

## Чрезмерное потребление алкоголя как проблема общественного здравоохранения: обзор ситуации и мер по его профилактике

Андреева Л.А.

Минский областной клинический центр «Психиатрия-наркология»

Чрезмерное потребление алкоголя является одной из основных причин медицинских и социальных проблем в Европе. Странами региона разработаны стратегии и программы по сокращению вреда, связанного с алкоголем. ВОЗ предложены эффективные и экономически обоснованные меры профилактики чрезмерного потребления алкоголя для системы здравоохранения. Важнейшей является внедрение в учреждениях первичного звена здравоохранения программ раннего выявления и кратких консультаций для пациентов, потребляющих алкоголь чрезмерно. В Беларуси скрининг и консультирование таких пациентов до настоящего времени не внедрены. В статье обсуждается необходимость разработки адаптированной к условиям страны модели выявления и консультирования в первичном звене здравоохранения пациентов трудоспособного возраста, имеющих чрезмерное употребление алкоголя, включенной в существующий организационный механизм медицинской помощи, для достижения устойчивых результатов по сокращению заболеваемости и смертности, связанной с алкоголем.

Excessive alcohol consumption is one of the main health and social problems in the Europe. Regional countries developed strategies and programs to reduce the harmful use of alcohol. WHO proposed evidence-based and cost-effective alcohol prevention actions in the health care sector. Most important is implementation of early identification of patients with excessive alcohol consumption and brief intervention programs in primary health care (PHC). Alcohol screening and consulting in Belarus PHC are still not introduced. Model of identification and interviewing of working age patients who drink alcohol excessively should be developed. For the achievement of stable results in alcohol-related morbidity and mortality decrease this model should be adapted at the country level and implemented in current system of health care management.

Вредное потребление алкоголя является глобальной проблемой, которая представляет угрозу, как для отдельных людей, так и для всего общества. Хотя алкоголь потребляет менее половины населения планеты, он является третьим в мире ведущим фактором риска заболеваний и преждевременной смерти после табакокурения и высокого артериального давления.

По подсчетам ВОЗ каждый человек в возрасте 15 лет и старше ежегодно выпивает в среднем 6,2 литра чистого спирта. Но в действительности алкоголь употребляют 38,3% населения планеты. Это означает, что употребляющие алкоголь люди ежегодно выпивают около 17 литров чистого спирта [42].

Европейские страны лидируют по уровню употребления алкоголя на душу населения, причем некоторые из них имеют особо высокие значения. Так, согласно рейтингу стран мира по уровню потребления алкоголя, опубликованному ВОЗ в 2011 году, Россия занимала 4-е место в мире (15,76л), Беларусь – 10-е место (15,13 л) [41].

Согласно Глобальному докладу ВОЗ о положении в области алкоголя и здоровья 2014 года Россия и Беларусь по-прежнему находятся в десятке стран, лидирующих по уровню употребления алкоголя на душу населения.

По данным ВОЗ алкоголь ежегодно приводит к 2,5 миллионам случаев смерти. В 2012 году вредное употребление алкоголя стало причиной смерти уже 3,3 миллиона человек, что на 800 тысяч человек больше, чем в предыдущем году. Каждые десять секунд на планете от чрезмерного употребления спиртных напитков гибнет один человек.

Согласно косвенным оценкам, основанным на динамике уровня связанной с алкоголем смертности, вклад алкоголя в общую смертность в Беларуси составляет 18,5% [23, 24].

Потребление алкоголя имеет вредные последствия, которые включают: антиобщественное поведение, отрицательное воздействие на здоровье; насилие, суициды, убийства; плохое сексуальное и репродуктивное здоровье, опасное сексуальное поведение, риск инфекционных заболеваний через иммунодепрессию [66].

Организаторы здравоохранения хорошо понимают взаимосвязь потребления алкоголя со смертностью и заболеваемостью населения. В этой области проведено большое количество научных исследований. Обзоры международной литературы выделяют, по крайней мере, 61 разновидность ущерба, болезней или смертей, которые потенциально обусловлены употреблением алкоголя. Условно все проблемы со здоровьем в связи с употреблением алкоголя можно разделить на 3 группы: 1) проблемы, возникающие вследствие острой алкогольной интоксикации; 2) проблемы, возникающие вследствие хронического токсического воздействия алкоголя на органы и системы; 3) проблемы, возникающие вследствие формирования зависимости от алкоголя как от психоактивного вещества [11, 12, 23, 50, 57, 58, 63].

Реальный абсолютный риск смерти от обусловленного алкоголем заболевания возрастает прямо пропорционально количеству алкоголя,

выпитому в течение жизни. Среди умерших от алкоголя во всем мире и Республике Беларусь в том числе преобладают главным образом лица среднего возраста (и особенно мужчины) [11].

Злоупотребление алкоголем ассоциируется с артериальной гипертензией, аритмией, структурными и функциональными повреждениями сердечной мышцы [19]. От 21% до 36% всех случаев дилатационной кардиомиопатии обусловлены злоупотреблением алкоголем. У 10-35% лиц, умерших в результате внезапной коронарной смерти, обнаруживаются признаки алкогольной кардиомиопатии (АКМП). АКМП чаще развивается у мужчин в возрасте 35-55 лет. Признаки сердечной дисфункции обнаружены приблизительно у 30% лиц, злоупотребляющих алкоголем [52].

Различные исследования доказали линейную взаимосвязь между злоупотреблением алкоголем и высоким артериальным давлением, дозозависимую взаимосвязь между потреблением алкоголя и риском инсульта [59]. У лиц, злоупотребляющих алкоголем, гипертоническая болезнь встречается в 3 раза чаще, чем у трезвенников [46].

Среди всех лиц, умерших от болезней системы кровообращения в Республике Беларусь в 2010 г., из имевшихся у них факторов риска на первом месте находилось курение (54,2%), на втором – злоупотребление алкоголем (43,1%) и только на третьем месте – артериальная гипертензия (42,4%). При этом, среди умерших в трудоспособном возрасте от болезней системы кровообращения мужчин злоупотребляли алкоголем 45,6%, среди женщин – 24,8% [3].

Алкоголь является одним из факторов риска развития онкологических заболеваний [55]. Отмечают связь злоупотребления алкоголем с развитием около 75% случаев рака пищевода и около 50% случаев рака полости рта, глотки и гортани [64]. Взаимосвязь с алкоголем установлена также для рака печени, молочной железы, желудка, поджелудочной железы, толстого кишечника [62].

Важной проблемой здравоохранения являются алкогольные поражения печени: с алкоголем связаны от 50 до 80% всех смертей от цирроза печени [17].

Злоупотребление алкоголем ведет к формированию алкогольной зависимости, алкогольным психозам и алкогольной энцефалопатии. Алкогольная энцефалопатия является одной из основных причин деменции и диагностируется у 10-30% пациентов с клиническими признаками слабоумия [60]. Признаки когнитивных нарушений отмечаются у большинства лиц, злоупотребляющих алкоголем.

Доказана взаимосвязь между потреблением алкоголя и суицидальным поведением [18, 22]. Согласно данным Государственной службы

медицинских судебных экспертиз Беларуси более 60% мужчин и более 30% женщин, покончивших жизнь самоубийством, имели в крови алкоголь на момент смерти [7]. Увеличение общего уровня потребления алкоголя на душу населения на 1 л сопровождается ростом уровня суицидов на 6,6% (7,4% - среди мужчин и 3,1% - среди женщин). Алкогольный суицид является преимущественно мужским феноменом. Увеличение общего уровня потребления алкоголя на 1 литр ассоциируется с ростом уровня суицидов среди мужчин в возрасте 15–25 лет на 7,3%, 30–44 – на 8,2%, 45–59 – на 8,2%, 60–74 – на 8,3%, а также среди женщин в возрасте 30–44 года – на 4,7 и 45–59 – на 3,9%. Таким образом, сила связи между уровнем потребления алкоголя и уровнем самоубийств среди мужчин примерно одинакова во всех возрастных группах, а среди женщин эта связь наиболее выражена в возрастной группе 30–44 года [21].

Злоупотребление алкоголем приводит к многочисленным травмам и смертям, в том числе, в результате производственного травматизма, дорожно-транспортных происшествий, совершенных лицами, находящимися в состоянии алкогольного опьянения, гибели на пожарах, утоплениям, убийствам и причинению тяжких телесных повреждений [20].

Таким образом, злоупотребление алкоголем является основной причиной стремительного накопления демографических и социальных проблем в обществе. В связи с этим в 1990 году ВОЗ начала активные действия по выработке единой политики в отношении потребления алкоголя во всех государствах-членах.

В 1992 году Европейское региональное бюро (ЕРБ ВОЗ) первым из всех региональных бюро ВОЗ взяло на себя инициативу по разработке и принятию плана действий в отношении алкоголя в масштабах Европы. С этого момента ЕРБ ВОЗ остается лидером в разработке антиалкогольной политики, инициировании информационных и просветительских акций относительно вреда алкоголя и необходимости регулярно принимать меры против его потребления ради сохранения здоровья нации.

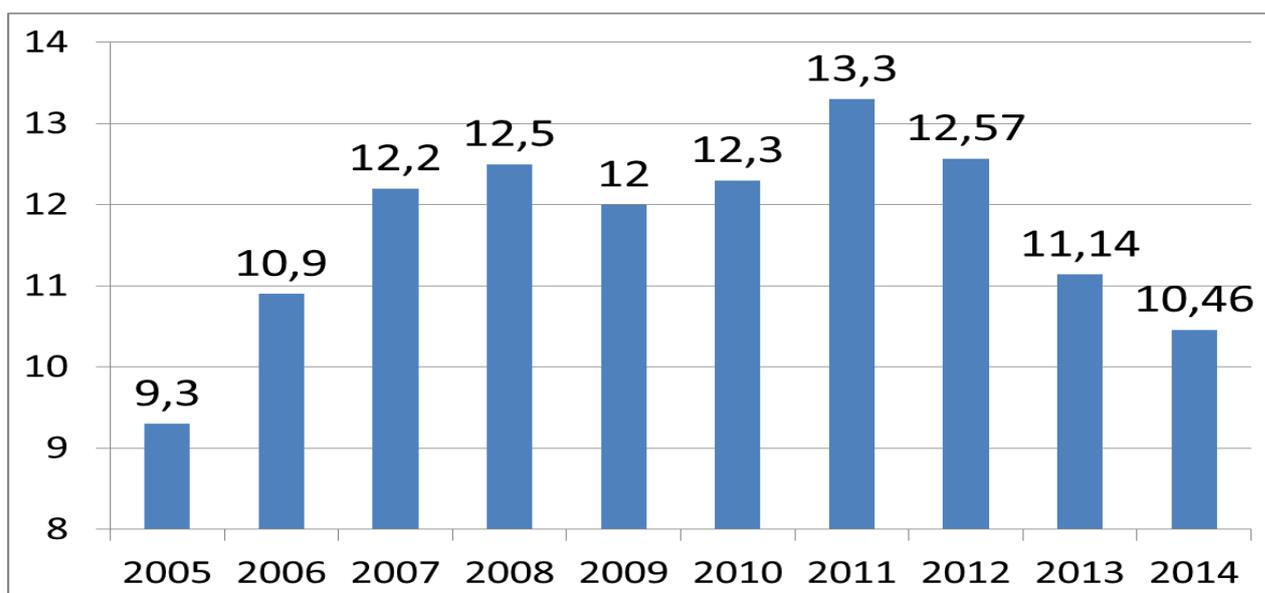
Всемирная ассамблея здравоохранения на шестьдесят третьей сессии в 2010 г. утвердила глобальную стратегию сокращения вредного употребления алкоголя и призвала государства-члены принять комплекс национальных ответных мер на проблемы общественного здравоохранения, вызываемые злоупотреблением алкоголем.

В документе ВОЗ «Глобальный план действий по профилактике и контролю неинфекционных заболеваний на 2013-2020 гг.» вредное потребление алкоголя названо в числе четырёх основных распространенных факторов риска (наряду с потреблением табака, нездоровым питанием, гиподинамией), что требует действий, направленных на его сокращение.

По данным ЕРБ ВОЗ, в большинстве стран Региона приняты стратегии и планы по сокращению вреда, связанного с алкоголем [66]. К их числу относится и Республика Беларусь.

Постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 6 января 2000 г. № 23 была одобрена Концепция государственной антиалкогольной политики (далее – Концепция), ставшая одним из центральных документов, определивших основы деятельности государства по сохранению и улучшению здоровья людей, сокращению прямых и косвенных потерь общества вследствие злоупотребления алкоголем.

В соответствии с Концепцией были разработаны Государственная программа национальных действий по предупреждению и преодолению пьянства и алкоголизма на 2001-2005 годы (утверждена постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 23 августа 2000 г. № 1332) и Государственная программа национальных действий по предупреждению и преодолению пьянства и алкоголизма на 2006 – 2010 годы (утверждена постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 27 апреля 2006 г. № 556). Реализация этих Государственных программ привлекла широкое внимание общественности и государственных органов к проблеме злоупотребления алкоголем. В то же время за этот период в Республике Беларусь потребление алкоголя на душу населения в пересчете на абсолютный алкоголь выросло на 39,8%. На рисунке № 1 представлена динамика продажи алкогольных напитков в Беларуси за последние 10 лет (2005-2014гг.) в пересчете на абсолютный алкоголь на душу населения.



В связи с отчетливой тенденцией роста потребления алкоголя Государственная программа национальных действий по предупреждению и преодолению пьянства и алкоголизма на 2011-2015 годы, утвержденная постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 11 января 2011 г.

№ 27 (далее – Государственная программа на 2011-2015 гг.) была разработана с учетом рекомендаций Глобальной стратегии по сокращению вредного употребления алкоголя, утвержденной 63 сессией Всемирной ассамблеи здравоохранения в мае 2010 года [25]. Это позволило достичь снижения уровня потребления алкоголя населением с 13,3 л абсолютного алкоголя на душу населения в 2011 году до 10,46 л в 2014 году.

Одним из основных направлений Государственной программы на 2011 – 2015 годы является создание эффективной системы социальной и индивидуальной медицинской профилактики пьянства и алкоголизма и их негативных социальных последствий.

При разработке системы профилактики важным является определение эффективности государственных мероприятий по профилактике и устранению последствий пьянства и алкоголизма. И вопрос стоит не только в констатации факта «эффективность – неэффективность» конкретных общегосударственных мер, а в применении тех предложений и мер, которые заранее можно было бы считать эффективными [8].

Социокультурные технологии и технологии индивидуального профилактического консультирования обладают очень высоким потенциалом влияния на здоровье населения. Вместе с тем, текущее состояние всех технологий профилактической медицины в Республике Беларусь, кроме санитарно-гигиенических, является неудовлетворительным [26].

Традиционно ВОЗ делит профилактику на три уровня: первичную, вторичную и третичную профилактику.

Первичная профилактика проблем, связанных с алкоголем – это мероприятия, направленные на предупреждение начала употребления алкоголя или увеличение возраста начала его употребления. Вторичная профилактика включает мероприятия по предотвращению проблемного употребления алкоголя на стадии его чрезмерного употребления без сформировавшихся признаков зависимости с целью уменьшения степени повреждений у индивидуума. Третичная профилактика направлена на преодоление зависимого поведения и минимизацию проблем при злоупотреблении алкоголем. Данный вид профилактики имеет целью помочь индивидууму достигнуть и поддерживать улучшенный уровень функционирования и здоровья. В понятие третичной профилактики включены реабилитация и предотвращение рецидивов. Третичная профилактика и лечение лиц с зависимостью являются близкими вмешательствами, в связи с этим истинно профилактические вмешательства правильнее было бы рассматривать только как первичную и вторичную профилактику.

В настоящее время в Республике Беларусь преимущественно используется первичная профилактика алкогольной зависимости, а также совершенствуется система помощи лицам, уже страдающим зависимостью от алкоголя (лечение и медицинская реабилитация). К сожалению, система вторичной профилактики алкогольных рисков мало развита и остается в стороне от внимания медицинских работников

Другой подход к профилактике был разработан Институтом медицины в США в 1994 году. Была предложена новая модель классификации профилактики, базирующаяся на классификации Gordon, данной им для профилактики болезней [43]. Согласно этой новой модели классификации, профилактика делится на три вида: универсальную, селективную и индикативную. Следует подчеркнуть, что данные три вида профилактических вмешательств не соответствуют в полной мере трем видам профилактики, принятым в здравоохранении (первичная, вторичная и третичная профилактика). Существенное преимущество новой классификации профилактики применительно к алкоголю состоит в том, что она проводит четкую границу между профилактикой употребления алкоголя и лечением.

Универсальные профилактические программы предназначены для всей популяции в целом или подгрупп всей популяции, таких как школы или сообщества, без учета индивидуального риска начала употребления алкоголя. Дети и молодые люди обычно являются фокусом таких универсальных программ, которые направлены на предотвращение употребления алкоголя или на более позднее начало употребления.

Селективные программы профилактики ориентированы на группы или подгруппы общей популяции, которые находятся в группе повышенного риска развития проблем, связанных с употреблением алкоголя, по сравнению со всей популяцией, и которые уже могли начать употреблять алкоголь. Дети, исключенные из школы или дети лиц, злоупотребляющих алкоголем, являются примерами подобных групп, которые особенно подвержены проблемному повреждающему употреблению алкоголя.

Индикативные профилактические программы направлены на лиц, которые уже начали употреблять алкоголь и демонстрируют поведение, которое повышает вероятность проблемного употребления алкоголя, но у которых нет критериев для постановки диагноза зависимости. Индикативные профилактические программы имеют целью прекращение или уменьшение продолжающегося употребления, а также предупреждение проблемного повреждающего употребления.

Государственной программой на 2011-2015 годы предусмотрено создание эффективной системы индивидуальной медицинской профилактики

пьянства и алкоголизма, поэтому в нашей работе рассмотрены вопросы именно вторичной профилактики алкогольных проблем, или индикативные профилактические программы. При разработке таких программ возникает ряд вопросов: как выявить лиц, в отношении которых необходимо проводить индивидуальную медицинскую профилактику; какие методики индивидуального консультирования следует применять с учетом их эффективности; кто будет проводить выявление и индивидуальное консультирование; как встроить индивидуальную медицинскую профилактику пьянства в существующую систему оказания медицинской помощи и сделать стабильно работающей.

Приведенный ниже рисунок 2 в форме треугольника дает приблизительную иллюстрацию того, как можно представить себе популяцию пьющих людей и виды необходимой при этом помощи [5].



Традиционно вопросы, связанные с употреблением алкоголя, относят к компетенции специализированной наркологической службы. Но сектор специализированной помощи по алкогольным проблемам не может быть единственным местом оказания помощи. Специализированная служба должна работать там, где алкогольные проблемы значительные или серьезные и требуют специализированного лечения.

Необходимо организовать работу системы здравоохранения таким образом, чтобы спектр действий соответствовал спектру имеющихся проблем. Часть пациентов здравоохранения не имеет проблем, связанных с употреблением алкоголя, либо потребление алкоголя вызывает небольшие проблемы. В таком случае достаточно первичных профилактических мер в

виде предоставления информации (буклет, листовка) о безопасном употреблении алкоголя.

Часть пациентов первичного звена системы здравоохранения, обращающихся за помощью в связи с соматическим заболеванием или прохождением профилактических осмотров, имеет умеренные проблемы, связанные с употреблением алкоголя, но не страдает синдромом зависимости от алкоголя, т.е. занимает среднюю часть «айсберга», которая в дальнейшем может передвинуться к его верхушке. В данном случае требуется профилактическое вмешательство со стороны любого врача первичного звена в виде индивидуального консультирования по риску алкогольных проблем. Более того, если мы хотим, чтобы связанные с алкоголем проблемы существенно сократились, характер их распределения среди населения подсказывает, что основные действия должны быть направлены на тех, у кого проблемы небольшие или умеренные.

Эпидемиологические исследования показывают, что большинство вреда вследствие употребления алкоголя возникает не из-за пьющих с тяжелой алкогольной зависимостью, а в большей степени связано с чрезмерным и опасным употреблением алкоголя, т.е. с потреблением, превышающим рекомендуемый уровень [30].

В своем выступлении на 162-ом ежегодном собрании Американской психиатрической ассоциации Dr. Willenbring указал на необходимость сместить фокус внимания с пациентов с алкогольной зависимостью на более обширную группу людей чрезмерно употребляющих алкоголь и более активно внедрять в практику инструменты по раннему выявлению и профилактическим интервенциям в первичном здравоохранении. Он отметил, что согласно результатам проведенного исследования National Epidemiologic Study on Alcohol and Related Conditions (NESARC) только 1 из 8 человек, у которых развивается алкогольная зависимость, когда-либо в своей жизни получает какое-либо лечение данного заболевания, и только 1 из 4 получает какой-либо совет либо консультацию по этому поводу [40].

Всемирная организация здравоохранения подчеркивает важную роль служб первичной медицинской помощи (ПМП) в реализации профилактических стратегий в отношении алкоголя [2]. Сектор первичной медико-санитарной помощи обладает огромным потенциалом:

во многих странах ПМП отвечает за определенное население, и большая часть населения зарегистрирована за своим конкретным врачом;

уровень посещаемости служб ПМП населением довольно высок (от  $\frac{2}{3}$  до  $\frac{3}{4}$  населения ежегодно консультируются со своим врачом общей практики, а уровень посещаемости составляет от трех до четырех

консультаций на каждого пациента в год, что сопоставимо с посещаемостью служб ПМП в Республике Беларусь;

службы ПМП являются уважаемым источником информации, всё больше повышаются ожидания населения, что службы первичной медико-санитарной помощи будут предоставлять поддержку и советы по вопросам образа жизни;

те, кто пьет много, посещают своих врачей общей практики в два раза чаще, чем пьющие в небольших количествах, что увеличивает возможность попутного воздействия в учреждениях ПМП на тех, кто больше всего нуждается в этой помощи;

ПМП имеет возможность использовать «момент обучения», связывая причину визита пациента к врачу с потреблением алкоголя пациентом;

службы ПМП работают на постоянной основе, и до двух третей консультаций могут включать повторные посещения, которые являются идеальными условиями для проведения консультаций по процессу модели изменений и для проведения мотивационного собеседования.

Еще в 1980 эксперты ВОЗ обозначили необходимость разработать эффективный метод идентификации людей, чрезмерно употребляющих алкоголь и метод интервенции, направленный на изменения паттерна чрезмерного употребления алкоголя с целью профилактики последствий для здоровья. Необходимыми условиями были применимость в первичной сети здравоохранения с минимальными временными затратами и ресурсами. В этом контексте в 1982 году был инициирован проект ВОЗ по разработке скрининга и короткого вмешательства, применимого в первичной сети здравоохранения. Результатом работы стал тест по выявлению приносящего вред потребления алкоголя - Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). AUDIT на протяжении 20 лет проходил оценку в разных странах мира и подтвердил свою эффективность и валидность в разных культуральных, гендерных и возрастных группах.

Для категории лиц, имеющих умеренные проблемы, связанные с употреблением алкоголя, ВОЗ рекомендует использовать метод краткосрочного вмешательства (КВ), которое может осуществляться врачами любых организаций здравоохранения. КВ заключается в выявлении специалистами зоны первичного контакта и помощи проблемно пьющим людям до того, как у них возникнут тяжелые медицинские и социальные проблемы вследствие злоупотребления алкоголем. Данный метод является наиболее ресурсоемкой опцией алкогольной политики, требующей вложения средств в объеме 0,42 доллара США на душу населения в странах Азии, 1,04 доллара США в странах Америки и 1,78 доллара США в странах Европы [31].

Leif I. Solberg с соавторами провел систематический обзор литературы с 1992 по 2004 год посвященный анализу стоимость/эффективность КВ в первичном здравоохранении и влиянии интервенции на здоровье [56]. Оценка эффективности КВ в учреждениях первичного медицинского звена многих стран мира показала, что соотношение стоимость/эффективность данной стратегии составляет 2016 долларов США за сохраненный год полноценной жизни в странах Азии, 2671 доллар США в Европе и 3870 долларов США в Америке [32]. Относительно показателя «затраты-эффективность» использования скрининга и КВ в первичной сети здравоохранения исследование, проведенное в США, указывает на сохранение экономического эффекта применения КВ в течение 4 лет после интервенции [39].

КВ следует рассматривать как эффективный инструмент, который заполняет пробел между первичной профилактикой и более интенсивным наркологическим лечением в случае выраженных проблем. В общем понимании КВ – практика консультирования (вне специализированной наркологической службы), целью которой является выявление реальных либо потенциальных проблем, связанных с употреблением алкоголя, и мотивация человека на изменение вредного стиля употребления алкоголя.

КВ включает в себя процедуру оценки интенсивности употребления алкоголя и наличия либо потенциальной возможности наличия тех или иных проблем, связанных с употреблением алкоголя. После детальной оценки состояния клиента ему представляется обратная связь, целью которой является побуждение клиента к изменению привычного паттерна употребления алкоголя. Обычно, оценка включает в себя получение информации о частоте и количестве употребляемого алкоголя, наличии определенных последствий, как в социальном плане, так и в отношении здоровья. Первоочередной целью вмешательства является формирование принятия проблемы и повышение уровня ее осознания, после чего предлагаются приемлемые рекомендации по изменению паттерна употребления алкоголя (уменьшение частоты и/или количества употребляемого алкоголя, развитие навыков самоконтроля, посещение нарколога, участие в группах взаимопомощи и др.). Как правило, клиенту предлагается меню опций или стратегий, необходимых для достижения поставленной цели, и предлагается осуществить выбор, тем самым формируя ответственность и активную позицию в терапевтическом процессе. Последующее наблюдение (контрольные визиты) предоставляют возможность отслеживать прогресс изменений и поддерживать мотивацию клиента на изменения [34].

Различают несколько видов коротких вмешательств по снижению потребления алкоголя:

скрининг с помощью теста с обсуждением результатов теста и выдачей пациенту буклета;

скрининг с представлением обратной связи, структурированной информации об алкоголе, короткий совет и выдача пациенту буклета (занимает 5 минут, может проводиться до 5 вмешательств);

краткосрочное вмешательство, при котором вначале после скрининга дается короткий совет (5 мин), затем проводится мотивационная консультация (20 мин) и выдача буклета пациенту. Мотивационная консультация включает простые техники изменения поведения (мотивационное интервьюирование или когнитивно-поведенческая терапия), может проводиться от 1 до 5 встреч.

Данные вмешательства могут проводиться любым медицинским работником с высшим или средним медицинским образованием.

Для проведения КВ важны следующие принципы: Обратная связь (Feedback), Ответственность (Responsibility), Совет (Advice), Набор моделей поведения (Menu), Эмпатический стиль (Empathic style), Самоэффективность (Self-efficacy), заглавные буквы которых образуют аббревиатуру FRAMES.

Проведено множество рандомизированных исследований в различных условиях медицинской помощи, подтверждающих эффективность КВ: на уровне врачей общей практики, приемных отделений больниц, терапевтических отделений больниц, специализированных отделений (травматология, и др.), медицинских подразделений предприятий (медсанчасти, здравпункты) [33, 47, 61].

Результаты анализа показывают, что злоупотребляющие алкоголем пациенты после проведения КВ в половине случаев снижали уровень употребления до умеренного по сравнению с злоупотребляющими алкоголем пациентами, в отношении которых КВ не проводилось. Подобные исследования в организациях здравоохранения Республики Беларусь не проводились.

Мета-анализ 14 исследований с участием 4041 пациента (в основном мужчин) показал существенное снижение смертности от всех причин после проведения КВ по сравнению с группой контроля: на 42% в течение первого года после проведения КВ и на 60% в течение следующего года [51].

При этом установлено, что интенсивная интервенция не более эффективна, чем менее интенсивная [37].

В недавнем обзоре показано, что метод КВ эффективен не только в научном плане, но и в клиническом отношении [53, 65]. Доказана

эффективность КВ, проводимого медицинскими сестрами (по сравнению с контрольной группой) [48].

При оценке эффективности КВ, проводимого врачами, и КВ, проводимого медсестрами, получены сопоставимые результаты, но затраты на проведение КВ медсестрами - на треть меньше [33].

Хотя многочисленные исследования показывают эффективность краткосрочного вмешательства для чрезмерно пьющих, эта интервенция остается в стороне внимания врачей поликлинического звена [25, 28]. КВ до сих пор не применяется в первичной сети здравоохранения как рутинная практика, его использование остается скорее исключением, нежели правилом [49].

Барьерами на пути использования КВ в повседневной практике являются следующие факторы:

отсутствие четкого осознания и понимания выгоды использования метода в первичной сети здравоохранения среди организаторов здравоохранения;

у большинства врачей нет знаний и навыков относительно КВ, и они не имеют должной мотивации проводить профилактику злоупотребления алкоголем среди своих пациентов;

загруженность работой, зачастую не имеющей практической полезности; неадекватное распределение приоритетов в своей работе;

отсутствие интеграции между наркологическими службами и поликлинической службой, формальность во взаимодействии, отсутствие совместного обсуждения терапевтического плана по общим пациентам.

Аналогичные результаты получены нами при проведении анкетирования медицинских работников в Минской области. Данные опроса показали также, что значительная часть опрошенных медицинских работников сомневается в эффективности своих действий и возможностей по снижению потребления алкоголя пациентами. А значит, стоит задача доказательства рекомендуемой к применению методики в условиях реального первичного звена здравоохранения Республики Беларусь на реальных пациентах [4].

Telmo Mota Ronzani с соавторами, изучая эффективность использования профилактики проблем, связанных со злоупотреблением алкоголя, в малонаселенных городах Бразилии, также обращает внимание на важность создания адаптированной к условиям страны программы по подготовке медперсонала, дальнейшего контроля качества проведения КВ и включения в профилактическую работу среднего медперсонала. Он отмечает, что существенным препятствием в интеграции КВ в рутинную практику

является высокий уровень морализаторской модели в отношениях с пациентами с алкогольными проблемами [29].

В 2014 году проведен сравнительный анализ внедрения короткого вмешательства в разных странах Европы [38]. КВ внедрено повсеместно в Финляндии, Швеции, Великобритании, Италии и Испании. Внедрение было начато после участия стран в совместном исследовании скрининга и КВ, проведенном ВОЗ, за исключением Швеции, где в 2004-2010 годах реализовывался Проект по снижению рискованного потребления алкоголя, и Шотландии, где с 2008 г. был установлен вначале трехлетний план по проведению КВ (150 тысяч), а затем доведен план на 2011 г. в 60 тысяч КВ, которые оплачивались государственным бюджетом дополнительно.

Во всех странах для скрининга используется AUDIT и короткое вмешательство (10 минут) в виде совета и FRAMES-принципов для КВ.

Показано, что факторами эффективного внедрения практики на уровне страны являются: официально утвержденное (на уровне государственного органа управления здравоохранением) руководство по проведению скрининга и КВ, обучение специалистов (тренеров), которые будут проводить подготовку медработников на местах с изданием электронных и бумажных пособий, вовлечение большого числа врачей и медсестер разных организаций, оплата медработникам за проведение КВ, четкое взаимодействие с наркологической службой, текущий мониторинг и оценка вмешательств, дополнительное государственное финансирование процесса внедрения, включение внедрения КВ в национальную программу по профилактике алкоголя, наличие в стране одной организации, которая бы координировала процесс внедрения КВ.

Для успешного внедрения скрининга и КВ рекомендовано включать их в уже существующие в стране клинические практики (диспансеризация, профилактические осмотры и др.), а также вводить оплату медицинским работникам за проведение КВ. Так, в Великобритании после введения оплаты за проведение КВ было показано, что из 382 тысяч пациентов более чем у 500 врачей общей практики 76% пациентов прошли скрининг на потребление алкоголя при первичном осмотре врачом [54].

Различные организационные модели внедрения скрининга и КВ и их результаты изучены на протяжении 10 лет в Великобритании. Показано, что для получения эффекта на уровне популяции внедрение КВ только в целевых группах недостаточно - оно должно быть повсеместным. Так при очередном визите к врачу общей практики - 96% населения пройдут скрининг и 70-80% получат КВ. При осмотре в приемном отделении (при госпитализации) - 30% населения пройдут скрининг и 18% получат КВ [44].

Повсеместное внедрение КВ на уровне страны вместе с мерами ограничения доступа к алкоголю (финансовых и территориальных) и мерами повышения осознания ненормальности чрезмерного потребления алкоголя в обществе - наиболее эффективно [44].

Разработка профилактических стратегий в отношении потребления алкоголя и адаптация краткосрочного вмешательства к русскоязычному населению проводится и в странах постсоветского пространства [14, 15, 16]. Но основная масса проводимых научных исследований в России сосредоточена на социально-гигиенических аспектах профилактики алкоголизации подростков и молодежи.

В Российской Федерации не проводились какие-либо научные исследования по разработке и оценке эффективности применения в системе здравоохранения профилактических стратегий для снижения потребления алкоголя для взрослого населения.

В методических рекомендациях «Организация проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров взрослого населения», разработанных Государственным научно-исследовательским центром профилактической медицины Министерства здравоохранения Российской Федерации и утвержденных в 2013 году, в число основных целей профилактических осмотров населения включено выявление и коррекция основных факторов риска, в том числе пагубного потребления алкоголя (рубрика Z 72.1 в классификации МКБ-10). В данных рекомендациях представлено примерное содержание углубленного профилактического консультирования пациента с выявленным пагубным потреблением алкоголя, но механизм выявления таких пациентов не предложен, подразумевается, что пациент при прохождении профилактического осмотра сам откровенно ответит на вопросы о количестве потребляемого им алкоголя. Периодичность последующих встреч с пациентом не оговорена. Научное исследование эффективности предложенной методики применительно к практическому здравоохранению не проведено.

Приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 17.02.2012 г. № 89 утверждены «Алгоритмы действий медицинских работников первичной медико-санитарной помощи по пропаганде здорового образа жизни, профилактике факторов риска основных социально-значимых заболеваний» (далее – Алгоритмы), которые являются протоколами профилактической деятельности. Целью данных алгоритмов является обеспечение медицинских работников ПМП четкой схемой действий по выявлению индивидуального фактора риска, определению модели профилактического вмешательства и его оценки. Для профилактики употребления алкоголя в опасных дозах рекомендуется провести опрос

пациента для определения объема и частоты потребления спиртных напитков. При выявлении дозы потребления алкоголя для мужчин 35-65 лет свыше 140 мл алкоголя в неделю в пересчете на чистый спирт, для женщин, молодежи и пожилых людей – свыше 80 мл алкоголя в неделю рекомендовано проведение беседы о вреде потребления алкоголя и конкретных преимуществах отказа от алкоголя, консультации по снижению опасных доз потребления алкоголя. В алгоритмах оговорена периодичность встреч врача с пациентом, имеющим факторы риска, для контроля динамики происходящих изменений.

Недостатком Алгоритмов является то, что выявление алкогольных проблем у пациента предлагается делать на основании предоставляемой им информации о количестве потребляемого алкоголя, контроль динамики изменений в течение года проводится также на основании опроса пациента о количестве потребляемого алкоголя. Научное изучение эффективности предложенной методики в условиях реальной системы здравоохранения не проводилось.

В Республике Беларусь, как и в Российской Федерации, научные исследования в области профилактики алкогольных проблем проводились на контингентах подростков и молодежи, не затрагивая взрослое население.

Копытовым А.В. изучены социально-психологические аспекты алкогольной зависимости у подростков и молодых людей мужского пола [9], проведено мультицентровое молекулярно-генетическое исследование клинико-генетических аспектов раннего алкоголизма у подростков и молодых людей [10], описана взаимосвязь наиболее значимых психологических паттернов и генетических факторов, ассоциированных с алкогольной зависимостью у данного контингента.

Распространенность и модели потребления алкоголя среди учащейся молодежи Республики Беларусь изучены в рамках социологического исследования 2013 года Медведевым А.С., Кралько А.А., Харузиной Е.С., Пилипенко Е.В. [13]. Данное исследование содержит научно-практические рекомендации для учреждений образования по совершенствованию системы первичной профилактики потребления алкоголя среди подростков и учащейся молодежи.

Базыльчик С.В., Каминской Ю.М. разработан «Метод профилактики злоупотребления алкоголем среди учащихся учреждений среднего специального образования», утвержден МЗ РБ 29.11.2013 г. Данная инструкция рассчитана на врачей-психиатров-наркологов, врачей-психотерапевтов, медицинских психологов, требует знания специалистами техник когнитивно-поведенческой психотерапии и мотивационного

интервьюирования, что ставит под сомнение возможность широкого использования метода на практике.

Таким образом, в Республике Беларусь, как и в Российской Федерации, научные исследования в области профилактики потребления алкоголя проводились только применительно к контингенту подростков и молодежи. Аналогичные исследования для взрослого населения не проводились. Вместе с тем, по данным социологического исследования только 15% граждан республики полностью воздерживаются от употребления алкоголя, 43% употребляет алкоголь редко и в небольшом количестве, 31% - эпизодически злоупотребляет спиртными напитками, а 11% - систематически. То есть более трети населения республики злоупотребляет спиртными напитками [11].

В Республике Беларусь научные исследования по теме профилактики потребления алкоголя у взрослых запланированы в Государственной программе на 2011-2015 гг., которая будет завершена только в 2015 г. На данный момент результаты указанных исследований не опубликованы.

Антиалкогольные стратегии в Республике Беларусь не интегрированы в надлежащей степени в общие стратегии в области здравоохранения. Как правило, большинство лиц, имеющих алкогольные проблемы, не получают консультаций в учреждениях первичной медицинской помощи [25].

Пунктом 20 Мероприятий Государственной программы на 2011 – 2015 годы предусмотрено обучение медицинских работников первичного звена навыкам выявления пациентов, чрезмерно употребляющих алкоголь, в целях оказания им консультативной помощи.

Постановлением Коллегии Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 25 мая 2012 г. № 10.1 «О ходе выполнения мероприятий Национальной программы демографической безопасности Республики Беларусь на 2011-2015 годы» руководителям органов управления здравоохранением поручено обеспечить на постоянной основе реализацию мер, направленных на своевременное выявление факторов риска заболеваний, эффективность проводимых скрининговых мероприятий и формирование устойчивой мотивации всех категорий населения на здоровый образ жизни, а также мер, направленных на снижение алкоголизации населения, и уменьшение вызванной ею смертности.

В постановлении Коллегии Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 25 апреля 2012 г. № 7.1 «О состоянии первичной медицинской помощи» указано, что хотя в амбулаторно-поликлинических организациях созданы условия и совершенствуются технологии, направленные на профилактику факторов риска основных социально значимых заболеваний,

но при этом нужен поиск новых подходов к формированию здорового образа жизни у населения.

Таким образом, организация и реализация программ профилактики алкоголизма в условиях первичного звена здравоохранения среди лиц трудоспособного возраста является темой актуальной в рамках социальных задач, поставленных государством перед здравоохранением республики.

Необходимость смещения акцентов с медицинского обслуживания в сторону модели профилактики неинфекционных заболеваний в первичном звене здравоохранения закреплена в резолюции II съезда врачей амбулаторной практики Республики Беларусь и подчеркнута в выступлении Министра здравоохранения Республики Беларусь В.И.Жарко 28 февраля 2015 года на коллегии по итогам работы системы здравоохранения страны за 2014 год.

В Республике Беларусь издан ряд методических рекомендаций по вопросам профилактики чрезмерного потребления алкоголя для медицинских работников первичного звена здравоохранения [1, 6, 27], но в практическом здравоохранении предложенные методики широкого распространения не получили.

Системное изучение вопроса организации профилактики чрезмерного потребления алкоголя на уровне первичного звена здравоохранения до настоящего времени в Республике Беларусь не проводилось [4].

Результаты анкетирования врачей общей практики (ВОП) Беларуси свидетельствуют, что 2/3 ВОП не владеют знаниями по выявлению алкогольных проблем и проведению краткосрочного вмешательства при проблемном потреблении алкоголя, большинство из них не располагает информационным ресурсом для пациентов. Все врачи отметили, что тормозит внедрение таких вмешательств сложность изменения поведения проблемно пьющего человека, нехватка времени на приеме, отсутствие экономической мотивации. Внутреннее сопротивление у врача начать разговор о характере потребления алкоголя обусловлено низкой степенью уверенности в эффективности даваемого им совета по уменьшению потребления алкоголя или отказу от него, а также возможностью отрицания пациентом наличия у него алкогольной проблемы [6].

Сегодня в Республике Беларусь не происходит адаптация в медицинскую практику рекомендуемых ВОЗ профилактических вмешательств в отношении алкоголя в связи с отсутствием организационной модели по их применению. Затруднения возникают и в связи с тем, что КВ рассчитано на высокую заинтересованность врачей первичного звена в обсуждении данных вопросов с пациентом, самомотивацию врача на применение предлагаемых методик в повседневной работе, достаточную

откровенность пациентов при ответе на вопросы о потреблении ими алкоголя.

К сожалению, до настоящего времени в системе здравоохранения Беларуси широко применяется ряд профилактических мероприятий, воспринимаемых обществом и часто организаторами здравоохранения как действенные и обязательные (массовые акции, публикации и интервью в СМИ, выступления медицинских работников перед трудовыми коллективами), которые не имеют научного обоснования и доказанной эффективности. Одним из следствий применения неэффективных методов профилактики является формальное отношение к ее проведению со стороны медицинских работников.

Для того, чтобы определить приоритеты и направления практических действий работников в учреждениях первичного звена здравоохранения в Республике Беларусь в отношении проблем, связанных с употреблением алкоголя, необходим анализ фактических данных относительно адаптации и эффективности профилактических стратегий, реализуемых применительно к условиям страны, подтвержденный результатами научных исследований.

Проведенный анализ литературных данных по рискованному потреблению алкоголя показал, что у специалистов возникают трудности не только с недостаточностью информации, но и с ее противоречивостью и терминологической неопределенностью. Например, приведенное в разных источниках количество алкоголя, соответствующее употреблению алкоголя с низким уровнем риска, колеблется в широких пределах: до 20 г чистого алкоголя в день по данным ВОЗ и до 56 г чистого алкоголя в день, рекомендованного в США. Количественное определение стандартной дозы алкоголя, принятое в разных странах, также существенно отличается: от 6 г чистого алкоголя в Австрии до 19,75 в Японии. С учетом отсутствия единой точки зрения на допустимые лимиты потребления алкоголя, существует рекомендация для стран, в которых отсутствуют национальные рекомендации по потреблению алкоголя, руководствоваться рекомендациями ВОЗ. Однако под эгидой ВОЗ разработано несколько документов, в которых указываются отличающиеся дозы алкоголя, характеризующие рискованное употребление. Так в тесте AUDIT (WHO, 2001) употребление алкоголя с низким уровнем риска определяется как употребление до 20 г чистого алкоголя в день и до 100 г в неделю для мужчин и женщин (т.к. рекомендуется не пить минимум 2 дня в неделю) [34, 35].

В другом документе ВОЗ (WHO, 2000) [45] уровень низкого риска определяется как употребление до 40 г чистого алкоголя в день для мужчин и до 20 г алкоголя в день для женщин, а в неделю – до 280 г и до 140 г соответственно, нет рекомендаций по количеству трезвых дней в неделю.

Следовательно, потребление алкоголя в неделю, соответствующее уровню низкого риска для мужчин, в приведенных документах ВОЗ отличается почти в 3 раза! Кроме того, некоторые документы ВОЗ разработаны для отдельных стран и используют стандартную дозу и лимиты потребления алкоголя, рекомендованные в национальных руководствах. Адаптация руководств по скринингу алкогольных проблем и КВ, разработанных ВОЗ, в Республике Беларусь не проводилась, национальные руководства по данной тематике не разрабатывались.

Отсутствие национальных рекомендаций в Республике Беларусь по потреблению алкоголя создает значительные трудности у медицинских работников как при оценке степени злоупотребления алкоголем у пациентов, так и при формулировании стандартных рекомендаций по снижению потребления алкоголя для лиц, которые им злоупотребляют.

В Республике Беларусь имеются существенные социальные ограничения для пациентов, имеющих проблемное употребление алкоголя: ограничения при прохождении медицинских осмотров для трудоустройства по ряду профессий, связанных с опасными или вредными условиями труда, запрет на получение права управления автомобилем, ношение оружия, невозможность усыновления ребенка или установления опекуна и др. Информация о лицах, состоящих на диспансерном наркологическом учете, согласно постановлению Совета Министров Республики Беларусь от 18 декабря 2014 г. № 1192 «Об утверждении Положения о порядке предоставления организациями здравоохранения в правоохранительные органы информации, составляющей врачебную тайну» передается в органы внутренних дел. Наличие у врача информации о связи заболевания с временной утратой трудоспособности с фактом употребления пациентом алкоголя приводит к обязательной отметке в листке временной нетрудоспособности «заболевание связано с употреблением алкоголя» и 50% оплате временной нетрудоспособности. Данные ограничения ведут к сокрытию пациентами информации об употреблении алкоголя и делают малоинформативным применение скрининговых опросников, рекомендуемых ВОЗ для выявления алкогольных проблем (CAGE, AUDIT и др.).

С учетом имеющихся ограничений, врачи первичного звена предпочитают не обсуждать алкогольную тематику с пациентами, а пациенты охотнее обсуждают результаты каких-либо соматических обследований, нежели дают ответы на вопросы о потреблении алкоголя. Таким образом, для нахождения «точки входа» в программу индивидуального консультирования алкогольных рисков, необходимо определить инструментальную методику, позволяющую выявить скрытое

токсическое влияние алкоголя на организм, дополнить ее применением скринингового опросника и вписать данный комплекс исследований в какой-либо организационный механизм в рамках работы первичного звена здравоохранения.

С учетом всего выше сказанного особую значимость приобретает разработка адаптированной к условиям страны модели выявления и консультирования в первичном звене здравоохранения лиц трудоспособного возраста, имеющих чрезмерное употребление алкоголя, оценка эффективности предлагаемой модели; практические рекомендации по ее включению в существующий организационный механизм медицинской помощи, позволяющие сделать медицинскую профилактику чрезмерного употребления алкоголя среди трудоспособного населения не эпизодической в рамках проведения научного исследования, а устойчивой и результативной.

#### Список использованной литературы:

1. Александров, А.А. Выявление и лечение расстройств, связанных с употреблением алкоголя в условиях общемедицинской практики: учеб.-метод. пособие/ А.А.Александров. – Минск.: БелМАПО, 2007. – 29с.
2. Андерсон Питер. Алкоголь и первичная медико-санитарная помощь. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, Европейская серия. № 64. – 1999. – С.7-8
3. Андреева, Л.А. Медицинская профилактика синдрома алкогольной зависимости: анализ текущей ситуации и обсуждение имеющегося опыта. / Л.А.Андреева, Т.И.Терехович // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2012.- №1 – С.51-56.
4. Андреева, Л.А. Чрезмерное потребление алкоголя: мнение медицинских работников первичного звена здравоохранения и их пациентов. / Л.А.Андреева, Т.И.Терехович // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2011. - №4 – С.18-24.
5. В. д. Берг К., Бувальда В. Учебное пособие по наркологии для студентов медицинских институтов: Пер. с англ. / Под ред. В.Б.Позняка. – Минск: издательство «Интертракт», 1997. – 100 с.
6. Воронко Е.А. Мотивационное консультирование пациентов с проблемным типом потребления алкоголя. Стратегия краткосрочного вмешательства: учеб.-метод. Пособие. / Е.А.Воронко, Н.Н.Силивончик, В.З.Русович – Минск: БелМАПО, 2013. – 36 с.
7. Гелда, Т.С. Алкогольное опьянение и самоубийства: взаимосвязь с полом и возрастом. / Т.С.Гелда, Ю.А.Гусаков // Белорусский медицинский журнал. – 2007. - №1(19). – С.1-3.

8. Игумнов, С.А. Социально-экономические последствия потребления алкоголя в Республике Беларусь. / С.А.Игумнов, М.В.Петрович, С.И.Осипчик // Проблемы управления. – 2011. - № 3 (40) – С.104 – 115.

9. Копытов, А.В. Алкогольная зависимость у подростков и молодых людей мужского пола (социально-психологические аспекты): монография/ А.В.Копытов. – Минск: Изд. центр БГУ, 2012. – 400 с.

10. Копытов, А.В. Клинико-генетические аспекты раннего алкоголизма у мужчин: монография. / А.В.Копытов. – Минск: Изд. центр БГУ, 2012. – 479 с.

11. Медведев, А.С. Медико-социальные и социально-экономические последствия употребления алкоголя в Республике Беларусь. Аналитический доклад за 2012 год. / А.С.Медведев, А.А.Кралько, Ю.Е.Разводовский, Д.А.Статкевич, Е.С.Щербицкая // Минск.: Ковчег. – 2013. – 151 с.

12. Медведев, А.С. Мониторинг ситуации и общественного ущерба, связанных с употреблением алкогольных напитков. / А.С. Медведев и др.// Минска.: Ковчег. – 2013. – 222 с.

13. Медведев, А.С. Распространенность и модели потребления алкоголя среди учащейся молодежи Республики Беларусь (результаты социологического исследования 2013 года). / А.С.Медведев и др. - Минск: Ковчег, 2013. – 348 с.

14. Трусова, А.В. Применение наркологического консультирования и краткой психокоррекционной интервенции в комплексной профилактике зависимости от алкоголя в работе бригад первичного звена амбулаторной и стационарной медицинской помощи (Методические рекомендации). / А.В. Трусова, Е.М. Крупицкий. //Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М.Бехтерева. - 2012. - 19 с.

15. Плавинский, С.Л. Опасное и вредное потребление алкоголя пожилыми пациентами врачей первичного контакта. Сравнение методов выявления. / С.Л.Плавинский, А.Н.Барина, О.Ю.Кузнецова, П.Н.Трофимов, С.Г.Боярский, С.Л.Чичерина, Л.Н.Дегтярева //Российский семейный врач. – 2013. – Т. 17. № 3. – С. 4-10.

16. Плавинский, С.Л. Скрининг и краткосрочное вмешательство, направленное на снижение опасного и вредного потребления алкоголя. / С.Л. Плавинский, О.Ю.Кузнецова, А.Н.Барина и соавт. //С.-Пб. ин-т общественного здравоохранения.- 2011.- 154с.

17. Разводовский, Ю.Е. Алкоголь и смертность от цирроза печени в Беларуси /Ю.Е. Разводовский // ARS MEDICA. – 2010.- №16 – С.47-52.

18. Разводовский, Ю.Е. Алкоголь и суициды в Беларуси. / Ю.Е.Разводовский// Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2011. - №1. – С.35-43.

19. Разводовский, Ю.Е. Взаимосвязь между потреблением алкоголя и смертностью от сердечно-сосудистых заболеваний на популяционном уровне. /Ю.Е.Разводовский //– Медицинские новости. – 2002. – №12. – С. 39-41.

20. Разводовский, Ю.Е. Острая алкогольная интоксикация как фактор риска насильственной смерти / Ю.Е.Разводовский // Наркология. – 2009. – №2. – С.50-56.

21. Разводовский, Ю.Е. Потребление алкоголя и суициды в Беларуси: сравнительный анализ трендов/ Ю.Е.Разводовский // Медицинская панорама. – 2009. - №5. – С.58-60.

22. Разводовский, Ю.Е. Суициды и алкогольные отравления среди городского и сельского населения Беларуси. / Ю.Е.Разводовский// Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2014. - №1. – С.46-50.

23. Разводовский, Ю.Е. Статистика алкогольной смертности в Беларуси / Ю.Е.Разводовский // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2011. - №2. – С.15-20.

24. Разводовский, Ю.Е. Фракция алкогольной смертности в структуре общей смертности в Республике Беларусь / Ю.Е.Разводовский // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2011. - №4. – С.14-17.

25. Разводовский, Ю.Е. Эффективные стратегии алкогольной политики. / Ю.Е. Разводовский // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2013. - №3 - С. 37-42.

26. Ростовцев, В.Н. Стратегии и технологии профилактической медицины. / В.Н.Ростовцев // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. 2013.- №3 – С.47-50.

27. Русович, В.З. Раннее распознавание проблем, связанных со злоупотреблением алкоголя/ Практическое руководство по общей врачебной/семейной медицинской практике: под ред. Мрочка А.Г., Воронко Е.А. Минск: БелМАПО, 2003, с.419-423

28. Aalto, M. Primary health care professionals' activity in intervening in patients' alcohol drinking: a patient perspective. / M.Aalto, P.Pekuri, K.Seppa. // Drug Alcohol Depend. – 2002. - №66 – P.39-43,

29. Ronzani, T.M., Alcohol prevention within primary care in municipalities in the state of Minas Gerais, Southeastern Brazil. / T.M.Ronzani, D.C.Mota , I.C.Souza // Rev Saude Publica. – 2009. – №43. – Suppl 1. – P.51-61.

30. Anderson, P. Alcohol as a key area. / British Medical Journal. – 1991. – № 303 (6805). – P.766–769.

31. Anderson, P. Cost-benefit analyses of alcohol policy – a primer / P.Anderson, B.Baumberg. – Warsaw: Institute of Psychiatry and Neurology, 2010.

32. Anderson, P. Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol. / P.Anderson, D.Chisholm, D.C.Fuhr // *Lancet*. – 2009. – Vol.373. – P.2234-2246.

33. Angus, C. What are the Implications for Policy Makers? A Systematic Review of the Cost-Effectiveness of Screening and Brief Interventions for Alcohol Misuse in Primary Care. / C.Angus, N.Latimer, L.Li J Preston, R.Purshouse // *Front Psychiatry*. – 2014. – Vol.5. – P.114.

34. Babor, T.F. Brief intervention for hazardous and harmful drinking. A manual for Use in Primary care. / T.F.Babor, J.C.Higgins-Biddle // *World Health Organization*. – 2001. – P.1-52.

35. Babor, T.F. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): Guidelines for Use in Primary Care (2nd Edition). / T.F.Babor, J.C.Higgins-Biddle, J.B.Saunders, M.G.Monteiro // *World Health Organisation Department of Mental Health and Substance Dependence*. 2001.

36. Bray, J.W. A systematic review and meta-analysis of health care utilization outcomes in alcohol screening and brief intervention trials. /J.W.Bray, A.J.Cowell, J.M.Hinde // *Med Care*. – 2011. – Vol. 49. – P. 287–94.

37. Chisholm, D. Comparative cost-effectiveness of policy instruments for reducing the global burden of alcohol, tobacco and illicit drug use / D.Chisholm [at al.] // *Drug and Alcohol Review*. – 2006. – Vol.2005. – P.553-565.

38. Colom, J. Brief interventions implementation on alcohol from the European health systems perspective. / J.Colom, E.Scafato, L.Segura, C.Gandin, P.Struzzo. // *Front Psychiatry*. – 2014. – Vol.5. – P.161.

39. Fleming, M.F. Benefit-cost analysis of brief physician advice with problem drinkers in primary care settings. / M.F.Fleming, M.P.Mundt, M.T.French, L.B.Manwell, E.A. Stauffacher, K.L.Barry. // *Medical Care*. – 2000. – Vol.38(1). – P.7-18.

40. From APA 2009: Alcoholism Is Not What It Used to Be, Expert Says. – Режим доступа: <http://www.medscape.com/viewarticle/703483>.

41. Global status report on alcohol and health. – Geneva: WHO, 2011. – 286 p. – Режим доступа: [http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/global\\_alcohol\\_report/en/](http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/), accessed 14 April 2014

42. Global status report on alcohol and health. – Geneva: WHO, 2014. – 376 p. – Режим доступа: [http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/global\\_alcohol\\_report/en/](http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/)

43. Gordon R. An operational classification of disease prevention. / R.Gordon //In: Steinberg J.A., Silverman M.M. (Eds). *Preventing mental disorders*. US Department of Health and Human Services. / 1987. – P.20-26.

44. Heather N. Can screening and brief intervention lead to population-level reductions in alcohol-related harm? / N.Heather // *Addict Sci Clin Pract.* – 2012. – Vol.7. – P.15.
45. International guide for monitoring alcohol consumption and related harm. World Health Organization. Dept. of Mental Health and Substance Dependence. 2000. Geneva: World Health Organization WHO/MSD/MSB/00.4. 193 p.
46. Kamisima, H. Alcohol and hypertension. / H.Kamisima // *J. Public Health Pract.* – 1987. – N.51 (9). – P.655-660.
47. Kaner E. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. / E.Kaner, H.Dickinson, F.Beyer, et al. // *Cochrane Database of Systematic Reviews.* – 2007. – Vol.2. – CD004148.
48. Kaner, E. The effectiveness of brief alcohol interventions in primary care settings: a systematic review. /E.Kaner, H.Dickinson, F.Beyer, et al. // *Drug Alcohol Rev.* – 2009. – Vol.28. – P.301–23.
49. Kersnik, J. What may stimulate general practitioners to undertake screening and brief intervention for excess alcohol consumption in Slovenia? A focus group study. / J.Kersnik et al. // *J Int Med Res.* – 2009. – Vol. 37(5). – P. 1561-1569.
50. Leon, D.A. Alcohol increases circulatory disease mortality in Russia: acute and chronic effects or misattribution of cause? / D.A.Leon, V.M.Shkolnikov, M.McKee et al. // *Int J Epidemiol.* – 2010. – Vol. 39 (5). – P.1279-90.
51. McQueen, J. Brief interventions for heavy alcohol users admitted to general hospital wards. / J.McQueen, T.E.Howe, L.Allan, D.Mains, V.Hardy. // *Cochrane Database Syst Rev.* – 2011. – Vol. 10(8). – CD005191.
52. Nicolas J.M. Influence of nutritional status on alcoholic myopathy. / J.M.Nicolas, G.Garcia, F.Fatjo et al. // *Am.J. Clin. Nutr.* – 2003. – Vol. 78. – №2. – P. 362-333.
53. O'Donnell A. The impact of brief alcohol interventions in primary healthcare: a systematic review of reviews. / A.O'Donnell, P.Anderson, D.Newbury-Birch, B.Schulte, C.Schmidt, J.Reimer, E.Kaner. // *Alcohol Alcohol.* – 2014. – Vol. 49(1). – P.66-78.
54. O'Donnell, A. From efficacy to effectiveness and beyond: what next for brief interventions in primary care? / A.O'Donnell, P.Wallace, E.Kaner // *Front Psychiatry.* – 2014.– Vol. 5. – P.113.
55. Pelucchi C. Alcohol consumption and cancer risk. / C.Pelucchi, I.Tramacere, P.Boffetta et al. // *Nutr Cancer.* – 2011. – Vol. 63(7). – P.983-90.
56. Solberg, L.I. Primary Care Intervention to Reduce Alcohol Misuse Ranking Its Health Impact and Cost Effectiveness. / L.I.Solberg, M.V.Maciosek, N.M.Edwards . // *Am J Prev Med.* – 2008. – Vol. 34(2). – P.143–152

57. Rehm, J. Alcohol accounts for a high proportion of premature mortality in Central and Eastern Europe. / J.Rehm [et al.]. // International Journal of Epidemiology. – 2007. – Vol.36. – P.458-467.

58. Rehm, J. Lifetime-risk of alcohol-attributable mortality based on different levels of alcohol consumption in seven European countries. Implications for low-risk drinking guidelines. / J.Rehm, G.Gmel, C.Probst, K.D.Shield. // 2015. – Toronto, On, Canada: Centre for Addiction and Mental Health. – Режим доступа: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/news/news/2015/01/lifetime-risk-of-alcohol-attributable-mortality-report-published-by-the-canadian-centre-for-addiction-and-mental-healthcamh>.

59. Reynolds, K. Alcohol consumption and risk of stroke: a meta-analysis. / K.Reynolds, B.Lewis, J.D.Nolen, et al. // JAMA. – 2003. – Vol. 289(5). – P. 579-588.

60. Schlapfer T.E. Alcohol and the brain--morphological and functional brain changes. / T.E.Schlapfer // The Umsch. – 2000. – Vol.57. – №4. – P.191-195.

61. Schulte, B. Alcohol screening and brief intervention in workplace settings and social services: a comparison of literature. / B.Schulte, A.J.O'Donnell, S.Kastner, C.S.Schmidt, I.Schäfer, J.Reimer. // Front Psychiatry. – 2014. – Vol.5. – P.131.

62. Singletary, K.W. Alcohol and breast cancer: review of epidemiologic and experimental evidence and potential mechanisms. / K.W. Singletary, S.M.Gapstur // Journal of the American Medical Association. – 2001. – № 286(17). – P.2143-51.

63. Stickley, A. Alcohol mortality in Russia: A historical perspective / A.Stickley, Y.Razvodovsky, M.McKee // Public Health. – 2009. – Vol.123. – P.20-26.

64. Stinson, F.S., Alcohol-related mortality in the United States, 1979-1988. / F.S.Stinson, S.F.DeBakey // British Journal of Addiction. – 1992. – № 87(5). – P.777-783.

65. Sullivan, L.E. A meta-analysis of the efficacy of nonphysician brief interventions for unhealthy alcohol use: implications for the patient-centered medical home. / L.E.Sullivan, J.M.Tetrault, R.S.Braithwaite, B.J.Turner, D.A.Fiellin // Am J Addict. – 2011. – Vol.20(4). – P.343-56.

66. Status report on alcohol and health in 35 European countries. Copenhagen. WHO Regional Office for Europe. – 2013. – Режим доступа: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0017/190430/Status-Report-on-Alcohol-and-Health-in-35-European-Countries.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/190430/Status-Report-on-Alcohol-and-Health-in-35-European-Countries.pdf)