

УДК 614.2-053.9:613.81

ОПАСНОЕ И ВРЕДНОЕ ПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ ПОЖИЛЫМИ ПАЦИЕНТАМИ ВРАЧЕЙ ПЕРВИЧНОГО КОНТАКТА. СРАВНЕНИЕ МЕТОДОВ ВЫЯВЛЕНИЯ

С. Л. Плавинский¹, А. Н. Барина¹, О. Ю. Кузнецова¹, П. Н. Трофимов³, С. Г. Боярский²,
С. Л. Чичерина², Л. Н. Дегтярева¹

¹ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова»
Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

²ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова»
Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

³ФГБУ «Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В. А. Алмазова»,
Санкт-Петербург, Россия

HARMFUL AND HAZARDOUS ALCOHOL CONSUMPTION IN ELDERLY VISITING PRIMARY CONTACT PHYSICIANS. COMPARISON OF SCREENING INSTRUMENTS

S. L. Plavinski¹, A. N. Barinova¹, O. Yu. Kuznetsova¹, P. N. Trofimov³, S. G. Boyarski²,
S. L. Tchicherina², L. N. Degtyareva¹

¹North-Western State Medical University named after I. I. Mechnikov, St. Petersburg, Russia

²First Moscow State Medical University named after I. M. Sechenov, St. Petersburg, Russia

³Federal Center of Heart, Blood and Endocrinology named after V. A. Almazov, St. Petersburg, Russia

© Коллектив авторов, 2013

Проведен анализ распространенности опасного и вредного потребления алкоголя лицами старше 60 лет в сравнении с более молодой группой. Всего обследован 431 человек. Оценка проводилась на основании использования опросников AUDIT и CAGE, а также анализа дневников потребления, наличия или отсутствия кожных признаков злоупотребления алкоголем, а также шкалы депрессии Бека. Установлено, что воздержание и разумное потребление в обследованной группе встречалось довольно редко — только 21,7% (95% ДИ = 0,0–43,4%) мужчин и 35,9% (95% ДИ = 15,8–56,1%) женщин старше 60 лет относились к этой группе в противоположность почти половине обследованных лиц моложе 60. Показано, что у пожилых лиц опросник CAGE имеет индекс Йодена, равный 0,79 в сравнении с 0,57 у опросника AUDIT, тогда как у молодых соответствующие значения равны 0,68 и 0,71. Рекомендуется включать скрининг с использованием CAGE в обследование лиц старше 60 лет, а также учитывать физикальные признаки злоупотребления алкоголем.

Ключевые слова: опасное и вредное потребление алкоголя, AUDIT, CAGE, надежность теста, сопоставимость теста.

The analysis of prevalence of harmful and hazardous alcohol consumption by persons above 60 years in comparison with younger cohort was undertaken. 431 persons were screened by AUDIT and CAGE questionnaire, consumption diaries, Beck depression scale, skin signs of alcohol consumption. It was found that abstinence/ reasonable consumption is rare among older persons visiting physicians. Only 21,7% (95% CI = 0,0–43,4%) of males and 35,9% (95% CI = 15,8–56,1%) of females were in that group in contrast to almost half in younger cohort. In older persons CAGE has Youden index of 0,79 comparing with AUDIT's 0,57. In younger cohort corresponding numbers were 0,68 and 0,71. It is recommended to screen those above 60 with CAGE questionnaire and look for physical symptoms and signs of alcohol abuse.

Keywords: harmful and hazardous alcohol consumption, AUDIT, CAGE, test reliability, test agreement.

Введение. Распространенность злоупотребления алкоголем и другими психоактивными веществами у пожилых лиц сильно недооценивается, несмотря на то что даже умеренное употребление алкоголя в этой группе может вызвать серьезные

проблемы со здоровьем [1], а также ухудшить течение других заболеваний, например сердечной недостаточности и гипертонии [2]. Кроме того, принимаемые пожилыми пациентами лекарства могут негативно взаимодействовать с алкоголем

или изменять его метаболизм [3]. Более низкая способность организма пожилых лиц метаболизировать алкоголь привела к тому, что американские авторы предлагают изменить порог опасного потребления алкоголя для лиц старше 65 лет с 14 стандартных доз¹ в неделю и/или 4 доз за один день до 7 доз за неделю и/или 3 доз в день [4].

Недооценка проблем, вызванных алкоголем, у пожилых может быть связана с существующим мифом о том, что алкоголизм редко развивается у лиц старше 45 лет. Также мешает правильной оценке влияния алкоголя на здоровье пожилых и то, что симптомы злоупотребления напоминают или маскируются другими часто встречающимися в старшем возрасте состояниями, такими как деменция [5]. Раннее выявление алкогольных проблем в этой группе крайне важно, поскольку количество госпитализаций вследствие состояний, связанных со злоупотреблением алкоголем, у лиц старше 65 лет равно количеству госпитализаций вследствие инфаркта миокарда [6]. Более того, пожилые лица с алкогольными проблемами достаточно хорошо реагируют на вмешательство по снижению опасного и вредного употребления алкоголя [7]. Поэтому короткий скрининг на наличие алкогольных проблем у пожилых людей должен быть включен в программу рутинного клинического обследования и диспансеризации [8]. Диагностические критерии употребления алкоголя с вредными последствиями в том виде, в котором они сформулированы в МКБ-10 и американской диагностической классификации DSM-IV, не соответствуют симптомам и признакам, которые характерны для злоупотребления алкоголем в этой возрастной группе. Например, многие симптомы проблемного потребления алкоголя в этих диагностических системах связаны с проблемами на работе и в межличностных отношениях. Пожилые люди, выйдя на пенсию, часто не работают и меньше общаются с членами семьи и знакомыми. Поэтому злоупотребление алкоголем не проявляется при общении и проблема остается скрытой [5].

Злоупотребление алкоголем у пожилых людей чаще проявляется более специфичными для старшего возраста последствиями: неадекватное питание, социальная изоляция, депрессия, заболевания печени, деменция, недержание, судороги, артериальная гипертензия и неожиданные побочные действия лекарственных средств [9]. Исходя из существующих возрастных различий Gomburg [10] даже предложила использовать для диа-

гностики злоупотребления алкоголем иной набор симптомов, нежели используемый у молодых. Из этого следует, что скрининговые инструменты — опросники, которые были разработаны и валидизированы для более молодых групп, обычно имеют низкую чувствительность для выявления опасного и вредного потребления алкоголя у пожилых. В ряде обзорных работ был сделан вывод, что наиболее часто используемые опросники (AUDIT² и MAST³) обладают низкой чувствительностью при выявлении злоупотребления алкоголем и алкогольной зависимости у пожилых людей. Powell и McInness [11] выявили крайне низкую чувствительность AUDIT (57%) в отношении злоупотребления алкоголем в большой выборке госпитализированных австралийцев в возрасте старше 65 лет. Morton и соавт. [12] обнаружили, что чувствительность AUDIT при выявлении злоупотребления алкоголем у мужчин старше 65 лет (американские ветераны) составляет 33%. Низкая чувствительность AUDIT у пожилых может быть связана с тем, что этот опросник акцентирован на количественной оценке потребления алкоголя в настоящее время. Количественная оценка потребления алкоголя меньше коррелирует с вредными последствиями в этой возрастной группе [9]. Аналогичным образом предполагается, что опросники T-ACE и TWEAK⁴ могут быть неадекватными для пожилых лиц, поскольку измеряемый ими компонент толерантности к алкоголю является плохим индикатором неадекватного потребления в этой возрастной группе [5].

С другой стороны, опросник CAGE, включенный в Методические рекомендации № 99/174 «Экспресс-диагностика (скрининг) хронической алкогольной интоксикации у больных соматического профиля», утвержденные Минздравом РФ 14.03.2000 г., является достаточно коротким и легким для применения. Он не акцентируется на параметрах потребления алкоголя. Американскими авторами было показано, что по эффективности этот диагностический инструмент не уступает специально разработанным для пожилых лиц опросникам (например, MAST-G⁵). Его чувствительность к выявлению алкогольных проблем и зависимости составляет от 77 до 94% при использовании пограничного значения в единицу (т. е. положительный ответ хотя бы на один вопрос рассматривается как признак наличия проблем [9]). Более того, Buchsbaum и соавт. [13] установили, что CAGE позволяет выявлять лиц с проблемным потребле-

¹В США стандартная доза алкоголя составляет 12–14 г чистого этанола, соответственно границы для пожилых составляют около 90 г чистого спирта в неделю и/или 40 г за один день.

²Alcohol Use Disorder Identification Test — тест выявления расстройств вследствие употребления алкоголя.

³Michigan Alcoholism Screening Test — Мичиганский тест скрининга на алкоголизм.

⁴T-ACE, TWEAK, CAGE — опросники для выявления злоупотребления алкоголем, наименования которых составлены по первым буквам английских вопросов.

⁵MAST-Geriatric Version — гериатрическая версия опросника MAST.

нием алкоголя в первичной практике. Вместе с тем CAGE имеет крайне низкую чувствительность в популяции британских пациентов отделения неотложной помощи — 15 и 13% для неумеренного потребления и алкогольной зависимости соответственно [8]. Это заставляет предположить наличие различий между американской популяцией и жителями других стран. Поэтому цель настоящего исследования была: оценить сравнительную информативность опросников AUDIT и CAGE у пожилых и молодых пациентов, обращающихся к врачам первичного звена, для выбора адекватного метода диагностики опасного и вредного потребления алкоголя (ОВПА).

Материалы и методы. Анализ выполнен на основе данных проекта, направленного на снижение распространенности опасного и вредного потребления алкоголя среди пациентов врачей первичного контакта [14, 15]. В данный анализ включен 431 пациент, обратившийся к врачам-дерматовенерологам с различными дерматологическими жалобами. Процедура обследования включала осмотр кожных покровов и слизистых на предмет выявления признаков злоупотребления алкоголем [14], а также опрос на предмет опасного и вредного потребления алкоголя [16] и использование русской версии опросника CAGE [17].

Пациенты были разделены на две возрастные группы — моложе и старше 60 лет (граница в 60, а не 65 лет, как принято в американских работах, принята в связи с тем, что она определяется возрастом выхода на пенсию). Был проведен анализ распространенности опасного и вредного потребления алкоголя в этих группах с учетом оценок, полученных с помощью опросников AUDIT и CAGE, количества дней за последнюю неделю, в которые потреблялся алкоголь, выраженности депрессии по шкале опросника Бека, уровня потребления алкоголя. Учитывалось наличие физикальных симптомов злоупотребления алкоголем — паукообразных телеангиэктазий, ладонной эритемы, зуда, глоссита, а также наличия инфекции кожи и слизистых. Данный набор симптомов был выбран из числа 20 признаков и заболеваний, которые наиболее сильно коррелируют со злоупотреблением алкоголем [18].

Оценка надежности опросника CAGE проводилась с помощью расчета коэффициента α Кронбаха, а связь между опросниками анализировалась путем расчета коэффициентов корреляции Спирмена.

Для оценки распространенности и особенностей ОВПА была использована модель латентных классов [19]. Предполагалось, что в данных имеется несколько латентных классов, для описания которых используются результаты опроса AUDIT. Эти результаты были разделены на две группы (менее 8 баллов и более/равно 8 баллам); резуль-

таты опроса по опроснику CAGE также разделены на две группы (для лиц старше 60 лет — 0 баллов и более, для лиц моложе 60 лет — 0–1 балл и более). Также оценивались данные дневника потребления (количество дней в предыдущую неделю, которые пациент употреблял спиртные напитки, превышение границ «разумного потребления» — эквивалента 100 г чистого алкоголя в неделю для женщин и 150 г чистого алкоголя для мужчин), результаты опроса по опроснику Бека, разделенные на три группы (менее 10 баллов, от 10 до 20 баллов, более 20 баллов) и количество кожных симптомов. Кроме того, все данные были разделены по полу. Для расчетов использовался модуль анализа латентных классов (версия 1.2.7), разработанный в Университете Пенсильвании [20]. Оценка модели давала распространенность опасного и вредного потребления в разных группах, соответствующие им значения стандартной ошибки и оценки чувствительности и специфичности каждого диагностического критерия. 95% доверительные интервалы рассчитывались путем сложения или вычитания стандартной ошибки, умноженной на 1,96, и соответствующей оценки распространенности или диагностической характеристики теста. Отбор моделей с большим количеством латентных классов проводился на основе сопоставления значений информационного критерия Акаике (AIC) и байесовского информационного критерия (BIC). Наиболее адекватной считалась модель с наименьшими значениями AIC и BIC [21]. Все расчеты выполнялись в системе SAS, версия 9.3 (SAS Institute, Inc., Cary, NC, США).

Результаты и их обсуждение. Всего в исследование были включены 203 женщины и 228 мужчин, из них 41 человек был старше 60 лет. Ранее нами было показано, что опросник AUDIT обладает хорошими психометрическими свойствами [22], поэтому анализ был начат с определения психометрических свойств опросника CAGE в данной популяции. Было установлено, что на суммарной группе коэффициент α Кронбаха составляет 0,762, при этом первый вопрос опросника («Возникло ли у вас ощущение, что вам следует сократить употребление спиртных напитков?») меньше всего коррелирует с ответами на другие вопросы. Если группа обследованных была разделена на мужчин и женщин, то особых изменений не произошло — у женщин α равнялась 0,705 (хотя без первого вопроса значение поднималось до 0,737), а у мужчин — 0,763 (исключение первого вопроса влияло на значение не сильно — понижалось до 0,758). При разделении групп по возрасту надежность опросника у пожилых лиц составила 0,749 (0,837 без первого вопроса) и у молодых лиц 0,764 (без первого вопроса — 0,754). Соответственно во всех группах опросник CAGE являлся достаточно надежным инструментом.

Между оценками, полученными с помощью опросников CAGE и AUDIT, имелась выраженная корреляция, причем на суммарной группе коэффициент корреляции Спирмена был равен 0,693 ($p < 0,001$), а при разделении на группы у молодых лиц он был равен 0,697 ($p < 0,001$), а у пожилых — 0,689 ($p < 0,001$). Согласие между оценками AUDIT и CAGE является достаточно высоким (показатель согласия — коэффициент k с поправкой на возраст составляет 0,605, 95% ДИ = 0,530–0,680), оставаясь высоким и среди пожилых лиц — коэффициент κ составляет 0,616 (95% ДИ = 0,387–0,845). Соответственно оба опросника выявляли одинаковые особенности пациентов, связанные с потреблением алкоголя. С другой стороны, при анализе связи с показателями потребления алкоголя из дневника потребления выявились интересные различия — корреляция суммарной недельной дозы с AUDIT составила у молодых лиц

0,670 ($p < 0,001$) и у пожилых — 0,819 ($p < 0,001$), для CAGE соответствующие коэффициенты были равны 0,501 ($p < 0,001$) и 0,547 ($p < 0,001$). При изучении связи с количеством дней в неделю, когда пациент потреблял алкоголь, было установлено, что корреляция с опросником AUDIT составляет 0,573 у молодых ($p < 0,001$) и 0,719 у пожилых лиц ($p < 0,001$), тогда как для CAGE корреляции составили 0,408 ($p < 0,001$) и 0,372 ($p = 0,017$) соответственно. Эти различия не удивительны, поскольку AUDIT включает количественные вопросы о потреблении алкоголя, тогда как CAGE ориентируется в большей степени на признаки зависимости.

Результаты оценки распространенности опасного и вредного потребления алкоголя по данным CAGE и AUDIT приведены в табл. 1.

Как видно из табл. 1, в старшей возрастной группе у мужчин опросники CAGE и AUDIT выявляли одинаковое количество лиц с проблемным

Таблица 1

Распространенность проблемного потребления алкоголя по данным опросников AUDIT и CAGE

Возрастная группа	Пол	N	Распространенность опасного и вредного потребления алкоголя на основе разных подходов, % от численности группы (95% ДИ)	
			AUDIT > 7 баллов	CAGE > 1 балла для лиц моложе 60 лет и > 0 для лиц старше 60 лет
Моложе 60 лет	М	211	55,0% (48,0–61,8%)	38,9% (32,3–45,8%)
	Ж	179	44,4% (32,7–56,6%)	21,2% (15,5–28,0%)
Старше 60 лет	М	17	64,7% (38,3–85,8%)	70,6% (44,0–89,7%)
	Ж	24	20,8% (7,1–42,2%)	41,7% (22,1–63,4%)

Примечание: М — мужчины, Ж — женщины.

потреблением алкоголя, тогда как у женщин CAGE оказывался положительным практически в два раза чаще, что может являться следствием описанной выше большей чувствительности CAGE у пожилых лиц. Необходимо отметить, что большая чувствительность CAGE была связана с возрастной поправкой. Если не использовать рекомендованную возрастную поправку, то положительный результат CAGE наблюдается у 16,7% женщин и 52,9% мужчин старше 60 лет.

Поскольку CAGE и AUDIT давали разную оценку распространенности опасного потребления алкоголя у женщин, то возможны были два варианта — AUDIT занижает истинную распространенность, являясь менее чувствительным (давая больше ложноотрицательных данных), или же CAGE завышает распространенность, имея меньшую специфичность (давая больше ложноположительных данных). Для ответа на этот вопрос был проведен анализ латентных классов, который позволил выявить четыре группы потребления на основе результатов опросов CAGE и AUDIT, частоты и количества потребления по дневникам потребления, наличия депрессии (как фактора риска потребления и последствия злоупотребления),

а также кожных признаков злоупотребления алкоголем. В результате анализа эти группы можно было охарактеризовать следующим образом (результаты оценки популяционной частоты групп приведены в табл. 2).

Группа 1. Положительный результат опроса по шкале CAGE, низкое потребление алкоголя по опросам, пьет чаще одного дня в неделю, связи с AUDIT нет, депрессии нет, есть кожные проявления.

Группа 2. Положительные результаты опроса по шкалам AUDIT и CAGE, высокое потребление алкоголя, большинство имеет кожные проявления, встречается депрессия.

Группа 3. Связи с AUDIT нет, пьет чаще одного дня в неделю, высокое потребление алкоголя, отрицательный результат по CAGE, могут быть кожные проявления.

Группа 4. Отрицательные результаты опроса по шкалам AUDIT и CAGE, нет кожных проявлений, нет депрессии.

Видно, что для первой группы характерно потребление алкоголя, при котором существуют признаки зависимости, но пациент отрицает опасное потребление, тогда как во второй группе имеются

Результаты оценки распространенности принадлежности к группам потребления по данным анализа латентных классов

Возрастная группа	Пол	N	Частота принадлежности к группам потребления алкоголя, % от численности обследованных (95% ДИ)			
			Группа 1	Группа 2	Группа 3	Группа 4
Моложе 60 лет	М	211	12,8% (6,5–19,0%)	5,5% (0,1–10,8%)	17,9% (8,8–26,9%)	63,9% (54,4–73,4%)
	Ж	179	8,0% (3,3–12,7%)	35,8% (26,5–45,1%)	12,4% (1,9–23,0%)	43,8% (35,4–52,2%)
Старше 60 лет	М	17	47,0% (25,7–68,2%)	9,1% (0–21,4%)	8,0% (0–20,4%)	35,9% (15,8–56,1%)
	Ж	24	29,9% (5,3–54,5%)	39,8% (12,7–66,9%)	8,6% (0–26,8%)	21,7% (0–43,4%)

Примечание: М — мужчины, Ж — женщины. Определение групп 1–4 — см. текст.

лица, у которых выражены как социальные последствия или признаки зависимости (по CAGE и AUDIT), так и объективные кожные изменения вследствие злоупотребления алкоголем. Третья группа характеризовалась отсутствием указаний на опасное потребление по результатам опроса, однако при этом имелись кожные признаки злоупотребления алкоголем (хотя и неспецифические) и потреблялись значительные количества алкоголя. Только в четвертую группу вошли пациенты, у которых, очевидно, отсутствовали всякие вредные последствия от употребления алкоголя.

Как видно из табл. 2, разумное потребление алкоголя (группа 4) наблюдалось у двух третей женщин и менее чем у половины мужчин моложе 60 лет. В то же время первая группа была больше представлена пациентами пожилого возраста. К ней относилась почти половина опрошенных женщин и четверть мужчин, в то же время к четвертой группе, группе воздержания от алкоголя и разумного потребления, относилась только треть пожилых женщин и одна пятая мужчин. Ко второй группе относилось почти 40% опрошенных мужчин старше 60 лет. Легко заметить, что лиц с потреблением алкоголя без последствий в этой возрастной группе почти не было. Обращает на себя внимание тот факт, что 8% женщин старше 60 лет относились к третьей группе — это лица, которые на вопросы о наличии опасного и вредного потребления алкоголя ответили отрицательно, однако у них присутствовали кожные признаки злоупотребления алкоголем. Дополнительный анализ показывает, что в этой группе у женщин было не менее 3 кожных признаков («алкогольные стигмы»), а всего из 20 кожных симптомов и заболеваний, связанных с потреблением алкоголя, в этой группе было 3,5 проявления (95% ДИ = 0,0–9,8). Для сравнения: у пожилых мужчин группы 2 (потребление с последствиями) наблюдалось 4,3 «алкогольных стигмат» (95% ДИ = 3,0–5,6) и 6,4 проявлений (95% ДИ = 4,0–8,8). Соответственно третью группу также нельзя было относить к группе разумного потребления или потребления без по-

следствий. Соответственно полученные данные показывают, что потребление алкоголя с негативными последствиями крайне часто встречается у пожилых лиц.

Если проанализировать чувствительность и специфичность опросников CAGE и AUDIT, оказывается, что у пожилых лиц она достаточно высока. Абсолютное значение чувствительности зависит от того, можем ли мы считать, что у пациента есть опасное и вредное потребление алкоголя (ОВПА), если он признает, что потребляет алкоголь, но отрицает связанный с ним вред, хотя у него есть кожные признаки злоупотребления (третья группа). Однако у пожилых лиц вне зависимости от того, считаем ли мы, что часть пациентов (с кожными признаками) скрывает вред от потребления или нет, CAGE является более чувствительным и специфичным опросником. В том случае, если третья группа рассматривается как группа без ОВПА, его чувствительность составляет 88,0% (95% ДИ = 68,8–97,5%), а специфичность 100% (95% ДИ = 79,4–100,0%). Для опросника AUDIT соответствующие показатели составляют 60 (95% ДИ = 38,7–78,9%) и 93,8% (95% ДИ = 69,8–99,8%). Если отнести третью группу к ОВПА, то для AUDIT чувствительность падает до 57,1% (95% ДИ = 37,2–75,5%), для CAGE — до 78,6% (95% ДИ = 59,0–91,7%). У молодых лиц, наоборот, AUDIT является более чувствительным. При отнесении третьей группы к ОВПА чувствительность AUDIT составляет 81,8% (95% ДИ = 75,3–87,2%), а CAGE — 68,2% (95% ДИ = 60,8–75,0%). При отнесении к ОВПА только групп 1 и 2 чувствительность AUDIT составляет 92,9% (95% ДИ = 87,0–96,7%), а CAGE — 86,6% (95% ДИ = 79,4–92,0%).

Для суммарной оценки информативности диагностического теста часто используется индекс Йодена (сумма чувствительности и специфичности в долях за вычетом единицы). Чем он выше, тем лучше тест. Индекс Йодена составил у пожилых лиц для опросника CAGE 0,79, для AUDIT — 0,57. У молодых лиц соответствующие значения теста составили 0,68 и 0,71, демонстрируя пре-

имущество AUDIT у молодых лиц и CAGE — у пожилых.

Заключение. Проведенное исследование с использованием разных источников информации подтвердило возможность применения опросников по выявлению ОВПА у пожилых лиц. Опросник CAGE оказывается более чувствительным инструментом к выявлению ОВПА у пожилых лиц, тогда как AUDIT — у молодых. Поскольку потребление алкоголя может оказывать негативное воздействие на проводимую терапию, а также учитывая краткость опросника CAGE, необходимо

рекомендовать его использование для оценки возможного вреда от потребления алкоголя у пожилых лиц, обращающихся к врачам первичного звена. Кроме того, необходимо учитывать, что до 20% пожилых лиц могут потреблять алкоголь, иметь физикальные признаки вреда, причиненного алкоголем, но ОВПА не будет выявляться с помощью опроса, поэтому при общении с пожилыми пациентами врач первичного звена должен всегда помнить про необходимость внимательного обследования и оценки всей совокупности клинических данных.

Литература

1. Fink A., Beck J. C., Wittrock M. C. Informing older adults about non-hazardous, hazardous, and harmful alcohol use // *Patient Educ. Couns.* — 2001. — Vol. 45. — № 2. — P. 133–141.
2. Merrick E. L., Horgan C. M., Hodgkin D. et al. Unhealthy drinking patterns in older adults: prevalence and associated characteristics // *J. Am. Geriatr. Soc.* — 2008. — Vol. 56. — № 2. — P. 214–223.
3. Moore A. A., Whiteman E. J., Ward K. T. Risks of combined alcohol/medication use in older adults // *Am. J. Geriatr. Pharmacother.* — 2007. — Vol. 5. — № 1. — P. 64–74.
4. Saitz R. Clinical practice. Unhealthy alcohol use // *N. Engl. J. Med.* — 2005. — Vol. 352. — № 6. — P. 596–607.
5. DeHart S. S., Hoffman N. G. Screening and diagnosis: Alcohol Use Disorders in older adults // *Older adults misuse of alcohol, medicines, and other drugs: research and practice issues* / Ed. by A. M. Gurnack. — New York: Springer, 1997. — P. 25–53.
6. Adams W. L., Yuan Z., Barboriak J. J., Rimm A. A. Alcohol-related hospitalizations of elderly people. Prevalence and geographic variation in the United States // *JAMA.* — 1993. — Vol. 270. — № 10. — P. 1222–1225.
7. Gordon A. J., Conigliaro J., Maisto S. A. et al. Comparison of consumption effects of brief interventions for hazardous drinking elderly // *Subst. Use Misuse.* — 2003. — Vol. 38. — № 8. — P. 1017–1035.
8. Dawe S., Loxton N. J., Hides L. et al. Review of diagnostic screening instruments for alcohol and other drug use and other psychiatric disorders. — Canberra: Department of Health and Ageing, 2002. — 172 p.
9. Conigliaro J., Kraemer K., McNeil M. Screening and identification of older adults with alcohol problems in primary care // *J. Geriatr. Psychiatry Neurol.* — 2000. — Vol. 13. — № 3. — P. 106–114.
10. Gomber E. S. L. Drugs, alcohol and ageing // *Research advances in alcohol and drug problems.* — Vol. 10 / Ed. by L. T. Kozlowski, H. M. Annis. — New York: Plenum Press, 1990. — P. 171–213.
11. Powell J. E., McInness E. Alcohol use among older hospital patients: findings from an Australian study // *Drug Alcohol Rev.* — 1994. — Vol. 13. — № 1. — P. 5–12.
12. Morton J. L., Jones T. V., Manganaro M. A. Performance of alcoholism screening questionnaires in elderly veterans // *Am. J. Med.* — 1996. — Vol. 101. — № 2. — P. 153–159.
13. Buchsbaum D. G., Buchanan R. G., Welsh J. et al. Screening for drinking disorders in the elderly using the CAGE questionnaire // *J. Am. Geriatr. Soc.* — 1992. — Vol. 40. — № 7. — P. 662–665.
14. Плавинский С. Л., Кузнецова О. Ю., Баринова А. Н. и др. Скрининг и краткосрочное вмешательство, направленные на снижение опасного и вредного потребления алкоголя. — СПб ИОЗ, 2011. — 154 с.
15. Плавинский С. Л., Баринова А. Н., Кузнецова О. Ю., Дегтярева Л. Н. Распространенность опасного и вредного потребления алкоголя среди пациентов врачей первичного контакта. Значение для организации профилактических вмешательств. // *Российский семейный врач.* — 2011. — Т. 15. — № 4. — С. 12–16.
16. Дегтярева Л. Н., Кузнецова О. Ю., Плавинский С. Л., Баринова А. Н. Использование методики модификации поведения пациента при опасном и вредном употреблении алкоголя // *Российский семейный врач.* — 2012. — Т. 16. — № 1. — С. 55–64.
17. Огурцов П. П., Нужный В. П. Экспресс-диагностика (скрининг) хронической алкогольной интоксикации у больных соматического профиля // *Клиническая фармакология и терапия.* — 2001. — № 1. — С. 34–39.

18. *Higgins E.* The Skin and Alcohol // *Comprehensive Handbook of Alcohol Related Pathology* / Ed. by V. R. Preedy, R. R. Watson. — London: Elsevier Academic Press, 2005. — Vol. 2. — P. 599–605.

19. Плавинский С. Л., Боярский С. Г., Барина А. Н. и др. Оценка частоты встречаемости опасного и вредного потребления алкоголя с использованием анализа латентных классов // *Российский семейный врач.* — 2012. — Т. 16. — № 3. — С. 35–40.

20. *Lanza S. T., Collins L. M., Lemmon D. R., Schafer J. L.* PROC LCA: A SAS Procedure for Latent Class Analysis // *Struct. Equ Modeling.* — 2007. — Vol. 14. — № 4. — P. 671–694.

21. *Vrieze S. I.* Model selection and psychological theory: a discussion of the differences between the Akaike information criterion (AIC) and the Bayesian information criterion (BIC) // *Psychol Methods.* — 2012. — Vol. 17. — № 2. — P. 228–243.

22. Плавинский С. Л., Боярский С. Г., Барина А. Н. и др. Сравнение версий опросника AUDIT для оценки потребления алкоголя // *Российский семейный врач.* — 2012. — Т. 16. — № 3. — С. 41–46.

Авторы:

Плавинский С. Л. — д. м. н., заведующий кафедрой педагогики, философии и права ГБОУ ВПО «СЗГМУ им. И. И. Мечникова» Минздрава России

Барина А. Н. — к. м. н., доцент кафедры семейной медицины ГБОУ ВПО «СЗГМУ им. И. И. Мечникова» Минздрава России

Кузнецова О. Ю. — д. м. н., профессор, заведующий кафедрой семейной медицины ГБОУ ВПО «СЗГМУ им. И. И. Мечникова» Минздрава России

Трофимов П. Н. — научный сотрудник ФГБУ «Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В. А. Алмазова»

Боярский С. Г. — к. м. н., доцент кафедры общественного здравоохранения и профилактической медицины ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова Минздрава России

Чичерина С. Л. — аспирант кафедры общественного здравоохранения и профилактической медицины ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова Минздрава России

Дегтярева Л. Н. — к. м. н., доцент кафедры семейной медицины ГБОУ ВПО «СЗГМУ им. И. И. Мечникова» Минздрава России