
Проблемные статьи и обзоры

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА ФОРМИРОВАНИЕ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ

¹Т.В.Калинина, ²И.В.Малахова

¹Белорусская медицинская академия последипломного образования, г. Минск

²Республиканский научно-практический центр медицинских технологий,
информатизации, управления и экономики здравоохранения, г. Минск

Охарактеризованы биологические, природные, социально-экономические и медицинские факторы, влияющие на общественное здоровье. Применительно к Республике Беларусь выделены нормативные правовые акты, определяющие доступность, государственные гарантии и высокий уровень качества оказываемой медицинской помощи.

Популяционное здоровье на территории формируется под влиянием многих факторов – социальных условий, качества окружающей среды, организации медицинского обслуживания и т.д. Знание того, в какой мере здоровье населения зависит от этих факторов, важно для органов управления при разработке приоритетов региональной политики в сфере здравоохранения и санитарно-эпидемиологического надзора.

Факторы, влияющие на здоровье, специалисты условно объединяют в четыре группы: биологические (пол, возраст, наследственность и др.); природные (климатические, гелиогеофизические, антропогенное загрязнение и др.); социально-экономические (образ жизни); медицинские (организация медицинской помощи).

Все названные группы факторов воздействуют как на уровне индивидуального, так и на уровне популяционного здоровья. Они взаимосвязаны и между собой, но степень их влияния на здоровье неодинакова. Согласно модели экспертов ВОЗ, соотношение факторов, влияющих на здоровье, таково: социально-экономическое условия и образ жизни – 50%; биологические свойства организма – 20%; внешняя среда, природные условия – 20%; здравоохранение – 10%.

Академик РАМН, профессор Ю.П.Лисицын предложил сгруппировать факторы риска в несколько блоков, ориентировочно определив для каждой группы ее удельный вес во влиянии на

общественное здоровье (табл.) [1, 2]. Наиболее существенно влияют на формирование популяционного здоровья социально-экономические факторы, в том числе образ жизни [1, 3–10].

Существует устойчивая связь между здоровьем и семейным статусом человека. Наиболее высокий уровень здоровья устанавливается у состоящих в браке мужчин, затем следуют одинокие и никогда не состоявшие в браке женщины, затем женщины, состоящие в браке, и разведенные женщины. Наихудшие показатели здоровья отмечают у одиноких мужчин и вдовцов. Это подтверждается статистическими данными – мужья ненадолго переживают умерших жен. На продолжительности жизни женщин смерть мужей практически не сказывается [3].

В работах многих авторов указывается на зависимость показателей общественного здоровья от принадлежности к определенному социальному классу. Основными критериями отнесения индивида к тому или иному социальному классу являются профессия, образование, доход [3, 8].

Зависимость здоровья от принадлежности к социальному классу, получившая название "классового градиента", заключается в том, что чем выше социальный класс, тем лучше здоровье его представителей.

Имеется несколько теорий, объясняющих классовый градиент. Согласно наиболее распространенной теории социальной причинности, низкий

Факторы, влияющие на здоровье (Ю.П. Лисицын, 1987 г.)

Сферы влияния факторов на здоровье	Группы факторов риска	Удельный вес факторов риска (в процентах)
Образ жизни	Курение	49–53
	Употребление алкоголя	
	Несбалансированное питание	
	Стрессовые ситуации (дистрессы)	
	Вредные условия труда	
	Гиподинамия	
	Плохие материально-бытовые условия	
	Потребление наркотиков, злоупотребление лекарствами	
	Непрочность семей, одиночество	
	Низкий культурный и образовательный уровень	
Высокий уровень урбанизации и т.д.		
Генетика, биология человека	Предрасположенность к наследственным болезням	18–22
	Предрасположенность к так называемым дегенеративным болезням	
Внешняя среда	Загрязнение воздуха	17–20
	Загрязнение воды	
	Загрязнение почвы	
	Резкая смена атмосферных процессов	
	Повышенные гелиокосмические, радиационные, магнитные и другие излучения	
Здравоохранение	Неэффективность профилактических мероприятий	8–10
	Низкое качество медицинской помощи	
	Несвоевременность медицинской помощи	

социальный статус представителей низших классов связан с работой во вредных условиях, низким доходом, влекущим за собой стесненные жилищные условия, проживание в районах с неблагоприятной экологической обстановкой, более низким качеством питания, меньшей доступностью оздоровительных ресурсов и качественной медицинской помощи в целом.

Напротив, принадлежность к высшим социальным классам создает благоприятные условия жизни: доступ к материальным ресурсам сохранения и укрепления здоровья, высокий образовательный уровень, способствующий адекватной социальной ориентации, усвоению гигиенических знаний и навыков. Специалисты указывают, что сам по себе процесс обучения в высшей школе развивает навыки преодоления жизненных трудностей.

Согласно теории социальной селекции попадание в низший социальный класс само по себе обусловлено соматическими заболеваниями или психической неполноценностью человека.

Уровень культуры населения также имеет непосредственное отношение к его здоровью. Культура в данном случае понимается широко (т.е. культура вообще), а медицинская культура – как часть общечеловеческой культуры. Влияние культуры на здоровье сводится к тому, что чем ниже уровень культуры, тем выше вероятность возникновения заболеваний, тем хуже другие показатели здоро-

вья. Непосредственное и наиболее важное значение для здоровья имеют следующие элементы культуры: культура питания, культура проживания, т.е. поддержание жилья в соответствующих условиях, культура организации досуга (отдыха), гигиеническая (медицинская) культура [3, 11–13].

Индикаторы общественного здоровья в значительной мере зависят от условий работы. В данном контексте выделяют две "группы повышенного риска" в организациях [3]. Первой и наиболее привлекающей внимание являются руководители. По материалам многочисленных работ можно выделить следующие основные сферы источников стресса в работе руководителя: ответственность за результаты основной деятельности организации и за людей; профессиональная карьера; перегрузка; взаимоотношения с другими лицами, занимающими ключевые позиции в организации; трудности в семье, вызванные особенностями управленческой деятельности (командировки, алкоголизация и т.п.).

Особенно стрессогенной является позиция женщины-руководителя, поскольку существующие в профессиональной среде стереотипы предъявляют к женщине повышенные и достаточно специфичные требования как на стадиях прохождения ступеней карьеры, так и при реализации управленческих функций. Чаще всего с работой руководителя связаны сердечно-сосудистые и хронические желудочно-кишечные заболевания.

Вторую группу риска представляют малоквалифицированные работники, занятые в тяжелых и вредных условиях труда. Основными стрессогенными факторами для них являются: физическая вредность условий труда, его тяжесть; монотонность. Эти факторы высоко специфичны для отдельных видов производств, поэтому какие-то обобщения здесь делать трудно. Проявления влияния этих факторов на здоровье работающих могут быть представлены тремя группами показателей: а) заболеваемости; б) абсентеизма, то есть отсутствия на работе; в) производительности.

Наиболее часто проявляющиеся заболевания в этой группе – психофизиологические (вегетативные) симптомы, несчастные случаи на производстве, простудные заболевания. К соматической заболеваемости тесно примыкают алкоголизм, наркомании и токсикомании.

Среди биологических факторов, оказывающих бесспорное влияние на здоровье населения, прежде всего, следует остановиться на гендерном факторе.

Наиболее отчетливо гендерные различия проявляются по классу психических заболеваний. В развитых странах, к которым относится и наше государство, у женщин чаще диагностируются невротические, депрессивные и инволюционные расстройства, тогда как у мужчин – психопатии, алкоголизм и алкогольные психозы. Отчетливые различия имеются и по соматическим заболеваниям. Например, у мужчин чаще регистрируются инфаркт миокарда, язвенная болезнь, с ними чаще происходят несчастные случаи; у женщин – желчнокаменная болезнь, варикозная болезнь, артериальная гипертензия, атеросклероз [14].

В значительной степени это связано с нормами и стандартами поведения, предписывающими женщине при возникновении проблем болеть, принимать лекарства и обращаться за медицинской помощью. Мужской стереотип реакции на проблему – агрессия и алкоголизация.

Между возрастом и состоянием здоровья человека существует зависимость, которая характеризуется тем, что с увеличением возраста здоровье постепенно ухудшается [1, 9, 13, 15]. Эта зависимость не является строго прямолинейной, она имеет вид U-образной кривой. Именно так изменяется один из показателей общественного здоровья – смертность. Наиболее высокие уровни смертности наблюдаются в возрасте до 1 года и в пожилом возрасте, старше 60 лет. После 1 года уровень смертности снижается и достигает минимума в возрасте 10–14 лет. Далее с возрастом смертность постепенно возрастает, особенно быстро после 60 лет.

Каждая популяция или этническая группа характеризуется своим набором генов. Изучение генетической структуры населения важно для оценки и прогнозирования здоровья. Большинство генных мутаций на протяжении десятков тысяч лет передаются из поколения в поколение [10, 12].

В Беларуси примерно 5–6 детей из 100 рождаются с какими-нибудь генетически обусловленными заболеваниями. Чаще всего это заболевания с генетическими предрасположенностями – пороки развития, нарушения в интеллектуальном развитии ребенка. В эти 5–6% входят наследственные заболевания, возникшие впервые или унаследованные от одного из родителей. Некоторые заболевания с одинаковой частотой встречаются у мальчиков и девочек. В то же время гемофилия чаще проявляется у мальчиков, а врожденный вывих тазобедренных суставов чаще встречается у девочек.

Климатические факторы существенно влияют на физиологические процессы в организме человека, вызывают развитие патологических состояний и обострение хронических заболеваний [16]. Еще Гиппократ предупреждал: "Будь особо внимательным при перемене погоды, в этот период избегай кровопусканий, прижиганий и не берись за скальпель".

Оптимальными для лиц, проживающих в умеренных широтах, являются следующие условия: температура от +17 до +31°C, влажность 40–60%, скорость движения воздуха 0,1–0,6 м/с, атмосферное давление 750 мм рт. ст. Наиболее подвержены влиянию погоды люди, страдающие сердечно-сосудистыми заболеваниями, заболеваниями органов дыхания, опорно-двигательного аппарата, психическими расстройствами.

Геомагнитные изменения также сильно влияют на человека. Это связано с воздействием "магнитных бурь". Время от времени на Солнце происходят мощные взрывы, вследствие которых в межпланетное пространство выбрасывается поток заряженных частиц. Когда он через 1–2 дня достигает магнитной оболочки нашей планеты, то, взаимодействуя с ней, вызывает ее возмущение. Магнитное поле начинает сжиматься, колебаться – так происходит магнитная буря. В результате многие испытывают дискомфорт, иногда происходит обострение хронических сердечно-сосудистых и легочных заболеваний.

Антропогенное загрязнение окружающей среды оказывает выраженное воздействие на формирование популяционного здоровья населения [13, 16–18]. Главный источник антропогенного загрязнения – возвращение в природу той огромной массы от-

ходов, которые образуются в процессе производства и потребления человеческого общества. В настоящее время они составляют более 100 миллиардов тонн. Загрязнение литосферы (почвенного покрова) происходит в результате промышленной, строительной и сельскохозяйственной деятельности. При этом в роли главных загрязнителей выступают металлы и их соединения, удобрения, ядохимикаты, радиоактивные вещества, концентрация которых приводит к изменению химического состава почв. Все более сложной становится проблема накопления бытового мусора. Специалисты все чаще используют в характеристике современного общества термин "мусорная цивилизация". В результате открытых горных разработок, глубина которых иногда достигает 500 м и более, происходит разрушение почвенного покрова. Так называемые бедленды ("дурные земли"), полностью или почти полностью потерявшие свою продуктивность, занимают уже 1% поверхности суши.

Загрязнение гидросферы происходит, прежде всего, в результате сброса в реки, озера и моря промышленных, сельскохозяйственных и бытовых сточных вод. К числу сильно загрязненных относятся многие реки – Рейн, Дунай, Сена, Темза, Тибр, Миссисипи, Огайо, Волга, Днепр, Дон, Днестр, Нил, Ганг и др. Растет загрязнение Мирового океана, "здоровью" которого угрожают одновременно с побережья, с поверхности, со дна, из рек и атмосферы. Ежегодно в океан попадает огромное количество отходов. Особую опасность представляет нефтяное загрязнение. В результате утечки нефти при ее добыче, транспортировке и переработке в Мировой океан ежегодно попадает (по разным источникам) от 3 до 10 миллионов тонн нефти и нефтепродуктов. Космические снимки показывают, что уже около 1/3 всей его поверхности покрыто маслянистой пленкой, которая снижает испарение, угнетает развитие планктона, ограничивает взаимодействие океана с атмосферой. Больше всего загрязнен нефтью Атлантический океан.

Загрязнение атмосферы происходит в результате работы промышленности, транспорта, а также различных топок, которые в совокупности ежегодно выбрасывают "на ветер" миллиарды тонн твердых и газообразных частиц. Основные загрязнители атмосферы – окись углерода (CO) и сернистый газ (SO₂), образующиеся, прежде всего, при сжигании минерального топлива, а также оксиды серы, азота, фосфора, свинец, ртуть, алюминий и другие металлы. Особую проблему создает увеличение выбросов в атмосферу диоксида углерода (CO₂). Эти выбросы угрожают человечеству так называемым парниковым эффектом и

глобальным потеплением климата, а растущая эмиссия хлорфторуглеродов (фреонов) уже привела к образованию огромных "озоновых дыр" и частичному разрушению "озонового барьера".

Среди медицинских факторов, оказывающих влияние на формирование общественного здоровья, особую роль играют следующие: эффективность системы здравоохранения, удельный вес в ВВП расходов на здравоохранение, доступность медицинской помощи, ее качество, развитие медицинской науки, квалификация медицинских кадров [6, 19, 20].

Эффективность системы здравоохранения определяется по соотношению затрат и полученного эффекта. При этом не всегда большие затраты коррелируют с получаемым медицинским, социальным и экономическим эффектом. Так, например, США тратят на здравоохранение больше средств, чем любая другая страна мира. На одного американца в системе здравоохранения в среднем тратится 6,1 тыс. долл. в год. Средняя продолжительность здоровой жизни (без существенных ограничений жизнедеятельности) в 2007 году в США составляла 71,0 год, примерно столько же – на Кубе. При этом затраты на медицину на Кубе одни из самых низких в мире – 228 долларов на душу населения. По выводам экспертов из Johns Hopkins University, высокий уровень расходов на здравоохранение в США объясняется тем, что американцы оплачивают труд его работников и продукцию фармацевтических предприятий по более высоким тарифам, чем жители других развитых стран. Так, анализ мочи в канадском госпитале стоит 8 долларов, а в американском – 176 долларов, электрокардиограмма – 13 и 711 долларов соответственно.

Некоторые из "успешных" в медицинском отношении развивающихся стран имеют систему здравоохранения, организованную по принципу "низкий доход – высокое качество жизни". Например, в Шри-Ланке и Китае медицинское обслуживание, несмотря на ограниченность ресурсов, имеет высокую эффективность.

Доступность медицинской помощи – один из ключевых факторов, оказывающих влияние на формирование показателей общественного здоровья. В соответствии с критериями ВОЗ, если доля самофинансирования пациента при получении медицинской услуги превышает 25%, то услуга здравоохранения считается для человека недоступной [6, 11].

В основном Законе Республики Беларусь закреплена основополагающий принцип здравоохранения – доступность медицинской помощи и пред-

определены нормы правового регулирования в области охраны здоровья населения по его реализации. В соответствии со ст.45 Конституции Республики Беларусь гражданам Республики Беларусь гарантируется право на охрану здоровья, включая бесплатное лечение в государственных учреждениях здравоохранения.

В Законе Республики Беларусь "О здравоохранении" доступность медицинской помощи определяется как важнейшая составляющая государственной политики в области охраны здоровья населения (ст.3) и как один из механизмов реализации права граждан на охрану здоровья (ст.5).

Практическая реализация принципа доступности медицинской помощи осуществляется в соответствии с постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 30 мая 2003 г. №724 "О мерах по внедрению системы государственных социальных стандартов по обслуживанию населения республики" и постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 27 мая 2002 г. №28 "Об утверждении Инструкции по разработке и реализации территориальных программ государственных гарантий по обеспечению медицинским обслуживанием граждан".

Следует отметить, что проблема качества и эффективности медицинской помощи сегодня занимает приоритетное место в числе проблем здравоохранения.

Качество медицинской помощи – интегрирующая оценка системы здравоохранения, которая напрямую отражает ее функционирование.

Качество медицинской помощи является основной целевой функцией и, в то же время, критерием деятельности системы здравоохранения от низшего его звена – лечебно-профилактической организации (ЛПО), до верхнего – Министерства здравоохранения.

В улучшении качества медицинской помощи заинтересованы как население, так и правительство, руководители исполнительной власти, представители Министерства здравоохранения, работодатели и медицинские работники. Следовательно, только государственный и межотраслевой подход к формированию политики качества медицинской помощи позволит обеспечить его высокий уровень. В связи с этим повышение качества и доступности медицинской помощи – одна из важнейших целей государственной политики в области охраны здоровья граждан.

Качество медицинской помощи обеспечивается всеми составляющими элементами системы здравоохранения: материально-техническими, кадровыми, научными, организационными, финан-

совыми, интеллектуальными, информационными ресурсами. Результат деятельности системы здравоохранения определяется ее построением, функционированием, порядком взаимодействия всех элементов. Из этого следует, что в основе улучшения качества лежит изменение самой системы. Реформа системы здравоохранения и, в первую очередь, преодоление структурных диспропорций в сочетании с поиском внутрисистемных источников экономии средств и ресурсов ни в коем случае не должны затронуть качество и доступность медицинской помощи для широких слоев населения.

Эффективность и четкость функционирования всех звеньев механизма улучшения качества медицинской помощи возможны только при согласованном их взаимодействии [21, 22].

Система здравоохранения нашей страны в последние годы претерпела ряд преобразований, направленных на улучшение качества медицинской помощи населению Республики Беларусь на всех уровнях ее оказания. Для этого Министерством здравоохранения проводится целенаправленная широкомасштабная работа по конкретизации социальных гарантий государства в области здравоохранения и защите социальных интересов населения [23–25].

Создана система управления качеством в здравоохранении, базирующаяся на стандартизации, доказательной медицине и клинико-экономическом анализе, которая постоянно совершенствуется путем разработки и установления требований, норм, правил, характеристик условий, продукции, технологий, услуг, применяемых в здравоохранении, на основе критического анализа результатов научных исследований с учетом экономической целесообразности [26].

Таким образом, качество – результат деятельности, направленной на создание таких условий медицинской помощи населению, которые позволяют выполнить заявленные государством гарантии в соответствии с установленными критериями и показателями качества с учетом удовлетворенности населения в полученной медицинской помощи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Амосов, Н.М. Алгоритм здоровья / Н.М.Амосов. – М., 2003.
2. Решетников, А.В. Социология медицины (введение в научную дисциплину): Руководство / А.В. Решетников. – М.: Медицина, 2002. – 976 с.
3. Гурвич, И.Н. Социальная психология здоровья / И.Н.Гурвич. – СПб.: Изд-во СПбГУ, 1999. – 1023 с.
4. Дубровский, В.И. Валеология. Здоровый образ жизни / В.И.Дубровский. – М.: RETORIKA–A, 2001. – 560 с.

5. *Казанцева, Л.К.* Факторы, влияющие на общественное здоровье населения российских регионов / Л.К.Казанцева, Т.О.Тагаева // Регион: Экономика и Социология. – 2008. – №4. – С.102–118.
6. *Калинина, Т.В.* Качество жизни населения как важнейшая составляющая общественного здоровья / Т.В.Калинина // Медицина. – 2008. – №4. – С.7–9.
7. *Лисицын, Ю.П.* Общественное здоровье и здравоохранение / Ю.П.Лисицын, Н.В.Полунина. – М.: Медицина, 2002. – 416 с.
8. *Прохоров, Б.Б.* Условия жизни населения и общественное здоровье / Б.Б.Прохоров, И.В.Горшкова, Е.В.Тарасова // Проблемы прогнозирования. – 2003. – №5. – С.127–140.
9. *Ростовцев, В.Н.* Основы культуры здоровья: Пособие для педагогов и воспитателей учреждений образования / В.Н.Ростовцев, В.М.Ростовцева. – Минск: Национальный институт образования, 2008. – 119 с.
10. *Ростовцев, В.Н.* Основы здоровья / В.Н.Ростовцев. – Минск: РУП "Минсктиппроект", 2002. – 112 с.
11. *Вялков, А.И.* Методология оценки общественного здоровья: определение, показатели, индикаторы, мониторинг / А.И.Вялков, И.А.Гундаров, В.А.Полесский // Проблемы управления здравоохранением. – 2006. – №1. – С.5–9.
12. *Генетика в клинической медицине* / под ред. А.А.Новик, Т.А.Камилова, В.Н.Цыган. – СПб.: ВМедА, 2001. – 219 с.
13. *Гришина, О.В.* Возраст – основная координата исследований индивидуального и общественного здоровья / О.В.Гришина // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина. – 2004. – №2. – С.35–41.
14. *Корхова, И.В.* Гендерные аспекты здоровья / И.В.Корхова // Народонаселение. Ежеквартальный научный журнал. – 2000. – №2. – С.70–79.
15. *Воронина, Л.П.* Проблемы старения и долголетия / Л.П.Воронина. – Минск, "Асобны", 2007. – 47 с.
16. *Сидоров, П.И.* Системный мониторинг общественного здоровья / П.И.Сидоров, А.Б.Гудков, Т.Н.Унгуряну // Экология человека. – 2006. – №6. – С.3–8.
17. *Здоровье и окружающая среда.* Сборник научных трудов. – Минск, 2008. – Выпуск 11. – 580 с.
18. *Здоровье и окружающая среда.* Сборник научных трудов. – Минск, 2008. – Выпуск 12. – 669 с.
19. *Куценко, Г.И.* Общественное здоровье и здравоохранение / Г.И.Куценко, А.И.Вялков, Н.М.Агарков и др. – М., 2003.
20. *Лукашев, А.М.* Общественное здоровье и управление здравоохранением / А.М.Лукашев, Б.Б.Прохоров, Ю.В.Шиленко. – М., 2005.
21. *Гришин, В.В.* Контроль качества оказания медицинской помощи в условиях медицинского страхования в ведущих странах мира / В.В.Гришин, А.А.Киселев, В.Л.Кардашев и др. – М., 2005. – 62 с.
22. *Дьяченко, В.Г.* Система контроля качества медицинской помощи / В.Г.Дьяченко, Н.А.Капитоненко, Н.А. Пудовкина, Л.К.Потылицына // Медицинское страхование. – 2006. – №1–2 (13–14). – С.47–51.
23. *Жарко, В.И.* Об итогах работы органов и учреждений здравоохранения в 2008 году и основных направлениях деятельности на 2009 год / В.И.Жарко // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2009. – №1. – С.3–17.
24. *Жарко, В.И.* Об итогах работы органов и учреждений здравоохранения в 2009 году и основных направлениях деятельности на 2010 год / В.И.Жарко // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2010. – №1. – С.3–18.
25. *Малахова, И.В.* Направления эффективного функционирования национальной социально ориентированной системы здравоохранения Республики Беларусь / И.В.Малахова, И.И.Новик, Д.Ф.Кунницкий, А.А.Гракович // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2009. – №2. – С.3–10.
26. *Цыбин, А.К.* Система оценки качества и эффективности медицинской помощи на основе модели конечных результатов / А.К.Цыбин, Т.И.Терехович, В.В.Антилевский, А.А.Гракович, Т.И.Атрашкевич, И.В.Малахова // Медицинские новости. – 2005. – №12. – С.95–100.

MEDICOSOCIAL CHARACTERISTICS OF FACTORS INFLUENCING THE FORMATION OF PUBLIC HEALTH

T.V.Kalinina, I.V.Malakhova

Biological, natural, socioeconomic and medical factors, influencing the public health, were characterized. As applied to the Republic of Belarus, normative-legal acts, stipulating accessibility, state guarantees and a high level of the rendered medical care, were determined.

Поступила 02.04.2010 г.

КОМПЛЕКСНЫЙ АНАЛИЗ АЛКОГОЛЬНОЙ СИТУАЦИИ В БЕЛАРУСИ

Ю.Е.Разводовский

Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно

На основании косвенных индикаторов уровня алкогольных проблем (связанная с алкоголем смертность, эпидемиологические параметры алкоголизма, уровень продаж алкоголя), а также с использованием результатов скрининга распространенности алкогольных проблем среди населения проведен комплексный анализ алкогольной ситуации в Беларуси. Сочетание таких факторов, как высокий общий уровень потребления алкоголя, преобладание в структуре потребления крепких алкогольных напитков, а также интоксикационно-ориентированный стиль их потребления, обуславливает высокий уровень связаных с алкоголем проблем в Беларуси. Его снижение предполагает реализацию национальной алкогольной политики, ключевым аспектом которой должно являться снижение уровня потребления алкоголя, а также уменьшение доли крепких алкогольных напитков в структуре потребления.

Алкоголь является самым распространенным психоактивным веществом в мире [1]. Эпидемиологические исследования свидетельствуют о том, что бремя связанных с алкоголем проблем растет во многих странах [1–4]. На 58-й сессии ВОЗ, которая состоялась 7 апреля 2005 года и была посвящена проблемам общественного здравоохранения, вызванных злоупотреблением алкоголем, отмечалось, что связанные с алкоголем проблемы достигли угрожающего уровня, поскольку алкоголь стал одним из наиболее серьезных факторов риска для здоровья во многих странах мира. Согласно экспертным оценкам по вине алкоголя ежегодно в мире умирают около 1,8 миллиона человек, что составляет 3,2% общей смертности [1]. Бремя связанных с алкоголем проблем в странах Центральной и Восточной Европы самое высокое в мире [2, 4]. По расчетам международной группы экспертов, алкоголь является виновником 13,6% случаев преждевременной смерти мужчин в возрасте 20–64 года в Польше, 16,3% случаев смерти в Чешской Республике, 22,8% – в Литве, 25,2% – в Венгрии [5]. Алкоголизм и злоупотребление алкоголем – одна из главных причин демографического кризиса в славянских республиках бывшего Советского Союза, который привел к беспрецедентной по масштабам депопуляции, происходящей в мирное время. [2, 3, 6–9]. Недавно опубликованные данные, основанные на результатах исследования, проведенного в г. Ижевске (Россия), свидетельствуют о том, что около 41% смертей мужчин в возрасте от 25 до 54 лет могут быть отнесены на счет злоупотребления алкоголем и суррогатами [10]. Несмотря на высокий уровень связанных с алкоголем проблем в Беларуси, точные данные относительно алкогольных потерь от-

сутствуют. При этом отмечается тенденция к занижению вклада алкогольного фактора в уровень общей смертности. Так, например, по данным официальной статистики, в Беларуси в 2005 году удельный вес связанной с алкоголем смертности составил 4,3% уровня общей смертности, однако, согласно косвенным оценкам, основанным на динамике уровня связанной с алкоголем смертности, вклад алкоголя в общую смертность в Беларуси составляет примерно 18,5% [8], а по другим данным в Беларуси от причин, непосредственно связанных с алкоголем, умирает 20% из числа всех умерших (22,6% из числа умерших мужчин и 14,3% из числа умерших женщин), или 29,7% из числа умерших в трудоспособном возрасте [11].

Злоупотребление алкоголем ассоциируется с более 60 различными заболеваниями, в числе которых сердечно-сосудистая патология (алкогольная кардиомиопатия, гипертензия, аритмия, геморрагический инсульт), рак верхних отделов пищеварительного тракта, цирроз печени и панкреатит [1, 2]. На индивидуальном уровне установлена тесная связь между злоупотреблением алкоголем и риском преждевременной смерти [4]. Связанную с алкоголем смертность условно принято делить на острую и хроническую. К так называемой острой смертности относятся случаи смерти, причиной которой стало однократное употребление больших доз алкоголя (насильственная смертность, острые алкогольные отравления). Случаи смерти, причиной которых стало заболевание, вызванное длительным злоупотреблением алкоголем, относятся к хронической алкогольной смертности (цирроз печени, панкреатит). Как следует из определения, хроническая смертность является причиной преждевременного ухода из жизни, в