

Алкоголь-атрибутивная смертность и организационные подходы к её учету в России и за рубежом

МОРДОВСКИЙ Э.А. аспирант Института общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы Северного государственного медицинского университета (СГМУ), Архангельск

ВЯЗЬМИН А.М. д.м.н., профессор, проректор по стратегическому развитию, директор Института общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы СГМУ, Архангельск

СОЛОВЬЕВ А.Г. д.м.н., профессор, зам. директора Института ментальной медицины СГМУ, Архангельск; e-mail:

Рассмотрены вопросы терминологии алкоголь-атрибутивной смертности (ААС) и организационные подходы к её учёту в России и за рубежом. Определено, что в настоящее время отсутствуют единое понятие концепции ААС и общепризнанный перечень состояний, в неё входящий. Установлено, что для статистических систем Европы и России характерна «потеря» алкогольных диагнозов на различных этапах обработки информации. Выявлено, что значительная часть существующих оценок ААС в работах исследователей основана на анализе официальной статистической информации и носит оценочный характер. Использование различных методик анализа обуславливает невозможность сравнения его результатов, которые, соответственно, являются спорными.

Ключевые слова: алкоголь, смертность, Россия, статистическая отчётность

Введение

Потребление алкоголя как одного из первых адаптогенов, известных человеку, достаточно широко распространено в мире. Исключение составляют лишь некоторые арабские государства Азии и Африки, где оно законодательно запрещено.

Токсический характер действия этилового спирта на организм является доказанным. Хотя результаты ряда исследований свидетельствуют, что умеренное потребление некоторых типов спиртного, например красного вина, ассоциируется с более низким содержанием общего холестерина в крови, а, значит, более низким риском развития атеросклеротических поражений стенок сосудов, алкоголь сегодня признан одним из основных источников общего бремени болезней человеческой популяции [17]. Алкоголь является третьим по значимости фактором потери трудового потенциала человечества после низкой массы при рождении и незащищённого секса [20]. Данная проблема является более актуальной угрозой, чем туберкулёз, ВИЧ/СПИД или насилие, поэтому уже в 1974 г. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) признала её в качестве одного из приоритетных направлений для медико-социальных исследований. По оценкам ВОЗ, ежегодно в мире до 2,5 млн чел. умирает от причин, обусловленных потреблением спиртного, что составляет почти 4% смертности от всех состояний.

Целью исследования была систематизация данных об алкоголь-атрибутивной смертности и сравнение социально-гигиенических и организационных подходов в её учёте.

В качестве источников информации использовались ресурсы специализированных поисковых систем (Medline, eLibrary и пр.).

Алкоголь-атрибутивная смертность

Сегодня не существует единой международно признанной концепции смертности от заболеваний или состояний, обусловленных приёмом алкоголя. Следствием такого положения является невозможность производить сравнения результатов исследований, проведённых в различных научных центрах, а также выполнять анализ официальных государственных статистических данных.

В Западной Европе на рубеже XX—XXI веков сложилась концепция так называемой алкоголь-атрибутивной заболеваемости и смертности (alcohol-attributable morbidity and mortality, ААЗ и ААС). Данные понятия трактуются достаточно широко, и в некоторых публикациях можно встретить такие их синонимы, как «сопутствующие заболевания и несчастные случаи, относящиеся к алкоголю» (alcohol-related comorbidities and fatalities) и «смертность, относящаяся к алкоголю» (alcohol-related mortality). По принципу причинно-следственной связи алкоголь обуславливает не менее 230 состояний, имеющих коды Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10, табл. 1). Из них около 30 уже в своём названии содержат «алкогольный» термин. Эти диагнозы принято делить на 8 больших категорий: нейropsychиатрические, желудочно-кишечные, злокачественные новообразования, преднамеренные повреждения, непреднамеренные повреждения, сердечно-сосуди-

Перечень алкоголь-атрибутивных состояний (по МКБ-10) [15]

Состояния, полностью обусловленные приёмом алкоголя, $AAF = 1,0$		Состояния, частично обусловленные приёмом алкоголя, $AAF > 0 / AAF < 1,0$			
Состояние	Код по МКБ-10	Состояние	Код по МКБ-10	Состояние	Код по МКБ-10
1	2	3	4	5	6
Кушингоидный синдром, вызванный алкоголем	E24.4	<i>Новообразования:</i>		Эпилепсия и эпилептический статус	G40—G41
Энцефалопатия Вернике	E51.2	Злокачественное новообразование губы	C00	<i>Травмы:</i>	
Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя	F10	Злокачественные новообразования ротовой полости и глотки	C00—C06, C09—C10, C12—C14	Дорожно-транспортные происшествия (в которых пострадавшие не были пешеходами)	
Дегенерация нервной системы, вызванная алкоголем	G31.2	Злокачественное новообразование пищевода	C15	Транспортные происшествия (пострадавшие — пешеходы)	
Алкогольная полиневропатия	G62.1	Злокачественное новообразование печени и внутрипеченочных желчных протоков	C22	Транспортные аварии на воде	V90—V94
Алкогольная миопатия	G72.1	Злокачественное новообразование гортани	C32	Травмы при падении	W00—W19
Алкогольная кардиомиопатия	I42.6	Злокачественное новообразование молочной железы	C50	Травмы при осуществлении профессиональной деятельности	W24—W31, W45
Алкогольный гастрит	K29.2	<i>Сердечно-сосудистые заболевания:</i>		Травмы, полученные при использовании огнестрельного оружия	W32—W34
Алкогольная болезнь печени	K70	Гипертензия	I10—I15	Утопление	W65—W74
Хронический панкреатит алкогольной этиологии	K86.0	Коронарная болезнь сердца	I20—I25	Вдыхание и заглатывание пищи, приводящее к закупорке дыхательных путей	W78—W79
Поражения плода и новорожденного, обусловленные потреблением алкоголя матерью	P04.3	Сердечные аритмии	I47—I48	Травмы от воздействия огня, дыма, пламени и пр.	X00—X09
Поражение плода (предполагаемое) в результате воздействия алкоголя, требующее предоставление медицинской помощи матери	O35.4	Геморрагические инсульты	I60—I62	Случайные отравления и воздействие токсических веществ	X40—X49 (искл. X45)
Алкогольный синдром у плода (дизморфия)	Q86.0	Ишемические инсульты	I63—I66	Преднамеренное причинение себе вреда	X60—X84, Y10—Y34, Y87.2 (искл. X65, Y15)
Обнаружение алкоголя в крови	R78.0	<i>Желудочно-кишечные, метаболические и эндокринные состояния:</i>		Нападение	X85—Y09, Y87.1
Токсическое действие алкоголя	T51	Варикозное расширение вен пищевода	I85, I98.2	<i>Состояния, алкогольная составляющая которых продолжает исследоваться:</i>	
Случайное отравление и воздействие алкоголем	X45	Желудочно-пищеводный разрывно-геморрагический синдром (Мэлори—Вейсса)	K22.6	Новообразования желудка, поджелудочной железы, эндометрия, яичников, желчного пузыря, почек, лёгких, предстательной железы	
Преднамеренное самоотравление и воздействие алкоголем	X65	Неспецифические болезни печени	K73, K74.0-2, K76.0, K76.9	Туберкулёз дыхательной системы, диабет, остановка сердца, пневмония и грипп, язва желудка и двенадцатиперстной кишки, униполярная депрессия, низкая масса при рождении и пр.	
Отравление и воздействие алкоголем с неопределёнными намерениями	Y15	Портальная гипертензия	K76.6		

Таблица 1 (окончание)

Состояния, полностью обусловленные приёмом алкоголя, $AAF = 1,0$		Состояния, частично обусловленные приёмом алкоголя, $AAF > 0 / AAF < 1,0$			
1	2	3	4	5	6
Доказательство влияния алкоголя, определённого по содержанию в крови	Y90	Желчнокаменная болезнь	K80		
Доказательство влияния алкоголя, определённого по степени опьянения	Y91	Острый и другие хронические панкреатиты	K85, K86.1		
		<i>Другие хронические и острые состояния:</i>			
		Псориаз	L40 (искл. L40.5)		
		Самопроизвольный аборт	O03		

стые, а также отдельно выделяют фетальный алкогольный синдром и сахарный диабет. В последнем случае действие алкоголя при разных сопутствующих условиях может оказывать как протективный, так и негативный эффект. В ряде исследований доказано прямое негативное влияние алкоголя на течение и исход инфекционных заболеваний [20].

В основе соотношения большинства состояний (диагнозов) с приёмом спиртного лежит модель компонентной причины (component cause model). Суть её заключается в том, что алкоголь обуславливает только определённую долю общей распространённости того или иного состояния в популяции. Эта доля определяется двумя факторами: «объёмом воздействия» (т.е. количеством потребляемого алкоголя и его «распределением» среди населения (паттерном потребления)), а также относительным риском, ассоциированным с этим «объёмом воздействия» [23]. Относительный риск, который демонстрирует, во сколько раз повышается вероятность появления в популяции некоторого состояния с течением времени, если в ней начинают принимать алкоголь, в данной модели представляется наиболее уязвимым элементом. Он обозначается также как «отношение доза — ответ» (dose — response relationship, DRR) и представляет собой всегда индивидуальную по характеру нелинейную зависимость между объёмом потребления алкоголя в популяциях и распространённостью конкретного алкоголь-атрибутивного состояния. В отношении коронарной болезни сердца, гипертонии, инсульта, деменции, сахарного диабета и общей смертности данная взаимосвязь в графическом исполнении имеет форму английской буквы «J» [16]. Этот факт препятствует проведению непосредственного сравнения уровня потребления алкоголя в популяции с ААС, что широко практикуется, например, в России. Относительный риск определяется в ходе многочисленных эпидемиологических исследований, соответственно, может быть чётко детерминирован только для изучаемой популяции.

Таким образом, определение общего бремени болезней, обусловленного приёмом алкоголя, за рубежом

складывается из анализа рутинной статистики по продажам спиртного, его подушевого потребления и мета-анализа результатов эпидемиологических исследований по определению DRR. Использование разных источников данных (своеобразная их триангуляция) позволяет повысить качество конечных результатов. К сожалению, данная методика, при всех её положительных характеристиках, по существу, не используется российскими исследователями. Также следует учитывать, что подобная схема может эффективно работать только в странах, где доля теневого рынка спиртного относительно мала. Данные о паттерне потребления алкоголя населением являются ещё одной уязвимой стороной модели, поскольку истинное подушевое потребление и доля лиц, не потребляющих спиртное, по существу, не известны. Но и игнорирование даже приблизительных их оценок является ошибочным, поскольку в противном случае популяция рассматривается как некая усреднённая модель, что обуславливает априорные ошибки в результатах анализа.

Доля общей инцидентности в популяции некоторого состояния, обусловленная алкоголем, носит название алкоголь-атрибутивной фракции (alcohol-attributable fraction, ААФ) [23]. Рассчитывается она по следующей формуле:

$$AAF = p \cdot (RR - 1) / (1 + p \cdot (RR - 1)),$$

где:

p — смертность от данного состояния в популяции;
 RR — относительный риск (relative risk) [6].

Значение ААФ можно рассчитать как для заболеваемости, так и для смертности от конкретного состояния (табл. 2). В большинстве случаев оно повышается с увеличением возраста умершего и всегда ниже у женщин во всех возрастных группах [22]. Показатель смертности рассчитывается не для всей популяции, а для некоторой возрастной группы; в США исследуемой группой, в зависимости от алкогольного законодательства штатов, являются все лица 20 лет и старше или 18 лет и старше; в Европе — все лица от 15 лет и старше.

Концепция ААЗ и ААС и модель компонентной причины получили широкое распространение на Западе. Но и сегодня, даже в пределах достаточно однородного и высокоинтегрированного европейского научного сообщества, отсутствует единое понимание самой сути проблемы, т.е. какие состояния могут быть признаны обусловленными алкоголем. Например, в Соединённом Королевстве этот перечень различный в региональных исследовательских центрах Англии и Шотландии. Если в Шотландии 53 состояния, по МКБ-10, могут быть отнесены к алкоголь-атрибутивным (из них 19 — «полностью обусловленные алкоголем»), то в Англии таковыми признаются лишь 47 (из них только 13 — «полностью обусловленные алкоголем») [14, 15]. В США всего 54 состояния могут быть отнесены к алкоголь-атрибутивным [22]. Эксперты ВОЗ указывают более чем на 60 типов заболеваний и травм или более чем на 200 различных состояний в классификации МКБ-10. Подобные отличия обусловлены разными оценками степени доказанности влияния алкоголя как этиологического фактора, соответственно, будут ещё долго служить предметом дис-

куссий. Рассчитанная по указанной методике полная ААС для России и некоторых других стран постсоветского пространства составляет 20% для мужчин и 6% для женщин [20].

Ввиду обозначенных трудностей возникает необходимость выделения своеобразных индикаторов ААС, расчёт которых мог бы отражать её, в целом. Американскими специалистами выделены две специфические причины смерти от проблем, связанных с алкоголем. Это группа диагнозов «Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя, F10» и «Алкогольная болезнь печени, K70». Вместе они обуславливают значительную долю всей ААС в экономически развитых странах, а также служат индикатором бремени болезней, обусловленных этим фактором [22].

В России проблема смертности от заболеваний, обусловленных алкоголем, также активно изучается, чему способствует ряд факторов. Важнейшие из них — высокая общая смертность населения, крайне высокий уровень потребления алкоголя и наличие уникального опыта антиалкогольной кампании

Таблица 2

Алкоголь-атрибутивная смертность в мире в зависимости от пола, по оценкам ВОЗ [20]

Состояние	Доля смертей от данного состояния, обусловленного алкоголем (%)			ААФ для популяции (%)		
	Всего	Мужчины	Женщины	Всего	Мужчины	Женщины
Цирроз печени	16,6	15,3	24,5	48,3	58,2	29,0
Дорожно-транспортные происшествия	11,9	12,3	9,9	21,0	25,2	9,2
Другие непреднамеренные травмы	9,9	9,1	14,8	19,2	25,0	10,1
Рак печени	8,2	8,0	9,8	30,3	37,0	15,7
Насилие	8,0	8,1	7,4	30,1	32,5	20,1
Рак пищевода	7,0	6,8	8,2	30,9	39,8	14,3
Гипертоническая болезнь	5,8	5,2	9,7	13,3	22,1	5,7
Цереброваскулярные заболевания	4,9	8,0	14,3	1,9	5,8	1,5
Причинение себе вреда	4,0	3,8	5,3	10,7	13,9	5,2
Состояния, обусловленные злоупотреблением алкоголем	3,9	3,9	4,1	100,0	100,0	100,0
Ишемическая болезнь сердца	3,8	6,2	11,2	1,2	3,1	1,0
Рак губы и носоглотки	3,4	3,5	3,0	23,0	28,3	9,6
Отравления	3,0	2,7	4,3	19,2	23,9	10,9
Утопления	2,7	2,5	4,0	15,7	18,4	10,0
Падения	2,1	2,1	2,5	11,2	15,3	4,7
Эпилепсия	2,1	1,7	4,1	32,7	41,1	21,2
Рак груди	1,7	0,0	12,4	7,4	0,0	7,4
Рак ободочной и прямой кишки	0,8	0,8	0,9	2,9	4,6	0,9
Другие злокачественные новообразования	0,5	0,4	1,3	7,0	8,9	5,0
Преждевременные роды и низкая масса при рождении	0,1	0,1	0,5	0,3	0,3	0,3
Униполярные депрессивные расстройства	0,0	0,0	0,0	1,5	2,7	0,5
Сахарный диабет	0,5	0,4	1,2	0,1	1,6	0,6
Всего	100,0	100,0	100,0	3,8	6,2	1,1

1985—1988 гг., анализ которого позволил произвести независимый расчёт алкогольных потерь на фактических данных. Так же как и на Западе, в нашей стране не сложилось чёткого определения смертности от заболеваний, обусловленных алкоголем. Ряд российских исследователей обозначенной проблемы выделяет две подгруппы в «общих алкогольных потерях» — так называемые прямые и непрямые [5, 13]. «Прямые» алкогольные потери определяются как «непосредственно связанные с употреблением алкоголя» [8]. Они, вероятно, соответствуют группе состояний, полностью обусловленных алкоголем, по версии западноевропейских исследователей. Их перечень непостоянный в различных исследованиях, что само по себе не позволяет производить сравнение их результатов [4, 16]. «Непрямые» потери, в свою очередь, складываются из случаев, «когда алкоголь является не единственным, но ведущим или очень важным фактором смерти» и характеризуют степень алкоголизации российского общества [8]. Эти потери соответствуют группе состояний, частично обусловленных приёмом алкоголя, по версии западноевропейских исследователей. Использование подобных достаточно расплывчатых определений, а также индивидуальных методик расчётов является причиной недоверия многих специалистов к достоверности получаемых результатов. В частности, имеются оценки ежегодных алкогольных потерь населения России во всех возрастных группах более чем в 400,0 тыс. чел. (до четверти всей смертности), которые суммарно за 1990—2001 гг. превысили 7 млн чел. [4, 7]. Эти данные опровергаются ссылками на возможные ошибки в интерпретации официальной статистики и выбранных методов математического анализа [12]. Существенное отличие работ многих российских исследователей заключается также в том, что в своих анализах они часто стараются выстроить прямые параллели между уровнем потребления алкоголя в стране и ААС [4, 8]. В то же время прямой зависимости между этими индикаторами, в целом, не отмечается (табл. 3). В таких случа-

ях в генерируемых статистических моделях не остаётся места другим формам рискованного поведения, не менее распространённым в российском обществе, например курению, неправильной диете, дефициту физических нагрузок, степень взаимного влияния которых на смертность в России не изучена. За рубежом источником данных для определения ААФ того или иного состояния является метаанализ результатов серии эпидемиологических исследований, но в России в необходимом объёме таких исследований по подавляющему большинству потенциальных алкоголь-атрибутивных заболеваний, травм и состояний ещё не произведено. Сложно было бы и переносить на нашу страну результаты западноевропейских исследований, поскольку Восточная и Северная Европа характеризуется иным, так называемым интоксикационно-ориентированным паттерном потребления алкоголя. Преобладание крепких спиртных напитков, а также ориентация его потребителей на достижение состояния опьянения (интоксикации) являются характерными для Польши, Финляндии, России, Белоруссии и ряда других стран постсоветского пространства. К тому же, упор на использование только официальных статистических данных по демографии и продажам алкоголя сам по себе обуславливает ряд дополнительных ошибок вследствие несовершенства всех статистических систем. Кроме того, обнаружение любой статистически значимой ассоциации между индикаторами само по себе не означает наличия причинно-следственной связи между ними.

Организационные подходы к учёту ААС в России и за рубежом

Неоднократные попытки определения истинного масштаба ААС в Европе, Австралии, Северной Америке, в России всегда давали неоднозначные результаты. Это обусловлено двумя основными причинами. Кроме отсутствия общепринятого определения самого этого вида смертности, важным элементом является несовершенство всех существующих систем статисти-

Таблица 3

Потребление алкоголя в некоторых странах мира в 2011 г. (в литрах чистого алкоголя на 1 чел. в год) и ожидаемая продолжительность жизни (лет) [19]

Страна	Потребление чистого алкоголя в литрах на 1 чел. в год	Ожидаемая продолжительность жизни (оба пола), лет
Афганистан	0	45,2
Саудовская Аравия	0,05	74,11
Китай	4,21	74,68
Бразилия	6,16	72,53
Канада	7,77	81,38
США	8,44	78,37
Финляндия	9,72	79,27
Российская Федерация	11,03	66,29
Франция	13,30	81,19
Чехия	14,97	77,19

ческого учёта. Последний фактор очень часто не учитывается исследователями, которые пытаются определить алкогольные потери, анализируя данные государственных статистических служб. В то же время именно данные официальной статистики являются базой для дальнейшего расчёта как ААФ для состояний, являющихся причиной смерти за рубежом, так и показателей смертности от конкретных нозологий.

Понятие «система статистического учёта естественного движения населения» (в том числе смертности) рассматривается сегодня широко. Под ним понимается как весь процесс сбора информации путём регистрации актов гражданского состояния или подсчёта частоты наступления определённых и установленных демографических событий, так и разработка, обработка, анализ и оценка этих данных, их представление и распространение в статистической форме [11].

В настоящее время одной из крупнейших зарубежных статистических систем является Евростат. С 1994 г. в числе задач этого международного института — раскрытие информации о важнейших демографических индикаторах в странах Европейского Союза. Основным источником информации для создания баз данных о смертности является Медицинское свидетельство о смерти («Medical certification of death»), в котором указана её основная причина («Underlying cause of death»), закодированная в соответствии с инструкциями (МКБ-10). Ежегодные данные предоставляются в абсолютных цифрах, не стандартизированных и стандартизированных показателях в распределении по полу и по 5-летним возрастным интервалам [18].

В западноевропейских странах даже в формате Евросоюза применяются различные, часто независимые подходы к оценке смертности от заболеваний, травм и состояний, обусловленных алкоголем. Большинство государственных статистических служб разрабатывает данные лишь по таким видам смертности, как алкогольный психоз, алкогольная зависимость, злоупотребление алкоголем, алкогольная кардиомиопатия, алкогольный гастрит, алкогольная жировая болезнь печени, острый алкогольный гепатит, алкогольный цирроз печени, алкогольная полиневропатия, т.е. тех состояний, которые входят в группу болезней, полностью обусловленных приёмом алкоголя. Ежегодно экспертами организации выполняется анализ смертности по 65 отдельным состояниям и группам состояний, которые входят в так называемый «Европейский шортлист» («European shortlist»). При этом все варианты ААС суммируются и включаются в подгруппу «Смертность от злоупотребления алкоголем (включая алкогольные психозы)», Deaths from alcohol abuse (including alcoholic psychosis) группы

«Психические и поведенческие расстройства» («Mental and behavioral disorders»). Соответственно, для европейской статистической службы понятие «ААС» как таковое отсутствует и заменено термином «Смертность от злоупотребления алкоголем», которое формируется всего 9 состояниями из потенциально более чем 230.

ААС является одним из важнейших индикаторов, необходимых для проведения качественного социально-гигиенического мониторинга здоровья населения. Недостатки Евростата как системы обусловили включение в качестве задачи для нового проекта ЕСНМ разработку отдельного индикатора для данного вида смертности. Вместе с другими 87 индикаторами он призван отразить важнейшие сферы жизни человека. Но до сих пор методика его расчёта («Смерти, связанные с алкоголем» / «Alcohol-related deaths») находится на стадии обсуждения и согласования, что демонстрирует сложность задачи ввиду существования различных организационных подходов к процессу в странах Европы [21].

В указанной системе регистрации ААС в Евросоюзе особое внимание уделяется этапу кодирования причины смерти. Кроме данных о заболевании, непосредственно приведшем к смерти, международный вариант Медицинского свидетельства позволяет оценить причинно-следственные отношения патологических состояний, которые напрямую с ним могут быть и не связаны. В большинстве случаев состояние злоупотребляющего спиртным отягощено другими вариантами рискованного поведения (употребление наркотиков, курение), наличием сопутствующей патологии, поэтому важным элементом является выбор между кодированием причины смерти по принципу единственной «основной причины» (underlying cause, US) или «множественному» кодированию (multiple causes, MC). Последний механизм является более предпочтительным, но всё ещё не распространён широко в Европе. Важным фактором также является возможность использования автоматических систем кодирования причины смерти, которые устраняют человеческий фактор. Эти системы сегодня только начинают внедряться в практику, их эффективность доказана и в российских исследованиях [1].

Государственные статистические службы экономически развитых стран уделяют особое внимание оценке медико-социальных последствий нездорового поведения населения. Расчёт так называемого бремени болезней (burden of diseases) позволяет осуществлять планирование деятельности систем здравоохранения, оценивать вклад отдельных факторов в популяционное здоровье. Показатель скорректированных на нездоровье лет жизни (disability-adjusted life years,

ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НАРКОЛОГИИ

DALY) является универсальным, отражающим бремя болезней, в целом (табл. 4).

Таким образом, в рамках единой межгосударственной системы Евростат в Европе сегодня отсутствуют общие организационные подходы в учёте смертности населения, в том числе ААС. Оценка масштабов последней продолжает оставаться предметом региональных исследований, результаты которых часто невозможно сравнивать и экстраполировать на всю европейскую популяцию. Если рассматривать проблему достоверности статистической информации о смертности в Европе, то «потеря» алкогольных диагнозов может произойти на двух этапах. На первом из них, т.е. при постановке самого диагноза смерти, ошибка может произойти вследствие непрофессионализма медицинского работника, неправильно его определившего, а также при кодировании вследствие невозможности учесть его множественный характер или при отсутствии автоматических систем, облегчающих этот процесс. На этапе обработки информации Евростатом «потери» алкогольных диагнозов проис-

ходят из-за отсутствия чёткого определения ААС и перечня состояний, входящих в неё.

В России существуют свои особенности регистрации ААС. Всего в ней участвуют три ведомства, которые выполняют различные функции в пределах единой системы [1]. Министерство здравоохранения и социального развития в лице лечащих врачей отвечает за оформление «Медицинских свидетельств о смерти» и кодирование причин смерти. Управление записями актов гражданского состояния (ЗАГС) осуществляет сбор информации и регистрацию смерти. Федеральная служба государственной статистики создаёт базы данных и разрабатывает причины смерти по собственным перечням в пределах государственного плана статистических работ. В настоящее время в него включены только семь (хронический алкоголизм, алкогольные психозы, алкогольная болезнь печени, алкогольная кардиомиопатия, случайные отравления алкоголем, дегенерация нервной системы, вызванная алкоголем, хронический панкреатит алкогольной этиологии) более чем из 230 доступных в

Таблица 4

Алкоголь-атрибутивное бремя болезней, распределение скорректированных на нездоровье лет жизни (DALY) в мире в зависимости от пола, по оценкам ВОЗ [20]

Состояние	Алкоголь-атрибутивные DALY (тыс. чел.)			Доля DALY, относящаяся к алкоголю (%)		
	Всего	Мужчины	Женщины	Всего	Мужчины	Женщины
Состояния, обусловленные злоупотреблением алкоголем	23 738	21 154	2584	34,2	35,7	25,5
Дорожно-транспортные происшествия	8046	7123	923	11,6	12,0	9,1
Цирроз печени	6632	5271	1361	9,6	8,9	13,4
Другие непреднамеренные травмы	6208	5043	1165	8,9	8,5	11,5
Насилие	5443	4814	630	7,8	8,1	6,2
Рак печени	2210	1860	350	3,2	3,1	3,5
Эпилепсия	2150	1451	699	3,1	2,5	6,9
Причинение вреда себе	2083	1712	372	3,0	2,9	3,7
Ишемическая болезнь сердца	1807	1917	110	2,6	3,2	1,1
Цереброваскулярные заболевания	1579	1598	19	2,3	2,7	0,2
Рак пищевода	1563	1300	263	2,3	2,2	2,6
Отравления	1449	1170	278	2,1	2,0	2,7
Утопления	1378	1129	249	2,0	1,9	2,5
Гипертоническая болезнь	1203	954	249	1,7	1,6	2,5
Падения	1152	977	175	1,7	1,6	1,7
Униполярные депрессивные расстройства	1023	794	229	1,5	1,3	2,3
Рак губы и носоглотки	973	862	112	1,4	1,5	1,1
Рак груди	546	0	547	0,8	0,0	5,4
Рак ободочной и прямой кишки	221	183	37	0,3	0,3	0,4
Другие злокачественные новообразования	128	84	43	0,2	0,1	0,4
Преждевременные роды и низкая масса при рождении	120	645	55	0,2	0,1	0,5
Сахарный диабет	—	—	—	—	—	—
Всего	69 375	59 237	10 137	100,0	100,0	100,0

МКБ-10 форм диагнозов заболеваний, потенциально обусловленных приёмом алкоголя. Одним из главных недостатков существующей трёхведомственной системы, по мнению специалистов, является отсутствие взаимосвязи баз данных всех трёх ведомств. В пределах неё типичной является «потеря» диагнозов ААС, что может происходить на каждом из этапов. Этот факт мешает её полному учёту, и как следствие планированию адекватных профилактических мероприятий, направленных на её снижение.

До 1999 г. кодирование причин смерти в России производилось в территориальных органах государственной статистики, а разработка данных осуществлялась согласно Краткой номенклатуре причин смерти (1981 г.), которая основывалась ещё на МКБ-9. С 1999 г. кодирование осуществляется врачом, выдавшим Медицинское свидетельство о смерти. При этом статистическая разработка производится согласно Краткой номенклатуре причин смерти (1997 г.), основанной уже на МКБ-10. В последнюю включены лишь 188 отдельных состояний, поэтому российские медицинские работники изначально лишены возможности использовать весь диагностический ресурс МКБ. Трудность правильной диагностики природы любой патологии осложнена также недостаточным объёмом производимых патологоанатомических исследований трупов умерших (40—60%). Только при подозрении на криминальный характер смерти судебно-медицинское исследование (экспертиза) будет произведено обязательно. В остальных случаях, особенно в сельской местности, врач при определении причины смерти часто руководствуется только субъективными признаками и данными медицинской карты умершего человека [6, 8]. В некоторых случаях имеет место преднамеренная или невольная фальсификация диагноза, когда в силу нежелания родственников «обнародовать» алкогольный характер патологии умершего или низкой квалификации врача, последний выбирает другой диагноз [4, 7]. Имеются сведения, что у значительной доли умерших от «прочих» или «неклассифицированных» сердечно-сосудистых заболеваний, в крови при аутопсии были обнаружены летальные или потенциально летальные концентрации этанола [24].

«Потеря» диагноза ААС может произойти и на этапе статистической обработки информации. Ф. 106/у-08 «Медицинское свидетельство о смерти» содержит четыре строки в пункте «Причина смерти» (а — болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти, б — патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины, в — первоначальная причина смерти, г — внешняя причина при травмах и отравлениях). Даже если врачу удалось выявить «алкогольный характер» заболевания, в статистическую разработку попадет лишь та патология, которая указана в подпункте

«в» (первоначальная причина смерти). Федеральная служба государственной статистики (Росстат), которая аккумулирует статистическую информацию, получаемую от всех территориальных органов, создаёт базы данных и разрабатывает только тот объём информации, который предусмотрен рамками Федерального плана статистических работ. До 2005 г. Росстат производил анализ смертности от хронического алкоголизма, алкогольных психозов, алкогольной болезни печени и случайных отравлений алкоголем. С 2005 г. дополнительно разрабатывается информация по смертности от алкогольной кардиомиопатии, дегенерации нервной системы, вызванной алкоголем, и хронического панкреатита алкогольной этиологии [2]. Значительное число состояний, полностью обусловленных приёмом алкоголя, остаётся вне системы (табл. 1).

Так же, как и Евростат, Росстат разрабатывает данные о смертности в зависимости от пола и возраста умерших. В отличие от экономически развитых стран Западной Европы и Северной Америки, в нашей стране невозможно выделить некий индикатор, который бы однозначно характеризовал всю ААС. Вероятно, смертность от случайных отравлений алкоголем можно в какой-то мере считать показательной [4]. Умершие по этой причине в России, в большинстве своём, — люди трудоспособного возраста. В старших возрастных категориях, когда доходы граждан ограничены пенсией, смерть чаще наступает от заболеваний, развившихся от злоупотребления алкоголем. Сегодня максимальный уровень смертности от случайных отравлений алкоголем регистрируется у мужчин в возрастной группе 50—54 года, у женщин — 55—59 лет [3]. Это своеобразный переходный период, когда материальный достаток ещё достаточно высокий, но организм уже не способен адекватно переносить алкогольные перегрузки.

Автоматическое кодирование причин смерти в нашей стране применяется только в экспериментальном режиме, часто с использованием иностранного программного обеспечения [1]. Поскольку обучение кодированию причин смерти в России не включено в образовательный стандарт подготовки будущих врачей, уже на первом этапе ошибки и, соответственно, «потери» алкогольных диагнозов могут достигать 50% [9]. Не ясна вполне роль ЗАГС, который, по существу, является лишь промежуточным звеном в цепи передачи данных от учреждений здравоохранения к территориальным органам Росстата. Его функция обезличивания информации вполне может быть заменена использованием новых информационных технологий. На высшем уровне обработки информации о смертности населения в Росстате, так же как и в Европе, всё ещё не сложилась единая концепция ААС.

Общие алкогольные потери в нашей стране, таким образом, остаются неизвестными.

Заключение

ААС уделяется значительное внимание в большинстве экономически развитых стран мира. Правительства многих государств высказывают опасения за возможные негативные социальные и экономические последствия этой проблемы в ближайшем будущем. В эпоху демографического перехода, когда доля населения старше трудоспособного возраста ежегодно увеличивается, а доли трудоспособного и младше трудоспособного, соответственно, сокращаются, особенно актуальными являются социальные меры, направленные на максимальное сокращение модулируемых видов смертности и, прежде всего, смертности от внешних причин.

Выявляемый масштаб ААС обусловлен выбором методики его расчёта. Сегодня в мире отсутствуют как единое понятие концепции ААС и общепризнанный перечень состояний, в неё входящий, так и единые организационные подходы в её учёте. Для статистических систем Европы и России характерна «потеря» алкогольных диагнозов, которая на Западе происходит на двух уровнях, а в России — на трёх. Подавляющая часть существующих оценок ААС в работах различных исследователей носит оценочный и субъективный характер и, соответственно, являются спорными. Результаты отдельных исследований в этой области невозможно сравнивать, так как авторы часто не раскрывают подробно собственные методики.

Таким образом, оценка смертности от заболеваний, травм и состояний, полностью обусловленных приёмом алкоголя, остаётся неточной, а оценка так называемых не прямых алкогольных потерь является вызовом для современной медицинской науки.

Список литературы

1. Вайсман Д.Ш. Автоматизация информационных потоков системы регистрации смертности в Российской Федерации. (2009) <http://vestnik.mednet.ru/content/view/25/52>
2. Демографический ежегодник России. Стат. Сб. Госкомстат России. — М., 2008.
3. Злоупотребление алкоголем в Российской Федерации: социально-экономические последствия и меры противодействия. Доклад Общественной Палаты Российской Федерации. — М., 2009. — 84 с.
4. Немцов А.В., Терехин А.Т. Размеры и диагностический состав алкогольной смертности в России // Наркология. — 2007. — №12. — С. 29—36.
5. Немцов А.В. Алкогольная смертность в России и пути снижения алкогольных потерь. Демографические перспективы России и задачи демографической политики: Материалы научно-практической конференции 6—8 апреля 2010 г. / Ред.-сост. проф. Л.А. Рыбаковский, проф. А.Е. Иванова. — М.: Экон-Информ, 2010. — С. 66—74.
6. Немцов А.В. Тенденции потребления алкоголя и обусловленные алкоголем потери здоровья и жизни в России. 1946—1996 // Алкоголь и здоровье населения России 1900—2000. Рос. ас-соц. общ. здоровья. — 1998. — С. 98—107.
7. Немцов А.В. Когда же закончится марафон алкогольной смертности? (2004). <http://demoscope.ru/weekly/2004/0143/tema01.php>
8. Немцов А.В., Школьников В.М.. Потери в связи с алкогольной смертностью в России в 1980-х—1990-х годах // Алкогольная болезнь. ВИНТИ. Новости науки и техники. Серия «Медицина». — 1999. — №5. — С. 1—15.
9. Погорелова Э.И. О совершенствовании учётных документов по статистике смертности (2007) <http://vestnik.mednet.ru/content/view/27/30/lang.ru>
10. Тихонова Г.И., Горчакова Т.Ю., Касьянчик Е.А. Медико-демографическая характеристика населения трудоспособного возраста в России // Проблемы прогнозирования. — 2009. — №4. — С. 12—18.
11. Принципы и рекомендации для системы статистического учёта естественного движения населения. Второе пересмотренное издание. Организация Объединённых Наций. Департамент по экономическим и социальным вопросам. Статистический отдел. — Нью-Йорк, 2003.
12. Харченко В.И., Какорина Е.П., Мишнев О.Д., Найденова О.Д., Удринцов В.М., Вирин М.М., Михайлова Р.Ю. Сравнительный анализ алкогольной смертности населения России (проблемы диагностики, трактовки, регистрации, количественной оценки) // Алкогольная болезнь. ВИНТИ. Новости науки и техники. Серия «Медицина». — 2004. — №2. — С. 1—20.
13. Шельгин К.В., Самбурская Е.В., Козлова Т.В. Смертность от отравлений алкоголем на Европейском Севере России: динамика, структура, прогноз // Наркология. — 2010. — №1. — С. 39—45.
14. Alcohol-attributable fractions for England. Alcohol-attributable mortality and hospital admissions. Centre for Public Health Faculty of Health and Applied Social Sciences. — Castle House. — Liverpool, 2008.
15. Alcohol-attributable mortality and morbidity: alcohol and population attributable fractions for Scotland. June 2009. NHS National Services Scotland. — Crown, 2009.
16. Balakrishnan R., Allender S., Scarborough P., Webster P., Rayner M. The burden of alcohol-related ill health in the United Kingdom // Journal of Public Health. — 2009. — Vol. 31. — P. 366—373.
17. Brenn T. The Tromso heart study: alcoholic beverages and coronary risk factors // Journal of Epidemiology and Community Health. — 1986. — Vol. 40. — P. 249—256.
18. Causes of death. Compiling agency: Eurostat, the statistical office of the European Union.
19. Central Intelligence Agency. The World Factbook. Life expectancy at birth. [Government report online]. Langley: CIA. <http://cia.gov/library/publications/the-world-factbook/rankorder/2102rank.html>
20. Global status report on alcohol and health 2011. World Health Organization. Department of Mental Health and Substance Abuse. — Le Mont-sur-Lausanne, 2011.
21. ECHI shortlist. The ECHIM Project (2010). <http://healthindicators.eu>
22. Maduro G. Alcohol-Attributable Mortality. NYC 2002—2008. Report to Bureau of Vital Statistics. September 20th 2010.
23. Rehm J., Kehoe T., Gmel G., Stinson F., Grant B. Statistical modeling of volume of alcohol exposure for epidemiological studies of population health: the US example // Population Health Metrics. — 2010. — Vol. 8. — P. 123—134.
24. Zaridze D., Maximovitch D., Lazarev A., Igitov V., Boroda A., Boreham J., Boyle P., Peto R., Boffetta P. Alcohol poisoning is a main determinant of recent mortality trends in Russia: evidence from a detailed analysis of mortality statistics and autopsies // International Journal of Epidemiology. — 2009. — Vol. 38. — P. 143—153.

**ALCOHOL-ATTRIBUTIVE MORTALITY AND ORGANIZATIONAL APPROACHES TO ITS
CONSIDERATION
IN RUSSIA AND ABROAD**

MORDOVSKY E.A. Postgraduate of Institute of Public Health, Healthcare and Social Work, Northern State Medical University (NSMU)
VYAZMIN A.M. PhD, Professor, Vice-Rector for Strategic Development, Director of Public Health, Healthcare and Social Work, NSMU
SOLOVIEV A.G. PhD, Professor, Vice-Director of Institute of Mental Medicine, NSMU

Issues of terminology of alcohol-attributive mortality (AAM) and organizational approaches to its consideration in Russia and abroad have been reviewed. It has been established that at present, there is not any AAM united concept and generally accepted list of states. It has been established that the statistical systems of Europe and Russia, «loss» of alcoholic diagnoses at different stages of information processing was illustrative. It has been detected that a significant part of AAM existing assessments in researchers' works was based on the analysis of official statistical information and was of evaluating nature. Use of different analytical methods provides for impossibility of comparison of its results which are respectively disputable.

Key words: alcohol, mortality, Russia, statistical reporting