
Научные исследования

ЧРЕЗМЕРНОЕ ПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ: АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ

Л.А.Андреева

Минский областной клинический центр «Психиатрия-наркология»,
г. Минск, Республика Беларусь

Законодательством о здравоохранении определены приоритетные области в медицинской профилактике, к которым относится и профилактика употребления алкоголя. Проведенный анализ нормативных правовых актов по организации профилактической работы специалистов первичной медицинской помощи с пациентами, употребляющими алкоголь, выявил области, требующие оптимизации, как в самих документах, так и на уровне практики их применения. Организационные механизмы проведения медицинской профилактики употребления алкоголя также требуют совершенствования. Значимость работы в данном направлении подтверждают результаты проведенного статистического анализа показателей заболеваемости населения психическими расстройствами в связи с употреблением алкоголя. Установлено, что распространенность данной патологии среди сельских мужчин самого трудоспособного возраста (20–39 лет) в Республике Беларусь значительна (14,8% всех мужчин данной группы). Данная ситуация требует эффективных профилактических действий с целью снижения негативного влияния алкоголя на здоровье.

Ключевые слова: алкоголь; чрезмерное потребление; Республика Беларусь; анализ распространенности; государственные программы; профилактика злоупотребления алкоголем; организация медицинской профилактики.

Значимость проблемы потребления алкоголя для медицины и общества в целом осознается в настоящее время не только врачами-наркологами, но и специалистами первичной медицинской помощи. Каждый организатор здравоохранения понимает, что без активной профилактической работы с контингентом проблемно пьющих пациентов затраты на дальнейшее лечение их соматических заболеваний лягут значительным финансовым бременем на бюджет организации. Несмотря на наличие в действующем законодательстве ряда норм, обеспечивающих проведение такой работы, система раннего выявления чрезмерно пьющих пациентов и организации им помощи выстроена не всегда. Зачастую это связано с недооценкой числа лиц, затронутых проблемой пьянства: ведь алкоголизм диагностируется только у самых тяжелых пациентов (на 01.01.2015 г. в стране их было всего около 180 тыс.), и только более тщательный анализ заболеваемости психическими и поведенческим расстрой-

ствами в связи с потреблением алкоголя (далее – ППРА) раскрывает настоящий масштаб проблемы. В связи с этим, цель настоящей публикации – анализ нормативной базы по медицинской профилактике пьянства и оценка реальной распространенности ППРА среди населения трудоспособного возраста, так как без такого анализа невозможна разработка действенных путей оптимизации системы медицинской профилактики.

Профилактика социально значимых заболеваний, к которым относится, в том числе, алкоголизм, является одним из приоритетных направлений деятельности системы здравоохранения Республики Беларусь.

Под медицинской профилактикой в статье 1 действующей редакции Закона Республики Беларусь «О здравоохранении» понимается «основанный на личной заинтересованности пациента комплекс медицинских услуг, направленных на снижение вероятности возникновения заболеваний,

выявление причин и условий, способствующих их возникновению и распространению» [6].

Первичная медицинская помощь, согласно статье 16 указанного закона, – это основной вид оказания медицинской помощи, в том числе и при проведении медицинской профилактики.

В статье 18-1 закона «О здравоохранении» указано, что организации здравоохранения в пределах своей компетенции проводят медицинскую профилактику путем: проведения медицинских осмотров, диспансеризации населения, мероприятий по формированию здорового образа жизни, обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения, в том числе по проведению профилактических прививок, других мероприятий по медицинской профилактике.

Порядок проведения медицинских осмотров установлен постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 28 апреля 2010 г. №47 «Об утверждении Инструкции о порядке проведения обязательных медицинских осмотров работающих и признании утратившими силу некоторых постановлений Министерства здравоохранения Республики Беларусь» (далее – Постановление №47).

Статьей 18-2 закона «О здравоохранении» определено, что диспансеризация населения представляет собой комплекс медицинских услуг, оказываемых в целях проведения медицинской профилактики, определения групп диспансерного наблюдения, пропаганды здорового образа жизни и воспитания ответственности граждан за свое здоровье.

Порядок проведения диспансеризации установлен постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 12 ноября 2007 г. №92 «Об организации диспансерного наблюдения взрослого населения Республики Беларусь» (далее – Постановление №92).

И медицинские осмотры, и диспансеризация являются компонентами медицинской профилактики.

Кроме того, на Министерство здравоохранения Республики Беларусь статьей 8 закона «О здравоохранении» возлагаются обязанности по организации мероприятий, направленных на профилактику употребления населением алкогольных, слабоалкогольных напитков, пива.

В статье 63-1 Закона о здравоохранении определены меры по охране здоровья населения, которые осуществляются республиканскими органами государственного управления, местными исполнительными и распорядительными органами, иными государственными органами, обще-

ственными объединениями, юридическими и физическими лицами, в том числе индивидуальными предпринимателями, в целях обеспечения эффективной деятельности государства в области здравоохранения в пределах своей компетенции.

К мерам по охране здоровья населения относятся, в том числе:

разработка и реализация государственных и региональных программ по вопросам формирования здорового образа жизни, в том числе, по противодействию употреблению алкогольных, слабоалкогольных напитков, пива;

профилактика употребления населением психоактивных веществ, в том числе, алкогольных, слабоалкогольных напитков, пива;

пропаганда здорового образа жизни; информирование населения о факторах, оказывающих негативное влияние на здоровье человека (в том числе, употребление алкогольных, слабоалкогольных напитков, пива).

Таким образом, из текста Закона Республики Беларусь «О здравоохранении» следует, что организации здравоохранения при проведении диспансеризации и медицинских осмотров населения должны проводить медицинскую профилактику употребления алкоголя, а также информировать население о негативном влиянии алкоголя на здоровье. Основная роль в проведении медицинской профилактики отводится службе первичной медицинской помощи (далее – ПМП).

Диспансерное наблюдение пациентов, уже состоящих на наркологическом учете, регламентировано постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 10 июля 2002 г. №53 «О некоторых вопросах признания лица больным хроническим алкоголизмом, наркоманией или токсикоманией, порядке и условиях оказания медицинской помощи пациентам, страдающим хроническим алкоголизмом, наркоманией или токсикоманией». Оно проводится врачами-психиатрами-наркологами только в отношении лиц, перенесших алкогольные психозы, с выраженной деградацией личности, а также прошедших принудительное лечение в лечебно-трудовых профилакториях и местах лишения свободы, допускающих на почве употребления алкоголя злостное нарушение общественного порядка и прав других лиц.

Для построения эффективной системы индивидуальных профилактических вмешательств службе ПМП необходимо организовать выявление пациентов, не состоящих на наркологической учете, употребляющих алкоголь в количествах, представляющих риск для их здоровья, но не имеющих синдрома зависимости от алкоголя.

При установлении пациенту на уровне ПМП диагноза F10.1 «Употребление алкоголя с вредными последствиями» краткосрочное вмешательство должны проводить этот же врач или медицинская сестра в амбулаторно-поликлинических организациях первичного звена без перенаправления к психиатру-наркологу или психотерапевту, оказания специализированной медицинской помощи в психиатрических и наркологических организациях здравоохранения не требуется (приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 31 декабря 2010 г. №1387 «О клиническом протоколе оказания медицинской помощи пациентам с психическими и поведенческими расстройствами»). Однако в настоящее время в Республике Беларусь такая работа с пациентами, употребляющими алкоголь с вредными последствиями, в условиях ПМП не проводится.

В последнее десятилетие предпринимались некоторые попытки учесть влияние злоупотребления алкоголем как важнейшего фактора риска заболеваемости и смертности при организации диспансеризации населения. Постановлением №92 было предусмотрено выявление злоупотребления алкоголем путем опроса пациента. При этом, под злоупотреблением алкоголя понималось употребление алкоголя в количестве 8 стандартных порций для мужчин и 6 стандартных порций для женщин 2 раза в месяц и чаще (за 1 стандартную порцию было принято 30 мл 40%-й водки, 250 мл пива, 150 мл сухого вина или 75 мл крепленого вина).

Таким образом, взрослый мужчина, употребляющий по 240 мл водки 2 раза в месяц, относится к лицам, злоупотребляющим алкоголем. Применяя такие критерии, работники здравоохранения должны большую часть взрослого населения страны взять под наблюдение в связи со злоупотреблением алкоголем и проводить с ними работу по устранению указанного фактора риска. Для контроля данного фактора риска предлагается использовать общий анализ крови, который не информативен в отношении воздействия алкоголя на организм человека.

Срок наблюдения и снятие с диспансерного учета зависят от достижения критерия эффективности диспансеризации, которым является полный отказ пациента от употребления алкоголя, что заведомо невыполнимо для большинства пациентов.

Как правило, при заполнении карты учета диспансерного наблюдения (форма 131/у-Д), утвержденной Постановлением №92, задается вопрос: «Злоупотребляете ли вы алкоголем?», без оценки уровня и частоты его потребления, на который большинство пациентов отвечает отрицательно [2].

Выборочный анализ 1346 карт учета диспансерного наблюдения (форма 131/у-Д), собранных в 2008 г. в разных регионах страны при проведении диспансеризации, показал, что злоупотребление алкоголем, определяемое с помощью вышеуказанного вопроса, встречается только у 7% пациентов [1].

Метод прямого опроса пациентов о злоупотреблении алкоголем применительно к русскоязычной популяции является неточным вследствие склонности к занижению уровня потребления алкоголя и диссимуляции связанных с алкоголем проблем, и результаты, полученные методом такого опроса, нужно, как минимум, удваивать.

В Минском областном клиническом центре «Психиатрия-наркология» было проведено неанонимное тестирование с применением опросника AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test) [9] для выявления чрезмерного потребления алкоголя у 103 пациентов трудоспособного возраста, пришедших на прием к врачу-психиатру-наркологу для прохождения профилактического осмотра для трудоустройства. Рискованное употребление алкоголя отметили только 13,6% опрошенных, что в 2,7 раза меньше результата, полученного при анонимном тестировании [8]. Доля лиц, не употребляющих алкоголь в настоящее время, практически совпала с результатами анонимного тестирования, проведенного Институтом социологии НАН Беларуси [7], и составила 26,2%.

Только 30,1% из числа опрошенных указали на то, что употребляют алкоголь два и более раз в месяц, все остальные согласно результатам тестирования либо не употребляют алкоголь, либо употребляют его один раз в месяц или реже.

Диссимуляция алкогольных проблем и нежелание обсуждать данные вопросы с медицинскими работниками связаны с высоким уровнем стигматизации лиц, страдающих зависимостью от алкоголя. Лица трудоспособного возраста, занятые на работах с вредными и (или) опасными условиями труда или на работах, для выполнения которых в соответствии с законодательством есть необходимость в профессиональном отборе, проходят медицинский осмотр в соответствии с Постановлением №47, согласно которому ППРА входят в перечень общих противопоказаний к работе с вредными и (или) опасными условиями труда.

Синдром зависимости от алкоголя вне стойкой ремиссии является противопоказанием к получению профессий и специальностей (постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 25 апреля 2007 г. №35 «Об утверждении перечня показаний и противопоказаний к получению профессий и специальностей»).

Синдром зависимости от алкоголя также входит в перечень общих медицинских противопоказаний, исключающих направление на санаторно-курортное лечение (постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 31 мая 2006 г. №38 «Об утверждении Инструкции о порядке медицинского отбора пациентов на санаторно-курортное лечение»).

ППРА являются противопоказанием для усыновления, опекуна даже при наличии стойкой ремиссии (постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 25 февраля 2005 г. №4 «Об утверждении перечней заболеваний, при наличии которых лица не могут усыновить ребенка, быть опекунами (попечителями), приемными родителями, родителями-воспитателями»).

Синдром зависимости от алкоголя является противопоказанием к оказанию психотерапевтической помощи в психотерапевтическом кабинете или амбулаторном отделении пограничных состояний (приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 06.09.2011 г. №869 «Об утверждении Инструкции об организации оказания психотерапевтической помощи в государственных организациях здравоохранения и признании утратившим силу приказа Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 24 сентября 2003 г. №152»).

Допуск к управлению механическими транспортными средствами лиц, страдающих синдромом зависимости от алкоголя, возможен только после снятия их с наркологического учета, то есть не ранее 3 лет от начала стойкой ремиссии (постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 28.04.2008 г. №78 «Об установлении перечня заболеваний и противопоказаний, препятствующих управлению механическими транспортными средствами, самоходными машинами, и признанию утратившими силу некоторых нормативных правовых актов Министерства здравоохранения Республики Беларусь и отдельных структурных элементов нормативного правового акта»).

Наличие информации об употреблении алкоголя ведет к снижению размера выплат в связи с временной нетрудоспособностью. В пункте 19.1 Положения о порядке обеспечения пособиями по временной нетрудоспособности и по беременности и родам, утвержденном постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 28.06.2013 г. №569 «О мерах по реализации Закона Республики Беларусь «О государственных пособиях семьям, воспитывающим детей», указано, что пособие по временной нетрудоспособ-

ности назначается в размере 50 процентов от среднего пособия в случае заболевания или травмы, причиной которого(ой) явилось потребление алкоголя. При этом за первые 6 календарных дней временной нетрудоспособности пособие не назначается.

Пунктом 73.4 Инструкции о порядке выдачи и оформления листов нетрудоспособности и справок о временной нетрудоспособности, утвержденной постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь и Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь от 09.07.2002 г. №52/97, определено, что в строке листка нетрудоспособности «Вид нетрудоспособности» дополнительно указывается:

«Алкогольное опьянение» – при установлении у пациента факта алкогольного опьянения, в случае первичного обращения за медицинской помощью по поводу травмы;

«Заболевание связано с потреблением алкоголя» – в случае алкогольной комы или лечения хронического неосложненного алкоголизма.

При постановке на наркологический учет персональная информация о лицах, страдающих синдромом зависимости от алкоголя, направляется в органы внутренних дел по месту жительства таких лиц (постановление Совета Министров Республики Беларусь от 18 декабря 2014 г. №1192 «Об утверждении Положения о порядке представления организациями здравоохранения в правоохранительные органы информации, составляющей врачебную тайну»).

Указанные выше и ряд других ограничений, связанных с наличием у человека ППРА, приводят к стигматизации пациентов, их нежеланию обращаться за помощью на ранних этапах формирования алкогольных проблем. В результате в поле зрения здравоохранения попадает только «верхушка айсберга», состоящая из тяжелых пациентов, уже страдающих ППРА, которым требуется лечение, а не проведение профилактических вмешательств.

Для планирования и организации в секторе здравоохранения действий с целью снижения чрезмерного потребления алкоголя и его негативного влияния на здоровье населения необходимо достаточно ясно представлять масштаб распространенности данной проблемы, а также выделить целевые группы с наибольшей плотностью проблемного потребления алкоголя.

Скрининговые исследования с целью определения уровня алкогольных проблем среди населения проводятся во многих странах. В Республике Беларусь такое исследование проведено сре-

ди общей городской популяции г. Гродно [8]. В исследовании приняли участие 554 респондента (316 мужчин и 238 женщин) в возрасте от 16 до 70 лет. Согласно результатам скрининга к проблемной группе по потреблению алкоголя были отнесены 57,1% мужчин и 8,8% женщин. Среди мужчин в возрастной группе до 25 лет в проблемной группе были 76,1% респондентов, в возрастной группе от 25 до 45 лет – более 55% респондентов, в возрастной группе старше 45 лет – 50% респондентов.

Проведенные Институтом социологии НАН Беларуси в 2005, 2007 и 2010 годах республиканские репрезентативные социологические исследования показали, что потребление спиртных напитков в стране имеет устойчивый и массовый характер. Оно распространено среди всех социально-демографических групп населения и на всей территории страны. Употребляет спиртные напитки абсолютное большинство опрошенного взрослого населения (по данным опроса 2005 года – 77%, опроса 2007 года – 74%, опроса 2010 года – 72%). Бытовое пьянство (выявлено у 20,4% опрошенных) в наибольшей степени распространено среди мужчин (39%), в меньшей – среди женщин (5%) [7].

Для оценки распространенности алкогольных проблем среди населения Республики Беларусь нами проведен анализ официальных статистических данных [5] о числе зарегистрированных ППРА за период с 2010 г. по 2014 г., включая:

психотические расстройства, связанные с употреблением алкоголя – алкогольные психозы (F10.4–F10.7);

синдром зависимости от алкоголя (F10.2, F10.3, F10.8, F10.9);

употребление алкоголя с вредными последствиями (F10.1).

Распространенность ППРА в анализируемый период снизилась на 4,5% среди всего населения страны и на 6,3% среди мужчин, в то время как среди женщин выросла на 3,9% (табл. 1).

В 2014 году доля мужчин, имеющих ППРА (рис. 1), в 4,5 раза превысила долю женщин, имеющих аналогичные расстройства (5,97% и 1,32% соответственно).

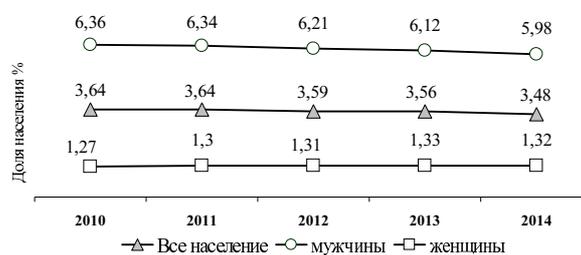


Рис. 1. Доля лиц, имеющих ППРА, среди населения Республики Беларусь

Обычно показатель распространенности ППРА рассчитывают на все население страны, но часть населения не употребляет алкоголь или употребляет его в небольших количествах (дети, беременные женщины, пожилые люди, старики и др.). Для оценки ситуации в группе населения, употребляющего алкоголь в больших количествах, нами проведен анализ распространенности ППРА среди населения Республики Беларусь в возрасте 20–59 лет с последующим разбивкой по полу, месту жительства и возрастным подгруппам (20–39 лет и 40–59 лет) за период с 2010 по 2014 г.

В 2014 году распространенность ППРА среди населения в возрасте 20–59 лет составила 5077,6 на 100 тыс. населения, что в 1,5 раза выше, чем данный показатель, рассчитанный на население страны всех возрастов (3476 на 100 тыс. населения).

Доля лиц с ППРА среди мужчин в возрасте 20–59 лет составила 8,36% (рис. 2) и превысила аналогичный показатель у женщин этой же возрастной категории (1,97%) в 4,2 раза.

В возрастной группе 20–59 лет распространенность ППРА в период с 2010 по 2014 год снизилась только среди городского мужского населения (снижение на 9,3% с 7953,4 до 7211,9 на 100 тыс. населения), в то время как в других группах

Таблица 1

Распространенность психических и поведенческих расстройств в связи с потреблением алкоголя (ППРА) в Республике Беларусь

Показатель		2010	2011	2012	2013	2014
Всего	Число пациентов с ППРА	345 379	345 197	339 903	336 790	327 811
	На 100 тысяч населения	3639,18	3643,94	3591,35	3557,89	3475,96
Из них мужчины	Число пациентов с ППРА	280 772	279 196	273 325	269 460	261 051
	На 100 тысяч мужского населения	6362,06	6340,71	6214,88	6124,97	5960,26
Из них женщины	Число пациентов с ППРА	64 607	66 001	66 578	67 330	66 760
	На 100 тысяч женского населения	1272,45	1301,81	1314,06	1328,89	1321,73

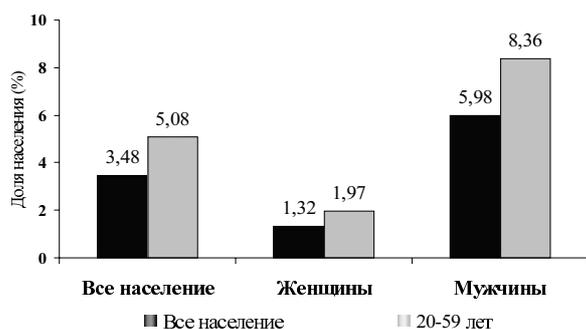


Рис. 2. Доля лиц, имеющих ППРА, среди всего населения Республики Беларусь, всех женщин и мужчин, а также в возрастной группе 20–59 лет в 2014 году

населения этого возраста распространенность ППРА выросла на:

- 5,9% среди мужского сельского населения (с 11671,6 до 12362,2 на 100 тыс. населения);
- 3,3% среди женского городского населения (с 1516,3 до 1576,5 на 100 тыс. населения);
- 12,1% среди женского сельского населения (с 3256,6 до 3652 на 100 тыс. населения).

Самая высокая доля лиц, имеющих ППРА, в возрастной группе 20–59 лет на протяжении 5 лет регистрировалась среди сельского мужского населения и в 2014 году составила 12,4% от числа сельских мужчин этого возраста (рис. 3).

Доля женщин 20–59 лет, имеющих ППРА, в сельской местности выше по сравнению с городским населением (в 2014 году 3,6 и 1,6% соответственно). Рост распространенности ППРА у женщин в этой возрастной категории зарегистрирован как среди сельского, так и среди городского населения (рис. 4).

Для дальнейшего анализа и выделения целевых групп с высоким уровнем распространенности ППРА среди основной массы трудоспособного населения нами изучены показатели распространенности ППРА в возрастных группах населения 20–39 лет и 40–59 лет.

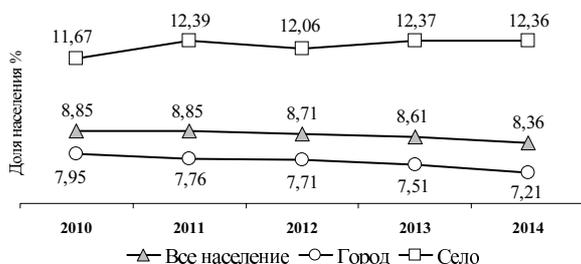


Рис. 3. Доля лиц, имеющих ППРА, среди мужского населения в возрасте 20–59 лет (все мужское население, город, село)

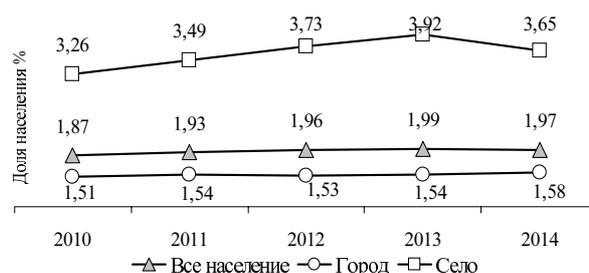


Рис. 4. Доля женщин в возрасте 20–59 лет (все женское население, город, село), имеющих ППРА

Распространенность ППРА среди населения Республики Беларусь в возрасте 20–39 лет за период с 2010 по 2014 год:

- снизилась на 7,6% среди всего населения этого возраста (с 5406,7 до 4995,1 на 100 тыс. населения),
- снизилась на 10,9% среди мужского населения (с 8792,7 до 7830,7 на 100 тыс. населения),
- выросла на 5,2% среди женщин (с 1991,2 до 2094,9 на 100 тыс. населения).

В возрастной группе 20–39 лет зарегистрированы наиболее существенные различия в показателях распространенности ППРА и ее динамике. За анализируемые 5 лет распространенность ППРА среди городского населения 20–39 лет снизилась на 14,7% (с 4642 до 3958,1 на 100 тыс. населения), в то время как среди сельского – выросла на 18,3% (с 8512,8 до 10074,3 на 100 тыс. населения). В 2014 году уровень ППРА у сельского населения 20–39 лет превысил аналогичный уровень у городского в 2,5 раза.

Распространенность ППРА среди городских мужчин в возрасте 20–39 лет снизилась на 19,5% (с 7785,3 до 6264,4 на 100 тыс. населения), в то время как среди сельских мужчин выросла на 17,7% (с 12612,1 до 14844,6 на 100 тыс. населения).

Доля лиц с ППРА среди сельских мужчин 20–39 лет в 2014 году составила 14,8%, что является самым высоким показателем в анализируемых группах (по полу, возрасту и месту жительства) и не может не настораживать.

Как и у мужчин, доля лиц с ППРА у сельских женщин 20–39 лет самая высокая (4,4% сельского женского населения этого возраста).

Распространенность ППРА среди сельских жительниц 20–39 лет выросла за 5 лет на 12,7% (с 3879,7 до 4374,2 на 100 тыс. населения), а среди городских – на 7,3% (с 1558,8 до 1672,8 на 100 тыс. населения).

В более старшей возрастной группе населения (40–59 лет) динамические процессы распро-

странения ППРА менее выражены в сравнении с процессами в возрастной группе 20–39 лет, но именно в этой возрастной группе зарегистрирован рост распространенности ППРА как среди всего населения, так и среди и мужчин, и женщин.

Распространенность ППРА среди населения Республики Беларусь в возрасте 40–59 лет за период с 2010 по 2014 год выросла на:

1,1% среди всего населения этой возрастной группы (с 5105,7 до 5162,5 на 100 тыс. населения),

0,4% среди мужского населения (с 8914,5 до 8949 на 100 тыс. населения),

5,1% среди женского населения (с 1762,2 до 1852,5 на 100 тыс. населения).

Примечательно, что в возрастной группе 40–59 лет имеет место рост распространенности ППРА среди городского населения (на 2,6%: с 4480,6 до 4598,1 на 100 тыс. населения) и снижение среди сельского (на 1%: с 6989,2 до 6917,1 на 100 тыс. населения).

В 2014 году распространенность ППРА у сельских жителей 40–59 лет превысила аналогичный показатель у городских только в 1,5 раза, в то время как в группе 20–39 лет – в 2,5 раза.

Распространенность ППРА среди сельских мужчин в возрасте 40–59 лет в анализируемый период снизилась на 3,8% (с 10890,2 до 10475,3 на 100 тыс. населения), а среди городских – выросла на 2,6% (с 8156,5 до 8391 на 100 тыс. населения).

В результате, в 2014 году распространенность ППРА среди сельских мужчин указанного возраста превысила аналогичный показатель среди городских мужчин только в 1,25 раза (в группе 20–39 лет превышение составляло 2,4 раза).

Распространенность ППРА среди сельских женщин в возрасте 40–59 лет за период 2010–2014 гг. выросла на 14,8% (с 2760,1 до 3167,9 на 100 тыс. населения) и практически не изменилась среди городских (рост на 0,2%: с 1473,3 до 1476,9 на 100 тыс. населения). В 2014 году распространенность ППРА у сельских женщин 40–59 лет пре-

высила аналогичный показатель у городских в 2,1 раза (в группе женщин 20–39 лет – в 2,6 раза).

Таким образом, доля лиц с ППРА наиболее высока среди мужского населения, максимального уровня (14,8%) достигает в группе сельских мужчин 20–39 лет (табл. 2).

Имеется тенденция роста распространенности ППРА среди женского населения (рис. 5), в том числе среди женщин, живущих в сельской местности (рис. 6).

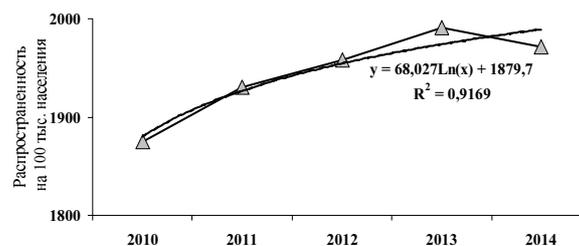


Рис. 5. Распространенность ППРА среди женского населения

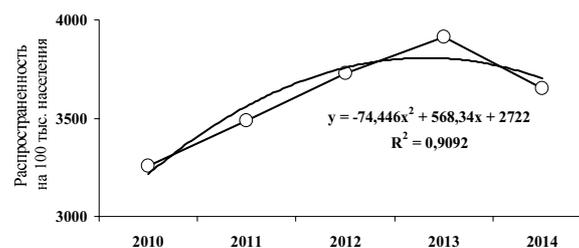


Рис. 6. Распространенность ППРА среди сельского женского населения

Для обеих диаграмм (рис. 5 и 6) доказано наличие статистически достоверного тренда (основной тенденции) ($R^2 > 0,7$).

Тревожной является тенденция роста распространенности ППРА среди женщин детородного возраста 20–39 лет (рис. 7, тренд статистически достоверен).

Особое беспокойство вызывает высокая доля лиц с ППРА (в 2014 году – 4,4%) среди женщин

Таблица 2

Доля лиц, имеющих ППРА, в зависимости от пола и проживания в городской и сельской местности (2014 год)

Пол	Место жительства	Доля лиц, имеющих ППРА в возрастной группе 20–39 лет (в процентах)	Доля лиц, имеющих ППРА в возрастной группе 40–59 лет (в процентах)
Мужчины	Город	6,3	8,4
	Село	14,8	10,5
Женщины	Город	1,7	1,5
	Село	4,4	3,2

20–39 лет, живущих на селе, которая имеет тенденцию роста на протяжении анализируемого периода (рис. 8, тренд статистически достоверен).

При этом в абсолютных цифрах число сельских женщин 20–39 лет, имеющих ППРА, за анализируемый период заметно уменьшилось, и имеет место тенденция снижения количества женщин с ППРА в возрасте 20–39 лет, живущих в сельской местности (рис. 9).

Приведенные данные отражают официальную статистику, рассчитанную только в отношении лиц, уже зарегистрированных на наркологическом учете. Реальная доля лиц с ППРА может быть значительно выше, если принять во внимание латентность алкогольной заболеваемости и алкогольных проблем [3, 4].

По результатам анализа приведенных данных, основным контингентом для проведения индивидуальных профилактических вмешательств является трудоспособное мужское население в возрасте 20–59 лет.

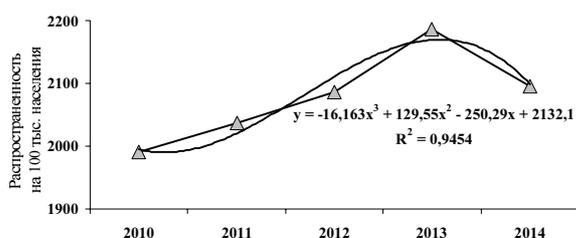


Рис. 7. Распространенность ППРА среди женского населения в возрасте 20–39 лет

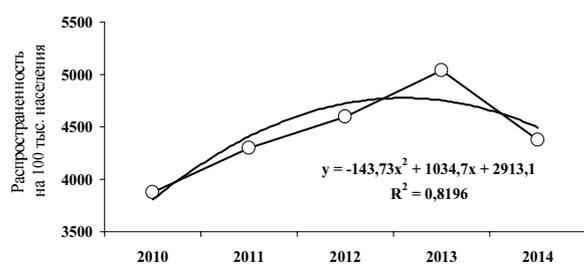


Рис. 8. Распространенность ППРА среди сельского женского населения в возрасте 20–39 лет

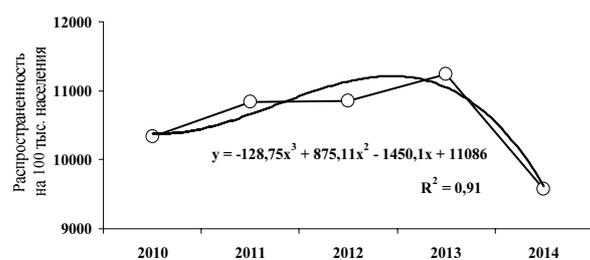


Рис. 9. Количество женщин с ППРА в возрасте 20–39 лет, живущих в сельской местности

Возникновению ППРА предшествует период чрезмерного употребления алкоголя. Именно в этот период оптимально начинать проведение индивидуальных профилактических вмешательств с целью снижения потребления алкоголя и его негативных последствий для здоровья.

С учетом изложенного выше, можно сделать следующие **выводы**:

распространенность ППРА среди мужчин основного трудоспособного возраста (20–59 лет) в Республике Беларусь значительна и требует профилактических действий с целью снижения негативного влияния алкоголя на их здоровье;

различия в распространенности ППРА среди сельского и городского населения следует учитывать при планировании профилактических мероприятий с целью снижения негативного влияния алкоголя на здоровье, в первую очередь, для пациентов, живущих в сельской местности;

несмотря на сравнительно невысокую распространенность ППРА среди женского населения, следует принять во внимание статистически достоверную тенденцию роста ППРА у женщин и наибольшую выраженность данной проблемы среди сельских женщин детородного возраста (20–39 лет);

основная роль в проведении диспансеризации населения Республики Беларусь нормативными правовыми актами возложена на работников ПМП, в обязанности которых входят медицинская профилактика употребления алкоголя, а также информирование населения о негативном влиянии алкоголя на здоровье;

в настоящее время в системе здравоохранения Республики Беларусь отсутствует организационный механизм, регламентирующий обязательное и постоянное проведение работниками ПМП скрининга для выявления лиц, употребляющих алкоголь с риском для здоровья, проведение им индивидуальной медицинской профилактики, а также позволяющий отслеживать результаты проводимой профилактической работы;

имеющиеся подходы к оказанию медицинской помощи в Республике Беларусь стигматизируют пациентов с ППРА и приводят к их позднему самостоятельному обращению за медицинской помощью уже на этапе хронического заболевания (сформированного синдрома зависимости от алкоголя).

Таким образом, для достижения качественно иных результатов при проведении индивидуальной медицинской профилактики употребления алкоголя в Республике Беларусь необходимо разработать адаптированную к условиям страны мо-

дель выявления и консультирования в первичном звене здравоохранения лиц трудоспособного возраста, имеющих чрезмерное употребление алкоголя. Следует оценить ее эффективность и дать практические рекомендации по включению в существующий организационный механизм медицинской помощи, позволяющие сделать медицинскую профилактику употребления алкоголя среди трудоспособного населения устойчивой и результативной.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адаменко, Е.И. Анализ распространения основных факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний в Республике Беларусь / Е.И.Адаменко, Л.А.Жилевич // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2010. – №1. – С.37–41.
2. Андреева, Л.А. Медицинская профилактика синдрома алкогольной зависимости: анализ текущей ситуации и обсуждение имеющегося опыта / Л.А.Андреева, Т.И.Терехович // Вопросы организации и информатизации здравоохранения.– 2012. – №1. – С.51–56.
3. Медведев, А.С. Медико-социальные и социально-экономические последствия употребления алкоголя в Республике Беларусь. Аналитический доклад за 2012 год / А.С.Медведев, А.А.Кралько, Ю.Е.Разводовский, Д.А.Статкевич, Е.С.Щербицкая. – Минск.: Ковчег, 2013. – 151 с.
4. Медведев, А.С. Мониторинг ситуации и общественного ущерба, связанных с употреблением алкогольных напитков / А.С.Медведев [и др.]. – Минск: Ковчег, 2013. – 222 с.
5. Об утверждении формы государственной статистической отчетности 1-наркология (Минздрав) «Отчет о заболеваниях психическими расстройствами в связи с употреблением психоактивных средств и контингентах пациентов» и указаний по ее заполнению: постановление Национального статистического комитета Республики Беларусь от 08.10.2012 г. №169 // Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь. – 10.11.2012. – 7/2198.
6. О здравоохранении: Закон Республики Беларусь от 18 июня 1993 года в редакции Закона Республики Беларусь от 20 июня 2008 года // Ведомости Верховного Совета Республики Беларусь, 1993 г., №24, ст. 290; Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь, 2008 г., №159, 2/1460; 2009 г., №148, 2/1579; 2010 г., №17, 2/1661; №183, 2/1718; 2011 г., №140, 2/1877; 2012 г., №9, 2/1896; Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь, 26.07.2012, 2/1978; 26.06.2014, 2/2162.
7. Отчет по отдельному исследовательскому проекту по теме: «Социологическое исследование культуры потребления спиртных напитков и социальной эффективности антиалкогольной политики. Разработка предложений по совершенствованию системы профилактики пьянства и алкоголизма» / Ин-т социологии НАН Беларуси; науч. рук. – д-р социол. наук Н.А.Барановский. – Минск, 2010.
8. Разводовский, Ю.Е. Скрининг распространенности алкогольных проблем с помощью теста AUDIT / Ю.Е.Разводовский, С.Д.Орехов // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. – 2004. – №4(8). – С.28–31.
9. Babor, T.F. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): Guidelines for Use in Primary Care (2nd Edition) / T.F.Babor, J.C.Higgins-Biddle, J.B.Saunders, M.G.Monteiro. – World Health Organisation Department of Mental Health and Substance Dependence, 2001. – 40 p.

EXCESSIVE ALCOHOL CONSUMPTION: ANALYSIS OF PREVALENCE AND ORGANIZATION OF MEDICAL PREVENTION

L.A.Andreeva

Minsk Regional Clinical Center “Psychiatry and Narcology”, Minsk, Republic of Belarus

Priority areas in medical prevention, including alcohol consumption prevention, were identified by health legislation. The analysis of regulations on the organization of preventive work performed by primary health care professionals among alcohol consuming patients, revealed areas requiring optimization both at the level of documents preparation itself, and at the level of their application. Organizational mechanisms for performing medical prevention of alcohol consumption require improvement, too. The statistical analysis of the morbidity rate among patients with mental disorders due to alcohol consumption proved the importance of the work towards this end. In the Republic of Belarus a significant prevalence of this disease among rural working-age males (aged 20–39 years) was revealed (14.8% of all men in this group). This situation requires effective preventive actions aimed at reducing negative alcohol impact on health.

Keywords: alcohol; excessive consumption; Republic of Belarus; analysis of prevalence; state programmes; alcohol abuse prevention; organization of medical prevention.

Поступила 03.03.2015 г.