

Полученные результаты созвучны идеям, сформулированным Президентом Республики Беларусь А.Г.Лукашенко, о том, что проблемы здравоохранения должны решаться не только за счет новых финансовых вливаний, но и путем системной модернизации отрасли. По словам Президента, это курс на инвестиции в человека, а, значит, и в будущее страны.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Бояджян, В.А. Информационные технологии в новых условиях финансирования лечебных учреждений: опыт использования системы диагностически связанных групп / В.А.Бояджян // Бюллетень НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А.Семашко. – 1997. – №3. – С.15–20.
2. Гулиев, Я.И. Интегрированная информационная система ЛПУ Интерин: основные принципы и характеристики / Я.И.Гулиев, С.И.Комаров // Тез. 1-го Российского науч. форума «МедКомТех-2003». – М., 2003. – С.97–98.
3. Михаленок, В.В. Создание информационных систем на базе реализации возможностей Web-ориентированных платформ (Net) / В.В.Михаленок: Учебное пособие. – М.: ИИО РАО, 2004. – Ч.1. – 100 с., Ч.2. – 202 с.
4. Айламазян, А.К. Данные, документы и архитектура медицинских информационных систем / А.К.Айламазян, Я.И.Гулиев // Тезисы доклада Международного форума «Информатизация процессов охраны здоровья населения – 2001». – М., 2001. – С.141–142.

Поступила 15.07.2010 г.

## СМЕРТНОСТЬ ОТ БОЛЕЗНЕЙ, АССОЦИИРОВАННЫХ С АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИЕЙ, КАК КОСВЕННЫЙ ИНДИКАТОР ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ

<sup>1</sup>М.А.Метельская, <sup>2</sup>В.В.Антипов, <sup>3</sup>Л.Н.Гришенкова, <sup>1</sup>Ю.И.Рогов

<sup>1</sup>Белорусская медицинская академия последипломного образования, г. Минск

<sup>2</sup>Медицинский центр МТЗ, г. Минск

<sup>3</sup>Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

*Проанализирована структура связанной с алкоголем смертности взрослого населения в различных регионах Республики Беларусь. Выявлен рост смертности от хронического алкоголизма и основных форм алкогольной болезни, главным образом, среди мужчин трудоспособного возраста, что, в первую очередь, должно привлечь внимание органов и организаций, формирующих социальную и экономическую политику государства.*

**Введение.** Уровень заболеваемости и смертности населения зависит от целого ряда факторов – социально-экономических, биологических, демографических, экологических, медицинских и др. При этом вклад каждого из них имеет существенные различия. При разработке государственных программ по защите популяционного здоровья необходимо иметь комплексную оценку реального состояния заболеваемости и смертности популяции. Заболеваемость и смертность от болезней, прямо или опосредованно связанных с алкогольной интоксикацией, являются важными индикаторами социально-экономической и демографической ситуации в популяции, в связи с чем актуальной задачей представляется постоянный мони-

торинг алкогольной ситуации в стране с целью проведения адекватной алкогольной политики [1].

Злоупотребление алкоголем включает в себя такие групповые понятия, как острая алкогольная интоксикация или отравление алкоголем, алкогольная зависимость и хроническая алкогольная интоксикация (алкогольная болезнь). Алкогольная зависимость (в государственных формах статистического учета и отчетности – «хронический алкоголизм») – наиболее распространенная зависимость от психоактивных веществ, проявляющаяся психическими и поведенческими расстройствами. Диагноз алкогольной зависимости является исключительно прижизненным и только психиатрическим [2]. В патологоанатомической и

общеклинической практике используется понятие алкогольной болезни, при которой длительное злоупотребление алкогольными напитками (без зависимости) приводит к соматическим последствиям, нередко с преимущественным поражением того или иного внутреннего органа [3, 4]. На фоне хронической алкогольной интоксикации развиваются такие заболевания алкогольного генеза, как жировой гепатоз, гепатит, цирроз печени, кардиомиопатия, острый и хронический панкреатит, хронический атрофический гастрит, энцефалопатии, полинейропатии, различные типы анемии, нарушения иммунной системы, формируется риск субарахноидальных и внутримозговых кровоизлияний.

Острое отравление этиловым спиртом и его суррогатами является предметом судебно-медицинской экспертизы, все другие случаи смерти, ассоциированной с алкоголем, исследуются патологоанатомами.

Цель исследования – проанализировать структуру связанной с алкоголем смертности взрослого населения Беларуси и г. Минска за 1999–

2009 гг., в том числе смертность от хронического алкоголизма с алкогольными психозами и энцефалопатиями, смертность от наиболее значимых нозологических форм алкогольной болезни: алкогольной кардиомиопатии, алкогольного поражения печени, острых и хронических панкреатитов, опосредованно возникающих в результате алкогольной интоксикации, а также от острых алкогольных отравлений.

**Материал и методы.** Проанализированы данные статистической формы С51 Национального статистического комитета Республики Беларусь о случаях смерти за 1999–2009 гг., представленные в расчете на 100 тысяч населения. Данные обрабатывались стандартным пакетом статистических программ Excel 2007. Стандартизация показателей проводилась по мировому стандарту населения World. Уровни стандартизованных показателей были ниже интенсивных и повторяли их динамику.

**Результаты и обсуждение.** Динамика смертности от алкоголь-ассоциированных болезней представлена в табл. 1 и на рис. 1.

Таблица 1

**Динамика смертности от хронического алкоголизма и его последствий в Беларуси (интенсивный показатель на 100 тыс. населения в целом и трудоспособного населения, стандартизованный – показатель по мировому стандарту населения в расчете на 100 тыс.)**

Нозологические формы	1999	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
<b>Хронический алкоголизм</b>	3,55	4,03	4,00	4,82	4,40	4,03	4,34	4,58
стандартизованный	2,91	3,17	3,15	3,72	3,37	3,14	3,30	3,43
трудоспособное население	4,86	5,08	4,71	5,82	5,19	4,71	5,12	5,20
<b>Алкогольные психозы, энцефалопатия, слабоумие</b>	0,20	0,57	0,62	0,93	0,63	0,64	0,57	0,55
стандартизованный	0,17	0,46	0,48	0,75	0,50	0,49	0,45	0,39
трудоспособное население	0,28	0,75	0,85	1,21	0,79	0,85	0,66	0,73
<b>Алкогольная кардиомиопатия</b>		2,85	3,38	3,58	2,89	2,64	2,65	3,87
стандартизованный		2,24	2,65	2,77	2,24	2,03	2,02	2,97
трудоспособное население		3,39	4,33	4,43	3,31	3,46	3,42	4,67
<b>Алкогольная болезнь печени (цирроз, гепатит, фиброз)</b>	0,21	3,94	3,93	5,35	4,83	5,50	5,38	6,03
стандартизованный	0,17	3,15	3,08	4,16	3,76	4,18	4,12	4,50
трудоспособное население	0,24	4,69	4,43	6,20	5,09	5,73	5,78	6,13
<b>Острый панкреатит и другие болезни поджелудочной железы</b>	3,42	4,19	4,39	4,65	4,93	5,15	5,37	6,20
стандартизованный	2,62	3,09	3,16	3,34	3,63	3,63	3,81	4,41
трудоспособное население	3,98	4,33	4,45	4,52	4,81	4,95	5,33	5,91
<b>Случайное отравление алкоголем</b>	23,43	27,72	30,70	33,45	30,13	25,53	26,91	25,81
стандартизованный	19,31	22,17	24,27	26,34	23,37	19,39	20,39	19,32
трудоспособное население	33,15	37,18	39,83	43,34	35,67	31,25	33,12	31,73

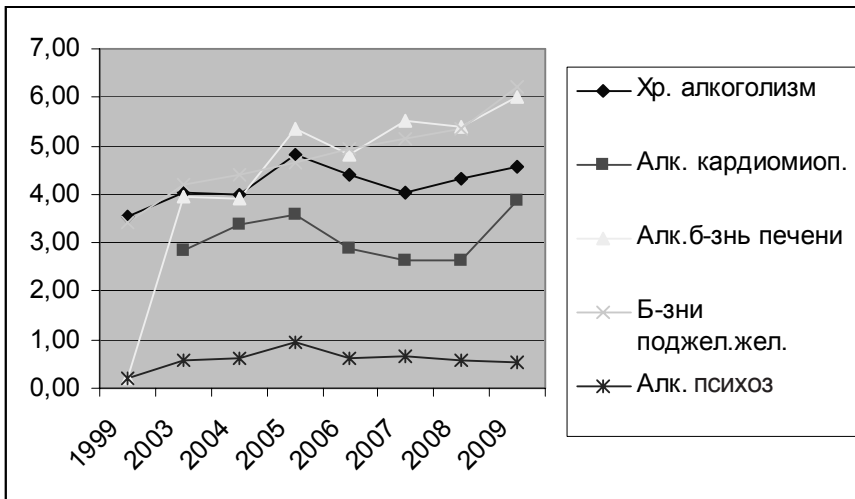


Рис. 1. Динамика смертности от последствий хронической алкогольной интоксикации в Беларуси (на 100 тыс. населения, 1999–2009 гг.)

Смертность от хронического алкоголизма в Беларуси за анализируемый период имела тенденцию к росту с увеличением показателя с 3,5 на 100 тыс. населения в целом (356 случаев) в 1999 г. до 4,6 (443 случая) в 2009 г. В анализируемые годы диагноз причины смерти подтверждался морфологически в 56–76% случаев. Среди умерших 74–78% составляли лица трудоспособного возраста, в основном – мужчины.

Смертность от хронического алкоголизма в г. Минске была более низкой, чем в целом в республике, и колебалась от 2,9 на 100 тыс. в 2004 г. до 4,4 в 2008 г. со снижением в 2009 г. до 3,1. Смертность трудоспособного населения была самой высокой также в 2008 г. (5,4 на 100 тыс.) с последующим снижением до 3,7 в 2009 г. Смерт-

ность трудоспособного населения превышала общезападную. Практически всегда показатели смертности мужчин значительно превышали таковые женщин, иногда они были выше более чем в 6 раз. Следует отметить важную негативную закономерность – смертельные исходы от хронического алкоголизма регистрировались с возраста 25–29 лет. Пик смертности с 1999 по 2009 г. приходился на возрастные периоды 50–54 и 55–59 лет.

Проанализирована смертность от алкоголь-ассоциированных болезней в регионах Беларуси за 2008–2009 гг. (табл. 2). Очевидна неоднозначность показателей как в смежные годы, так и в отдельных регионах, что, в определенной степени, можно объяснить различными методическими подходами к диагностике, как прижизненной, так и секционной. Наиболее высокой являлась смертность от хронического алкоголизма в Гродненской области, наиболее низкой – в Брестской, Гомельской и Могилевской.

В г. Минске в 2008–2009 гг. смертность от алкогольных психозов, энцефалопатии, слабоумия по сравнению с 1999 г. возросла. Из регионов Беларуси в 2008–2009 гг. наиболее высокой она была в Могилевской, Минской и Гомельской об-

Таблица 2

**Смертность от алкоголь-ассоциированных болезней в регионах Беларуси в 2008–2009 гг. (на 100 тыс. населения в целом)**

Регион	Хронический алкоголизм		Алкогольные психозы, энцефалопатия, слабоумие		Алкогольная кардиомиопатия		Алкогольная болезнь печени (цирроз, гепатит, фиброз)		Острый панкреатит и другие болезни поджелудочной железы		Случайное отравление алкоголем		Все алкоголь-ассоциированные болезни	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
г. Минск	4,4	3,1	0,3	0,3	1,8	3,9	5,6	6,3	5,6	6,6	19,0	18,3	36,7	38,5
Брестская	2,6	2,4	0,3	0,3	2,5	4,8	5,0	6,2	3,9	5,2	15,4	15,8	29,7	34,7
Витебская	1,9	6,7	0,1	0,3	2,5	2,7	2,0	2,1	4,8	4,9	37,6	31,6	48,9	48,3
Гомельская	2,5	2,9	0,7	0,8	0,6	0,7	2,9	3,1	5,1	5,0	26,6	32,6	38,4	45,1
Гродненская	12,7	10,5	0,2	0,4	3,8	3,7	8,8	9,5	5,4	8,6	33,9	28,0	64,8	60,7
Минская	5,4	4,6	0,8	0,7	6,2	8,1	6,9	9,0	6,3	7,2	23,5	26,2	49,1	55,8
Могилевская	3,1	3,0	1,9	1,0	1,1	1,9	5,9	3,8	5,3	4,5	40,0	25,9	57,3	40,1

ластях, где регистрировались более низкие уровни смертности от хронического алкоголизма (табл. 2, графы 4, 5).

Сердечная форма алкогольной болезни проявляется алкогольной кардиомиопатией, чаще дилатационного типа. Смертность от алкогольного поражения сердца имела за последние годы значительную тенденцию к росту (рис. 1) с наибольшими значениями в 2009 г. (3,9 на 100 тыс. населения – 374 случая). Большинство причин летальных исходов (до 85%) подтверждены при патологоанатомическом вскрытии. В преобладающем большинстве случаев смерть наступала в трудоспособном возрасте. Смертность от алкогольной кардиомиопатии в Минске была самой высокой также в 2009 г. – 4,5 случая на 100 тыс. населения (71 случай), за предыдущие годы она находилась в пределах 0,8–1,2, в 2008 г. – 2,0 на 100 тыс. населения. В регионах в последние годы наиболее высокой смертность от алкогольной кардиомиопатии была в Минской и Гродненской областях, в 2009 г. ее уровень возрос в Брестской области и г. Минске (табл. 2, графы 6, 7).

Печеночная форма алкогольной болезни (фиброз, гепатит, цирроз) составляет 30–40% в общей структуре заболеваний печени [4]. Смертность от алкогольного поражения печени в Беларуси имеет четко выраженную тенденцию к росту (табл. 1, рис. 1), более высокие ее уровни отмечены среди трудоспособного мужского населения. Наиболее высокие уровни смертности в 2005–2009 гг. зарегистрированы в возрастной группе 55–59 лет (0,76 на 100 тыс. населения в 2005 г., 0,74 – в 2009 г.). Случаи летальных исходов от алкогольного поражения печени регистрируются уже с возраста 20–24 года. Эта закономерность подтверждается данными других авторов о частом развитии острого алкогольного гепатита у лиц 23–35 лет на фоне длительного злоупотребления алкоголем [5]. В 2009 г. по сравнению с 2008 г. отмечен рост смертности во всех регионах, за исключением Могилевской области. Наиболее высокая смертность от алкогольного поражения печени отмечена в Гродненской и Минской областях, наиболее низкая – в Витебской и Гомельской.

Алкогольное поражение поджелудочной железы по частоте и прогностической значимости занимает следующее место после алкогольной гепатопатии и встречается у 25% алкоголиков [5]. При анализе смертности от острых и хронических панкреатитов заслуживает внимания факт алкогольного опьянения на момент смерти у многих умерших, зафиксированный во врачебных свидетельствах о смерти. Наблюдается рост числа летальных исходов от острых и хронических панкреатитов во всех регионах и по республике в целом с преобладанием среди умерших мужчин. Наиболее высокой смертность от панкреатитов была в 2008 г. (5,4 на 100 тыс. населения – 520 случаев) и 2009 г. (6,2 – 599 случаев) (табл. 1). Смертность трудоспособного населения от панкреатитов была ниже среднего возрастной в силу влияния возрастного фактора – смертность лиц пенсионного возраста была выше таковой среди взрослых трудоспособного возраста. Наиболее высокая смертность от панкреатита в 2008–2009 гг. зарегистрирована в Минской и Гродненской областях и г. Минске (табл. 2, графы 10, 11).

Смертность от острых (случайных) отравлений алкоголем за 1999–2009 гг. (табл. 1) колебалась в разные годы, однако в целом отмечена тенденция роста – средний темп прироста смертности за год составил 3,9%, в том числе у мужчин 3,5 и у женщин 5,8%.

Смертность за 1980–2009 гг. представлена на рис. 2. За длительный период отмечен рост уровня смертности как среди мужчин, так и женщин. За 30 лет среднегодовой темп прироста смертности мужчин составил 6,2%, женщин 8,4%, что видно по наклону линий тренда. Смертность трудоспособного населения превышала общевозра-

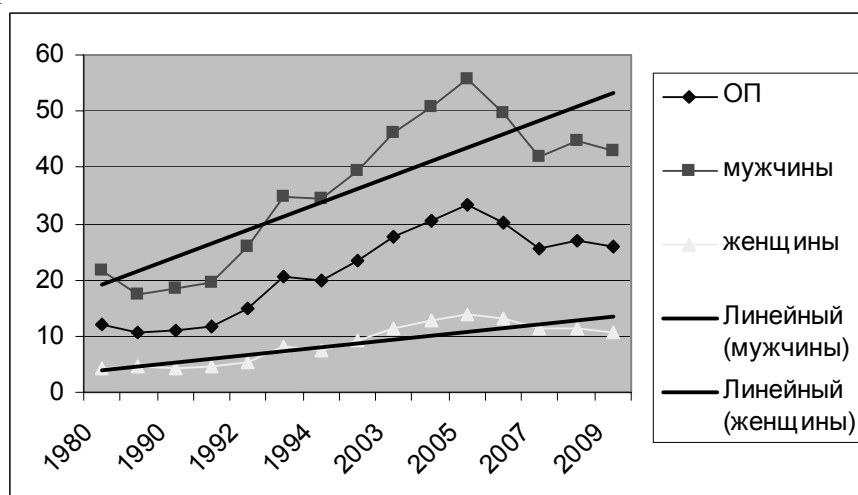


Рис. 2. Динамика смертности от случайных отравлений алкоголем в Беларуси в 1980–2009 гг.

стную в 1999 г. в 1,4 раза, к 2009 г. эта разница уменьшилась до 1,2 раза.

Имеются региональные особенности регистрации случаев смерти от острого отравления алкоголем, что видно при анализе данных за 2008–2009 гг. (табл. 2). В 2009 г. наиболее неблагополучными были Гомельская и Витебская области, наименее тревожная ситуация – в Брестской области и г. Минске.

В графах 14 и 15 табл. 2 представлена суммарная смертность от алкоголь-ассоциированных болезней, приведенных в этой таблице. Очевидны региональные различия. Некоторое превышение среднереспубликанского уровня смертности отмечалось в Гродненской и Минской областях (рис. 3).

Смертность от указанных выше алкоголь-ассоциированных болезней составила в 2008 г. 3,3% в общей структуре смертности от всех болезней и внешних воздействий, в 2009 г. – 3,4%.

**Заключение.** Приведенные данные подтверждают рост смертности от хронического алкоголизма и основных форм алкогольной болезни, в том числе лиц трудоспособного возраста, в Беларуси. Основной причиной летальных исходов при хронической алкогольной интоксикации является алкогольное поражение печени (цирроз, гепатит, фиброз). Особую озабоченность вызывает факт случаев смерти уже в молодом возрасте – с 20–24 лет. В последние годы негативным явлением становится рост смертности от алкогольной кардиомиопатии. Смертность от болезней поджелудочной железы, более выраженная в пенсионном возрасте, также имеет тенденцию к росту. Неблагоприятным является рост случаев смерти от острых отравлений алкоголем, более выраженный у женщин. Озабоченность вызывает и то, что основную часть умерших от острого и хронического воздействия алкоголя составляют мужчины трудоспособного возраста. Тот факт, что стандартизованный показатель смертности от заболеваний ниже интенсивного, свидетельствует о значительном вовлечении в этот фатальный процесс лиц молодого возраста [6]. По нашему мнению, разнонаправленные данные по регионам Беларуси свидетельствуют не только о тех или иных поведенческих особенностях населения регионов, но и об отсутствии единых подходов к диагностике и трактовке как клинических симптомов, так и морфологических изменений при алкоголь-ассоциированной патологии.

Такая ситуация не может не привлечь внимание в первую очередь органов и организаций, формирующих социальную и экономическую по-

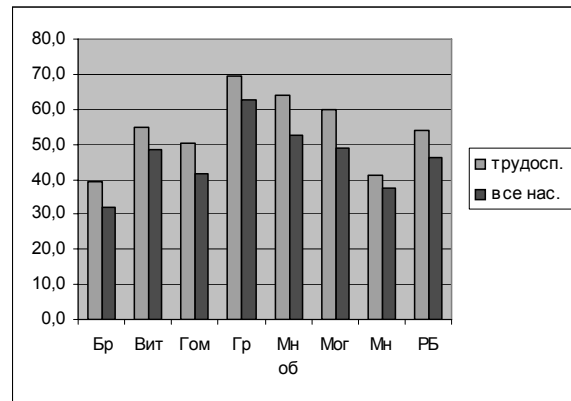


Рис. 3. Смертность в г. Минске и регионах от алкоголь-ассоциированных болезней (среднее значение за 2008–2009 гг., на 100 тыс. населения)

литику государства. В определенной степени это задача и системы здравоохранения, в которой, к сожалению, деятельность по охране здоровья и жизни пациента начинается на стадии манифестации заболеваний, часто – в финале жизни. Серьезную тревогу вызывает преобладание среди умерших мужчин трудоспособного возраста с пиком смертности в 50–59 лет. Выявленная негативная тенденция должна стать серьезной основой для разработки и реализации комплекса социально-демографических и экономических долгосрочных программ с участием медицинских научных и практических организаций, направленных на коррекцию неадекватного поведенческого отношения к здоровью, начиная с детского возраста.

Борьба со злоупотреблением алкоголем – это, в первую очередь, проблема государственная, так как заболеваемость и смертность от достаточно тяжелой патологии – алкогольной зависимости – являются индикаторами уровня здоровья нации, как настоящего, так и будущего.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Разводовский, Ю.Е. Алкоголь и смертность в Республике Беларусь в 1970–2005 гг. / Ю.Е.Разводовский // Мед. новости. – 2007. – №5. – С.61–64.
2. Автандилов, Г.Г. Оформление диагноза: учеб. пособие / Г.Г.Автандилов, О.В.Зайратьянц, Л.В.Кактурский. – М.: Медицина, 2004. – 304 с.
3. Недзьведь, М.К. Патологическая анатомия алкоголизма: метод. рекомендации / М.К.Недзьведь. – Мн., 2001. – 14 с.
4. Серов, В.В. Клиническая морфология алкоголизма / В.В.Серов, С.П.Лебедев // Арх. патологии. – 1985. – №8. – С.3–13.
5. Минко, А.И. Алкогольная болезнь: справочник / А.И.Минко. – М.: Эксмо, 2004. – 187 с.
6. Альбом, А. Введение в современную эпидемиологию / А.Альбом, С.Норелл. – Таллин, 1996. – 123 с.

**MORTALITY FROM ALCOHOL  
INTOXICATION-RELATED DISEASES AS AN  
INDIRECT INDICATOR OF PUBLIC HEALTH**

**M.A.Metelskaya, V.V.Antipov,  
L.G.Grishenkova, Yu.I.Rogov**

The structure of the alcohol-related mortality among adult population from different regions of the Republic of Belarus was analyzed. The growth of

mortality from chronic alcoholism and main forms of the alcoholic disease, primarily, among male population of the able-bodied age, was revealed. First of all, this fact should arrest attention of the authorities and organizations, responsible for decision-making as regards the social and economical policy of the state.

*Поступила 15.04.2010 г.*

**ПИТАНИЕ РЕБЕНКА КАК ИНДИКАТОР  
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ СЕМЬИ**

**Е.М.Тищенко, М.Ю.Сурмач, Д.А.Кочеткова, В.С.Тодрик**

Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно

*На основании материалов, полученных при анкетировании 300 школьников 10–11 классов общеобразовательных школ г. Гродно, проанализированы характер и особенности питания учащихся. Исследовались особенности организации питания подростков в семьях и детских коллективах (горячее питание в школе, второй завтрак), пищевые предпочтения старшеклассников.*

**Введение**

Согласно данным исследований «Второй план действий в области пищевых продуктов и питания для Европейского региона ВОЗ: комплексный подход к борьбе с хроническими и острыми болезнями» [1], важность качественной организации питания для здоровья детей очевидна. При хорошей организации питания удельный вес здоровых детей в возрасте от 7 до 13 лет включительно увеличивается. В семьях, где отмечается плохая организация питания ребенка, удельный вес детей с хроническими заболеваниями и часто болеющих детей, напротив, растет. Недостаток питания приводит к дефициту массы тела детей: так, в группе с плохой организацией питания доля 13-летних детей с дефицитом массы тела в два раза выше, чем в группе с хорошим питанием. В то же время в семьях с хорошей организацией питания в среднем в три раза больше доля детей, у которых наблюдается избыток массы тела, что свидетельствует о несбалансированности питания. Проблемы избыточного веса, корни которых закладываются в детском возрасте, остро актуальны в современных условиях [2].

Результаты ряда исследований показывают, что чем старше ребенок, тем менее рационально его питание. Особенно неблагоприятные тенденции выявляются при исследованиях питания подрост-

ков. Так, проведенные в 2007–2008 г. исследования выявили, что среди учащихся колледжей г. Гродно преобладает несбалансированное нерациональное питание с преимуществом продуктов быстрого приготовления, сладостей. Учащиеся выпивают до 1–1,5 л пива в сутки [3]. Согласно полученным нами в 2009 г. данным, только 37,3% учащихся колледжей г. Гродно избегают употребления некачественных продуктов (хотя две трети опрошенных ответили, что часто обращают внимание на сроки годности продуктов питания, обозначенные на упаковке). Только чуть более четверти учащихся колледжей обращают внимание на небезопасные добавки (консерванты, красители) при покупке продуктов питания, около трети – на энергетическую ценность продукта.

Эти данные, с одной стороны, подтверждают актуальность изучения проблем питания детей, с другой – показывают, что необходимо уточнить факторы, влияющие на организацию питания подростков в семьях и организованных детских коллективах (прежде всего, в школах).

**Материалы и методы**

На основании материалов, полученных при анкетировании школьников 10–11 классов общеобразовательных школ г. Гродно, проанализированы характер и особенности питания учащихся. Опрошены 172 девочки и 128 мальчиков 16–18