопроса, AUDIT — 4 балла, теста «Сетка LeGo» — 4. Данная обследованная объясняла свое употребление алкоголя (вино, коньяк 2—4 раза в месяц, до 300 и 150 г соответственно) особенностью трудовой деятельности, вне которой, по ее словам, не употребляет спиртное. Случай этой женщины демонстрирует расхождение клинической оценки больной врачами-интернистами и результатов скринингового тестирования с использованием опросников, направленных преимущественно на диагностику социальной и семейной дезадаптации. Врачи-гепатологи рассматривали алкоголь как ведущий патогенетический фактор в формировании болезненного состояния пациентки. Сама же она не связывала наличие стеатогепатита с регулярным употреблением относительно небольших доз спиртного, такое алкогольное поведение способствовало карьерному росту пациентки и не вызывало нареканий со стороны ее социального микроокружения. При клинико-психопатологическом исследовании у пациентки не обнаружено признаков физической или психической зависимости от спиртного.

Всего 37 обследованных (52,11%) были скринированы положительно и отнесены в *группу с наличием алкогольных проблем*.

Из них маркеры хронической алкогольной интоксикации и наличие признаков синдрома отмены обнаружено у 16 обследованных (22,54%) (по «Карте самоотчета ПАС» — 15 баллов и более, по результатам теста «Сетка LeGo» — 7 баллов и более). Это свидетельствует о высокой вероятности существования как минимум второй стадии алкогольной зависимости. Абсолютное большинство пробандов этой группы обнаруживало менее благонастроенное отношение к идее скрининга алкогольных проблем. Перед началом собственно диагностической беседы и тестирования они неоднократно уточняли, с какой целью проводится скрининг и какие последствия для них лично это может иметь, будет ли известен результат тестирования кому-то из персонала отделения или родственников обследуемого и кому потом будут доступны данные, полученные в ходе исследования. Представляют интерес средние значения по всем скрининг-методикам в этой группе: «Карта самоотчета ПАС» — 18,75 балла, CAGE — 2,5 вопроса, AUDIT — 7,25 балла, теста «Сетка LeGo» — 10,5.

Шестеро обследованных (8,45% от общей выборки) набрали менее 8 баллов в тесте AUDIT и 7 чел. (9,86%) дали один положительный ответ на вопросы CAGE или все отрицательные. В устном интервью эти пробанды сообщали о наличии алкогольного синдрома отмены в течение многих лет, о наличии желания продолжать употребление спиртного вопреки рекомендациям интернистов и критике со стороны родственников. Они

откровенно сообщили, что алкогольные эксцессы доставляют им большое удовольствие, которое, по их мнению, физическое и социальное благополучие сами по себе доставить не могут. Другие рекомендации врачей-интернистов по изменению образа жизни обследованные из этой группы также не стремились выполнять, не испытывали сожаления об утраченном здоровье, считали «нормальной семейной жизнью», постоянную обеспокоенность родственников их злоупотреблением спиртным.

Трое (4,23% от общей выборки, мужчины 58, 60 и 64 лет) обследованных обнаруживали выраженную социально-трудовую дезадаптацию в силу нанесенного их физическому и душевному здоровью ущерба многолетним пьянством. Они были вынуждены уйти на пенсию или сменить работу на гораздо менее квалифицированную по причинам, связанным с употреблением спиртного, но не испытывали сожалений об этом. Целью госпитализации они называли необходимость получения инвалидности или необходимость «успокоить родственников». Это все позволяет заподозрить у данных пробандов наличие длительно существующего алкоголизма, несмотря на низкий результат по данным опросников AUDIT и CAGE. Полученные в настоящем исследовании результаты не противоречат имеющимся в литературе данным относительно чувствительности использованных опросников. Пороговые значения по данным опросников AUDIT и CAGE можно объяснить сознательной или бессознательной попыткой обследованных «предстать в лучшем свете», их общим не критичным отношением к алкогольным проблемам в силу характерных для поздних стадий алкоголизма изменений личности. Чувствительность опросников AUDIT и CAGE для случаев поздних стадий алкоголизма дискуссионна, требует дальнейших исследований.

Группу обследованных с вредным потреблением спиртного, но без признаков зависимости от него составил 21 обследованный (29,58%), по данным тестов продемонстрировавших следующий средний результат: «Карта самоотчета ПАС» — 7,615 балла, CAGE — 0,538 вопроса, AUDIT — 9,538 балла, теста «Сетка LeGo» — 3,923. Обращает на себя внимание явно большая чувствительность теста AUDIT для данной выборки, чем CAGE, так как все отнесенные к данной группе пробанды дали менее двух положительных ответов в этом тесте, а по результатам другого теста были отнесены к проблемным пьяницам. Всех обследованных данной группы объединяет отсутствие физических признаков ХАИ, каких-либо анамнестических сведений о наличии алкогольного синдрома отмены, грубой социальной дезадаптации в силу алкогольных проблем. Эти пациенты неоднократно получали рекомендации по снижению потребления спиртного от врачей-интернистов в числе общих рекомендаций по лечению, семеро (треть группы, 9,86% общей выборки) в

Корреляции между результатами скрининг-тестов, использованных в обследовании данной выборки

	AUDIT	Тест "Сетка LeGo"	CAGE
"Карта самоотчета ПАС"	0,3947	0,7403	0,7795
Тест "Сетка LeGo"	0,2675	—	0,6217
CAGE	0,0614	0,6217	—

устном интервью указали, что впоследствии изменили алкогольное поведение, так как «ощутили его пагубное влияние на здоровье», задумались о целесообразности данной рекомендации для них. В целом к скринингу представители данной группы относились так же благожелательно, как и обследованные без алкогольных проблем. По их мнению, скрининг алкогольных проблем и рекомендации врачей по алкогольному поведению способствуют сохранению их здоровья, позволяет осознать имеющиеся проблемы и вовремя предотвратить вред от излишнего потребления спиртного.

Корреляции между результатами использованных скрининг-тестов для данной выборки представлены в табл. 3.

Наиболее выраженную прямую корреляцию продемонстрировали результаты тестов CAGE и «Карта самоотчета ПАС», а также «Карта самоотчета ПАС» и тест «Сетка LeGo», тест «Сетка LeGo» и CAGE, что позволяет рекомендовать их для дальнейшего совместного использования. Крайне слабая корреляция результатов тестов AUDIT и CAGE, AUDIT и тестов, направленных на выявление физических признаков ХАИ и наличия алкогольного синдрома отмены, подтверждает большую чувствительность теста AUDIT по отношению к ранним признакам алкогольных проблем, для диагностики которых он и был разработан, чем для случаев алкогольной зависимости, которые могут быть успешно выявлены другими скрининг-тестами.

Выводы

1. В ходе проведенного скрининга было выявлено, что 47,89% обследованного контингента не имеют алкогольных проблем. Больше половины обследованных (52,11%) скринировано положительно на наличие проблемного потребления спиртного, в том числе: проблемное потребление спиртного без признаков зависимости — 29,58%, высокий риск наличия алкоголизма обнаружен у 22,54%.

2. Пациенты стационара общего профиля, не имеющие алкогольных проблем по результатам скрининга, благожелательно относятся к самой идее такого скрининга, охотно на него соглашаются, заинтересованы в получении рекомендаций врачей-интернистов

по снижению потребления спиртного и согласны следовать им.

3. Группа лиц с вредным потреблением спиртного, но без признаков зависимости от него в общей массе благожелательно относится к идее скрининга, рекомендации по снижению потребления спиртного воспринимает как еще одно конструктивное предложение от врачей по поддержанию здоровья. Треть данной группы снизила потребление спиртного после получения соответствующих рекомендаций от лечащих врачей во время предыдущих госпитализаций по поводу соматических заболеваний.

4. Лица с обнаруженной высокой вероятностью длительно существующей алкогольной зависимости наименее благожелательно настроены к скринингу алкогольных проблем, соглашаются на него только после заверений в конфиденциальности результатов и научных целях проводимого скрининга. Такие пациенты не склонны следовать рекомендациям врачей-интернистов по сокращению потребления спиртного, как и всем прочим рекомендациям. Часть из них не демонстрирует приверженности лечению их соматических заболеваний, а госпитализируется в стационары по социальным мотивам.

Список литературы

1. Демин А.К., Демина И.А. Здоровье населения и алкогольная эпидемия в России: лекарство от жизни? // Алкоголь и здоровье населения России 1900—2000 / Под ред. А.К. Демина. — М.: Российская Ассоциация общественного здоровья, 1998. — С. 16.
2. Комитет экспертов по проблемам, связанным с потреблением алкоголя. Второй доклад. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2006 г. (Серия технических докладов ВОЗ, 944).
3. Немцов А.В. Алкогольная ситуация в России // Доклад по политике в области общественного здоровья №2 Серии «Здоровье для всех — все для здоровья в России» / Под ред. А.К. Демина. — М.: Российская Ассоциация общественного здоровья, Фонд «Здоровье и окружающая среда», 1995. — 126 с.
4. Огурцов П.П., Покровский А.Б., Успенский А.Е. // Материалы Всерос. форума «Алкоголь и здоровье населения России 1900—2000». — М., 1998. — С. 167—173.
5. Пауков В.С., Беляева Н.Ю., Воронина Т.М. // Тер. арх. — 2001. — Т. 2. — С. 65—67.
6. Сиволап Ю.П., Савченков В.А. Алкоголизм и последствия злоупотребления алкоголем // Лечащий врач. — 2008. — №4.
7. Сидоров П.И., Ищенко Н.С., Соловьев А.Г. Соматогенез алкоголизма. — М., 2003.
8. Щукин М.А. Алкоголь и алкоголизм. Внутренние болезни / Пер. с англ. — М.: Медицина, 1997. — С. 433—446.
9. Чернобровкина Т.В. Энзимопатии при алкоголизме. — Киев: Здоровья, 1992. — 312 с.

10. Aalto M., Seppa K. Use of laboratory markers and the AUDIT questionnaire by primary care physicians to detect alcohol abuse by patients // *Alcohol and Alcoholism*. — 2005. — Vol. 40(6). — P. 520—523. (14 refs.).
11. Allen J.P., Litten R.Z., Fertig J.B., Babor T. A review of research on the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) // *Alcohol Clin. Exp. Res.* — 1997. — Vol. 21. — P. 613—619.
12. Babor T.F., Higgins-Biddle J.C. Alcohol screening and brief intervention: dissemination strategies for medical practice and public health // *Addiction*. — 2000. — Vol. 95. — P. 677—686.
13. Beich A., Thorsen T., Rollnick S. Screening in brief intervention trials targeting excessive drinkers in general practice: systematic review and meta-analysis // *BMJ*. — 2003. — Sep. 6. — Vol. 327(7414). — P. 536—542.
14. Cherpitel C.J. Screening for alcohol problems in the emergency department // *Ann. Emerg. Med.* — 1995. — Vol. 26. — P. 158—166.
15. Conigrave K.M., Hall W.D., Saunders J.B. The AUDIT questionnaire: choosing a cut-off score // *Addiction*. — 1995. — Vol. 90. — P. 1349—1356.
16. Cottler L.B., Brant B.F., Blaine J., Mavreas V., Pull C., Hasin D. et al. Concordance of DSM-IV alcohol and drug use disorder criteria and diagnoses as measured by AUDADIS-ADR, CIDI and SCAN // *Drug Alcohol Depend.* — 1997. — Vol. 47. — P. 195—205.
17. Chung T., Colby S.M., Barnett N.P. et al. Screening adolescents for problem drinking: Performance of brief screens against DSM-IV alcohol diagnoses // *Journal of Studies on Alcohol* 2000. — Vol. 61(4). — P. 579—587.
18. Desy P.M., Perhats C. Alcohol screening, brief intervention, and referral in the emergency department: an implementation study // *J. Emerg. Nurs.* — 2008. — Feb. — Vol. 34(1). — P. 11—19.
19. Dolman J.M., Hawkes N.D. Combining the AUDIT Questionnaire and biochemical markers to assess alcohol use and risk of alcohol withdrawal in medical inpatients // *Alcohol and Alcoholism*. — 2005. — Vol. 40(6). — P. 515—519.
20. Fleming M. Screening and brief intervention in primary care settings // *Alcohol Research & Health*. — 2004/2005. — Vol. 28(2). — P. 57—62.
21. Knight J.R., Harris S.K., Sherritt L., Van Hook S., Lawrence N., Brooks T., Carey P., Kossacs R., Kulig J. Adolescents preference for substance abuse screening in primary care practice // *Subst. Abus.* — 2007. — Vol. 28(4). — P. 107—117.
22. Pokorny A.D., Miller B.A., Kaplan H.B. The brief MAST: a shortened version of the Michigan Alcoholism Screening Test // *Am. J. Psychiatry*. — 1972. — Vol. 129. — P. 342—345.
23. Saunders J.B., Aasland O.G., Babor T.F. et al. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption-II // *Addiction*. — 1993. — Vol. 88. — P. 791—804.
24. Selzer M.L. The Michigan Alcoholism Screening Test: the quest for a new diagnostic instrument // *Am. J. Psychiatry*. — 1971. — Vol. 127. — P. 1653—1658.
25. Volk R.J., Steinbauer J.R., Cantor S.B., Holzer C.E. 3rd. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) as a screen for «at risk» drinking in primary care patients of different racial/ethnic backgrounds // *Addiction*. — 1997. — Vol. 92. — P. 197—206.
26. Whitlock E.P. et al. Behavioral counseling interventions in primary care to reduce risky/harmful alcohol use by adults: a summary of the evidence for the US Preventive Services Task Force // *Annals of Internal Medicine*. — 2004. — Vol. 140. — P. 557—568.
27. U.S. Preventive Services Task Force. Screening and Behavioral Counseling Interventions in Primary Care to Reduce Alcohol Misuse: Recommendation Statement // *Ann. Intern. Med.* — 2004. — Vol. 140. — P. 555—557.

SCREENING ALCOHOL RELATED PROBLEMS IN GENERAL PRACTICE

SMIRNOVA V.N.

Resident of S.S. Korsakoff Clinic of Psychiatry of I.M. Sechenov Moscow Medical Academy

The preliminary study of the possibility of screening alcohol related problems in general practice using a set of standard skrinig-methods. The object of this study were 74 patients who are receiving treatment for somatic diseases in general hospital. For the screening of alcohol problems was selected test CAGE, "Map of self-report PAS" compiled P.P. Ogurtsov et al., 1997, test AUDIT, a modified test "mesh LeGo" (LeGo P.M., 1976, update O.B. Zharikov et al., 2005). More than half surveyed (52.11%) screened positive for the presence of problematic consumption of alcohol: problematic consumption of alcohol without any signs of dependence — 29.58%, high risk of having alcoholism was found in 22.54%. Three patients refused to participate in the study, but the majority of surveyed quite favorably reacted to the idea of screening alcohol related problems in Russian hospitals.

Key words: alcoholism, screening, alcohol related problems.