ОТЧЕТ О РЕАЛИЗАЦИИ ПРОЕКТА RUS-AUDIT

Адаптация и валидация теста AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) для выявления расстройств, обусловленных употреблением алкоголя, в Российской Федерации



Всемирная организация здравоохранения
Европейское региональное бюро

ОТЧЕТ О РЕАЛИЗАЦИИ ПРОЕКТА RUS-AUDIT

Адаптация и валидация теста AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) для выявления расстройств, обусловленных употреблением алкоголя, в Российской Федерации

Всемирная организация здравоохранения
Европейское региональное бюро

Аннотация

Тест RUS-AUDIT представляет собой российскую версию теста для выявления расстройств, обусловленных употреблением алкоголя (AUDIT), который был переведен и адаптирован в соответствии с существующими рекомендациями ВОЗ по переводу и адаптации инструментов, а затем валидирован для использования в Российской Федерации. Исследование по валидации проводилось с применением выборки численностью 2000 человек из числа пациентов учреждений первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) в 9 регионах Российской Федерации в период с августа 2019 г. по февраль 2020 г. Тест RUS-AUDIT обладает хорошими психометрическими свойствами и рекомендуется для использования в Российской Федерации (и, возможно, в других странах со схожими паттернами потребления алкоголя) в качестве надежного и действенного инструмента скрининга на опасное и пагубное употребление алкоголя. Наличие данного адаптированного и валидированного инструмента открывает возможности для осуществления скрининга и кратких вмешательств (СКВ) в отношении употребления алкоголя в Российской Федерации и за ее пределами. В настоящем отчете описывается ход реализации проекта по валидации теста RUS-AUDIT, его основные результаты, а также возникшие вызовы и уроки, извлеченные в ходе реализации данного масштабного межрегионального исследования. В отчете также описаны статистические процедуры, выполненные для определения оптимальных пороговых значений для теста RUS-AUDIT, а также составления и определения пороговых значений для краткой версии теста, RUS-AUDIT-S, состоящего лишь из 3 вопросов, который может использоваться с учетом нехватки времени, характерной для учреждений ПМСП. Подчеркнутое распределение пациентов, прошедших скрининг с применением теста RUS-AUDIT в рамках исследования, показывает, что предполагаемая нагрузка на службы ПМСП будет адекватной и посильной, если данный прошедший недавнюю валидацию инструмент будет внедрен системой здравоохранения в регулярную практику СКВ в отношении употребления алкоголя. Настоящий отчет, таким образом, завершается впервые предлагаемым алгоритмом применения RUS-AUDIT в учреждениях ПМСП. Отчет также может служить подспорьем при планировании дальнейших шагов, необходимых для создания системы, включающей весь континуум помощи от ПМСП до специализированных лечебных учреждений.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА

ALCOHOL USE DISORDERS
PRIMARY HEALTH CARE
RUSSIAN FEDERATION
SCREENING AND BRIEF INTERVENTION
TEST VALIDATION

ISBN: 978-92-890-5657-1

© Всемирная организация здравоохранения, 2021 г.

Некоторые права защищены. Настоящая публикация распространяется на условиях лицензии Creative Commons 3.0 IGO «С указанием авторства – Некоммерческая – Распространение на тех же условиях» (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo).

Лицензией допускается копирование, распространение и адаптация публикации в некоммерческих целях с указанием библиографической ссылки согласно нижеприведенному образцу. Никакое использование публикации не означает одобрения ВОЗ какой-либо организации, товара или услуги. Использование логотипа ВОЗ не допускается. Распространение адаптированных вариантов публикации допускается на условиях указанной или эквивалентной лицензии Creative Commons. При переводе публикации на другие языки приводится библиографическая ссылка согласно нижеприведенному образцу и следующая оговорка: «Настоящий перевод не был выполнен Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ). ВОЗ не несет ответственности за его содержание и точность. Аутентичным подлинным текстом является оригинальное издание на английском языке: THE RUS-AUDIT PROJECT REPORT: Adapting and validating the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in the Russian Federation. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2021».

Урегулирование споров, связанных с условиями лицензии, производится в соответствии с согласительным регламентом Всемирной организации интеллектуальной собственности (http://www.wipo.int/amc/en/mediation/rules/).

Образец библиографической ссылки: Отчет о реализации проекта RUS-AUDIT. Адаптация и валидация теста AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) для выявления расстройств, обусловленных употреблением алкоголя в Российской Федерации. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2021. Лицензия: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Данные каталогизации перед публикацией (CIP). Данные CIP доступны по ссылке http://apps.who.int/iris.

Приобретение, авторские права и лицензирование. По вопросам приобретения публикаций ВОЗ см. http://apps.who.int/bookorders. По вопросам оформления заявок на коммерческое использование и направления запросов, касающихся права пользования и лицензирования, см. http://www.who.int/about/licensing/.

Материалы третьих сторон. Пользователь, желающий использовать в своих целях содержащиеся в настоящей публикации материалы, принадлежащие третьим сторонам, например таблицы, рисунки или изображения, должен установить, требуется ли для этого разрешение обладателя авторского права, и при необходимости получить такое разрешение. Ответственность за нарушение прав на содержащиеся в публикации материалы третьих сторон несет пользователь.

Оговорки общего характера. Используемые в настоящей публикации обозначения и приводимые в ней материалы не означают выражения мнения ВОЗ относительно правового статуса любой страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации границ. Штрихпунктирные линии на картах обозначают приблизительные границы, которые могут быть не полностью согласованы.

Упоминание определенных компаний или продукции определенных производителей не означает, что они одобрены или рекомендованы ВОЗ в отличие от аналогичных компаний или продукции, не названных в тексте. Названия патентованных изделий, исключая ошибки и пропуски в тексте, выделяются начальными прописными буквами.

ВОЗ приняты все разумные меры для проверки точности информации, содержащейся в настоящей публикации. Однако данные материалы публикуются без каких-либо прямых или косвенных гарантий. Ответственность за интерпретацию и использование материалов несет пользователь. ВОЗ не несет никакой ответственности за ущерб, связанный с использованием материалов.

Фото: стр. ix, 13 ©ВОЗ; стр. 26 ©ВОЗ/Анна Бунова

СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие vi

выражение признательности vii

Сокращения viii

Резюме ix

1. Исходные сведения 1

1.1 Скрининг и краткие вмешательства (СКВ) в отношении алкоголя как научно обоснованный подход к предоставлению услуг пациентам учреждений первичной медико-санитарной помощи 1

1.2 AUDIT как универсальный инструмент для выявления опасного и пагубного употребления алкоголя 2

1.2.1 Блоки теста AUDIT, уровни риска и возможные вмешательства 2

1.3 Использование теста AUDIT в Российской Федерации 7

1.4 Необходимость адаптации теста AUDIT в Российской Федерации 9

1.4.1 История AUDIT в Российской Федерации 9

1.4.2 Общероссийское исследование по адаптации и валидации теста AUDIT 10

2. Проект по валидации и адаптации теста AUDIT в Российской Федерации 12

2.1 Цели и задачи проекта 12

2.2 Координация и управление проектом 12

2.3 Предварительные исследования и анализ проблем 14

2.3.1 Систематические обзоры переводов на русский язык теста AUDIT и исследования по валидации в Российской Федерации 14

2.3.2 Экспертные интервью по вопросам восприятия теста AUDIT пациентами и работниками здравоохранения 15

2.3.3 Общие выводы предварительных исследований 16

2.4 Перевод и адаптация теста AUDIT для Российской Федерации 16

2.5 Валидация теста RUS-AUDIT 17

2.5.1 Цель, задачи, формирование выборки и инструменты 17

2.5.2 Подготовка интервьюеров 19

2.5.3 Сбор и контроль качества данных 20

2.5.4 Статистический анализ 21

3. Результаты исследования по валидации 23

3.1 Демографические характеристики выборки 23

3.2 Хорошая согласованность и производительность инструмента 24

3.3 Отличные прогностические значения в ROC-анализе для различных исходов 24

3.4 Альтернативные вопросы теста для выявления особенностей употребления алкоголя в Российской Федерации 26

3.5 Определение эффективной краткой версии теста RUS-AUDIT 29

3.6 Применение тестов RUS-AUDIT и RUS-AUDIT-S на уровне ПМСП 30

4. Проект по валидации теста RUS-AUDIT: извлеченные уроки 34

4.1 Общие размышления о проекте по валидации и его успехе 34

4.2 Конкретные размышления об использовании теста RUS-AUDIT в качестве инструмента для проведения интервью в учреждениях ПМСП 34

4.3 Общие уроки для Европейского региона ВОЗ, извлеченные в ходе исследования по валидации RUS-AUDIT 36

5. Рекомендации по использованию RUS-AUDIT в Российской Федерации 38

6. Заключение: к реализации СКВ как части непрерывного оказания помощи 43

Библиография 45

Приложение 1. Техническое задание для консультативного совета проекта 50

Приложение 2. Дополнительные вопросы, использовавшиеся в рамках валидационного исследования, но не включенные в итоговую версию теста 52

Приложение 3. Блок-схема, отражающая процесс интервью в рамках исследования по валидации теста RUS-AUDIT 53

Приложение 4. Обзор учебных модулей и мероприятий в рамках подготовки интервьюеров 54

ПРЕДИСЛОВИЕ

Употребление алкоголя является одним из ведущих факторов риска неинфекционных заболеваний и травм. Оно увеличивает бремя болезней и экономические издержки во всем мире, в том числе и в Европейском регионе ВОЗ, вызывая преждевременную смертность и инвалидность в больших масштабах. Признавая огромное влияние алкоголя на здоровье всего населения, Европейский регион ВОЗ первым принял ответные меры, выпустив в 1990-х гг. Европейскую хартию по алкоголю и первый Европейский план действий, предлагающий широкий спектр вариантов политики для содействия государствам-членам в снижении уровня потребления алкоголя и соответствующего вреда.

С учетом своей богатой истории Российская Федерация знает, что стоит на кону, когда речь идет об алкоголе и здоровье населения, и что необходимо сделать для уменьшения пагубного воздействия алкоголя на здоровье и жизни людей. Тщательно задокументированы и широко признаны выдающиеся усилия Российской Федерации по осуществлению комплексных и эффективных мер борьбы с алкоголем, включая экономически эффективные и оптимальные по затратам решения, предлагаемые ВОЗ, такие как повышение налогов на алкогольную продукцию и ограничение физической доступности алкоголя. Осуществленное ВОЗ тематическое исследование мер политики в отношении алкоголя в Российской Федерации и их влияния на смертность и ожидаемую продолжительность жизни является одной из многих недавних публикаций, в которых освещается история успеха Российской Федерации в области эффективного контроля над алкогольной продукцией.

В 2020 г. Генеральный директор ВОЗ д-р Тедрос Адханом Гебрейесус вручил Министерству здравоохранения Российской Федерации награду Межучрежденческой целевой группы Организации Объединенных Наций по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними (UNIATF) как «Выдающемуся министерству здравоохранения», ставшему первопроходцем в деле обращения вспять тенденций в области потребления алкоголя и вреда, обусловленного потреблением алкоголя, и готовому поделиться накопленным опытом и извлеченными уроками с другими странами и регионами мира.

Однако для продолжения истории успеха России необходимы дополнительные действия. Хотя уже реализован целый ряд мер и достигнуто заметное снижение потребления алкоголя и вреда, связанного с алкоголем, включая, помимо прочего, смертность, необходимы новые и новаторские подходы, особенно в области системы здравоохранения. Внедрение и расширение масштабов скрининга и кратких вмешательств в рамках национальной системы здравоохранения является важным шагом на пути к обеспечению всеобщего охвата услугами здравоохранения, как указано в Европейской программе работы ВОЗ на 2020–2025 гг. «Совместные действия для улучшения здоровья жителей Европы». Это важно, в частности, для преодоления разрыва между службами первичной медико-санитарной и специализированной наркологической помощи и, таким образом, для обеспечения непрерывности оказания помощи, особенно лицам с опасным потреблением алкоголя, чье потребление пока не рассматривается наркологической службой как потребление, требующее ее вовлечения.

Для успешного проведения скрининга и кратких вмешательств важно иметь не только необходимые знания и политическую волю, но и необходимые инструменты, которые дают точные результаты, просты в применении и признаются как медицинскими работниками, так и пациентами. Тест для выявления расстройств, обусловленных употреблением алкоголя (AUDIT), является одним из таких простых и эффективных инструментов, но требует внедрения в национальную систему здравоохранения с учетом культурного контекста. В настоящем отчете по проекту документируется важный шаг, сделанный Российской Федерацией на пути к внедрению скрининга и кратких вмешательств в систему здравоохранения, поскольку в нем поэтапно описана адаптация и статистическая валидация в Российской Федерации теста AUDIT, который является наиболее часто используемым инструментом алкогольного скрининга ВОЗ.

Проект по валидации теста RUS-AUDIT является ярким примером национального и международного сотрудничества, строгой научной практики и междисциплинарного обмена знаниями. Этот проект несомненно станет эталоном для будущих исследований по адаптации и валидации инструментов здравоохранения во всем Европейском регионе ВОЗ и за его пределами.

Д-р Nino Berdzuli
Директор Отдела страновых программ здравоохранения
Европейское региональное бюро ВОЗ

ВЫРАЖЕНИЕ ПРИЗНАТЕЛЬНОСТИ

Отчет был подготовлен Страновым офисом ВОЗ в Российской Федерации в сотрудничестве с Европейским офисом ВОЗ по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними (Офис по НИЗ) в Москве, Российская Федерация. Отчет составили: Maria Neufeld (Европейский офис ВОЗ по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними), Анна Бунова (Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины Министерства здравоохранения Российской Федерации) и Елена Юрасова (Страновой офис ВОЗ в Российской Федерации). Европейское региональное бюро ВОЗ выражает признательность группе экспертов, которые рецензировали проект отчета и предоставили ценные комментарии, а именно: Борису Горному и Анне Концевой (Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины Министерства здравоохранения Российской Федерации), Артему Гилю (Высшая школа управления здравоохранением Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации) и Yanina Andersen (Европейский офис ВОЗ по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними).

Техническая концепция данного отчета была разработана д-ром Carina Ferreira-Borges, и.о. руководителя Европейского офиса ВОЗ по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними, руководителем программы «Алкоголь и запрещенные наркотики», д-ром Melita Vujnovic, Представителем ВОЗ в Российской Федерации, и Jürgen Rehm, ведущим специалистом и профессором, Сотрудничающий Центр ВОЗ и Институт исследований политики в области психического здоровья, а также Центр исследования зависимости и психического здоровья, Торонто, Канада; Институт клинической психологии и психотерапии Дрезденского технического университета, Дрезден, Германия; Агентство общественного здравоохранения Каталонии, Барселона, Испания; Департамент международных проектов в области здравоохранения, Институт лидерства и управления здравоохранением, Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва, Российская Федерация.

Европейское региональное бюро ВОЗ также выражает благодарность Правительству Российской Федерации и Правительству Германии за поддержку проекта. Европейское региональное бюро ВОЗ особенно благодарно Министерству здравоохранения Российской Федерации и различным российским учреждениям за их поддержку в проведении всех этапов исследования, а также органам здравоохранения регионов, которые предоставили персоналу время и помещения для проведения валидационного исследования.

Страновой офис ВОЗ в Российской Федерации и Европейский офис ВОЗ по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними также хотели бы поблагодарить членов Консультативного совета проекта, интервьюеров, координаторов и региональных менеджеров за их упорный труд и усилия по проведению и координации сбора данных, а также за внесенные ими важные замечания в ходе разработки инструментов исследования и проведения анализа данных.

Члены Консультативного совета проекта: Carina Ferreira-Borges, João Breda, Maria Neufeld, Jürgen Rehm, Melita Vujnovic, Евгений Брюн, Анна Бунова, Константин Вышинский, Артем Гиль, Борис Горный, Оксана Драпкина, Екатерина Какорина, Татьяна Клименко, Евгения Кошкина, Виктория Мадьянова, Алексей Надеждин, Олег Салагай, Олег Сонин, Кристина Сошкина, Елена Тетенова, Евгения Фадеева, Дарья Халтурина, Руслан Хальфин, Елена Юрасова.

Интервьюеры: Мария Белякова (Астраханская область), Татьяна Бурмистрова (Амурская область), Юлия Верхотурцева (Челябинская область), Светлана Виноградова (Амурская область), Лейсан Габидуллина (Республика Татарстан), Александра Гончарук (Томская область), Нелля Грицаенко (Амурская область), Зоя Егорова (Томская область), Вера Ерошевская (Амурская область), Алена Ефимова (Москва), Алина Идрисова (Республика Башкортостан), Евгений Каранинский (Республика Башкортостан), Лилия Комар (Томская область), Антонина Конина (Амурская область), Татьяна Кукушкина (Москва), Стефания Куркатова (Москва), Наиля Ларина (Астраханская область), Вероника Медведева (Москва), Георгий Мишуровский (Москва), Екатерина Одинцова (Астраханская область), Юлия Павлова (Республика Башкортостан), Артем Пучков (Москва), Гульшат Рахматуллина (Республика Башкортостан), Мария Румбешт (Москва), Ольга Семочкина (Вологодская область), Ольга Спиридонова (Республика Татарстан), Василя Султанова (Республика

Башкортостан), Анастасия Тихонова (Томская область), Наталия Фатьянова (Амурская область), Маргарита Флорес (Москва), Камилла Хазеева (Республика Татарстан), Анна Хряпенкова (Вологодская область), Ксения Цыгикало (Томская область), Калерия Чернышова (Астраханская область), Татьяна Чижова (Астраханская область), Наиль Шарафутдинов (Республика Татарстан), Анна Щеголева (Челябинская область), Анастасия Юрова (Челябинская область).

Координаторы проекта и региональные менеджеры: Регина Ахуньянова (Республика Башкортостан), Наталья Бурлакова (Амурская область), Илья Волчегорский (Челябинская область), Светлана Долгова (Вологодская область), Ульяна Ефремова (Республика Башкортостан), Ирина Жидкова (Амурская область), Науфаль Загидуллин (Республика Башкортостан), Зухра Зиганшина (Республика Татарстан), Булат Идрисов (Республика Башкортостан), Анна Калинина (Москва), Анна Концевая (Москва), Ильдар Минниахметов (Республика Башкортостан), Марина Москвичева (Челябинская область), Галина Набиуллина (Астраханская область), Валентина Павлова (Республика Башкортостан), Тимур Салахов (Республика Башкортостан), Ольга Шегай (Томская область).

СОКРАЩЕНИЯ

ДИ	доверительный интервал
МКБ-10	Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем 10-го пересмотра
НИЗ	неинфекционное заболевание
ПМСП	первичная медико-санитарная помощь
САЗ	синдром алкогольной зависимости
СКВ	скрининг и краткие вмешательства
СП	стандартная порция
AUC	площадь (area under the curve) под ROC-кривой (Receiver Operating Characteristic)
AUDIT	Тест для выявления расстройств, обусловленных употреблением алкоголя (Alcohol Use Disorders Identification Test), состоящий из десяти вопросов
AUDIT-C	Тест для выявления расстройств, обусловленных употреблением алкоголя – модуль потребления (Alcohol Use Disorders Identification Test – Consumption),
CIDI	Комбинированное международное диагностическое интервью (Composite International Diagnostic interview), структурированный инструмент по диагностике и классификации психических расстройств
DSM-IV	Четвертое издание диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам (DSM-4)
DSM-V	Пятое издание диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам (DSM-5)
KESSLER K10	Шкала психологического стресса Кесслера (Kessler Psychological Distress Scale)
ROC	рабочая характеристика приемника (Receiver Operating Characteristic)
RUS-AUDIT	валидированная в Российской Федерации версия теста AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)
RUS-AUDIT-S	валидированный в Российской Федерации тест AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test), краткая версия

РЕЗЮМЕ

Тест для выявления расстройств, обусловленных употреблением алкоголя (Alcohol Use Disorders Identification Test – AUDIT), был разработан и успешно используется для выявления опасного и пагубного употребления алкоголя и потенциальной алкогольной зависимости в учреждениях первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) во многих странах мира. Тест AUDIT – это ключевой инструмент для выявления проблем, связанных с употреблением алкоголя, и для принятия решений о том, требуются ли краткие вмешательства или возможное направление для получения специализированных услуг. Тем не менее, до сих пор не существовало общепринятого перевода теста AUDIT на русский язык, который был бы адаптирован и валидирован в Российской Федерации.

В настоящем отчете описывается процесс адаптации русскоязычной версии AUDIT к условиям Российской Федерации и процедура научной валидации адаптированной версии. В нем описаны основные этапы процесса валидации, выделены результаты и извлеченные уроки, даны рекомендации по использованию инструмента в системе здравоохранения. Отчет и прилагаемый к нему протокол могут быть полезны для стран, имеющих схожие с Российской Федерацией модели употребления алкоголя и планирующих адаптировать и валидировать AUDIT в своих условиях, а также для стран, готовых проводить скрининг и краткие вмешательства (СКВ) на русском языке. Результатом данного междисциплинарного и международного сотрудничества под руководством Министерства здравоохранения Российской Федерации и ВОЗ является так называемый RUS-AUDIT, а именно русскоязычная версия теста AUDIT, адаптированная и валидированная в Российской Федерации и для нее. RUS-AUDIT учитывает вопросы языкового перевода и интерпретации вопросов теста российской целевой аудиторией, в том числе проблемную концепцию «стандартной порции» и особенности паттернов употребления алкоголя, наблюдаемых в Российской Федерации.

Полная версия RUS-AUDIT состоит из 10 вопросов, которые будут использоваться в форме интервью в условиях ПМСП для целей скрининга. Краткая версия RUS-AUDIT, известная как RUS-AUDIT-S (short), была сконструирована из вопросов полной версии с использованием статистического анализа наилучших возможных прогнозов применительно к ключевым потенциальным результатам употребления алкоголя, таким как опасное употребление, проблемное употребление, расстройства, обусловленные употреблением алкоголя, и алкогольная зависимость. RUS-AUDIT-S состоит из 3 вопросов и обладает почти теми же психометрическими свойствами, что и полная версия; это быстрый и простой скрининговый тест, который был признан приемлемым и пациентами, и персоналом учреждений ПМСП.

RUS-AUDIT можно рекомендовать для использования в учреждениях ПМСП в качестве инструмента для выявления проблем, связанных с употреблением алкоголя, в Российской Федерации, используемого в форме короткого интервью, проводимого медицинским работником. Тест может быть доработан с использованием других методов, таких как вопросник для самостоятельного заполнения или цифровое приложение.



1. ИСХОДНЫЕ СВЕДЕНИЯ

1.1. Скрининг и краткие вмешательства (СКВ) в отношении алкоголя как научно обоснованный подход к предоставлению услуг пациентам учреждений первичной медико-санитарной помощи

Алкоголь является основным фактором риска неинфекционных заболеваний (НИЗ), травм и связанной с ними преждевременной смертности, а также многих других болезней и нарушений здоровья. Потребление алкоголя приводит к огромным потерям для здоровья и экономики многих сообществ по всему миру (Rehm et al., 2017; WHO, 2018a). В то время как во всем мире большинство людей воздерживается от употребления алкоголя, как правило, в течение всей своей жизни, многие из тех, кто употребляет алкоголь, потребляют большие количества алкоголя регулярно или эпизодически, часто не связывая вред и проблемы со здоровьем, которые они испытывают, с употреблением алкоголя. Существуют результативные и экономически эффективные меры, которые могут быть реализованы на уровне населения или на индивидуальном уровне для снижения потребления алкоголя и уменьшения вреда, связанного с алкоголем (Babor, 2010; WHO, 2018b). Одной из наиболее важных и хорошо изученных индивидуальных стратегий является скрининг и краткие вмешательства (СКВ) в отношении алкоголя на уровне первичной медико-санитарной помощи с целью выявления людей с пагубным или опасным употреблением алкоголя до того, как последствия для здоровья и общества станут заметными и потребуют вмешательства со стороны специалистов (Babor & Higgins-Biddle, 2001; WHO, 2006a).

Люди с расстройствами, обусловленными употреблением алкоголя, могут оставаться невыявленными и не получать необходимой помощи и поддержки как из-за значительной социальной стигмы, связанной с самими потенциальными или уже проявившимися расстройствами, так и из-за того, как структурированы многие системы здравоохранения (Kohn et al., 2004; Rathod et al., 2018). Кроме того, лишь немногие из тех, кто испытывает обусловленный алкоголем вред в связи с сердечно-сосудистыми заболеваниями, заболеваниями пищеварительной системы и другими нарушениями здоровья и кому были бы полезны рекомендации по сокращению или прекращению употребления алкоголя, когда-либо их получали. Это можно объяснить ограниченной осведомленностью о связанных с алкоголем рисках для здоровья, таких как сильное канцерогенное воздействие алкоголя, не только среди самих пациентов, но и среди медицинских работников. Существует также множество других структурных и индивидуальных барьеров, которые препятствуют осуществлению СКВ в отношении употребления алкоголя на уровне первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), таких как отсутствие ресурсов, обучения и мотивации, ограниченное междисциплинарное сотрудничество и логистические проблемы. (Barry et al., 2004; Holland, Pringle & Barbetti, 2009; Johnson et al., 2011).

НИЗ и другие заболевания и связанные с ними факторы риска могут быть надежно выявлены и предотвращены в рамках ПМСП с помощью скрининга на факторы риска. В рамках СКВ можно не только выявлять общие риски для здоровья, связанные с употреблением алкоголя, и повышать информированность пациентов и их грамотность в вопросах здоровья применительно к алкоголю силами работников здравоохранения, но простые процедуры скрининга способствуют выявлению людей, имеющих расстройства, обусловленные употреблением алкоголя, или риск их развития. Таким людям могут быть полезны краткие вмешательства, которые поощряют снижение потребления или прекращение употребления алкоголя, сводя к минимуму негативное воздействие на здоровье и социальную жизнь до того, как проблемы и последствия употребления алкоголя станут более выраженными.

Чтобы СКВ были результативными, требуются надежные и простые в использовании инструменты, которые эффективны в условиях ограниченного времени, типичных для учреждений ПМСП. Признавая эту необходимость, комитет экспертов ВОЗ инициировал выработку эффективных методов выявления людей, подвергающихся риску вреда, связанного с употреблением алкоголя, и разработал тест для выявления расстройств, обусловленных употреблением алкоголя (AUDIT), в качестве инструмента для использования на уровне ПМСП и, возможно, в других учреждениях.

1.2 AUDIT как универсальный инструмент для выявления опасного и пагубного употребления алкоголя

AUDIT был разработан в 1989 г. в рамках совместного проекта с участием ВОЗ и шести стран в качестве практического инструмента для выявления расстройств, обусловленных употреблением алкоголя, и помощи медицинским работникам в выявлении лиц, которым было бы полезно сократить употребление алкоголя или вообще отказаться от алкоголя (Babor et al., 2001; Saunders et al., 1993). С тех пор данный тест приобрел всемирную популярность, поскольку помогает определить различные уровни риска, в частности, опасное и пагубное употребление алкоголя, а также потенциальную алкогольную зависимость. (WHO, 2021b). AUDIT и его версии (см. ниже) являются наиболее часто используемыми инструментами для скрининга на употребление алкоголя и рекомендованы ВОЗ как часть комплексного подхода к СКВ в целях решения связанных с алкоголем проблем на уровне ПМСП. В основном предназначенный для скрининга в учреждениях ПМСП, AUDIT также подходит для использования в качестве инструмента скрининга в различных других медицинских и подобных учреждениях, а также в местах лишения свободы, в военно-медицинских частях и на рабочих местах (Babor et al., 2001). Тест требует минимального обучения и может использоваться в формате интервью медицинскими работниками и другими специалистами (медсестрами, врачами, консультантами) или предлагаться в качестве вопросника для самостоятельного заполнения. По этой причине он также широко используется в рамках опросов населения и в различных исследованиях для измерения употребления алкоголя. (Lundin et al., 2015; Rehm & Lange, 2019). Тест удобен тем, что он краток, гибок и совместим с определениями расстройств, обусловленных употреблением алкоголя, содержащимися в Международной классификации болезней (МКБ-10), а именно: пагубное употребление алкоголя и алкогольная зависимость.

В целях обеспечения раннего выявления опасного и пагубного употребления алкоголя, а также потенциальных расстройств, обусловленных употреблением алкоголя, разработчики AUDIT предложили провести дальнейшие исследования по адаптации и валидации AUDIT с учетом местных условий и специфики местных систем здравоохранения (Babor et al., 2001).

1.2.1 Блоки теста AUDIT, уровни риска и возможные вмешательства

AUDIT состоит из 10 вопросов и 3 концептуальных областей, которые оценивают поведение в отношении употребления алкоголя за предшествующие 12 месяцев (таблица 1). Первая область (вопросы 1–3) касается недавнего употребления алкоголя; вторая область (вопросы 4–6) касается симптомов алкогольной зависимости; третья область (вопросы 7–10) касается неблагоприятных последствий пагубного употребления алкоголя. Ответ на каждый вопрос оценивается по шкале от 0 до 4 баллов; затем рассчитывается общий оценочных балл пациента, который может варьироваться от 0 до 40 баллов (Babor et al., 2001).

ТАБЛИЦА 1. Три блока и десять вопросов AUDIT

Направления	Номер вопроса	Содержание
Опасное употребление алкоголя	1	Частота употребления
	2	Обычный объем
	3	Частота эпизодического употребления алкоголя в больших количествах
Симптомы зависимости	4	Нарушение контроля употребления
	5	Повышение значимости употребления
	6	Употребление в утреннее время
Пагубное употребление алкоголя	7	Чувство вины после употребления
	8	Алкогольная амнезия/провалы в памяти
	9	Травмы, связанные с употреблением алкоголя
	10	Беспокойство других по поводу употребления

Результаты скрининга позволяют принимать решения о дальнейших шагах, таких как соблюдение здорового образа жизни или поиск специализированного лечения от зависимости. СКВ, адресованные людям с опасным или пагубным употреблением алкоголя, признаны не только результативной, но и экономически эффективной мерой (по сравнению со специализированным лечением уже развившихся расстройств, обусловленных употреблением алкоголя), которая потенциально сопряжена с меньшей стигматизацией (Angus et al., 2014; WHO, 2017a; Wutzke et al., 2001).

По результатам прохождения AUDIT людей, употребляющих алкоголь, можно распределить по четырем уровням риска для здоровья, каждый из которых предполагает набор соответствующих мер в рамках системы здравоохранения: 1) просвещение по вопросам употребления алкоголя; 2) простой совет; 3) совет и краткое консультирование; 4) возможное направление к специалисту для диагностической оценки. Такое распределение пьющего населения может варьироваться в зависимости от характеристик программы скрининга или характера употребления алкоголя в соответствующей стране. Второй пункт теста связан с концепцией «стандартной порции», которая используется для оценки типичного количества употребляемого алкоголя. Конкретное определение и размер стандартной порции могут отличаться в разных странах из-за различий в типичных для страны размерах порций, что, в свою очередь, может повлиять как на национальные пороговые значения уровня риска и руководящие принципы (если таковые имеются), так и на предлагаемые меры (вставка 1). Более того, когда концепция стандартной порции недостаточно понятна в ходе оценки, это может привести к неверным результатам тестирования и, следовательно, к неправильным решениям о виде необходимого вмешательства.

ВСТАВКА 1. ОПРЕДЕЛЕНИЕ СТАНДАРТНОЙ ПОРЦИИ

Стандартная порция – это единица измерения объема употребляемого алкоголя, которая представляет собой гипотетический напиток, содержащий фиксированное количество этанола (или «чистого спирта»). Обычно стандартная порция выражается как определенное количество пива, вина или крепкого спиртного напитка, которое содержит одинаковое фиксированное количество этанола. Концепция стандартной порции была введена для того, чтобы помочь осмыслить и измерить абсолютное содержание алкоголя в различных типах напитков и размерах порций. В разных странах Европы одна стандартная порция эквивалентна 10–12 г чистого спирта. Однако размеры стандартных порций различаются, и точное значение может зависеть от страны и культурного контекста. В Российской Федерации данное понятие не используется, поэтому (для удобства расчетов) специалисты по адаптации теста AUDIT решили, что одна стандартная порция будет равна 10 г чистого спирта.

Ниже описаны четыре уровня риска, лежащие в основе теста AUDIT.

С точки зрения здоровья не существует безопасного уровня употребления алкоголя, потому что этанол является канцерогеном и риск развития рака начинает возрастать даже при низком уровне употребления. Для всех онкологических заболеваний, причинным фактором развития которых признан алкоголь (рака ротовой полости, глотки, гортани, пищевода, печени, толстой кишки и молочной железы у женщин), существует четкая взаимосвязь по принципу «доза–эффект» между уровнем употребления алкоголя и риском вреда, когда относительный риск возрастает линейно с увеличением объема употребляемого алкоголя (Bagnardi et al., 2015; Boffetta & Hashibe, 2006). Хотя риск рака возрастает линейно, применительно к определенным последствиям для здоровья, таким как цирроз печени, панкреатит и некоторые сердечно-сосудистые заболевания, включая артериальную гипертензию и ишемический инсульт, наблюдается резкое увеличение риска с повышением уровня употребления алкоголя (Shield, Parry & Rehm, 2013).

Концепция относительного риска обусловила выработку в некоторых странах рекомендаций по употреблению алкоголя с относительно малым риском, позволяющих установить некое пороговое значение числа стандартных порций в день или в неделю, до которого риск вреда, обусловленного употреблением алкоголя, считается относительно низким (Anderson et al., 1993; Broholm et al., 2016; Griswold et al., 2018; Rehm, Room & Taylor, 2008). При скрининге с помощью теста AUDIT или другого инструмента скрининга большинство людей в конкретной стране попадают в указанную категорию **потребителей алкоголя с относительно малым риском.** Представителям этой группы риска обычно достаточно общей информации и просвещения в отношении алкоголя, чтобы повысить осведомленность и побудить их избегать увеличения уровня употребления алкоголя. Опираясь на имеющиеся данные и в попытке сохранить риски на более низком уровне, некоторые страны продвинулись на пути к выработке рекомендаций по употреблению алкоголя с относительно малым риском в качестве меры общественного здравоохранения. При этом пороговые значения варьируются от страны к стране (вставка 2).

ВСТАВКА 2. РЕКОМЕНДАЦИИ ПО УПОТРЕБЛЕНИЮ АЛКОГОЛЯ С ОТНОСИТЕЛЬНО МАЛЫМ РИСКОМ

Чтобы проинформировать население об общих рисках для здоровья, связанных с употреблением алкоголя, и помочь людям сохранить риски для здоровья на наиболее низком уровне, в некоторых странах выпускают рекомендации по конкретным пороговым значениям и рискам. Подобно тому, как значение «стандартной порции» сильно различается от страны к стране, эти принципы тоже меняются.

Например, в **Соединенном Королевстве** мужчинам и женщинам не рекомендуется регулярно употреблять более 14 единиц алкоголя в неделю, равномерно распределяя их на 3 или более дней; в этом случае единица алкоголя (т.е. стандартная порция) содержит 8 г чистого спирта, и рекомендации не зависят от пола. В **Германии**, с другой стороны, рекомендация состоит в том, что женщины не должны выпивать более 1 стандартной порции в день, а мужчины – не более 2 стандартных порций в день, и у всех должно быть 2 или более безалкогольных дня в неделю; однако немецкая стандартная порция содержит 12 г чистого спирта. В рекомендациях **Эстонии** говорится, что женщины не должны выпивать более 1 стандартной порции в день и более 7 стандартных порций в неделю, в то время как мужчины не должны выпивать более 2 стандартных порций в день и 14 в неделю, при этом указанные пороговые значения касаются стандартной порции объемом 10 г чистого спирта.

Общая идея таких рекомендаций состоит в том, чтобы повысить осведомленность и грамотность в вопросах здоровья применительно к алкоголю, а также сообщить населению, что употребление алкоголя сопряжено с рисками и что эти риски возрастают с увеличением количества употребляемого алкоголя. Некоторые страны издают рекомендации по снижению риска как часть комплексного подхода к политике контроля над алкоголем: некоторые принимают ограничения для СКВ, используемые в системе здравоохранения и других профилактических учреждениях; другие делают обязательным отражение количества стандартных порций на этикетках алкогольной продукции, чтобы потребители лучше понимали ограничения и риски, с которыми они сталкиваются при покупке и употреблении таких продуктов.

В Европейском регионе ВОЗ не существует установленного порога употребления алкоголя с относительно малым риском, но существует принцип: «Чем меньше, тем лучше. Лучше – ничего».

Второй уровень риска в стратификации AUDIT – **опасное употребление** (вставка 3). Это паттерн употребления алкоголя, который увеличивает риск вредных последствий для пьющего и других людей, несмотря на отсутствие каких-либо вредных последствий для человека в конкретный момент оценки (Babor et al., 2001; ВОЗ, 2014). Проблемы данного уровня риска могут быть решены с помощью простых советов. Одним из преимуществ новой (11-й) редакции Международной классификации болезней (МКБ-11) является то, что опасное и пагубное употребление, а также зависимость определены в единой системе перекрестных ссылок.

ВСТАВКА 3. ОПАСНОЕ УПОТРЕБЛЕНИЕ

Опасное употребление – это характер потребления вещества, который **увеличивает риск пагубных последствий для здоровья потребителя или других людей.** Опасное употребления алкоголя значимо с точки зрения общественного здравоохранения, несмотря на отсутствие какого-либо текущего расстройства у конкретного потребителя. В отличие от пагубного употребления и зависимости, это не диагностический термин (Babor et al., 2001; ВОЗ, 2014).

Третий и четвертый уровни риска относятся к паттернам употребления алкоголя, которые имеют клиническое значение и обозначают расстройства, обусловленные употреблением алкоголя, согласно МКБ-10: **пагубное употребление алкоголя** (F10.1) **и синдром алкогольной зависимости** (F10.2) (вставка 4). Обычно ведение пациентов с указанными двумя уровнями риска осуществляется путем сочетания кратких рекомендаций и консультирования с последующим наблюдением или посредством направления к специалисту для диагностической оценки и возможного лечения.

ВСТАВКА 4. ПАГУБНОЕ УПОТРЕБЛЕНИЕ И СИНДРОМ ЗАВИСИМОСТИ

Расстройства, обусловленные употреблением алкоголя, рассматриваются в МКБ-10 в контексте расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ.

F10.1 Употребление с вредными последствиями (пагубное употребление)
Употребление психотропного вещества, которое наносит ущерб здоровью. Вред может быть физическим (как в случаях гепатита из-за употребления психоактивных веществ) или психическим (например, эпизоды депрессивного расстройства, возникающие вторично при злоупотреблении алкоголем).

F10.2 Синдром зависимости
Совокупность поведенческих, когнитивных и психологических феноменов, развивающихся после повторяющегося употребления психоактивных веществ. Обычно проявляется сильным влечением принять вещество, трудностями самоконтроля, продолжением употребления, несмотря на вредные последствия, предпочтением употребления психоактивных веществ в ущерб другим видам деятельности и обязательствам, повышением толерантности и, иногда, синдромом отмены, проявляющимся физическими симптомами.

В таблице 2 представлен обзор исходных оценок и уровней риска в соответствии с тестом AUDIT, а также виды вмешательств, которые могут быть предложены в рамках системы здравоохранения. Однако следует отметить, что они основаны на оригинальном многострановом исследовании 1989 г. и что в настоящее время есть переводы AUDIT для конкретных стран и масштабные адаптации (см., например, Babor, Higgins-Biddle & Robaina, 2016; Babor & Robaina, 2016).

ТАБЛИЦА 2. Уровни риска и виды вмешательств в соответствии с исходными оценками AUDIT (без адаптации для конкретной страны)

Итоговый балл AUDIT	Уровень риска	Вид вмешательства
0–7	Относительно низкий риск	Просвещение по вопросам употребления алкоголя
8–15	Опасное употребление	Простой совет
16–19	Пагубное употребление	Простой совет, краткая консультация и последующий мониторинг
20–40	Возможный САЗ	Направление к специалисту для диагностики и лечения

Краткая версия AUDIT, состоящая только из первых трех вопросов (частота, количество и интенсивность употребления алкоголя – см. таблицу 1), была разработана в 1998 г. в рамках проекта в США (Bush et al., 1998). Эта более короткая версия, известная как AUDIT-C (Тест для выявления расстройств, обусловленных употреблением алкоголя – модуль потребления; Alcohol Use Disorders Identification Test – Consumption), может использоваться в качестве автономного инструмента скрининга для раннего выявления расстройств, обусловленных употреблением алкоголя, на уровне ПМСП, когда время или другие ресурсы не позволяют применить полный тест AUDIT (Драпкина и др., 2019; Reinert & Allen, 2007). Использование AUDIT-C в решающей степени зависит от точной количественной оценки стандартных порций и оценки паттернов употребления алкоголя. Каждый вопрос в AUDIT-C оценивается по шкале от 0 до 4, поэтому максимально возможный балл составляет 12. В отличие от AUDIT, AUDIT-C не имеет четко установленных пороговых значений, основанных на валидационных исследованиях, и разные учреждения и службы, возможно, используют разные пороговые значения в зависимости от контекста. Чем выше балл AUDIT-C, тем выше риск последствий употребления алкоголя для пациента.

1.3 Использование теста AUDIT в Российской Федерации

AUDIT используется в Российской Федерации для раннего выявления лиц с опасным или пагубным употреблением алкоголя и возможной алкогольной зависимостью (Драпкина и др., 2019; Министерство здравоохранения Российской Федерации, 2019а). Первый перевод AUDIT на русский язык был сделан в 1997 г. в рамках подготовки руководства по злоупотреблению психоактивными веществами для ординаторов (WHO, 2009); с тех пор AUDIT использовался в различных медицинских учреждениях, но не как часть обычных медицинских процедур на уровне ПМСП. Существуют многочисленные версии русского перевода AUDIT в руководствах и клинических рекомендациях, книгах и монографиях. Кроме того, различные версии перевода используются в рамках научных исследований.

С 2013 г. в учреждениях ПМСП после введения ряда новых руководств был введен двухэтапный процесс диспансеризации, оценки здоровья и профилактики заболеваний среди взрослого населения (Бойцов и др., 2013) (вставка 5).

ВСТАВКА 5. ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ

Процесс диспансеризации представляет собой комплекс мероприятий, предусмотренных законодательством Российской Федерации, включая профилактическое медицинское обследование (и другие методы обследования), которые проводятся для оценки состояния здоровья определенных групп населения. Сюда входит отнесение пациентов к разным категориям на основе состояния здоровья для дальнейшего диспансерного наблюдения. Диспансеризация направлена на раннее выявление состояний и заболеваний, а также факторов риска этих состояний и заболеваний, включая немедицинское употребление психоактивных веществ и запрещенных наркотиков (Бойцов и др., 2013; Драпкина и др., 2019; Яковлева и др., 2014). Диспансеризация проводится один раз в 3 года для возрастной группы 18–39 лет и 1 раз в год для возрастной группы 40+.

Первый этап диспансеризации (иногда называемый скринингом) направлен на выявление симптомов хронических НИЗ и факторов риска развития НИЗ, включая пагубное употребление алкоголя, наркотиков и психоактивных веществ, не назначенных врачом. Он также направлен на определение группы здоровья (в соответствии с существующей классификацией) и выявление медицинских показаний для дополнительных диагностических обследований и осмотров, которые будут проводиться врачами-специалистами на втором этапе диспансеризации.

Второй этап состоит из дополнительных обследований для уточнения диагноза, если они показаны на основании результатов первого этапа.

Первоначально вопросник диспансеризации содержал 4 вопроса инструмента скрининга на злоупотребление психоактивными веществами CAGE1, который использовался для определения риска пагубного употребления алкоголя (Ewing, 1984). В зависимости от результатов проводилось краткое вмешательство и (или) осуществлялось направление на второй этап процедуры диспансеризации, предполагавший углубленное профилактическое консультирование или направление к специалисту (Бойцов и др., 2013). В 2015 г. были внесены поправки в часть руководства по диспансеризации, касающуюся вредного употребления алкоголя, согласно которой AUDIT использовался на втором этапе диспансеризации (Бойцов и др., 2015). Результаты скрининга использовались для выработки рекомендаций по дальнейшему оказанию помощи. Когда в 2017 г. вышла новая редакция руководства, тест CAGE был заменен на AUDIT-C из-за его более высокой чувствительности для выявления пагубного употребления алкоголя (Бойцов и др, 2017; Горный и др., 2018). Если самостоятельно пройденный тест AUDIT-C на первом этапе диспансеризации выявлял риск пагубного употребления алкоголя, пациент направлялся на второй этап диспансеризации для индивидуальной углубленной консультации, где предлагалась полная версия AUDIT с последующим вмешательством. По результатам пациент мог получить краткую консультацию, углубленное профилактическое консультирование в учреждении ПМСП или (если была указана возможная зависимость и пациент дал согласие) направление к специалисту (наркологу) (Бойцов и др., 2017). Этот алгоритм действует и по сей день (Драпкина и др., 2019). Однако охват, последовательность и эффективность данных мероприятий, а также отзывы врачей специализированной помощи (т.е. наркологов) до сих пор не оценивались (Neufeld et al., 2020a).

1 Название представляет собой аббревиатуру, отражающую 4 вопроса теста: о возможном сокращении употребления (**C**ut) – испытываемом чувстве раздражения (**A**nnoyed) – испытываемом чувстве вины (**G**uilty) – желании принять спиртное первым делом после пробуждения (**E**ye-opener).

1.4 Необходимость адаптации теста AUDIT в Российской Федерации

1.4.1 История AUDIT в Российской Федерации

Как указано выше, AUDIT изначально разрабатывался таким образом, чтобы его можно было модифицировать и адаптировать к потребностям местной системы здравоохранения или какой-либо другой системы. Приняв AUDIT и адаптируя его к своим местным условиям, страны могли изменять определение стандартных порций, связывать оценки AUDIT со своими национальными руководящими принципами по употреблению алкоголя с относительно малым риском и (или) изменять другие элементы, чтобы включить этот инструмент в свои рутинные процедуры скрининга и вмешательства, такие как алгоритмы СКВ.

В Российской Федерации первые попытки внедрения СКВ в национальную систему здравоохранения были предприняты в начале 2000-х гг., но не дали устойчивых результатов (Heather, 2007; Mathew et al., 2009; Shellenberger et al., 2009; Shin et al., 2012 и 2013; WHO, 2006b). В 2016 г. Европейское региональное бюро ВОЗ в сотрудничестве с рядом международных экспертов и при поддержке Министерства здравоохранения Российской Федерации разработало и протестировало учебное пособие ВОЗ для первичного звена медико-санитарной помощи по краткому профилактическому консультированию в отношении употребления алкоголя (ВОЗ, 2017b), в которое AUDIT был включен в качестве инструмента скрининга для оценки рисков опасного и пагубного употребления алкоголя и потенциальной алкогольной зависимости. Это руководство было опубликовано Европейским региональным бюро ВОЗ и переведено на русский язык (ВОЗ, 2017b).

В состав группы международных экспертов, участвовавших в разработке и тестировании руководства, вошли представители Российской Федерации из Национального медицинского исследовательского центра терапии и профилактической медицины, Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии им. Сербского и Первого Московского государственного медицинского университета имени И.М. Сеченова (Сеченовский университет). Тестирование включало пилотирование частей руководства в качестве учебных материалов для медицинских работников в некоторых регионах Российской Федерации. Опыт кратких вмешательств в отношении алкоголя в Российской Федерации обсуждался на совещании в марте 2018 г. В ходе обсуждения были высказаны опасения по поводу некоторых аспектов перевода руководства на русский язык, в особенности касающихся AUDIT. Основные опасения по поводу использования AUDIT были связаны с трудностями определения термина «стандартная порция» в российском контексте – проблема, которая уже была отмечена несколькими исследовательскими группами (Balashova, 2017; Cook et al., 2011). Кроме того, наркологи были обеспокоены тем, что AUDIT не сможет выявить риски, связанные с конкретными паттернами употребления алкоголя в Российской Федерации и соседних странах. Эти риски были в основном связаны с эпизодическим употреблением алкоголя в больших количествах, когда за единичными эпизодами максимального употребления алкоголя следовали длительные периоды воздержания. Эксперты также отметили, что AUDIT неправильно отразил употребление неучтенного алкоголя (вставка 6), который играет значительную роль в структуре потребления в Российской Федерации, и что AUDIT-C содержит пороговые значения, основанные только на экспертном заключении, а не на эмпирических данных и валидационных исследованиях.

В результате указанных обсуждений Европейское региональное бюро ВОЗ и Министерство здравоохранения Российской Федерации решили провести совместное исследование по адаптации и валидации теста AUDIT в Российской Федерации.

ВСТАВКА 6. НЕУЧТЕННЫЙ АЛКОГОЛЬ

Общий термин «неучтенный алкоголь» относится к алкогольной продукции, которая не учитывается в официальной статистике налогообложения или продаж алкоголя, поскольку обычно производится, распространяется и (или) продается вне официальных каналов государственного контроля. Он включает в себя несколько типов продуктов, таких как незаконно произведенные или контрабандные алкогольные напитки, домашний алкоголь и суррогатный алкоголь – алкогольные продукты, которые официально не предназначены для употребления внутрь, такие как одеколоны, лосьоны и алкоголь для технических или промышленных целей.

1.4.2 Общероссийское исследование по адаптации и валидации теста AUDIT

Совместное исследование по адаптации теста AUDIT в и для Российской Федерации было многоступенчатым процессом. Первый этап включал перевод и межкультурную адаптацию теста к местным условиям (вставка 7). Второй этап включал валидацию переведенного и адаптированного теста. Валидность инструмента исследования – это степень, в которой инструмент измеряет то, что он предназначен измерять, т.е. степень, в которой полученные результаты или оценки теста соответствуют целям тестирования и переменным теста. С другой стороны, валидация – это процесс получения надежных доказательств, демонстрирующих такую связь (вставка 8). Таким образом, валидированный тест – это тест, который точно измеряет то, что он должен измерять, именно с той целью, для которой он был предназначен.

ВСТАВКА 7. ПЕРЕВОД И КРОСС-КУЛЬТУРНАЯ АДАПТАЦИЯ

Перевод и кросс-культурная адаптация теста представляют собой процесс, целью которого является получение разных языковых версий изначального теста, концептуально эквивалентных в каждой из целевых стран/культур. Перевод осуществляется по стандартизированной методологии, в результате которой переведенный тест, возможно, будет отличаться в лингвистическом плане от оригинала, но сохранит измерение той же теоретической концепции, что и оригинальный тест. В ходе кросс-культурной адаптации возможно добавление элементов, отражающих местные особенности. Все вносимые изменения фиксируются и тестируются в выборочных исследованиях.

Для проведения перевода и кросс-культурной адаптации ВОЗ разработала стандарт перевода и адаптации инструментов, где указан прямой алгоритм действий.

Поскольку существуют разные подходы к переводу, адаптации и валидации инструментов, эксперты ВОЗ сформулировали подробный протокол исследования для всего процесса. Процесс включал различные предварительные исследования, разработанные для понимания существующих проблем в области скрининга в отношении алкоголя в Российской Федерации, такие как оценка паттернов употребления алкоголя и использования концепции стандартных порций (Rehm et al., 2020; Sousa & Rojjanasrirat, 2011; WHO, 2009 и 2021a).

ВСТАВКА 8. ВАЛИДАЦИЯ ТЕСТА

При проведении валидации скрининговых тестов лучшим способом является сравнение значений скринингового теста со значениями диагностического теста, который используется в качестве «золотого стандарта». Это требует отдельного изучения психометрических свойств, т. е. оценки надежности теста (согласованности теста или степени, в которой он дает аналогичные результаты в аналогичных условиях) и валидности (степени, в которой тест измеряет то, что он должен измерять – в данном случае его способность прогнозировать результаты наилучшего диагностического теста «золотого стандарта»).

В то время как перевод и кросс-культурная адаптация скринингового теста не обязательно требуют больших размеров выборки (это существенно зависит от самого теста и конкретного контекста, в котором он используется), процесс проверки теста обычно требует статистической оценки психометрических свойств теста. В целом, определение пороговых значений результатов тестов и оценка психометрических свойств теста требуют большого объема выборки для обеспечения надежной классификации тестируемых лиц и, следовательно, надежного определения диагностической ценности теста. Часто это статистический анализ, сравнивающий проверяемый тест с контрольным «золотым стандартом» или другими критериями, которые считаются наилучшими доступными инструментами для классификации или измерений.

Такое статистическое сравнение обычно проводится с помощью ROC-анализа. ROC-анализ оценивает качество бинарной классификации, например пациентов с расстройством, обусловленным употреблением алкоголя, или без него. ROC-кривая представляет собой график, который показывает производительность модели классификации при изменении ее порога дискриминации. Кривая строится путем построения графика доли истинно положительных результатов (доли лиц с расстройствами, правильно классифицированными как таковые) против доли ложноположительных результатов (доли лиц без расстройств, ложно классифицированных как лица с расстройствами).

ROC-анализ используется для классификации пациентов (например пациентов с расстройствами, обусловленными употреблением алкоголя, или без них) в соответствии с результатами теста и позволяет определить соответствующие пороговые значения результатов теста таким образом, чтобы выявить наилучший компромисс между чувствительностью и специфичностью теста.

В статистике по валидации диагностических тестов **чувствительность** – это доля лиц с определенным расстройством, которых тест классифицирует как **положительные**, в то время как специфичность – это доля лиц без расстройства, которых тест классифицирует как отрицательные. Площадь под кривой [ROC] (AUC) широко признана в качестве меры дискриминационной способности теста. Чем больше площадь, тем выше чувствительность и специфичность теста. AUC гипотетического идеального теста будет равна 1,0 (100% чувствительность и 100% специфичность), в то время как значение 0,5 не показывает никакой дискриминационной ценности, указывая на тест, который бесполезен и так же случаен, как бросок монеты.

Чувствительность и специфичность теста взаимосвязаны, и их значения меняются с каждым пороговым значением балльной оценки теста. Кривая ROC и AUC предлагают графическую иллюстрацию компромиссов между чувствительностью и специфичностью для прогнозирования и выбора оптимальных пороговых значений/отсечек в зависимости от первоначального исследовательского запроса на более чувствительный или более специфичный тест или на потенциальный компромисс между этими двумя параметрами.

Часто, для определения наилучшего порогового значения в обстоятельствах, в которых чувствительность и специфичность одинаково ценны, выбирается максимальное значение **индекса Юдена** среди всех различных пороговых значений – разница между долей истинно положительных результатов и долей ложноположительных результатов. Чем больше разница, тем лучше производительность теста. Значения индекса Юдена варьируются от 0 до 1; следовательно, в гипотетическом идеальном тесте индекс Юдена должен быть равен 1.

2. ПРОЕКТ ПО ВАЛИДАЦИИ И АДАПТАЦИИ ТЕСТА AUDIT В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

2.1 Цели и задачи проекта

Общая цель проекта заключалась в переводе теста AUDIT на русский язык, следуя формальным процедурам перевода; адаптации краткой и полной версии теста к конкретным паттернам употребления алкоголя в Российской Федерации и потребностям страны; валидации AUDIT в Российской Федерации для использования в учреждениях ПМСП с целью выявления людей с опасным или пагубным употреблением алкоголя, которым необходима та или иная форма вмешательства.

Конкретные цели и этапы проекта:

- провести поиск и анализ русскоязычных версий и валидационных исследований теста AUDIT в Российской Федерации;
- перевести AUDIT на русский язык в соответствии с установленным протоколом и адаптировать его с учетом конкретных паттернов и проблем употребления алкоголя, выявленных в Российской Федерации, тем самым создав версию инструмента (RUS-AUDIT), которая является специфичной для Российской Федерации, но также подходит для использования среди русскоязычного населения в других странах, имеющих схожие паттерны потребления алкоголя;
- провести валидацию RUS-AUDIT в условиях ПМСП в Российской Федерации с целью определения пороговых значений, которые будут соответствовать различным уровням риска, связанным с употреблением алкоголя, требующим различных мер реагирования в системе здравоохранения;
- предложить, на основе анализа и результатов, полные и краткие версии теста, подходящие для скрининга на рискованное употребление алкоголя, для применения на уровне ПМСП.

Разработанный протокол исследования (Rehm et al., 2020; WHO, 2021a) включает:

1. предварительные исследования и анализ проблем;
2. адаптацию AUDIT (RUS-AUDIT);
3. основное исследование по валидации RUS-AUDIT.

2.2 Координация и управление проектом

Проект был осуществлен в период с декабря 2018 г. по февраль 2020 г. Страновым офисом ВОЗ в Российской Федерации в сотрудничестве с Европейским офисом ВОЗ по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними и при поддержке Министерства здравоохранения Российской Федерации и органов здравоохранения регионов, участвующих в валидационном исследовании.

В декабре 2018 г. на первом заседании был создан Консультативный совет проекта (КСП) для контроля реализации проекта RUS-AUDIT (рис. 1) и определены его цели и задачи (Приложение 1). В состав КСП вошли представители ведущих научно-исследовательских институтов в области профилактической медицины и наркологической помощи в Российской Федерации и представители ВОЗ. В КСП были представлены:

- Министерство здравоохранения Российской Федерации;
- Национальный научный центр наркологии (филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П.Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации);
- ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Министерства здравоохранения Российской Федерации;
- Высшая школа управления здравоохранением Института лидерства и управления здравоохранением, «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет);
- ГБУ г. Москвы «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения города Москвы»;
- ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации;
- Страновой офис ВОЗ в Российской Федерации;
- Европейский офис ВОЗ по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними.

Рис. 1. Члены КСП и участники проекта RUS-AUDIT



На заседаниях КСП члены совета получали отчеты о ходе реализации проекта, обсуждали основные проблемы и одобряли планы дальнейших действий. Члены КСП осуществляли поддержку проекта в форме консультирования и планирования проведения предварительных исследований и вносили вклад в разработку совместного протокола для проведения основного исследования (Rehm et al., 2020; ВОЗ, 2021a). В общей сложности состоялось четыре совещания КСП, на которых были определены и конкретизированы цели и задачи проекта, а также сформулированы и согласованы конкретные протоколы и результаты исследований. Отчеты о заседаниях могут быть предоставлены по запросу Страновым офисом ВОЗ в Российской Федерации.

Деятельность КСП обеспечивала тесное сотрудничество между Министерством здравоохранения Российской Федерации, специализированными медицинскими исследовательскими центрами, региональными учреждениями здравоохранения и международными экспертами. Участие многочисленных партнеров помогло лучше понять роль ПМСП в выявлении и профилактике опасного и вредного употребления алкоголя специализированными организациями наркологии и здравоохранения. Повышение осведомленности и вовлеченности членов КСП на протяжении всего проекта обеспечивало широкий обмен знаниями и способствовало приобретению бесценного опыта в области согласования российских и международных подходов, междисциплинарного сотрудничества, экспертных знаний высокого уровня и поддержки в достижении практических результатов.

2.3 Предварительные исследования и анализ проблем

2.3.1 Систематические обзоры переводов на русский язык теста AUDIT и исследования по валидации в Российской Федерации

Для документирования и анализа всех существующих переводов на русский язык теста AUDIT и систематизации опыта его валидации в Российской Федерации были проведены два систематических обзора, основанных на поиске в русскоязычных электронных библиографических базах данных. Онлайновые поисковые системы использовались также для выявления других подходящих для систематического обзора материалов.

Целью **первого систематического обзора** был поиск исследований по валидации теста AUDIT, проведенных в Российской Федерации, и документирование любого рода корреляции между оценками теста AUDIT и другими результатами оценки употребления алкоголя, такими как Комплексное международное диагностическое интервью ВОЗ (CIDI), дневники употребления алкоголя, биомаркеры или установленный диагноз специалиста в соответствии с МКБ-10: F10.1 (употребление с вредными последствиями [пагубное употребление]) и F10.2 (синдром зависимости). Исследователи изучили: 1) какие валидационные исследования по AUDIT ранее проводились в Российской Федерации; 2) какие пороговые значения инструмента AUDIT для краткого вмешательства и направления к специалисту были упомянуты в публикациях на русском языке; 3) были ли какие-либо не упомянутые в литературе проблемы или особенности, связанные с использованием инструмента AUDIT в Российской Федерации.

Целью **второго систематического обзора** было выявление (по возможности) всех доступных переводов теста AUDIT на русский язык и документирование любых существующих расхождений между переводами, включая пороговые значения для опасного и вредного употребления алкоголя и потенциальной зависимости от алкоголя, а также рекомендации по вмешательствам в отношении алкоголя, которые могут осуществляться в системе здравоохранения. Данный обзор также был направлен на документирование любых существующих проблем с переводами инструмента AUDIT на русский язык в Российской Федерации и за ее пределами.

Поиск проводился независимо двумя исследователями[2], и подробное описание результатов было представлено в отдельных публикациях (Neufeld et al., 2021a; Бунова и др., 2021). В ходе первого поиска было найдено только одно валидационное исследование инструмента AUDIT, которое было проведено в 2009 г. в Томской области и включало выборку из 252 пациентов, проходивших лечение в туберкулезной больнице (Янов и др., 2009). Исследование показало хорошую чувствительность и специфичность AUDIT у лиц с известным риском расстройств, связанных с употреблением алкоголя. Однако, выборка была небольшой и включала только пациентов, проходящих специализированное лечение от туберкулеза. Другие исследования, в которых сравнивались результаты AUDIT с дневниками употребления алкоголя и биомаркерами, показали противоречивые результаты, свидетельствующие о наличии проблем с использованием теста AUDIT в Российской Федерации. Во время второго поиска был найден 61 перевод на русский язык оригинального англоязычного инструмента AUDIT (Babor et al., 2001), большинство из которых были сделаны в Российской Федерации. Основные различия были выявлены в первых трех вопросах о структуре и количестве употребления алкоголя.

2 Поиск проводился в соответствии с протоколом, предварительно зарегистрированным в Международном перспективном регистре систематических обзоров (PROSPERO) под регистрационным номером CRD42019128059.

В результате анализа были выявлены следующие ключевые проблемы:

- отсутствие четкого определения стандартной порции алкоголя, либо отличающиеся определения стандартной порции с точки зрения содержания чистого спирта (в граммах);
- использование различных методов информирования о том, что такое стандартная порция алкоголя и каков ее размер;
- значительные несоответствия между различными русскоязычными версиями инструмента AUDIT при пересчете объема алкогольных напитков в стандартные порции/граммы чистого спирта;
- значительные отклонения от оригинального инструмента AUDIT в вариантах вопросов и ответов, приведенных во многих переводных версиях AUDIT;
- расхождения в балльных значениях отсечения и их интерпретации при оценке опасного и вредного употребления алкоголя и возможной зависимости.

2.3.2 Экспертные интервью по вопросам восприятия теста AUDIT пациентами и работниками здравоохранения

Для изучения потенциальных проблем в понимании вопросов инструмента AUDIT и выбора потенциальных дополнительных показателей расстройств, обусловленных употреблением алкоголя, в рамках российской адаптации, в дополнение к двум систематическим обзорам были проведены экспертные интервью с пациентами и работниками здравоохранения.

В общей сложности 25 пациентов и 12 работников здравоохранения были опрошены обученным интервьюером в соответствии с заранее определенным сценарием, в котором основное внимание уделялось вопросам по оценке частоты и объема употребления алкоголя, определению стандартных порций, специфике российских паттернов употребления алкоголя и потенциальным дополнительным вопросам по расстройствам, обусловленным употреблением алкоголя, в российском контексте (Neufeld et al., 2021c). В рамках данной оценки пациенты были определены в качестве экспертов и набраны из различных медицинских учреждений, включая наркологические и поликлинические учреждения, а также учреждения профилактической медицины. Все опрошенные медицинские работники работали с инструментом AUDIT в рамках своей клинической практики или исследований. Большинство из опрошенных были наркологами, но были и представители других областей медицины.

Результаты опроса подтвердили результаты систематических обзоров:

- концепция стандартной порции алкоголя не была знакома пациентам и медицинским работникам и не получила широкого распространения в российском контексте;
- существовали определенные трудности в определении терминов «за один раз» и «эпизодическое употребление алкоголя в больших количествах» (англ. heavy episodic drinking (binge drinking)) в российском контексте.

В России были выявлены несколько типичных паттернов потребления алкоголя, которые ранее обсуждались в литературе в качестве потенциальных индикаторов расстройств, обусловленных употреблением алкоголя, а именно: случаи чрезмерного опьянения, похмелья или засыпания ночью в одежде из-за алкогольного опьянения, случаи потребления определенных видов неучтенного алкоголя (Leon et al., 2007). Результаты подтвердили предыдущие выводы о том, что регистрация такого поведения может быть полезной при проведении тестирования с использованием подходящего для Российской Федерации инструмента для скрининга.

2.3.3 Общие выводы предварительных исследований

На основе как систематических обзоров, так и экспертных интервью были сделаны следующие выводы:

- Существуют различные переводы теста AUDIT на русский язык как в Российской Федерации, так и за ее пределами, что приводит к трудностям с интерпретацией результатов теста AUDIT в российском контексте.
- Ни одна из идентифицированных версий AUDIT на русском языке не была валидирована для использования на уровне ПМСП в Российской Федерации.
- Концепция стандартной порции алкоголя без каких-либо сопутствующих объяснений непонятна пациентам и медицинским работникам в Российской Федерации. Использование этой концепции без вспомогательных материалов, таких как рисунки или демонстрационные таблицы, невозможно.
- Термин «за один раз» (англ. «single occasion of drinking»), который используется в третьем вопросе инструмента AUDIT для обозначения эпизодического употребления алкоголя в больших количествах, непонятен, особенно для тех, кто употребляет большое количество алкоголя без перерыва более одного дня. Для более точной оценки такого потребления алкоголя третий вопрос теста AUDIT можно было бы усовершенствовать, определив «один раз» как период в 24 часа.
- Использование иллюстраций с указанием употребляемых количеств алкоголя и таблиц пересчета или использование компьютерных/мобильных инструментов, позволило бы пациентам указывать объемы употребляемых алкогольных напитков в привычных формах, таких как стаканы или бутылки; это также может быть полезно интервьюерам, позволяя им быстро конвертировать употребляемый алкоголь в стандартные порции/граммы чистого спирта.

Результаты систематических обзоров и экспертных интервью были представлены на втором совещании КСП и послужили основой для перевода и разработки версии теста AUDIT, адаптированной для использования в Российской Федерации; эти результаты также включали некоторые показатели теста AUDIT, которые были выявлены как подходящие для тестирования в рамках валидационного исследования.

2.4 Перевод и адаптация теста AUDIT для Российской Федерации

Официальная английская версия теста AUDIT (Babor et al., 2001) была переведена на русский язык в соответствии со стандартами перевода и адаптации инструментов ВОЗ (ВОЗ, 2009).

Валидационное исследование началось с версии теста AUDIT, представленной в учебном пособии ВОЗ по кратким вмешательствам в отношении алкоголя для первичной медико-санитарной помощи (ВОЗ, 2017b), которое использовалось в качестве основы и было переведено на русский язык российским медицинским работником, свободно владеющим английским языком и знакомым с тестом AUDIT благодаря проекту, проводившемуся в 2016 г. Затем была создана рабочая группа экспертов, в состав которой вошли эксперты в области общественного здравоохранения, руководители здравоохранения, профессиональные переводчики, специалисты по связям с общественностью и лингвисты. Экспертная группа обсудила перевод и сравнила его с тестовыми версиями с веб-сайта одного из разработчиков инструмента AUDIT (Auditscreen.org, 2021).

В ходе указанных обсуждений в переведенный тест AUDIT были внесены коррективы, главным образом для улучшения формулировки вопросов и учета конкретных результатов предварительных исследований, в частности, вопросов, связанных с количественной оценкой поведения, связанного с употреблением алкоголя. Например, для облегчения оценки использовалась цветная карточка с изображением стандартных порций алкоголя (Gamboa et al., 2020). Кроме того, по результатам качественных опросов были добавлены три новых вопроса,

учитывающих потенциальные признаки расстройств и паттернов потребления алкоголя, характерных для Российской Федерации (см. Приложение 2).

Адаптированная версия инструмента, теперь называемая RUS-AUDIT, была опробована на 79 пациентах в системе ПМСП (Neufeld et al., 2021b). Пилотное исследование проводилось в виде интервью с дополнительными когнитивными опросами в соответствии с протоколом, одобренным КСП. Результаты пилотного исследования были обсуждены рабочей группой – в частности обсуждалось использование демонстрационной карточки для изображения стандартных порций алкоголя. После данного обсуждения в карточку была добавлена таблица перевода объемов напитков в стандартные порции алкоголя в качестве вспомогательного инструмента, помогающего интервьюерам оценивать и подсчитывать стандартные порции алкоголя. Некоторые вопросы также были переформулированы для улучшения понимания.

Измененная версия инструмента AUDIT была снова опробована на 32 пациентах из тех же учреждений. Результаты второго раунда пилотного проекта были обсуждены и одобрены группой экспертов, а пересмотренный тест был представлен на третьем совещании КСП в мае 2019 г., где состоялось широкое обсуждение результатов пилотного проекта и конкретных вопросов. КСП предложил внести дополнительные поправки в конкретные формулировки вопросов инструмента AUDIT и изменения в таблицу перевода объема алкогольных напитков в стандартные порции. Изменения были внесены в следующую версию RUS-AUDIT и опробованы на новой выборке пациентов, включающей в общей сложности 56 пациентов из учреждений первичной и специализированной медицинской помощи (на этот раз в дополнение к пациентам из амбулаторных учреждений или поликлиник ПМСП были включены пациенты из наркологических учреждений). Краткое изложение этих экспериментальных результатов и окончательная версия инструмента RUS-AUDIT были направлены членам КСП в июле 2019 г. для окончательного рассмотрения и согласования.

В результате указанного многоступенчатого процесса был создан адаптированный инструмент RUS-AUDIT. Он включает 10 основных вопросов, в соответствии с первоначальной версией AUDIT, и 3 дополнительных вопроса по оценке поведения, связанного с употреблением алкоголя, характерного для Российской Федерации. Вышеуказанные дополнительные вопросы были добавлены для валидационного исследования по результатам предварительных исследований в качестве потенциальных инструментов скрининга расстройств, обусловленных употреблением алкоголя (Приложение 2).

2.5. Валидация теста RUS-AUDIT

2.5.1 Цель, задачи, формирование выборки и инструменты

Валидационное исследование RUS-AUDIT проводилось в период с августа 2019 г. по февраль 2020 г. с использованием дизайна поперечного (одномоментного) исследования с одним раундом сбора данных. В качестве основного инструмента использовался RUS-AUDIT, сопровождаемый набором других скрининговых и диагностических инструментов, которые могли бы использоваться в рамках будущих вмешательств и послужили бы надежным ориентиром для сравнения.

Валидационное исследование преследовало следующие цели:

- измерить употребление алкоголя с помощью нового адаптированного теста RUS-AUDIT, чтобы обеспечить наилучшее выявление опасных форм употребления алкоголя в контексте Российской Федерации, в частности, изучая применение трех дополнительных вопросов, включенных в тест RUSAUDIT;
- определить наилучшие значения отсечения балльной оценки для проведения кратких консультаций/вмешательств в условиях ПМСП;
- определить наилучшие значения отсечения балльной оценки для выявления паттернов пагубного употребления алкоголя и расстройств, обусловленных употреблением алкоголя, а также для проведения вмешательств в условиях ПМСП или направления на специализированное лечение.

Всего было отобрано 21 учреждение ПМСП из 9 регионов России, которые приняли участие в сборе данных, охватывающих 7 из 8 федеральных округов Российской Федерации (рис. 2). Местные администрации поддержали осуществление проекта, предоставив возможности для использования помещений и людских ресурсов (координаторов и интервьюеров) для проведения опроса.

Рисунок 2. Учреждения ПМСП из субъектов Российской Федерации, принявшие участие в исследовании.



Были проведены априорные расчеты объема выборки в соответствии с требованиями для определения 70% площади под кривой (AUC 70%) и 95% доверительным уровнем оценки. В целом, эти требования можно рассматривать как консервативные, поскольку можно было бы ожидать более высокую AUC. Рассчитанный минимальный объем выборки составил 900 человек.

Для процедуры формирования выборки были установлены следующие квоты для подвыборки из каждого региона, чтобы обеспечить представленность важных социально-демографических групп: 1) ≥ 50% мужчин; 2) ≥ 50% респондентов в возрасте 40 лет и старше; 3) не более 50%, набранных в условиях диспансеризации.

В выборку вошли все пациенты, которые посетили участвующее учреждение ПМСП в день собеседования и соответствовали критериям включения, а именно:

- были старше 18 лет;
- дали согласие на проведение собеседования;
- посещали учреждения ПМСП по любой причине.

Пациентов набирали их лечащие врачи или медсестры после того, как они получали медицинскую помощь; затем их направляли к обученным интервьюерам, которые проводили собеседование в отдельной комнате.

Все участники должны были дать устное согласие, прежде чем интервьюеры представляли им стандартизированный вопросник, который включал различные формы оценки помимо RUS-AUDIT. Для всех участников оценивался статус употребления алкоголя и курения, а также набор основных демографических показателей (возраст, пол, жилье и социально-экономические показатели). Лица, употребляющие алкоголь в настоящее время (т.е. употреблявшие алкоголь в течение предшествующих 12 месяцев), были дополнительно опрошены с помощью инструмента RUS-AUDIT, шкалы психологического стресса Кесслера (K10) и модуля по расстройствам, обусловленным употреблением алкоголя, Структурированного международного диагностического опросника CIDI. Оценка с использованием всех указанных инструментов проводилась применительно ко всем лицам с баллом RUS-AUDIT от 5 и выше, а также применительно к каждому третьему участнику с более низким баллом RUS-AUDIT (Приложение 3). Кроме того, было задано несколько вопросов о потреблении неучтенного алкоголя. Каждый третий воздерживающийся от алкоголя человек прошел обследование с применением вопросника K10, поскольку этот инструмент применим к определению психических расстройств в целом и не ограничивается алкоголем или расстройствами, обусловленными употреблением алкоголя. Подробная схема набора участников исследования, расчет объема выборки и подробные сведения об оценке статуса участника исследования в отношении употребления алкоголя и связанных с ним расстройств описаны в протоколе исследования (Rehm et al., 2020; WHO, 2021a).

2.5.2 Подготовка интервьюеров

Проведение валидационного исследования потребовало стандартизированного подхода к проведению интервью во всех регионах Российской Федерации, включенных в исследование. С этой целью в рамках программы «Обучение для тренеров» в сотрудничестве с российскими экспертами и при поддержке ВОЗ были разработаны руководство по проведению интервью и специальные учебные материалы. Пять экспертов, представляющих Европейский офис ВОЗ по профилактике НИЗ и борьбе с ними, Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины и Высшую школу управления здравоохранением Сеченовского Университета, принимали участие в разработке учебных модулей и сессий и были готовы отправиться в регионы в качестве тренеров. Впоследствии в период с августа по октябрь 2019 г. в участвующих регионах было проведено в общей сложности 9 учебных занятий продолжительностью от 6 до 7 часов с участием 60 потенциальных интервьюеров. Интервьюеры представляли различные области и профессии, но большинство из них имели медицинское, психологическое или социологическое образование, а также опыт проведения собеседований и сбора данных.

Обучение интервьюеров основывалось на модулях, охватывающих основы проведения скрининга и кратких вмешательств в отношении употребления алкоголя, обзор структуры теста AUDIT, обзор проекта по валидации теста RUS-AUDIT, основы методов интервьюирования и подробный обзор других применяемых инструментов (Приложение 4).

Теоретические основы были представлены и обсуждены во время первой части тренинга, когда интервьюерам была предоставлена общая информация об алкоголе, основных особенностях континуума употребления алкоголя и уровнях риска, основной идее, лежащей в основе скрининга и кратких вмешательств

в отношении употребления алкоголя, а также о структуре теста AUDIT. В ходе следующей части тренинга инструкторы знакомили интервьюеров с протоколом валидационного исследования, его структурой, используемыми инструментами, блок-схемой оценки пациентов, а также кратко рассказывали о методах и техниках проведения интервью.

Последняя и наиболее обширная часть тренинга включала практическое обучение с использованием инструментов исследования и была сосредоточена на навыках проведения интервью с помощью ролевых игр, которые проводились для имитации реального процесса интервьюирования. В конце учебных занятий каждый интервьюер прошел индивидуальную оценку навыков проведения интервью в ходе ролевой игры, тестирующей конкретную ситуацию собеседования, включая работу с трудными ситуациями, с целью развития навыков общения.

Особое внимание было уделено расчету стандартных порций алкоголя с помощью недавно разработанной таблицы перевода объема в стандартные порции, навигации по блок-схеме оценки пациентов, аккуратному ведению документации и процедурам ввода данных в формы исследования, а также демонстрации конкретных навыков проведения интервью в рамках ролевых игр и симуляций.

После завершения полного цикла тренинга интервьюеры отрабатывали свои навыки в групповых ролевых играх, в ходе которых они получали обратную связь как от тренеров, так и друг от друга. После завершения обучения в качестве интервьюеров к сбору данных были допущены только те интервьюеры, которые смогли продемонстрировать свою способность самостоятельно проводить интервью в соответствии с протоколом и с использованием соответствующего набора форм оценки, а также способность правильно заполнять формы.

Интервьюерами на местном уровне руководили региональные координаторы, которые контролировали сбор данных и регулярно отчитывались перед основной исследовательской группой ВОЗ.

Тренинг под руководством ВОЗ был хорошо воспринят интервьюерами и позволил сформировать большую, хорошо скоординированную исследовательскую группу. Это, в свою очередь, позволило быстро внести коррективы в процедуру сбора данных и улучшить общий сбор данных. Полученная база данных требовала минимальных процедур очистки данных, что подтвердило высокое мастерство и профессионализм интервьюеров.

2.5.3 Сбор и контроль качества данных

Сбор данных проводился в период с августа 2019 г. по февраль 2020 г. в 21 сельском и городском учреждении ПМСП в 9 регионах. В рамках вероятностной выборки было набрано в общей сложности 2030 участников, и по меньшей мере 200 участников были набраны из каждого региона.

Оценка пациентов проводилась в виде интервью, затем соответствующие формы были отсканированы. Электронные копии дважды проверялись с позиций полноты и общего качества (интервьюером в день проведения интервью и региональным координатором еженедельно) перед их отправкой координатору в Европейский офис ВОЗ по профилактике НИЗ и борьбе с ними, который проводил третью проверку. Затем данные вводились в соответствии с двойными процедурами ввода данных для случайных подмножеств данных, что позволило сформировать единую базу данных для всех регионов. Дополнительные проверки качества сбора данных и процедур ввода были проведены экспертами НМИЦ терапии и профилактической медицины Минздрава России и Сеченовского Университета, работающими совместно с Европейским офисом ВОЗ по профилактике НИЗ и борьбе с ними.




Таким образом, при сборе данных применялась четырехуровневая процедура контроля качества:

1. тщательная проверка всех заполненных форм исследования, которая проводилась на местном уровне в регионе, сначала интервьюерами, а затем региональными координаторами, на предмет полноты и качества;
2. региональные координаторы периодически проводили выборочные проверки процесса интервью, чтобы обеспечить высокое качество оценки пациентов;
3. для некоторых подмножеств данных, введенных в электронную базу данных, использовались двойные процедуры ввода данных, и дополнительные эксперты проводили дополнительные выборочные проверки ввода данных;
4. также, был проведен описательный статистический анализ, включая систематическую проверку недостающих данных и оценку достоверности данных.

2.5.4 Статистический анализ

После завершения всех процедур контроля качества и ввода данных исходная база данных была выверена и подготовлена для последующего анализа. Статистический анализ данных, в ходе которого вновь применялся многоступенчатый подход, был проведен Европейским офисом ВОЗ по профилактике НИЗ и борьбе с ними.

Первым шагом был описательный статистический анализ исследуемой выборки, изучение общего числа завершенных интервью и определение окончательного объема аналитической выборки для валидационного исследования RUS-AUDIT. В описательном анализе оценивались социально-демографические показатели, такие как распределение по полу и возрасту, средние значения, включая сообщаемую частоту употребления алкоголя, вид и медианные значения количественных показателей, а также их минимальные и максимальные значения.

Следующий шаг включал анализ психометрических свойств RUS-AUDIT, анализ одномерности, внутренней согласованности и распределения в шкалах оценки. Одномерность и внутренняя согласованность определялись путем оценки корреляции каждого элемента шкалы с полной шкалой.

Затем на основании априорных определений была оценена взаимосвязь между оценкой AUDIT и ключевыми исходами, такими как опасное употребление алкоголя и расстройства, обусловленные употреблением алкоголя. Опасное употребление алкоголя было определено как употребление более 20 г алкоголя в день для женщин и более 40 г в день для мужчин на основе категорий употребления алкоголя, определенных ВОЗ и Европейским агентством по лекарственным средствам (EMA, 2010). Определение расстройств, связанных с употреблением алкоголя, было основано на официальных диагностических критериях, определенных в Диагностическом и статистическом руководстве по психическим расстройствам и МКБ-10 (APA, 1994 и 2013; WHO, 2016). Взаимосвязь между балльной оценкой RUS-AUDIT и итоговыми показателями была определена с помощью кривых ROC, которые оценивали прогностические свойства RUS-AUDIT, в частности, способность скринингового теста правильно идентифицировать участников с опасным употреблением алкоголя или с расстройствами, обусловленными употреблением алкоголя, (чувствительность) и правильно идентифицировать участников без опасного употребления алкоголя или без расстройств, обусловленных употреблением алкоголя, (специфичность). В рамках ROC-анализа был рассчитан индекс Юдена, с помощью которого оценивалась применимость инструмента RUS-AUDIT для скрининга, а также для определения наилучших пороговых значений балльной оценки с учетом компромисса между чувствительностью и специфичностью.

Был проведен дополнительный анализ, чтобы определить, улучшат ли психометрические свойства 3 дополнительных вопроса российского теста AUDIT, касающиеся поведения, связанного с употреблением алкоголя, характерного

для Российской Федерации (эпизодическое употребление большого количества алкоголя, похмельный синдром, засыпание в одежде в состоянии сильной алкогольной интоксикации), которые были добавлены на основе предварительных исследований. В то время как все 3 дополнительных элемента сильно коррелировали с полной шкалой, замена текущих элементов новыми или добавление их в полную шкалу не привело к значительному улучшению психометрических свойств инструмента.

Наконец, все возможные комбинации 3 из 13 вопросов RUS-AUDIT (286) были протестированы для прогнозирования балльной оценки полной версии RUS-AUDIT, а также для прогнозирования опасного употребления алкоголя и расстройств, обусловленных употреблением алкоголя, как указано выше. Кроме того, комбинации были протестированы только для первых 10 вопросов RUS-AUDIT, за исключением 3 дополнительных вопросов, добавленных в целях валидационного исследования.

Весь анализ прогностических свойств инструмента был проведен отдельно для мужчин и женщин, чтобы определить показатели отсечения, зависящие от пола, поскольку известно, что уровни риска, связанные с употреблением алкоголя, варьируются в зависимости от пола (Lange et al., 2019).



3. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПО ВАЛИДАЦИИ

3.1 Демографические характеристики выборки

К участию в исследовании были приглашены 2173 респондента из 9 регионов; из них 143 (6,6%) отказались от участия. Из оставшихся 2030 респондентов 2 не попали в требуемый возрастной диапазон, а 6 не указали пол в формах для интервью. Таким образом, окончательный объем выборки составил 2022. Выборка была почти поровну разделена по полу: 986 женщин (48,8%) и 1036 мужчин (51,2%). Средний возраст составлял 41,9 года, от 18 до 96 лет. Распределение по регионам было довольно равным: 879 сельских респондентов (43,5%) и 1143 городских респондента (56,5%) (таблица 3).

ТАБЛИЦА 3. Региональное распределение общей выборки

	Сельская местность	Городская местность	Общее количество	%
Амурская область	148	155	303	15,0
Астраханская область	129	160	289	14,3
Вологодская область	–	199	199	9,8
Москва	–	149	149	7,4
Московская область	121	–	121	6,0
Республика Башкортостан	89	105	194	9,6
Республика Татарстан	100	111	211	10,4
Томская область	100	103	203	10,0
Челябинская область	192	161	353	17,5
Общее количество	**879 = 43,5%**	**1143 = 56,5%**	**2022**	**100**

Из всей выборки в общей сложности 1513 респондентов (74,8%) сообщили об употреблении алкоголя в течение предшествующего года; из них 1497 человек имели корректные баллы RUS-AUDIT и составили основную выборку для проведения описательного и аналитического статистического анализа исследования RUS-AUDIT. В целом, инструмент RUS-AUDIT оказался простым в использовании в рамках исследования, с небольшой долей пропущенных значений (1,1%).

3.2 Хорошая согласованность и производительность инструмента

Внутренняя согласованность инструмента RUS-AUDIT была хорошей, со значением коэффициента альфа Кронбаха 0,842, что является хорошей производительностью для короткого теста. Все 10 вопросов теста внесли свой вклад в совокупную оценку, полученную в результате применения инструмента, и удаление любого вопроса из инструмента привело бы к снижению значения коэффициента альфа Кронбаха. Анализ основных вопросов показал, что первый вопрос теста объяснил 49,1% дисперсии, и ни одна из факторных корреляций не была ниже 0,594.

3.3 Отличные прогностические значения в ROC-анализе для различных исходов

Инструмент RUS-AUDIT обладал хорошими психометрическими свойствами для обоих полов и спрогнозировал все выбранные исходы, которые концептуализируются следующим образом:

а. Опасное употребление алкоголя, для которого в данном исследовании были приняты пороговые значения Европейского агентства по лекарственным средствам для самых низких категорий риска (потребление более 20 г в сутки для женщин и более 40 г в сутки для мужчин).

б. Проблемное употребление алкоголя, использовалось в качестве операционного определения для обозначения уровня риска по шкале RUS-AUDIT, достаточного для инициации кратких вмешательств на уровне ПМСП. Это определение было основано на определенных компонентах шкалы CIDI для расстройств, обусловленных употреблением алкоголя, в частности, когда человек набирал баллы по любому из компонентов шкалы, оценивая следующее:

- проблемы со здоровьем, связанные с употреблением респондентом алкоголя;
- семья или друзья, возражающие против употребления респондентом алкоголя;
- разрушение отношений с близкими людьми из-за пьянства респондента;
- финансовые трудности из-за употребления алкоголя;
- нападение на другого человека или нанесение ему телесных повреждений в состоянии алкогольного опьянения;
- проблемы с полицией (вождение в состоянии алкогольного опьянения, несчастный случай);
- сокращение времени для (или отказ от) важных занятий (работы или отдыха);
- заболевание (например заболевание печени, проблемы с желудком) или психологические проблемы (депрессия, тревожность), вызванные употреблением алкоголя.

Данные компоненты вопросника CIDI соответствуют проблемам более широкого свойства, обусловленным употреблением алкоголя, и некоторым симптомам расстройств, обусловленных употреблением алкоголя, которые частично соответствуют критериям CIDI.

в. Расстройства, обусловленные употреблением алкоголя, были основаны на определениях МКБ-10 пагубного употребления алкоголя и алкогольной зависимости в соответствии с модулями версии CIDI Всемирной инициативы по обследованию психического здоровья (ВОЗ WMH CIDI), используемых в крупном европейском исследовании алкоголя в ПМСП (Rehm at al., 2015).

Показатель AUC был выше 0,83 во всех статистических моделях, и результаты 74–94% пациентов были спрогнозированы правильно. Как и ожидалось, пороговые значения, зависящие от пола, были необходимы для правильного прогнозирования всех исходов, поскольку использование неспецифических пороговых значений привело к выявлению очень небольшого числа женщин.

В таблице 4 показаны пороговые значения, доли правильно спрогнозированных исходов, а также показатели чувствительности и специфичности, полученные при выборе модели с наилучшими характеристиками прогнозирования. Наилучшие пороговые значения для опасного употребления алкоголя и проблемного употребления алкоголя были выбраны на основе индекса Юдена, в то время как расстройства, обусловленные употреблением алкоголя, и алкогольная зависимость были выбраны на основе точности и специфичности. В целом, RUS-AUDIT оказался несколько более точным в прогнозировании для женщин, чем для мужчин.

ТАБЛИЦА 4. Прогностические характеристики RUS-AUDIT для разных исходов в разбивке по полу

Исход (критерий отбора)	Пороговая оценка по RUS-AUDIT		Площадь под ROC-кривой (95% ДИ)		Правильно классифицировано (n, %) [a]		Чувствительность (%)		Специфичность (%)	
	Женщины	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины	Мужчины
Опасное употребление [b]	5	9	0,964 (0,926–1,000)	0,919 (0,892–0,946)	543 (78,9)	596 (73,7)	100,0	98,2	78,6	71,8
Проблемное употребление [b]	6	10	0,831 (0,772–0,890)	0,857 (0,828–0,887)	301 (78,8)	476 (78,7)	74,3	67,3	79,9	89,4
Расстройства, обусловленные употреблением алкоголя, (согласно определению в МКБ-10)[c]	10	14	0,872 (0,820–0,925)	0,838 (0,805–0,872)	348 (91,1)	488 (80,7)	48,3	51,0	99,1	94,4
Алкогольная зависимость (как определено в МКБ-10)[c]	11	17	0,936 (0,904–0,967)	0,879 (0,844–0,913)	360 (94,2)	528 (87,3)	5,6	47,6	97,7	97,1

[a] Для опасного употребления n = 1497 (688 женщин, 809 мужчин); по остальным 3 критериям n = 987 (382 женщины, 605 мужчин).

[b] Выбрано на основе индекса Юдена.

[c] Выбрано на основе точности и специфичности.

3.4 Альтернативные вопросы теста для выявления особенностей употребления алкоголя в Российской Федерации

Анализ трех дополнительных вопросов теста RUS-AUDIT о характере употребления алкоголя, специфичного для Российской Федерации (эпизодическое употребление большого количества алкоголя, похмельный синдром, засыпание в одежде в состоянии сильной алкогольной интоксикации) показал, что они сильно коррелируют с полной шкалой инструмента (Приложение 2). Однако, замена текущего вопроса теста, оценивающего эпизодическое употребление алкоголя в больших количествах, одним из трех новых или адаптированных вопросов не улучшила прогностические свойства полной шкалы (альтернативные баллы коэффициента альфа Кронбаха составили 0,833, 0,840 и 0,830 соответственно).

Тем не менее, эти альтернативные вопросы имели высокую прогностическую ценность для выявления алкогольной зависимости и других исходов, которые могут потребовать вмешательства, даже несмотря на то, что балльная оценка RUS-AUDIT была относительно низкой, а критерии расстройств, обусловленных употреблением алкоголя, не были выполнены. Учитывая, что эти вопросы ранее не использовались в кратких вмешательствах, оценить их эффективность не представлялось возможным. Поэтому было решено не включать их в окончательную версию инструмента. Тем не менее, они могут быть использованы при разработке шкал для выявления расстройств, обусловленных употреблением алкоголя, в исследовательских целях.

Соответственно, окончательная валидированная для страны версия инструмента RUS-AUDIT, предназначенная для использования в российских учреждениях ПМСП, содержит в общей сложности 10 вопросов (таблица 5). Для проведения теста медицинским работникам рекомендуется использовать отдельную демонстрационную карточку с таблицей для перевода объемов алкогольных напитков в стандартные порции алкоголя (таблица 6). Таблица перевода в стандартные порции – это не только вспомогательный инструмент для медицинских работников, помогающий им подсчитывать стандартные порции алкоголя и рассчитывать корректные баллы для каждого вопроса теста; ее также можно использовать в рамках краткого вмешательства, чтобы объяснить пациентам, что различные алкогольные напитки содержат разное количество алкоголя, и помочь им лучше оценить и понять их собственное употребление алкоголя и связанные с этим риски.



ТАБЛИЦА 5. Тест RUS-AUDIT (полная валидированная версия для проведения интервью)

1. Как часто Вы употребляете алкогольные напитки?

Никогда 0	Раз в месяц или реже 1	2–4 раза в месяц 2	2–3 раза в неделю 3	4 раза в неделю и чаще 4

2. Сколько алкогольных напитков (стандартных порций) Вы употребляете в типичный день, когда выпиваете?

[Одна стандартная порция содержит 10 граммов этилового спирта. В таблице представлены примеры одной СП] Если в типичный день Вы употребляете несколько разных алкогольных напитков, то суммируйте число СП. *[Интервьюер! Покажите цветную таблицу перевода объемов алкогольных напитков в стандартные порции (СП)]*

Маленький бокал вина или шампанского,	**Половина кружки пива,**	**Бокал крепленого вина,**	**Маленькая рюмка крепкого алкоголя,**	
100 мл	**250 мл**	**60 мл**	**30 мл**	
Крепость 12–13%	Крепость 4,5–5%	Крепость 16–22%	Крепость 40%	
				

[Интервьюер! Уточните, какой объем алкоголя употребляет респондент. Используйте таблицу ниже для перевода объема алкогольных напитков в СП. Укажите количество СП, отметьте баллы.]

Вино или шампанское	**Пиво**	**Крепленое вино**	**Крепкий алкоголь**		
до 250 мл	до 650 мл	до 170 мл	до 80 мл	**1–2 СП**	0
251–450 мл	651–1200 мл	171–300 мл	81–140 мл	**3–4 СП**	1
451–660 мл	1201–1750 мл	301–430 мл	141–210 мл	**5–6 СП**	2
661–970 мл	1751–2500 мл	431–640 мл	211–300 мл	**7–9 СП**	3
более 970 мл	более 2500 мл	более 640 мл	более 300 мл	**10 СП и больше**	4

3. Как часто Вы употребляете как минимум полтора литра пива, или как минимум 180 мл крепкого алкоголя, или как минимум бутылку вина или шампанского (750 мл) в течение 24 часов?

Никогда 0	Реже одного раза в месяц 1	Ежемесячно 2	Еженедельно 3	Ежедневно или почти ежедневно 4

4. Как часто за последние 12 месяцев Вы не могли остановиться, начав употреблять алкогольные напитки?

Никогда 0	Реже одного раза в месяц 1	Ежемесячно 2	Еженедельно 3	Ежедневно или почти ежедневно 4

5. Как часто за последние 12 месяцев из-за выпивки Вы не сделали то, что от Вас обычно ожидалось?

Никогда 0	Реже одного раза в месяц 1	Ежемесячно 2	Еженедельно 3	Ежедневно или почти ежедневно 4

6. Как часто за последние 12 месяцев Вам необходимо было выпить утром, чтобы прийти в себя после выпивки (опохмелиться)?

Никогда 0	Реже одного раза в месяц 1	Ежемесячно 2	Еженедельно 3	Ежедневно или почти ежедневно 4

7. Как часто за последние 12 месяцев Вы испытывали чувство вины или сожаления после выпивки?

Никогда 0	Реже одного раза в месяц 1	Ежемесячно 2	Еженедельно 3	Ежедневно или почти ежедневно 4

8. Как часто за последние 12 месяцев Вы были неспособны вспомнить, что было накануне, из-за того, что Вы выпивали?				
Никогда 0	Реже одного раза в месяц 1	Ежемесячно 2	Еженедельно 3	Ежедневно или почти ежедневно 4

9. Являлось ли Ваше употребление алкогольных напитков причиной травмы у Вас или у других людей?		
Никогда 0	Да, более 12 месяцев назад 2	Да, в течение последних 12 месяцев 4

10. Случалось ли, что Ваш близкий человек или родственник, друг или врач беспокоился насчет употребления Вами алкоголя или советовал выпивать меньше?		
Никогда 0	Да, более 12 месяцев назад 2	Да, в течение последних 12 месяцев 4

Укажите количество баллов _____

Максимальное количество баллов 40.

Таблица 6. Таблица для перевода алкогольных напитков в стандартные порции алкоголя (СП)

Сколько алкогольных напитков (стандартных порций) Вы употребляете в типичный день, когда выпиваете?

Стандартная порция (СП) содержит 10 граммов этилового спирта. На картинках представлены примеры одной СП. Если в типичный день Вы употребляете несколько разных алкогольных напитков, то суммируйте число СП.

Маленький бокал вина или шампанского, 100 мл Крепость 12-13%	**Половина кружки пива, 250 мл** Крепость 4,5-5%	**Бокал крепленого вина, 60 мл** Крепость 16-22%	**Маленькая рюмка крепкого алкоголя, 30 мл** Крепость 40%	
				

Вы можете использовать таблицу для перевода миллилитров алкогольных напитков в СП.

Вино или шампанское	**Пиво**	**Крепленое вино**	**Крепкий алкоголь**	
до 250 мл	до 650 мл	до 170 мл	до 80 мл	**1–2 СП**
251–450 мл	651–1200 мл	171–300 мл	81–140 мл	**3–4 СП**
451–660 мл	1201–1750 мл	301–430 мл	141–210 мл	**5–6 СП**
661–970 мл	1751–2500 мл	431–640 мл	211–300 мл	**7–9 СП**
более 970 мл	более 2500 мл	более 640 мл	более 300 мл	**10 СП и больше**

Чтобы ответить на вопрос № 2 RUS-AUDIT, используйте таблицу перевода объемов алкогольных напитков в стандартные порции алкоголя. Выберите тип алкоголя и объем напитка; затем обведите соответствующее количество стандартных порций и баллов.

Если в обычный день вы пьете разные алкогольные напитки, выберите все объемы употребляемых алкогольных напитков, сложите количество стандартных порций и отметьте соответствующий балл.

3.5 Определение эффективной краткой версии теста RUS-AUDIT

Для минимизации времени скрининга в условиях ПМСП была предложена краткая версия RUS-AUDIT (RUS-AUDIT-S), состоящая из 3 вопросов, взятых из полной версии. Для того, чтобы определить наилучшую сокращенную версию, были отобраны и проанализированы все возможные комбинации 3 вопросов из полной версии инструмента RUS-AUDIT с использованием различных статистических подходов. Чувствительность моделей к изменениям параметров (анализ чувствительности) была оценена для всех комбинаций вопросов, включая 3 альтернативных вопроса, добавленных для учета особенностей употребления алкоголя в России. Затем была выбрана комбинация из 3 вопросов с наибольшей корреляцией с полной шкалой: вопросы 3, 9 и 10 оказались лучшей комбинацией для прогнозирования оценки полной версии инструмента RUS-AUDIT (таблица 7). Корреляционный коэффициент Пирсона с балльной оценкой RUS-AUDIT в целом составил 0,923 с объяснением 85,3% дисперсии. Инструмент RUS-AUDIT-S оказался значительно лучше, чем обычно используемый AUDIT-C (который объединяет 1-й, 2-й и 3-й вопросы), в том числе для разделения уровней риска для женщин и мужчин.

ТАБЛИЦА 7 Тест RUS-AUDIT-S (короткая валидированная версия для проведения интервью)

1. Как часто Вы употребляете как минимум 1,5 л пива, или как минимум 180 мл крепкого алкоголя, или как минимум бутылку вина или шампанского (750 мл) в течение 24 часов?							
Никогда	0	Реже одного раза в месяц	1	Ежемесячно	2	Еженедельно	3	Ежедневно или почти ежедневно	4

2. Являлось ли Ваше употребление алкогольных напитков причиной травмы у Вас или у других людей?					
Никогда	0	Да, более 12 месяцев назад	2	Да, в течение последних 12 месяцев	4

3. Случалось ли, что Ваш близкий человек или родственник, друг или врач беспокоился насчет употребления Вами алкоголя или советовал выпивать меньше?					
Никогда	0	Да, более 12 месяцев назад	2	Да, в течение последних 12 месяцев	4

Укажите количество баллов _____

Максимальное количество баллов 12

○ **Женщина** ○ **Мужчина**

Комбинация из 3 вопросов, выбранных для RUS-AUDIT-S, оказалась лучшим средним предиктором для всех тестируемых исходов: опасное употребление, проблемное употребление, пагубное употребление алкоголя или зависимость от алкоголя в соответствии с МКБ-10; зависимость от алкоголя или злоупотребление алкоголем в соответствии с DSM-IV или расстройства, обусловленные употреблением алкоголя, как определено в DSM-V. При использовании инструмента RUS-AUDIT-S некоторые исходы были спрогнозированы даже лучше, чем при использовании полной версии инструмента RUS-AUDIT.

Поскольку в некоторых предыдущих крупных исследованиях в Российской Федерации использовался инструмент AUDIT-4 (Shin et al., 2012), также были протестированы все возможные комбинации из 4 вопросов. Комбинация, использованная в AUDIT-4, не показала лучших результатов, чем RUS-AUDIT-S, ни по одному из исходов. Фактически, AUDIT-4 не только показал худшие результаты, в сравнении с комбинацией из 3 вопросов RUS-AUDIT-S (вопросы 3, 9 и 10), но и лучшая средняя комбинация из 4 вопросов RUS-AUDIT (вопросы 1, 3, 9 и 10) продемонстрировала лучшие результаты, чем AUDIT-4.

Инструмент RUS-AUDIT-S, состоящий из вопросов 3, 9 и 10 полной версии RUS-AUDIT, рекомендуется как лучшая и наиболее эффективная краткая версия теста (таблица 7).

3.6 Применение тестов RUS-AUDIT и RUS-AUDIT-S на уровне ПМСП

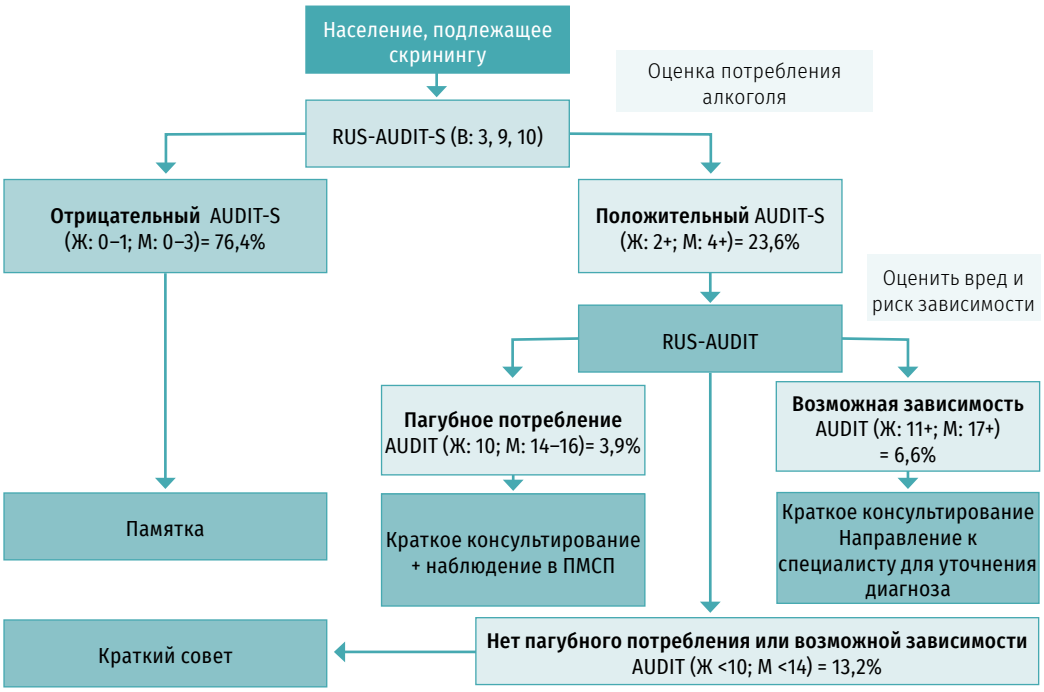
Ниже приведены рекомендации по процедурам потенциального использования тестов RUS-AUDIT и RUS-AUDIT-S в учреждениях ПМСП в Российской Федерации. Предлагаемые шаги соответствуют общепринятым правилам использования скрининга и кратких вмешательств (WHO, 2006a):

- скрининг уровня употребления алкоголя и выявление опасного и пагубного употребления алкоголя должны проводиться на уровне ПМСП;
- наиболее эффективным методом является скрининг с использованием краткой версии теста и определение дальнейших шагов на основе результата первого скрининга;
- результат первого скрининга должен определять различные уровни вмешательства, начиная от распространения информационных материалов и заканчивая рекомендацией пройти консультацию у специалиста (в контексте Российской Федерации – у врача-нарколога).

Пороговые значения балльной оценки были определены на основе чувствительности и специфичности тестов RUS-AUDIT и RUS-AUDIT-S, которые были рассчитаны на основе тестирования на большой выборке пациентов в системе ПМСП. Поскольку выборка была большой и охватывала разные регионы, ожидается, что пороговые значения будут применимы для всей Российской Федерации. Хотя и указываются основанные на фактических данных пороговые значения для проведения различных вмешательств, реальное применение инструмента должно основываться на соображениях с учетом местного контекста.

На рис. 3 рассматривается один из нескольких возможных сценариев, в рамках которого используются как полная, так и сокращенная версии теста, обобщенные в одном алгоритме. Когда пациенты, употребляющие алкоголь, посещают учреждение ПМСП, они проходят обследование не реже 1 раза в год с помощью краткой версии теста – RUS-AUDIT-S. Если результат отрицательный (ниже предложенного порога), пациент получает общую информацию о последствиях употребления алкоголя в виде информационной брошюры о воздействии алкоголя. Если результат положительный (выше предложенного порогового значения), пациент проходит дальнейший скрининг с использованием полной версии теста RUS-AUDIT из 10 вопросов, чтобы определить конкретный уровень риска и, таким образом, отнести пациента к определенной группе риска, для которой предназначены соответствующие вмешательства. Пациенты с высоким риском алкогольной зависимости получают краткое вмешательство и могут быть направлены, с их согласия, к наркологу для дальнейшего консультирования. Пациенты с баллами, не достигающими уровня риска пагубного употребления или возможной зависимости, получают краткие рекомендации по снижению употребления алкоголя и индивидуальных рисков, а также информационную брошюру о воздействии алкоголя. Пациенты с риском пагубного употребления алкоголя и без признаков возможной алкогольной зависимости получают краткое вмешательство и последующее наблюдение на уровне ПМСП.

Рис. 3. Возможный алгоритм применения, сочетающий RUS-AUDIT-S и RUS-AUDIT на уровне ПМСП.



С целью облегчить проведение скрининга предлагается использовать цветную демонстрационную карточку стандартных порций алкоголя с интегрированной таблицей перевода объемов напитков в стандартные порции; это может помочь медицинским работникам преобразовать объемы алкогольных напитков в стандартные порции алкоголя при ответе на вопрос 2 теста RUS-AUDIT (таблица 6).

В таблице 8 представлен обзор того, как выборка исследования была распределена по различным пороговым значениям балльной оценки полной версии RUS-AUDIT и RUS-AUDIT-S. Он показывает, что подавляющее большинство обследованных пациентов (77,3% женщин и 67% мужчин), скорее всего, по баллам будут отнесены к первым двум уровням риска – низкому риску и опасному употреблению алкоголя – и, следовательно, потребуют лишь краткого вмешательства в виде брошюры и краткого совета. Доля лиц с опасным употреблением алкоголя среди мужчин и женщин была одинаковой (почти 18%), но предоставление этой группе краткого совета по сокращению употребления алкоголя не должно стать серьезным обременением для работников ПМСП. Наиболее интенсивные усилия работников ПМСП потребуются только для 0,9% женщин и 6,4% мужчин с пагубным употреблением алкоголя, а также для лиц с потенциальной алкогольной зависимостью (3,9% женщин и 8,9% мужчин), которым может потребоваться дальнейшая консультация нарколога. Важно отметить, что это относится только к «нынешним пьющим», то есть к лицам, которые употребляли алкоголь в течение предшествующих 12 месяцев. Таким образом, общее распределение предполагает, что ожидаемая рабочая нагрузка на службы ПМСМ является адекватной и управляемой и что внедрение в практику RUS-AUDIT и его эмпирически установленных пороговых значений не приведет к перегрузке системы.

Таблица 8. Специфичные по полу пороговые значения балльной оценки тестов RUS-AUDIT и RUS-AUDIT-S, демонстрирующие уровни риска, вмешательств и распределение выборки

Уровень риска	Вмешательство	RUS-AUDIT				RUS-AUDIT-S			
		Баллы		N (%)	N (%)	Баллы		N (%)	N (%)
		Женщины	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины	Мужчины
Низкий риск	Брошюра	0–4	0–8	523 (77,3%)	542 (67,0%)	0–1	0–3	572 (83,1%)	571 (70,6%)
Опасное употребление	Краткий совет	5–9	9–13	123 (17,9%)	143 (17,7%)	2–4	4–6	80 (11,6%)	135 (16,7%)
Пагубное употребление	Краткое вмешательство и наблюдение в ПМСП	10	14–16	6 (0,9%)	52 (6,4%)	5	7	12 (1,7%)	41 (5,1%)
Возможная зависимость	Дальнейшая оценка, возможное направление к специалисту	11+	17+	27 (3,9%)	72 (8,9%)	6+	8+	24 (3,5%)	62 (7,7%)

Совокупные результаты валидации теста RUS-AUDIT были доведены до сведения КСП, обсуждены и одобрены руководством проекта, а также опубликованы. В ходе отдельного совещания были представлены опыт и мнения региональных координаторов и интервьюеров, а также уроки, извлеченные в ходе использования адаптированного инструмента на местах. После обсуждения полученных данных было достигнуто общее согласие и понимание роли служб и работников ПМСП в снижении рисков, связанных с употреблением алкоголя. Непосредственный опыт Российской Федерации по валидации теста AUDIT вызвал интерес в других странах Европейского региона ВОЗ. Некоторые представители этих стран присутствовали на совещании в качестве наблюдателей, стремясь узнать об адаптации и валидации инструмента AUDIT с целью применения полученных знаний при его адаптации и (или) валидации в своих собственных странах и регионах.

Результаты процесса валидации теста RUS-AUDIT прошли экспертную оценку: несколько исследований (Bunova et al., 2021; Neufeld et al., 2021a), протокол (Rehm et al., 2020) и основные результаты валидации были приняты к публикации в рецензируемых научных журналах (Neufeld et al., 2021d).

Краткое изложение основных результатов валидации теста RUS-AUDIT

1. Окончательный валидированный тест RUS-AUDIT для использования в условиях ПМСП состоит из 10 вопросов, которые эффективны в качестве измерительного инструмента. Внутренняя согласованность RUS-AUDIT была хорошей (коэффициент альфа Кронбаха 0,842).
2. Три дополнительных вопроса, касающиеся особенностей употребления алкоголя, характерных для Российской Федерации, могут быть в дальнейшем использованы в исследовательских целях, но не были включены в окончательный вариант теста (Приложение 2).
3. Тест RUS-AUDIT-S – это краткая версия, состоящая из вопросов 3, 9 и 10 полной версии RUS-AUDIT; она хорошо прогнозирует результаты полного теста, с корреляцией Пирсона 0,923 и объяснением 85,3% дисперсии.
4. Инструмент RUS-AUDIT – это небольшой и простой в применении тест, который требует минимальной подготовки работников здравоохранения, обладает хорошими психометрическими и отличными прогностическими свойствами и имеет AUC выше 0,83 для всех выбранных исходов.
5. Полученные пороговые значения инструментов RUS-AUDIT и RUS-AUDIT-S не будут существенно перегружать учреждения ПМСП, если скрининг и краткие вмешательства будут внедрены в качестве обычной процедуры в первичном здравоохранении Российской Федерации, поскольку лишь примерно 1 из каждых 10 обследованных пациентов потребует определенного мониторинга и дальнейшего наблюдения.

4. ПРОЕКТ ПО ВАЛИДАЦИИ ТЕСТА RUS-AUDIT: ИЗВЛЕЧЕННЫЕ УРОКИ

Будучи международным и междисциплинарным проектом, исследование по валидации RUS-AUDIT проводилось с участием различных экспертов и заинтересованных сторон и позволило вынести ряд уроков как из начального этапа разработки протокола исследования, так и из различных этапов разработки и адаптации RUS-AUDIT, сбора и анализа данных. В рамках деятельности КСП состоялись важные обсуждения.

4.1 Общие размышления о проекте по валидации и его успехе

КСП продемонстрировал эффективность вовлечения многих заинтересованных сторон в руководство проведением валидационного исследования на всех этапах, обеспечение его успеха в достижении всех заявленных целей и обеспечение консенсуса и сотрудничества экспертов из различных областей медицины и национальных учреждений здравоохранения федерального и регионального уровней и международных организаций под руководством Министерства здравоохранения Российской Федерации и ВОЗ.

В целом, исследование по валидации предоставило ВОЗ и национальным партнерам уникальный опыт сотрудничества и применения передовой практики валидации инструментов в области здравоохранения.

Исследование по валидации в регионах Российской Федерации показало, что организационная приверженность имеет решающее значение и все заинтересованные стороны, включая врачей, медсестер, фельдшеров, административный персонал и специализированные учреждения, должны участвовать в реализации.

4.2 Конкретные размышления об использовании теста RUS-AUDIT в качестве инструмента для проведения интервью в учреждениях ПМСП

В целом, RUS-AUDIT хорошо зарекомендовал себя как инструмент скрининга в условиях ПМСП в Российской Федерации как с точки зрения удобства его использования, так и с точки зрения подготовки интервьюеров, необходимой для проведения скрининга с использованием RUS-AUDIT, а также с точки зрения его психометрических свойств в качестве шкалы.

Особенности валидационного исследования могут быть обобщены следующим образом:

- В целом, RUS-AUDIT получил положительные отзывы как интервьюеров, так и респондентов, участвовавших в исследовании. Тест был охарактеризован как эффективный инструмент скрининга в отношении употребления алкоголя, простой и быстрый в использовании и понимании.
- Тщательная подготовка интервьюеров, приверженность интервьюеров и координаторов надлежащей научной практике, а также анонимность и конфиденциальность обстановки собеседования позволили провести оценку рисков употребления алкоголя в контексте учреждений ПМСП наилучшим возможным образом. Хотя хорошо известно, что употребление алкоголя всегда занижается в опросах и скринингах, данные RUS-AUDIT показали, что количество недостающих значений, как правило, было довольно низким. Вероятно, это было связано с хорошо организованной подготовкой интервьюеров на основе учебных модулей, которые были специально разработаны и адаптированы к потребностям валидационного исследования;

с наличием практического руководства, содержащего необходимую информацию и практические советы для интервьюеров; а также с возможностью мгновенной обратной связи между интервьюерами на местах, региональными координаторами и преподавателями, а также координационной группой основного исследования, что позволяло очень быстро выявить и устранить любые проблемы со сбором данных.

- Хорошо спланированные и скоординированные организационные усилия в соответствии с разработанным протоколом исследования помогли преодолеть различные проблемы при сборе данных и обеспечить стандартизированный подход, который был принят всеми регионами Российской Федерации, участвовавшими в исследовании.
- На практическом уровне скрининга исследование выявило и подтвердило ряд проблем, связанных с восприятием и пониманием вопросов теста. Во время обучения интервьюеров одна из основных проблем была связана с количественной оценкой стандартных порций алкоголя, необходимой для второго вопроса теста AUDIT, касающегося количества обычно употребляемого алкоголя. Это потребовало подробного объяснения и представления конкретных примеров. Интервьюеры научились работать со вспомогательными материалами, такими как таблица перевода объемов алкогольных напитков в стандартные порции, помогающая рассчитать стандартные порции напитков; они также использовали различные практические примеры, чтобы научиться работать с таблицей перевода в стандартные порции и присваивать баллы за соответствующий вопрос теста. В целом, эта часть обучения не заняла много времени, и таблица перевода в стандартные порции была в целом хорошо воспринята как интервьюерами, так и в последующем участниками исследования.
- Во время практической работы интервьюеры отметили, что основные проблемы возникли в начале исследования и были в основном связаны с расчетом стандартных порций, разъяснением понятия «типичный день» респондентам с эпизодическим употреблением алкоголя в больших количествах в течение нескольких дней, несколько сложной и незнакомой формулировкой третьего вопроса теста и вопросами личного характера, которые могут вызвать смущение как у интервьюеров, так и у участников. Одной из специфических проблем для некоторых интервьюеров было также ограниченное рабочее время, поскольку требовалось выполнения и других обязанностей. Некоторые из указанных вопросов были решены путем развития навыков личного собеседования в рамках обучения. Другим требовалась более подробная консультация с преподавателями. Трудности с подсчетом стандартных порций и «типичным днем» употребления алкоголя были устранены с помощью конкретных примеров во время обучения, и конкретные рекомендации по этому вопросу были даны в руководстве для интервьюеров.
- Во время оценки результатов и в ходе сбора данных наиболее частой проблемой был неправильный подсчет стандартных порций и общего количества баллов RUS-AUDIT, особенно в начале исследования. Тем не менее, эту проблему удалось быстро устранить в ходе последующей работы на местах и в рамках индивидуальной отработки навыков с обратной связью для каждого интервьюера.
- На сегодняшний день в Российской Федерации нет официального определения «опасного употребления алкоголя». Если такое понятие когда-либо будет введено, его определение должно быть специфичным для паттернов употребления алкоголя, которые обычно встречаются в Российской Федерации и актуальны для населения в целом, таких как относительно длительные периоды воздержания, за которыми следуют случаи эпизодического употребления алкоголя в больших количествах, опьянения и похмелья, которые могут стать причиной проблем отдельных лиц и их близких. На сегодняшний день общепринятые определения опасного употребления алкоголя, встречающиеся в научной литературе, основаны на постоянном (почти ежедневном) употреблении алкоголя, которое не распространено в Российской Федерации.

Соответственно, дополнительное понятие «проблемное употребление алкоголя» было использовано в качестве оперативного определения в исследовании для обозначения определенного уровня риска, который был расположен ниже, чем пагубное употребление или возможная зависимость от алкоголя в описанном континууме вреда и предлагаемых уровнях вмешательства. Последующий статистический анализ выделил проблемное употребление алкоголя в отдельную категорию риска с конкретными пороговыми значениями рисков и предлагаемыми мерами вмешательства.

В целом, валидационное исследование показало, что одной из главных проблем RUS-AUDIT была правильная оценка числа стандартных порций в типичный день употребления алкоголя. Как количественная оценка стандартных порций, так и понимание термина «типичный день употребления алкоголя» оказались проблематичными в нескольких предварительных исследованиях, а также в основном исследовании по валидации. Этот вопрос необходимо учитывать при обучении работников здравоохранения использованию RUS-AUDIT в качестве инструмента скрининга, а также следует отразить в соответствующих учебных материалах. С другой стороны, RUS-AUDIT-S, краткая версия инструмента, избавилась от этого потенциально проблемного и трудоемкого элемента теста и предлагает более короткую и гораздо более простую в использовании комбинацию вопросов, которая, как было показано, прогнозирует результаты так же хорошо, как и полная версия теста.

4.3 Общие уроки для Европейского региона ВОЗ, извлеченные в ходе исследования по валидации RUS-AUDIT

Другие страны Европейского региона ВОЗ, которые, возможно, пожелают адаптировать AUDIT к конкретным потребностям и задачам своих систем здравоохранения и валидировать его в качестве разработанного и рекомендованного ВОЗ инструмента скрининга на употребление алкоголя, могут счесть изложенный в данном отчете опыт полезным. Конкретные уроки, которые необходимо извлечь, обобщены в приведенном ниже перечне вместе с предметными комментариями для экспертов, которые готовят свои собственные исследования по адаптации или валидации AUDIT или рассматривают возможность практического использования RUS-AUDIT в собственных условиях для оценки употребления алкоголя и связанных с этим рисков среди русскоязычного населения.

- Рассмотрите возможность создания консультативного совета проекта для совместного обсуждения дизайна исследования и важнейших вопросов планирования, сбора и анализа данных, а также для совместной и междисциплинарной интерпретации результатов.
- Разработайте как можно раньше четкий протокол исследования, охватывающий все необходимые этапы, предпочтительно с участием широкого круга заинтересованных сторон и учреждений, чтобы учесть различные точки зрения на скрининг и текущие потребности системы здравоохранения.
- Рассмотрите возможность проведения предварительных исследований в рамках первоначального анализа проблемы, особенно если быстрый обзор существующей литературы по AUDIT в данной обстановке дает неоднозначные и неубедительные результаты.
- Поскольку основная цель AUDIT состоит в том, чтобы стратифицировать лиц, употребляющих алкоголь, в соответствии с их уровнем риска и предложить им меры вмешательства, соответствующие их уровню риска и, по возможности, местным рекомендациям по употреблению алкоголя с относительно малым риском, обобщите уже существующие руководящие принципы и определения.
- Подготовьте рекомендации по уровням риска употребления алкоголя и соответствующим вмешательствам, предлагаемым и (или) возможным в рамках системы здравоохранения.

- При необходимости проведите картирование системы, чтобы определить конкретные области и услуги, в которых СКВ (а также потенциальные направления к специалистам) могут быть осуществлены в рамках непрерывного оказания помощи лицам с рискованными моделями употребления алкоголя и потенциальными расстройствами, обусловленными употреблением алкоголя.
- Рассмотрите возможность добавления или адаптации вопросов AUDIT для улавливания специфического для местных условия поведения в отношении употребления алкоголя и связанных с этим рисков; проведите статистическую проверку полученной шкалы, чтобы увидеть, как новые элементы влияют на шкалу и полезны ли они для прогнозирования результатов.
- Рассмотрите возможность использования дополнительных пособий, таких как таблицы перевода объемов алкогольных напитков в стандартные порции в рамках второго вопроса AUDIT, если концепция стандартных порций незнакома и не используется в данной обстановке. Проверьте возможность использования таких пособий в рамках пилотных исследований.
- Проводите все процедуры перевода текстов в соответствии с существующими оперативными процедурами ВОЗ по переводу и адаптации инструментов; инвестируйте в пилотирование различных версий инструмента в различных условиях, где планируется использовать итоговый вариант теста AUDIT.
- Проконсультируйтесь с рядом экспертов (предпочтительно с группой экспертов или специально сформированным консультативным советом) и обсудите конкретные методы валидации теста; обсудите и выберите конкретный способ валидации и инструменты, необходимые для этого (например для сравнения с «золотым стандартом»).
- Инвестируйте в тщательную подготовку интервьюеров, предпочтительно следуя стандартизированному подходу к обучению на основе модулей.
- Обеспечьте наличие различных циклов обратной связи и хорошую координацию интервьюеров и процедур сбора данных на местах.
- Сведите к минимуму время между сбором и вводом данных и обеспечьте индивидуальную обратную связь с интервьюерами, чтобы любые проблемы с данными могли быть выявлены и устранены как можно раньше.
- Рассмотрите возможность проведения пилотных проектов и валидационного исследования в разных регионах и условиях, если планируется использовать AUDIT в разных условиях.
- Оцените необходимость в краткой версии теста; определите наилучшую комбинацию вопросов в рамках статистического анализа.
- Рассмотрите, требуется ли какая-либо адаптация для создания формы теста для самозаполнения; основная идея заключается в том, что AUDIT должен использоваться в рамках скринингового интервью обученным медицинским работником или другим обученным специалистом, в зависимости от условий.
- Разработайте вспомогательные и учебные материалы для ПМСП и других работников здравоохранения, которых необходимо обучить использованию AUDIT в рамках процедур скрининга.

5. РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ИСПОЛЬЗОВАНИЮ RUS-AUDIT В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Полная версия (RUS-AUDIT, 10 вопросов) и краткая версия (RUS-AUDIT-S, 3 вопроса) позволяют эффективно выявлять лиц с опасным и пагубным употреблением алкоголя. Соответственно, обе версии с соответствующими пороговыми значениями, определенными в результате валидационного исследования, могут быть использованы в качестве кратких, надежных и валидных инструментов скрининга в условиях ПМСП в Российской Федерации.

Кроме того, использование данных тестов может быть исследовано в других условиях, за пределами сферы здравоохранения и везде, где рекомендуется скрининг в отношении рискованного употребления алкоголя. Например, в настоящее время AUDIT рекомендуется в рамках организации такой консультационной помощи в корпоративных программах по улучшению здоровья работающих в рамках Федерального проекта «Укрепление общественного здоровья» подготовленного Министерством здравоохранения Российской Федерации (Министерство здравоохранения Российской Федерации, 2019b).

Как показали результаты валидационного исследования, RUS-AUDIT и RUS-AUDIT-S:

- облегчают удобный и краткий скрининг на употребление алкоголя в условиях ПМСП;
- понятны пациентам и просты в использовании в форме собеседования с медицинскими работниками;
- не требуют много времени и других ресурсов для обучения (особенно для RUS-AUDIT);
- хорошо работают в качестве шкал и обладают хорошими психометрическими свойствами, включая высокую точность прогнозирования расстройств, обусловленных употреблением алкоголя;
- могут рекомендоваться для внедрения в практику на уровне ПМСП помимо диспансеризации (например для использования в обычной общей практике с целью оценки рисков употребления алкоголя и предоставления соответствующих кратких вмешательств), а также в качестве инструмента для обеспечения надлежащего направления пациентов с риском синдрома зависимости в специализированные наркологические службы.

В соответствии с общими уроками, извлеченными по итогам исследования, и в свете существующих доказательств эффективности данного вида вмешательства, медицинские работники на уровне ПМСП должны регулярно спрашивать об употреблении алкоголя. При этом, как описано в разделе 3.6, они могут использовать полную и (или) краткую версию RUS-AUDIT в качестве стандартного инструмента скрининга для определения уровней риска. Как только уровень риска будет определен, они могут либо дать краткий совет и осуществить вмешательство (провести консультирование, если обучены этому), либо, если есть подозрение на расстройство, обусловленное употреблением алкоголя, предложить направление к специалисту для дальнейшей диагностики и специализированной помощи.

Наиболее важные свойства и потенциальные области применения RUS-AUDIT и его краткой версии обобщены в таблице 9.

ТАБЛИЦА 9. Обзор основных свойств и потенциальных областей применения RUS-AUDIT и RUS-AUDIT-S

RUS-AUDIT	RUS-AUDIT-S
• Версия теста из 10 вопросов, требующая использования цветной демонстрационной карточки для перевода объемов алкоголя в стандартные порции и минимальной подготовки интервьюера для оценки и расчета стандартных порций в типичный день употребления алкоголя. • Позволяет детализировать разделение лиц, употребляющих алкоголь, по различным уровням риска и предлагает возможность целенаправленных вмешательств в соответствии с уровнем риска. • Может оценивать уровни риска употребления алкоголя и может использоваться в качестве отправной точки для дальнейшего направления к специалисту и диагностической оценки. • Может использоваться специалистами по медицинской профилактике и другими специально обученными медицинскими работниками в поликлиниках, медицинских центрах и других учреждениях, где у медицинских работников есть время для скрининга и они могут проводить целенаправленные вмешательства.	• Краткая версия теста из 3 вопросов, которая не требует дополнительных пособий и предполагает очень небольшое обучение. • Позволяет провести бинарную классификацию лиц, употребляющих алкоголь, на имеющих более низкий риск или имеющих возможные расстройства, связанные с употреблением алкоголя, и нуждающихся в дальнейшей оценке и вмешательствах. • Может оценить риск расстройства, обусловленного употреблением алкоголя, и может использоваться в качестве отправной точки для дальнейшего направления к специалисту и диагностической оценки. • Может использоваться медицинскими работниками, включая медицинских работников среднего звена, в поликлиниках и других учреждениях ПМСП, а также в рамках процедур диспансеризации для выявления возможных расстройств, связанных с употреблением алкоголя, и направления пациентов для дальнейшего обследования и оценки.

Хотя ни одна из версий теста не требует более чем минимальной подготовки для проведения скрининга, при применении каждой из версий теста всегда следует учитывать конкретные условия, в которых будет проводиться скрининг. Разумно предположить, что версия RUS-AUDIT из 10 вопросов должна использоваться только обученными медицинскими работниками, у которых есть время и ресурсы для проведения кратких вмешательств в отношении алкоголя в рамках процедуры скрининга и, следовательно, требуется более подробная оценка уровня риска. Кроме того, использование демонстрационной карточки и таблицы перевода в стандартные порции алкоголя в ходе тестирования из 10 вопросов может стать полезной отправной точкой для проведения краткого вмешательства, дающей возможность медицинским работникам начать зачастую непростой разговор об употреблении алкоголя и его последствиях, разъяснив пациентам, как они могут подсчитать количество потребляемых ими напитков, и развеять мифы о безвредности алкоголя как части их рациона. Поставщики медицинских услуг могут рассмотреть возможность проведения процедур скрининга и вмешательств в рамках комплексного пакета, включающего другие факторы риска.

По всем вышеуказанным причинам данное исследование дает основания для дальнейшего рассмотрения вопроса об использовании RUS-AUDIT и его краткой версии в Российской Федерации. Кроме того, в исследовании предлагаются

дополнительные области для потенциального рассмотрения. Например, результаты валидации имеют значение для рассмотрения современных подходов к работе в отношении алкоголя как фактора риска в системе здравоохранения Российской Федерации. Распределение риска в проанализированной выборке из более чем 2000 человек из 20 учреждений ПМСП в 9 регионах Российской Федерации показывает, что, хотя существует большая доля лиц, которые употребляют алкоголь в малых количествах или вообще воздерживаются от его употребления, существует также значительная доля лиц, которые пьют в опасных дозах, и которым, хотя они и не соответствуют каким-либо диагностическим критериям для расстройств, обусловленных употреблением алкоголя, были бы полезны краткие вмешательства на уровне ПМСП. Это показывает, что с алкоголем необходимо бороться на уровне ПМСП, что могут потребоваться различные уровни вмешательства и что необходим четкий алгоритм направления к специалистам (наркологам в российском контексте). В то же время, учитывая, что в системе могут быть различные точки входа для решения проблемы употребления алкоголя, было бы полезно составить карту существующих услуг, механизмов направления к специалистам и существующих нормативно-правовых актов, регулирующих такое направление. Необходимо дальнейшее рассмотрение и анализ любых барьеров, которые могут удерживать людей от разговоров с медицинскими работниками об употреблении алкоголя из-за страха быть наказанными.

Общие соображения и потенциальные последующие шаги и рекомендации, вытекающие из результатов исследования, можно резюмировать следующим образом.

- Следует изучить возможные сферы использования, в особенности применительно к RUS-AUDIT-S, в качестве краткого, простого инструмента скрининга, который не требует специального обучения и, как было показано, является весьма эффективным в выявлении возможных рисков расстройств, вызванных употреблением алкоголя. Следует также изучить риски и преимущества такого скрининга.
- Следует разработать комплексный подход и конкретные алгоритмы реализации кратких и других вмешательств на уровне ПМСП, основанных на пороговых значениях баллов RUS-AUDIT для различных уровней риска, специфичных для каждого пола. Следует определить необходимые пути направления к специалистам и обратно в учреждения ПМСП пациентов с потенциальными расстройствами, обусловленными употреблением алкоголя, для дальнейшего обследования, диагностики и последующего наблюдения в условиях ПМСП и специализированных служб.
- Следует рассмотреть конкретные меры по наращиванию потенциала медицинских работников на разных уровнях и в разных условиях, чтобы повысить осведомленность пациентов об алкоголе и развеять наиболее распространенные мифы об алкоголе, включая его предполагаемую пользу для здоровья в рамках сбалансированного питания. Следует принять конкретные меры для обучения навыкам, необходимым для СКВ в отношении алкоголя, рассматривая алкоголь в качестве многостороннего фактора риска для здоровья и благополучия людей (не ограничиваясь только расстройствами, обусловленными употреблением алкоголя), а также имея в виду проблему стигматизации лиц с расстройствами, обусловленными употреблением алкоголя.
- Следует рассмотреть возможность адаптации RUS-AUDIT и RUS-AUDIT-S в качестве вопросников для самооценки и разработки цифрового приложения для анализа употребления алкоголя (включая более интуитивное определение числа стандартных порций) и оценки уровней риска.
- Для облегчения использования RUS-AUDIT в обычной практике ПМСП следует разработать руководство для медицинских работников, содержащее инструкции о том, как использовать RUS-AUDIT и вспомогательные инструменты (такие как таблицы перевода в стандартные порции и (или) цифровые приложения) для оценки употребления алкоголя и уровня риска. Учебные материалы по

использованию RUS-AUDIT в целях СКВ в Российской Федерации целесообразно создавать на основе учебных материалов, использованных в ходе данного исследования.

Дополнительные рекомендации, которые можно было бы рассмотреть, включают следующее:

- Действующий в настоящее время в системе здравоохранения подход к проблеме алкоголя, включая специализированную наркологическую помощь, может быть задокументирован в рамках картирования и системного анализа, который выявил бы различные пути, по которым идут пациенты с различными уровнями риска. Можно было бы определить существующие области соприкосновения между ПМСП и наркологической службой, рассмотреть возможность проведения специальной оценки потребностей различных служб и барьеров, препятствующих взаимодействию между ними.
- Можно было бы изучить необходимость внесения изменений в законодательство, касающееся пациентов, которым в системе здравоохранения были поставлены диагнозы расстройств, обусловленных употреблением алкоголя, с целью преодоления конкретных барьеров, препятствующих обращению за помощью людей с рискованным употреблением алкоголя, которые не хотят быть поставленными на учет в качестве наркологических пациентов. Важно обеспечить, чтобы процедуры наблюдения и учета у нарколога, а также стигматизация, связанная с употреблением алкоголя, не становились препятствием для проведения скрининга в учреждениях ПМСП и была обеспечена непрерывность оказываемой помощи.
- Можно было бы рассмотреть возможность разработки и внедрения национальных рекомендаций по употреблению алкоголя с относительно малым риском в соответствии со стратификацией уровней риска по результатам RUS-AUDIT; они могли бы быть реализованы в рамках комплексной программы действий в системе здравоохранения для повышения осведомленности об общих рисках для здоровья, связанных с употреблением алкоголя. Хотя самые последние данные ясно показывают, что безопасного уровня употребления алкоголя не существует, идея о том, что индивидуальный риск возрастает с увеличением объемов употребления и, в частности, с эпизодами чрезмерного употребления алкоголя, кажется особенно актуальной в России. Такие рекомендации по употреблению алкоголя могут быть разработаны на основе данных валидации RUS-AUDIT и использоваться в условиях ПМСП как часть СКВ для объяснения континуума риска и общего воздействия алкоголя на здоровье; они также могут быть интегрированы в соответствующие модули по скринингу на другие факторы риска, включая питание.

Внедрение RUS-AUDIT и RUS-AUDIT-S в рамках СКВ в учреждениях ПМСП Российской Федерации требует соответствующей поддержки, включая соответствующую нормативную базу и подготовку, основанную на учебных материалах, разработанных специально с учетом специфики Российской Федерации. В частности, представляется необходимым, чтобы российская нормативная документация включала определения опасного и (или) проблемного употребления алкоголя в соответствии с пороговыми значениями и уровнями риска согласно RUS-AUDIT; также должны быть определены соответствующие стандартные операционные процедуры, практика направления/обратного направления и обмен информацией между учреждениями ПМСП и специализированной медицинской помощи (а также, по мере необходимости, учреждениями по месту жительства).

В качестве одного из следующих шагов по введению в практику RUS-AUDIT в Российской Федерации предлагается провести организационную оценку системы здравоохранения; при этом следует учитывать степень, в которой ее структуры, механизмы внутренней коммуникации, ресурсы, руководство и организационная культура способствуют внедрению RUS-AUDIT. В рамках этого следует провести дальнейшее исследование того, в какой степени RUS-AUDIT отвечает потребностям системы и «вписывается» в установленные процедуры в ходе реализации СКВ

в отношении алкоголя. Например, что необходимо сделать для того, чтобы процедуры и результаты скрининга по результатам RUS-AUDIT были включены в медицинские карты, тем самым облегчая индивидуальный мониторинг и целенаправленное последующее наблюдение. В зависимости от возможностей и задач системы здравоохранения на уровне ПМСП и других уровнях национальные органы могут определить группы риска для осуществления дальнейших вмешательств, а также сами предлагаемые виды вмешательств.

Еще одна область, которую еще предстоит изучить, – это использование RUS-AUDIT в рамках цифровизации российской системы здравоохранения. Для облегчения осуществления кратких вмешательств в качестве снижающей затраты практики в ПМСП и других медицинских учреждениях и для обеспечения доступности сопоставимых данных можно было бы изучить возможность применения RUS-AUDIT в качестве цифрового приложения. Использование мобильных приложений в качестве инструментов для проведения скрининга и, возможно, кратких вмешательств в отношении алкоголя сократит время, необходимое для скрининга, и потенциально обеспечит точность самооценки употребления алкоголя, что, в свою очередь, может повысить эффективность соответствующих вмешательств.

Учебные материалы, разработанные для валидационного исследования, и профессиональный персонал, принявший участие в исследовании, могут быть полезны как на федеральном, так и на региональном уровнях при разработке и организации дальнейшего обучения навыкам СКВ, а также при создании конкретных инструментов и материалов для применения RUS-AUDIT. Наращивание потенциала и непрерывное обучение и поддержка, с тем чтобы проводимые вмешательства способствовали преодолению преград, стоящих перед индивидами, являются ключом к устойчивой реализации, и следовательно, жизненно необходимо, чтобы меры, способствующие их осуществлению, учитывались в будущем.

6. ЗАКЛЮЧЕНИЕ: К РЕАЛИЗАЦИИ СКВ КАК ЧАСТИ НЕПРЕРЫВНОГО ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ

Потребление алкоголя и бремя, которое оно налагает на отдельных людей, семьи, сообщества и общество, представляют собой один из самых серьезных вызовов в области здравоохранения и социального обеспечения в Российской Федерации и других странах Европейского региона ВОЗ. Алкоголь является широкомасштабным фактором риска с позиций инфекционных и неинфекционных заболеваний, психического здоровья, здоровья матери и ребенка, травм и многого другого, что выходит далеко за рамки наркологии (ВОЗ, 2020). Употребление алкоголя было определено в качестве фактора, являющегося причиной более чем для 200 заболеваний, нарушений здоровья и травм, включая наиболее распространенные причины смерти, такие как сердечно-сосудистые и онкологические заболевания (Rehm et al., 2017).

Вред, наносимый алкоголем, сильнее всего поражает наиболее уязвимые слои населения и усугубляет существующее неравенство в отношении здоровья, о чем свидетельствует тот факт, что аналогичные уровни употребления алкоголя наносят больший вред здоровью менее обеспеченных людей (Collins, 2016; Probst et al., 2020; WHO, 2018a).

Осуществление СКВ в отношении употребления алкоголя на уровне ПМСП признано эффективной стратегией для информирования пациентов о рисках употребления алкоголя и различных уровнях риска, а также для снижения индивидуального риска и принятия профилактических мер до того, как медицинские и социальные последствия рискованного употребления станут выраженными и потребуют более специализированного и дорогостоящего вмешательства (Babor et al., 2001). Однако успех такого подхода зависит от различных факторов, в том числе от наличия хорошего и простого в использовании инструмента скрининга, приемлемого как для медицинских работников, так и для пациентов. Именно по этой причине наличие адаптированного и валидированного теста RUS-AUDIT открывает возможности для широкомасштабного внедрения СКВ на уровне ПМСП в Российской Федерации.

Разработка, адаптация и валидация RUS-AUDIT и его краткой версии, RUS-AUDIT-S, осуществлялись в соответствии с четкой методологией. Результаты, представленные в данном отчете, основаны на крупнейшем из когда-либо проводившихся, насколько нам известно, исследовании по валидации теста AUDIT в отдельно взятой стране. Валидированные краткая и полная формы теста RUS-AUDIT, определенные пороговые значения и проанализированное распределение выборки, не говоря уже о знаниях, полученных в ходе процесса валидации, обеспечивают прочную основу для реализации СКВ в отношении алкоголя в российской системе здравоохранения. Весь процесс валидации и сам RUS-AUDIT в качестве конечного продукта будут способствовать не только дальнейшему снижению распространенности рискованного употребления алкоголя и расстройств, обусловленных употреблением алкоголя, в Российской Федерации, но и, потенциально, общему сокращению потребления алкоголя на душу населения на популяционном уровне – одному из стратегических приоритетов национального здравоохранения. Внедрение в обычную практику скрининга на риск употребления алкоголя на уровне учреждений ПМСП, наряду с текущей работой по выявлению факторов риска, связанных с употреблением табака, недостатком физической активности и нездоровым питанием, будет способствовать дальнейшему повышению информированности об алкоголе как ведущем факторе риска заболеваний и преждевременной смертности, который выходит далеко за рамки наркологической помощи. Медицинские работники играют ключевую роль в повышении

осведомленности своих пациентов об огромном вкладе алкоголя в преждевременную смертность, не в последнюю очередь от очень распространенных причин смерти, таких как заболевания сердечно-сосудистой и пищеварительных систем, рак и травмы.

Сокращение распространенности употребления алкоголя и расстройств, обусловленных употреблением алкоголя, на популяционном уровне было не только определено в качестве конкретной задачи в рамках цели национального развития Российской Федерации, предполагающей снижение распространенности употребления алкоголя и вреда, обусловленного потреблением алкоголя, и, таким образом, увеличение ожидаемой продолжительности жизни; это также ключевой элемент новой стратегии страны по профилактике НИЗ, в которой снижение уровня потребления алкоголя задано в качестве конкретного целевого ориентира (Neufeld et al., 2020 a). Сегодня потребление алкоголя на душу населения в Российской Федерации ниже, чем в ряде западноевропейских стран, благодаря предпринятым мерам по борьбе с алкоголем; тем не менее, доля смертей, связанных с алкоголем, среди смертей от всех причин, в Российской Федерации почти в четыре раза выше, чем в указанных других странах (Khaltourina & Korotayev, 2015; Nemtsov, Neufeld & Rehm, 2019; Neufeld & Rehm, 2013; Neufeld et al., 2020b; WHO, 2019 и 2021c). Проведение СКВ на уровне учреждений ПМСП и улучшение доступа к ранним вмешательствам для людей с расстройствами, обусловленными употреблением алкоголя, не желающим обращаться за помощью в наркологическую службу, представляется одним из ключевых элементов снижения смертности, связанной с употреблением алкоголя, в Российской Федерации и, таким образом, устранения данного разрыва.

БИБЛИОГРАФИЯ

Anderson P, Cremona A, Paton A, Turner C, Wallace P (1993). *The risk of alcohol. Addiction.* 88(11):1493–508. doi:10.1111/j.1360-0443.1993.tb03135.x.

Angus C, Latimer N, Preston L, Li J, Purshouse R (2014). *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.* Front Psychiatry. 5:114. doi:10.3389/fpsyt.2014.00114.

APA (1994). *DSM IV: diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th edition.* Arlington (VA): American Psychiatric Association.

APA (2013). *Desk reference to the diagnostic criteria from DSM-5. Arlington (VA): American Psychiatric Association* (https://www.appi.org/Products/DSM-Library/Desk-Reference-to-the-Diagnostic-Criteria-From-DSM, accessed 25 May 2021).

Auditscreen.org (2021). *AUDIT: translations* (https://auditscreen.org/translations, accessed 25 May 2021).

Babor T (2010). *Alcohol: no ordinary commodity: research and public policy, 2nd edition.* New York (NY): Oxford University Press (https://oxford.universitypressscholarship.com/view/10.1093/acprof:oso/9780199551149.001.0001/acprof-9780199551149, accessed 25 May 2021).

Babor T, Higgins-Biddle J (2001). *Brief intervention for hazardous and harmful drinking: a manual for use in primary care.* Geneva: World Health Organization (https://apps.who.int/iris/handle/10665/67210, accessed 25 May 2021).

Babor T, Higgins-Biddle J, Saunders JB, Monteiro M (2001). *AUDIT: the Alcohol Use Disorders Identification Test: guidelines for use in primary care, 2nd edition.* Geneva: World Health Organization (https://apps.who.int/iris/handle/10665/67205, accessed 25 May 2021).

Babor TF, Higgins-Biddle JC, Robaina K (2016). *The Alcohol Use Disorders Identification Test, adapted for use in the United States: a guide for primary care practitioners.* Rockville (MD): Substance Abuse Mental Health Services Administration/Center for Substance Abuse Treatment (https://sbirt.webs.com/USAUDIT-Guide_2016_final-1.pdf, accessed 25 May 2021).

Babor TF, Robaina K (2016). *The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): a review of graded severity algorithms and national adaptations.* Int J Alcohol Drug Res. 5:17–24. doi:10.7895/ijadr.v5i2.222.

Bagnardi V, Rota M, Botteri E, Tramacere I, Islami F, Fedirko V et al. (2015). *Alcohol consumption and site-specific cancer risk: a comprehensive dose-response meta-analysis.* Br J Cancer. 112(3):580–93. doi:10.1038/bjc.2014.579.

Barry KL, Blow FC, Willenbring ML, McCormick R, Brockmann LM, Visnic S (2004). *Use of alcohol screening and brief interventions in primary care settings: implementation and barriers.* Subst Abus. 25(1):27–36. doi:10.1300/J465v25n01_05.

Boffetta P, Hashibe M (2006). *Alcohol and cancer.* Lancet Oncol. 7(2):149–56. doi:10.1016/S1470-2045(06)70577-0.

Broholm K, Galluzzo L, Gandin C, Ghirini S, Ghiselli A, Jones L et al. (2016). *Good practice principles for low risk drinking guidelines.* Helsinki: National Institute for Health and Welfare (THL) (http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-734-3, accessed 25 May 2021).

Bunova A, Neufeld M, Ferreira-Borges C, Bryun E, Fedeeva E, Gil A et al. (2021). *The Russian translations of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): a document analysis and discussion of implementation challenges.* Int J Alcohol Drug Res [in press]. 9(1),20-30. doi: 10.7895/ijadr.

Bush K, Kivlahan DR, McDonell MB, Fihn SD, Bradley KA (1998). *The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. Ambulatory Care Quality Improvement Project (ACQUIP). Alcohol Use Disorders Identification Test.* Arch Intern Med. 158(16):1789–95. doi:10.1001/archinte.158.16.1789.

Collins SE (2016). *Associations between socioeconomic factors and alcohol outcomes.* Alcohol Res. 38(1):83–94. PMID: 27159815.

Cook S, De Stavola B, Saburova L, Kiryanov N, Vasiljev M, McCambridge J et al. (2011). *Socio-demographic predictors of dimensions of the AUDIT score in a population sample of working-age men in Izhevsk, Russia.* Alcohol Alcohol. 46(6):702–8. doi:10.1093/alcalc/agr076.

EMA (2010). *Guideline on the development of medicinal products for the treatment of alcohol dependence.* London: European Medicines Agency (https://www.ema.europa.eu/documents/scientific-guideline/guideline-development-medicinal-products-treatment-alcohol-dependence_en.pdf, accessed 25 May 2021).

Ewing JA (1984). *Detecting alcoholism. The CAGE questionnaire.* JAMA. 252(14):1905–7. doi:10.1001/jama.252.14.1905.

Gamboa D, Jørgenrud B, Bryun EA, Vindenes V, Koshkina EA, Nadezhdin AV et al. (2020). *Prevalence of psychoactive substance use among acutely hospitalised patients in Oslo and Moscow: a cross-sectional, observational study.* BMJ Open. 10(9):e032572. doi:10.1136/bmjopen-2019-032572.

Griswold MG, Fullman N, Hawley C, Arian N, Zimsen SR, Tymeson HD et al. (2018). *Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016.* Lancet. 392(10152):1015–35. doi:10.1016/S0140-6736(18)31310-2.

Heather N (2007). *A long-standing World Health Organization collaborative project on early identification and brief alcohol intervention in primary health care comes to an end.* Addiction. 102(5):679–81. doi:10.1111/j.1360-0443.2007.01844.x.

Holland CL, Pringle JL, Barbetti V (2009). *Identification of physician barriers to the application of screening and brief intervention for problem alcohol and drug use.* Alcohol Treat Q. 27(2):174–83. doi:10.1080/07347320902784890.

Johnson M, Jackson R, Guillaume L, Meier P, Goyder E (2011). *Barriers and facilitators to implementing screening and brief intervention for alcohol misuse: a systematic review of qualitative evidence.* J Public Health (Oxf). 33(3):412–21. doi:10.1093/pubmed/fdq095.

Khaltourina D, Korotayev A (2015). *Effects of specific alcohol control policy measures on alcohol-related mortality in Russia from 1998 to 2013.* Alcohol Alcohol. 50(5):588–601. doi:10.1093/alcalc/agv042.

Kohn R, Saxena S, Levav I, Saraceno B (2004). *The treatment gap in mental health care. Bull World Health Organ.* 82(11):858–66. PMID: 15640922.

Lange S, Shield K, Monteiro M, Rehm J (2019). *Facilitating screening and brief interventions in primary care: a systematic review and meta-analysis of the AUDIT as an indicator of alcohol use disorders.* Alcohol Clin Exp Res. 43(10):2028–37. doi:10.1111/acer.14171.

Leon DA, Saburova L, Tomkins S, Andreev E, Kiryanov N, McKee M et al. (2007). *Hazardous alcohol drinking and premature mortality in Russia: a population based case-control study.* Lancet. 369(9578):2001–9. doi:10.1016/S0140-6736(07)60941-6.

Lundin A, Hallgren M, Balliu N, Forsell Y (2015). *The use of Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in detecting alcohol use disorder and risk drinking in the general population: validation of AUDIT using schedules for clinical assessment in neuropsychiatry.* Alcohol Clin Exp Res. 39(1):158–65. doi:10.1111/acer.12593.

Mathew TA, Yanov SA, Mazitov R, Mishustin SP, Strelis AK, Yanova GV et al. (2009). *Integration of alcohol use disorders identification and management in the tuberculosis programme in Tomsk Oblast, Russia.* Eur J Public Health. 19(1):16–8. doi:10.1093/eurpub/ckn093.

Nemtsov A, Neufeld M, Rehm J (2019). *Are trends in alcohol consumption and cause-specific mortality in Russia between 1990 and 2017 the result of alcohol policy measures?* J Stud Alcohol Drugs. 80(5):489–98. PMID: 31603746.

Neufeld M, Bunova A, Ferreira-Borges C, Bryun E, Gil A, Gornyi B et al. (2021a). *The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in the Russian language: a systematic review of validation efforts and application challenges.* Research Square (https://www.researchsquare.com/article/rs-154267/v1, accessed 25 May 2021). doi:10.21203/rs.3.rs-154267/v1.

Neufeld M, Bunova A, Gornyi B, Fadeeva E, Koshkina E, Nadezhdin A et al. (2021b). *Translating and adapting the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) for use in the Russian Federation: a multicenter pilot study to inform validation procedures.*

Neufeld M, Bunova A, Gornyi B, Ferreira-Borges C, Gerber A, Khaltourina D et al. (2020a). *Russia's national concept to reduce alcohol abuse and alcohol dependence in the population 2010–2020: which policy targets have been achieved?* Int J Environ Res Public Health. 17(21):8270. doi:10.3390/ijerph17218270.

Neufeld M, Ferreira-Borges C, Bunova A, Gornyi B, Fadeeva E, Koshkina E et al. (2021c). *Capturing Russian drinking patterns with the Alcohol Use Disorders Identification Test: an exploratory interview study in primary healthcare and narcology centers in Moscow.*

Neufeld M, Ferreira-Borges C, Gil A, Manthey J, Rehm J (2020b). *Alcohol policy has saved lives in the Russian Federation.* Int J Drug Policy. 80:102636. doi:10.1016/j.drugpo.2019.102636.

Neufeld M, Rehm J (2013). *Alcohol consumption and mortality in Russia since 2000: are there any changes following the alcohol policy changes starting in 2006?* Alcohol Alcohol. 48(2):222–30. doi:10.1093/alcalc/ags134.

Neufeld M, Rehm J, Bunova A, Gil A, Gornyi B, Rovira P et al. (2021d). *Validation of a screening test for alcohol use, the Russian Federation.* Bull World Health Organ. [in press]. Article ID: BLT.20.273227(10/05/2021).

Probst C, Kilian C, Sanchez S, Lange S, Rehm J (2020). *The role of alcohol use and drinking patterns in socioeconomic inequalities in mortality: a systematic review.* Lancet Public Health. 5(6):e324–e332. doi:10.1016/S2468-2667(20)30052-9.

Rathod SD, Roberts T, Medhin G, Murhar V, Samudre S, Luitel NP et al. (2018). *Detection and treatment initiation for depression and alcohol use disorders: facility-based cross-sectional studies in five low-income and middle-income country districts.* BMJ Open. 8(10):e023421. doi:10.1136/bmjopen-2018-023421.

Rehm J, Allamani A, Della Vedova R, Elekes Z, Jakubczyk A, Landsmane I et al. (2015). *General practitioners recognizing alcohol dependence: a large cross-sectional study in 6 European countries.* Ann Fam Med. 13(1):28–32. doi:10.1370/afm.1742.

Rehm J, Gmel GE Sr, Gmel G, Hasan OSM, Imtiaz S, Popova S et al. (2017). *The relationship between different dimensions of alcohol use and the burden of disease: an update.* Addiction. 112(6):968–1001. doi:10.1111/add.13757.

Rehm J, Lange S (2019). *The use of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in general population surveys: a systematic scoping review.* Toronto: Centre for Addiction and Mental Health (CAMH).

Rehm J, Neufeld M, Yurasova E, Bunova A, Gil A, Gornyi B et al. (2020). *Adaptation of and protocol for the validation of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in the Russian Federation for use in primary healthcare.* Alcohol Alcohol. 55(6):624–30. doi:10.1093/alcalc/agaa067.

Rehm J, Room R, Taylor B (2008). *Method for moderation: measuring lifetime risk of alcohol-attributable mortality as a basis for drinking guidelines.* Int J Methods Psychiatr Res. 17(3):141–51. doi:10.1002/mpr.259.

Reinert DF, Allen JP (2007). *The alcohol use disorders identification test: an update of research findings.* Alcohol Clin Exp Res. 31(2):185–99. doi:10.1111/j.1530-0277.2006.00295.x.

Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, de la Fuente JR, Grant M (1993). *Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption – II. Addiction.* 88(6):791–804. doi:10.1111/j.1360-0443.1993.tb02093.x.

Shellenberger S, Seale JP, Harris DL, Johnson JA, Dodrill CL, Velasquez MM (2009). *Applying team-based learning in primary care residency programs to increase patient alcohol screenings and brief interventions.* Acad Med. 84(3):340–6. doi:10.1097/ACM.0b013e3181972855.

Shield KD, Parry C, Rehm J (2013). *Chronic diseases and conditions related to alcohol use.* Alcohol Res. 35(2):155–73. PMID: 24881324.

Shin S, Livchits V, Connery HS, Shields A, Yanov S, Yanova G et al. (2013). *Effectiveness of alcohol treatment interventions integrated into routine tuberculosis care in Tomsk, Russia.* Addiction. 108(8):1387–96. doi:10.1111/add.12148.

Shin S, Livchits V, Nelson AK, Lastimoso CS, Yanova GV, Yanov SA et al. (2012). *Implementing evidence-based alcohol interventions in a resource-limited setting: novel delivery strategies in Tomsk, Russia.* Harv Rev Psychiatry. 20(1):58–67. doi:10.3109/10673229.2012.649121.

Sousa VD, Rojjanasrirat W (2011). *Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research: a clear and user-friendly guideline.* J Eval Clin Pract. 17(2):268–74. doi:10.1111/j.1365-2753.2010.01434.x.

WHO (2001). *AUDIT: the Alcohol Use Disorders Identification Test: guidelines for use in primary care, 2nd edition.* Geneva: World Health Organization (http://www.who.int/substance_abuse/publications/audit/en, accessed 25 May 2021).

WHO (2006A). *Screening and brief intervention for alcohol problems in primary health care.* Geneva: World Health Organization (http://www.who.int/substance_abuse/activities/sbi/en, accessed 25 May 2021).

WHO (2006B). *WHO Collaborative Project on Identification and Management of Alcohol-related Problems in Primary Health Care: report on phase IV: development of country-wide strategies for implementing early identification and brief intervention in primary health care.* Geneva: World Health Organization (https://apps.who.int/iris/handle/10665/43519, accessed 25 May 2021).

WHO (2009). *Process of translation and adaptation of instruments. Management of substance abuse.* Geneva: World Health Organization (https://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en, accessed 25 May 2021).

WHO (2016). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th revision (ICD-10).* Geneva: World Health Organization (https://icd.who.int/browse10/2016/en, accessed 25 May 2021).

WHO (2017A). *Tackling NCDs: "best buys" and other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable diseases.* Geneva: World Health Organization (https://apps.who.int/iris/handle/10665/259232, accessed 25 May 2021).

WHO (2018A). *Global status report on alcohol and health 2018.* Geneva: World Health Organization (https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639, accessed 25 May 2021).

WHO (2018B). *WHO launches SAFER alcohol control initiative to prevent and reduce alcohol-related death and disability [press release]. 28 September 2018.* Geneva: World Health Organization (https://www.who.int/substance_abuse/safer/launch/en, accessed 25 May 2021).

WHO (2019). *Alcohol policy impact case study: the effects of alcohol control measures on mortality and life expectancy in the Russian Federation.* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (https://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/alcohol-policy-impact-case-study-the-effects-of-alcohol-control-measures-on-mortality-and-life-expectancy-in-the-russian-federation-2019, accessed 25 May 2021).

WHO (2021A). *The RUS-AUDIT validation study protocol: adapting and validating the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in the Russian Federation.* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (https://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/the-rus-audit-validation-study-protocol-adapting-and-validating-the-alcohol-use-disorders-identification-test-audit-in-the-russian-federation-2021, по состоянию на 13 июля 2021 г.).

WHO (2021B). *Diagnostic categories and terms.* Geneva: World Health Organization (https://www.who.int/substance_abuse/terminology/diagnostic_categories/en, accessed 25 May 2021).

Wutzke SE, Shiell A, Gomel MK, Conigrave KM (2001). *Cost effectiveness of brief interventions for reducing alcohol consumption.* Soc Sci Med. 52(6):863–70. doi:10.1016/s0277-9536(00)00189-1.

Балашова АА (2017). *Роль иммунно-воспалительных изменений в оценке алкогольного поражения печени. Торасемид SR в лечении отечно-асцитического синдрома при циррозе печени [диссертация].* Москва: Российский университет дружбы народов (http://dissovet.rudn.ru/web-local/prep/rj/index.php?id=17&mod=dis&dis_id=1662, по состоянию на 25 мая 2021 г.).

Бойцов СА, Вылегжанин СВ, Гамбарян МГ, Гулин АН, Еганян РА, Зубкова ИИ, и др. (2013). *Методические рекомендации «Организация проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров взрослого населения» (утв. Министерством здравоохранения РФ, 2013 г.)* Москва: Министерство здравоохранения Российской Федерации (http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/70229844, по состоянию на 25 мая 2021 г.).

Бойцов СА, Драпкина ОМ, Калинина АМ, Ипатов ПВ, Вергазова ЭК, Гамбарян МГ, и др. (2017). *«Организация проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения». Методические рекомендации по практической реализации приказа Минздрава России от 26 октября 2017 г., N 869н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения».* Москва: Министерство здравоохранения Российской Федерации (http://docs.cntd.ru/document/556623052, по состоянию на 25 мая 2021 г.).

Бойцов СА, Ипатов ПВ, Калинина АМ, Вергазова ЭК, Ткачева ОН, Гамбарян МГ, и др. (2015). *Организация проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения. Методические рекомендации по практической реализации приказа Минздрава России от 3 февраля 2015 года N 36ан «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения».* Москва: Министерство здравоохранения Российской Федерации (http://docs.cntd.ru/document/420265578, по состоянию на 25 мая 2021 г.).

ВОЗ (2012). *Европейский план действий по сокращению вредного употребления алкоголя, 2012–2020 гг.* Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ (https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/187154/e96726R.pdf, по состоянию на 25 мая 2021 г.).

ВОЗ (2014). *Словарь терминов, относящихся к алкоголю, наркотикам и другим психоактивным средствам.* Женева: Всемирная организация здравоохранения (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39461/9241544686_rus.pdf?sequence=4&isAllowed=y, по состоянию на 25 мая 2021 г.).

ВОЗ (2017в). *Краткое профилактическое консультирование в отношении употребления алкоголя: учебное пособие ВОЗ для первичного звена медико-санитарной помощи.* Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ (https://www.euro.who.int/ru/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/publications/2017/who-alcohol-brief-intervention-training-manual-for-primary-care-2017, по состоянию на 25 мая 2021 г.).

ВОЗ (2020). *Информационный бюллетень относительно Целей в области устойчивого развития: потребление алкоголя и устойчивое развитие.* Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ (https://www.euro.who.int/ru/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/publications/2020/fact-sheet-on-the-sdgs-alcohol-consumption-and-sustainable-development-2020, по состоянию на 25 мая 2021 г.)

ВОЗ (2021с). *Сделать Европейский регион ВОЗ более безопасным: успехи в реализации политики в отношении контроля над алкогольной продукцией, 2010–2019 гг.* Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ (https://www.euro.who.int/ru/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/publications/2021/making-the-european-region-safer-developments-in-alcohol-control-policies,-20102019-2021, по состоянию на 25 мая 2021 г.).

Горный БЭ, Калинина АМ, Бунова АС, Драпкина ОМ. (2018). *Методологические аспекты выявления лиц с риском пагубного потребления алкоголя в ходе диспансеризации взрослого населения: проблемы и возможные пути их решения.* Профилактическая медицина. 21(2):11–14.

Драпкина ОМ, Дроздова ЛЮ, Калинина АМ, Ипатов ПВ, Егоров ВА, Иванова ЕС. (2019). *Организация проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения. Методические рекомендации по практической реализации приказа Минздрава России от 13 марта 2019 г. №124н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения». Москва: Министерство здравоохранения Российской Федерации* (http://mpmo.ru/content/2019/10/Metodicheskie-rekomendatsii-po-poryadku-provedeniya-PMO-i-D.pdf, по состоянию на 25 мая 2021 г.).

Министерство здравоохранения Российской Федерации (2019а). *Клинические рекомендации по диагностике и лечению алкогольной зависимости.* Москва: Министерство здравоохранения Российской Федерации (https://psychiatr.ru/download/4251?view=1&name=КР+алкогольная+зависимость.pdf, по состоянию на 25 мая 2021 г.).

Министерство здравоохранения Российской Федерации (2019в). *Федеральный проект «Укрепление общественного здоровья».* Москва: Министерство здравоохранения Российской Федерации (https://minzdrav.gov.ru/poleznye-resursy/natsproektzdravoohranenie/zozh, по состоянию на 25 мая 2021 г.).

Яковлева ТВ, Вылегжанин СВ, Бойцов СА, Калинина АМ, Ипатов ПВ (2014). *Диспансеризация взрослого населения Российской Федерации: первый год реализации, опыт, результаты, перспективы.* Социальные аспекты здоровья населения. 38(4):1–17.

Янов СА, Бохан НА, Мэтью Т, Шин С, Гринфилд Ш, Шилдс А, и др. (2009). *Чувствительность и специфичность скрининг-теста AUDIT при выявлении расстройств в результате употребления алкоголя среди больных туберкулезом легких.* Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 4:34–6.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1. ТЕХНИЧЕСКОЕ ЗАДАНИЕ ДЛЯ КОНСУЛЬТАТИВНОГО СОВЕТА ПРОЕКТА

Цели и задачи Консультативного совета проекта RUS-AUDIT по адаптации и валидации теста AUDIT в Российской Федерации

Цель. Консультирование ВОЗ и Министерства здравоохранения Российской Федерации по вопросам реализации проекта «Адаптация и валидация теста AUDIT в Российской Федерации, RUS-AUDIT».

Консультативный совет представляет основные организации и заинтересованные стороны, занимающиеся профилактикой пагубного употребления алкоголя в Российской Федерации, а именно:

- Министерство здравоохранения Российской Федерации;
- Национальный научный центр наркологии – филиал ФГБУ Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского;
- Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины;
- Высшая школа управления здравоохранением, Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет);
- Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения г. Москвы;
- Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения;
- Страновой офис ВОЗ в Российской Федерации;
- Европейское региональное бюро ВОЗ/Европейский офис по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними.

В частности, в число задач Консультативного совета входит:

1. рассмотрение хода реализации проекта в соответствии с согласованным планом действий, рассмотрение ограничений в этом процессе и консультирование по шагам их устранения;
2. рассмотрение результатов систематического обзора и экспертных интервью пациентов и медицинских работников об использовании AUDIT в Российской Федерации;
3. предоставление экспертного мнения по изменениям инструмента AUDIT в рамках процесса адаптации и по протоколу валидации;
4. содействие доступу к данным, этическому одобрению и информации, требуемой для целей проекта, включая процедуры валидации;
5. консультирование по мерам, направленным на устранение возможных последствий пересмотренного инструмента AUDIT для осуществления краткого консультирования в отношении алкоголя в условиях ПМСП, а также улучшение сотрудничества между ПМСП и наркологическими службами;
6. содействие координации и сотрудничеству учреждений, участвующих в процессе валидации адаптированного инструмента и в будущем осуществляющих краткие вмешательства;
7. содействие разработке плана и согласованных процедур для совместных публикаций материалов проекта на английском и русском языках;

8. участие в подготовке и рассмотрении заключительного доклада по проекту, подготовленного для страновых офисов и региональных бюро ВОЗ на основе консенсусного совещания Консультативного совета в Москве. В случае отсутствия консенсуса конфликтующие позиции будут включены в окончательный доклад;
9. участие в совместных англоязычных международных публикациях на основе стандартных критериев научного авторства. Рукопись каждой публикации будет распространяться среди всех членов Совета, будет предоставлено две недели для комментариев;
10. распространение информации о проекте, согласованной членами Консультативного совета проекта.

Консультативный совет будет собираться каждые три месяца (четыре раза в год).

Секретариат Консультативного совета проекта будет функционировать на базе Странового офиса ВОЗ в Российской Федерации.

ПРИЛОЖЕНИЕ 2. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ, ИСПОЛЬЗОВАВШИЕСЯ В РАМКАХ ВАЛИДАЦИОННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ, НО НЕ ВКЛЮЧЕННЫЕ В ИТОГОВУЮ ВЕРСИЮ ТЕСТА

11.1. Пожалуйста, припомните случай за последние три месяца, когда Вы выпили максимальное количество алкоголя. Укажите, какие напитки Вы употребляли и в каком количестве?

_____ мл пива (4,5–5%)	_____ мл вина или шампанского (12–13%)	_____ мл крепкого алкоголя (40%)	другое _____ мл _____ %

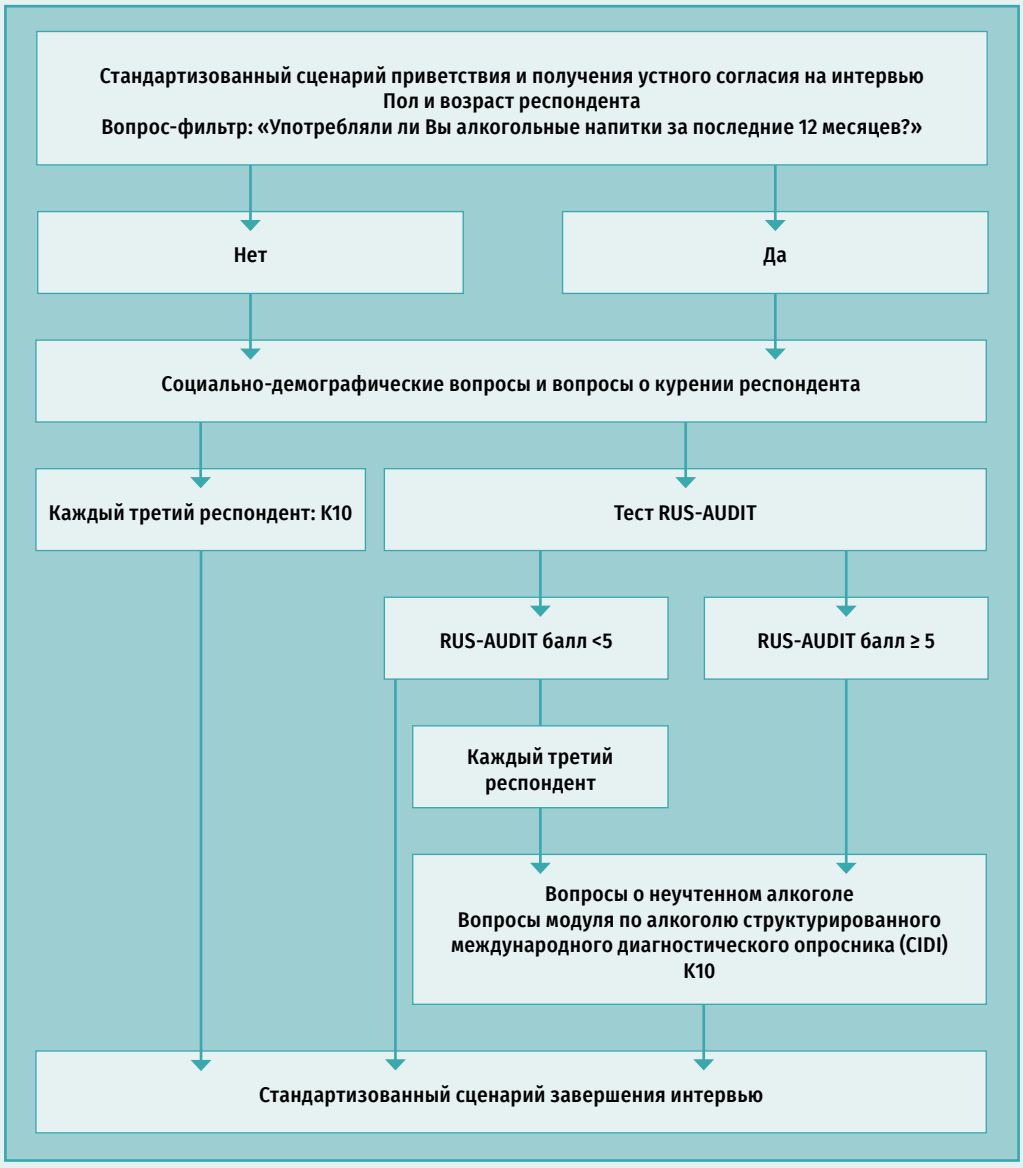
11.2. Как часто за последние три месяца Вы выпивали столько алкоголя, что испытали похмелье?

Интервьюер! Запишите количественный ответ респондента в открытой форме!

А11.3. Как часто за последние три месяца Вы выпивали столько алкоголя, что ложились ночью спать, не раздеваясь?

Интервьюер! Запишите количественный ответ респондента в открытой форме!

ПРИЛОЖЕНИЕ 3. БЛОК-СХЕМА, ОТРАЖАЮЩАЯ ПРОЦЕСС ИНТЕРВЬЮ В РАМКАХ ИССЛЕДОВАНИЯ ПО ВАЛИДАЦИИ ТЕСТА RUS-AUDIT



ПРИЛОЖЕНИЕ 4. ОБЗОР УЧЕБНЫХ МОДУЛЕЙ И МЕРОПРИЯТИЙ В РАМКАХ ПОДГОТОВКИ ИНТЕРВЬЮЕРОВ

Время	**Активность**	**Описание активности**	**Необходимые материалы**
10 минут	Представление. Цель и задачи обучения. Обсуждение правил семинара. Обзор программы обучения.	Инструкторы представляют себя и участников обучения, рассказывают о цели, задачах и плане обучения, обсуждают правила работы.	Презентация
20 минут	Основные проблемы, связанные с употреблением алкоголя. Континуум алкогольного потребления. Скрининг и основные инструменты.	Инструкторы знакомят участников обучения с основными проблемами и рисками, связанными с употреблением алкоголя, рассказывают о скрининге в отношении употребления алкоголя, о тесте AUDIT.	Презентация, руководство по проведению интервью
20 минут	Общие сведения об исследовании RUS-AUDIT	Инструкторы рассказывают о цели исследования, выборке, квотах выборки, критериях включения, схеме исследования, наборе и направлении респондентов, об организации проведения интервью, о сборе данных, контроле качества данных и этических аспектах исследования.	Презентация, руководство по проведению интервью, блок-схема проведения интервью
10 минут	Вопросы и обсуждение		
10 минут	Перерыв		
30 минут	Базовая информация об интервью как методе и основные технологии интервьюирования.	Инструкторы рассказывают об интервью как методе. На примерах обсуждается, что следует и чего не следует делать во время проведения интервью, а также роль интервьюера и наиболее распространенные погрешности. Рассказывается об основных технологиях проведения инетрвью.	Презентация, руководство по проведению интервью

Время	Активность	Описание активности	Необходимые материалы
20 минут	Обзор инструментов Подробное разъяснение социально-демографической части вопросника	Инструкторы знакомят интервьюеров с основной таблицей подсчета, а также первым разделом основных показателей и социально-демографическим разделом.	Презентация, руководство по проведению интервью, набор анкет, блок-схема проведения интервью
10 минут	Вопросы и обсуждение		
40 минут	Перерыв		
40 минут	Подробное разъяснение вопросника RUS-AUDIT и ролевая игра Практическое задание по расчету числа стандартных порций с использованием демонстрационной карточки	Инструкторы знакомят интервьюеров с методикой заполнения вопросника RUS-AUDIT. В ходе разбора методики интервьюерам выдаются ситуационные задачи по определению количества стандартных порций с использованием таблицы для перевода объемов алкогольных напитков в стандартные порции.	Презентация, руководство по проведению интервью, набор анкет, демонстрационная карточка, ситуационные задачи
10 минут	Обсуждение вопросов		
15 минут	Подробное разъяснение вопросов, относящихся к потреблению неучтенного алкоголя и ролевая игра	Инструкторы знакомят интервьюеров с методикой заполнения анкеты «Вопросы об употреблении неучтенного алкоголя», а также разъясняют различия между подтипами неучтенного алкоголя и организуют ролевую игру	Презентация, руководство по проведению интервью, набор анкет
15 минут	Подробное разъяснение того, как заполняется раздел «Шкала психологического стресса Кесслера (K10)» и ролевая игра	Инструкторы знакомят интервьюеров с методикой заполнения анкеты «Шкала психологического стресса Кесслера (K10)» и проводят ролевую игру.	Презентация, руководство по проведению интервью, набор анкет
15 минут	Подробное разъяснение того, как заполняется раздел «Вопросы модуля по расстройствам употребления алкоголя Структурированного международного диагностического опросника CIDI» и ролевая игра	Инструкторы знакомят интервьюеров с методикой заполнения анкеты «Вопросы модуля по расстройствам употребления алкоголя Структурированного международного диагностического опросника CIDI» и проводят ролевую игру.	Презентация, руководство по проведению интервью, набор анкет
10 минут	Обсуждение вопросов		

Время	Активность	Описание активности	Необходимые материалы
10 минут	Перерыв		
15 минут	Разъяснение того, как заполняется журнал регистрации респондентов	Инструкторы рассказывают о методике заполнения журнала регистрации респондентов, отрабатывают учет квот выборки и генерируют уникальные коды для участников.	Презентация, руководство по проведению интервью, журнал регистрации респондентов, набор анкет, блок-схема проведения интервью
40–60 минут	Отработка практических навыков. Выполнение интервью Оценка и обратная связь	Инструкторы делят участников на группы из трех человек -интервьюер, респондент, наблюдатель и раздают ситуационные задачи. Интервьюер и респондент проигрывают роли, описанные в ситуационных задачах, наблюдатель с помощью анкеты обратной связи фиксирует все плюсы и минусы в ходе проведения интервью и после завершения обсуждает результаты в группе. Инструкторы участвуют в общей дискуссии и корректируют участников.	Руководство по проведению интервью, набор анкет, демонстрационная карточка, анкета обратной связи, ситуационные задачи
20 минут	Обсуждение вопросов	Инструкторы подводят итоги обучения и обсуждают с интервьюерами и координаторами логистические аспекты сбора данных.	

ЕВРОПЕЙСКОЕ РЕГИОНАЛЬНОЕ БЮРО ВОЗ

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) – специализированное учреждение Организации Объединенных Наций, созданное в 1948 г., основная функция которого состоит в решении международных проблем здравоохранения и охраны здоровья населения. Европейское региональное бюро ВОЗ является одним из шести региональных бюро в различных частях земного шара, каждое из которых имеет свою собственную программу деятельности, направленную на решение конкретных проблем здравоохранения обслуживаемых ими стран.

ГОСУДАРСТВА-ЧЛЕНЫ

Австрия
Азербайджан
Албания
Андорра
Армения
Беларусь
Бельгия
Болгария
Босния и Герцеговина
Венгрия
Германия
Греция
Грузия
Дания
Израиль
Ирландия
Исландия
Испания
Италия
Казахстан
Кипр
Кыргызстан
Латвия
Литва
Люксембург
Мальта
Монако
Нидерланды
Норвегия
Польша
Португалия
Республика Молдова
Российская Федерация
Румыния
Сан-Марино
Северная Македония
Сербия
Словакия
Словения
Соединенное Королевство
Таджикистан
Туркменистан
Турция
Узбекистан
Украина
Финляндия
Франция
Хорватия
Черногория
Чехия
Швейцария
Швеция
Эстония

ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ЕВРОПЕЙСКОЕ РЕГИОНАЛЬНОЕ БЮРО
UN City, Marmorvej 51,
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark
Тел.: +45 45 33 70 00 Факс: +45 45 33 70 01
Эл.адрес: eurocontact@who.int
Веб-сайт: www.euro.who.int

ISBN 978-92-890-5657-1