

## **ПРОБЛЕМЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ПРИЧИН СМЕРТИ, АССОЦИИРОВАННЫХ С АЛКОГОЛЕМ, В БЕЛАРУСИ**

Антипова Светлана Ивановна - кандидат медицинских наук, доцент, ведущий научный сотрудник, и. о. зав. лабораторией разработки научных основ ресурсного обеспечения здравоохранения РНПЦ медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения,

Антипов Владимир Владимирович – кандидат медицинских наук, заведующий организационно-методическим отделом «МТЗ-Медсервис»,

Гришенкова Людмила Николаевна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры судебной медицины Белорусского государственного медицинского университета,

Метельская Марина Анатольевна – аспирант Белорусской медицинской академии последипломного образования,

Рогов Юрий Иванович – доцент Белорусской медицинской академии последипломного образования

Г. Минск, 220600, ул. П. Бровки, 7а  
Тел. 331 36 30  
E-mail: [santipova@belcmt.by](mailto:santipova@belcmt.by)

**Аннотация**  
**ПРОБЛЕМЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ПРИЧИН СМЕРТИ,**  
**АССОЦИИРОВАННЫХ С АЛКОГОЛЕМ, В БЕЛАРУСИ**

С.И.Антипова, В.В.Антипов, Л.Н.Гришенкова, М.А.Метельская, Ю.И.Рогов

*Цель исследования:* по данным медицинской статистики проанализировать заболеваемость и смертность от алкогольассоциированных болезней в Беларуси.

*Материал и методы.* Использованы данные о заболеваемости и смертности от хронического алкоголизма и алкогольных психозов, кардиомиопатии, болезней печени и поджелудочной железы, отравления алкоголем в Беларуси и регионах из официальных статистических документов.

*Результаты и обсуждение.* В регионах Беларуси наблюдается рост заболеваемости хроническим алкоголизмом и алкогольными психозами, проблемой являются алкогольассоциированные кардиомиопатия, болезни печени и поджелудочной железы, отравления алкоголем, особенно у трудоспособного населения. Дана статистика заболеваемости, смертности, летальности больных в регионах, их госпитализация и очерчены проблемы, связанные со злоупотребления алкоголем. Выявлен статистический недоучет заболеваемости. Приведена частота патологоанатомических вскрытий умерших от алкогольассоциированных болезней.

*Ключевые слова.* Алкогольассоциированные болезни, алкогольный психоз, хронический алкоголизм, алкогольная болезнь печени, алкогольная кардиомиопатия, острый панкреатит.

**PROBLEMS OF ALCOHOL-ASSOCIATED DISEASES AND DEATH**  
**CAUSES IN BELARUS**

S.I. Antipova, V.V. Antipov, L.N. Grishenkova, M.A. Metelskaya, Yu.I. Rogov

*Aim:* to analyze morbidity and mortality from alcohol-associated diseases in Belarus according to medical statistics.

*Materials and Methods.* Data on morbidity and mortality from chronic alcoholism, alcoholic psychosis, alcoholic cardiomyopathy, alcoholic diseases of the liver and pancreas, alcoholic poisoning, obtained from official statistical documents as regards the regions and Belarus on the whole, were used.

*Results and discussion.* The increase of chronic alcoholism and alcoholic psychosis incidence rates was observed in the regions of Belarus. A real challenge was such diseases as alcohol-associated cardiomyopathy, diseases of the liver and pancreas, alcoholic poisoning, especially among the able-bodied. Statistical data on morbidity, mortality and lethality of patients in the regions, their admission to hospitals as well as problems related to alcohol abuse were represented. A statistical under-registration was revealed. The autopsy frequency of the deceased from alcohol-associated diseases was given.

*Conclusion.* In Belarus worsening of problems regarding chronic alcoholism and its consequences, as well as acute alcohol poisoning, is evident. There exists the under-registration of morbid events and cases of deaths that result in misrepresenting the situation. The transition from passive concern to efficient actions is needed, first of all from the decision-making authorities, elaborating the state policy as regards social and economical issues.

*Key words:* alcohol-associated diseases, alcoholic psychosis, chronic alcoholism, alcoholic disease of the liver, alcoholic cardiomyopathy, acute pancreatitis.

## АССОЦИИРОВАННЫХ С АЛКОГОЛЕМ, В БЕЛАРУСИ

С.И.Антипова<sup>1</sup>, В.В.Антипов<sup>2</sup>, Л.Н.Грищенко<sup>3</sup>, М.А.Метельская<sup>4</sup>, Ю.И.Рогов<sup>4</sup>

РНПЦ медицинских технологий, информатизации, управления  
и экономики здравоохранения<sup>1</sup>, МТЗ Медсервис<sup>2</sup>, Белорусский  
государственный медицинский университет<sup>3</sup>, Белорусская медицинская  
академия последипломного образования<sup>4</sup>

Проблемы, связанные с употреблением алкоголя, актуальны не только в здравоохранении в силу огромного экономического и морального ущерба обществу и семье. Экономические затраты государства, обусловленные злоупотреблением алкоголем, включают не только прямые расходы на лечение алкоголизма и его последствий, но и расходы на систему охраны правопорядка, социальной помощи, а также уменьшение доходов в связи со снижением производительности труда и высоким уровнем травматизма. В совокупности с другими биологическими и социальными факторами алкоголь способствует значительному повышению уровня заболеваемости, инвалидности и смертности населения. [1-4].

Злоупотребление алкоголем включает в себя такие групповые понятия как острая алкогольная интоксикация, или отравление алкоголем, алкогольная зависимость (хронический алкоголизм), а также бытовое пьянство, или хроническая алкогольная интоксикация. Алкогольная зависимость (в унифицированных государственных формах статистического учета и отчетности – «хронический алкоголизм»), – это наиболее распространенная зависимость от психоактивных веществ, проявляющаяся психическими и поведенческими расстройствами. В связи с тем, что диагноз алкогольной зависимости является исключительно прижизненным и только психиатрическим [5], в патологоанатомической и общеклинической практике используется понятие алкогольной болезни, при которой длительное злоупотребление алкогольными напитками приводит к соматическим последствиям, нередко с преимущественным поражением того или иного внутреннего органа. Различают печеночную, панкреатическую, сердечную желудочную, почечную формы алкогольной болезни [6, 7]. Следует подчеркнуть, что соматические последствия злоупотребления алкоголем наблюдаются как при сформировавшейся алкогольной зависимости, так и вне рамок алкоголизма.

Случаи смерти от причин, ассоциированных с алкоголем, с признаками хронической алкогольной интоксикации, исследуются патологоанатомами, смерть вследствие острого отравления алкоголем является предметом судебно-медицинской экспертизы.

*Цель исследования:* по данным медицинской статистики проанализировать заболеваемость и смертность от алкогольсассоциированных болезней в Беларуси.

*Материал и методы.* Использованы данные о заболеваемости хроническим алкоголизмом и алкогольным психозом в Беларуси и регионах ежегодных официальных статистических сборников Министерства здравоохранения Республики Беларусь «Здравоохранение в Республике Беларусь» за 1992-2009 гг., данные о заболеваемости взрослых кардиомиопатией, болезнями печени и поджелудочной железы, отравлением алкоголем – из ежегодной статистической отчетной формы-1 «Заболеваемость», данные о числе случаев смерти – из ежегодной статистической формы С51 «Распределение умерших по полу, возрастным группам и причинам смерти», половозрастная численность населения для статистических расчетов – по данным Национального комитета по статистике. Методы исследования – статистический (расчет показателей, стандартизация показателей прямым методом), графический.

*Результаты и обсуждение.*

Обычные методы изучения заболеваемости и болезненности по обращаемости в случае изучения алкоголизма неприменимы, что объясняется в первую очередь анозогнозией больных, нежеланием признавать себя больным, отрицанием или занижением реального объема и частоты употребления алкоголя [8, 9].

*Заболеваемость* - рис. 1, 2 дают представление о динамике заболеваемости хроническим алкоголизмом и алкогольными психозами в регионах Беларуси – показатель рассчитан на все

население от 0 лет до 100+ лет. Наблюдается четко выраженный темп роста впервые выявленной заболеваемости и менее выраженный – накопленной заболеваемости (контингентов). Среднегодовой темп прироста заболеваемости несколько различен в регионах (табл. 1) – выше среднереспубликанского прирост впервые заболевших хроническим алкоголизмом и алкогольными психозами был в Витебской, Брестской и Минской областях и г. Минске, прирост контингентов – в Витебской, Брестской, Минской и Гродненской областях.

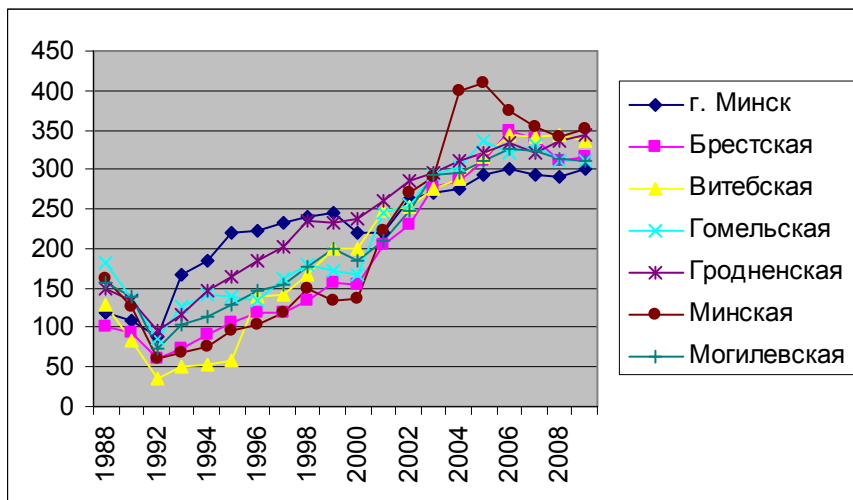


Рисунок 1. Динамика первичной заболеваемости хроническим алкоголизмом и алкогольными психозами в регионах Беларуси (на 100 тыс. насел.)

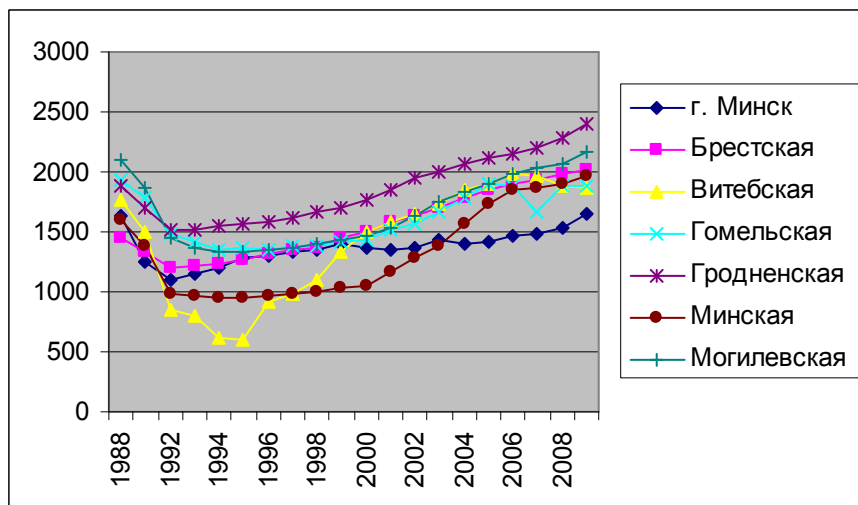


Рисунок 2. Динамика общей заболеваемости хроническим алкоголизмом и алкогольными психозами (контингенты) в регионах Беларуси (на 100 тыс. насел.)

Таблица 1. Среднегодовой темп прироста первичной заболеваемости алкоголизмом и алкогольными психозами в регионах Беларуси (на 100 тыс. насел.) за период 1989-2009 гг. (%)

Область	ср/год Тпр первич. забол.	ср/год Тпр контингентов	Область	ср/год Тпр первич. забол.	ср/год Тпр контингентов
г. Минск	5,6	0,3	Гродненская	4,5	1,2
Брестская	6,4	1,6	Минская	6,1	1,4
Витебская	8,9	1,7	Могилевская	4,6	0,3
Гомельская	4,0	0,1	Беларусь	5,0	0,7

С большой долей уверенности и оптимизма мы предполагаем, что почти все случаи заболеваний хроническим алкоголизмом и алкогольными психозами в Беларуси относятся ко взрослому населению, почти не касаясь детей до 17 лет, в силу чего мы сделали расчет заболеваемости на взрослое население - табл. 2. Очевиден рост заболеваемости, неоднозначный по пятилеткам, что, несомненно, зависело от социально-экономических проблем в жизни республики и каждого гражданина в 80-90-е годы XX столетия [2].

Таблица 2. Первичная заболеваемость и контингенты больных хроническим алкоголизмом и алкогольными психозами взрослого населения за 1965-2009 гг.

год	Первичная заболеваемость				Контингенты			
	перв. забол. на 100 тыс. взрослых		алког. психозы развиваются у одного из:	частота развития психозов %	пораженность на 100 тыс. взрослых		развиваются психозы у одного из:	частота развития психозов %
	хр. алкогол.	алког. психозы			хр. алкогол.	алког. психозы		
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1965	20,1	1,6	12	8,2	129,4	5,5	23	4,3
1970	67,5	10,2	7	15,2	283,1	28,3	10	10,0
1975	151,8	19,2	8	12,6	779,6	31,0	25	4,0
1980	350,7	28,0	13	8,0	1769,3	44,0	40	2,5
1985	338,6	16,7	20	4,9	2522,5	28,7	88	1,1
1990	121,2	8,8	14	7,3	1988,9	17,4	115	0,9
1995	148,3	30,1	5	20,3	1562,3	46,1	34	2,9
2000	199,5	41,5	5	20,8	1791,4	75,2	24	4,2
2005	381,7	29,7	13	7,8	2192,4	60,6	36	2,8
2009	372,5	23,3	16	6,3	2300,8	51,3	45	2,2

Если соотнести случаи хронического алкоголизма и алкогольных психозов, то алкогольные психозы развивались у впервые выявленных пациентов (с большими колебаниями по годам и пятилеткам) от 8,2% в 1965 г. - с последующим ростом частоты в 1970-1975 гг. и 1995-2000 гг., снижением в 1985-1990 гг. - и 6,3% в 2009 г. (графа 5 табл. 2). То есть, алкогольные психозы развивались в 1965 г. у одного из 12 выявленных впервые больных хроническим алкоголизмом, затем с колебаниями по годам - соответственно частоте - реже в 1980-1985 гг. и 2005-2009 гг. и чаще - в 1995-2000 гг. (графа 4 табл. 2).

Аналогичные показатели у контингентов представлены графами 9 и 8 табл. 2. Частота развития алкогольных психозов также колебалась по годам и в последнее десятилетие составляла со снижением от 4,2 % до 2,2 %, то есть, у контингентов хроническим алкоголизмом алкогольные психозы проявлялись у одного из 24 больных в 2000 г., в 2005 и 2009 гг. реже - соответственно у одного из 36 и одного из 45 больных хроническим алкоголизмом.

Интересными на наш взгляд являются данные сопоставления (соотношения) ряда показателей, рассчитанных по имеющимся данным в официальных статистических отчетных формах, - заболеваемости, % госпитализации больных, смертности, летальности. В табл. 3 приведены эти данные за 2008 и 2009 гг., то есть, очерчена ситуация последних лет.

Итак, в последние годы госпитализируется каждый пятый больной хроническим алкоголизмом (без учета госпитализации в негосударственные учреждения), госпитализация больных с алкогольными психозами в отчетной форме стационара отдельной строкой не выделена и по всей видимости включена в строку хронического алкоголизма. Больничная летальность этих больных довольно высокая - в пределах 1%, то есть, умирает каждый из 100 госпитализированных. В расчете на взрослых смертность составила 4,3-4,6 на 100 тыс., летальность от хронического алкоголизма - 0,2% - это значит, что умирает один из 500 больных, при этом от алкогольных психозов смертность была в пределах 0,6-0,5 на 100 тыс. взрослых, летальность - в пределах 1,2-1%, то есть, умирает один из 80-103 больных алкогольными психозами. Несомненно, что имеет место смертность больных хроническим алкоголизмом от

других причин, возможно, более высокая, чем от основного заболевания, что сказывается на уровне формирования контингентов.

Сердечная форма алкогольной болезни проявляется алкогольной кардиомиопатией, чаще дилатационного типа. В заболеваемости дилатационной кардиомиопатией определенную часть занимает алкогольная кардиомиопатия, которую как диагноз выставляют клиницисты. Смертность от нее в пределах 2,7-3,9 на 100 тыс., в то время как смертность от дилатационной кардиомиопатии (без алкогольной) более высокая, что дает основание предполагать, что определенная часть случаев дилатационной кардиомиопатии не трактовалась в силу каких-то причин как алкогольная. Фатальный исход при алкогольной кардиомиопатии высокий – ежегодно умирает каждый четвертый больной (табл. 3 графы 12 и 13).

Таблица 3. Соотношение заболеваемости и смертности взрослого населения от алкогольсассоциированных болезней в Беларуси в 2008-2009 гг.

Нозологические формы	общая заболеваемость на 100 тыс. взр.		% госпитализации		больничная летальность %		смертность на 100 тыс. взр.		летальность %		умирает один из больных:	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009
А	1	2	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Хронический алкоголизм	2136,3	2300,8	26,2	22,2	1,02	0,94	4,3	4,6	0,20	0,20	497	500
Алкогольные психозы	51,3	51,3					0,6	0,5	1,17	0,97	86	103
Дилатационная кардиомиопатия	12,0	12,0					3,1	3,2	25,8	26,7	4	4
Алкогольная кардиомиопатия							2,7	3,9				
Алкогольная болезнь печени	11,8	11,8	191,7	182,0	16,33	16,13	5,4	6,0	45,8	50,8	2	2
Болезни поджелудочной железы	362,1	362,2	28,8	28,0	1,18	1,90	5,4	6,2	1,49	1,71	67	58
острый панкреатит	78,7	59,4							6,86	10,44	15	10
Отравление алкоголем	11,6	11,6					26,9	25,8	231,9	222,4	0,43	0,45
<i>Сумма заболеваемости + смертность от отравлений. алкоголем</i>	<i>38,5</i>	<i>37,4</i>					<i>26,9</i>	<i>25,8</i>	<i>69,9</i>	<i>69,0</i>	<i>1-2</i>	<i>1-2</i>

Еще более драматичная ситуация при печеночной форме алкогольной болезни (табл. 3). Алкогольная болезнь печени (цирроз, гепатит, фиброз) поражает, по данным отчетов о случаях зарегистрированных заболеваний, 12 взрослых из 100 тысяч. Это тяжелейшие больные, практически постоянно стационарные – госпитализировались 15-16 раз в году (% их госпитализации 192-182%, то есть, многократно повторно) – табл. 3 графы 4 и 5. Больничная летальность – более 16% (это в расчете на случаи госпитализации, а не на больных в силу повторных госпитализаций), летальность же больных – в пределах 50 %, то есть, умирает каждый второй больной.

Алкогольное поражение поджелудочной железы встречается у 25 % алкоголиков [7]. В табл. 3 приведены данные о болезнях поджелудочной железы в целом, то есть, алкогольное поражение поджелудочной железы составляет какую-то, возможно значительную, часть приведенных данных. Заболевание тяжелое, смертность и летальность - высокие, особенно при остром панкреатите – умер каждый из 15 заболевших в 2008 г. и каждый десятый в 2009 г.

Острое отравление алкоголем – данные о заболеваемости в сопоставлении со смертностью вызывает определенное мнение о недоучете всех случаев острых отравлений в статистике

заболеваемости. То есть, более вероятен недоучет случаев, которые закончились летально в реанимации больниц или вне лечебного учреждения, что объясняет статистический алогизм в табл. 3 графы 10, 11. В силу такой ситуации очевидно, что в заболеваемости отражены только случаи выживших после острого отравления алкоголем. На основании этого считаем оправданным анализировать в данном случае заболеваемость при отравлениях алкоголем как сумму выживших и умерших – первая строка снизу табл. 3. Отравление алкоголем дает самую высокую смертность и летальность из числа названных выше заболеваний.

Ситуация по заболеваемости алкогольассоциированными болезнями в регионах республики в последние два года представлена в табл. 4, 5. Учитывая, что в отчетной форме о случаях заболеваний, зарегистрированных в течение года, приводятся данные о случаях заболеваний кардиомиопатией и болезнями поджелудочной железы в целом и из них не выделены эти нозологии как алкогольассоциированные, мы приводим общие данные. Обращает на себя внимание тот факт, что даже за два года имеет место рост заболеваемости и контингентов в большинстве регионов и некоторый спад в отдельных регионах по отдельным нозологиям. Колеблемость показателей, по нашему мнению, может объясняться не столько заболеваемостью, сколько диагностикой и определением заболеваний как алкогольассоциированных, то есть, имеет место влияние как фактора больного, так и врачебного фактора.

Таблица 4. Первичная заболеваемость взрослых (на 100 тыс.) в 2008-2009 гг.

Нозологии	годы	Р Б	г. Минск	Брест обл.	Витебск обл.	Гомель обл.	Гродно обл.	Минск обл.	Могилев обл.
<i>Первичная заболеваемость взрослых в целом</i>									
Кардиомиопатия	2008	5,6	3,3	7,9	3,5	6,6	8,8	8,6	5,6
	2009	6,8	4,7	7,4	6,5	3,4	11,3	10,1	5,7
Алкогольная болезнь печени	2008	3,3	2,0	2,1	2,5	4,5	6,0	5,9	6,0
	2009	4,2	2,3	3,7	2,5	3,7	4,7	8,1	4,9
Болезни поджелудочной железы	2008	63,8	49,1	121,5	34,1	94,8	126,1	89,1	44,1
	2009	72,8	59,3	108,6	34,0	88,5	83,5	89,2	43,4
Отравление алкоголем	2008	11,6	11,6	9,8	18,4	17,8	23,7	12,0	16,8
	2009	14,1	8,6	7,1	23,4	16,9	8,1	15,7	21,5
<i>Первичная заболеваемость взрослых донепенсионного возраста</i>									
Кардиомиопатия	2008	7,4	4,4	8,5	3,8	8,1	11,1	9,3	5,7
	2009	7,3	5,7	7,9	6,2	3,9	13,2	10,2	6,0
Алкогольная болезнь печени	2008	4,1	2,5	2,5	2,5	4,6	6,3	7,0	5,1
	2009	4,4	2,3	4,1	2,7	3,2	6,0	9,0	4,6
Болезни поджелудочной железы	2008	65,8	50,6	110,2	32,7	85,7	116,8	79,0	35,5
	2009	66,1	52,9	101,4	32,0	79,9	71,0	84,4	38,1
Отравление алкоголем	2008	15,0	14,1	11,7	18,8	21,4	29,1	13,5	18,3
	2009	15,9	8,3	8,8	27,3	19,0	9,0	19,1	23,7

Частота впервые выявленных случаев кардиомиопатии была ниже среднереспубликанской в Минске, Витебской и Могилевской областях, алкогольную болезнь печени реже выставляли как нозологическую форму заболевания в Минске, Брестской и Витебской областях. Избыточной по сравнению со среднереспубликанской в 2008 г. была заболеваемость болезнями поджелудочной железы в Брестской и Гродненской областях (выше в 2 раза), в 2009 г. заболеваемость оставалась более высокой, чем в среднем по республике, в Брестской, Гомельской, Гродненской и Минской областях. Приведенные цифры регионов о случаях отравления алкоголем вызывают сомнения в силу описанной выше ситуации в табл. 3 графы 10 и 11. Первичная заболеваемость взрослых трудоспособного возраста выше, чем взрослых в целом, кроме болезней поджелудочной железы,

где заболеваемость ниже. В данном случае сказывается возрастной фактор - у лиц старше трудоспособного (пенсионного) возраста заболеваемость выше, чем у трудоспособного почти в 1,5-2 раза.

Общая заболеваемость (контингенты) повторяет ситуацию по первичной заболеваемости. Контингенты больных кардиомиопатией более высоки в Брестской, Минской и Гродненской областях, с алкогольной болезнью печени - в Гродненской и Минской областях. Контингенты взрослых больных с проблемами поджелудочной железы в расчете на 100 тыс. выше среднереспубликанского показателя в Брестской, Гомельской и Гродненской областях в 2009 г. соответственно в 1,3 и 1,4 раза, контингенты больных пенсионного возраста выше таковых трудоспособного в 2 и более раз.

Таблица 5. Общая заболеваемость взрослых (на 100 тыс.) в 2008 г.

Нозологии	годы	Р Б	г. Минск	Брест. обл.	Витебск обл.	Гомель обл.	Гродно обл.	Минск обл.	Могилев обл.
<i>Общая заболеваемость взрослых в целом</i>									
Кардиомиопатия	2008	25,5	20,7	40,6	21,3	30,2	40,2	35,4	25,7
	2009	33,9	34,0	43,6	22,5	23,3	42,1	44,2	26,8
Алкогольная болезнь печени	2008	11,8	9,3	7,9	9,4	11,5	15,4	25,4	15,8
	2009	18,0	14,5	12,0	10,4	15,3	28,1	32,5	15,0
Болезни поджелудочной железы	2008	362,2	288,1	594,3	236,2	630,5	839,2	471,4	234,6
	2009	456,3	362,8	615,7	246,2	630,1	625,2	482,9	231,1
Отравление алкоголем	2008	11,6	11,6	9,8	18,4	17,8	23,7	12,0	16,8
	2009	14,1	8,6	7,1	23,4	16,9	8,1	15,7	21,5
<i>Общая заболеваемость взрослых допенсионного возраста</i>									
Кардиомиопатия	2008	32,0	25,0	40,2	19,4	35,1	47,8	37,6	26,8
	2009	35,5	36,2	44,0	19,2	24,2	50,9	46,0	28,0
Алкогольная болезнь печени	2008	14,5	10,5	8,4	9,8	12,3	16,8	30,1	14,2
	2009	18,4	14,5	13,0	10,6	14,3	31,9	33,6	14,4
Болезни поджелудочной железы	2008	311,0	241,0	430,9	148,9	448,4	611,0	354,1	170,3
	2009	318,7	243,4	448,6	157,9	410,0	448,5	367,1	167,4
Отравление алкоголем	2008	15,0	14,1	11,7	18,8	21,4	29,1	13,5	18,3
	2009	15,9	8,3	8,8	27,3	19,0	9,0	19,1	23,7

Смертность от алкогольсассоциированных заболеваний в Беларуси в динамике в расчете на все население в целом и трудоспособного населения имеет тенденцию к росту (табл. 6, рис. 3 и 4). Стандартизованный показатель смертности повторяет эту тенденцию.

Таблица 6. Динамика смертности от хронического алкоголизма и его последствий в Беларуси в целом (интенсивный показатель на 100тыс. населения, стандартизованный на 100 тыс. по мировому стандарту населения и интенсивный показатель на 100 тыс. трудоспособного населения)

	1999	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
<i>Хронический алкоголизм</i>								
интенсивный на 100тыс.	3,55	4,03	4,00	4,82	4,40	4,03	4,34	4,58
стандартизованный на 100 тыс.	2,91	3,17	3,15	3,72	3,37	3,14	3,30	3,43
интенс. трудоспос. на 100 тыс.	4,86	5,08	4,71	5,82	5,19	4,71	5,12	5,20
<i>Алкогольные психозы, энцефалопатия, слабоумие</i>								
интенсивный на 100тыс.	0,20	0,57	0,62	0,93	0,63	0,64	0,57	0,55



стандартизованный на 100 тыс.	0,17	0,46	0,48	0,75	0,50	0,49	0,45	0,39
интенсив. трудоспос. на 100 тыс.	0,28	0,75	0,85	1,21	0,79	0,85	0,66	0,73
<i>Алкогольная кардиомиопатия</i>								
интенсивный на 100тыс.		2,85	3,38	3,58	2,89	2,64	2,65	3,87
стандартизованный на 100 тыс.		2,24	2,65	2,77	2,24	2,03	2,02	2,97
интенс. трудоспос. на 100 тыс.		3,39	4,33	4,43	3,31	3,46	3,42	4,67
<i>Алкогольн. б-знь печени (цирроз, гепатит, фиброз)</i>								
интенсивный на 100тыс.	0,21	3,94	3,93	5,35	4,83	5,50	5,38	6,03
стандартизованный на 100 тыс.	0,17	3,15	3,08	4,16	3,76	4,18	4,12	4,50
интенс. трудоспос. на 100 тыс.	0,24	4,69	4,43	6,20	5,09	5,73	5,78	6,13
<i>Острый панкреатит и др. б-зни поджелуд. железы</i>								
интенсивный на 100тыс.	3,42	4,19	4,39	4,65	4,93	5,15	5,37	6,20
стандартизованный на 100 тыс.	2,62	3,09	3,16	3,34	3,63	3,63	3,81	4,41
интенс. трудоспос. на 100 тыс.	3,98	4,33	4,45	4,52	4,81	4,95	5,33	5,91
<i>Случайное отравление алкоголем</i>								
интенсивный на 100тыс.	23,43	27,72	30,70	33,45	30,13	25,53	26,91	25,81
стандартизованный на 100 тыс.	19,31	22,17	24,27	26,34	23,37	19,39	20,39	19,32
интенс. трудоспос. на 100 тыс.	33,15	37,18	39,83	43,34	35,67	31,25	33,12	31,73

Наиболее высокая и с тенденцией к росту смертность – смертность от острых случайных отравлений алкоголем (таб. 6, рис. 4, 5). Смертность мужчин превышала таковую женщин в 1980 г. в 5,1 раза, затем с годовыми колебаниями эта разница снизилась до 4 раз в 2008 и 2009 гг. При этом среднегодовой темп прироста числа случаев острых отравлений алкоголем с 1980 г. был у мужчин 6,2%, у женщин – 8,4 %, то есть, имеет место более быстрое нарастание процесса алкоголизации женщин.

Из хронических последствий злоупотреблением алкоголем наиболее высокой остается смертность от алкогольного поражения печени и поджелудочной железы. Смертность от алкогольной кардиомиопатии возрастает (среднегодовой темп прироста за 2003-2009 гг. 7,1%), наиболее выражено – трудоспособного населения (среднегодовой темп прироста 7,4%).

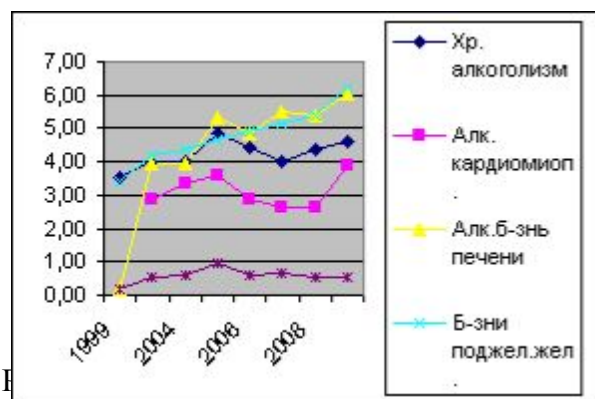


Рисунок 4. Динамика смертности от хронического алкоголизма и его последствий

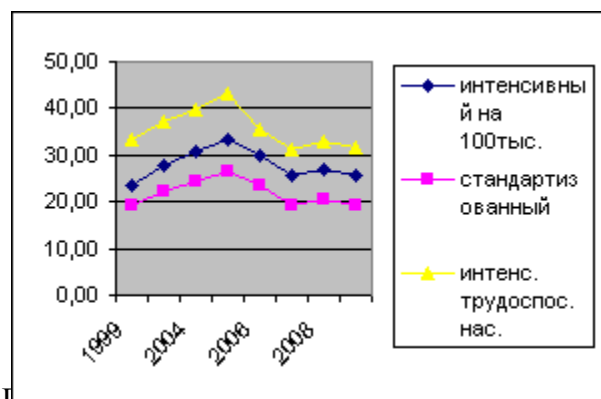


Рисунок 5. Динамика смертности от острого отравления алкоголем

В возрастном ракурсе смертность от всех алкогольассоциированных заболеваний в динамике представлена на рис. 6. Максимальная смертность в 1999 г. была в возрастном диапазоне 45-59 лет, в последующие годы – в 55-59 лет и в 2008-2009 гг. сместилась на возраст 60-64 года.

Учитывая, что смертность мужчин выше смертности женщин в целом от всех алкогольассоциированных болезней более чем в три раза, можно предположить, что пик смертности в 2008-2009 гг. в какой-то мере был связан с кризисом пенсионного возраста у мужчин.

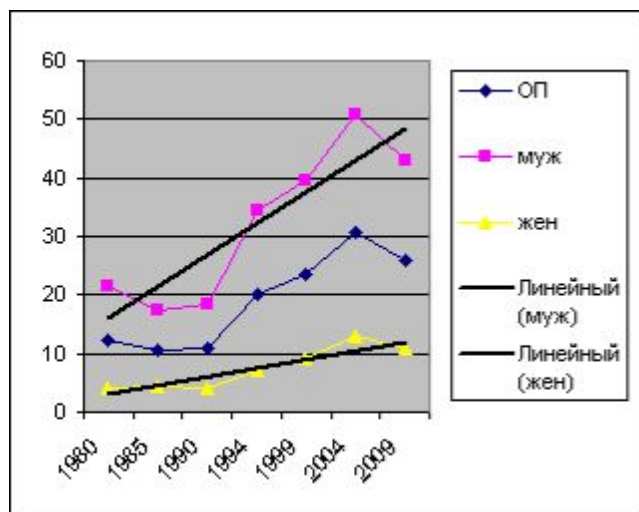


Рисунок 5. Гендерные особенности динамики смертности от случайного отравления алкоголем в целом по Беларуси в 1980-2009 гг.

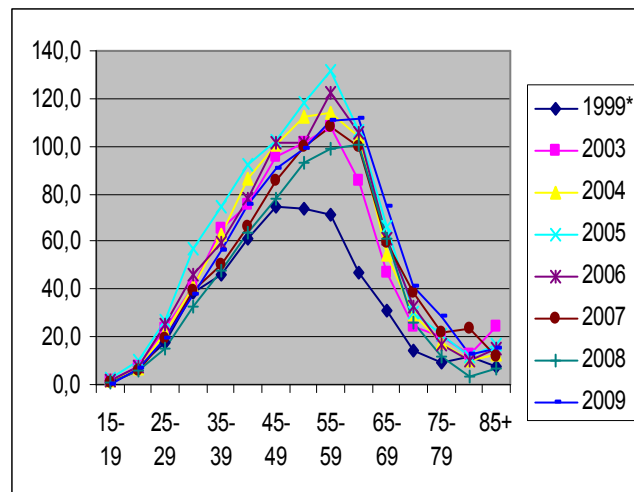


Рисунок 6. Возрастная динамика смертности от алкогольассоциированных заболеваний в целом по Беларуси в 1999-2009 гг. (\*в 1999 г. не было данных о случаях смерти от алкогольной кардиомиопатии)

Смертность от алкогольассоциированных болезней (табл. 7, рис. 6) в расчете на все население в целом в 2008-2009 гг. в регионах была далеко не однозначной как между регионами, так и в смежных годах.

Таблица 7. Смертность от болезней, ассоциированных с алкоголем (все население, на 100 тыс.)

Регион	Хронический алкоголизм		Алкогольные психозы, энцефалопатия, слабоумие		Алкогольная кардиомиопатия		Алкоголь. б-нь печени (цирроз, гепатит, фиброз)		Острый панкреатит и др. б-ни поджелуд. железы		Случайное отравление алкоголем		Все алкогольассоциир. болезни в целом	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009
г. Минск	4,4	3,1	0,3	0,3	1,8	3,9	5,6	6,3	5,6	6,6	19,0	18,3	36,7	38,5
Брестская	2,6	2,4	0,3	0,3	2,5	4,8	5,0	6,2	3,9	5,2	15,4	15,8	29,7	34,7
Витебская	1,9	6,7	0,1	0,3	2,5	2,7	2,0	2,1	4,8	4,9	37,6	31,6	48,9	48,3
Гомельская	2,5	2,9	0,7	0,8	0,6	0,7	2,9	3,1	5,1	5,0	26,6	32,6	38,4	45,1
Гродненская	12,7	10,5	0,2	0,4	3,8	3,7	8,8	9,5	5,4	8,6	33,9	28,0	64,8	60,7
Минская	5,4	4,6	0,8	0,7	6,2	8,1	6,9	9,0	6,3	7,2	23,5	26,2	49,1	55,8
Могилевская	3,1	3,0	1,9	1,0	1,1	1,9	5,9	3,8	5,3	4,5	40,0	25,9	57,3	40,1
Беларусь	4,3	4,6	0,6	0,5	2,7	3,9	5,4	6,0	5,4	6,2	26,9	25,8	45,3	47,0

В определенной степени невозможно исключить некоторые особенности подхода к формулировке как клинического, так и морфологического диагноза, обусловленные отсутствием

на сегодняшний день четких диагностических критериев алкогольассоциированной патологии или их расплывчатостью.

В силу этого приведенные данные – это оценочная информация о зарегистрированной органами статистики (но, возможно в силу некоторых причин, не фактической) смертности от алкогольассоциированной патологии в регионах Беларуси и делать какие-либо выводы - что хорошо и что и где плохо – не совсем корректно.

Тем не менее, обращает на себя внимание более высокая по сравнению со среднереспубликанской смертность от хронического алкоголизма в Гродненской области (избыточная – более чем в два раза), в Могилевской области – от алкогольных психозов, в Минской – от алкогольной кардиомиопатии, Гродненской и Минской – от алкогольного поражения печени, болезней поджелудочной железы – в Минской, Гродненской и г. Минске.

В целом от всех алкогольассоциированных болезней в 2008-2009 гг. наиболее высокой была смертность в Гродненской, Минской и Витебской областях (рис. 6, таб. 7).

Анализируя процессы заболеваемости и смертности больных от алкоголизма и алкогольных психозов, мы сопоставили эти показатели с целью рассчитать летальность и частоту случаев смерти контингентов от этих причин.

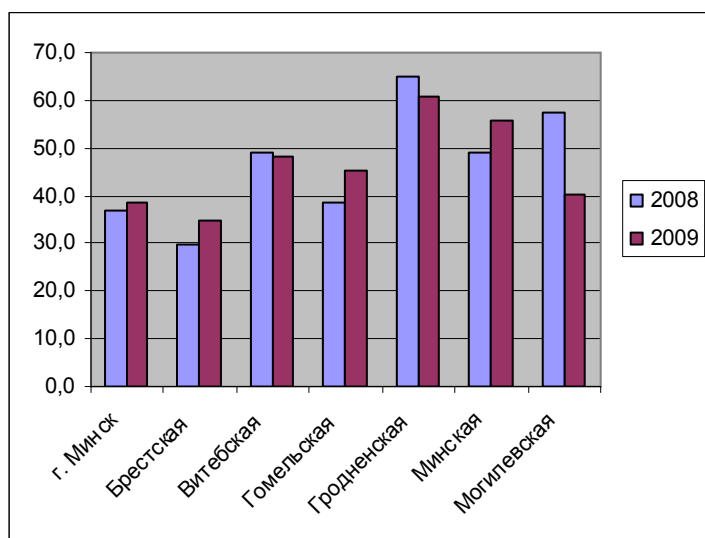


Рисунок 6. Смертность в регионах от алкогольассоциированных болезней в целом в 2008 и 2009 гг.

Как представлено в таб. 8, летальность (% больных хроническим алкоголизмом и алкогольными психозами, умерших от этих причин) при росте смертности от хронического алкоголизма (графа 4) несколько снизилась, то есть, можно отметить повышение роли здравоохранения в снижении летальности. Это привело к тому, что если в 1999 г. умирал один из 374 больных (графа 5), то в 2009 г. умер один только из 418 больных. Рост смертности от алкогольных психозов возрос в динамике, возросла и летальность и частота смерти больных – умирает в последние годы один из 80-78 больных алкогольными психозами.

Таблица 8. Контингенты больных алкоголизмом и алкогольными психозами и смертность от них в Беларуси в динамике (на 100 тыс. нас.)

Год	Заболеван. хр.алког.	Смертн. от хр. алког.	Летальн. от хр. алког. %	Умирает каждый б-ной из	Заболеван. алког. психозом	Смертн. от алког. психоза	Летальн. от алког. психоза %	Умирает каждый б-ной из
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1999	1325,4	3,55	0,27	374	59,3	0,20	0,34	298
2003	1591,8	4,03	0,25	395	50,8	0,57	1,12	90
2004	1683,0	4,00	0,24	421	48,6	0,62	1,28	78

2005	1754,8	4,82	0,27	364	48,5	0,93	1,92	52
2006	1810,6	4,40	0,24	412	48,3	0,63	1,30	77
2007	1835,6	4,03	0,22	455	44,6	0,64	1,43	70
2008	1855,6	4,34	0,23	428	45,7	0,57	1,24	80
2009	1914,9	4,58	0,24	418	42,7	0,55	1,28	78

Частота патологоанатомических (судебно-медицинских) вскрытий умерших в целом по Беларуси достаточно высокая (таб. 9). В регионах этот показатель укладывается в приведенные в таблице цифры с учетом разброса в пределах ошибки средней ( $\pm m$ ). В таблице отсутствуют данные о вскрытии умерших от острого отравления алкоголем, что объясняется отсутствием указаний на судебно-медицинское вскрытие в государственной статистической отчетной форме «С51 – Распределение умерших по полу, возрастным группам и причинам смерти в отчетном году». Процент вскрытий в приведенных годах статистически не отличался ( $t < 2$ ). Удельный вес среди умерших от острого отравления алкоголем лиц трудоспособного возраста был достоверно выше в 1999 г. относительно 2008 и 2009 гг. -  $t = 3,8$  и  $3,7$  соответственно, и умерших от хронического алкоголизма в 2009 г. -  $t = 2,3$ .

Таблица 9. Частота патологоанатомических (судебно-медицинских) вскрытий и удельный вес трудоспособного населения среди умерших в 2008-2009 гг. и 1999 г.

Нозологические формы	2008 г.		2009 г.		1999 г.	
	% вскрытий	% трудоспос.	% вскрытий	% трудоспос.	% вскрытий	% трудоспос.
Хронический алкоголизм	74,5±2,13	73,3±2,52	72,9±2,11	70,7±2,57	68,3±2,47	78,9±2,43
Алкогольные психозы	74,5±5,88	72,7±7,04	79,2±5,58	83,0±5,66	55,0±11,12	80,0±10,00
Дилатационная кардиомиопатия	67,4±2,70	73,8±2,95	67,6±2,66	74,1±2,89		
Алкогольная кардиомиопатия	79,8±2,50	80,2±2,78	80,7±2,04	75,1±2,58		
Алкогольная болезнь печени	66,2±2,07	66,8±2,52	68,8±1,92	63,3±2,51	52,4±10,90	66,7±12,60
Болезни поджелудочной железы	90,4±1,29	61,7±2,71	90,5±1,20	59,4±2,60	86,6±1,84	67,1±3,10
Отравление алкоголем	н/д	76,5±0,95	н/д	76,6±0,97	н/д	81,5±0,89

### ВЫВОДЫ

1 Очевидна серьезность и нарастание в Беларуси проблем как хронического алкоголизма и его последствий, так и острого отравления алкоголем.

2. Статистическая сторона этой проблемы не совершенна – имеет место недоучет случаев заболеваний, возможно и случаев смерти по каким-то причинам, что искажает истинность ситуации. Скрытая заболеваемость – широкий спектр причинных факторов. Один из них – у лиц, умерших до получения медицинской помощи или умерших в отделениях больниц в результате травм, отравлений, термических воздействий, регистрируется только факт смерти, но не болезнь. Все это в определенной степени нивелирует остроту ситуации.

3. Приведенные нами факты об огромных потерях государства вследствие алкогольсассоциированных заболеваний ставят остро вопрос о необходимости перехода от пассивной озабоченности к рациональным действиям в первую очередь со стороны органов, формирующих социальную и экономическую политику государства. Особую проблему представляет то, что основную часть умерших от острого и хронического воздействия алкоголя

составляют мужчины трудоспособного возраста, с вовлечением в этот фатальный процесс лиц молодого возраста.

4. Существенные различия в уровне и динамике заболеваемости и смертности в регионах от последствий злоупотребления алкоголем свидетельствуют скорее не только о тех или иных поведенческих особенностях населения регионов, но и о необходимости разработки единых подходов к диагностике и трактовке симптомов и синдромов заболеваний, которые ассоциированы со злоупотреблением алкоголем.

*Литература*

1. Кошкина Е.А., Спектор Ш.И., Сенцов В.Г., Богданов С.И. Медицинские, социальные и экономические последствия наркомании и алкоголизма. – М.: ПЕР СЭ, 2008. – 288с.
2. Ю.Е. Разводовский. Продажа алкоголя и смертность в Беларуси: популяционный уровень связи. *Здравоохранение.*- 2009, №1.- С.27-31.
3. Немцов А.В., Терехин А.Т. Размеры и диагностический состав алкогольной смертности в России. *Наркология.*- 2007, №12.- С.29-36.
4. Алкоголь в Европейском регионе – потребление, вред и политика. *Наркология.*- 2006, № 3.-С.24-30
5. Автандилов, Г.Г. Оформление диагноза: учеб. пособие / Г.Г. Автандилов, О.В. Зайратьянц, Л.В. Кактурский. – М. : Медицина, 2004. – 304 с.
6. Серов, В.В. Клиническая морфология висцерального алкоголизма / В.В. Серов, С.П. Лебедев // *Арх. патологии.* – 1988. – № 3. – С. 48–53.
7. Недзьведь, М.К. Патологическая анатомия алкоголизма: метод. рекомендации / М.К. Недзьведь. – Минск, 2001. – 14 с. Утверждены Министерством здравоохранения Республики Беларусь 16.08.2001 г.
8. Шамота, А.З. Взаимосвязи показателей, характеризующих алкогольную ситуацию / А.З. Шамота // *Социальная и клиническая психиатрия.* - 1994, № 2.- С.20-26.
9. Огурцов, П.П. Неотложная алкогольная патология / П.П. Огурцов, И.В. Жиров.- М.:Бином, 2002, - 118с.