

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ АЛКОГОЛИЗМОМ И СМЕРТНОСТЬ ОТ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ И ДРУГИХ ПРИЧИН СМЕРТИ

Люсов В.А.¹, Харченко В.И.¹, Корякин М.В.², Соболева В.Н.¹, Вишин М.М.³,
Российский государственный медицинский университет¹, ФГУ Лечебно-реабилитационный центр
МЗ и СР РФ², Академия экономики, финансов и права³, Москва

Актуальность проблемы. При сравнении уровней смертности от болезней системы кровообращения (БСК) в России, по официальным данным Госкомстата и МЗ и СР РФ, с уровнями смертности от БСК в экономически развитых странах (ЭРС) при разных методиках подсчета и в разных возрастных группах населения страны смертность от БСК в России может в 2–3 раза превышать уровни смертности от БСК в ЭРС [1–3]. Средний возраст умерших от всех основных причин смерти в России значительно ниже и у мужчин, и у женщин, чем в сравниваемых ЭРС [1]. Факт значительного превышения смертности населения России по сравнению со смертностью в ЭРС интерпретируют как *сверхсмертность*.

По нашему мнению, в сверхсмертности населения России, по сравнению с таковой в ЭРС, огромную роль играют типичные для России факторы риска и, в первую очередь, рекордно высокое, по сравнению с ЭРС, потребление крепкого, часто некачественного, алкоголя на протяжении длительного периода времени — более четверти века, а также негативные социально-экономические факторы риска: бедность значительной части населения, низкие отчисления на социальные нужды и, в первую очередь, на здравоохранение. В России нет какой-то одной основной причины сверхсмертности населения, как это пытаются доказать некоторые исследователи. Имеет место стратификация крайне негативных социально-психологических и социально-экономических факторов риска (ФР) с индивидуально выраженными «классическими» факторами.

Смертность от других причин смерти в России также значительно выше, чем в ЭРС [2].

В нижеследующих таблицах (1–3) приводятся статистически достоверные иллюстрации негативного влияния алкоголя на здоровье населения стран ЭРС.

Авторы табл.2 разделили «пьющих» по следующим категориям потребления алкоголя:

1 категория: для женщин — 0–19,99 г чистого алкоголя в день, для мужчин — 0–39,99 г чистого алкоголя в день;

2 категория: для женщин — 20–39,99 г чистого алкоголя в день, для мужчин — 40–59,99 г чистого алкоголя в день;

3 категория: для женщин — 40 или более г чистого алкоголя в день, для мужчин — 60,0 или более г чистого алкоголя в день.

Как видно из табл.2, при росте потребления алко-

голя от категории 1 до категории 3 у мужчин риск развития гипертонической болезни возрастает в 2,93 раза, ишемического инсульта — в 1,75 раза, геморрагического инсульта — в 1,87 раза. У женщин эти цифры составили 1,42 раза, 2,04 и 13,52 раза, соответственно. Рост потребления алкоголя и у мужчин, и у женщин оказывал сравнительно небольшое влияние на рост риска развития ишемической болезни сердца [4–8]. Подобная закономерность представлена в табл. 3.

Таблицы 1–3 отчетливо демонстрируют, что риск заболеваний БСК возрастает с увеличением потребления алкоголя.

Высокое потребление крепкого алкоголя и смертность от БСК

Результаты корреляционного анализа свидетельствуют, что смертность от БСК в целом, а также смертность от кардиосклероза, инфаркта миокарда (ИМ) и гипертонической болезни (ГБ) находится в тесной взаимосвязи с уровнем употребления водки на душу населения. В то же время общий уровень потребления алкоголя коррелирует только с показателями смертности при кардиосклерозе. Результаты статистического анализа свидетельствуют, что смертность от различных БСК в большей степени ассоциирована с уровнем потребления водки, чем с общим уровнем потребления алкоголя. Данный факт свидетельствует в пользу того, что на смертность от ССЗ влияет паттерн употребления алкоголя. Это значит, что риск развития БСК снижается, если потребление небольших доз алкоголя равномерно распределено во времени. В то же время употребление больших доз алкоголя за короткий промежуток времени (например, недельной нормы в течение выходных) сопряжено с безусловным вредом для здоровья. Так, было показано, что при «кутежном пьянстве», т. е. однократном употреблении больших доз крепких спиртных напит-

Таблица 1

Риск смерти от ряда сердечно-сосудистых заболеваний, связанных с алкоголем*

Геморрагический инсульт	Log RR = 0,0150a**
Эссенциальная гипертония	Log RR = 0,0142a**
Ишемическая болезнь сердца	Log RR = 0,011a**
Алкогольная кардиопатия	100% смерть связана с потреблением алкоголя

Примечание: * составлено на основе мета-анализа [4–5];
a** - доза алкоголя (г/день), RR - относительный риск.

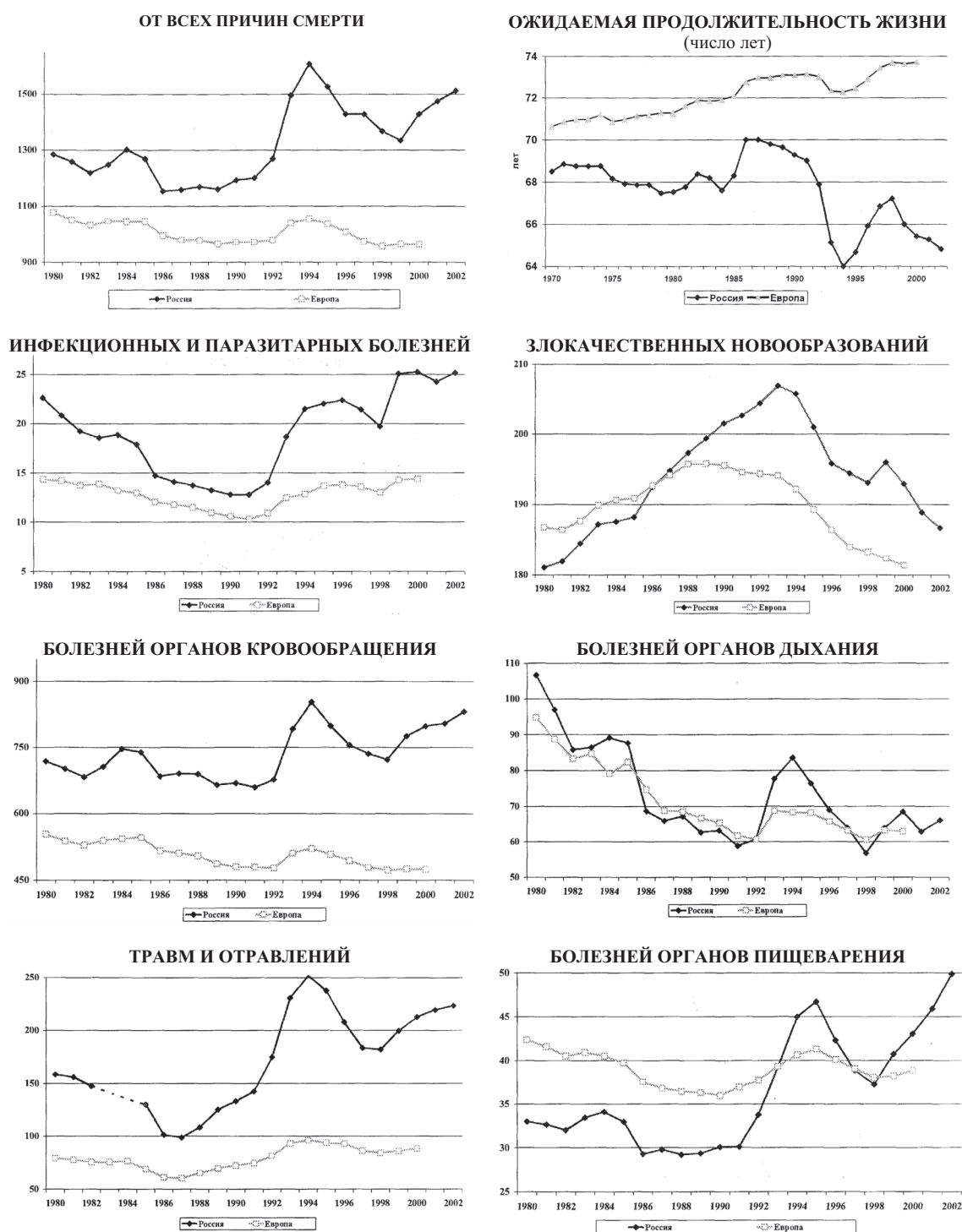


Рис. 1. Смертность от основных причин смерти в России и Европе [2]. Европа – средние показатели по 51 государству – члену Европейского региона ВОЗ, включая Россию; стандарт Европейский.

ков, даже если общее количество потребляемого алкоголя является умеренным, повышается риск внезапной коронарной смерти, а также риск возникновения различных БСК [4–8, 11].

М. Trevisan et al. в своей работе показали, что лица, потребляющие алкоголь без «закуски» – сопутствующего потребления пищи – имели относительный риск развития нефатального ИМ, равный 1,49 (0,96–

2,31) по сравнению с теми потребителями алкоголя, которые сопровождали его пищей: у последних относительный риск развития нефатального ИМ составил 0,62 (0,28–1,37); в обеих группах относительный риск рассчитывался по сравнению с абстинентами, потребляющими алкоголь в течение всей жизни [10]. Существенную часть смертей, ассоциированных с алкоголем (алкогольная миокардиодистрофия, абстине-

Таблица 2

Относительный риск для ряда основных БСК с учетом пола и уровней потребления алкоголя [4.5,8]

Заболевания	Мужчины			Женщины			Код международ ной клас- сификации болезней	
	Категории потребления алкоголя						МКБ-9	МКБ-10
	1	2	3	1	2	3		
Болезни системы кровообращения (БСК)							390-459	100-199
Гипертоническая болезнь	1,40	2,00	4,10	1,40	2,00	2,00	401-405	110-113
Ишемическая болезнь сердца	0,82	0,83	1,00	0,82	0,83	1,12	410-414	120-125
Церебро-васкулярная бо лезнь							430-438	160- 169
Ишемический инсульт	0,94	1,33	1,65	0,52	0,64	1,06		
Геморрагический инсульт	1,27	2,19	2,38	0,59	0,65	7,98		
Другие БСК	1,50	2,19	2,20	1,50	2,20	2,20	415-417, 423-424, 426-429, 440-448, 451-459	100,1 26-128, 134-137, 144-151, 170-199

Таблица 3

Уровни потребления алкоголя и относительный риск смертности

Заболевания	Абстиненты	1-10 г/день	10-20 г/день	20-30 г/день	30-40 г/день	40-50 г/день
ИБС (мужчины)	1	0,832	0,778	0,768	0,775	0,793
ИБС (женщины)	1	0,857	0,853	0,896	0,962	1,047
Геморрагич. инсульт	1	1,078	1,252	1,455	1,690	1,964

Примечание: оценка риска по данным Britan A. et al [4].

нтная гипертония, острые отравления), относят к смерти от БСК (по классу причин смерти). Как известно, самым ярким алкогольным поражением сердца является алкогольная кардиомиопатия. Следует отметить, что это — единственное поражение сердца алкогольного генеза, которое имеет свой шифр в МКБ-Х: **Алкогольная кардиомиопатия—142.6.** [11].

Другой формой алкогольного поражения сердца является аритмическая форма, протекающая иногда в виде так называемого «*воскресного сердца*». Данный синдром был впервые описан у интенсивно потребляющих алкоголь в конце недели или после выходных дней. Наиболее общим нарушением ритма при «воскресном сердце» является фибрилляция предсердий с возвращением к нормальному синусовому ритму в течение 24 часов. Описана внезапная смерть, связанная с приемом алкоголя. Еще одной частой формой алкогольного поражения сердца являются псевдокоронарные формы, сопровождающиеся кардиалгиями.

Интенсивное потребление алкоголя характерно для большинства больных туберкулезом в активной

форме, а также для потенциальных или уже больных артериальной гипертонией.

Злоупотребление алкоголем оказывает неблагоприятное влияние на уровни смертности от БСК, болезней органов пищеварения и особенно— от внешних причин смерти (ВПС).

В табл.1—3 показана взаимозависимость между потреблением «чистого», качественного алкоголя в ЭРС и риском развития разных заболеваний, а также риском смерти от этих заболеваний.

У нас, в связи с исконными национальными традициями (к сожалению, приходится констатировать, что Россия — исторически «*пьющая страна*»), алкоголь является самым распространенным и сильным фактором риска смертности населения от сердечно-сосудистых заболеваний, поэтому описанная взаимозависимость также имеет место.

Однако в России есть еще одна проблема, которая не столь актуальна для ЭРС. Это — фальсифицированные, некачественные алкогольные напитки, которые в России нередко производят из непищевых

спиртов: синтетического (СС), гидролизного (ГС) и технического (ТС). Алкогольные напитки, которые производят из пищевого сырья, но с грубыми нарушениями технологии, также повышенной токсичности, так как содержат в своем составе повышенное количество сивушных масел, которые, в основном, представляют собой вредные многоатомные спирты.

Доказательства токсичности алкогольных напитков из непищевого сырья

В 90-е годы прошедшего века В.П. Нужный (доктор медицинских наук, зав. токсикологической лабораторией Национального научного центра наркологии МЗ и СР РФ) с тревогой констатировал: «Гидролизный спирт «из нефти» содержит очень токсичный кретоновый альдегид и полимеры этилена. Кретоновый альдегид опаснее метанола, а его наличие в водках даже не проверяется! О токсическом действии полимеров этилена на организм вообще практически ничего неизвестно... В середине 90-х был найден такой оптимальный путь реализации синтетического спирта в России: добыча нефти и изготовление синтетического спирта в России, продажа этого спирта в Германию или в Польшу, где идет его ароматизация (добавление вкусовых добавок, в том числе — разных травяных настоев), разбавление и розлив алкогольных напитков, которые затем везут для реализации в Россию, при этом ГОСТы на наливки, настойки, бальзамы, вина и даже коньяки еще менее строги, чем ГОСТы на водку [12]. В результате такой «экономической политики» на рынке России появилось огромное количество дешевого алкоголя. По данным Госторгинспекции, ее организации забраковали на территории России в 1993 году 25,6 % проверенных ликероводочных изделий, а за первое полугодие 1994 года — 31,0 %.

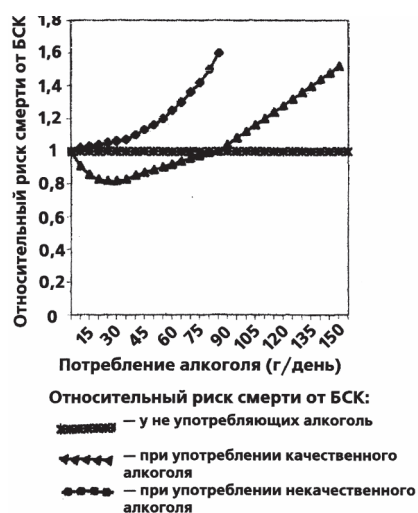


Рис. 2. Относительный риск смерти от БСК в зависимости от уровней и качества потребляемого алкоголя [7].

Примечание: данные по некачественному, токсичному алкоголю — гипотеза авторов.

Выборочные проверки МВД выявляли от 40 до 70 % фальсификатов» [13].

По данным А.В. Немцова, в 1992 году смерть от отравлений алкоголем стала регистрироваться при меньших концентрациях алкоголя в крови. Например, в Карелии в 1992 году количество умерших от отравления алкоголем возросло в 3 раза, а концентрация спирта в крови этих умерших снизилась в 1,4 раза [13]. Были ли подтверждены эти данные другими исследованиями, нам неизвестно. В 2003 и в 2004 гг. А.В. Немцов пишет: «Увеличение алкогольной смертности произошло за счет резкого увеличения токсичности нелегальных алкогольных напитков в начале рыночных реформ (1992–1995 гг.) [13]. Взрывоопасный рост числа алкогольных отравлений в 1992–1996 гг. произошел, по всей вероятности, в период появления фальсификатов на основе синтетического и гидролизного спиртов [14]. То же подтверждают многочисленные изъятия такой водки органами госназора из торговой сети».

Л.Д. Мирошниченко и В.Е. Пелипас пишут: «В первом квартале 1995 г. органы МВД России обнаружили и ликвидировали 527 подпольных алкогольных цехов, которые успели превратить в водку 30 млн дал технического спирта» [15,16]. Именно этот период был периодом сверхсмертности мужского населения страны, особенно в трудоспособном возрасте.

Очень достоверно и четко доказывают более высокое токсическое действие ГС и СС, по сравнению с этиловым спиртом, работы В.П. Нужного. Цифры ЛД 50 % (эксперимент на мышах), показали, что синтетический и гидролизный спирты на 10–20 % токсичнее этилового спирта из пищевого сырья [17].

Именно высокое потребление алкогольных фальсификатов «превращает факторы риска развития БСК в факторы риска смерти» [18]. То же можно сказать о самогоне с токсичными добавками: «самогон с табаком, пометом, дегтем и т. п. отличается высокой токсичностью и может привести ослабленных и нездоровых людей к смерти: отравление/передозировка наступает раньше при меньших дозах такого самогона в крови [14,19].

Токсичность алкоголя, которая может быть связана с действием альдегидов и многоатомных спиртов на организм ослабленных и больных людей, мало изучена. Как пишет В.П. Нужный, «примеси могут модифицировать острое токсическое и наркотическое действие этилового спирта, т. е. могут способствовать отравлению!» [14,19]. Есть все основания предполагать, что низкокачественный российский алкоголь с большой примесью токсичных сивушных масел — алкоголь, изготовленный из технических спиртов, не говоря уже о самогоне и жидкостях «двойного назначения», снижают риск безопасного применения такого алкоголя до более низких уровней потребления. Кроме того, риск развития заболеваний и самой смерти при потреблении

такого алкоголя возрастает. Поэтому рост риска соматических заболеваний при росте потребления алкоголя в России может наступать и при более низком его потреблении, по сравнению с ЭРС.

По данным В.Е. Пелипаса и Л.Д. Мирошниченко, во второй половине 90-х годов нелегальный оборот алкоголя достигал 60 %, а в 2000 году доля нелегального алкоголя снизилась до 37–40 % [20]. С большой вероятностью можно допустить, что «паленая» водка, водка низкого качества, с большой примесью сивушных масел, которые, однако, не улавливает существующий ГОСТ, самогон низкого качества при потреблении пожилыми и /или ослабленными людьми в сравнительно небольших количествах может провоцировать развитие гипертонических кризов, инсультов, внезапной смерти.

По нашему мнению, именно в силу этих причин алкогольные напитки с указанными свойствами, включая самогон, а также огромное количество токсичных «жидкостей двойного назначения», традиционно потребляемых в огромных количествах [15,16,20,21], не могли не способствовать (и ныне способствуют) высокой смертности населения страны. Об этом не следует забывать при анализе роста внешних причин смерти в России, особенно с учетом того, что население страны уже 25 лет употребляет около 15 литров алкоголя на человека в год (в некоторых регионах – 18 литров), причем с 1992 года среди всего алкоголя огромен удельный вес алкогольных напитков с вышеуказанными опасными свойствами. Следует также учитывать еще один момент. Как известно, пить вышеуказанные токсичные напитки – удел низших социальных слоев населения страны, к которым, исходя из величины подушевых доходов, можно отнести не менее половины населения страны. Особенно бедны безработные, в том числе и «тяжело пьющие», потерявшие работу и перебивающиеся случайными заработками лица, пенсионеры, инвалиды, многие госбюджетники. У этих категорий пьющих потребление вышеуказанных спиртных напитков часто сочетается с отсутствием какой-либо серьезной «закуски», что резко усиливает токсическое действие суррогатного алкоголя и, в первую очередь, на центральную нервную систему. Хроническое недоедание, истощение и усталость способствуют более быстрому тяжелому опьянению с вытекающими трагическими последствиями [10].

Из работ и выступлений В.П. Нужного середины 90-х годов: «... к 2004 году в России нет реального ГОСТа, который позволяет с достоверностью отличить этиловый спирт из пищевого сырья и синтетические спирты. Играло ли значительную роль в сверхсмертности населения высокое потребление населением в середине 90-х годов алкогольных напитков на основе суррогатных синтетических спиртов? Гипотетически можно ответить утвердительно».

С достоверностью об этом можно судить лишь по огромным объемам изымаемой ежегодно нестандартной «паленой» продукции, тогда как ГОСТ является недееспособным, как и результаты большинства судебно-медицинских исследований, базируясь на слабой материально-технической базе токсикологических лабораторий большинства судебно – медицинских бюро страны и упрощенных подходов к проблеме отравлений алкоголем на всех уровнях российского здравоохранения.

Мы полагаем, что высокое потребление алкоголя в России и его низкое качество (наличие токсичных примесей) сыграло и продолжает играть негативную роль в высокой смертности населения от внешних причин смерти и соматических заболеваний. Гипотетически можно предположить, что алкогольные напитки с высоким содержанием примесей являются фактором, способствующим заболеваемости некоторыми болезнями и преждевременному наступлению смерти у больных, ослабленных, пожилых людей, особенно из низших социальных слоев общества. Для доказательства этой гипотезы необходимо узаконенное реальное исследование алкогольных напитков на содержание в них токсичных примесей, необходимы реальные исследования по воздействию алкоголя с высокой концентрацией сивушных масел на организм людей разного уровня здоровья и возраста, а также узаконенное углубленное исследование содержания сивушных масел в биологических жидкостях лиц, погибших в состоянии алкогольного опьянения.

Этого можно добиться путем ужесточения ГОСТа, используя опыт внедрения в практику в 1990 году Западным Европейским Сообществом метода ядерно-магнитного резонанса (под № 2676/90) – ЯМР (метод SNIF – NMR – site specific natyral isotope fragmentation NMR) как метода контроля для проверки качества и определения места происхождения вин, спиртных напитков, фруктовых соков и лекарств. «В научно-исследовательских институтах РАН имеются необходимые специалисты и технические средства (спектрометры ЯМР со сверхпроводящими магнитами, компьютерные программы для обработки спектров, что может обеспечить проведение работ по созданию банка данных по винам, спиртным напиткам и лекарственным препаратам...» [22]. Подобное ужесточение контроля качества и токсичности алкогольной продукции в России необходимо осуществить в интересах многих миллионов потребителей, как это сделано в странах вышеупомянутого Европейского Сообщества.

Алкогольная ситуация в России и ее взаимосвязь с высокой смертностью от БСК и других причин смерти

Объективные данные о современной алкогольной ситуации в России, оценки руководителей

Таблица 4

Официальные данные о продаже алкогольных напитков и пива в Российской Федерации (1970-2006) [9].

	1970	1980	1990	1995	2000	2005	2006	2006/ 1970	2006/ 1980	2006/ 1990	2006/ 1995	2006/ 2000	2006/ 2005
Алкогольные напитки и пиво в абсолютном алкоголе													
Всего млн. дкл	110,6	145,9	79,8	139,9	117,5	139,5	135,1	+22,2	-7,4	+69,3	-3,4	+15,0	-3,2
в % к предыдущему показателю		+31,9	-45,3	+75,3	-16,0	+18,7	-3,2						
На душу населения, л	8,48	10,52	5,40	9,43	8,01	9,75	9,48	+11,8	-9,9	+75,6	+0,5	+18,4	-2,8
в % к предыдущему показателю		+24,0	-48,7	+72,2	-15,1	+21,7	-2,8						
Водка и ликероводочные изделия	164,7	207,2	133,5	284,8	214,6	218,4	197,2	+19,7	-4,8	+47,7	-30,8	-8,1	-9,7
Виноградные и плодовые вина	193,1	274,7	90,3	64,5	52,4	85,1	81,0	-58,0	-70,5	-10,3	+25,6	+55,8	-4,8
Коньяки	4,1	5,2	8,5	5,7	4,1	7,3	7,8	+90,2					+6,8
Шампанские и игристые вина	3,9	7,6	10,9	21,2	18,3	20,5	20,9	+5,4 раз	+2,8 раз				+2,0%
Пиво	244,4	334,6	307,2	358,0	524,6	892,1	1002,8	+4,1 раз	+3,0 раз	+3,3 раз	+2,8 раз	+91,2%	+12,5 %

Минздравсоцразвития России [23], наркологов [24,25], социологов, занимающихся алкогольной проблемой [26], а также Межведомственной комиссии Совета Безопасности Российской Федерации [27] позволяют считать ее чрезвычайной. Наряду с высоким уровнем потребления алкогольных напитков в России в сравнении с другими странами серьезной проблемой стала фальсификация качества значительной их части.

По оценке руководителей Минздрава России, причины, прямо или косвенно связанные с потреблением алкоголя, лежат в основе ежегодной преждевременной гибели нескольких десятков тысяч россиян. Большинство смертей от несчастных случаев, травм, отравлений, убийств и самоубийств связаны с приемом алкоголя. В злоупотребление алкоголем все больше вовлекаются женщины и молодежь. Сохраняется высокий уровень заболеваемости алкоголизмом и алкогольными психозами [23].

Потребление алкоголя в России на душу населения самое высокое в мире

Уровень потребления алкоголя в России. Динамика реального потребления алкоголя в России в XX веке показывает, что в течение первой его половины уровень потребления был стабильным — примерно 3 л: 1900–1905 гг. — 2,65 л; 1914 г. — 3,5 л; 1922–1953 гг. — 2–3 л [28,29]. Во второй половине века он увеличивался, особенно в конце 90-х годов, причем в большей мере это касалось неучтенного, нестандартного алкоголя. В 1980 году регистрируемый алкоголь составлял 10,5 л, реальное потребление на человека старше 15 лет — 17,6 л, в 1984 году — 10,5 и 18,3 л соответственно, в 1994 году — 6,8 л и 19,0 литров соответственно, в 2001 году реальное потребление алкоголя, по расчетам А.В. Немцова, составило 15,0 л на человека в год [30].

Объем официально продаваемого алкоголя также не уменьшается, а рост продаж пива увеличивается кратно (табл.4).

Особую тревогу вызывает очень высокая смертность мужского населения России в трудоспособном

возрасте, которую мы назвали чрезвычайной. В.Э. Бехтель показал, что российские мужчины выпивают 4/5 общего количества спиртного [32]. Это составляет 57 бутылок на человека из 71. И, тем не менее, нельзя сводить сверхсмертность мужского населения страны только к алкоголю.

Потребление крепкого алкоголя (40° и выше) в России составляло в разные периоды 70–82 %. Именно потребление большого количества крепкого алкоголя, так называемый «северный тип потребления», характерный для России, приводит к созданию высокой концентрации алкоголя в крови и к повреждению внутренних органов.

В отличие от России, в странах, расположенных на нашей широте, потребление крепких алкогольных напитков (в % от всего потребляемого алкоголя) составляет: в Финляндии — 29,0; в Канаде — 28,7; в США — 27,3; Швеции — 23,8; Германии — 21,4; Норвегии — 20,5; в Великобритании — 18,3 [63]. Среди бывших республик СССР в 1997 г. последнее составляло: в Казахстане — 92,0; на Украине — 70,6; в Латвии — 65,7; в Литве — 56,8 [31,32].

В России традиционно принято сравнивать показатели с таковыми в США. В США период наивысшего потребления алкоголя пришелся также на 1980 год, показатели которого мы приняли за 100 % (рис. 4). Но с 1980 года в США происходит снижение потребления всех видов алкогольных напитков. В 1996 году, по сравнению с 1980 годом, снижение составило: весь алкоголь — 23,1 % (1,28 % в год), алкоголь пива — на 12,5 % или на 0,69 % в год, алкоголь крепких спиртных напитков — на 47,25 или на 2,62 % в год; потребление же вина за этот период времени осталось практически неизменным (рис 3.) [33,34].

Число больных алкоголизмом и лиц, злоупотребляющих алкоголем, в современной России

Все взрослое население нашей страны условно можно разделить на абсолютных трезвенников (примерно 4–5 % популяции), умеренно употребляющих (80–85 %), злоупотребляющих (10–12 %), больных алкоголизмом (4–5 %), т. е. численность злоупотреб-

ляющих и больных алкоголизмом в сумме составляет 14–17 % [35–41]. Есть и несколько отличающиеся цифры: все взрослое население условно можно разделить на полных трезвенников (примерно 5 % популяции), мало пьющих (40 %), умеренно пьющих (30 %), много пьющих (15 %) и очень много пьющих, включая больных алкоголизмом (10 %) [42].

По данным Е.А. Кошкиной, возможное количество больных алкоголизмом в России в начале XXI века составляло около 5 млн. или 3,4 % от общей численности населения. По данным официальной статистики, почти 2,6 млн. населения вовлечено в болезненное пьянство, что составляет 1,8 % населения страны [37–41]. Отсюда – количество злоупотребляющих или пьяниц 10–12 млн., а всего 15–17 млн. чел. По данным наркологов, именно 20–30 % (19,7–29,6 млн. лиц в возрасте 16–65 лет) потребителей берут на себя 60–80 % общего потребления алкоголя [25,26]. У остальной части населения взаимосвязь между алкоголем и смертностью носит случайный, незакономерный характер.

Е.А. Кошкина пишет, что, по оценкам некоторых авторов, реальное число больных алкоголизмом среди населения примерно в 5 раз превышает количество больных, состоящих на чете в наркологических диспансерах [37–41]. С началом либеральных реформ в 90-е годы, да и в настоящее время, богатые больные лечатся в частных клиниках или на дому, избегая регистрации [37–41].

Суммарное число потребителей алкоголя, зарегистрированных наркологической службой в 2006 году, составило 2 млн. 840 тыс. человек. Или 1989,5 в расчете на 100 000 населения, что составляет почти 2 % общей численности населения. Это число включает больных алкоголизмом, алкогольными психозами (АП) и лиц, употребляющих алкоголь с вредными последствиями (ВП)[24]. Среднероссийский уровень распространенности алкоголизма, включая АП, в 2006 году составил 1618,7 больных на 100 000 населения или 1,6 % его общей численности. При этом в ряде регионов этот показатель стабилизировался на уровне 3–5 % от общей численности населения.

Число больных АП с впервые в жизни установленным диагнозом (на 100 000 тыс. населения) составило: в 1983 году -21,1; в 1985 году – 16,7; в 1986 – 6,9; в 1988 -5,1; в 1989 -7,5; в 1990 -9,7; в 1993 году -32,1. За период с 1990 по 1995 год первичная заболеваемость АП возросла в 5,1 в раз, учтенная заболе-

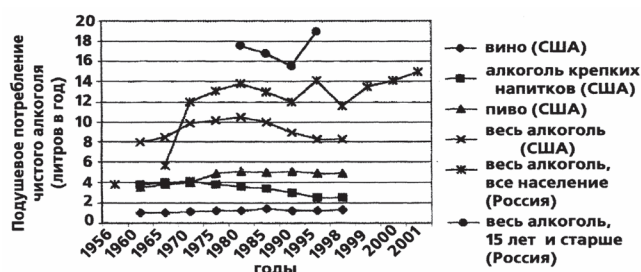


Рис.3. Динамика подушевого потребления алкоголя (литров в год) в виде вина, пива, алкоголя, крепких спиртных напитков и всего алкоголя в США в 1960–1998 гг. [31].

Динамика подушевого потребления всего алкоголя среди всего населения и среди лиц 15 лет и старше (литров в год) в Российской Федерации в 1956–2001 гг. [14,28–29].

ваемость – в 3,4 раза (рис.4). В 2006 году число больных АП с впервые в жизни установленным диагнозом (на 100 000 населения) составляло 46,4 (табл.4); удельный вес больных АП – 15,9 % (в 1999 году – 10,2 %)[35–41].

Учтенная распространенность числа лиц, употребляющих алкоголь с вредными последствиями, составила в 2005 и в 2006 году более полумиллиона человек, а первичная заболеваемость – около 150 тыс. человек (табл.5)[24].

Показатели смертности населения от причин, связанных с употреблением алкоголя

Документированная смертность, связанная с алкоголем

В России в 2002 году от причин, связанных с употреблением алкоголя, умерло (абсолютные числа и в % от числа умерших в возрасте 18–70 лет [3]:

– в состоянии алкогольного опьянения – 65958 чел. (5,44 %), из них во всех возрастах от психических расстройств и расстройств поведения – 1972 чел., от болезней нервной системы – 633 чел., от **болезней системы кровообращения – 10 256 чел.**, от болезней органов пищеварения – 1725 чел., от внешних причин – 50 799 чел.

От смертельных отравлений алкоголем – 44 698 чел. (3,68 %).

От алкоголизма – 6278 чел. (0,47 %).

От алкогольных психозов, алкогольной энцефалопатии – 1078 чел. (0,09 %).

От алкогольных циррозов печени – 9029 чел. (0,74 %).

Таблица 5

Употребление алкоголя с вредными последствиями (ВП) [24].

	2005	2006	2005	2006	2006/2005
	Число больных		На 100 тыс. населения		%
Первичная заболеваемость	157036	144403	110,6	101,2	-8,6
Показатели учтенной распространенности	550593	529271	387,8	370,8	-4,4
Показатели госпитализации больных	28951	27020	2064	1869	-7,6

Таблица 6

Динамика смертности от отдельных причин, связанных с употреблением алкоголя [1,3]

	1990	1994	1996	1998	2000	2004	2005	2006	2006/ 1990 кратность	2006 /2005 %	2006 /1994 %
Все население											
Всего умерших, тыс. человек	18,2	68,8	44,5	31,6	47,5	62,1	104,7	89,9	+4,9раз	-4,1%	+30,7%
в том числе в трудоспособном возрасте	14,7	54,7	35,0	24,4	37,0	49,2	82,7	70,7	+4,8 раз	-14,5%	+29,3%
На 100 000 населения,	12,3	46,5	30,2	21,6	32,6	43,2	73,1	63,1	+5,1 раз	-13,7%	+35, %
в том числе в трудоспособном воз расте ²	17,6	65,2	41,5	28,6	42,7	55,1	92,4	78,9	+4,5раз	-14,6%	+21,0%
Мужчины											
Всего умерших, тыс. человек,	14,5	53,1	34,6	24,6	36,3	45,8	77,0	66,2	+4,6раз	-14,0%	+24,7%
в том числе в трудоспособном возрасте	12,6	45,3	29,3	20,3	29,9	38,6	65,0	55,7	+4,4раз	-13,3%	+23,0%
На 100 000 мужчин,	20,9	76,5	50,1	35,8	53,5	68,6	65,0	55,7	+2,7раз	-14,3%	-27,2%
в том числе в трудоспособном возрасте ²)	29,1	103,3	66,5	46,2	68,5	85,6	116,0	100,3	+3,4 раз	-13,5%	0,0%
Женщины											
Всего умерших, тыс. человек,	3,7	15,7	9,9	7,0	11,2	16,3	27,7	23,7	+6,4раз	-14,5%	+51,0%
в том числе в трудоспособном возрасте	2,1	9,4	5,7	4,1	7,1	10,6	17,7	15,0	+7,1 раз	-15,3%	+59,6%
На 100 000 женщин,	4,7	20,0	12,6	9,0	14,4	21,2	36,1	31,0	+6,6 раз	-14,3%	+55,0%
в том числе в трудоспособном возрасте ²)	5,2	23,5	14,1	9,8	16,4	23,9	40,0	34,1	+6,5раз	-14,7%	+45,1%

Итого от причин, связанных с алкоголем, умерло: 126 436 чел., или 10,42 % от числа умерших в возрасте 18–70 лет, или 5,42 % от общего числа умерших.

Огромная смертность больных алкоголизмом доказывается тем, что лиц с 3-й стадией алкоголизма в 31 раз меньше, чем больных алкоголизмом 2-й стадии, а средний возраст смерти таких больных в 1999 году составил: 51 год для мужчин и 52 года для женщин [6,7].

Можно предположить, что большинству больных алкоголизмом, не умерших от внешних причин, устанавливается посмертный диагноз БСК, что и дает небывалое превышение смертности от БСК в России по сравнению с таковой в ЭРС.

Смертность от отдельных причин, связанных с употреблением алкоголя, возросла в 2006 году по сравнению с 1990 годом (все население) в 4,9 раза, по сравнению с 1994 годом — на 30,7 %, в 2006 году по сравнению с 2005 годом величина этого показате-

ля снизилась на 4,1 % (табл. 6). Среди населения трудоспособного возраста эти показатели составили +4,8 раза, +29,3 % и –13,7 % (табл. 6) [1,2]. Обращает внимание больший рост смертности женщин по сравнению с мужчинами в 2006 году по сравнению с 1990 и 1994 гг. (табл 6.) [1,2].

Как следует из табл.6, в 2005 и 2006 гг. произошло значительное увеличение числа умерших от отдельных причин, связанных с употреблением алкоголя. Это связано с тем, что до 2005 года среди причин смерти, связанных с алкоголем, регистрировали случайные отравления алкоголем, хронический алкоголизм, алкогольные психозы, алкогольную болезнь печени. Затем стали регистрировать ряд других причин смерти: так, с 2005 года от алкогольной кардиомиопатии умерло 38,1 тыс. человек, от дегенерации нервной системы, вызванной алкоголем — 3,8 тыс. человек, от хронического панкреатита алкогольной этиологии — 0,4 тыс.человек. Эти причины смерти до 2005 г. не выделяли [1,2].

В табл. 7 впервые приводится официально документированная конкретная динамика смертности от отдельных причин, связанных с употреблением алкоголя, но только за 2005 и 2006 гг.: в 2006 году, по сравнению с 2005 годом, произошло снижение смертности от всех перечисленных причин смерти, кроме хронического панкреатита, смертность от которого возросла [1,2].

Алкоголь как причина, способствующая смерти от основного заболевания или как не документируемая, предполагаемая причина смертности населения.

По данным американских исследователей, прямой и непрямой урон США в начале 80-х годов составлял от 105 [42] до 200 тыс. человек [43], по разным оценкам, или от 5 до 9 % всех смертей при потреблении 8,2–8,3 литра алкоголя, а в 1990-х годах

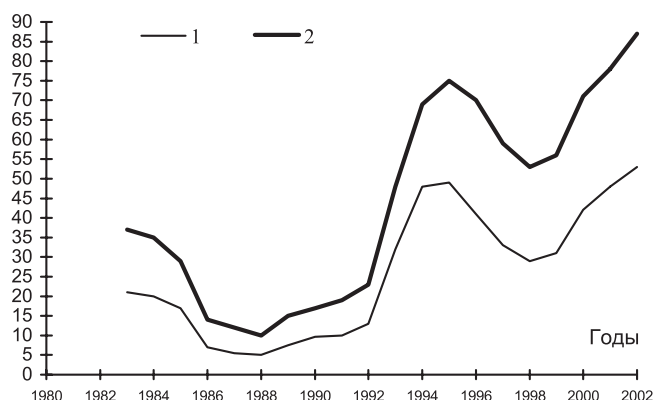


Рис. 4. Динамика численности больных алкогольным психозом (на 100 тыс. населения) [35–41].

Примечание: 1- число больных алкогольным психозом с впервые в жизни установленным диагнозом; 2 – число больных алкогольным психозом, состоящих на учете на конец года (на 100 000 населения).

Таблица 7

Умершие от отдельных причин смерти, связанных с употреблением алкоголя [1,3].

Причины смерти	Мужчины и женщины			Мужчины			Женщины		
	2005	2006	2006/ 2005 %	2005	2006	2006/ 2005 %	2005	2006	2006/ 2005 %
Умершие от причин, связанных с употреблением алкоголя В том числе:	104657 (73,1)	89902 (63,1)	-14,1	76990 (116,0)	66173 (66173)	-14,1	27667 (27667)	23729 (23729)	-14,2
От хронического алкоголизма	5217 (3,6)	4712 (3,3)	-9,7	3931 (5,9)	3534 (5,4)	-10,1	1286 (1,7)	1178 (1,5)	-8,4
От алкогольных психозов	968 (0,7)	681 (0,5)	-29,7	821 (1,2)	577 (0,9)	-29,7	147 (0,2)	104 (0,1)	-29,3
От алкогольной болезни печени	15385 (10,8)	14176 (9,9)	-7,9	9526 (14,4)	8872 (13,3)	-6,9	5859 (7,6)	5304 (6,9)	-9,5
От случайных отравлений алкоголем	40877 (28,6)	32982 (23,1)	-19,3	31675 (47,7)	25432 (38,5)	-19,7	9202 (12,0)	7550 (9,9)	-18,0
От алкогольной кардиомиопатии	38069 (26,6)	33721 (23,1)	-11,4	27898 (42,0)	24966 (37,8)	-10,5	10171 (13,3)	8755 (11,4)	-14,0
От дегенерации нервной системы, вызванной алкоголем	3754 (2,6)	3194 (2,2)	-15,0	2856 (4,3)	2473 (3,7)	-13,4	898 (1,2)	721 (2,9)	-19,7
От хронического панкреатита алкогольной этиологии	387 (0,3)	436 (0,3)	+12,7	283 (0,4)	319 (0,5)	+12,7	104 (0,1)	117 (0,2)	+12,5

Примечание: в скобках даны коэффициенты смертности (число умерших на 10 000 населения)

Таблица 8

Распространенность алкоголизма среди населения региона, численность больных алкоголизмом (без алкогольных психозов, госпитализированных в наркологические и психиатрические стационары) в регионах России в 2006 г. [24]

Регионы РФ	Распространенность алкоголизма		Регионы РФ	Распространенность алкоголизма	
	1*	2**		1*	2**
Магаданская обл.	5658,4-5,6 %	1257,8	Северо-ЗападныйФО:	Нет данных	105,2
Регионы с заболеваемостью населения алкоголизмом 2,5 % от общей численности населения и выше:			Г. Санкт-Петербург		
			Национальные образования ЮФО:		
		695,1	Республики:		143,4
Сахалинская область		1066,8	Адыгея		46,8
Чукотский а.о		470,1	Дагестан		-
Новгородская обл.	4102,9	394,6	Ингушетия -		16,5
Ивановская обл.	3978,1	425,1	Чеченская Республика		224,8
Респ. Карелия	2901,1 329	314,1	Кабардино-Балкария		76,3
Камчатская обл.	6,0 2842,2	381,4	Карачаево – Черкесия		135,1
Нижегородская обл.	2832,7 259	535,6	Калмыкия,		
Липецкая обл. Брянская обл.	8,5 2544.8.	351,1	а также		
Корякский а.о.	2543,5	-	Ставропольский край		113,3
Таймырский а.о.		879,8	Ростовская обл.		155,1
Ненецкий а.о.		602,5			
Эвенкийский а.о.		891,3			

Примечание: 1 * - распространенность алкоголизма среди населения региона (на 100 000 населения); 2** - численность больных алкоголизмом (без алкогольных психозов), госпитализированных в наркологические и психиатрические стационары.

алкогольные потери стали еще ниже (в 1995 г.– 4,4 % от общей смертности)[29].

По данным ВОЗ, и в Европе алкоголь ведет к увеличению смертности, особенно за счет преждев-

ременных смертей. Порядка 8– 10 % всех смертей лиц в возрасте от 16 до 74 лет и 6–20 % всех случаев госпитализаций могут быть обусловлены алкоголем.

Таблица 9

Различие величин коэффициентов смертности населения в трудоспособном возрасте по основным классам причин смерти между населением регионов с высокой заболеваемостью алкоголизмом (группа лидеров) и населением группы регионов с низкой заболеваемостью алкоголизмом в Российской Федерации (на 100 000 лиц трудоспособного возраста) МКБ X (мужчины) [3].

Группы	От всех причин	Класс 1 (Коды A00-B99)	Класс 11 (Коды C00-D48)	Класс IX (Коды I00-199)	Класс X (Коды J00-J99)	Класс XI (Коды K00-K93)	Класс XIX (V01-Y98)
РФ 2005	1300,7	57,5	114,4	426,4	73,9	79,3	444,1
Лидеры	1669,6	50,3	131,7	555,7	81,2	95,0	610,4
Аутсайдеры	822,3	49,0	80,0	271,8	34,8	55,9	247,4
лидеры /РФ2005	+29,1	-12,5	+15,1	+30,3	+2,3%	+19,8	+37,0
аутсайдеры /РФ2005	-36,8	-14,0	-30,0	-36,3	-53,0	-29,5	-44,4
Лидеры/аутсайдеры(раз)	+2,03	+0,06 %	+1,64	+2,04	+2,33	+1,7	+2,47
Структура смертности							
Лидеры	100%	3,0	7,9	33,3	4,9	5,7	36,3
Аутсайдеры	100%	6,0	9,7	33,0	4,2	6,8	30,0
Лидеры/аутсайдеры	-	-50,0	-18,4	+0,9%	+16,7	-16,2	+21%

Таблица 10

Различие величин коэффициентов смертности населения в трудоспособном возрасте по основным классам причин смерти между населением регионов с высокой заболеваемостью алкоголизмом (группа лидеров) и населением группы регионов с низкой заболеваемостью алкоголизмом в Российской Федерации (на 100 000 лиц трудоспособного возраста) МКБ X (женщины) [3].

Группы	От всех причин	Класс 1 (Коды A00-B99)	Класс 11 (Коды C00-D48)	Класс IX (Коды I00-199)	Класс X (Коды J00-J99)	Класс XI (Коды K00-K93)	Класс XIX (V01-Y98)
РФ 2005	337,6	12,5	60,5	95,5	14,7	32,9	88,9
Лидеры	455,8	20,5	66,1	133,1	18,8	38,2	140,4
Аутсайдеры	196,5	10,0	46,6	56,0	6,5	14,4	40,7
Лидеры /РФ2005	+35,0	+64,0	+9,3	+39,4	+27,9	+16,1	+57,9
Аутсайдеры/ РФ2005	-41,8	-20,0	-23,0	-41,4	-55,8	-56,2	-54,2
Лидеры/аутсайдеры (раз)	+2,3	+2,0	+41,6	+2,4	+2,9	+2,7	+3,4
Структура смертности							
Лидеры	100 %	1,6 %	14,5 %	29,2 %	1,4 %	8,3 %	30,8 %
Аутсайдеры	100 %	5,1 %	23,7 %	28,4 %	3,3 %	7,3 %	20,7 %
Лидеры/аутсайдеры	-	-68,7	-38,8	+2,8	-57,6	+13,7	+48,8

По собственным данным А. В. Немцова, в разных регионах России алкогольная смертность составляет от 30 до 46 % от общей [20], а в среднем по стране в 1990–2001 гг. число связанных с алкоголем смертей составило 37 % от всех смертей [30]. Речь идет о преждевременной смерти 500–700 тыс. российских граждан ежегодно [30].

По данным других авторов, «алкогольная смертность в % от всех умерших в возрасте 16–65 лет в 2001 году с большим запасом — преувеличением составила от 14,0 % до 17,4 % (в среднем — 15,7 %) от числа всех умерших в 2001 году (2254,9 тыс. чел.)» [44].

Можно с уверенностью заявить, что Россия занимает печальное первое место в мире по смертности от причин, связанных с употреблением алкоголя, от внешних причин смерти, от соматической патологии, связанной со злоупотреблени-

ем алкоголем, намного превышая таковые показатели других стран.

Борьба со злоупотреблением алкоголем и алкоголизмом — осязаемый резерв снижения смертности и увеличения продолжительности жизни населения России.

Для исследования влияния заболеваемости алкоголизмом на показатели смертности от основных причин смерти в регионах России мы разделили регионы на две группы в зависимости от численности больных алкоголизмом (без АП), госпитализированных в наркологические и психиатрические стационары в 2006 году. По величине данного показателя выделили группу «регионов-лидеров», число госпитализированных в наркологические и психиатрические стационары в которых составило 806,9, и группу «регионов-аутсайдеров» с аналогичным показателем 132,5 (различие — 6,1раз).

Таблица 11

Корреляция показателей смертности от основных причин смерти и показателей заболеваемости алкоголизмом в регионах России у мужчин и женщин трудоспособного возраста [3,35-41].

	1990	1994+ 2000	Корреляция показателей смертности и показателей заболеваемости алкоголизмом
Смертность от всех причин (общая смертность)-(ОСН)			
Мужчины	0,447	0,491	-0,192
Женщины	0,407	0,518	0,599
Смертность от инфекционных и паразитарных заболеваний (ИПЗ)			
Мужчины	-0,247	-0,461	-0,150
Женщины	-0,040	0,150	0,176
Смертность от новообразований (НО)			
Мужчины	0,089	0,123	0,132
Женщины	-0,278	-0,370	-0,051
Смертность от болезней системы кровообращения (БСК)			
Мужчины	0,203	0,257	-0,023
Женщины	0,417	0,519	0,573
Смертность от болезней органов дыхания (БОД)			
Мужчины	0,225	0,134	0,267
Женщины	-0,077	0,404	0,013
Смертность от болезней органов пищеварения (БОП)			
Мужчины	-0,706	0,360	0,457
Женщины	-0,212	0,392	-0,108
От внешних причин смерти (ВПС)			
Мужчины	0,388	0,549	-0,367
Женщины	0,165	0,478	-0,109

Таблица 12

Взаимозависимость числа больных алкоголизмом (без алкогольных психозов, 2006 год), госпитализированных в наркологические и психиатрические стационары, и величин ОПЖР у мужчин и женщин в регионах России в 2005 г. [24, 3]

Группы регионов с высокой и низкой заболеваемостью алкоголизмом	Заболеваемость населения алкоголизмом (1*)	ОПЖР					
		Мужчины		Различие село-город (лет)	Женщины		Различие село - город (лет)
		Город	Село		Город	Село	
Лидеры	806,9	56,36	48,45	-7,9	69,81	66,72	-3,09
Аутсайдеры	132,5	64,1	64,06	+0,5	75,25	75,49	+0,24
Различие лидеры/аутсайдеры	6.1раз	-7,8 лет	-16,5 лет		-8,53 лет	-5,68 лет	

Взаимосвязь заболеваемости алкоголизмом в регионах России со смертностью от основных причин смерти.

Наименование классов причин смерти, принятых в международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, по МКБ-X (с сокращениями) (ВОЗ, 1989г.) [1,2].

Класс I. Некоторые инфекционные и паразитарные болезни (Коды АОО-В99)

Класс II. Новообразования (Коды СОО-D48)

Класс IX. Болезни системы кровообращения (Коды IOO-I99)

Класс X. Болезни органов дыхания (Коды JOO-J99)

Класс XI. Болезни органов пищеварения (Коды KOO-K93)

Класс XIX. Внешние причины смерти (несчастные случаи, отравления и травмы (Коды V01-Y98, SOO-T98).

В группе регионов «лидеров» по сравнению с группой регионов «аутсайдеров» у мужчин показатели смертности от всех причин (общая смертность населения – ОСН) были выше в 2 раза, от новообразований (НО) – в 1,64 раза, от БСК – в 2 раза, от болезней органов пищеварения (БОП) – в 2,3 раза, от болезней органов дыхания (БОД) – в 1,7 раза. И от внешних причин смерти (ВПС) – в 2,5 раза (табл.9) [1,2].

В группе регионов «лидеров» по сравнению с группой регионов «аутсайдеров» у женщин показатели ОСН были выше в 2,3 раза, от инфекционных и паразитарных заболеваний (ИПЗ) - в 2 раза, от НО – в 1,42 раза,

Таблица 13

**Средний возраст смерти по основным классам причин смерти
по субъектам Российской Федерации в 2005 году [3].**

Группы	От всех причин	Класс 1 (Коды A00- B99)	Класс 11 (Коды C00- D48)	Класс IX (Коды I00-199)	Класс X (Коды J00-J99)	Класс XI (Коды K00-K93)	Класс XIX V01-Y98)
Мужчины							
РФ	58,86	44,29	64,38	66,63	58,58	53,96	43,20
Москва	66,51	47,43	69,95	72,74	65,34	60,64	48,46
Санкт-Петербург	61,38	45,19	67,62	66,78	57,67	58,05	43,62
1.Корякский АО	45,34	49,13	55,83	60,62	45,03	59,06	32,52
2.Р.Дагестан	69,04	50,03	65,99	75,71	75,03	63,52	44,61
Различие 1–2 (лет)	-23,7	+0,9	-10,16	-15,1	-30,0	-4,5	-12,0
Женщины							
РФ	72,35	42,48	66,92	77,20	64,90	61,45	49,40
Москва	75,85	48,52	71,18	80,53	71,24	68,85	58,95
Санкт-Петербург	73,87	46,42	70,38	78,38	63,47	68,76	52,58
3. Корякский АО	60,69	39,36	59,78	70,12	74,55	57,35	46,67
4. Р.Дагестан	77,10	57,23	70,85	81,43	82,19	74,33	49,22
Различие 3–4 (лет)	-16,4	-17,9	-11,1	-11,3	-7,6	-17,0	-2,6

Таблица 14

**Корреляция показателей ОПЖР
мужчин и женщин с показателями заболеваемости
алкоголизмом [3,35–41]**

	1990	1994	2000
Ожидаемая продолжительность жизни (ОПЖР)			
Мужчины	-0,478	-0,305	-0,452
Женщины	-0,210	-0,379	-0,500

от БСК — в 2,4 раза, от БОП — в 2,9 раза, от БОД — в 2,7 раза, от ВПС — в 3,4 раза (табл.10)[1,2].

**Корреляции между величинами уровней смертности
населения от основных причин смерти и заболеваемостью
населения алкоголизмом в регионах России**

Выраженность корреляционной зависимости (г) определяли по Фортунатовой:

- 0–0,29- слабая корреляция;
- 0,3–0,69- умеренная корреляция;
- 0,7–1,0- сильная корреляция.

Была отмечена корреляционная зависимость между заболеваемостью населения алкоголизмом и величинами ОСН и у мужчин, и у женщин в 1990 — в 1994+2000 гг., а также корреляция изменений этих показателей в 1994 — 2000 гг. по сравнению с 1990 г.

Была отмечена корреляция показателей, а также корреляция изменения показателей заболеваемости алкоголизмом и величинами смертности от БСК (у женщин), от ВПС (и у мужчин, и у женщин в 1994+2000 гг.), от БОП (и у мужчин, и у женщин

Таблица 15

**Распределение субъектов РФ в соответствии
с уровнем заболеваемости алкоголизмом (включая АП)
в 1999 и в 2003 г. [37]**

Уровни показателей (на 100 тыс. населе- ния)	1999г.		2003г.	
	Число тер- риторий	в %	Число тер- риторий	в %
200, и более	3	3,8	24	30,4
100, 0 199,9	43	54,4	49	62,0
Менее 100,0	33	41,8	6	7,6
Всего территорий	79	100	79	100

в 1994+2000гг.), и уровнями заболеваемости алкоголизмом населения в регионах России и у мужчин, и у женщин. Корреляционная зависимость в период изучения была умеренной выраженности — в 1990–1994+2000 гг.(табл. 11)[1,2].

**Взаимосвязь уровней заболеваемости алкоголизмом
и продолжительности жизни населения в регионах России**

Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (ОПЖР) характеризует число лет, которое в среднем предстояло бы прожить одному человеку из поколения родившихся при условии, что на протяжении всей жизни этого поколения уровень смертности в каждом возрасте останется таким, как в годы, для которых вычислен показатель. Он фактически отражает современный уровень смертности во всех возрастах.

Динамика показателя ожидаемой продолжительности жизни при рождении (ОПЖР) во всем мире

имеет тенденцию к повышению. В развитых странах величины ОПЖР достигли в настоящее время 74–77 лет у мужчин и 78–85 лет у женщин. В России в 60–70-е годы рассматриваемые показатели приблизились к уровню наиболее развитых стран: 64 года для мужчин и 73 — для женщин (в развитых странах — 68 и 75 лет соответственно). Однако в 90-е годы показатели продолжительности жизни в России аномально упали. У мужчин этот показатель составил в 2001 г. 59 лет, разрыв с развитыми странами достиг 15–18 лет (рис. 1, табл. 1) [1–2]. В 2006 году ОПЖР в России остается примерно на том же уровне: 60,37 лет у мужчин и 73,23 лет у женщин.

Занимаясь проблемой сверхсмертности населения России по сравнению с экономически развитыми странами и проблемой изучения продолжительности жизни населения России, следя за публикациями по этим темам [1,2], мы с особым интересом восприняли заявление на высоком уровне в начале 2007 года, что ОПЖР населения России увеличится через 10–15 лет (т. е. к 2018 — 2023 гг.) до 75 лет (в среднем для мужчин и женщин), достигнув уже существующей ныне уровня в ЭРС [1,2]. Это заявление тем более интересно, что в 90-х годах неоднократно публиковались данные, в которых указывалось, что продолжительность жизни мужчин в России очень короткая и занимает, по данным ООН, 134-е место в мире.

«Вклад» отдельных причин смерти в различие продолжительности жизни в России в отличие от стран ЕС: у мужчин все причины — 13,56 года, БСК — 5,61; ВПС — 4,96 года; у женщин все причины — 7,98 года, БСК — 5,45; ВПС — 1,43 года [45].

В группе регионов «лидеров» по сравнению с группой регионов «аутсайдеров» у мужчин показатели ОПЖР в городе были на 7,8 года короче, а на селе — на 16,5 лет короче; у женщин аналогичные показатели составили — 8,53 года и 5,68 лет (табл.12).

Средний возраст смерти от основных причин как у мужчин, так и у женщин, в Корякском АО, где заболеваемость алкоголизмом одна из самых высоких в стране, по сравнению со средним возрастом смерти от основных причин у мужчин Республики Дагестан, где заболеваемость алкоголизмом одна из самых низких в стране, значительно ниже практически от всех основных причин смерти (табл.13)[1,2]. Конечно, необходимо учитывать и другие различия между сравниваемыми регионами — например, климатические.

Корреляционная зависимость между величинами ОПЖР и уровнями заболеваемости алкоголизмом населения в регионах России и для мужчин, и для женщин в период изучения — в 1990–1994 — 2000гг.- была отрицательной, умеренной выраженности (табл. 14).

В соответствии с уровнем первичной заболеваемости алкоголизмом регионы РФ были условно раз-

делены на 3 группы: с высоким уровнем — 200,0 и более больных на 100 000 населения; со средним — 100–199,9 больных и низким — менее 100,0 больных [37]. Как видно из табл.15, в 2003 году по сравнению с 1999 годом число территорий с высокой заболеваемостью алкоголизмом возросло с 3 до 24 (в 8 раз!), и в 2003 году число таких территорий в России составило 30,4 %. Эта таблица дает представление о масштабах и тяжести алкоголизма в регионах РФ и о возможности уменьшения смертности населения и увеличения продолжительности жизни, если выраженность и распространенность этого заболевания будет реально снижена.

Таким образом, высокое потребление населением России крепкого, часто некачественного алкоголя (в последние четверть века — не менее 14 литров чистого алкоголя на человека в год) привело к тому, что контингент больных алкоголизмом в стране приближается к 5 млн человек и, несмотря на высокую смертность, постоянно повышается. Число злоупотребляющих алкоголем в России составляет не менее 10–12 млн человек. В сумме число больных алкоголизмом и злоупотребляющих алкоголем превышает 10 % населения страны!!.

Для больных алкоголизмом и злоупотребляющих алкоголем характерна очень высокая смертность в сравнительно молодом возрасте (средний возраст смерти у больных алкоголизмом мужчин составляет 51 год, у женщин — 53 года) [46]. Учитывая, что лишь 0,47 % умерших в возрасте 16–70 лет составляют больные с посмертным диагнозом «алкоголизм», а остальным выставляются посмертные диагнозы смерти от внешних причин, от БСК и т.д., можно утверждать, что кратное превышение смертности населения по основным классам причин смерти, по сравнению с ЭРС, особенно в трудоспособном возрасте, происходит в значительной степени за счет огромной смертности в молодом возрасте больных алкоголизмом и злоупотребляющих алкоголем.

Основные усилия по профилактике высокой смертности от БСК в России уделяются борьбе с «классическими» факторами риска.

Не умаляя значимости такого подхода, мы считаем, что для значительного снижения смертности населения России от болезней системы кровообращения и других причин смерти и увеличения продолжительности жизни необходима эффективная алкогольная политика, реально ведущая к уменьшению душевного потребления алкоголя, улучшению его качества.

Организация профилактики и борьбы с алкоголизмом и злоупотреблением алкоголем, по нашему мнению, представляет на сегодня самую насущную проблему, которую незамедлительно следует решать на уровне правительства Российской Федерации.

Литература

- Социальное положение и уровень жизни населения России. 2007. Стат.сб./Росстат. — М., 2007.-505с., а также за 1994—2006гг.
- Смертность населения Российской Федерации. 2002 год (Статистические материалы). Официальное издание. М., Минздрав РФ, 2003. С. 187.
- Демографический ежегодник России. 2007. Стат.сб./Росстат. — М., 2007.-551с., а также за 1994—2006гг.
- Britton A., Nottle E., White I.R., et al. A comparison of alcohol-attributable mortality in four European countries// Eur. J. Epidemiol.-2003.-18,7.
- Corrao G., Bagnardi V., Zamboni A., Arico S. J. Exploring the dose-response relationship between alcohol consumption and risk of several alcohol-related conditions: A meta-analysis// Addiction. 1999; 94:1551—1573.
- Gutjahr E., Gmel G., Rehm J. Relation between average alcohol consumption and disease: An overview// Eur. Addiction Res. 7:117—127, 2001.
- Rehm J., Gmel G., Tsempos C., Trevisan IVLA Alcohol Related Morbidity and Mortality// Alcohol Res. Health -Vol. 27,1,2002.
- Rodolfo B., Strevenson C. The Quantification of Drug- Caused Mortality and morbidity in Australia 1998. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare, 2001.
- Российский статистический ежегодник. 2007. Стат.сб./Росстат. — М., 2007.-826 с., а также за 1994—2006 гг.
- Trevisan M., Dorn J., Falkner K. et al. Drinking pattern and risk of non-fatal myocardial infarction: a population- based case-control study. //Addiction. 2004—99,3-pp.313—322.
- Нужный В.П., Огурцов П.П. Механизмы развития, клинические формы и терапия соматической патологии при хронической алкогольной интоксикации. «Руководство по наркологии» / Под ред. Н.Н. Иванца. М.: ИД Медпрактика, 2002. 444 с. Том 1. Глава 5. С. 83—119.
- Образцов П. Синтетическая водка: куда кривая выведет? Интервью Нужного В.П. для бюллетеня «Медицина для Вас». № 2. 1995 г.
- Немцов А.В. Тенденции потребления алкоголя и обусловленные алкоголем потери здоровья и жизни в России. 1946—1996 гг. / Алкоголь и здоровье населения России 1900—2000/ Под ред. А.К. Демина. Российская ассоциация общественного здоровья. М., 1998. С. 98—107.
- Немцов А.В. О некоторых важных направлениях антиалкогольной политики в России. В кн. «Охрана здоровья населения России». Выпуск 1. Материалы Межведомственной комиссии Совета безопасности РФ по охране здоровья населения (март 1994— декабрь 1994). М.: Юрид. Лит. 1995. С. 98—125.
- Мирошниченко Л.Д., Пелипас В.Е. Государственная статистика в области оборота и последствий потребления алкогольной продукции, как основа формирования государственной алкогольной политики и законодательства. Алкоголь и здоровье населения России 1900—2000 / Под ред. А.К. Демина. Российская ассоциация общественного здоровья. М., 1998. С. 155—163.
- Материалы обсуждения законопроекта «О государственном регулировании производства и оборота алкогольной продукции» на заседании экспертной группы 17.05.95 г.
- Нужный В.П. Анализ роли некачественных, фальсифицированных и суррогатных алкогольных напитков в формировании феномена высокой алкогольной смертности в Российской Федерации (часть 1 и 2)// Алкогольная болезнь, ВИНТИ РАН, серия Медицина, 2004, № 5, 6.
- Нужный В.П., Харченко В.И., Аюбян А.С. Избыточное потребление алкоголя в России— весомый фактор риска болезней системы кровообращения и высокой смертности населения //Тер.архив. 1998, том 70, с. 57—64.
- Нужный В.П. Современные аспекты проблемы токсичности алкогольной продукции: мифы и реалии / Материалы конференции «Новейшие технологии и современное оборудование— важнейшие составляющие успеха экономического развития» (24.04.03).
- Пелипас В., Мирошниченко Л. Алкогольная политика в России/ В кн.: Алкогольная политика в России и в Норвегии. Изд. 51K115 — Норвежский институт наркологии, Университет г. Осло; Центр медицинских исследований, Москва, М., 2000 с.15—24.
- Пелипас В.Е., Мирошниченко, Цейтлин М.Г. Вопросы алкогольной политики / В кн.: Руководство по наркологии/ Под ред Н.Н. Иванца. М.: ИД Медпрактика. 2002. Т. 11. С. 464—484.
- Нужный В.П. Качество и токсичность алкогольных напитков // В кн. Алкоголь и здоровье населения России. 1900—2000/ Под ред. Демина А.К. Российская ассоциация общественного здоровья, М., 1998. С. 124—142.
- Онищенко Г.Г., Егоров В.Ф. Алкогольная ситуация в России. О концепции государственной алкогольной политики в Российской Федерации// Наркология, 2002, № 1. С.3—8.
- Кошкина Е.А., Киржанова В.В., Ванисова Н.Г. и др. Состояние наркологической службы и основные тенденции учтенной заболеваемости в Российской Федерации в 2006 году. Стат. сб., Москва, ННЦ наркологии, 2007. с.93.
- Зыков О.В., Цетлин М.Г., Полятыкин С.А. и др. Опыт неправительственных объединений по решению проблем, связанных с потреблением алкоголя / В кн.: Алкоголь и здоровье населения России. Росс. ассоц. общ. здоровья. М., 1998. С. 248—265.
- Левин Б.М. Социальные факторы потребления алкогольных напитков/ В кн.: Алкоголь и здоровье населения России. Росс. ассоциация общ. здоровья. М., 1998. С.248—265.
- Охрана здоровья населения России, вып.1. Материалы 0—92 Межведомственной комиссии Совета Безопасности РФ по охране здоровья населения (март 1994 г.—декабрь 1994 г.) — М.: Юрид. Лит., 1995—184с.
- Немцов А.В. Алкогольная ситуация в России / Общественное объединение «Фонд «Здоровье и окружающая среда». Серия докладов «Здоровье для всех — все для здоровья в России»/ Под ред. А.К. Демина. № 2. Российская ассоциация общественного здоровья. Центр алкогольной политики. М., 1995.
- Немцов А.В. Алкогольная смертность в России. 1980—90-е годы. М., 2001, с. 60.
- Немцов А.В. Алкогольный урон регионов России. М., 2003.136 с.
- Бехтель Э. Донозологические формы злоупотребления алкоголем.— М.: Медицина, 1986.
- Global Status Report on Alcohol/ World Health Organization. Geneva, 1999.
- Норlund С. Связь между общим потреблением алкоголя и его вредными последствиями/ В книге: Алкогольная политика в России и в Норвегии. Изд. 51K115, Норвежский институт наркологии — Университет Осло; Центр медицинских исследований — М., 2000. С. 77—84.
- Greenfield T.K., Kerr W. Tracking Alcohol Consumption Over Time //Alcohol Res. Health / Vol. 27, 1, 2003.
- Nephew T.M., Williams G.D., Stinson F.S. et al. Surveillance Report 55. Apparent Per Capita Alcohol Consumption: National, State, and Regional Trends, 1977—1998. Bethesda, MD: National Institute Alcohol Abuse and Alcohol (NIAAA), 2000.
- Киржанова В.В. Распространенность психических и поведенческих расстройств, связанных с употреблением ПАВ, в Российской Федерации// Вопросы наркологии. 2003. № 3. С. 47—58.
- Киржанова В.В. Динамика заболеваемости наркологическими расстройствами в Российской Федерации в 1991—2001 годах// Наркология. 2002. № 11. С. 2—7.

С остальными источниками литературы (36-46) можно ознакомиться в редакции

Поступила 28/05-2008