

Медико-социальные и экономические последствия злоупотребления алкоголем в России

КОШКИНА Е.А.

д.м.н., проф., рук. отд. эпидемиологии и оказания медицинской помощи ННЦ наркологии Росздрава
119002, Москва, М.Могильцевский пер., д.3, тел. (499)241-70-68

ПАВЛОВСКАЯ Н.И.

к.б.н., рук. отд. международного научного сотрудничества ННЦ наркологии Росздрава

ЯГУДИНА Р.И.

д.ф.н., проф., зав. каф. лекарственного обеспечения с курсом фармакоэкономики ММА им. И.М. Сеченова

КУЛИКОВ А.Ю.

к.м.н., доцент каф. лекарственного обеспечения с курсом фармакоэкономики ММА им. И.М. Сеченова

УСЕНКО К.Ю.

ФГУ НЦ Экспертизы средств медицинского применения Росздравнадзора

ЗЕМСКОВА Н.А.

Российский университет дружбы народов им. Патриса Лумумбы

Анализируются различные аспекты интегрального ущерба, вызванного алкоголизацией, который наносится современному российскому обществу. Проведен сравнительный анализ экономических потерь от злоупотребления алкоголем в некоторых странах. Авторы призывают к активизации деятельности органов государственной власти Российской Федерации по снижению уровня потребления алкоголя. Ключевые слова: алкогольная зависимость, ущерб, преступность, смертность, профилактика, медико-социальные последствия

Алкогольная зависимость является одним из самых сложных и опасных для человечества заболеваний в связи с огромными медико-социальными, морально-этическими, экономическими и духовными потерями. Ущерб от алкоголя связан с медицинскими расходами, снижением производительности труда, преждевременным уходом из жизни. В связи с масштабом социально-демографических и экономических последствий алкоголизм назван Президентом России одной из угроз национальной безопасности в сфере здравоохранения и здоровья нации [46].

Согласно данным Министерства здравоохранения и социального развития, Российская Федерация относится к странам-лидерам по количеству употребляемого алкоголя на душу населения. По данным Росстата, потребление уценного алкоголя на душу населения в стране выросло с 5,38 л абсолютного алкоголя в 1990 г. до 10,1 л в 2007 г., или в 1,8 раза. Однако реальное душевое потребление алкоголя с учетом нелегального оборота спиртосодержащей продукции в России составляет около 18 л. Эксперты Всемирной Организации Здравоохранения считают, что если потребление чистого алкоголя на душу населения превышает 8 л в год, то это уже опасно для здоровья населения. Установлено, что каждый добавочный литр сверх определенного ВОЗ предела уносит 11 мес. жизни мужчин и 4 мес. женщин [37].

Распространенность алкоголизма в России вызывает тревогу. В 2008 г. наркологической службой РФ было зарегистрировано 2 млн 728 тыс. больных алкоголизмом, или 1920,7 в расчете на 100 тыс. населения, что составляет почти 2% от общей численности населения. Это число включает в себя больных алкоголизмом, алкогольными психозами (АП) и лиц, употребляющих

алкоголь с вредными последствиями (ВП). Соотношение мужчин и женщин в контингенте зарегистрированных больных в 2008 г. составило 5:1 [35].

В отдельных регионах России, как и в предыдущие годы, в 2008 г. отмечались показатели, значительно превышающие средние по стране. Лидером является Магаданская область, где показатель составил 5563,9 больных на 100 тыс. населения, или 5,6% общей численности населения области. Высокие показатели (2,5% и более общей численности населения) отмечались в Сахалинской области — 3372,8, Чукотском автономном округе — 4070,6, Республике Карелии — 2667,2, Ивановской области — 3465,8, Нижегородской — 2622,9, Липецкой — 2573,0, Брянской — 2488,4, Костромской — 2488,9, Новгородской — 2869,2 областях, Камчатском крае — 2790,2. Таким образом, в 2008 г. уровень злоупотребления алкоголем оставался высоким в большинстве регионов страны.

Показатель первичной заболеваемости алкоголизмом в 2008 г. составил 122,1 больных на 100 тыс. населения. Показатель первичного выявления лиц, употребляющих алкоголь с ВП, в 2008 составил 105,9 на 100 тыс. населения. По сравнению с 2007 г. этот показатель увеличился на 4%.

Согласно законодательству Российской Федерации, медицинская помощь пациентам оказывается только при добровольном обращении лиц, зависимых от алкоголя. Поэтому зарегистрированное количество пациентов с зависимостью от алкоголя, по экспертным оценкам, в 5 раз ниже истинного числа зависимых. Таким образом, реальное количество больных алкоголизмом в Российской Федерации может превышать 13,5 млн чел. Особое опасение вызывает то,

что около 33% мужчин трудоспособного возраста систематически употребляют алкоголь в опасных для здоровья дозах, а их соматические заболевания связаны с алкогольной интоксикацией [27]. Высокий процент трудоспособного населения, злоупотребляющего алкоголем, указывает на негативное влияние алкоголизации на экономическое развитие государства.

Особую опасность алкогольной зависимости представляет *коморбидность* — соматоневрологическая и психопатологическая осложненность собственно аддиктивного расстройства. Значительный объем общесоматических заболеваний, обусловленных хронической алкогольной интоксикацией, не отражается в «алкогольной» статистике. Согласно оценкам экспертов, соматические заболевания среди лиц, больных алкоголизмом, встречаются в 12 раз чаще, чем в целом по популяции [23].

Алкоголь является ведущим фактором поражения печени. Токсическое действие алкоголя на печень вызывает три основные группы повреждения: жировое перерождение печени, алкогольный гепатит, алкогольный цирроз печени. В России число дней временной нетрудоспособности в связи с внутренними болезнями алкогольного генеза, прежде всего ассоциированных с поражением печени, составляет 30% от общего количества [24]. У четверти всех больных алкоголизмом обнаруживаются патологоанатомические признаки изменения поджелудочной железы. Среди больных панкреатитами 17—43% составляют больные алкоголизмом. Среди больных только хроническим панкреатитом доля больных алкоголизмом составляет 36—80% [16, 40].

Злоупотребление алкоголем повышает риск инфицирования гепатотропными вирусами В и С. Сочетание вирусной и алкогольной этиологии гепатитов выявляется в 10—12% случаев. Не менее 40—50% всех гепатитов, хронических панкреатитов и других органических поражений у больных терапевтических и гастроэнтерологических отделений имеют алкогольную этиологию. Частота заболеваемости гепатитом В и С среди больных алкоголизмом в 7—10 раз выше, чем в общей популяции [3].

Среди лиц, злоупотребляющих алкоголем, отмечаются различные расстройства сердечно-сосудистой системы (ишемическая болезнь сердца, аритмия, ин-

фаркты, инсульты, гипертоническая болезнь). Методом скрининга среди контингента поликлиник значимые признаки злоупотребления алкоголем выявляются в 20% случаев. Из них у 70% выявляются те или иные болезни сердечно-сосудистой системы и желудочно-кишечного тракта [31].

Больные алкоголизмом повышенно восприимчивы к инфекционным заболеваниям дыхательных путей. Из-за сниженного кашлевого рефлекса они склонны к аспирации посторонних предметов и рвотных масс, что сопряжено с опасностью аспирационной пневмонии. У них отмечается склонность к образованию бронхоэктазов. Число больных алкоголизмом среди больных туберкулезом легких особенно велико, среди мужчин оно колеблется от 10 до 80%. Туберкулез у больных алкоголизмом связан как со снижением сопротивляемости организма, так и с факторами психо-социального характера [34].

Неврологическая симптоматика — важная составляющая в клинической картине алкогольной зависимости. Эпилептический синдром как следствие токсического воздействия алкоголя, приводящего к развитию отека головного мозга, является одним из ведущих нарушений нервной системы при хронической алкогольной интоксикации (ХАИ). Полиневропатия нижних конечностей обнаруживается у 60—67% больных, а изменения периферических нервов выявляются практически у 100% больных, страдающих ХАИ [34].

У больных алкогольной зависимостью (255 чел.) в 67,8% случаев регистрировались расстройства личности: по эмоционально-неустойчивому (42,8%), истерическому (26,5%) и астеническому (30,7%) типам [1].

Среди неврологических последствий злоупотребления алкоголем нередко поражения органов зрения, приводящих к необратимым изменениям в зрительном нерве, слобовидению и слепоте. Хроническая интоксикация алкоголем приводит к нарушению зрительных функций: появлению центральных скотом (34,7%), увеличению размеров слепого пятна (27,1%), сужению полей зрения (10,9%) и снижению центрального зрения. Наблюдаются отек сетчатки (23,4%), уменьшение количества нейроцитов и глиальных клеток, дегенеративные изменения нервных волокон [5].

Таблица

Показатели учтенной распространенности алкогольных расстройств в Российской Федерации

Категории	Зарегистрировано больных		Число больных на 100 тыс. населения	
	2007 г.	2008 г.	2007 г.	2008 г.
Алкогольные расстройства, всего	2 773 832	2 727 527	1950,4	1920,7
Синдром зависимости от алкоголя, включая АП	2 266 010	2 224 344	1594,5	1566,3
Употребление алкоголя с ВП	507 822	503 183	357,3	354,3

Алкоголь является агентом, обладающим канцерогенным эффектом. Выраженная связь обнаружена между употреблением алкоголя и раком верхнего пищеварительного тракта (полость рта, пищевода, глотки и гортани). Такая взаимосвязь также установлена для рака печени, молочной железы, желудка, поджелудочной железы, толстого кишечника [32].

По данным московской наркологической больницы №17, АП в 2003—2004 гг. составляли 1,2—1,5% от числа больных, лечившихся от алкоголизма. В структуре АП делирий составлял 75,5%, а в 2004 г. — 84,3%; 31,0% больных с алкогольными делириями — это лица до 40 лет; 30% делириантов имели алкогольный опыт менее 10 лет [30].

Алкогольные психозы среди больных алкоголизмом составляют 10%, а смертность больных, поступающих в стационары в состоянии алкогольного психоза 4—5% [39].

На доминирующую роль соматических заболеваний и органической почвы в развитии АП указывают данные Иутина В.Г. с соавторами. У половины больных в анамнезе были перенесенные черепно-мозговые травмы (53%), эпилептические припадки (14,5%), алкогольные психозы (19,7%). Практически у всех больных (96,5%) выявлены соматические заболевания: болезни сердечно-сосудистой системы (57,9%), желудочно-кишечного тракта (у 34,5% наблюдались токсические поражения печени, хронические панкреатиты), более чем в половине случаев в сочетании с энцефалопатией (55,1%) [9].

Частота сочетанной патологии среди наркологических больных достаточно высока. Среди больных алкоголизмом эндогенные психозы (маниакально-депрессивный психоз, шизофрения) наблюдаются у 10—25%, а по данным других авторов, у больных алкоголизмом аффективные расстройства встречаются в 33,7%, шизофреноподобные — в 7,7% [4].

Депрессивные расстройства отмечаются у больных алкоголизмом с частотой от 20 до 90%. Из 330 обследованных больных алкоголизмом в период алкогольного абстинентного синдрома депрессивные расстройства отмечались у 95% больных. Установлена тесная связь алкогольного абстинентного синдрома с расстройствами сна, с соматовегетативными и неврологическими проявлениями. На этапе формирования ремиссии больных депрессивные проявления отмечались у 68% пациентов [14].

Этанол оказывает повреждающее влияние на будущее потомство. При алкоголизме только матери алкогольный синдром плода (АСП) формируется у 43,5% детей, при алкоголизме обоих родителей доля детей с АСП возрастает до 62%. При этом в большем числе случаев у детей выявляется патология рос-

та, умственного развития, а также частота и тяжесть стигматизации и врожденных пороков развития [38].

Имеется прямая зависимость между количеством и длительностью употребления алкоголя матерью и тяжестью нарушений плода. Около 5% всех врожденных аномалий объясняются пренатальным воздействием алкоголя. Симптомы АСП были обнаружены у 10% младенцев, матери которых употребляли крепкие напитки. У младенцев, матери которых принимали более 70 г. этанола в день, риск увеличивался от 19 до 40%. У 80% детей, родившихся с АСП, наблюдались нарушения ЦНС (судороги, церебральные параличи, нарушения координации, состояния возбуждения).

Частота АСП у детей, чьи матери больны алкоголизмом, составляет 59:1000, что в 30 раз больше, чем в общей популяции. Среди всех детей, родившихся у больных алкоголизмом матерей, доля пораженных АСП составляет 30—50%. Они подвержены повышенной смертности, которая достигает 18% среди детей с АСП к 10-летнему возрасту и 56% — к 13-летнему возрасту [21].

Результатом развития соматической патологии у больных с алкогольной зависимостью является высокая экономическая нагрузка на систему здравоохранения, которая складывается из следующих составляющих: оказание неотложной/скорой медицинской помощи, стоимости госпитализации, обеспечения больного лекарственными препаратами, оплаты рабочего времени медицинского персонала и других сопутствующих затрат. В частности, в ряде исследований было показано, что среди лиц, поступающих в терапевтический стационар, доля больных алкоголизмом достигает 53% [16].

Одной из острых проблем в России является смертность, обусловленная употреблением алкоголя. Это смерти, вызванные хронической алкогольной интоксикацией, смертельные случаи в клинических состояниях, вызванных употреблением алкоголя, а также смерти в результате большого количества несчастных случаев (ДТП, утопления, пожары, криминальные действия, травмы на производстве) и суицидов.

Мощнейший вклад в высокий уровень смертности в России вносят смерти мужчин трудоспособного возраста. Так, исследование результатов судебно-медицинских экспертиз в одном из городов России показало, что доля умерших в состоянии алкогольного опьянения среди этой группы составила 62% [18].

На основе сопоставления отдельных причин смертности в целом с оценками потребления алкоголя в 1980—2001 гг. было показано, что общая смертность, связанная с алкоголем, составляет 426 тыс. в год, или 23,4% всех смертей, из которых 63,9% приходится на мужчин (272,1 тыс.). Это значит, что

каждый третий мужчина и каждая шестая женщина умирают по причинам, связанным с алкоголем (прямые и косвенные потери). Очень высокая связь убийств с алкоголем, причем эта доля у женщин лишь немного меньше, чем у мужчин. Смертность среди женщин-алкоголиков в 5 раз выше, чем среди непьющих женщин [22].

Самый большой вклад в алкогольную смертность отмечается у сердечно-сосудистых заболеваний — 23%. Это больше, чем вклад всех внешних причин (152,6 тыс.), при очень высоком доле участия алкоголя в этих видах смертей (60,8%) [22].

Показано, что чрезмерное употребление алкоголя обуславливает 68% смертей от циррозов печени и 60% от панкреатитов. В целом цирроз печени занимает 10-е место как причина смерти при алкоголизме. Являясь финальной стадией, алкогольный цирроз печени часто осложняется асцитом, нередко сопровождается его инфицированием (спонтанный бактериальный перитонит). За последние годы частота этого осложнения значительно выросла и достигла 12—21% [2]. При этом у женщин, злоупотребляющих алкоголем, цирроз печени развивается более часто.

Максимум госпитализаций по поводу соматических заболеваний (от 43,2 до 48,2%) на фоне хронической алкогольной интоксикации приходится на возрастные группы 30—49 лет. В этих же возрастных группах наблюдается повышенная смертность больных с признаками злоупотребления алкоголем. Пик летальности от соматической патологии приходится на возраст 30—39 лет, в которой с фактором хронической алкогольной интоксикации связано три четверти всех смертей. Патологоанатомически установлено, что 16,3% смертей (500 умерших из 3060) в больнице общего профиля происходит на фоне биологических признаков хронической алкогольной интоксикации [28].

Отдельного внимания заслуживает проблема отравлений алкоголем в России. По этой причине погибают 40 тыс. чел. ежегодно. Однако учет и анализ причин и обстоятельств отравления алкоголем проводятся неполно. Подавляющее число смертельных отравлений (более 90%) — результат передозировки этилового спирта в составе магазинной водки и только 2—3% — отравления ядовитыми веществами и суррогатами алкоголя. Так, В.Н. Крюков с соавторами утверждают, что именно однократный прием значительного количества этилового алкоголя является основной причиной смертельных отравлений [15].

Большую тревогу вызывают алкоголизм и связанная с ним повышенная смертность в результате аутоагрессивных и агрессивных действий, отравлений и несчастных случаев. В популяции больных алкоголизмом насильственная смертность составляет 25% по

сравнению с 7,4% в общей популяции, а суицидальная смертность — 7—15%.

Среди популяции суицидентов доля больных алкоголизмом составляет от 30 до 60%. Наибольшее число суицидальных смертей приходится на мужчин среднего, т.е. трудоспособного, возраста. Наблюдается зависимость числа самоубийств от среднелетнего потребления алкоголя. Так, в период сухого закона в России было отмечено снижение насильственной смертности при снижении потребления алкоголя на 25%. Частота совершения самоубийств больными алкоголизмом превышает таковую в общей популяции в 75 раз [42].

Лица, перенесшие АП, умирают от суицидов в 2 раза чаще. Больные алкоголизмом женщины с аутоагрессивным поведением значительно чаще совершают парасуициды и реже летальные суициды, чем мужчины. Возрастные данные обнаруживают три типичных пика завершенного алкогольного суицида, соответствующие 25—29 годам, 36—39 годам (максимальный пик) и 45—49 годам [42].

По данным экспертов, 30% самоубийств связаны с алкоголем, 75% лиц, совершивших суицидальную попытку, хотя бы раз лечились от алкоголизма или наркомании. Каждый второй молодой самоубийца был алкоголиком. Максимум самоубийств среди больных алкоголизмом приходится на возраст 25—49 лет. О существовании связи между суицидальным поведением и алкогольной зависимостью свидетельствуют исследования аутоагрессивного поведения в наркологической практике. Установлено, что 44% пациентов, обратившихся за наркологической помощью, совершали ранее суицидальные попытки [36].

Важнейшими показателями социального ущерба, наносимого алкоголем, являются данные о количестве преступлений, связанных с алкогольным опьянением, и дорожно-транспортных происшествий, совершенных в опьянении. С алкоголем связано свыше половины смертных случаев и тяжелых травм при дорожно-транспортных происшествиях, 50% всех убийств, 40% разбойных нападений, 35% изнасилований [36].

Количество лиц, систематически совершающих на почве злоупотребления алкоголем противоправные действия, колеблется от 10 до 12 млн чел., что составляет 7—8% взрослого населения. Только за 90-е годы убито пьяными лицами 230 тыс. чел., погибло по вине пьяных водителей около 250 тыс. чел. Рост общего потребления на 1 л чистого алкоголя на душу населения приводит примерно к 10% ежегодного прироста убийств и тяжких преступлений [7].

Статистика преступлений свидетельствует о том, что алкоголизм часто ассоциируется с риском агрессивного и криминального поведения. По криминальной статистике, от 27 до 30% всех преступлений со-

вершается в состоянии алкогольного опьянения. На территориях, где имеет место массовое самогонование, показатели «пьяной» преступности в бытовой сфере достигают 70—75% [7].

По данным А.Н. Кривенкова с соавторами, среди больных алкоголизмом, проходивших судебно-психиатрическую экспертизу, 75% случаев были связаны с агрессивными действиями, совершаемыми в состоянии острой алкогольной интоксикации [13].

Согласно данным А.А. Карлова, у больных с общественно опасным поведением преобладали алкогольные психозы — 53,1%, из них алкогольный делирий — 80%, острый алкогольный галлюциноз — 20% [10].

На примере группы лиц призывного возраста 16—18 лет (319 чел.), поступивших на экспертизу в клинику психиатрическую больницу в связи с определением годности к военной службе, была показана четкая зависимость между злоупотреблением алкоголем среди подростков и уровнем криминогенности. Правонарушения наблюдались у 61,3% подростков, злоупотребляющих спиртными напитками. У этой группы подростков определялись выраженные психопатоподобные расстройства [8].

Исследования ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского показали, что среди всех больных алкоголизмом доля лиц с алкогольными психозами составляет 12%. Больные с алкогольными психозами чаще, чем лица с другими психическими заболеваниями, совершают общественно опасные действия (76,1%). Причем 41,4% из них составляют лица, совершившие особо опасные деяния, такие, как убийство, попытка убийства, нанесение тяжких телесных повреждений [6].

Доля лиц, находившихся в состоянии алкогольного опьянения на момент совершения преступления, колеблется от 38,1 до 68,7%; 13,3% лиц, страдающих алкоголизмом, совершают насильственные действия сексуального характера, 5,5% из них сочетают половое преступление и убийство, 7,8% практикуют сексуальные перверсии. Число алкоголиков среди инцестофилов, по разным данным, составляет от 20 до 79% [20].

Употребление алкоголя водителями является серьезным фактором риска дорожно-транспортных происшествий. В 2004 г. на территории Российской Федерации было зарегистрировано 208,6 тыс. дорожно-транспортных происшествий, в результате которых погибли 34,5 тыс. и получили ранения 251,4 тыс. чел. По сравнению с 2003 г. количество дорожно-транспортных происшествий увеличилось на 2,1%, число раненых — на 3,1%. Из общего числа дорожно-транспортных происшествий (208,6 тыс.), совершенных в 2004 г., 21 569 было совершено по

причине алкогольного опьянения водителей, т.е. практически каждое восьмое (13,1%). Из-за нарушений правил дорожного движения пешеходами было совершено 52 302 происшествия. По вине пешеходов, находящихся в состоянии алкогольного опьянения, произошло 8832 (16,9%) ДТП. В результате погибло 8815 чел. и ранено 45 924 чел. В 2005 г. было задержано 1,2 млн водителей за управление транспортными средствами в состоянии алкогольного опьянения.

К числу тяжелых социальных последствий употребления алкоголя относится явление детской беспризорности и безнадзорности. Число беспризорных и безнадзорных детей в России, по разным источникам, составляет от 1 до 2—2,5 млн чел. Дети покидают свои семьи и становятся «социальными» сиротами по причине деградации родителей, злоупотребляющих алкоголем. Основная причина беспризорности — это девиантная семья. Все это порождает всплеск подростковой преступности, актов насилия, самоубийств. На беспризорных детей приходится 10% всех преступлений в стране, включая разбои, грабежи и убийства [7, 41].

Приведенные литературные данные свидетельствуют не только о сложной природе аддиктивных заболеваний, о значительных масштабах алкоголизации российского населения, включая подростковую и женскую составляющие, но и о большом уроне, который они приносят здоровью населения страны и всем сферам человеческой деятельности. Негативные медико-социальные последствия выступают факторами, серьезно ограничивающими возможности общества по обеспечению реализации прав граждан на жизнь и безопасность, на получение соответствующего воспитания, образования и необходимой для достойной жизни профессии, на защиту их от преступных посягательств со стороны лиц, злоупотребляющих алкоголем.

Очевидно также и то, что экономическая стоимость бремени от алкоголизма огромна, хотя вследствие своей многофакторности трудно измерима. Экономическое бремя алкоголизма представляет собой очень значимую проблему не только для России, но и для большинства стран мира. Согласно оценкам ВОЗ, связанные с алкоголизмом расходы для общества составляют 2—5% ВВП. Так, согласно существующим, данным приблизительная стоимость алкоголизма в США в ценах 1998 г. составляет 184,6 млрд долл. [45]. Анализ прямых и косвенных затрат, обусловленных алкоголизмом, проведенный в Германии в 2002 г., показал, что бремя алкоголизма составляет 39,6 млрд немецких марок (1,13% ВВП), что составляет около 19,8 млрд евро [45].

Эти суммы представляют собой минимальную оценку ущерба, поскольку учитывают лишь прямые издержки, вызванные заболеваниями алкоголизмом,

и не учитывают негативное воздействие чрезмерного употребления алкогольных напитков на все общество, в том числе сверхсмертность от сердечно-сосудистых и иных заболеваний, обусловленных чрезмерным употреблением алкогольных напитков.

Рядом исследований, было показано, что из года в год в различных странах экономическая стоимость алкоголизма растет. Она складывается из потерь рабочего времени, затрат на медицинскую помощь, в первую очередь в связи с соматическими осложнениями алкоголизма, на ликвидацию последствий дорожных катастроф, пожаров, на борьбу с преступностью, социальное обеспечение. В итоге получается, что алкоголизм съедает миллиардные суммы.

Суммарный ущерб от алкоголизма для государства складывается из следующих составляющих.

Экономические потери и вынужденные прямые затраты:

- потери от ежегодной смерти граждан от прямых и косвенных причин, связанных с чрезмерным употреблением алкоголя и употреблением алкогольных напитков ненадлежащего качества;
- потери, обусловленные самоубийствами и убийствами, а также совершением иных преступлений в связи с чрезмерным употреблением алкогольных напитков;
- потери государственного бюджета от незаконного производства и оборота алкогольной и спиртосодержащей продукции;
- расходы на содержание системы учреждений исполнения наказаний в силу обусловленности многих преступлений чрезмерным употреблением алкоголя;
- потери, связанные, с асоциализацией, полным или частичным выключением из общества детей-сирот, в том числе «социальных сирот», покидающих свои семьи из-за пьянства и сопутствующего ему насилия и аморального поведения родителей, невыполнения ими своих обязанностей по воспитанию детей;
- прямые затраты на борьбу с беспризорностью и безнадзорностью детей и на содержание «социальных сирот»;
- потери, связанные с выплатой средств (пособий, страховых выплат и пр.) по медицинскому и социальному страхованию в связи с лечением или иждивением лиц, страдающих алкоголизмом или заболеваниями, вызванными чрезмерным употреблением алкоголя и употреблением алкогольных напитков ненадлежащего качества;
- прямые затраты на содержание, лечение и социальную реабилитацию больных алкоголизмом и иными заболеваниями, обусловленными чрезмерным употреблением алкоголя или употреблением алкогольных напитков ненадлежащего качества;
- потери, связанные с рождением детей с врожденными или наследственными заболеваниями, вы-

званными чрезмерным употреблением алкоголя их родителями;

- потери производительности труда вследствие чрезмерного употребления алкоголя или употребления алкогольных напитков на рабочем месте.

Потери неимущественного характера:

- маргинализация и криминализация значительной части общества, распространение субкультуры алкоголезависимых;
- деформация системы общественных ценностей, в том числе семейных ценностей, значительный ущерб духовно-нравственному потенциалу общества в целом.

С точки зрения фармакоэкономического анализа все эти затраты можно условно разделить на две большие группы: прямые и непрямые расходы.

Прямые затраты включают затраты, понесенные системой здравоохранения, пациентом или иным плательщиком, обществом в целом при непосредственном оказании медицинской помощи, и включают в себя:

- затраты, связанные непосредственно с оказанием наркологической помощи (амбулаторное и стационарное лечение; транспортировка больных санитарным транспортом и др.);
- затраты, связанные с оказанием медицинской помощи в результате последствий алкоголизма (заболевания различных органов и систем органов).

Практически все бремя прямых затрат ложится на систему здравоохранения.

Непрямые затраты связаны с нетрудоспособностью или смертью пациента в связи с заболеванием или производственными потерями, которые несут ухаживающие за пациентом члены его семьи или друзья:

- издержки за период отсутствия на рабочем месте из-за болезни, прогулов или инвалидности (социальные выплаты, недопроизведенный общественный продукт);
- экономические потери от снижения производительности труда на месте работы;
- экономические потери от преждевременной смерти, особенно в трудоспособном возрасте (отравления, утопления, убийства, ДТП);
- расходы ФСИН, социальных служб, пожарной службы, связанные с алкоголизмом и пьянством.



Структура экономического бремени алкоголизма для государства, млрд руб.

Модельный анализ экономического бремени алкоголизма и чрезмерного употребления алкоголя в России, проведенный лабораторией фармакоэкономики НИИ фармации ММА им. Сеченова, показал, что минимальное суммарное бремя составляет более 647,7 млрд руб. в год. Эта сумма эквивалентна 2% ВВП страны. Анализ структуры экономического бремени алкоголизма показывает, что соотношение прямых и косвенных затрат составляет 1:3 (рисунок). При этом только 4% всех прямых затрат непосредственно связаны с оказанием наркологической помощи (содержание в вытрезвителях, госпитализация в наркологические отделения стационаров). Остальные 96% прямых затрат связаны с устранением клинических последствий алкоголизма.

В расчете на одного зарегистрированного больного среднее экономическое бремя алкоголизма составляет 456 811,56 руб. в год.

Необходимость повышения эффективности практических действий государства по решению проблемы пьянства требует проведения мониторинга различных аспектов алкогольной ситуации и его наиболее рационального экономического обоснования, в том числе на основе полноценной социологической и статистической научной информации. Однако уже сейчас можно говорить о том, что значимое экономическое бремя, а также спектр социально-демографических проблем, связанных с алкоголизмом, указывают на то, что в России необходимо дальнейшее осуществление комплекса мер, направленных на профилактику алкоголизма и формирование здорового образа жизни, а также усовершенствование системы лечения больных алкоголизмом. Одним из важнейших компонентов лечения алкогольной зависимости должна стать современная фармакотерапия, которая в комбинации с психотерапией и при вовлечении семей лиц, злоупотребляющих алкоголем, гарантирует высокую эффективность и полную социальную адаптацию пациентов.

Список литературы

1. Андреева И.В., Слуцкий Э.В. Нейропсихологический дефицит в структуре алкогольных изменений личности // Наркология. — 2005. — №10. — С. 45—49.
2. Винницкая Е.В. Алкогольный цирроз печени и спонтанный бактериальный перитонит: трудности дифференциальной диагностики // Наркология. — 2008. — №4. — С. 84—87.
3. Гриневич В.Б., Мехтиев С.Н., Успенский Ю.П., Кравчук Ю.А., Барнакова В.А., Коблов С.В. Алкогольная болезнь печени. Ч. I: Алкогольный гепатоз и алкогольный гепатит: (клиника, диагностика, принципы терапии): Метод. рек. — Петрозаводск: ИнтелТек, 2004. — 64 с.
4. Гуревич Г.Л. Особенности клиники, динамики и терапии алкогольной зависимости при аффективных психозах // Вопросы наркологии. — 2004. — №3. — С. 38—46.
5. Гусова М.К. Токсическое поражение зрительного нерва при интоксикации алкоголем: Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — 2008. — 28 с.
6. Дмитриева Т.Б., Игонин А.А., Клименко Т.В., Кулагина Н.Е., Пищикова Л.Е. Злоупотребление психоактивными веществами (клинические и правовые аспекты). — М.: МНЦ «Инфокоррекция», 2003. — 316 с.
7. Заиграев Г.Г. Проблемы алкоголизации населения России // Наркология. — 2002. — №7. — С. 2—7.
8. Зинковский А.К., Кузьмичев Б.Н. Влияние эмоционально-волевых расстройств и алкоголизации на социальную адаптацию подростков финно-угорского и славянского этносов, страдающих умственной отсталостью // Наркология. — 2004. — №2. — С. 52—55.
9. Иутин В.Г., Шуляк Ю.А., Харьковской О.А., Рыхленский П.З. Клинико-статистический анализ факторов, способствующих развитию делирия у больных алкоголизмом в процессе их стационарного лечения. Актуальные проблемы металкогольных (алкогольных) психозов. Диагностика, клиника и лечение: Мат-лы научно-метод. конф. — М.: МГОУ, 2005. — С. 81—90.
10. Карлов А.А. Оказание скорой помощи больным с различными психопатологическими механизмами опасного поведения // Журнал социальной и клинической психиатрии. — 1997. — №1. — С. 122—127.
11. Клименко Т.В., Кирпиченко А.А. Клинико-психологическая характеристика свойств личности мужчин и женщин с алкогольной зависимостью // Наркология. — 2007. — №6. — С. 65—67.
12. Князева Т.М., Шапиро Ю.Г. Социологический анализ женского алкоголизма // Вопросы наркологии. — 2006. — №3. — С. 43—48.
13. Кривенков А.Н., Игонин А.А., Сафуанов Ф.С., Гавриленко А.Я., Тузикова Ю.Б. Сравнительная характеристика больных алкоголизмом, совершивших и не совершивших правонарушений в состоянии опьянения // Вопросы наркологии. — 1998. — №1. — С. 30—36.
14. Крылов Е.Н. Депрессивные расстройства у больных алкогольной зависимостью // Наркология. — 2004. — №4. — С. 42—49.
15. Крюков, Харченко В.И., Найденова Н.Г., Буромский И.В., Корякин М.В., Вирин М.М., Ундритов В.М. Острая интоксикация этиловым спиртом, а не его суррогатами — основная причина смертельных отравлений алкоголем в России // Наркология. — 2005. — №10. — С. 50—59.
16. Лисицин Ю.П., Сидоров П.И. Алкоголизм. Медико-социальные аспекты: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 1990. — 528 с.
17. Лукомская М.И. Алкоголизм в общесоматической сети: выявление, типология, лечебно-профилактические программы: Дисс. на соискание ученой степени д.м.н. — М., 1991. — 412 с.
18. Маколкин В.И., Махов В.М. Поражения желудочно-кишечного тракта при алкоголизме // Реф. сб. «Новости науки». Серия «Медицина». Вып. «Алкогольная болезнь». — 1997. — №12. — С. 1—4.
19. Миронец Е.Н., Голенков Е.Н., Карышев П.Б. Самоубийства у лиц пожилого и старческого возраста. IV Съезд психиатров России. 15—18 ноября 2005. — ИД «Медпрактика-М», 2005. — С. 444—449.
20. Мокаева Б.И. Алкоголизм и наркомания как провоцирующие факторы криминальной агрессии. Социальная опасность наркологических больных // Наркология. — 2008. — №4. — С. 91—92.
21. Москаленко В.Д. Медицинские последствия алкоголизма и наркомании // Наркология. — 2007. — №7. — С. 52—57.
22. Немцов А.В., Терехин А.Т. Размеры и диагностический состав алкогольной смертности в России // Наркология. — 2007. — №12. — С. 29—36.
23. Немцов А.В. Алкогольный урон регионов России. — М., 2003. — 136 с.
24. Никитина И.Г. Алкогольная болезнь печени: иммунологические механизмы патогенеза // Наркология. — 2007. — №6. — С. 53—56.

25. Никифоров И.А., Чернобровкина Т.В. Некоторые медико-социальные аспекты подростковой наркомании // Наркология. — 2004. — №4. — С. 73—79.
26. Маколкин В.И., Махов В.М., Поражения желудочно-кишечного тракта при алкоголизме // Реф. сб. «Новости науки», серия «Медицина», вып. «Алкогольная болезнь». — 1997. — №12. — С. 1—4.
27. Огурцов П.П., Нужный В.П. Острые отравления этиловым спиртом. Злоупотребление алкоголем в России и здоровье населения. Острые отравления этиловым спиртом и его суррогатами: Инф. мат-лы и рекомендации для врачей. — М., 2000. — С. 113—155.
28. Огурцов П.П., Нужный В.П. Экспресс-диагностика (скрининг) хронической алкогольной интоксикации у больных соматического профиля. — М., 2001. — С. 18.
29. Основные показатели деятельности наркологической службы в Российской Федерации в 2006—2007 годах: Статистический сборник. — М., 2008. — 125 с.
30. Петушков Е.Р., Иутин В.Г., Золотухин С.В. Алкогольные психозы как причина летальных исходов при лечении алкоголизма в стационаре. Актуальные проблемы металкогольных (алкогольных) психозов. Диагностика, клиника и лечение. Мат-лы научно-метод. конф. — М., 2005. — С. 63—66.
31. Поплевченков Н.А. Алкогольные проблемы у пациентов врачей общей практики: выявление, дифференцированное целевое вмешательство, профилактика: Автореф. — М., 2001. — 34 с.
32. Разводовский Ю.Е. Алкоголь и смертность от злокачественных образований в Беларуси // Наркология. — 2007. — №12. — С. 38—40.
33. Савельев Д.В., Новиков Е.М., Булатников А.Н. Сравнительная характеристика синдрома отмены у больных алкоголизмом в Москве в 1965, 1985, 2005 гг. // Вопросы наркологии. — 2007. — №3. — С. 33—44.
34. Сидоров П.И., Соловьев А.Г., Елистратова Т.В. Нейрофизиологические особенности эпилептического синдрома алкогольного генеза // Наркология. — 2007. — №9. — С. 25—31.
35. Основные показатели деятельности наркологической службы в Российской Федерации в 2006—2007: Статистический сборник. — М., 2008. — 126 с.
36. Старшенбаум Г.В. Суицидология и кризисная психиатрия. — М.: Когито-Центр, 2005. — 376 с. (Клиническая психология).
37. Тезисы доклада министра здравоохранения и социального развития РФ Т.А. Голиковой на Президиуме Совета по приоритетным национальным проектам и демографическому развитию при Президенте РФ. <http://www.minzdravsoc.ru/health/prior/29>.
38. Хацкель С.Б. Развитие воспитанников домов ребенка с различной семейной отягощенностью алкоголизмом // Вопросы наркологии. — 2004. — №6. — С. 38—43.
39. Цыганков Б.Д. Психотерапия в системе лечения алкогольных психозов. Актуальные проблемы металкогольных (алкогольных) психозов. Диагностика, клиника и лечение: Материалы научно-методической конференции. 23 декабря 2005 г. — М.: МГОУ. — С. 172—179.
40. Чернобровкина Т.В., Артемчук А.Ф., Сосин И.К., Никифоров И.А. Проблема коморбидности и современные формы алкогольной болезни (клинико-патогенетический аспект) // Наркология. — 2006. — №12. — С. 45—74.
41. Шереги Ф. Социология девиации. Прикладное исследование. — М.: Центр социального прогнозирования, 2004. — 344 с.
42. Шустов Д.И. Ауторегрессия, суицид и алкоголизм. — М.: Когито-Центр, 2005. — 214 с.
43. Ягудина Р.И., Куликов А.Ю., Усенко К.Ю. Отчет о научно-исследовательской работе «Экономические последствия алкоголизма для государства. Фармакоэкономическая оценка препарата Вивитрол».
44. Bergman E., Horsch K. Kosten alkoholassoziierter Krankheiten. — Robert-Koch Institut, Berlin, 2002.
45. Gastfriend D.R. et al. Reduction in heavy drinking as a treatment outcome in alcohol dependence // Journal of Substance Abuse Treatment. 2007. — 33. — P. 81—80.
46. Стратегия национальной безопасности РФ до 2020 г. Указ Президента РФ от 12 мая 2009 г. №537.