Информационно-аналитический вестник
«Социальные аспекты здоровья населения»

ISSN 2071-5021
Эл №ФС77-28654
http://vestnik.mednet.ru

01.07.2010 г. УДК: 614.2:613.816

Дубровина Е.В.

Подходы к формированию критериев оценки деятельности органов местной власти по снижению алкоголизации населения

ГУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр», г. Киров

E.V.Dubrovina

Approaches to formation of criteria for assessing the activity of local government bodies on decreasing alcogol abuse of the population

Medical Information and Analytical Center, Kirov

На основании изучения динамики заболеваемости, смертности и уровней госпитализации больных с алкогольной патологией в Кировской области рассмотрены возможности их применения для оценки мер на государственном и муниципальном уровнях по снижению алкоголизации населения.	On the basis of studying the dynamics of morbidity, mortality, and levels of hospitalization of patients with alcoholic pathology in the Kirov region, the opportunities for their application to assess the measures for decreasing alcohol abuse of the population at the state and municipal levels are considered.

Ключевые слова: злоупотребление алкоголем, алкоголизм, снижение алкоголизации, критерии оценки, Кировская область.

Key words: alcohol abuse, alcoholism, decrease in alcohol abuse, criteria of an assessment, the Kirov region.

Проблема злоупотребления алкоголем для нашей страны на современном этапе остается весьма актуальной. Утвержденная в конце 2009 года Концепция реализации государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактике алкоголизма среди населения Российской Федерации на период до 2020 года призвана существенно изменить сложившуюся ситуацию. Приоритетными задачами в реализации поставленных концепцией целей является, в том числе, создание системы мониторинга и анализа динамики показателей уровня злоупотребления алкогольной продукцией [1].

Планомерная работа по снижению вредного влияния алкоголя проводилась и ранее. Достаточно вспомнить масштабные операции 2006 года по ограничению ввоза и реализации низкокачественной алкогольной продукции (из Грузии и Молдовы), мероприятия по контролю за денатурированием[i] спиртосодержащей непищевой продукции [6].

Начиная с 2006 года, когда активно стали предприниматься действия по снижению алкоголизации населения России, наблюдается перелом в ситуации с отравлением алкоголем. Одновременно в динамике смертности в целом также прослеживается существенная положительная динамика. Снижение смертности в 2006 году характеризуется, в первую очередь, падением уровней смертности трудоспособных мужчин и, по большей части, от алкогольных отравлений [5].

В современных условиях крайне важно оценивать влияние различных антиалкогольных мер, принимаемых как на государственном, так и на уровне субъекта, на муниципальном уровнях с целью оценки эффективности осуществляемых действий.

В данном исследовании рассматриваются различные критерии оценки медико-социальных последствий злоупотребления алкоголем на примере динамики ситуации в Кировской области.

Какие же критерии предлагаются для оценки эффективности решений, принимаемых с целью снижения алкоголизации населения?

Индикаторами достижения результатов реализации антиалкогольной Концепции в числе других являются: снижение первичной заболеваемости и смертности от алкоголизма, включая алкогольные психозы, и снижение уровня смертности, связанной с острым отравлением алкогольной продукцией [1, 3, 4].

При рассмотрении динамики заболеваемости, наблюдение и лечение которой осуществляет врач-психиатр-нарколог, отмечается значительная корреляция с процессами смертности от алкогольных отравлений (0,93 с хроническим алкоголизмом и 0,85 с алкогольными психозами).

Однако, гораздо чаще, нежели данные о заболеваемости, для измерения степени алкоголизации населения, особенно в региональных нормативных актах, предлагается использовать информацию об алкогольных отравлениях [7].

В первую очередь речь идет об измерении динамики уровня смертности от отравлений алкоголем. В данном исследовании мы использовали данные персонифицированной базы данных умерших в Кировской области за период с 2003 по 2009 гг.

Следует заметить, что для подавляющего большинства представителей власти, предлагающих данный показатель, смертность от алкоголя представляется не как смертность от алкоголя вообще, а только от «чистого», исключая суррогаты.

Однако, если обратиться к Международной классификации болезней и причин смерти 10-го пересмотра, то к рубрике «Отравления алкоголем» относится токсическое действие не только этанола как такового (табл. 1).

Таблица 1

Состав рубрики «Отравления алкоголем»

Код МКБ	Наименование
T51.0	Токсическое действие этанола
T51.1	Токсическое действие метанола
T51.2	Токсическое действие 2-пропанола
T51.3	Токсическое действие сивушных масел
T51.8	Токсическое действие других спиртов
T51.9	Токсическое действие спирта неуточнённого

Стоит упомянуть, что даже в легально произведенной водке (и содержащей спирт, соответствующий требованиям ГОСТ Р 51355, который жестко регламентирует правила изготовления и наличия примесей), помимо этанола, содержатся в различных концентрациях и метанол, и другие спирты, и сивушные масла.

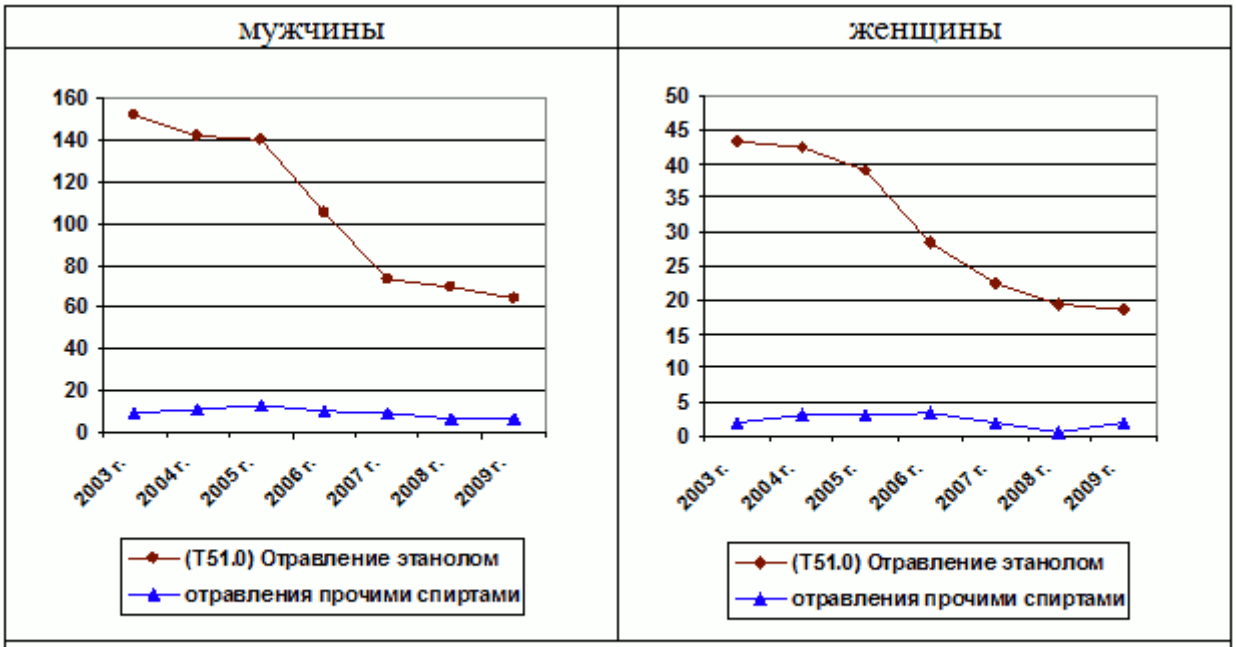

Рис. 1. Динамика показателей смертности от отравлений этанолом и другими спиртами в Кировской области в 2003-2009 гг.

Бытующее мнение, что отравление алкоголем происходит чаще от поддельной спиртоводочной продукции с низкой степенью очистки, основано на том, что другие спирты: метиловый или древесный, пропиловый, изоамиловый и сивушные масла – токсичнее алкоголя в десятки раз. Однако, на практике, отравлений этанолом на порядок больше (рис. 1), что свидетельствует о том, что доза принятого алкоголя и скорость его введения внутрь, наличие (или отсутствие) закуски важнее, чем состав выпитого; и отравление этанолом успевает наступить до смертельного воздействия других спиртов, находящихся в спиртосодержащей жидкости.

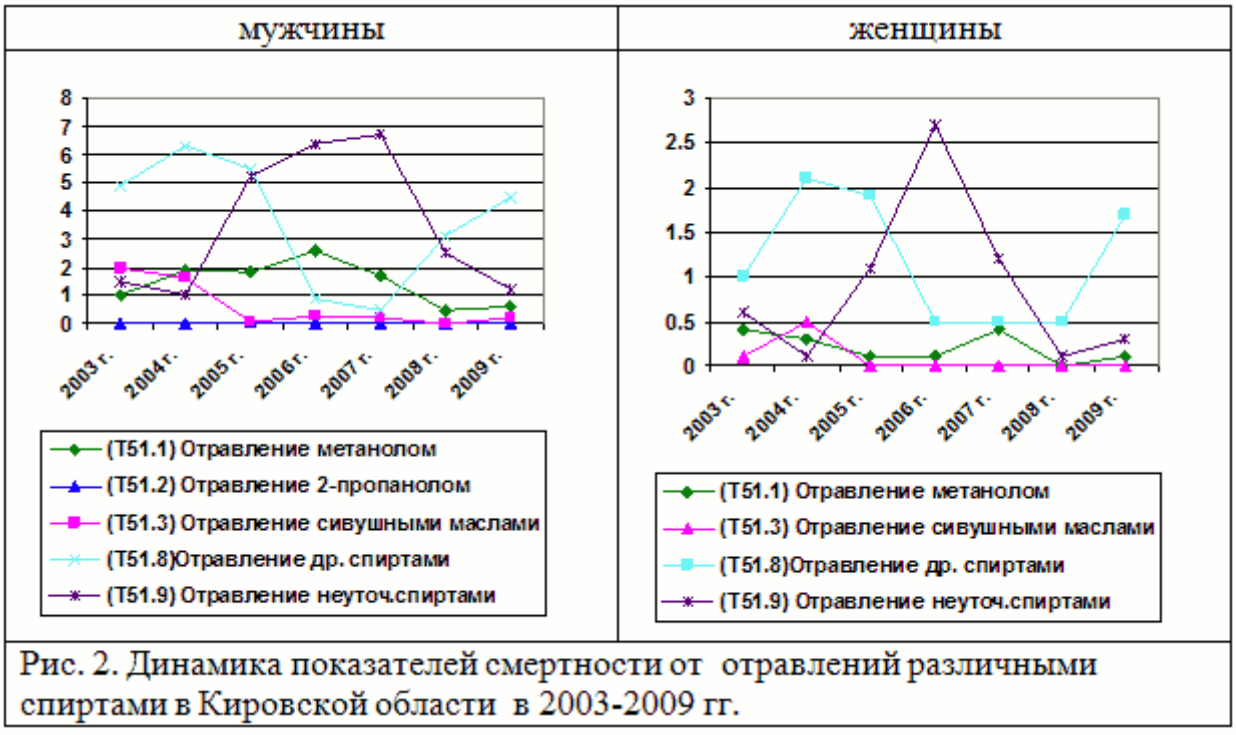

Рис. 2. Динамика показателей смертности от отравлений различными спиртами в Кировской области в 2003-2009 гг.

Симптоматична разнонаправленность тенденций смертности от отравлений неуточненными и другими спиртами (рис. 2) – все, что не уточнили, ранее проходило под названием другие спирты.

При концентрации 3,01—5,0 г/л алкоголя в крови развивается острое алкогольное отравление, сопровождающееся бессознательным состоянием и угрожающее параличом дыхательного центра, ведущего к летальному исходу. Однако, спирт обладает не только прямым повреждающим действием, но и косвенным – через промежуточные продукты своего окисления, что и составляет основу для развития алкоголизма, алкогольных психозов и множества внутренних болезней. Данный процесс носит не одномоментный характер, и алкогольные заболевания часто формируются в течение нескольких лет. Однако, обострение алкогользависимой патологии связано и с увеличением уровней злоупотребления алкоголем [2, 3].

В явном виде, в Международной классификации болезней и причин смерти 10-го пересмотра, выделяются следующие заболевания алкогольной этиологии (табл. 2).

Таблица 2

Перечень алкогольных заболеваний

Наименование	Код МКБ X
Острая интоксикация алкоголем	F10.0
Пагубное употребление алкоголя	F10.1
Синдром зависимости, вызванный употреблением алкоголя (хронический алкоголизм)	F10.2
Другие и неуточненные психические расстройства и расстройства поведения, обусловленные употреблением алкоголя	F10.3, F10.6, F10.8, F10.9
Алкогольные психозы, энцефалопатия, слабоумие	F10.4-F10.5, F10.6 (часть), F10.7
Дегенерация нервной системы, вызванная алкоголем	G31.2
Алкогольная полиневропатия	G62.1
Алкогольная миопатия	G72.1
Алкогольная кардиомиопатия	I42.6
Алкогольная болезнь печени (алкогольный цирроз, гепатит, фиброз)	K70
Алкогольный гастрит	K29.2
Хронический панкреатит алкогольной этиологии	K86.0
Алкогольный синдром плода	Q86.0

Следует заметить, что представленный перечень заболеваний алкогольной этиологии (табл. 2) не является исчерпывающим для патологических состояний, сформированных под воздействием злоупотребления алкоголем. Значителен список состояний, не именованных термином «алкогольный», но имеющих алкогольное воздействие в качестве существенного влияющего фактора.

2006 год запомнился многим по прокатившимся по стране массовым отравлениям алкогольсодержащими жидкостями (спиртосодержащие жидкости, средства для дезинфекции "Экстрасепт 1", "Трояр", "Антисептин", антисептический раствор "ТроярДез-1", жидкости для разжигания костров, для размораживания замков и другие, приобретавшиеся как в аптечной сети, торговых предприятиях, так и у частных лиц). Так, в Кировской области в результате употребления подобных жидкостей в течение 2-х месяцев было зафиксировано 438 случаев токсических гепатитов, из которых 38 имели летальный исход [8].

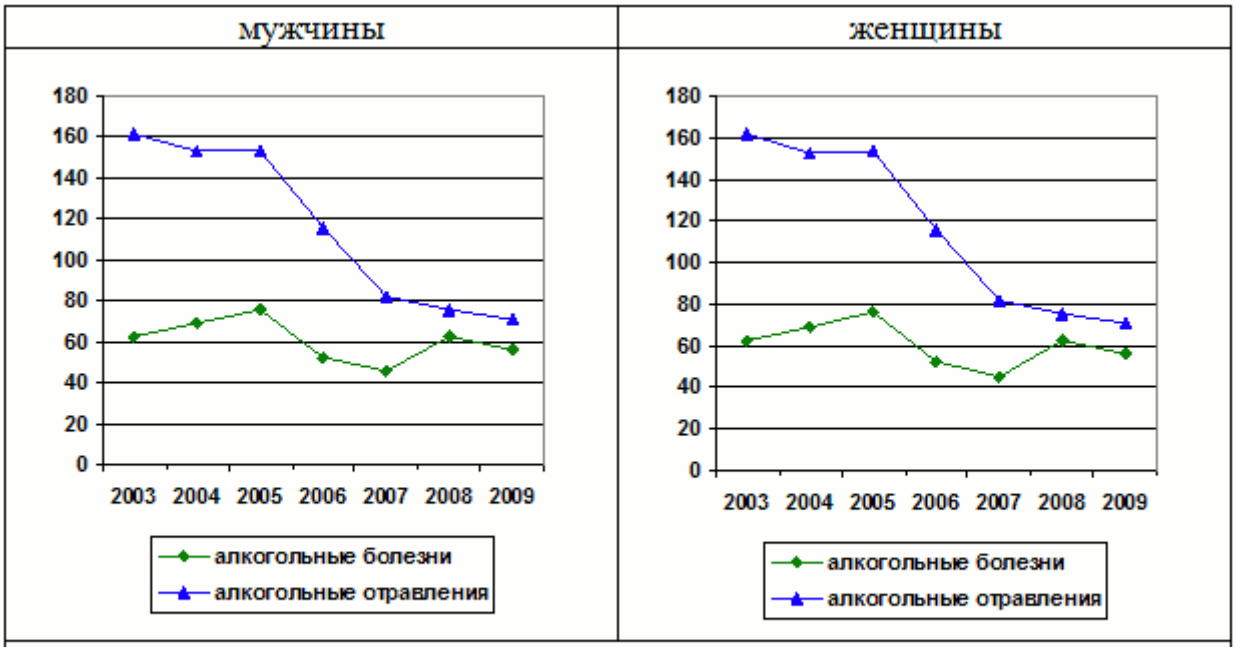

Рис.3. Динамика показателей смертности от алкогольных болезней и отравлений алкоголем в Кировской области в 2003-2009 гг.

Наблюдаемые изменения в алкогольной смертности населения Кировской области демонстрируют различия в динамике отравлений и заболеваний, непосредственно связанных с алкоголем (рис. 3). Если в 2006-2007 годах проводимые на государственном уровне антиалкогольные мероприятия способствовали снижению смертности как от отравлений, так и от заболеваний, то в 2008 году темпы снижения отравлений алкоголем со смертельным исходом замедлились, а уровень смертности от алкогольной соматики вырос как в мужской, так и в женской популяции.

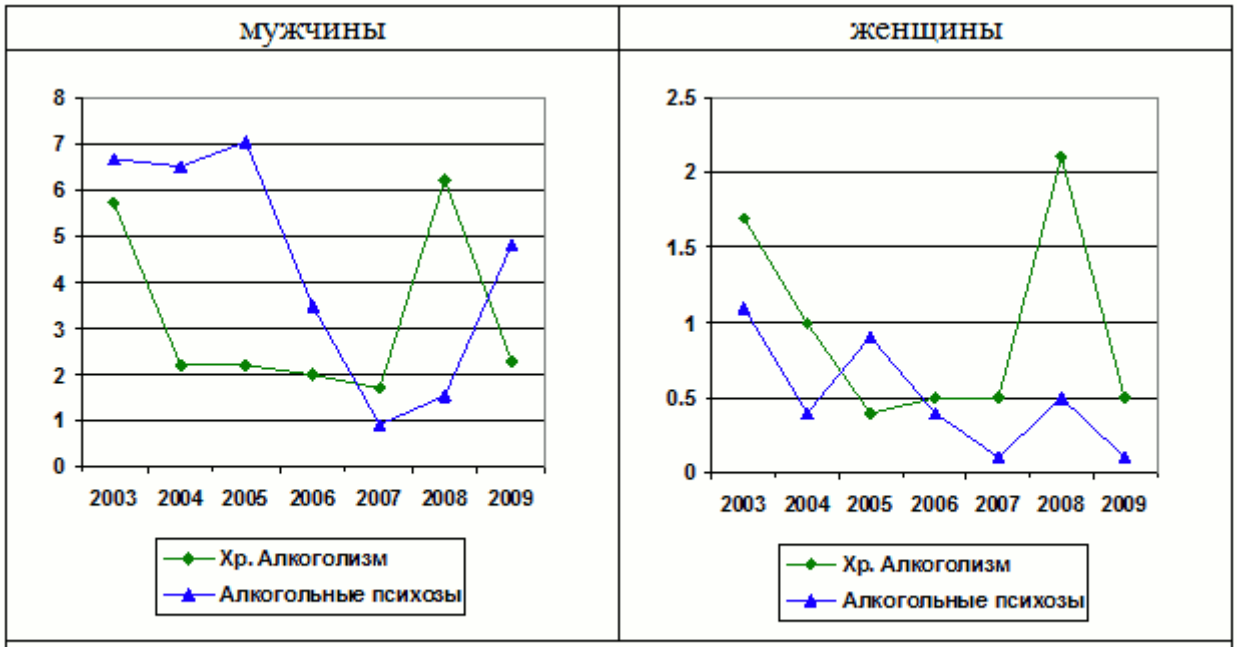

Рис.4. Динамика показателей смертности от хронического алкоголизма и алкогольных психозов в Кировской области в 2003-2009 гг.

Динамика смертности от разного рода психических расстройств демонстрирует резкие перепады показателя, связанные с малой его величиной и, соответственно, недостаточной

мерой достоверности разницы между показателями. Постановка диагнозов данного класса как причин смерти у большого числа врачей, по данным опроса, вызывает весьма скептическое отношение к возможности такого смертельного исхода.

Гибель больных с синдромом отмены этанола в большинстве случаев может выступать в качестве самостоятельного фактора повреждения мозга и являться причиной смерти больных алкоголизмом. Несмотря на описанные в литературе механизмы смерти при спровоцированных злоупотреблением алкоголя психических расстройствах [3], при выборе причины летального исхода предпочтение отдается токсической природе смерти.

Однако, даже при небольших значениях показателя смертности от психических расстройств, видна та же тенденция снижения показателя в 2006-2007 годах от острых состояний – алкогольных психозов (рис. 4). Впрочем, в 2008-2009 годах ситуация меняется на противоположную.

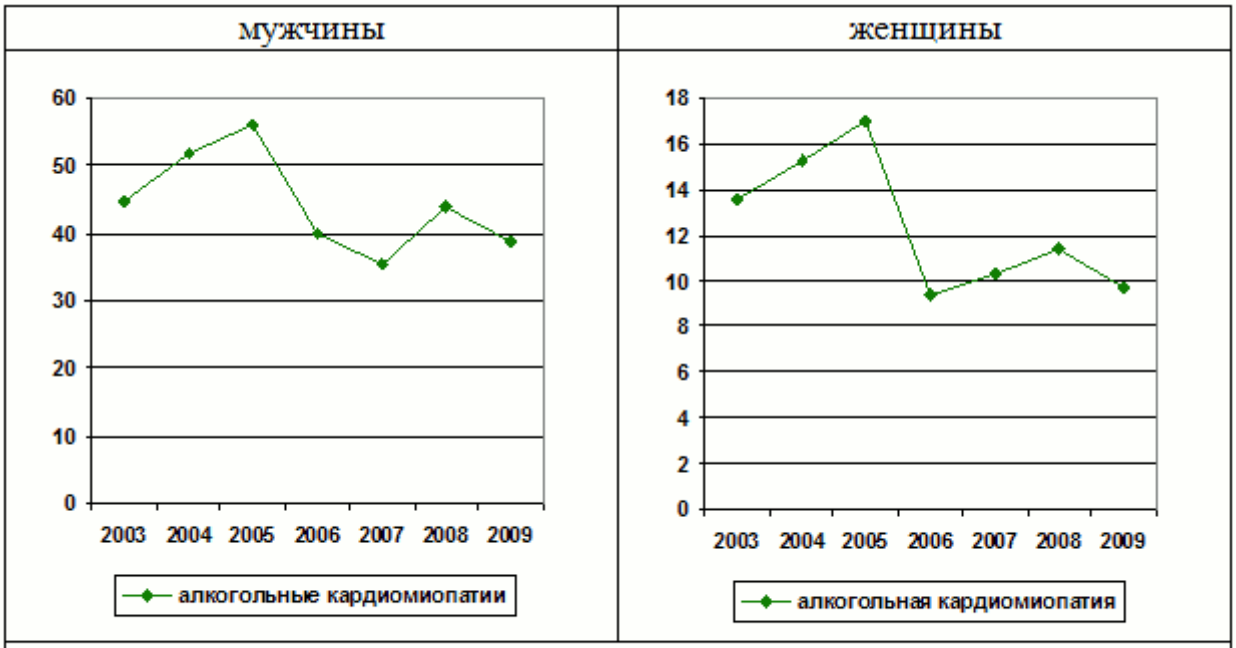

Рис.5. Динамика показателей смертности от алкогольных кардиомиопатий в Кировской области в 2003-2009 гг.

Развитие алкогольной кардиомиопатии происходит в течение нескольких лет. В связи с этим, снижение смертности от данной хронической патологии в 2006-2007 годы может быть связано с общим уменьшением негативных последствий потребления алкоголя, в т.ч. для данного контингента алкоголиков. Особенно заметно снижение смертности от этой сердечно-сосудистой патологии у женщин в 2006 году – на 44,7%. Впрочем, уровни смертности у женщин в 2009 году, несмотря на снижение, остаются выше значений 2006 года, у мужчин – практически на уровне 2006 года (рис. 5).

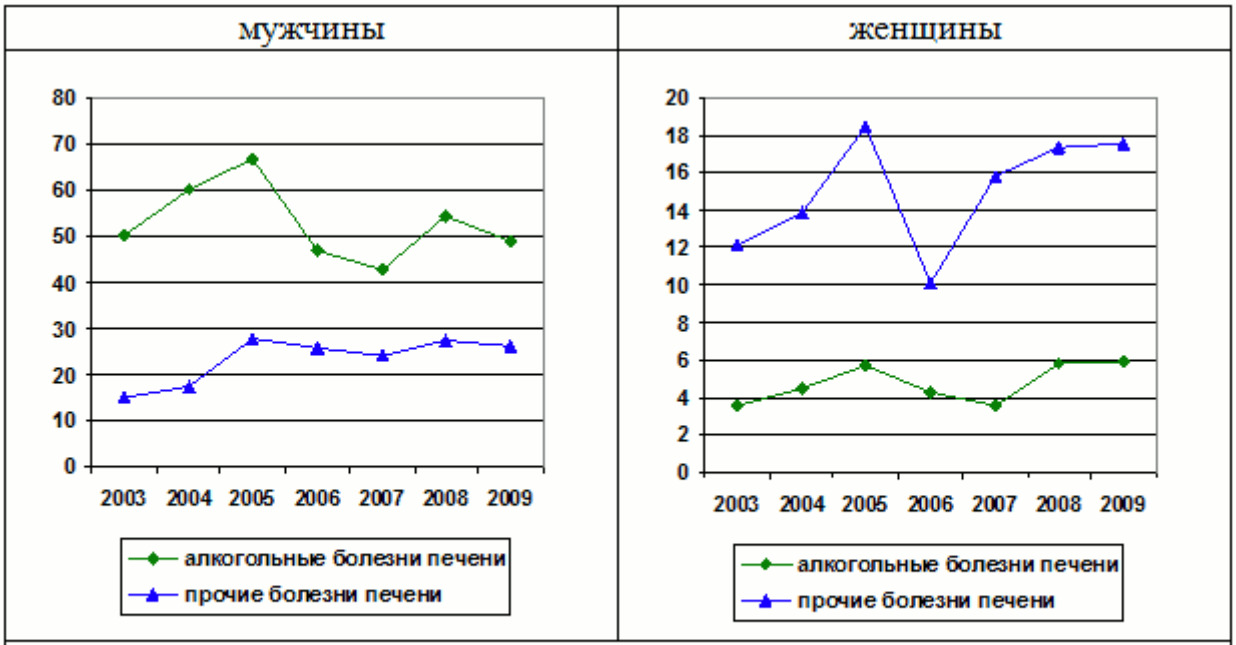

Рис.6. Динамика показателей смертности от болезней печени в Кировской области в 2003-2009 гг.

Обращают на себя внимание существенные гендерные различия в смертности от болезней печени (рис. 6). У мужчин алкогольные болезни печени в 2-3 раза чаще дают смертельные исходы, нежели все остальные патологические состояния печени, тогда как у женщин картина обратная: смертей алкогольной этиологии регистрируется в 3-4 раза меньше, чем остальных болезней печени, ставших причинами смерти. Причиной данных различий может служить более «скрытый» характер алкоголизма у женщин и, соответственно, более редкая постановка их на учет у нарколога, что далеко не всегда позволяет выставить алкогольный диагноз при установлении причины смерти.

В динамике, у женщин в 2006 году, наблюдалось самое значительное снижение смертности от болезней печени - на 24,6% от алкогольных и на 45,4% от прочих патологических состояний печени. В последующем 2007 году смертность от алкогольных болезней печени продолжила снижение, резко поменяв направление в 2008 году, увеличившись сразу на 60,1%. Все это происходило на фоне планомерного роста смертности от других болезней печени. Выявленная диспропорция между алкогольными и другими смертельными болезнями печени, скорее всего, связана с достоверностью учета, чем с истинной разницей в уровнях смерти.

Стоит вспомнить, что именно в 2006 году, в связи с денатурированием непищевых спиртовых жидкостей, было зафиксировано огромное число токсических поражений людей, принимающих внутрь данные непищевые жидкости. В Кировской области летальность среди таких зафиксированных случаев токсического гепатита составила 8,5%. Остальные пораженные вряд ли существенно изменили образ жизни, но их смерть усилиями медиков была отсрочена. Данной отсрочкой может быть объяснен рост числа смертей от болезней печени (как явно алкогольных, так и всех остальных) в последующие годы.

Существенное снижение значений показателя алкогольных отравлений в последние годы (на 54,7% у женщин и на 56,2% у мужчин по сравнению с 2003 годом, на 9% в год) не согласуется с тенденциями смертности от алкогольных болезней. Темпы снижения оказались существенно ниже: 18,9% у женщин и 10,3% у мужчин за тот же период.

Кроме того, с 2003 года наблюдается рост смертности от алкогольных гепатитов и циррозов (у женщин на 57,9%, в том числе за 2009 год на 28% от гепатитов; у мужчин на 36% от гепатитов и почти вдвое – от циррозов).

Такая «разнонаправленность» тенденций, обусловленных общим, достаточно сильным фактором, каким является злоупотребление алкоголем, говорит о существовании другого фактора, в большей степени повлиявшего на снижение смертности от отравления алкоголем, чем от алкогольных болезней. Таким фактором может служить использование динамики показателя алкогольных отравлений для стимулирования (денежного поощрения) муниципальных образований, как это принято в Кировской области [7].

Подтверждением недостаточной достоверности учета причин смертности является выяснение корреляционных связей: у женщин неожиданно отрицательная корреляционная связь (-0,36) между отравлениями алкоголем и алкогольными болезнями печени, тогда как у мужчин связь положительная (0,56). На этом фоне проявляется отрицательная средняя по силе корреляционная связь между прочими болезнями печени и алкогольными отравлениями.

Данный парадокс может быть объяснен недоучетом алкогольных болезней печени как причин смерти (с отнесением их к прочим болезням печени, между данными рубриками сильная положительная корреляционная связь – 0,73). Связь между алкогольными болезнями печени у мужчин и женщин существенно слабее (0,53), чем связь по всем алкогольным болезням (0,97). Такое положение, скорее всего, возникает из-за необходимости документального подтверждения установленного при жизни алкогольного диагноза, который у женщин встречается реже, чем у мужчин.

Ожидаемый, на фоне массовых токсических поражений печени, всплеск смертности от алкогольных отравлений и алкогольных болезней печени не наблюдался. Отчасти это может быть следствием сдвига процесса на более поздние сроки. Кроме того, не исключен вариант, что данный контингент успел умереть от других причин, в том числе от насильственной смерти, и просто-напросто не дожил до развития смертельной формы поражения печени.

Усиленное внимание именно к мониторингу алкогольных отравлений в какой-то степени привело к искажению статистики смертности. Для муниципальных властей факт смерти в муниципальных районах или городском округе от алкогольного отравления стал фактором, снижающим шанс получить материальную поддержку [7].

В Кировской области показатель смертности от алкогольных отравлений сравнивается с аналогичным за предыдущий период поквартально. С учетом малочисленности населения в муниципальных районах (преимущественно от 5 до 15 тысяч населения) данные за квартал не различаются с достаточной степенью достоверности. В результате район не получает дотаций, даже если число смертей было равно предыдущим значениям за год, но наступили они в начале года[ii].

Нельзя забывать, что отравление алкоголем устанавливается по результатам судебно-медицинского вскрытия, что тоже приводит к большим хлопотам, которых стараются избежать как родственники покойного, так и должностные лица. Известны случаи, когда патологоанатомы, обнаруживающие на вскрытии признаки алкогольного отравления, выставляли более «нейтральный» диагноз для того, чтобы не передавать (согласно существующим нормативным документам) вскрытие судебно-медицинскому эксперту, а, кроме того, чтобы не заполнять различные учетные формы на случай отравления.

Не следует сбрасывать со счетов и то обстоятельство, что диагноз алкогольного отравления крайне негативно воспринимается родственниками умершего, которые получают на руки медицинское свидетельство о смерти.

Показательна статистика данных об алкогольной составляющей при вскрытии в Кировском бюро судебно-медицинской экспертизе, где доля умерших и от заболеваний, и от внешних причин смерти, находившихся в состоянии алкогольного опьянения на момент смерти, весьма значительна (табл. 3 и 4).

Таблица 3

Доля находящихся в состоянии алкогольного опьянения от общего числа умерших от заболеваний (по данным вскрытий Кировского областного бюро судебно-медицинской экспертизы в 2009г.)

Причина смерти	% находящихся в состоянии алкогольного опьянения
Другие хронические заболевания органов дыхания	46,15
Алкогольная кардиомиопатия	35,74
Хронические болезни желудочно-кишечного тракта	28,36
Острые болезни сердца	27,59
Хронические болезни сердца	22,58
Гипертоническая болезнь	20,0
Туберкулез легких	17,86
Сосудистые поражения головного мозга	16,06
Острые болезни желудочно-кишечного тракта	15,38
Пневмонии	15,34
Новообразования	14,55
Инфаркт миокарда	8,0
Хронические неспецифические заболевания легких	5,56
Всего по ненасильственной смерти	23,3

Таблица 4

Доля находящихся в состоянии алкогольного опьянения от общего числа умерших от внешних причин смерти (по данным вскрытий Кировского областного бюро судебно-медицинской экспертизы в 2009 г.)

Причина смерти	% находящихся в состоянии алкогольного опьянения
1. Механическая травма	46,0
транспортная травма	45,9
падение с высоты	42,1
падение на плоскости	35,0
огнестрельная травма	65,6
острая травма	70,1
2. Асфиксия	60,6
3. Отравления	76,4
в т.ч.: едкими ядами	15,6
медикаментами	20,0
окисью углерода	67,0
техническими жидкостями	66,7
другими веществами	19,4
4. Крайние температуры	46,2
в т.ч.: ожоги	26,8
охлаждения	49,6
5. Техническое электричество	37,5
Всего по внешним причинам смерти	59,7

Приведенные результаты демонстрируют значительный вклад алкогольной компоненты в смертность, в явном виде не содержащую упоминание об алкогольных отравлениях или болезнях.

Еще одним подтверждением «управляемости» показателя смертности от алкогольных отравлений является динамика госпитализации пациентов с проблемами, обусловленными злоупотреблением алкоголем.

Несмотря на снижение смертности, зафиксированное как при отравлениях алкоголем, так и при болезнях явно алкогольной этиологии, динамика госпитализации пациентов демонстрирует тенденцию к росту (рис. 7). Следует отметить, что рост госпитализации происходил на фоне планомерного снижения числа коек в Кировской области, начиная с 2005 года и, соответственно, ужесточения отбора на стационарное лечение.

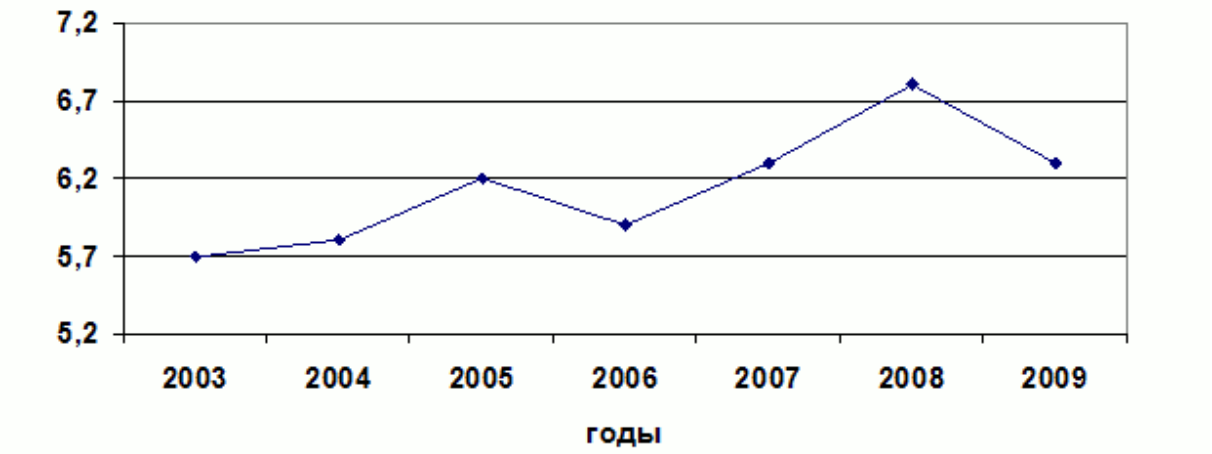

Рис. 7. Динамика уровня госпитализации (на 1 тыс. населения в год) в стационары Кировской области по поводу алкогольных психозов, пагубного употребления алкоголя и хронического алкоголизма

Подобные тенденции наблюдаются и при анализе динамики распространенности заболеваний. При снижении числа алкогольных психозов с 2006 года заметно увеличение показателя распространённости хронического алкоголизма (рис. 8). Число алкоголиков не снижается.

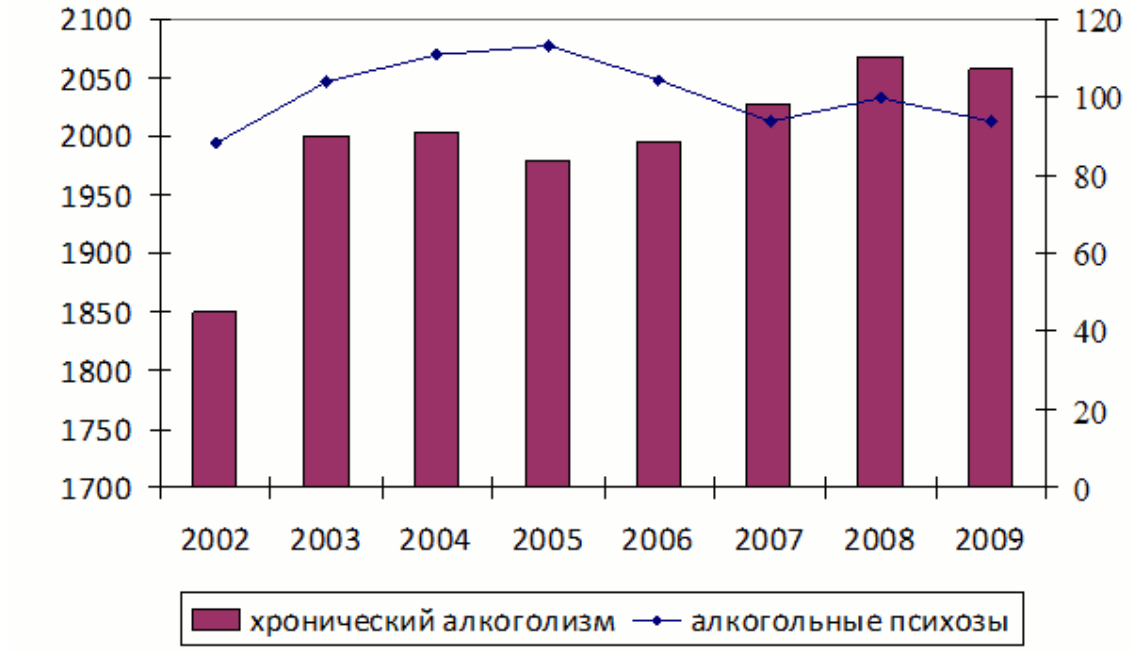

Рис. 8. Показатели зарегистрированной распространенности хронического алкоголизма и алкогольных психозов

Наряду с ростом распространенности алкоголизма, регистрация новых случаев хронического алкоголизма в последние годы стала уменьшаться (рис. 9). Параллельно происходит и снижение регистрации алкогольных психозов. Такие разнонаправленные тенденции свидетельствуют, прежде всего, о крайне низкой эффективности работы наркологической службы в части лечения пациентов.

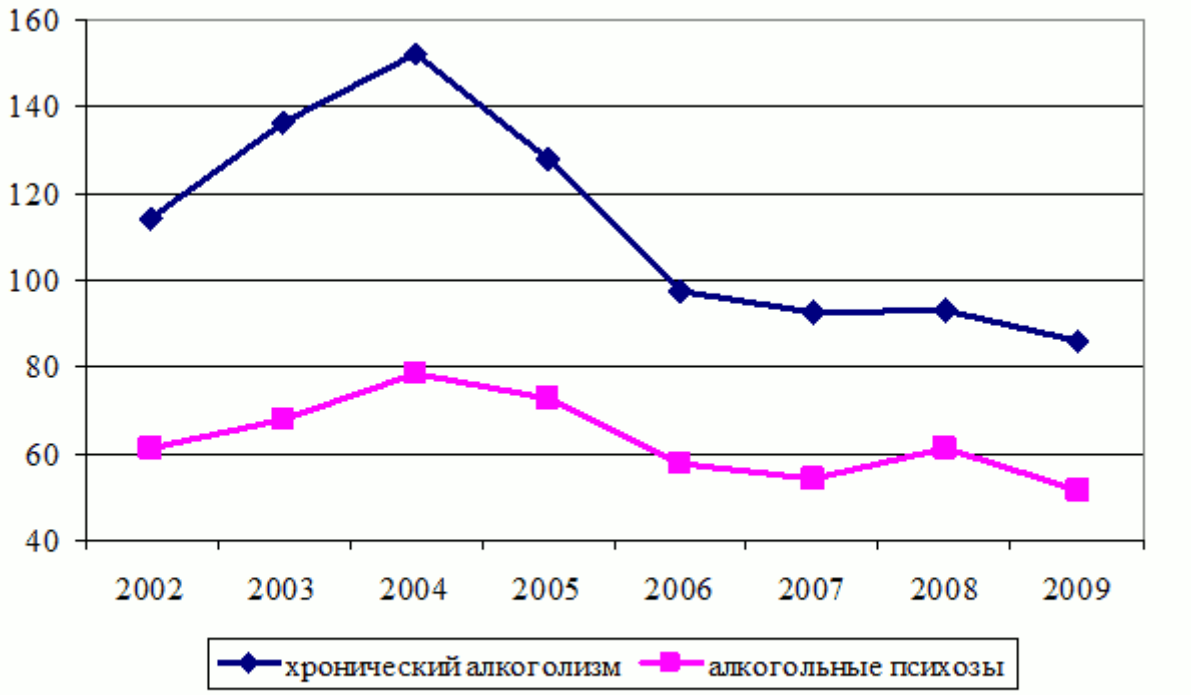

Рис. 9. Показатели зарегистрированной первичной заболеваемости хроническим алкоголизмом и алкогольными психозами

Таким образом, использовать в качестве критерия оценки эффективности деятельности по снижению алкоголизации только данные о первичной заболеваемости без анализа распространенности явления явно не достаточно.

При использовании показателей алкогольной заболеваемости и смертности как рычагов стимулирования (или наказания) муниципальных образований, наблюдается тенденция замены «неудобных» диагнозов на другие, не подлежащие контролю. В качестве критериев оценки эффективности реализации региональной антиалкогольной политики, в наибольшей степени отражающие результаты работы, рекомендуется, помимо оценки показателей заболеваемости и смертности, использовать мониторинг госпитализации пациентов с острыми алкогольными проблемами. Это позволит оценить реальный уровень распространения алкоголизации среди населения области.

Выводы

1. Требуется комплексная оценка антиалкогольных мер, включающая заболеваемость, смертность и уровень госпитализации, связанные с алкогольными отравлениями и заболеваниями алкогольной этиологии
2. В качестве критериев оценки результатов антиалкогольной политики (медико-социальных последствий злоупотребления алкоголем) путем мониторинга смертности, помимо динамики алкогольных отравлений, целесообразно использовать показатели смертности от алкогольных болезней.

3. Необходимо ввести в формы государственной статистической отчетности (формы 37 или 14) данные о госпитализации больных с алкогольными состояниями, а не только на данные о больных, госпитализированных на наркологические койки.

Список литературы

1. Концепция реализации государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактике алкоголизма среди населения Российской Федерации на период до 2020 года. // Распоряжение Правительства РФ от 30 декабря 2009 г. № 2128-р.
2. Ливанов Г.А., Бонитенко Е.Ю., Калмансон М.Л., Бучко В.М. //Злоупотребление алкоголем в России и здоровье населения. Острые отравления этиловым алкоголем и его суррогатами. Соматическая патология при хронической алкогольной интоксикации.– М. – РАОЗ. 2000. С. 62–106.
3. Немцов А.В. «Алкогольный урон регионов России», М.: Nalex, 2003, 135 с.
4. Пелипас В.Е., Мирошниченко Л.Д. Государственная статистика в области оборота и последствий потребления алкогольной продукции как основа формирования государственной алкогольной политики и законодательства. // Вопросы наркологии. – 1997. - № 3 С. 71-84.
5. Семенова В.Г., Евдокушкина Г.Н. Травмы и отравления в 2005-2008 годах: гендерные особенности, тенденции, приоритеты. //Социальные аспекты здоровья населения. 2009. №4. URL: http://vestnik.mednet.ru/content/view/151/30/ Дата обращения: 20.04.2010**).**
6. Федеральный Закон РФ О государственном регулировании производства и оборота этилового спирта, алкогольной и спиртосодержащей продукции от 19 июля 1995 года.
7. Постановление Главного государственного санитарного врача по Кировской области от 7 ноября 2006г. № 9 // О запрещении реализации спиртосодержащих жидкостей с неполной информацией для потребителей.
8. Постановление Правительства Кировской области от 25 февраля 2009г. № 4/19 //Об оценке эффективности деятельности органов местного самоуправления и стимулировании развития муниципальных образований области.

[i] добавление к спирту ядовитых или противных на вкус веществ

[ii] Показатель смертности рассчитывается приравненный к годовым показателям, и число умерших за 1-й квартал в расчете на год умножается на 4