



Н.В. Говорин
А.В. Сахаров

Алкогольная смертность

Министерство здравоохранения и социального развития
Российской Федерации
Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
Читинская государственная медицинская академия

Н. В. Говорин, А. В. Сахаров

АЛКОГОЛЬНАЯ СМЕРТНОСТЬ

Издательство «Иван Федоров»

Томск; Чита

2012

УДК 613.81-099.036.88:314.14
ББК Р419.451+Р11(2)23
Г 577

Р е ц е н з е н т ы:

Н. А. Бохан – член-корреспондент РАМН, Заслуженный деятель науки РФ, заместитель директора по научной работе УРАМН НИИ психического здоровья СО РАМН (Томск), руководитель отдела аддиктивных состояний, доктор медицинских наук, профессор

Е.А. Кошкина – директор ФГБУ «Национальный научный наркологический центр Минздравсоцразвития России» (Москва), доктор медицинских наук, профессор

Говорин Н. В., Сахаров А. В.

Г 577 Алкогольная смертность. – Томск; Чита : Издательство «Иван Федоров», 2012. – 164 с.

ISBN 978-5-91701-051-9

Монография содержит методологические подходы к изучению и оценке алкогольной смертности населения. В ней представлен комплексный анализ смертности в стране, в том числе смертности от внешних причин и от алкогольной болезни, проведен анализ взаимосвязей между насильственной, алкогольобусловленной смертностью и показателями наркологического здоровья населения. Авторами введено понятие прямых и косвенных алкогольных потерь, рассчитаны социально-экономические потери в результате алкогольной смертности. Отдельное внимание уделено региональному аспекту проблемы.

Монография адресована врачам наркологам, психиатрам, организаторам здравоохранения, руководителям законодательной и исполнительной ветвей власти, а также другим специалистам, сталкивающимся с вопросами алкоголизации и смертности населения.

Рисунков 132, таблиц 19, библиография 170 наименований.

УДК 613.81-099.036.88:314.14
ББК Р419.451+Р11(2)23

ISBN 978-5-91701-051-9

© Говорин Н. В., Сахаров А. В., 2012

© ГБОУ ВПО Читинская ГМА, 2012

Ministry of Healthcare and
Social Development of Russian Federation
State Budget Educational Institution of
High Professional Education
Chita State Medical Academy

N. V. Govorin, A. V. Sakharov

ALCOHOL-RELATED MORTALITY

Publishing House «Ivan Fedorov»

Tomsk; Chita

2012

УДК 613.81-099.036.88:314.14
ББК Р419.451+Р11(2)23
Г 577

Reviewers:

N. A. Bokhan – Corresponding Member of RAMSci,
Honored Scientist of Russian Federation,
Deputy Director on Research Work of
FGBI Mental Health Research Institute SB RAMSci (Tomsk),
Head of Addictive States Department, M.D., Professor
E.A. Koshkina – Director of FSBI «National Scientific narcological
Center of Ministry of Healthcare and Social Development
of Russian Federation» (Moscow), M.D., Professor

Govorin N. V., Sakharov A. V.

Г 577 Alcohol-related mortality. – Tomsk; Chita : Publishing House «Ivan
Fedorov», 2012. – 164 p.

ISBN 978-5-91701-051-9

The monograph consists of methodological approaches to study and assessment of alcohol-related mortality of the population. It introduces complex analysis of mortality in the country including mortality from external causes and from alcohol illness, analyzes interrelationships between violent, alcohol-related mortality and indices of alcohol-related health of population. The authors have introduced concept of direct and indirect alcohol-related losses, calculated social-economic losses in result of alcohol-related mortality. Special attention has been paid to regional aspect of the problem.

The monograph is intended for addictologists, psychiatrists, health care organizers, and heads of legislative and executive branches of the power as well as for other specialists confronting issues of alcoholization and mortality of the population.

132 figures, 19 tables, 170 references.

УДК 613.81-099.036.88:314.14
ББК Р419.451+Р11(2)23

ISBN 978-5-91701-051-9

© Govorin N. V., Sakharov A. V., 2012

© SBEI HPE Chita SMA, 2012

Введение

С 1992 г. в России происходят массовая убыль населения и значительная социальная деградация, проявляющиеся, в первую очередь, в высокой смертности. Именно необычно высокий уровень преждевременной смертности российского населения продолжает оставаться наиболее острой и злободневной проблемой, внося существенный вклад в демографический кризис в нашей стране.

Ежегодно в России умирает от разных причин более 2 млн человек. Так, в 2010 г. в России умерло 2 млн 31 тысяча человек, при этом общая смертность составила 14,3 случая на 1000 населения. Это один из наиболее высоких показателей не только среди развитых стран мира, но и на постсоветском пространстве. Следует учитывать, что численные потери компенсируются на 50—60 % возросшей в последние годы миграцией населения из других стран, а естественная убыль сохраняется на высоком уровне, несмотря на рост рождаемости.

При этом уровень смертности россиян катастрофически высок для страны такого уровня экономического развития, как РФ, не втянутой в широкомасштабные военные действия (Халтурина Д. А., Коротаев А. В., 2006). Поэтому происходящие процессы по-другому были интерпретированы как сверхсмертность и названы депопуляцией (Волкотруб Л. П. и др., 2005).

В 2007 г. была одобрена новая редакция Концепции демографической политики Российской Федерации, нацеленная на стабилизацию и рост численности населения. Среди основных задач – повысить к 2015 г. общий коэффициент рождаемости в 1,5 раза и увеличить ожидаемую продолжительность жизни до 75 лет. Но достижение этих показателей невозможно без осуществления эффективных мер по снижению смертности населения.

К большому сожалению, складывается впечатление, что масштабы гибели людей, в том числе насильственной, не осознаются российским обществом в полной мере или осознаются как естественный процесс.

Кроме того, в России сформировалась уникальная для мирного времени половозрастная структура смертности: треть умерших уходит из жизни в трудоспособном возрасте, из них до 80 % составляют мужчины. Подтверждением этому служат следующие факты.

Для нашей страны характерен один из самых больших гендерных разрывов в показателе ожидаемой продолжительности жизни при рождении (11,9 года в 2009 г.). Возрастной состав на-

селения страны характеризуется также существенной гендерной диспропорцией. Численность мужчин составила на 1 января 2010 г. 65,6 млн человек, женщин – 76,3 млн человек (больше на 10,7 млн человек, или на 16,2 %). Соотношение полов составило на 2010 г. 1000 мужчин к 1162 женщинам. Численное превышение женщин над мужчинами в составе населения отмечается с 29 лет и с возрастом увеличивается. Такое неблагоприятное соотношение сложилось именно из-за сохраняющегося высокого уровня преждевременной смертности мужчин в трудоспособном возрасте (соотношение мужчин и женщин в возрастной группе 60—64 года составило в 2010 г. 1:1,43). Следует отметить, что только в последние 4 года ситуация начала несколько улучшаться.

Можно констатировать, что в «Стратегии национальной безопасности Российской Федерации до 2020 г.» (утверждена указом Президента РФ от 12.05.2009 № 537) одним из главных стратегических рисков и угроз национальной безопасности на долгосрочную перспективу в области экономического роста названа прогрессирующая трудонедостаточность. Согласно прогнозам Росстата на период до 2026 г., в ближайшие 15—20 лет снижение численности населения страны будет происходить в основном за счет уменьшения числа лиц трудоспособного возраста. При этом трудонедостаточность обусловлена сформировавшейся возрастнo-половой структурой населения страны и недопустимо высоким уровнем смертности в трудоспособном возрасте.

Что же является главной причиной повышенной смертности в России? Отвечая на этот вопрос, большинство экспертов называют такие факторы, как негативная социально-экономическая ситуация, бедность значительной части населения, низкие отчисления на социальные нужды и т. д., а также рекордно высокое потребление крепкого, часто некачественного алкоголя (Бохан Н. А., 2005; Люсов В. А. и др., 2008). При этом алкогольный фактор был назван «локомотивом» кризиса смертности в РФ.

Алкогольному урону в стране способствует очень высокое потребление алкоголя, которое в пересчете на абсолютный спирт достигает почти 17—18 литров на человека в год. Этот показатель считается одним из самых высоких в мире, при этом по потреблению крепких напитков Россия, по всей видимости, является мировым лидером. Кроме того, население, особенно сельское, активно потребляет спиртосодержащие жидкости гидролизных заводов, технический или синтетический спирты. Все это

наносит колоссальный ущерб здоровью людей, способствует постепенному, но неуклонному вымыванию интеллектуального потенциала нации (Говорин Н. В., 2007—2009).

По данным А. В. Немцова (2003), в разных регионах алкогольная смертность составляет от 30 до 46 %, а в среднем по стране – 37 % от всех смертей. Ведь алкогольная смертность не исчерпывается только алкогольными отравлениями и включает значительный процент убийств, самоубийств, смертей от цирроза, сердечно-сосудистых заболеваний, инсультов, панкреатита, болезней органов дыхания, рака органов системы пищеварения и др. (Говорин Н. В., 2007; Огурцов П. П. и др., 2008; Люсов В. А. и др., 2008; Бисалиев Р. В. и др., 2010). В Сибири и на Дальнем Востоке алкогольная смертность превышает 40 % от общей смертности. Такая оценка алкогольной смертности в 10 раз больше официальных данных Госкомстата РФ, которые составляют лишь 3 % общей смертности населения (Немцов А. В., 2003).

По мнению других авторов (Харченко В. И. и др., 2004), алкогольная смертность вместе с жертвами сильно пьющих и больных алкоголизмом суммарно не превышает 25 % смертности взрослого населения. При этом смерти от насильственных причин – главный и, вероятно, наиболее явный источник смертности, в котором реализуется алкоголь (Немцов А. В., 1991, 2003; Говорин Н. В. и др., 2009).

Несмотря на различия в оценках, можно с уверенностью заявить, что наша страна занимает печальное первое место в мире по смертности от причин, связанных с употреблением алкоголя, от внешних причин смерти, от соматической патологии, связанной со злоупотреблением алкоголем, намного превышая такие показатели других стран.

Особенно драматичное положение вырисовывается при анализе доступных показателей в абсолютном большинстве сибирских и дальневосточных территорий: продолжительность жизни в них ниже, а смертность выше, чем в центральных областях России (Семке В. Я., 2000—2007; Говорин Н. В., 2007—2009).

При этом по-прежнему остается недостаточно изученной связь между смертностью и алкоголизацией населения в стране и ее регионах, отсутствует достоверная информация о наиболее неблагоприятных в данном отношении территориях страны; не разработана и методология по оценке алкогольной смертности.

Исходя из этого, мы попытались обобщить собственные подходы к изучению алкогольной смертности населения, представив результаты многолетних исследований сотрудников кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии Читинской государственной медицинской академии. Безусловно, особое внимание авторы уделяют региональному значению проблемы.

СМЕРТНОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

1.1. Уровень и структура смертности

В XX веке Российская Федерация столкнулась с демографическим кризисом – население страны ежегодно уменьшалось в среднем на 700 тысяч человек. Численность населения сокращалась начиная с 90-х гг. прошлого века из-за превышения уровня смертности над уровнем рождаемости. Это явление получило меткое название «русский крест». Только в последние годы в России наметилась положительная тенденция с рождаемостью. В 2010 г. в стране родилось 1789,6 тысячи человек; умерло – 2031,0 тысячи человек – естественная убыль составила 241,4 тысячи человек (рис. 1).

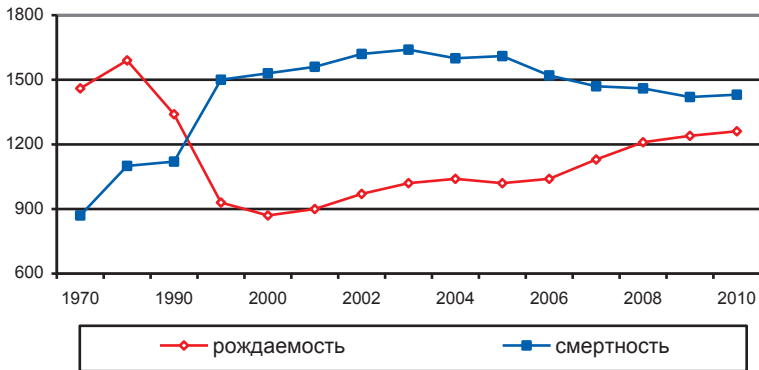


Рис. 1. Рождаемость и смертность в РФ (на 100 тысяч человек населения)

Численность населения РФ к началу 2011 г. составила 141,9 млн человек, при этом только за последние 10 лет она сократилась почти на 5 млн. За 2010 г. число жителей уменьшилось на 48,3 тысячи человек, или на 0,03 %, показатель смертности составил 1432,3 на 100 тысяч человек населения. В последние годы мы не наблюдаем резкого снижения численности населения, что происходит как за счет уменьшившейся естественной убыли, так и в результате увеличившегося миграционного прироста. Вклад миграционного компонента в рост численности населения неуклонно уменьшался практически до 2003 г. Увеличение миграционного прироста в последние годы при сокращении естественной убыли привело к некоторому замедлению темпов сокращения численности населения (рис. 2).

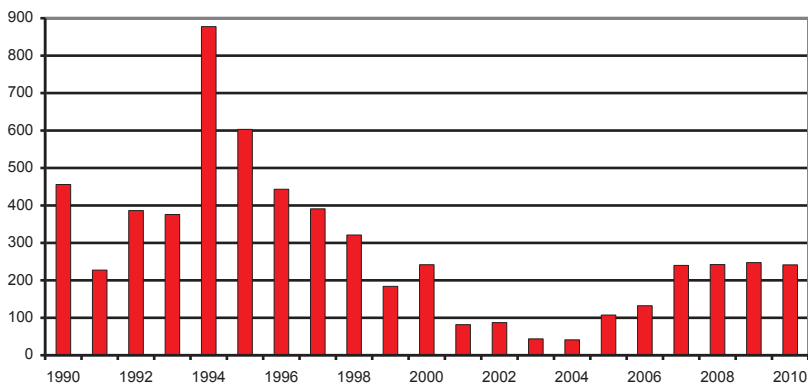


Рис. 2. Миграционный прирост в РФ (тыс. человек) по данным Федеральной службы Государственной статистики

И все же, несмотря на меры, направленные на улучшение демографической ситуации в Российской Федерации, одной из самых острых проблем остается высокий уровень смертности населения. Имеющиеся данные неутешительны. Ежегодно в России умирает от разных причин более 2 млн человек (2031,0 тысячи в 2010 г.) (рис. 3).

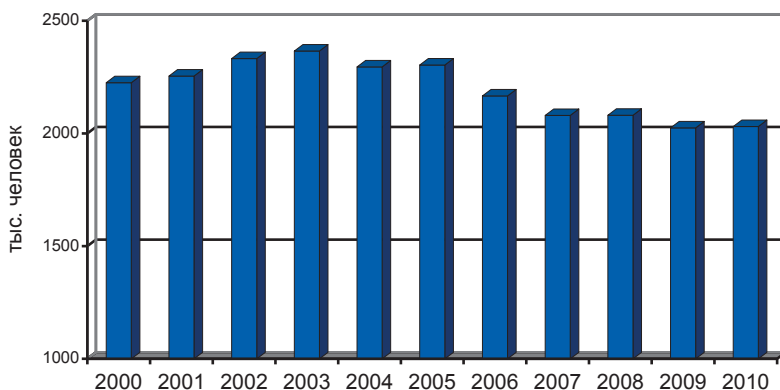


Рис. 3. Число умерших в РФ (тыс. человек) по данным Федеральной службы Государственной статистики

Особенно плачевная ситуация сложилась в регионах Сибири и Дальнего Востока, где люди умирают все более молодыми (Семке В. Я. и др., 2007, 2010). Только за последние 5 лет

смертность в возрастной группе мужчин 20—29 лет возросла на 60 % (Говорин Н. В., 2009).

В Забайкальском крае показатели смертности населения по-прежнему остаются опасно высокими, приводя неуклонно и естественно к уменьшению численности населения, которая на 1 января 2011 г. составила 1105,7 тысячи человек. В целом только за последние 10 лет население края сократилось почти на 10 %. В 2010 г. в крае умерло 15,3 тысячи человек (рис. 4).

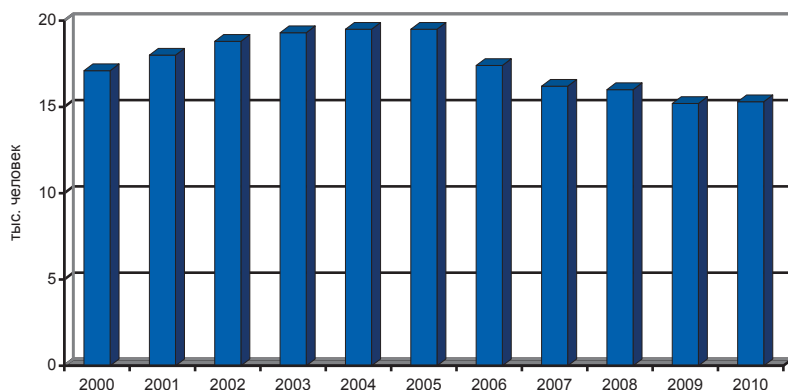


Рис. 4. Число умерших в Забайкальском крае (тыс. человек) по данным Федеральной службы Государственной статистики

В Забайкалье показатель общей смертности населения в 2010 г. составил 13,8 на 1 000 человек населения (рис. 5), данный показатель сопоставим с общероссийским (для сравнения: 14,3 – в 2010 г.).

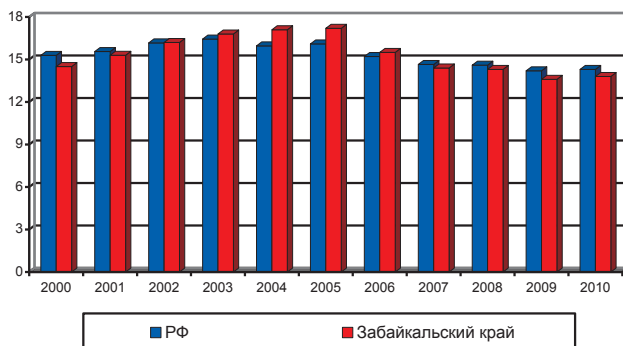


Рис. 5. Коэффициенты общей смертности населения в РФ и Забайкальском крае (на 1000 человек населения)

Среди причин преждевременной смертности в России на первом месте находятся болезни системы кровообращения (804,2 на 100 тысяч населения), на втором – новообразования (206,2 на 100 тысяч населения); третье место занимают так называемые внешние причины (145,5 на 100 тысяч населения): несчастные случаи, травмы, отравления, убийства, самоубийства и т. п. (до 2006 г. внешние факторы были на второй позиции) (рис. 6).

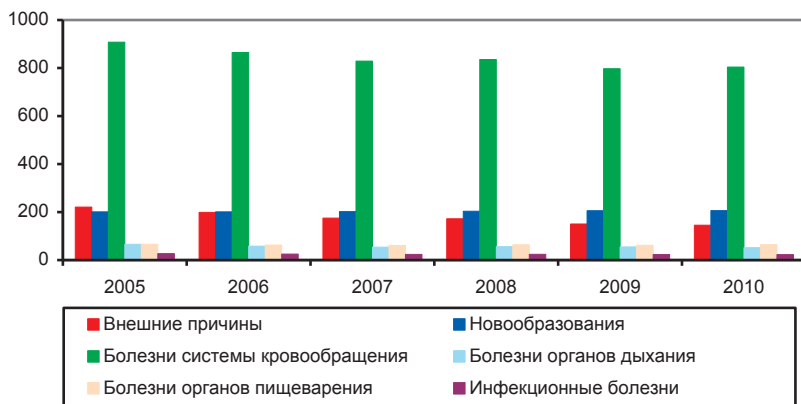


Рис. 6. Смертность по основным классам причин смертности в РФ (на 100 тысяч человек населения)

В структуре причин смертности в Забайкальском крае смертность от болезней системы кровообращения на 20 % ниже, чем по РФ (660,1 на 100 тысяч населения). На втором месте по-прежнему находится смертность от внешних причин с показателем 266,0 на 100 тысяч населения, что в 1,8 раза выше, чем в РФ (рис. 7). Учитывая высокие показатели насильственной смертности в нашем регионе, по всей видимости, определенная часть жителей умирает в молодом возрасте от внешних факторов, просто не доживая до болезней системы кровообращения, следовательно, и показатели смертности от указанной причины существенно ниже.

Убедительным подтверждением сказанному является высокая доля смертности лиц трудоспособного возраста в структуре общей смертности населения – 38,9 % в Забайкалье в 2010 г. (рис. 8).

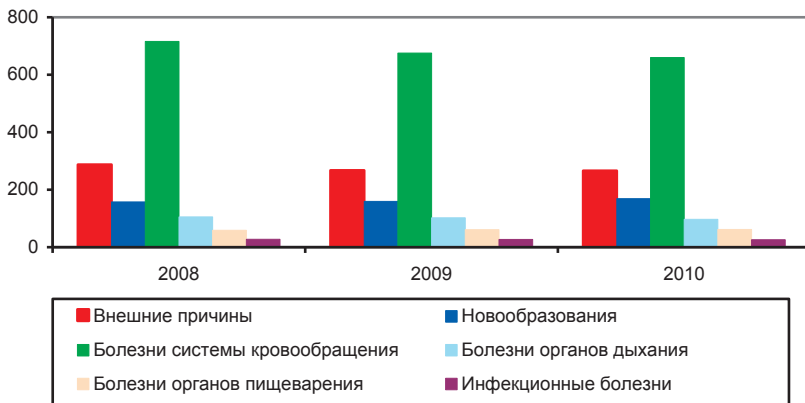


Рис. 7. Смертность по основным классам причин смертности в Забайкальском крае (на 100 тысяч человек населения)

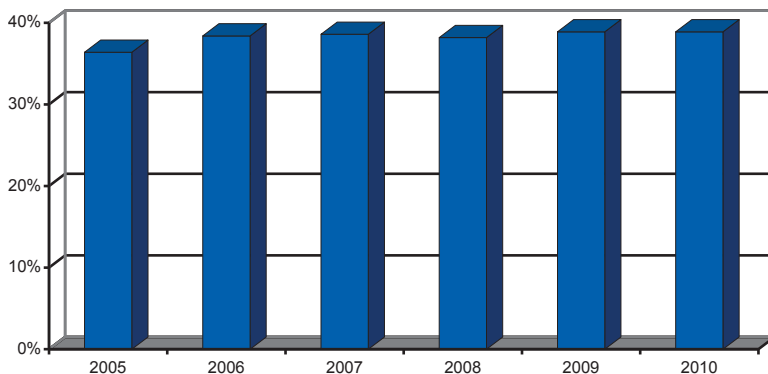


Рис. 8. Доля умерших в Забайкальском крае в трудоспособном возрасте (от всей смертности, %)

Следует подчеркнуть, что основной контингент умерших в трудоспособном возрасте составляют именно мужчины. Так, мужчины в Забайкальском крае умирают в трудоспособном возрасте в 53,4 % случаев, женщины – только в 20,6 % (рис. 9). Аналогичный показатель в мужской популяции по РФ составляет 44,8 % (рис. 10), который сходен с таковым в странах третьего мира и характерен для асоциальных, имеющих низкий образовательный и культурный уровни, категорий населения.

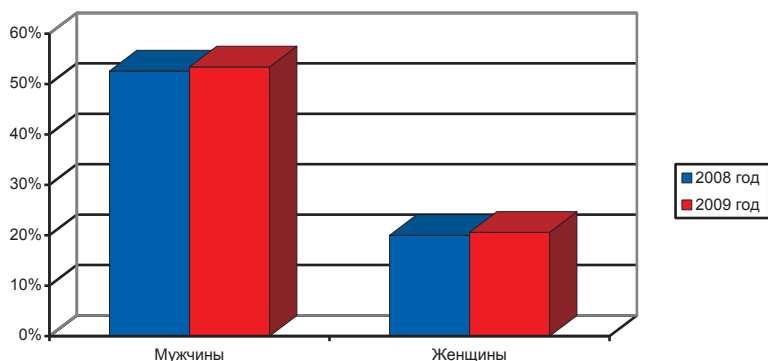


Рис. 9. Доля мужчин и женщин трудоспособного возраста в общей смертности населения соответствующего пола в Забайкальском крае

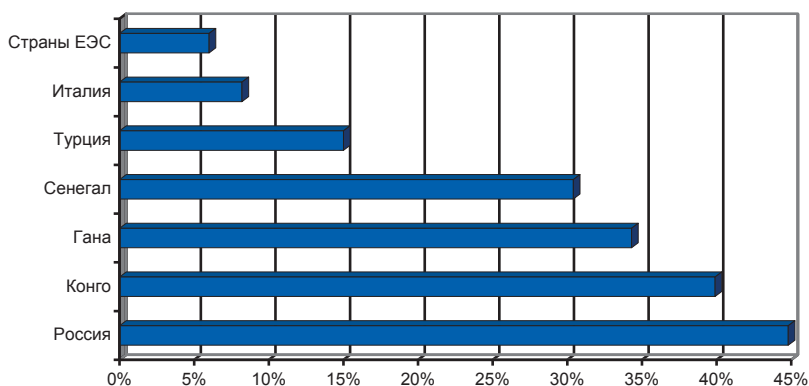


Рис. 10. Смертность мужчин трудоспособного возраста (%)

При этом смертность от внешних причин в Российской Федерации наносит наибольший ущерб продолжительности жизни именно в интервале трудоспособного возраста. Об этом свидетельствуют расчеты сотрудников НИИ медицины труда (Измеров Н. Ф., Тихонова Г. И., 2010).

Так, построение гипотетических таблиц смертности позволило определить, что самое большое увеличение интервальной продолжительности жизни в трудоспособном возрасте произошло бы при устранении внешних причин смерти. Ущерб, наносимый болезнями системы кровообращения, оказался почти в 14

3 раза ниже (рис. 11). При этом вклад в укорочение интервальной продолжительности жизни 1 случая смерти вследствие воздействия внешних причин в 2 раза выше, чем от болезней системы кровообращения (рис. 12).

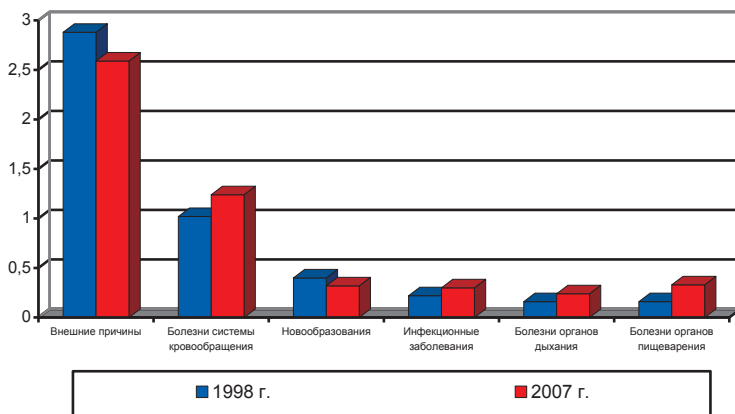


Рис. 11. Потери человеко-лет жизни вследствие ведущих причин смерти у мужчин в интервале трудоспособного возраста в РФ в 1998 и 2007 гг. (Измеров Н. Ф., Тихонова Г. И., 2010)

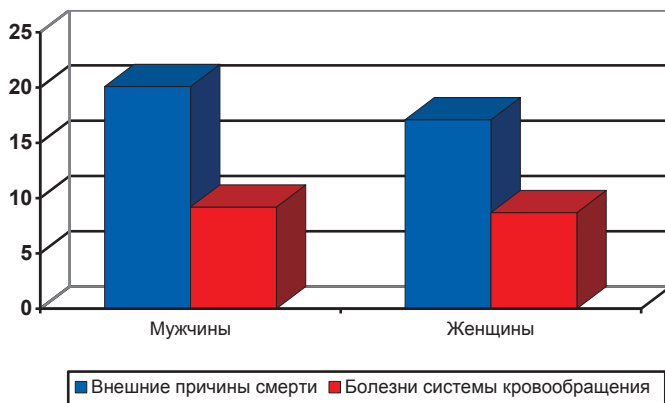


Рис. 12. Вклад в укорочение интервальной продолжительности жизни 1 случая смерти в РФ в 2007 г. (в годах) (Измеров Н. Ф., Тихонова Г. И., 2010)

Теперь следует сказать несколько слов о ведущих причинах смертности. В 2010 г. **от болезней системы кровообращения** в России умерло 1 140 368 человек, что составило 56,2 % от

всей смертности населения в стране (показатель был равен 804,2 на 100 тысяч человек населения). В последние 3 года данный вид смертности несколько снизился (рис. 13).

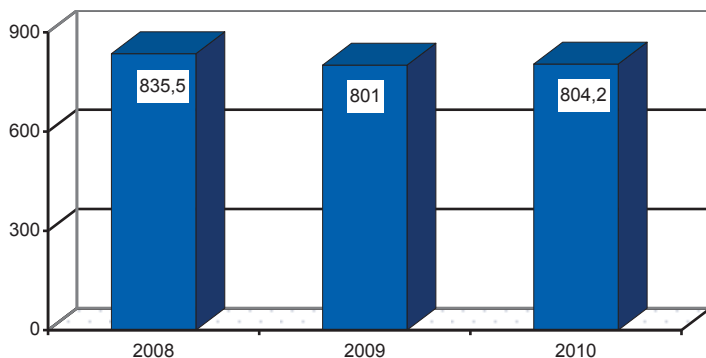


Рис. 13. Смертность населения от болезней системы кровообращения в РФ в 2008—2010 гг. (на 100 тысяч человек населения)

По федеральным округам показатель смертности населения от болезней системы кровообращения (БСК) в 2010 г. распределился следующим образом: Центральный – 946,1 на 100 тысяч человек населения; Северо-Западный – 876,0; Приволжский – 838,0; Южный – 837,0; Дальневосточный – 722,4; Сибирский – 673,0; Уральский – 664,0; Северо-Кавказский – 494,7 (рис. 14).

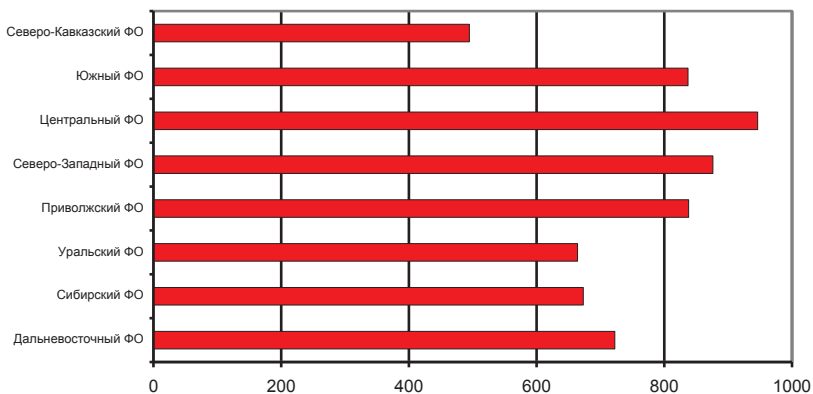


Рис. 14. Смертность от болезней системы кровообращения в федеральных округах РФ в 2010 г. (на 100 тысяч человек населения)

Лидирующие позиции по величине умерших занимали Псковская и Тверская области с показателями 1 288,9 и 1 288,8 на 100 тысяч населения в 2010 г. соответственно. Далее шла Новгородская область (1248,1 на 100 тысяч).

Минимальные показатели смертности от БСК были зарегистрированы в 2010 г. в Республике Ингушетии (180,9 на 100 тысяч человек населения), Ямало-Ненецком АО (216,1), Республике Дагестан (300,6). Таким образом, межрегиональная дифференциация в стране по этому фактору составила в 2010 г. 7,2 раза. Забайкальский край занял в 2010 г. 61-е место в стране по величине смертности по причине болезней системы кровообращения.

У женщин показатель смертности от болезней системы кровообращения составил в 2009 г. 817,0 на 100 тысяч женщин, у мужчин – 782,4 на 100 тысяч мужчин. Динамика указанных показателей в РФ представлена на рисунке 15.

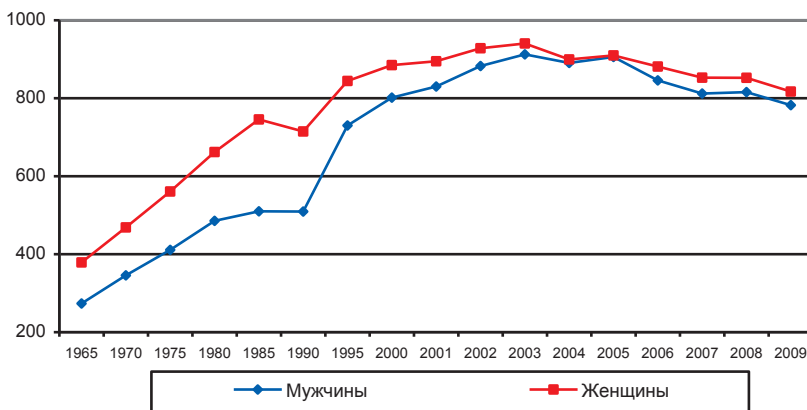


Рис. 15. Смертность по причине болезней системы кровообращения среди мужчин и женщин в РФ (на 100 тысяч человек населения соответствующего пола)

От новообразований в 2010 г. в России умерло 292 310 человек, что составило 14,4 % от всей смертности населения в стране (показатель равен 206,2 на 100 тысяч человек населения). В последние 3 года данный вид смертности остается стабильным (рис. 16).

По федеральным округам показатель смертности населения по причине новообразований в 2010 г. распределился следующим образом: Центральный – 239,1 на 100 тысяч человек населения; Северо-Западный – 232,2; Южный – 214,8; Уральский –

197,3; Сибирский – 196,2; Приволжский – 191,0; Дальневосточный – 186,9; Северо-Кавказский – 119,1 (рис. 17).

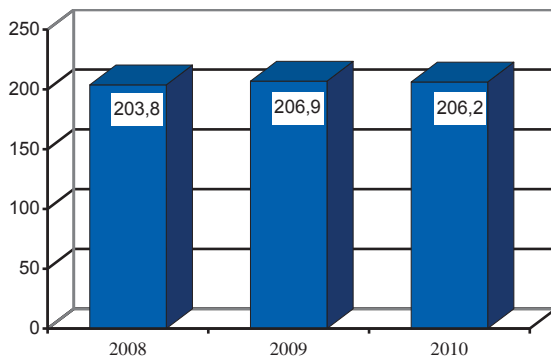


Рис. 16. Смертность населения от новообразований в РФ в 2008—2010 гг. (на 100 тысяч человек населения)

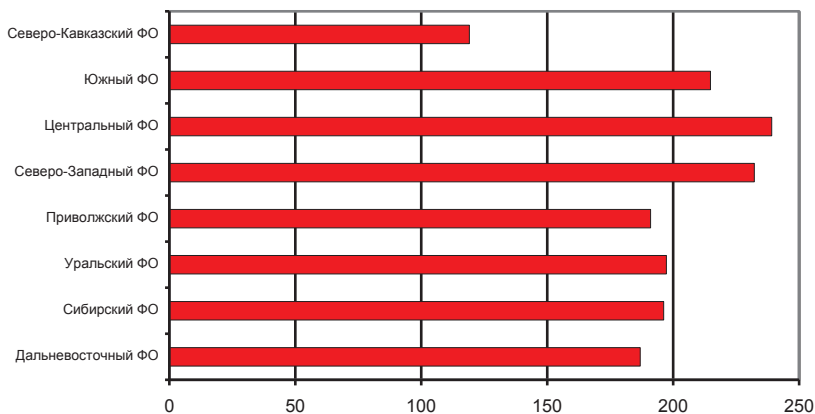


Рис. 17. Смертность от новообразований в федеральных округах РФ в 2010 г. (на 100 тысяч человек населения)

Высоким значением данного показателя в 2010 г. отличались г. Санкт-Петербург (276,1 на 100 тысяч человек населения), Тульская область (271,8) и Московская область (257,0).

Минимальные показатели смертности от новообразований были зарегистрированы в 2010 г. в Республике Ингушетии (43,9 на 100 тысяч человек населения), Чеченской Республике (68,6),

Ямало-Ненецком АО (77,0) и Республике Дагестан (79,8). Межрегиональная дифференциация в стране по этому показателю составила в 2010 г. 6,3 раза. Забайкальский край занял по величине умерших от новообразований 61-е место в РФ (168,9 на 100 тысяч).

У женщин показатель смертности от новообразований в 2009 г. был в 1,3 раза меньше, чем у мужчин: 179,3 на 100 тысяч женщин и 239,0 на 100 тысяч мужчин. Динамика указанных показателей в РФ представлена на рисунке 18.

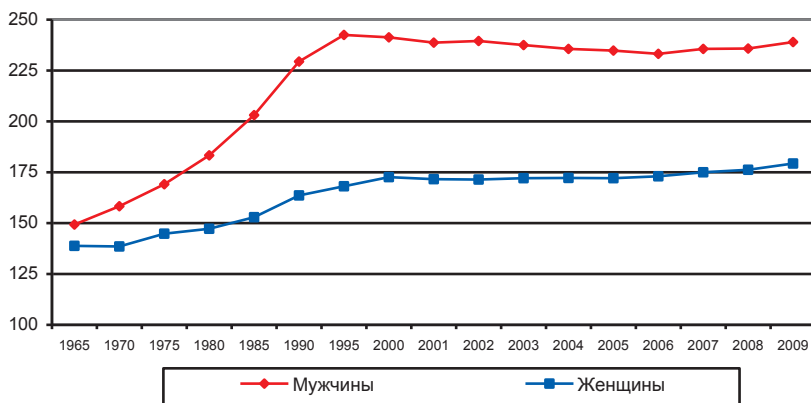


Рис. 18. Смертность по причине новообразований среди мужчин и женщин в РФ (на 100 тысяч человек населения соответствующего пола)

В 2010 г. **от внешних причин** в России умерло 206 331 человек, что составило 10,2 % от всей смертности населения в стране (показатель был равен 145,5 на 100 тысяч человек населения). В последние годы отмечается некоторое снижение распространенности насильственной смертности в стране. Распространенность и структура смертности от внешних причин подробно представлены в следующей главе.

От **болезней органов пищеварения** в нашей стране в течение 2010 г. умерло 91 199 человек, что составило 4,5 % от всей смертности населения (показатель равен 64,3 на 100 тысяч человек населения). В последние 3 года распространенность данной причины смертности остается стабильной (рис. 19).

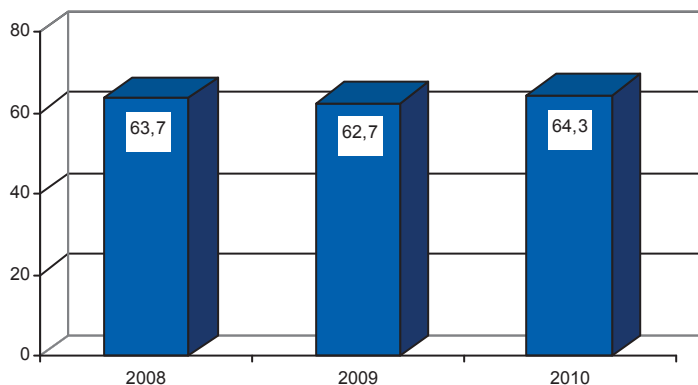


Рис. 19. Смертность населения от болезней органов пищеварения в РФ в 2008—2010 гг. (на 100 тысяч человек населения)

Как показано на рисунке 20, по федеральным округам показатель смертности населения по причине болезней органов пищеварения в 2010 г. распределился следующим образом: Дальневосточный – 76,8 на 100 тысяч человек населения; Северо-Западный – 74,8; Центральный – 67,9; Приволжский – 66,1; Южный – 61,8; Уральский – 61,4; Сибирский – 60,5; Северо-Кавказский – 36,2.

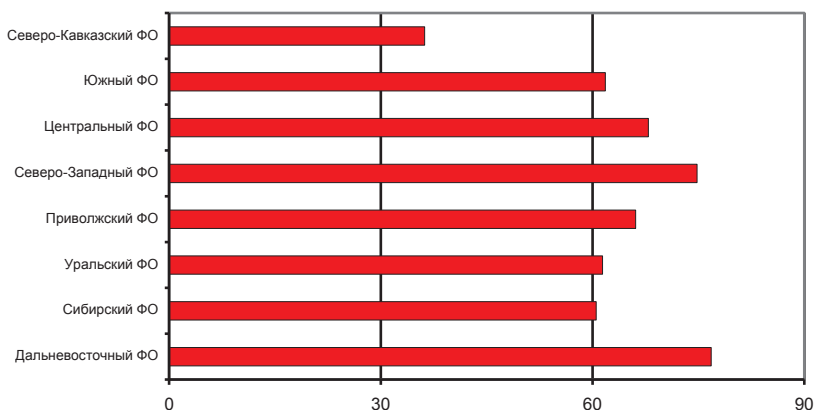


Рис. 20. Смертность от болезней органов пищеварения в федеральных округах РФ в 2010 г. (на 100 тысяч человек населения)

Лидирующие позиции по величине смертности населения от болезней системы пищеварения в 2010 г. занимали Ивановская область (120,0 на 100 тысяч человек населения), Сахалинская область (114,5) и Вологодская область (104,0).

Минимальные показатели были зарегистрированы в 2010 г. в Республике Ингушетии (4,8 на 100 тысяч человек населения), Чеченской Республике (10,3), Республике Дагестан (21,1). Таким образом, межрегиональная дифференциация в стране по смертности от болезней органов пищеварения составила в 2010 г. 25 раз. Забайкальский край занял по величине этого показателя 50-е место в РФ (61,9 на 100 тысяч населения).

У мужчин показатель смертности от болезней органов пищеварения в 2009 г. был в 1,5 раза больше, чем у женщин: 77,2 на 100 тысяч мужчин и 50,2 на 100 тысяч женщин соответственно. Динамика указанных показателей в РФ представлена на рисунке 21.

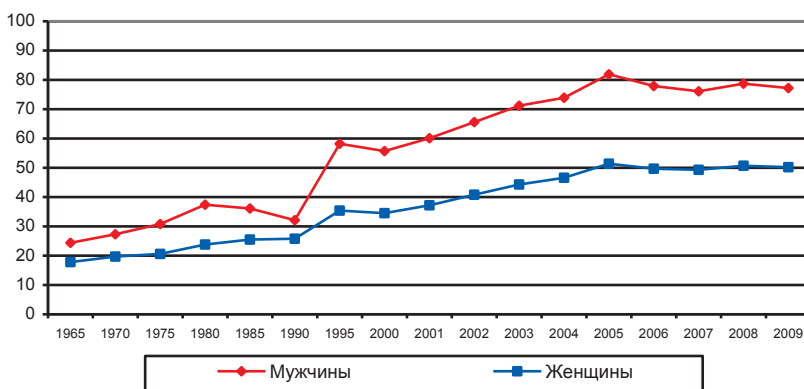


Рис. 21. Смертность по причине болезней органов пищеварения среди мужчин и женщин в РФ (на 100 тысяч человек населения соответствующего пола)

От **болезней органов дыхания** в Российской Федерации в 2010 г. умерло 73 497 человек, что составило 3,6 % от всей смертности населения в стране (51,8 на 100 тысяч человек населения). Динамика смертности от болезней органов дыхания за 2008—2010 гг. представлена на рисунке 22.

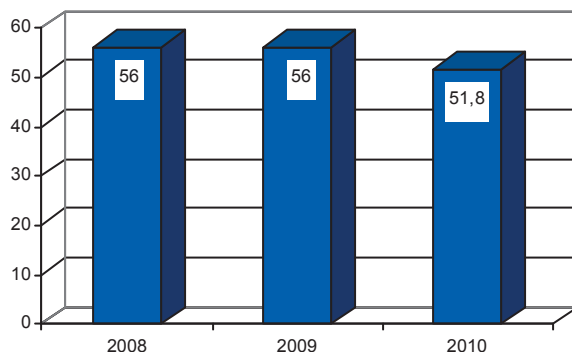


Рис. 22. Смертность населения от болезней органов дыхания в РФ в 2008—2010 гг. (на 100 тысяч человек населения)

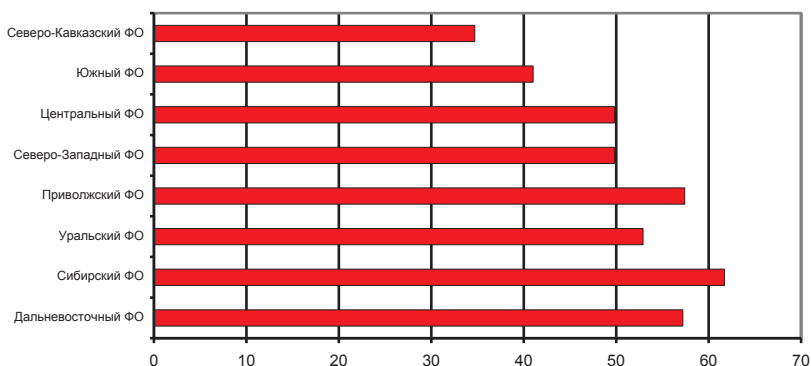


Рис. 23. Смертность от болезней органов дыхания в федеральных округах РФ в 2010 г. (на 100 тысяч человек населения)

Из рисунка 23 видно, что по федеральным округам показатель смертности населения по причине болезней органов дыхания в 2010 г. распределился следующим образом: Сибирский – 61,7 на 100 тысяч человек населения; Приволжский – 57,4; Дальневосточный – 57,2; Уральский – 52,9; Северо-Западный и Центральный – по 49,8; Южный – 41,0; Северо-Кавказский – 34,7.

Максимальные показатели смертности населения от данной причины в 2010 г. зарегистрированы в Чувашской Республике (109,7 на 100 тысяч человек населения), Республике Марий Эл (106,6), Забайкальском крае (97,2) и Ивановской области (95,1).

Минимальные показатели были отмечены в 2010 г. в Республике Ингушетии (6,9 на 100 тысяч человек населения) и Чеченской Республике (9,7). Межрегиональная дифференциация в стране по смертности от болезней органов дыхания составила в 2010 г. 16 раз.

У мужчин показатель смертности от болезней органов дыхания в 2009 г. был в 2,7 раза больше, чем у женщин: 84,5 – на 100 тысяч мужчин и 31,5 – на 100 тысяч женщин соответственно. Динамика указанных показателей на территории Российской Федерации представлена на рисунке 24.

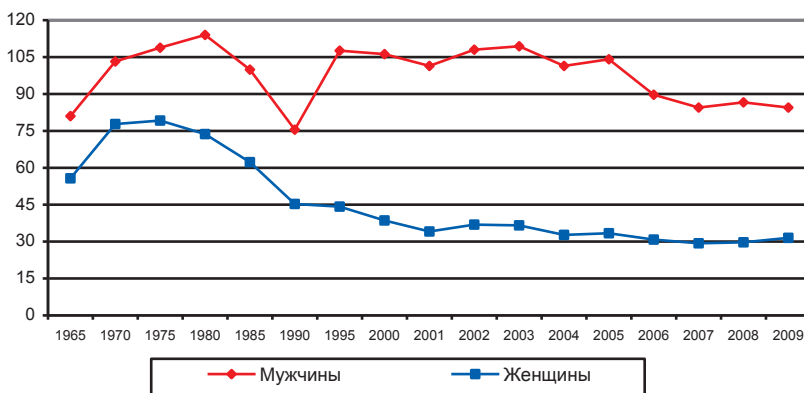


Рис. 24. Смертность по причине болезней органов дыхания среди мужчин и женщин в РФ (на 100 тысяч человек населения соответствующего пола)

В 2010 г. **от инфекционных и паразитарных болезней** в России умерло 32 578 человек, что составило 1,6 % от всей смертности населения в стране (показатель был равен 23,0 на 100 тысяч человек населения). За последние 3 года данный вид смертности имел тенденцию к снижению (рис. 25).

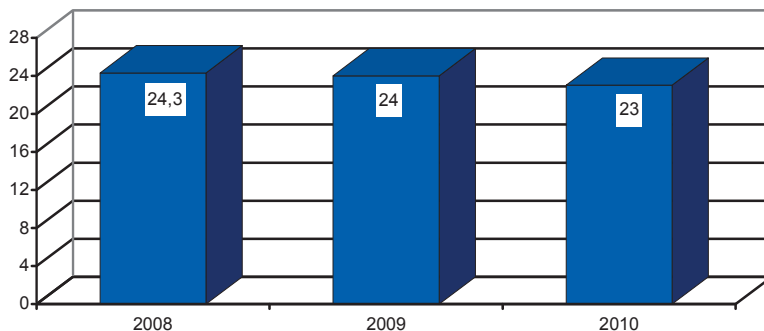


Рис. 25. Смертность населения от инфекционных и паразитарных болезней в РФ в 2008—2010 гг. (на 100 тысяч человек населения)

По федеральным округам показатель смертности населения от инфекционных болезней в 2010 г. распределился следующим образом: Сибирский – 34,6 на 100 тысяч человек населения; Дальневосточный – 31,7; Уральский – 31,6; Южный – 25,7; Северо-Западный – 23,2; Приволжский – 20,6; Центральный – 15,6; Северо-Кавказский – 13,6 (рис. 26).

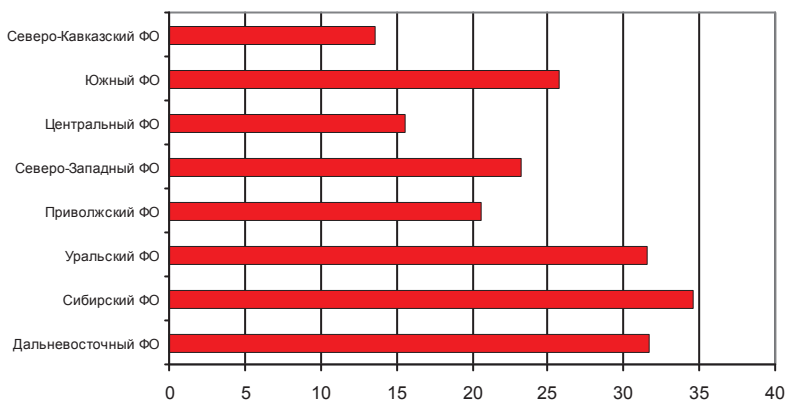


Рис. 26. Смертность от инфекционных болезней в федеральных округах РФ в 2010 г. (на 100 тысяч человек населения)

Лидирующие позиции по величине умерших от инфекционных и паразитарных болезней занимает Республика Тыва с показателем 79,5 на 100 тысяч населения в 2010 г., далее идут Еврейская АО (64,4 на 100 тысяч) и Иркутская область (61,4 на 100 тысяч).

Минимальные показатели смертности от данной причины были зарегистрированы в 2010 г. в Ненецком АО (4,7 на 100 тысяч человек населения), Белгородской области (5,1), Орловской области (6,2). Таким образом, межрегиональная дифференциация в стране по этому фактору составила в 2010 г. 16,9 раза. Забайкальский край занял в 2010 г. 29-е место в стране по величине смертности по причине инфекционных и паразитарных болезней (26,1 на 100 тысяч населения).

У женщин показатель смертности от инфекционных заболеваний составил в 2009 г. 10,6 на 100 тысяч женщин, у мужчин – 39,7 на 100 тысяч мужчин (в 4,3 раза меньше). Динамика указанных показателей в РФ представлена на рисунке 27.

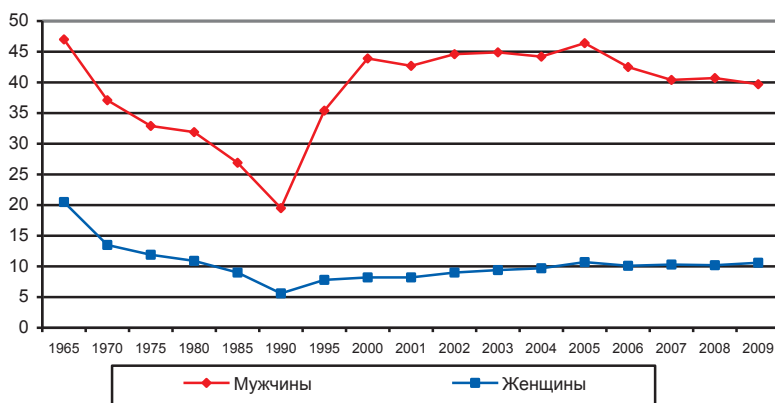


Рис. 27. Смертность по причине инфекционных и паразитарных болезней среди мужчин и женщин в РФ (на 100 тысяч человек населения соответствующего пола)

Завершая изложение общих вопросов по распространенности и структуре смертности российского населения, стоит остановиться на прогнозах Росстата по ожидаемым коэффициентам смертности в РФ. При этом выделены три возможных варианта прогноза – низкий, средний и высокий (рис. 28). При оптимистичном развитии ситуации к 2030 г. общий коэффициент смертности снизится до 12,7 на 1000 человек, что будет соответствовать 1 869,4 тысячи умерших; при среднем прогнозе данные пока-

тели могут составить 14,2 на 1000 человек и 1 983,0 тысячи умерших. При неблагоприятной реализации ситуации коэффициент смертности вырастет до 17,3 на 1000 человек, что будет соответствовать 2 202,0 тысячи умерших.

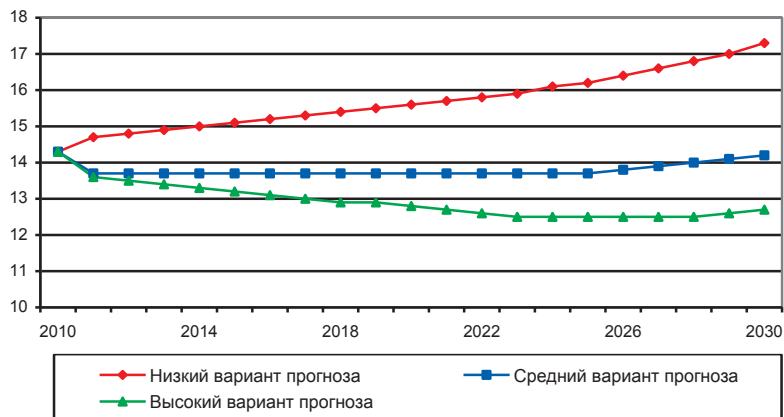


Рис. 28. Ожидаемые коэффициенты смертности населения РФ по трем вариантам прогноза Росстата до 2030 г. (на 1000 человек населения)

Соответственно величина смертности населения в стране будет зависеть от интенсивности мер, предпринимаемых на государственном уровне.

При этом число родившихся в нашей стране при реализации любого прогноза будет уменьшаться (рис. 29).

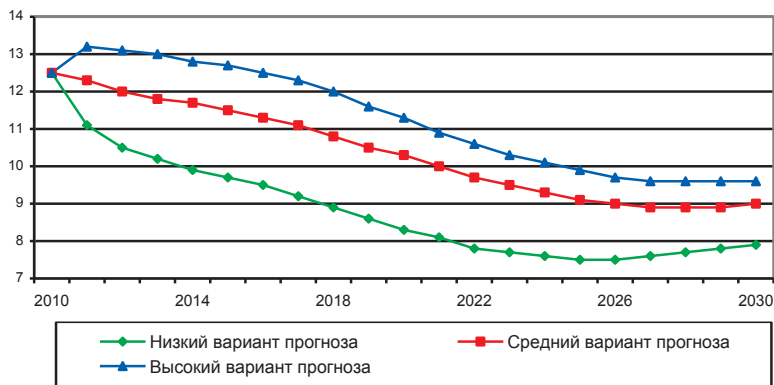


Рис. 29. Ожидаемые коэффициенты рождаемости в РФ по трем вариантам прогноза Росстата до 2030 г. (на 1000 человек населения)

По экспертным оценкам, численность женщин репродуктивного возраста (15—49 лет) в перспективе в Российской Федерации будет стабильно снижаться, что обусловлено социально-экономическим кризисом рождаемости начала 90-х гг. Так, если в 2009 г. численность этой категории женщин составляла 38,1 млн, то в 2015 г. она составит 35,38 млн, к 2020 г. – 34,02 млн, к 2025 г. – 33,26 млн.

Причем численность женщин 20—29 лет, на которую приходится 65 % всех рождений, уменьшится с 12,2 млн в 2010 г. до 7,0 млн в 2025 г. Эта динамика явится важным фактором ограничения числа родившихся и в перспективе (ЮНИСЕФ, 2010).

Следовательно, при всех вариантах изменения численности населения Росстат прогнозирует в 2030 г. сокращение числа родившихся, высокий уровень смертности населения и отрицательный естественный прирост (убыль населения от 444,4 тысячи до 1 197,4 тысячи ежегодно). Поэтому численность россиян к 2030 г. может составить от 129 до 144 миллионов человек.

Таким образом, РФ в настоящее время относят к странам с наивысшими уровнями смертности. Для нее характерен один из самых больших в мире гендерных разрывов в показателе ожидаемой продолжительности жизни при рождении, что является следствием высокой смертности мужчин в трудоспособном возрасте.

При этом главными проблемами демографического развития России остаются высокая смертность от внешних причин и болезней системы кровообращения. По мнению экспертов, самое существенное влияние на это оказывает злоупотребление алкоголем. От причин, непосредственно связанных со злоупотреблением алкоголем, в 2009 г. умерло 50,5 тысячи мужчин и 18,1 тысячи женщин. Однако его влияние на смертность от других причин существенно выше, особенно от тех, в этиологии которых присутствует экзогенная составляющая. Этому вопросу посвящены следующие разделы настоящей монографии.

1.2. Вклад алкогольного фактора в общую смертность населения, проблема алкогольной болезни

Наблюдаемая с 1992 г. депопуляция населения Российской Федерации является не только результатом падения рождаемости, но и следствием значительного роста числа умерших (Волкотруб Л. П. и др., 2005). Именно необычно высокий уровень

преждевременной смертности российского населения продолжает оставаться наиболее острой и злободневной проблемой, внося существенный вклад в демографический кризис в нашей стране и в среднюю продолжительность жизни. Поэтому показатели смертности в России, в 2—3 раза превышающие аналогичные показатели в экономически развитых странах, интерпретируются как сверхсмертность. При этом значительное количество случаев ранней смертности прямо или косвенно связано с потреблением алкоголя (Люсов В. А., 2008).

Так, по данным А. В. Немцова (2003), около трети всех смертей в нашей стране в большей или меньшей степени связаны с алкоголем. В разных регионах алкогольная смертность составляет от 30 до 46 %, а в среднем по стране – 37 % от всех смертей. В Сибири и на Дальнем Востоке алкогольная смертность превышает 40 % от общей смертности. Между тем смертность от насильственных причин – главный и, вероятно, наиболее явный источник гибели людей, в котором реализуется алкоголь (Нечаев А. К., 1992; Разводовский Ю. Е., 2002). Им обусловлены 72 % убийств, 42 % самоубийств, 68 % смертей при циррозах печени. Естественно, что смерти при отравлениях алкоголем связаны с ним на 100 %. Такая оценка алкогольной смертности в 10 раз больше официальных данных Госкомстата РФ, которые не превышают 3 % общей смертности населения (Немцов А. В., 2003).

По мнению других авторов (Харченко В. И. и др., 2004), в настоящее время алкогольная смертность вместе с жертвами сильно пьющих и больных алкоголизмом в сумме не превышает 25 % смертности взрослого населения. При этом общие алкогольные потери в России составляют в период после 2002 г. в среднем за год 16,3 % от всех смертей. Среди лиц трудоспособного возраста алкогольная смертность составляла в 2001 г. от 33,7 до 42,1 %, что в 3,5 раза выше, чем в США и других экономически развитых странах.

Следует отметить, что демографические последствия злоупотребления алкоголем носят просто катастрофический характер. Прежде всего, это преждевременная смертность около 400 тысяч россиян ежегодно, это причина серьезного снижения продолжительности жизни, особенно среди мужчин. Алкогольные проблемы современного общества вносят значительный вклад не только в снижение рождаемости, но и в ухудшение здоровья детей, особенно психического.

Злоупотребление алкоголем увеличивает вероятность смерти от сердечно-сосудистых заболеваний, заболеваний желудочно-кишечного тракта, от несчастных случаев и травм.

Алкогольная смертность – самое тяжелое следствие злоупотребления алкоголем. Можно с уверенностью заявить, что наша страна занимает печальное первое место в мире по смертности от причин, связанных с употреблением алкоголя, от внешних причин смерти, от соматической патологии, связанной со злоупотреблением алкоголем, намного превышая таковые показатели других стран.

Региональный анализ алкогольной смертности показал, что она возрастает с юга на север и с запада на восток. Эта закономерность характерна для всего европейского пространства – более северные страны и территории имеют более тяжелые алкогольные проблемы в условиях отсутствия ограничительной политики государства. Стоит отметить, что с 2006 г. в России стала отмечаться положительная тенденция в показателях алкогольной смертности. В 2011 г., впервые с 1998 г., в России сократилось производство спирта и намечилось снижение смертности (Артюхов И. П. и др., 2011).

По данным Росстата, за 1 год смертность снизилась преимущественно за счет причин, динамика которых тесно связана с потреблением алкоголя: сократилась смертность от алкогольных отравлений – на 17 %, от убийств – на 18,9 %, от самоубийств – на 6,2 %, от транспортных травм – на 5,2 %.

Действительно, наиболее показательны работы, отражающие динамику изменения показателей **в зависимости от среднечеловеческого потребления алкоголя** (рис. 30).

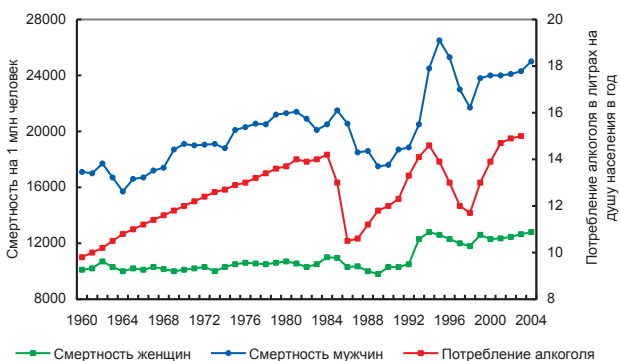


Рис. 30. Соотношение смертности мужчин и женщин в России в 1960–2004 гг. с оценками потребления алкоголя (Немцов А. В., 2007)

Выявлено, что снижение потребления алкоголя в нашей стране даже на 5—10 % сохраняет жизнь 100—200 тысячам человек в год (Немцов А. В., 2003). И все же самой показательной и значимой эта зависимость была в 1985—1988 гг. в связи с антиалкогольным постановлением ЦК КПСС. А. В. Немцов, А. К. Нечаев (1991), изучая статистику этого периода, установили интересные закономерности, касающиеся снижения насильственной смертности при снижении потребления алкоголя на 25 %.

Такая однозначная зависимость между потреблением алкоголя, алкогольными заболеваниями и насильственной смертностью выявляется не во всех странах. По крайней мере, в Европе она не прослеживается. Например, в Испании, Дании, Франции отмечено снижение уровня суицидов при росте употребления алкоголя, в Венгрии при постоянном уровне употребления отмечено снижение числа суицидов (Шустов Д. И., 2005; Войцех В. Ф., 2006). Иногда даже в ряде регионов одной страны уровень алкоголизации не коррелирует с уровнем самоубийств и убийств.

Это приводит к большому разнообразию и противоречивости выводов и не позволяет установить, в какой степени алкоголь выступает в качестве причины смерти. Часто это происходит из-за того, что сравниваются популяции с различными уровнями потребления алкоголя, которые почти никогда не бывают сравнимы по внеалкогольным факторам (Гладышев М. В., 2006). Следует отметить также, что верхний уровень диапазона потребления алкоголя, зафиксированный в зарубежных работах, не достигает уровней потребления в нашей стране (Немцов А. В., 2003).

В России же, по-видимому, такая взаимосвязь с той или иной силой корреляции существовала всегда (Кузнецов В. Е., 1987; Шустов Д. И. и др., 1998; Немцов А. В., 1995, 2001; Люсов В. А., 2008; Опенко Т. Г., 2011).

Помимо уровня потребления алкоголя, не стоит забывать об изменении **паттерна потребления спиртного**, когда крепкие алкогольные напитки начинают преобладать над слабоалкогольными в структуре потребления, что способствует возникновению острых проблем, связанных с алкоголем (Разводовский Ю. Е., 2002). Потребление крепкого алкоголя (40° и выше) в России составляло в разные периоды 70—82 %. Именно потребление большого количества крепкого алкоголя, или так называемый северный тип потребления, наиболее характерный для населения нашей страны, приводит к созданию высокой концентрации

алкоголя в крови и к повреждению внутренних органов. В связи с чем наблюдаются также высокие значения смертности от случайных отравлений алкоголем.

В других странах мира потребление крепких алкогольных напитков (в процентном значении от всего объема потребляемого алкоголя) не достигает 30 %. Например, в Финляндии – 29 %, в Канаде – 28,7 %, в США – 27,3 %, в Швеции – 23,8 %, в Германии – 21,4 %, в Норвегии – 20,5 %, в Великобритании – 18,3 % (Люсов В. А. и др., 2008).

Другой серьезной проблемой в России стала **фальсификация качества значительной части алкогольных напитков** (Нужный В. П., 1995, 2004). В отечественную торговую сеть стало поступать большое количество фальсифицированного алкоголя, представляющего собой недостаточно очищенный синтетический или гидролизный спирт (Дмитриева Т. Б. и др., 1998). Во второй половине 90-х гг. нелегальный оборот такого алкоголя достигал 60 % (Пелипас В. Е. и др., 2002). В результате этого в 1992—1996 гг. произошел взрывоопасный рост числа алкогольных отравлений (Немцов А. В., 2001). Поэтому показатель смертей от отравлений алкоголем в России был в 65 раз выше среднеевропейских показателей (Немцов А. В., 2004), а в некоторых регионах нашей страны смертность от отравлений этанолом достигала 5—9 % общей смертности населения (Родяшин Е. В. и др., 2010). В последние годы, несмотря на положительные тенденции, отравления алкоголем и смерти от отравлений по-прежнему происходят в результате потребления алкогольных напитков, произведенных нелегально.

Помимо неумышленных отравлений алкоголем, ведущими причинами гибели людей, употребляющих алкоголь, являются травмы и несчастные случаи, самоубийства и убийства.

Согласно различным данным, в мире после употребления алкоголя совершается 50—80 % **убийств** (Дмитриева Т. Б. и др., 2002—2006; Разводовский Ю. Е., 2006; Roizen J., 1996; Rehn N., 2002). В США этот показатель составлял 50—55 % (Румянцева Т. Г., 2001; Roizen J., 1996; Malmquist G., 1996), в европейских странах в состоянии опьянения совершалось примерно 55 % преступлений, связанных с применением насилия, в том числе убийств: Бельгия – 40 %, Эстония – 60 %, Венгрия – 35,4 %, Норвегия – 80 %, Польша – 56 %, Швеция – 86 %. Близкие цифры (55 %) приводили в отношении Шотландии и Франции (Дмитрие-

ва Т. Б. и др., 2006; Edwards G., 1994; Klingemann H., 2000; Rehn N., 2002).

По последним данным отечественных психиатров, в России более 80 % убийств совершается в алкогольном опьянении (Дмитриева Т. Б. и др., 2002—2006). Доля преступлений в опьянении среди зарегистрированных убийств за период 2002—2006 гг. увеличилась с 46,5 до 67,8 % (Читастат, 2007). В результате статистического анализа установлено, что число убийств напрямую связано с уровнем продажи водки (Разводовский Ю. Е., 2006). При этом в популяции больных алкоголизмом насильственная смертность составляет 25 % по сравнению с 7,4 % в общей популяции (Гольдштейн Р. И., 1985; Столяров А. В., 1990; Пелипас В. Е., 1995; Шустов Д. И., 2005).

Многолетнее изучение связи **самоубийств** с потреблением алкоголя на уровне небольших групп в разных странах позволило исследователям сформулировать некоторые общие выводы (Немцов А. В., 2001): 1) значительная доля алкоголиков и пьяниц заканчивает жизнь самоубийством; 2) для молодых мужчин – тяжелых пьяниц риск самоубийства в 5 раз выше, а для алкоголиков – в 9 раз выше, чем для остального населения; 3) алкоголиков и тяжелых пьяниц среди самоубийц значительно больше, чем людей с другими диагнозами; 4) в крови большей части самоубийц обнаруживается алкоголь.

При этом Россия принадлежит к числу стран с высокой зависимостью уровня суицидов от уровня потребления алкоголя. Было доказано, что повышение среднелетнего потребления алкоголя в РФ на 1 литр добавляет 8 мужских самоубийств на каждые 100 тысяч мужчин и 1 женское самоубийство на каждые 100 тысяч женщин (Немцов А. В., 2002).

Между тем исследователи в работах, выполненных в различных регионах России, утверждают, что не менее чем у 30 % суицидентов (а максимально у трех четвертей мужчин и у двух третей женщин) в крови обнаружен алкоголь (Амбрумова А. Г., Тихоненко В. А., 1981; Кутько И. И., 1988; Столяров А. В., 1990; Молин Ю. А., 1996; Дубравин В. И., 2001; Зиновьев С. В., 2002; Гладышев М. В., 2006).

В других странах отмечена также значительная частота приема алкоголя при суицидах. В Швеции алкоголь обнаружен в крови у 35 % суицидентов (Norstrom T., 1988; Sjogren H. et al., 2000), в Финляндии – у 30,5 % (Lunetta P. et al., 2001), в Бразилии

– у 32,2 %, в штате Нью-Йорк он выявлен в крови в 33 % таких случаев (Caces P., Harford T., 1998).

Исследования подтвердили равновеликую значимость алкоголя в реализации суицидальных намерений для представителей различных этносов, проживающих на одной территории (Лазебник А. И., 2000; Дубравин В. И., 2001). При этом алкоголь был обнаружен не только у тех, кто имел какие-то алкогольные проблемы (состоял на учете, пил запоями и т. п.), но и у тех, про кого родственники и знакомые говорили: «Пил как все», а то и «Почти не пил». Известно, что депрессии и субдепрессии зачастую случаются после массивных выпивок не только у алкоголиков, но и у пьяниц, не всегда тяжелых. Это значит, что не только злоупотребление алкоголем влияет на распространение самоубийств, самоубийство может спровоцировать и «простая» выпивка (Афанасьева Е. В., 1980; Коваленко В. П., 1980; Амбрумова А. Г., Тихоненко В. А., 1981; Столяров А. В. и др., 1990).

Кроме того, известно, что в современной России сверхсмертность во многом обусловлена **болезнями системы кровообращения** (БСК). Смертность в нашей стране от БСК почти в 3 раза выше уровня смертности в экономически развитых странах, причем подобное превышение смертности носит «искусственный» характер и связано с особенностями учета и диагностики, а именно с так называемым принципом умолчания в отношении алкоголизма и злоупотребления алкоголем. Людям, которые умирают от соматических последствий алкоголизма, особенно если они сохраняют при жизни хороший социальный статус и имеют семью, практически никогда не ставится диагноз алкогольной зависимости, им выставляются «диагнозы-маски», в первую очередь диагностируются заболевания сердечно-сосудистой системы.

Поэтому эти показатели в РФ занижаются приблизительно в 15—20 раз. Например, в Норвегии около 10 % всех смертей связывают с алкоголем, что в 3—5 раз больше, чем в России, тогда как в Норвегии – самое низкое в Европе потребление алкоголя, а в нашей стране – самое высокое (Нужный В. П., 1995, 2002, 2004).

Результаты специального корреляционного анализа убедительно демонстрируют, что смертность от болезней системы кровообращения находится в прямой зависимости от уровня потребления спирта на душу населения и его качества. Высокое потребление фальсификатов алкоголя превращает факторы риска раз-

вития БСК в факторы риска смерти, а также приводит к колоссальному росту иной соматической патологии, в том числе панкреатитов, гепатитов и циррозов печени (Люсов В. А. и др., 2008).

При этом определение влияния алкогольного фактора на смертность населения по-прежнему остается проблематичным. В **Международной классификации болезней** 10-го пересмотра присутствуют нозологические единицы, смерть при которых сопряжена с употреблением алкоголя. Например, не вызывает сомнений смертельный исход у человека в результате следующих причин смерти: психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя; дегенерация нервной системы, вызванная алкоголем; алкогольная полиневропатия; алкогольная миопатия; алкогольная кардиомиопатия; алкогольная болезнь печени; панкреатит алкогольной этиологии; алкогольный синдром плода; случайное (преднамеренное или с неопределенными намерениями) отравление (воздействие) алкоголем.

В то же время на протяжении длительного времени органы статистики учитывали лишь три нозологии – смертность по причине алкоголизма, алкогольной болезни печени, отравлений алкоголем или его суррогатами. Только с 2005 г. дополнительно стали собирать данные по летальным случаям в результате алкогольной кардиомиопатии, алкогольного панкреатита и алкогольной дегенерации нервной системы. По-прежнему не учитывается значение алкоголя при нарушениях мозгового кровообращения.

В результате, после начала учета было установлено, что смертность от **алкогольной кардиомиопатии** в России в 100 с лишним раз больше, чем в США или во Франции, и даже в Финляндии (стране с северным типом потребления алкоголя), где смертность примерно в 10 раз ниже, чем в РФ. Уровень смертности от отравлений алкоголем в нашей стране вообще кажется несопоставимым с показателями этих государств (Андреев Е. М., Збарская И. А., 2009).

Учитывая вышеизложенное, можно резюмировать, что существующие в РФ уровень и структура потребления алкоголя, низкое качество алкогольной продукции наносят колоссальный ущерб здоровью людей, способствуя их деградации и обуславливая дальнейший рост в стране так называемой алкогольобусловленной смертности от внешних причин и соматических заболеваний.

Между тем с длительностью, суточной дозой, качеством и частотой употребления спиртных напитков, а также с индивидуальными возможностями печеночного метаболизма этанола, которые определяются этническими и индивидуальными различиями, тесно связаны последствия хронического употребления алкоголя для психического и соматического здоровья (Островский Ю. М. и др., 1988; Гриненко А. Я. и др., 1993; Lieber C. S., 1994).

В связи с этим была предложена **концепция алкогольной болезни**, учитывающая стадийное развитие заболевания (Пауков В. С., 1994—2001). Алкогольная болезнь – заболевание, при котором длительная повторяющаяся интоксикация этанолом приводит к возникновению характерных структурных изменений в органах и системах организма и сопровождается соответствующей клинической симптоматикой.

В МКБ-10 термин «алкогольная болезнь» упоминается только как алкогольная болезнь печени. Между тем на практике данный термин используется для обозначения не только патологии печени, но и сердца, желудка, поджелудочной железы, почек, периферической и центральной нервной системы, крови и других внутренних органов.

Патогенез алкогольной болезни состоит из 3 стадий (Пауков В. С., 1998): I – стадия повторных острых алкогольных интоксикаций; II – стадия пьянства; III – стадия алкоголизма и его осложнений (алкогольный абстинентный синдром, алкогольные психозы и т. д.). Каждая из этих стадий имеет свою морфологию.

При этом следует подчеркнуть, что о появлении **I стадии** алкогольной болезни можно говорить только тогда, когда возникают отчетливые патологические изменения в структурах микроциркуляторного русла (дистония сосудов с наличием стазов, сладжей, отек и деструкция эндотелия капилляров и венул, набухание их базальных мембран, усиление пиноцитоза). В этот период еще нет выраженных клинических проявлений болезни, за исключением самого эксцесса употребления алкоголя и возможных последующих кратковременных проявлений интоксикации. Все морфологические изменения в органах обратимы в случае прекращения употребления алкоголя.

Далее следует **II стадия** – стадия пьянства, предшествующая формированию зависимости от алкоголя. При этом практически во всех системах организма возникают отчетливые морфологические изменения, но они обратимы или хорошо компенсированы при прекращении алкоголизации. При этом особенно страда-

ют микроциркуляторное сосудистое русло, печень, сердце, легкие, головной мозг и почки. Тем не менее в большинстве случаев отмеченные патологические изменения органов и тканей, очевидно, не достигают критического уровня. Однако больные, находящиеся в стадии пьянства, неоднократно лечатся в общесоциальных стационарах, на фоне продолжающейся алкоголизации могут развиваться различные осложнения, приводящие к смерти.

Вместе с тем при пьянстве во внутренних органах наблюдаются и компенсаторно-приспособительные реакции. Поэтому вполне очевидно, что при прекращении злоупотребления алкоголем эти процессы могут подвергаться обратному развитию или быть компенсированными. Продолжение злоупотребления алкоголем закономерно приводит к прогрессированию возникших изменений в органах и системах (Ерохин Ю. А., 2009).

На **III стадии** алкогольной болезни компенсаторные возможности организма оказываются исчерпанными, формируется алкоголизм, при котором структурные изменения органов становятся уже необратимыми. В данной стадии значительно усугубляется склероз сосудов микроциркуляторного русла, а также артериоло- и артериосклероз. При этом наблюдается усугубление патологических процессов печени, прогрессируют алкогольная кардиомиопатия, хроническая алкогольная энцефалопатия, хронический индуративный панкреатит, нарастает поражение легких.

Таким образом, между пьянством и алкоголизмом имеется существенная разница. Безусловно, уже при пьянстве имеют место отчетливые поражения внутренних органов, которые могут стать причиной смерти больных в относительно молодом возрасте. Но при пьянстве чаще, чем при алкоголизме, смерть наступает от поражения сердца, сосудистых заболеваний головного мозга, в основном за счет артериосклероза, панкреонекроза, кровотечений из хронической язвы желудка, поражений почек. В то же время при алкоголизме чаще возникают пневмонии и их осложнения, алкогольный цирроз печени и его осложнения, отек головного мозга при алкогольном делирии с развитием энцефалопатии Гайе-Вернике, чего не наблюдается при пьянстве (Ерохин Ю. А., 2009).

Исходя из вышеизложенного, необходимо привлекать внимание к проблеме пьянства как излечимой стадии алкогольной болезни; только на этом пути можно получить ощутимый эффект

в борьбе со злоупотреблением алкоголем (Пауков В. С., Угрюмов А. И., 1998).

Действительно, **соматическая патология** у больных алкоголизмом диагностируется в каждом третьем случае, причем частота зависит от стадии алкоголизма и длительности злоупотребления алкоголем (Бохан Н. А., Семке В. Я., 2009). Выявлено, что уровень общей заболеваемости лиц мужского пола с признаками алкоголизма на 20 % выше заболеваемости мужского населения в целом (Копыт Н. Я., Запороженко В. Г., 1983). Так, по данным M. Mincis et al. (1995), частота заболеваний внутренних органов с временной утратой трудоспособности при алкоголизме среди лиц в возрасте 30—50 лет составила 46,5 %. У 23,5 % из этой выборки обнаружена язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, у 20,6 % – ишемическая болезнь сердца.

Анализ заболеваемости среди 52 200 больных алкоголизмом показал, что ее уровень выше, чем в общей популяции. У этих больных чаще встречались травмы, отравления, паразитарные и другие инфекционные заболевания. У женщин отмечено ухудшение репродуктивной функции (Manuella A., Shawn B. J., 2003). Алкоголизм может приводить к развитию опухолей головы, шеи, пищевода, почек, прямой кишки, молочной железы (Simanowski U. A. et al., 1992). Считается, что в общемедицинской практике 20—40 % больных имеют расстройства, вызванные злоупотреблением алкоголя (Lieber C. S., 1990; Alt S. et al., 1991), и не менее чем у 20 % больных, обратившихся к любому врачу, можно подозревать наличие алкоголизма (Schuckit M. A., 1987). Так, во Франции одновременно, т. е. в течение 1 дня, было опрошено 7 626 больных, госпитализированных в 53 больницы одного департамента. Различные нарушения состояния здоровья, вызванные употреблением алкоголя, обнаружены у 18 % исследуемых. Патология, обусловленная употреблением алкоголя, выявлена у 25 % мужчин и 7 % женщин. У мужчин в возрасте от 36 до 55 лет патология алкогольного генеза выявлена в 43 % случаев (Reynaud M. et al., 1997).

В другом исследовании, проведенном в многопрофильной больнице, заболевания, ассоциированные со злоупотреблением алкоголя, являлись причиной 10—13 % летальных исходов, 4 % всех госпитализаций в многопрофильный стационар были напрямую связаны с алкоголем, 8 % госпитализированных лиц имели риск развития абстинентного синдрома внутри стационара, 20 %

имели те или иные проблемы, связанные со злоупотреблением алкоголя (Aidan F., 1999).

Согласно другим литературным источникам, заболевания, ассоциированные со злоупотреблением алкоголя, имели место у 7—20 % больных стационара скорой медицинской помощи (СМП), а хроническая алкогольная интоксикация являлась фоновым заболеванием у 70 % мужчин и 30 % женщин, находящихся на лечении в гастроэнтерологических отделениях и 15 % мужчин и 5 % женщин в кардиологических отделениях многопрофильных стационаров (Энтин Г. М., 2002).

По результатам нашего совместного исследования (Говорин Н. В., Сахаров А. В., 2010), проведенного в многопрофильном стационаре, среди мужского контингента употребление алкоголя с вредными последствиями диагностировано в 19,9 %, алкогольная зависимость – в 24,3 % случаев, среди женского контингента – в 3,9 % и 3,7 % случаев соответственно, что указывает в целом на наличие у 44,2 % мужчин и 7,6 % женщин наркологической патологии. На причинную связь настоящего стационарного лечения с приемом алкоголя указали 13,1 % обследованных пациентов. У мужчин такая связь прослеживалась чаще – в 20,4 % случаев, у женщин значительно реже – всего в 6,1 %.

Очевидно, что в России имеющиеся статистические данные значительно занижают число заболеваний, ассоциированных с злоупотреблением алкоголя. На практике вследствие общепринятого алгоритма статистического учета только основных заболеваний составить представление о реальной частоте алкогольной поливисцеропатии, как фонового заболевания для соматических заболеваний, в нашей стране не представляется возможным. Соматические эквиваленты алкоголизма в РФ повсеместно не шифруются как связанные с алкогольным эксцессом или хронической алкогольной интоксикацией.

Тем не менее, по данным аутопсий, частота летальных исходов вследствие заболеваний, ассоциированных со злоупотреблением алкоголем, в мегаполисах России составляет, как минимум, 7 % (Зайратьянц О. В. и др., 2007—2009). По данным ВОЗ, вклад алкогольной поливисцеропатии в общее бремя болезней у мужчин на пространстве бывшего СССР достигает 22 %.

Анализ протоколов вскрытий лиц с алкогольной зависимостью, умерших в соматическом стационаре, показал, что поражение печени присутствовало в 100 % случаев. Оно было причиной смерти в 30 % случаев. Патология поджелудочной железы

в виде хронических панкреатитов, панкреосклероза была выявлена в 54 % случаев. Алкогольные кардиопатии наблюдались в 54 % случаев, а в качестве основной причины смерти они фигурировали в 20 % наблюдений. Алкогольная энцефалопатия отмечена в 100 % случаев (Полякова С. М., и др., 1997).

Следовательно, соматическая патология у лиц, злоупотребляющих алкоголем, является значимой социально-медицинской проблемой, так как встречается весьма часто, склонна к прогрессирующему течению и трудно поддается терапии, обуславливая быструю инвалидизацию и смертность в работоспособном возрасте (Лукомская И. И., 1991; Бохан Н. А. и др., 1997), поэтому столь очевидна необходимость разработки патогенетических, клинико-динамических и профилактических аспектов алкоголизма (Лисицын Ю. П., Копыт Н. Я., 1983; Пятницкая И. Н., 1986; Миневич В. Б., 1990; Семке В. Я. и др., 1992; Бохан Н. А., Коробицына Т. В., 2000). К сожалению, на практике часто фактически игнорируется теснейшая причинно-следственная связь между хронической алкогольной интоксикацией и обусловленными злоупотреблением алкоголем неотложными состояниями.

Таким образом, алкогольная болезнь является широко распространенным заболеванием. При этом смерть предполагает достаточно длительный период обильного потребления алкоголя, в течение которого накапливаются патологические изменения. Отказ от алкоголя дает отсрочку от смерти или даже позволяет избежать смерти от алкогольной причины. И наоборот, интенсивное потребление приближает смерть (Андреев Е. М., Збарская И. А., 2009). В то же время смерть от отравления алкоголем, травмы или другой насильственной причины может наступить и при первом опыте употребления спиртного. Поэтому снижение доступности алкоголя ведет к снижению смертности от алкогольных болезней.

НАСИЛЬСТВЕННАЯ СМЕРТНОСТЬ И АЛКОГОЛИЗАЦИЯ НАСЕЛЕНИЯ

2.1. Распространенность и структура смертности от внешних причин

Как уже было сказано, структура причин смертности в Российской Федерации сходна с таковой в странах третьего мира и характерна для асоциальных, имеющих низкий образовательный и культурный уровни, категорий населения. Ведь до 2005 г. второе место среди причин преждевременной смертности (после болезней органов кровообращения) занимали так называемые внешние причины: несчастные случаи, травмы, отравления, убийства, самоубийства и т. п. С 2006 г. данные причины стали занимать третью позицию, пропустив вперед смертность от новообразований.

По-другому смертность от внешних причин еще называется насильственной. Она относится к наиболее значимым явлениям, отражающим социально-психологическое здоровье населения (Нечаев А. К., 1992; Немцов А. В., 2002). По мнению А. Г. Амбрумовой (1991), подобная «стратегия» поведения россиян объясняется глубокими социальными предпосылками, так как происходящие деструктивные процессы в обществе привели к подмене общечеловеческих ценностей, утрате духовных ориентиров, к снижению важности человеческого существования и его смысла. Нет тех идеалов, с которыми может сопоставить свое поведение человек в трудной для него ситуации. Отсюда вытекает путь к вседозволенности, к распространению коррупции, преступности, пьянства, суицидальных проявлений.

В 2010 г. **от внешних причин** в России умерло 206 331 человек, что составило 10,2 % от всей смертности населения в стране (показатель был равен 145,5 на 100 тысяч человек населения). В последние 3 года отмечается некоторое снижение распространенности насильственной смертности в стране (рис. 31).

По федеральным округам показатель смертности населения по причине внешних факторов в 2010 г. распределился следующим образом: Дальневосточный – 197,7 на 100 тысяч человек населения; Сибирский – 173,1; Уральский – 167,7; Приволжский – 158,8; Северо-Западный – 153,9; Центральный – 130,2; Южный – 115,4; Северо-Кавказский – 72,1 (рис. 32).

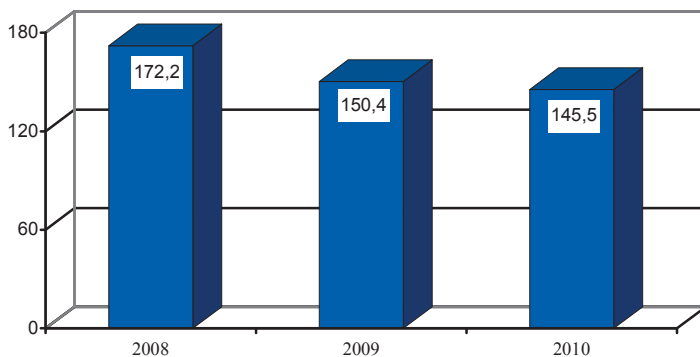


Рис. 31. Смертность населения от внешних причин в РФ в 2008—2010 гг. (на 100 тысяч человек населения)

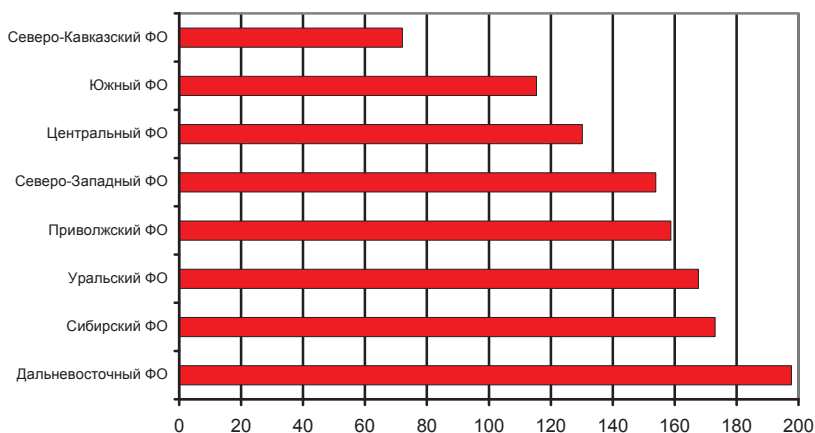


Рис. 32. Смертность от внешних причин в федеральных округах РФ в 2010 г. (на 100 тысяч человек населения)

Лидирующие позиции по величине насильственной смертности населения занимает Чукотский автономный округ с показателем 358,0 на 100 тысяч населения в 2010 г.

Помимо Чукотского автономного округа (рис. 33), высоким значением данного показателя в 2010 г. отличались также Республика Тыва (356,3 на 100 тысяч человек населения), Забайкальский край (266,0), Республика Алтай (259,5), Сахалинская

область (252,5), Ненецкий автономный округ (247,7) и Республика Бурятия (243,6).

Минимальные показатели смертности от внешних причин были зарегистрированы в 2010 г. в Чеченской Республике (29,1 на 100 тысяч человек населения), Республике Ингушетии (40,5), Республике Дагестан (60,6). Таким образом, межрегиональная дифференциация в стране по этому фактору составила в 2010 г. 12,3 раза.

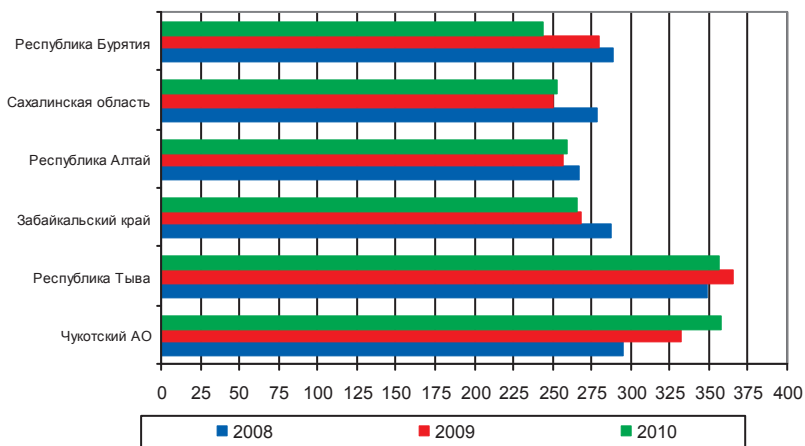


Рис. 33. Субъекты РФ со сверхвысокими показателями смертности от внешних причин за 2008—2010 гг. (на 100 тысяч человек населения)

Следовательно, **Забайкальский край** входит в группу регионов Российской Федерации со сверхвысокой смертностью населения от внешних факторов, в 2010 г. показатель составил 266,0 на 100 тысяч населения, что на 0,7 % ниже, чем в 2009 г. (268,0 на 100 тысяч населения). В связи с этим наш регион по распространенности насильственной смертности стал занимать 3-е место в РФ, хотя в 2009 г. занимал 4-ю позицию (рис. 33). При этом в структуре всей смертности в крае внешние факторы по-прежнему занимают 2-ю позицию после смертности от болезней системы кровообращения (19,4 % от всей смертности).

Распространенность смертности от внешних причин в Забайкалье в 1,8 раза выше среднероссийской (145,5 на 100 тысяч человек населения в 2010 г.) и в 1,5 раза выше, чем в Сибирском федеральном округе (173,1 на 100 тысяч человек населения

в 2010 г.). Динамика указанных показателей представлена на рисунке 34.

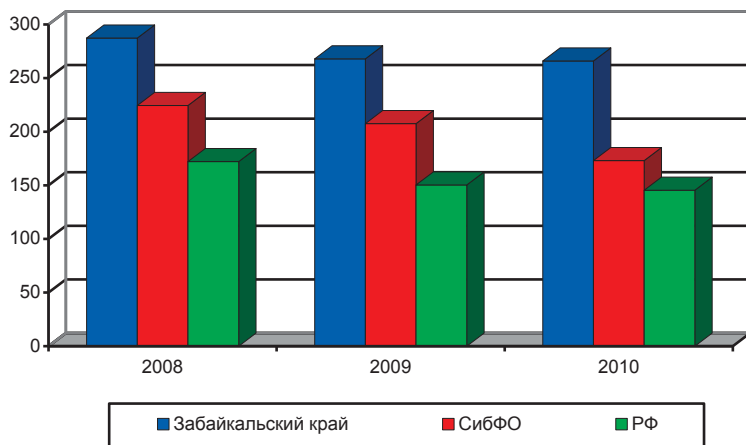


Рис. 34. Смертность населения от внешних причин в Забайкальском крае, РФ и СибФО в 2008—2010 гг. (на 100 тысяч человек населения)

У женщин показатель смертности от внешних причин в РФ в 2009 г. был в 3,9 раза меньше, чем у мужчин: 67,5 на 100 тысяч женщин и 263,7 на 100 тысяч мужчин соответственно. Динамика указанных показателей в РФ представлена на рисунке 35.

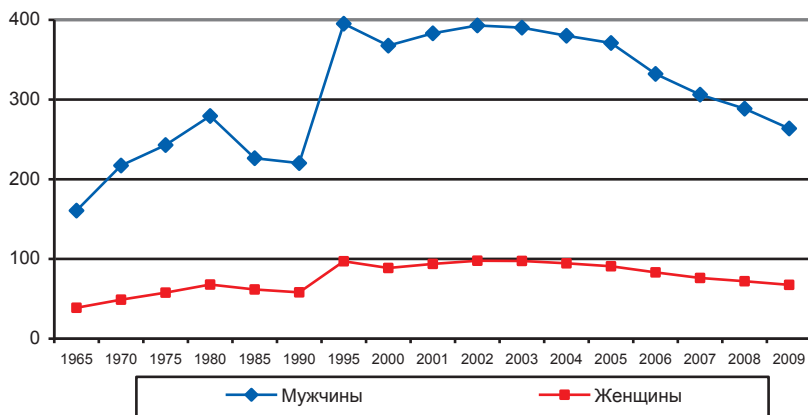


Рис. 35. Смертность по причине внешних факторов среди мужчин и женщин в РФ (на 100 тысяч человек населения соответствующего пола)

При этом в сельской местности показатели существенно выше, чем в городской: такая тенденция сохраняется как у мужчин (325,0 и 240,2 на 100 тысяч мужчин соответственно в 2009 г.), так и у женщин (81,5 и 62,5 на 100 тысяч женщин соответственно в 2009 г.) (рис. 36 и 37).

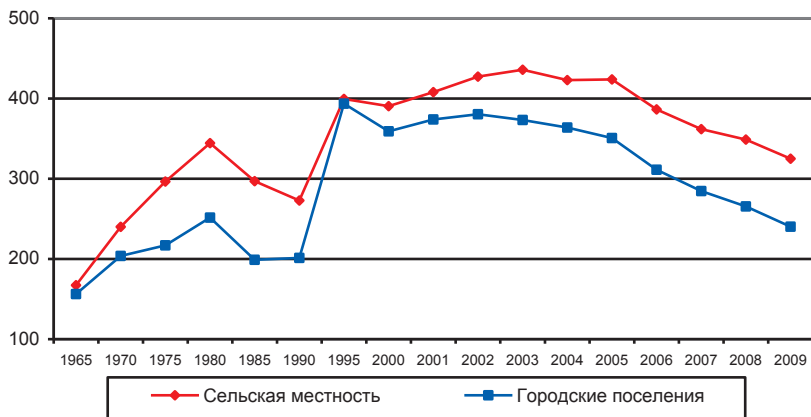


Рис. 36. Смертность по причине внешних факторов среди мужчин в городской и сельской местности РФ (на 100 тысяч мужчин)

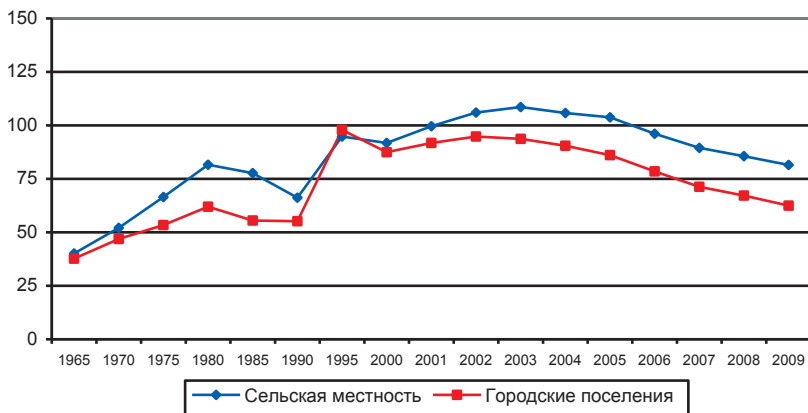


Рис. 37. Смертность по причине внешних факторов среди женщин в городской и сельской местности РФ (на 100 тысяч женщин)

Структура смертности от внешних причин в Российской Федерации представлена в таблице 1. Лидируют в указанной группе самоубийства, далее идет смертность от транспортных травм, убийств и случайных отравлений алкоголем.

Таблица 1
Структура смертности от внешних причин в РФ в 2008—2010 гг. (%)

Причина смерти	Год		
	2008	2009	2010
Транспортные травмы	14,5	13,4	13,8
Отравления алкоголем	9,8	9,5	7,0
Прочие отравления	7,1	7,2	6,6
Случайные утопления	4,5	4,4	5,6
Самоубийства	15,7	16,7	16,1
Убийства	9,7	9,5	9,0
Прочие несчастные случаи	38,7	39,3	41,9
Всего	100,0	100,0	100,0

В Забайкальском крае в 2010 г. самоубийства в структуре насильственной смертности составили 24,4 %; транспортные травмы – 10,2 %; убийства – 17,0 %; случайные отравления алкоголем – 11,1 %. Следует отметить, что в нашем регионе в сравнении с РФ вклад самоубийств, убийств и отравлений алкоголем в совокупный показатель насильственной смертности населения очень высокий (рис. 38).

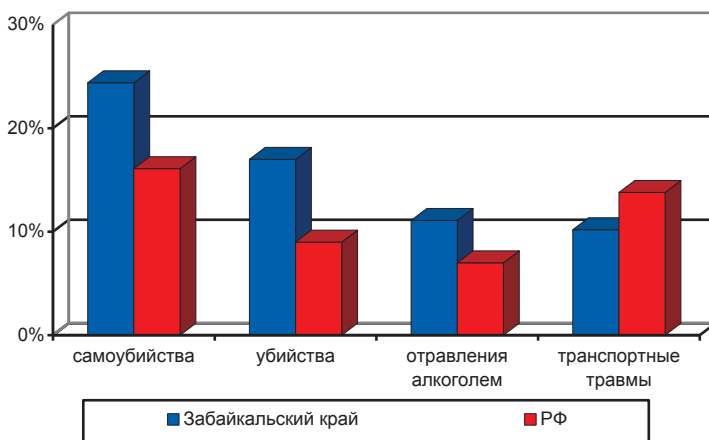


Рис. 38. Вклад основных причин смерти в смертность от внешних факторов в Забайкальском крае и РФ в 2010 г. (%)

Структура смертности от внешних факторов в Забайкалье за 2008—2010 гг. представлена в таблице 2.

Т а б л и ц а 2

**Структура смертности от внешних причин
в Забайкальском крае в 2008—2010 гг. (%)**

Причина смерти	Год		
	2008	2009	2010
Транспортные травмы	12,6	11,4	10,2
Отравления алкоголем	8,9	10,3	11,1
Самоубийства	24,4	26,9	24,4
Убийства	18,4	17,7	17,0
Прочие несчастные случаи	35,9	33,7	37,3
Всего	100,0	100,0	100,0

Согласно результатам анализа отчетов ГУЗ «Забайкальское краевое бюро судебно-медицинской экспертизы», в 2010 г. алкоголь в крови у умерших от насильственных причин был обнаружен в 58,8 % случаев. Динамика данного показателя представлена на рисунке 39.

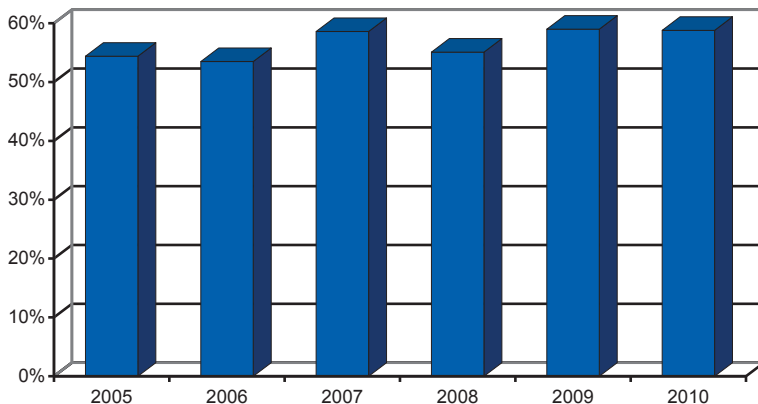


Рис. 39. Наличие алкоголя при проведении судебно-медицинских экспертиз трупов лиц, умерших от насильственных причин

Нами были проанализированы журналы регистрации трупов и статистические карты умерших в 2010 г. из 13 крупных районов и населенных пунктов Забайкальского края на базе ГУЗ «Забайкальское краевое бюро судебно-медицинской экспертизы». Выбор территориальных образований обусловлен наличием штатных врачей судебных экспертов, которые более подробно заполняли отчетную документацию.

Всего в исследование было включено **1 679 случаев насильственных смертей**, что составило 56,5 % всех зарегистрированных в крае смертей от внешних факторов. Мужчин с насильственными причинами смертности было 76,7 %, женщин – 23,3 % (соотношение 3,3:1). Средний возраст умерших составил $42,6 \pm 0,4$ года. Следовательно, в трудоспособном возрасте при насильственной смертности было 78,4 % умерших.

Структура причин смертности при насильственных случаях смертности выглядела следующим образом: самоубийства (21,1 %); отравления алкоголем (18,4 %); убийства (15,8 %); травмы (11,3 %); дорожно-транспортные происшествия (8,2 %); воздействия температур (7,7 %); отравления угарным газом (7,0 %); утопления в воде (4,9 %); отравления другими веществами (1,9 %); прочие виды внешних причин (3,7 %).

Алкоголь в крови у умерших от внешних причин определялся в 66,5 % случаев (в трудоспособном возрасте – в 71,5 %). Алкоголь в крови был обнаружен: при самоубийствах – в 59,6 %; при убийствах – в 73,3 %; при травмах – в 35,3 %; при ДТП – в 55,5 %; при обморожениях – в 62,0 %; при отравлениях угарным газом – в 76,9 %; при утоплениях – в 80,7 %; при прочих внешних воздействиях – в 37,5 %.

Средняя концентрация алкоголя в крови умерших составила $3,07 \pm 0,05$ ‰, в том числе при конкретных причинах: при самоубийствах – $2,26 \pm 0,08$ ‰; при убийствах – $2,99 \pm 0,1$ ‰; при отравлениях алкоголем – $4,36 \pm 0,08$ ‰; при отравлениях угарным газом – $2,84 \pm 0,12$ ‰; при утоплениях в воде – $2,62 \pm 0,15$ ‰; при дорожно-транспортных происшествиях – $2,50 \pm 0,12$ ‰; при воздействии низких температур – $2,30 \pm 0,15$ ‰; при травмах – $2,65 \pm 0,20$ ‰; при прочих внешних воздействиях – $2,77 \pm 0,31$ ‰.

Т а б л и ц а 3

Структура концентрации алкоголя в крови у умерших от внешних факторов по материалам судебных экспертиз (%)

Концентрация алкоголя (‰)	Количество умерших (n=1117)
Менее 0,5 (незначительное влияние)	2,7
0,5—1,5 (легкое опьянение)	13,3
1,51—2,5 (опьянение средней степени)	21,2
2,51—3,0 (сильное опьянение)	14,2
3,1—5,0 (тяжелое отравление)	39,0
Более 5,0 (смертельное отравление)	9,6

В таблице 3 представлена тяжесть алкогольного опьянения при смертности от изучаемых причин. У умерших от внешних

причин большинство лиц находилось в состоянии сильного опьянения и отравления алкоголем.

Таким образом, смертность от внешних причин составляет 10,2 % от всей смертности населения в Российской Федерации в 2010 г. При этом максимальные показатели зарегистрированы в регионах Сибири и Дальнего Востока. Так, в Забайкальском крае насильственная смертность составила 19,4 % от всей смертности населения, а сам регион занял 3-е место в России по величине этого показателя.

Среди умерших от внешних факторов преобладают мужчины трудоспособного возраста, которые в подавляющем большинстве находились в состоянии алкогольного опьянения. При этом в структуре смертности от насильственных причин лидирует смертность по причине самоубийств, убийств, отравлений алкоголем и транспортных травм. Поэтому этим видам смертности посвящены отдельные разделы настоящей главы.

Клинические примеры

№ 1. 01.01.2010 г. в 05 часов 00 минут в селе М. в кухне за столом был обнаружен труп гр. К. И. В., 29.01.1963 г. р., который впоследствии был доставлен в морг.

Диагноз: острое отравление этиловым спиртом: 4,5 % в крови и 5,6 % в моче (акт судебно-химического исследования № 291 от 18.01.2010 г.).

Наблюдались отек и резкое полнокровие мягкой мозговой оболочки, отек сосудистых сплетений головного мозга, розоватое окрашивание ликвора; отек слизистой желудка с наличием кровоизлияний в слизистую; отек легких; наличие слизи в трахее и бронхах; отек Фатерова соска; переполнение желчного пузыря вязкой, темной желчью; переполнение мочевого пузыря; обесцвеченное содержимое 12-перстной кишки и начального отдела тощей кишки; полнокровие внутренних органов; темная жидкая кровь в сосудах; синюшность и одутловатость лица; обильные разлитые багрово-синюшные трупные пятна; наличие слизи в носовых ходах и полости рта; полнокровие сосудов конъюнктивы.

№ 2. 25.01.2010 г. в 02 часа 20 минут в селе А. в частном доме был обнаружен труп гр. М. В. А., 23.06.1976 г. р. Накануне распивал спиртные напитки.

Диагноз: острое отравление окисью углерода (угарным газом). Наличие алкоголя в крови (3,0 ‰), в моче (2,7 ‰).

№ 3. 24.02.2010 г. около 08 часов 30 минут в селе А. возле ограды дома был обнаружен труп гр. Щ. Н. Н., 15.09.1974 г. р., который впоследствии был доставлен в морг.

Диагноз: смерть от низкой температуры (общее переохлаждение организма). Хронический панкреатит, ремиссия. Жировая дистрофия

печени. Кровоподтеки лица, верхних, нижних конечностей. Ссадины лица, кистей обеих рук. Наличие алкоголя в крови (3,6 ‰), в моче (4,7 ‰).

№ 4. 15.07.2010 г. у себя дома обнаружен труп гр. М. В. М., 14.08.1945 г. р. без признаков насильственной смерти. Со слов родственников, накануне употреблял спиртное.

Диагноз: аспирация рвотными массами. Наличие алкоголя в крови (2,8 ‰), в моче (3,3 ‰).

2.2. Эпидемиологические и динамические аспекты самоубийств

Показатель распространенности самоубийств отражает экономический статус социума, уровень национального здоровья и культуры, возможности цивилизованного развития, а также степень адаптации населения к социально-культурной среде обитания, ее изменениям (Никаноров А. И., 1999). Между тем проблема самоубийств с каждым годом приобретает все более глобальный характер, а суицидальные попытки все чаще становятся формой поведения, к которой прибегает человек в той или иной кризисной ситуации. Ежедневно около 1 200 обитателей Земли убивают себя и ещё 7 500 пытаются это сделать (Юрьева Л. Н., 2001). Ежегодно в мире кончают жизнь самоубийством более 1,4 млн человек (Попик И. Г., 2002). В настоящее время самоубийства стали 13-й по значению причиной смерти населения в мире (Войцех В. Ф., 2007).

Хочется отметить, что начиная с XIX века наблюдается повсеместный рост числа суицидов, а различие в частоте самоубийств по всему миру достигает 153 раза (Сливко К. Ю., 2003; Разводовский Ю. Е., 2004). Средний показатель смертности по причине суицидов в мире равен 14,5 на 100 тысяч населения (Дмитриева Т. Б., Положий Б. С., 2006). Уровень самоубийств представлен широким диапазоном: от очень высокого – более 20—30 на 100 тысяч населения (в Латвии, Литве, России, Венгрии, Финляндии, Украине) до более низкого – менее чем 10 на 100 тысяч (в Албании, Греции, Испании, Италии). По определению ВОЗ, уровень самоубийств, превышающий 20 на 100 тысяч населения, говорит о ситуации кризиса в обществе.

Суицидальный феномен представляет собой «статистически устойчивое социальное явление, распространенность которого подчиняется определенным закономерностям, связанным с социально-экономическими, культурно-историческими и этническими условиями развития, как государств, так и их отдельных

регионов» (Амбрумова А. Г., 1996). Россия давно уже является страной с высоким уровнем смертности по причине самоубийств, при этом суициды по числу уносимых жизней стоят на первом месте в структуре насильственной смертности (Немцов А. В., 2002; Дмитриева Т. Б., Положий Б. С., 2006; Войцех В. Ф., 2007). **Распространенность суицидов** в стране составила в 2010 г. 23,5 случая на 100 тысяч населения. Следует отметить постепенное снижение данного показателя в последние годы, максимальным он был в 1994 г. (42,1 на 100 тысяч человек населения) (рис. 40).

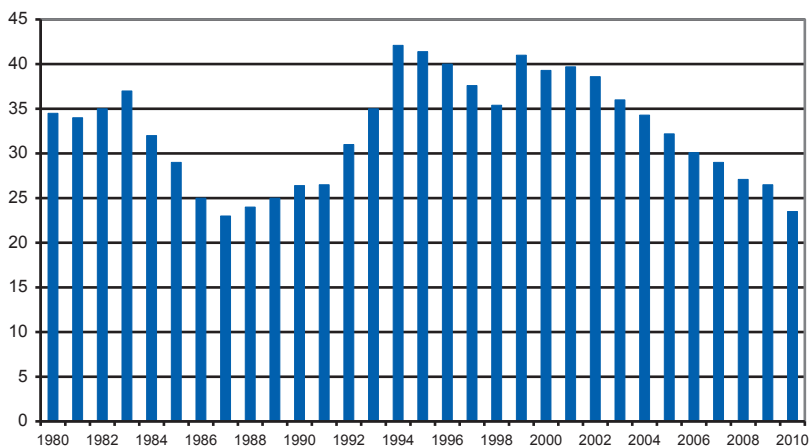


Рис. 40. Смертность по причине самоубийств в Российской Федерации в 1980—2010 гг. (на 100 тысяч человек населения)

Несмотря на положительные тенденции, в РФ **региональные различия** по распространенности смертности от самоубийств в настоящее время достигают 100 раз (Немцов А. В., 2002; Дмитриева Т. Б., Положий Б. С., 2006). Анализ частоты суицидов по административным территориям нашей страны, проведенный в 2006 г. М. В. Гладышевым, позволил выделить среди них 4 группы: с *низким* (0—10 случаев на 100 тысяч населения), *средним* (11—20), *высоким* (21—60) и *сверхвысоким* (более 60 случаев на 100 тысяч) уровнями распространенности самоубийств.

По величине среднего показателя частоты суицидов в 1990—2003 г. в первую группу вошли 4 субъекта федерации: республика Ингушетия, Дагестан, Карачаево-Черкесия и Северная Осетия – Алания. Ведущим антисуицидальным фактором в этих регио-

нах является этнокультуральный. Во 2-ю группу – 5 субъектов РФ (Республика Кабардино-Балкария, Ставропольский край, Ростовская область, Москва и Санкт-Петербург), в третью группу – 71, в четвертую группу – 8 (республики Удмуртия, Бурятия, Алтай; Усть-Ордынский Бурятский, Агинский Бурятский, Ненецкий, Корякский и Коми-Пермяцкий автономные округа). Таким образом, основная часть регионов входила в группу с высокой и сверхвысокой частотой самоубийств.

Действительно, и в настоящее время распространенность самоубийств заметно варьирует по регионам страны. В 2010 г. она варьировала от 0 в Республике Ингушетии и 0,2 в Чеченской Республике до 100,8 на 100 тысяч населения в Чукотском автономном округе. По федеральным округам показатель смертности населения по причине самоубийств в 2010 г. распределился следующим образом: Сибирский – 34,3 на 100 тысяч человек населения; Дальневосточный – 33,3; Приволжский – 30,0; Уральский – 29,7; Северо-Западный – 21,8; Южный – 18,0; Центральный – 15,6; Северо-Кавказский – 6,6 (рис. 41).

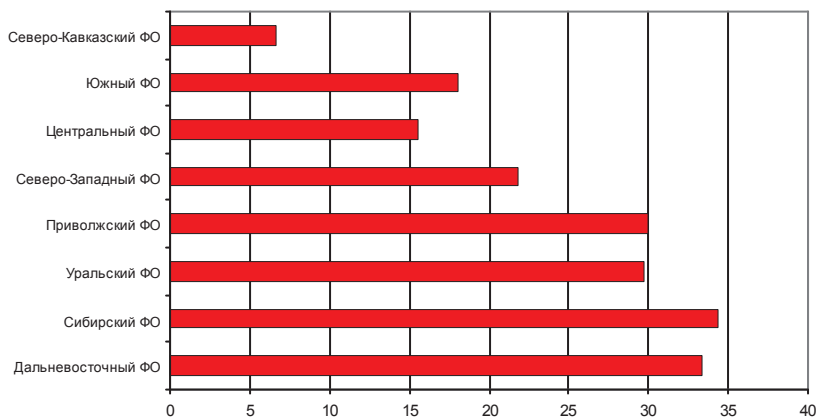


Рис. 41. Смертность по причине самоубийств в федеральных округах РФ в 2010 г. (на 100 тысяч человек населения)

Помимо Чукотского автономного округа (рис. 42), высоким значением данного показателя в 2010 г. отличались также Ненецкий автономный округ (75,5 на 100 тысяч человек населения), Республика Тыва (66,4), Забайкальский край (64,8), Еврейская автономная область (64,4), Республика Алтай (64,3), Республика

Бурятия (63,9). В остальных регионах значение данного показателя было ниже 50 на 100 тысяч населения. Минимальными значениями смертности от самоубийств отличались республики Северного Кавказа.

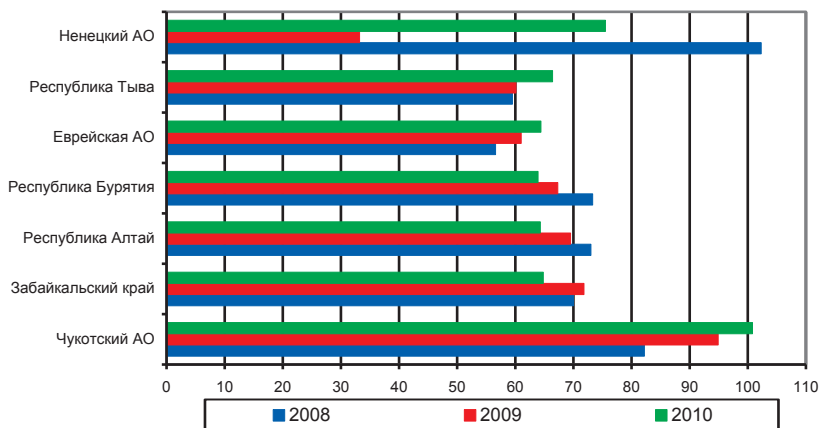


Рис. 42. Субъекты РФ со сверхвысокими показателями смертности по причине самоубийств за 2008—2010 гг. (на 100 тысяч человек населения)

Как было уже отмечено, **Забайкальский край** входит в группу регионов Российской Федерации со сверхвысокой смертностью населения по причине самоубийств, в 2010 г. показатель составил 64,8 на 100 тысяч населения, что оказалось на 9,8 % ниже, чем в 2009 г. (71,8 на 100 тысяч населения). В связи с этим наш регион по распространенности суицидов стал занимать 4-е место в РФ, хотя в 2009 г. занимал 2-ю позицию после Чукотского автономного округа (рис. 42).

Такая напряженная ситуация в Забайкальском крае сохраняется начиная с 1993 г., когда показатель летальности от самоубийств стал превышать 60 на 100 тысяч человек населения, максимальным он был в 2002 г., достигнув значения 93,4 на 100 тысяч населения. Распространенность завершённых суицидов в нашем регионе в 2,5—3 раза выше среднероссийской (23,5 на 100 тысяч человек населения в 2010 г.) и в 1,5—2 раза выше, чем в Сибирском федеральном округе (34,3 на 100 тысяч человек населения в 2010 г.). Динамика указанных показателей представлена на рисунке 43.

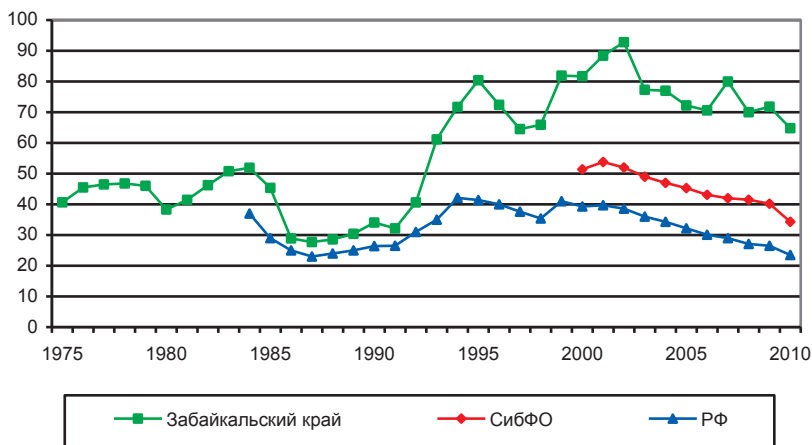


Рис. 43. Смертность по причине самоубийств в Забайкальском крае, РФ, СибФО (на 100 тысяч человек населения)

Проведенный анализ показал следующее: смертность по причине суицидов в нашем регионе с 1975 по 1984 г. постепенно росла (с 40,6 до 51,9 на 100 тысяч населения; РФ – 37,0 на 100 тысяч в 1984 г.). В 1985—1987 гг. произошло резкое снижение числа самоубийств (Забайкальский край – 27,7 на 100 тысяч населения; РФ – 23,0 на 100 тысяч в 1987 г.), что совпадает с антиалкогольной кампанией и мерами, направленными на ограничение торговли спиртными напитками.

В период с 1988 до 1992 г. происходило постепенное увеличение смертности от суицидов, которое многие исследователи связывают с увеличением потребления алкоголя (Нечаев А. К., 1992; Немцов А. В., 2002; Шустов Д. И., 2005; Положий Б. С., 2006). В свою очередь, рост смертности по причине самоубийств с 1992 г. был обусловлен крушением прежнего политического режима, снижением жизненного уровня людей (Войцех В. Ф., 2006, 2007; Гладышев М. В., 2006). Своего первого максимума уровень суицидов в Забайкальском крае достиг в 1994—1995 гг. (71,7—80,7 на 100 тысяч населения, при среднероссийском рекордном показателе в 1994 г. – 42,1 на 100 тысяч). В 1996—1998 гг. показатели частоты самоубийств в нашем регионе начинают постепенно уменьшаться (1997 г. – 64,9 на 100 тысяч населения; при показателе 37,6 на 100 тысяч по РФ).

Однако с 1999 г. произошел новый подъем (Забайкальский край – 82,4 на 100 тысяч населения; РФ – 39,3 на 100 тысяч). Своего второго максимума показатель смертности по причине суицидов в Забайкалье достиг в 2002 г. (93,4 на 100 тысяч населения; РФ – 38,6 на 100 тысяч; СибФО – 52,0 на 100 тысяч). Этот факт принято связывать с дефолтом 1998 г., следствием которого стало не только разорение многих людей, но и утрата большинством населения веры в благополучный исход социальных реформ (Гладышев М. В., 2006).

С 2003 г. в нашем регионе началось некоторое снижение числа самоубийств. Такая тенденция характерна и для всей России, поэтому ряд авторов указывает на относительную социальную стабилизацию в обществе (Дмитриева Т. Б., Положий Б. С., 2006).

Сравнивая полученные данные со среднероссийскими, следует отметить изначально присутствующий высокий уровень завершенных суицидов в нашем регионе. Кроме того, амплитуда колебаний уровня самоубийств в Забайкалье значительно выше, чем в среднем по России. В целом за изучаемый период времени показатель самоубийств в крае вырос в 1,6 раза. Кроме того, была выявлена существенная разница (в 1,5—2 раза) между показателями смертности по причине самоубийств среди населения городских поселений и сельской местности Забайкальского края (рис. 44).



Рис. 44. Смертность населения по причине самоубийств в сельской местности и городских поселениях Забайкальского края (на 100 тысяч человек населения)

Частота суицидов среди сельских жителей еще более высокая, чем в среднем по краю: 91,2 на 100 тысяч населения в 2010 г. В городских поселениях Забайкальского края регистрируются более низкие показатели самоубийств – 51,9 на 100 тысяч населения в 2010 г. Еще более низкая распространенность завершённых суицидов, сопоставимая со среднероссийской, выявлена в столице региона – городе Чите (33,8 на 100 тысяч человек населения в 2008 г.).

Аналогичные особенности наблюдаются и в Агинском Бурятском округе, который в 2008 г. вошел в состав Забайкальского края (53,7 на 100 тысяч городского населения и 108,4 на 100 тысяч сельского населения национального округа в 2008 г.) (рис. 45).

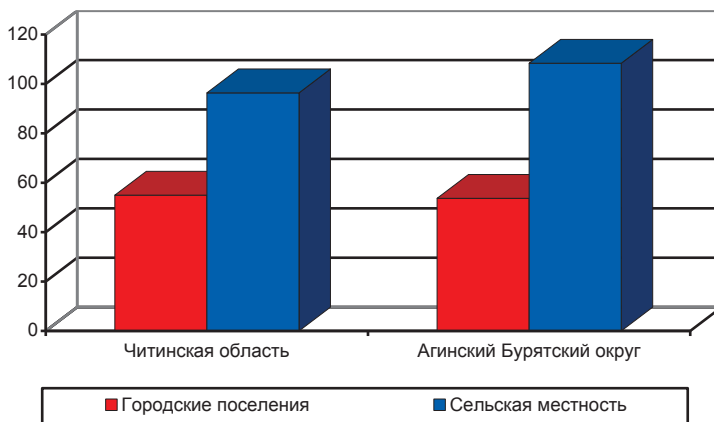


Рис. 45. Смертность населения по причине самоубийств в сельской местности и городских поселениях Забайкальского края в 2008 г. (на 100 тысяч человек населения)

Таблица 4
Смертность населения от самоубийств в Забайкальском крае по полу

Год	Мужчины		Женщины		Соотношение
	абс.	%	абс.	%	
1975	419	84,8	75	15,2	5,6:1
1985	483	79,1	128	20,9	3,8:1
1995	841	85,9	138	14,1	6,1:1
2005	680	83,2	137	16,8	5,0:1
2010	605	83,7	118	16,3	5,1:1

Среди суицидентов при завершённых суицидах преобладают мужчины. Так, в 2010 г. в Забайкальском крае «мужских» самоубийств было 83,7 %, «женских» – 16,3 % (соотношение 5,1:1). В Агинском Бурятском округе в 2008 г. такое соотношение было 5,7:1 (85,1 % мужчин и 14,9 % женщин). Динамика указанного показателя в целом по краю представлена в таблице 4, при этом можно отметить весомое снижение количества мужчин среди умерших по причине суицида только в период антиалкогольной кампании. Установлено, что показатель смертности по причине самоубийств в мужской популяции региона в 5,6 раза выше, чем в женской (114,3 и 20,4 на 100 тысяч населения соответствующего пола в 2010 г.); кроме того, показатели у женщин, в отличие от мужчин, являются более стабильными (рис. 46).

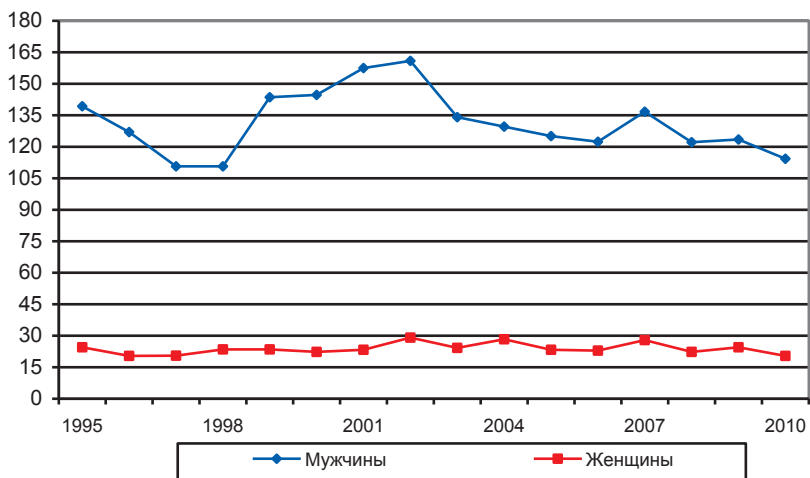


Рис. 46. Смертность по причине самоубийств среди мужчин и женщин Забайкальского края (на 100 тысяч человек населения соответствующего пола)

При этом смертность от суицидов среди сельских мужчин и женщин (153,2 и 30,8 на 100 тысяч человек соответственно в 2010 г.) в 1,5—2,0 раза выше, чем среди городских (93,1 и 15,3 на 100 тысяч человек соответственно в 2010 г.), что подтверждает сверхвысокую распространенность самоубийств именно среди сельских жителей, особенно мужчин (рис. 47, 48).

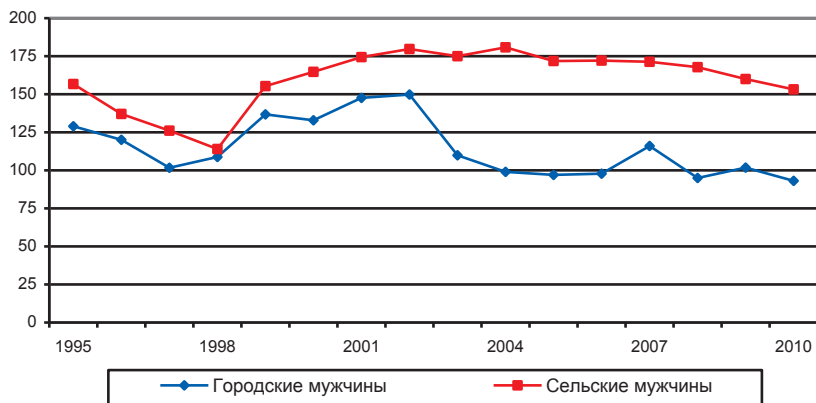


Рис. 47. Смертность мужчин по причине самоубийств в сельской местности и городских поселениях Забайкальского края (на 100 тысяч мужчин)

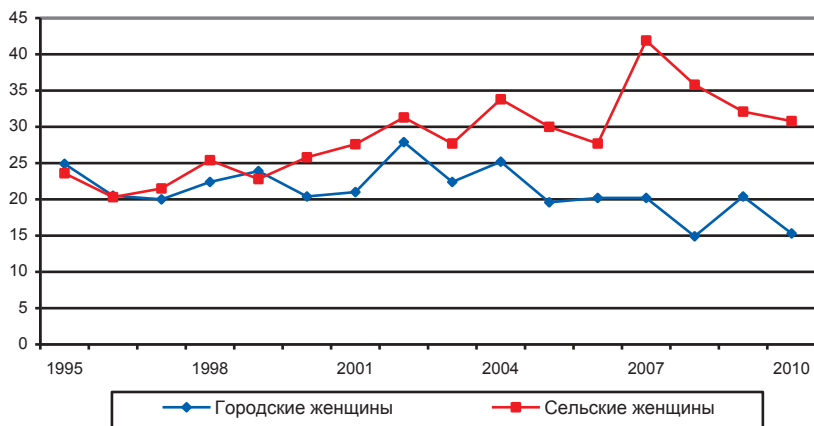


Рис. 48. Смертность женщин по причине самоубийств в сельской местности и городских поселениях Забайкальского края (на 100 тысяч женщин)

Данный факт является косвенным подтверждением чрезвычайно низкого качества жизни сельских жителей. Ведь доказано, что макросоциальные факторы играют важную роль в возникновении и частоте самоубийств именно у мужчин, но незначительно влияют на частоту самоубийств у женщин, у которых ведущими являются микросоциальные (личные, семейные) факторы (Гладышев М. В., 2006).

В свою очередь, соотношение указанных показателей между мужчинами и женщинами не зависит от места проживания и составляет примерно 5:1 как в сельской местности, так и в городской (рис. 49).

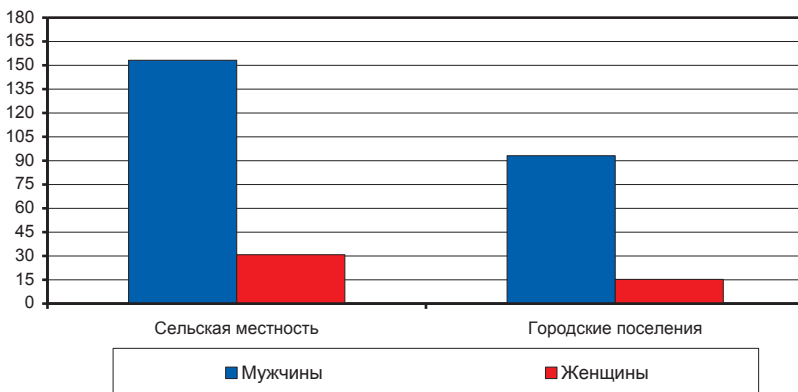


Рис. 49. Гендерные особенности показателей смертности населения по причине самоубийств в Забайкальском крае в 2010 г. (на 100 тысяч человек соответствующей группы населения)

Анализ возрастной структуры завершенных суицидов в Забайкальском крае демонстрирует, что среди суицидентов преобладают лица молодого, трудоспособного возраста. Из таблицы 5 видно, что суицидальная активность населения резко возрастает после 20-летнего возраста, сохраняя высокие значения в возрасте до 50 лет, а затем заметно снижается.

Т а б л и ц а 5

Смертность населения от самоубийств в Забайкальском крае по возрастным группам

Возрастная группа, лет	Год							
	1975		1985		1995		2005	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
До 19	49	9,9	41	6,7	94	9,6	94	11,5
20—34	156	31,6	240	39,3	296	30,2	311	38,7
35—49	166	33,6	161	26,4	319	32,6	196	25,1
50—69	106	21,3	128	20,9	212	21,7	157	19,2
70 и более	18	3,6	41	6,7	58	5,9	45	5,5
Всего	494	100	611	100	979	100	817	100

В 2010 г. среди умерших по причине самоубийства детей было 0,8 %, лиц в возрасте 15—19 лет – 6,2 %, 20—29 лет – 32,2 %, 30—39 лет – 20,2 %, 40—49 лет – 10,2 %, 50—59 лет – 5,2 %, 60—69 лет – 2,2 %, 70 лет и старше – 0,2 %.

30—39 лет – 23,0 %, 40—49 лет – 14,0 %, 50—59 лет – 12,3 %, 60—69 лет – 3,6 %, 70 лет и старше – 7,5 %, возраст был не известен у 0,4 %.

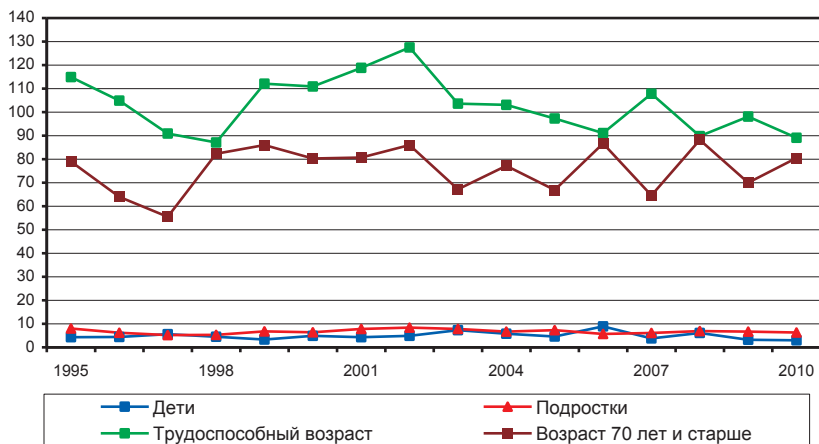


Рис. 50. Показатели смертности населения по причине самоубийств в Забайкальском крае в разных возрастных группах (на 100 тысяч человек населения)

При этом, как видно из рисунка 50, показатели суицидов за 15 последних лет у детского и подросткового населения края являются стабильными: в 2010 г. распространенность самоубийств у детей была 3,0 на 100 тысяч населения, у подростков – 6,3 на 100 тысяч человек. Показатель летальности по причине суицидов у лиц старше 70 лет составил 80,5 на 100 тысяч населения соответствующей возрастной группы. Самая высокая смертность от самоубийств регистрируется в трудоспособном возрасте – 89,1 на 100 тысяч населения в 2010 г.

Соотношение между показателями самоубийств у мужчин и женщин трудоспособного возраста составляет 6:1 (148,4 и 24,9 на 100 тысяч человек в 2010 г.). У мужчин трудоспособного возраста распространенность суицидов является самой максимальной в Забайкальском крае (рис. 51). Так, в 2002 г. этот показатель был равен 214,7 на 100 тысяч населения, в последние годы наблюдается снижение частоты суицидов в этой половозрастной группе.

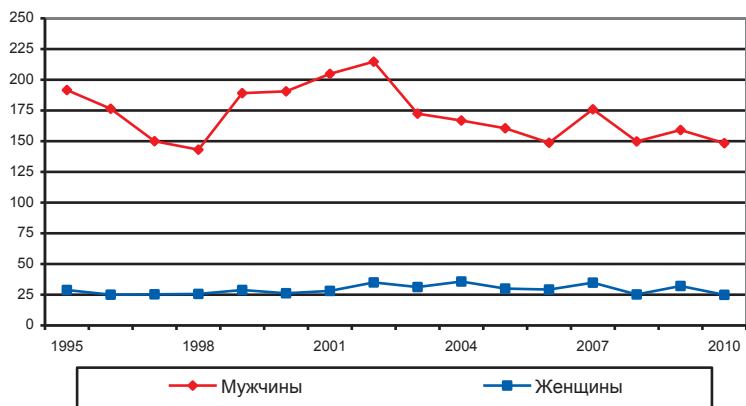


Рис. 51. Смертность населения по причине самоубийств среди мужчин и женщин трудоспособного возраста в Забайкальском крае (на 100 тысяч человек населения соответствующей половозрастной группы)

Особенно трагичными являются показатели суицидной смертности среди сельских мужчин трудоспособного возраста – 210,8 на 100 тысяч в 2010 г., среди городских мужчин трудоспособного возраста аналогичный показатель равен 115,4 на 100 тысяч. В женской популяции данные величины равны 40,6 и 17,5 на 100 тысяч соответственно (рис. 52).

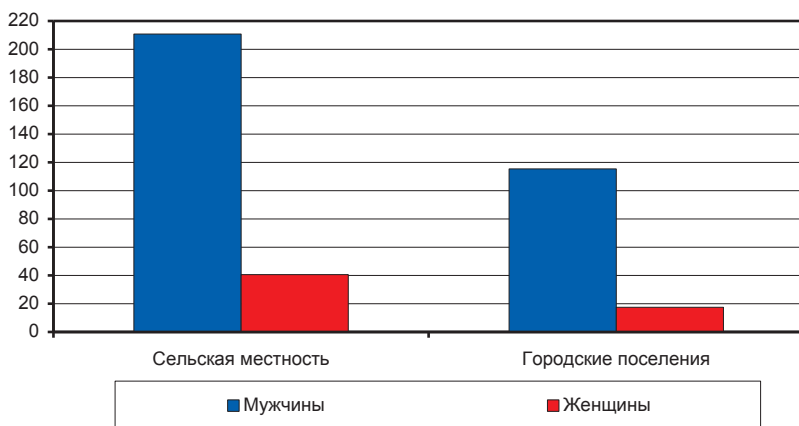


Рис. 52. Гендерные особенности показателей смертности населения по причине самоубийств в трудоспособном возрасте в Забайкальском крае в 2010 г. (на 100 тысяч человек соответствующей группы населения)

Половозрастная структура суицидентов представлена в таблице 6.

Т а б л и ц а 6

**Смертность населения от самоубийств в Забайкальском крае
по возрастным группам и полу (%)**

Возрастная группа, лет	Год							
	1975		1985		1995		2005	
	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины
До 19	10,7	5,3	6,8	6,3	9,4	10,9	10,9	14,6
20—34	33,9	18,7	44,1	21,1	32,1	18,8	38,2	24,6
35—49	33,4	34,7	26,7	25	33,2	29	28,7	30,5
50—69	18,9	34,7	17,8	32,8	20,7	27,5	17,8	18,9
70 и более	3,1	6,6	4,6	14,8	4,6	13,8	4,4	11,4
Всего	100	100	100	100	100	100	100	100

Для «мужских» самоубийств характерна сходная возрастная динамика, что и для всех суицидентов. У женщин заметный рост суицидальной активности хотя и начинается также с 20 лет, однако в последующем, при меньшем, чем у мужчин пике в 20—50 лет, кривая смертности от суицидов сохраняется относительно на высоких значениях, включая пожилой (инволюционный) возраст. Сохраняющийся в пожилом возрасте относительно высокий уровень суицидов у женщин можно, по всей видимости, объяснить большей частотой аффективной патологии (тревожно-депрессивных расстройств), которые легко провоцируются в условиях социально-психологического неблагополучия.

В 2009 г. среди умерших по причине самоубийства лиц мужского пола детей было 0,6 %, в возрасте 15—19 лет – 6,9 %, 20—29 лет – 32,2 %, 30—39 лет – 21,8 %, 40—49 лет – 16,5 %, 50—59 лет – 12,9 %, 60—69 лет – 3,3 %, 70 лет и старше – 5,8 %. Среди женского контингента указанные показатели равны 2,1 %, 10,5 %, 23,8 % ($p < 0,05$), 25,9 %, 7,7 % ($p < 0,01$), 14,0 %, 6,3 % и 9,1 % соответственно.

Чтобы подробнее оценить сложившуюся ситуацию с суицидами, были проанализированы данные, полученные из журналов регистрации трупов и статистических карт умерших по причине самоубийств в 2010 г. (из 13 крупных районов и населенных пунктов Забайкальского края). Всего в исследование было включено 354 случая, что составило 49 % от всех самоубийств, зарегистрированных на территории региона.

Установлено следующее. Мужчин среди них было 81,1 %, женщин – 18,9 % (соотношение 4,3:1). Суициденты были в возрасте от 11 до 97 лет, средний возраст составил $39,3 \pm 0,93$ года

(мужчины – 38,1±0,96 года, женщины – 45,3±2,65 года). В трудоспособном возрасте было 86,4 %.

Проживали с семьей на момент смерти 31,2 %, разведенными были 5,9 %, вдовыми – 1,6 %, холостыми – 36,5 %, данных не было у 24,8 %. Не работали 63,0 %, работающими были 23,8 %, учащимися – 2,6 %, пенсионерами – 10,6 % (рис. 53). Т. е. среди умерших по данной причине преобладали неработающие лица.

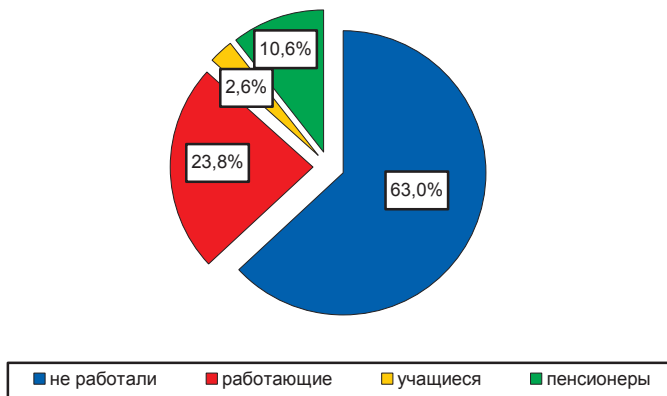


Рис. 53. Социальный статус суицидентов при завершённых суицидах в Забайкальском крае

Анализ способов совершения самоубийств представлен в таблице 7.

Т а б л и ц а 7
Способы совершения самоубийств в Забайкальском крае (в %)

Способ суицида	Мужчины	Женщины	Оба пола
Самоповешение	83,7	72,8	82,0
Самострел	7,8	0 ***	6,5
Медикаментозное отравление	2,0	13,6 **	3,9
Отравление уксусной кислотой и другими химическими жидкостями	1,0	10,2 **	2,5
Самопорезы	2,7	1,7	2,5
Падение с высоты	1,4	0 *	1,1
Самосожжение	0,7	0	0,6
Отравление угарным газом	0,7	0	0,6
Утопление в воде	0	1,7	0,3
Всего	100,0	100,0	100,0

Примечание. Статистическая значимость различий между мужчинами и женщинами обозначена: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$.

Преобладающим **способом совершения** завершённых суицидов мужчинами являлось самоповешение (83,7 %), далее следовали самострелы (7,8 %) и самопорезы (2,7 %). У женщин-суицидентов самоповешения также стоят на первом месте, но распространённость их ниже, чем среди мужского контингента (72,8 %), на втором месте – отравления медикаментами (13,6 %), на третьем – отравления уксусной кислотой и другими химическими жидкостями (10,2 %). У женщин отсутствовали смерти от огнестрельных повреждений, падений с высоты, самосожжений и отравлений угарным газом.

При анализе **сезонности** самоубийств (рис. 54) были выявлены 3 максимума: – январь (9,4 %), март (9,9 %) и август-сентябрь (10,7—9,1 %).

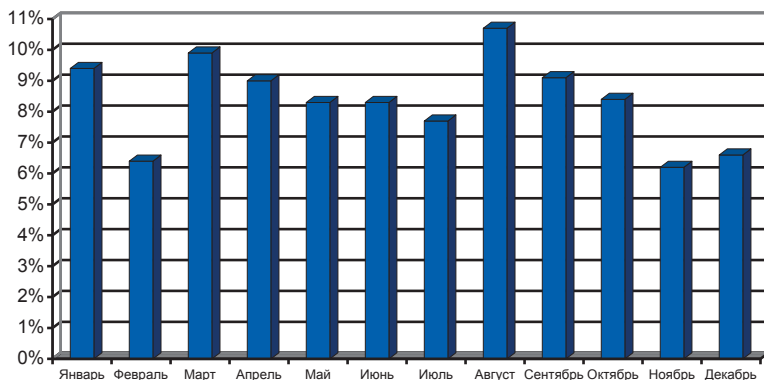


Рис. 54. Сезонность завершённых суицидов в Забайкальском крае

Данные тенденции сохраняются среди мужского контингента с более выраженным увеличением количества самоубийств в январе. У «женских» суицидов определяется летне-осенний подъём (с июля по ноябрь) и пик в марте, в январе же увеличение отсутствует. Меньшее число самоубийств, независимо от пола, совершается в феврале, ноябре и декабре.

Полученные результаты в целом подтверждают общеизвестные тенденции, что в «холодные» месяцы самоубийств совершается гораздо меньше (Юрьева Н. М., 2001), однако исключением стал январь, в котором отмечен всплеск «мужских» суицидов. Это можно объяснить возрастающей алкоголизацией мужской части населения во время продолжительных новогодних праздников, что усиливает суицидальную активность данного контингента.

При этом **алкоголь в крови** у умерших по причине самоубийства обнаруживался в 59,6 % случаев, у мужчин – в 61,1 % случаев, у женщин – в 52,5 % случаев. Средняя концентрация этанола в крови составила $1,35 \pm 0,08$ ‰.

Среди лиц трудоспособного возраста в алкогольном опьянении на момент смерти находились 66,3 %. Алкоголь в крови у сельских жителей обнаруживался в 63,9 % случаев (у 65,7 % мужчин и у 54,2 % женщин), у городских – в 56,1 % (у 57,1 % мужчин и у 51,4 % женщин). В то же время у сельских мужчин трудоспособного возраста величина этого показателя составила уже 70,3 %, у городских – 61,4 %. В женской популяции эти показатели составили 68,4 и 72,0 % соответственно. При самоповешениях в алкогольном опьянении находилось 64,9 % суицидентов, при самострелах – 86,9 %, при медикаментозных отравлениях – 13,3 %, отравлениях химическими жидкостями – 22,2 %.

Таким образом, в Забайкальском крае сложилась неблагоприятная ситуация со смертностью населения по причине самоубийств. Показатели смертности от суицидов в регионе с 1993 г. являются сверхвысокими (более 60 на 100 тысяч человек) и кратно превышают таковые показатели по Российской Федерации и Сибирскому федеральному округу. В 2010 г. наш край занимал 4-е место в стране по данному показателю (4,8 % всей смертности населения и 24,4 % смертности от внешних причин).

Наиболее высокая распространенность завершенных суицидов зарегистрирована среди населения сельской местности (более 90 на 100 тысяч), особенно среди мужчин трудоспособного возраста (более 210 на 100 тысяч). При этом 59,6 % всех завершенных суицидов в Забайкалье совершается в состоянии алкогольного опьянения, еще выше этот показатель у сельских мужчин трудоспособного возраста (70,3 %), а также при наиболее частых способах совершения самоубийств – самоповешениях и огнестрельных повреждениях. Данное обстоятельство демонстрирует наличие значительного числа неблагоприятных факторов в деревне, включая низкий уровень жизни, высокую распространенность пьянства и алкоголизма, а также недостаточную эффективность работы суицидологической службы.

Поэтому неблагоприятная ситуация с суицидами в Забайкалье, вероятно, как и в других территориальных субъектах, требует проведения комплексной программы профилактики, включающей не только комплексные медицинские мероприятия, но

и разработку и внедрение социальных программ по улучшению качества жизни и снижению пьянства населения.

Клинический пример

03.01.2010 г. в 10 часов 20 минут дома обнаружен труп женщины Г. Н. С., 28.08.1984 г. р., в подвешенном состоянии, который впоследствии был доставлен в морг.

Диагноз: механическая асфиксия в результате сдавления органов шеи петлей при повешении. Самоубийство. Алкогольное опьянение (1,2 ‰ в крови; 0,4 ‰ в моче).

Наблюдалась одиночная, незамкнутая, косо-восходящая спереди назад, странгуляционная борозда в верхней трети шеи с кровоизлияниями в подлежащие мягкие ткани; жидкая кровь в полостях сердца с переполнением правых отделов; синюшность лица, выраженный отек головного мозга; множественные субплевральные темно-красные кровоизлияния; острое общее венозное полнокровие внутренних органов; разлитые багрово-сиреневые трупные пятна на верхних и нижних конечностях.

2.3. Эпидемиологические и динамические аспекты убийств

Число убийств стало быстро увеличиваться в мире с начала XX века, при этом разброс показателей исчисляется десятками раз. Так, в США в 2005 г. убийств было зарегистрировано 5,6 в расчете на 100 тысяч человек населения, в Японии – 1,1, в Канаде – 2,2, в Южной Африке – 40,2. Среди стран Европейского Союза число зарегистрированных убийств в расчете на 100 тысяч населения за 2003—2005 гг. составило 1,8, колеблясь от 11 в Литве и 9 в Эстонии до менее чем 1 в Австрии, Германии, Швеции и на Мальте. Количество убийств, зарегистрированных в крупных городах, как правило, выше, чем в среднем по стране (Щербакова Е., 2007). Уровень преступности этого рода в Российской Федерации заметно выше, чем в большинстве развитых стран мира. Это вполне объяснимо, ведь увеличение числа убийств отражает возросшую агрессивность населения, рост социальной напряженности в обществе (Войцех В. Ф., 2007). При этом большинство деликтов совершаются в состоянии алкогольного опьянения, причем нередко с крайней жестокостью.

Число зарегистрированных убийств в последние 10 лет в нашей стране составляло 15—30 на 100 тысяч человек населения, начиная с 2003 г. оно постоянно снижается. В 2010 г. показатель смертности по причине убийств составил 13,2 на 100 тысяч населения. Максимальным он был в 2002 г. и равнялся 31 на 100 тысяч человек (рис. 55).

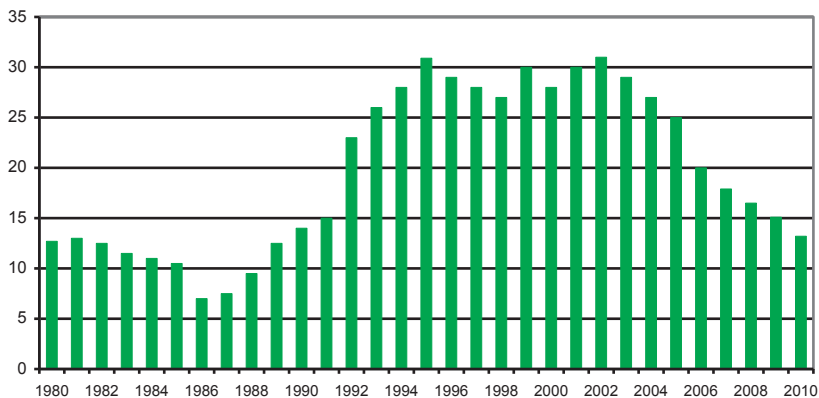


Рис. 55. Смертность по причине убийств в Российской Федерации в 1980—2010 гг. (на 100 тысяч человек населения)

Несмотря на снижение, уровень криминальной агрессии в РФ на фоне показателей других государств остается крайне высоким, превышая более чем в 10 раз показатели в странах Европейского Союза, уступая только некоторым латиноамериканским и африканским странам. Кроме того, официальные данные – это только нижняя граница оценки числа убитых: их много и среди неуточненных смертей и пропавших без вести.

По федеральным округам показатель смертности населения по причине убийств в 2010 г. распределился следующим образом: Дальневосточный – 25,1 на 100 тысяч человек населения; Сибирский – 21,6; Уральский – 15,7; Северо-Западный – 12,4; Приволжский – 12,1; Центральный – 9,9; Южный и Северо-Кавказский – по 8,4 (рис. 56).

Показатель убийств заметно варьирует по регионам страны. В 2010 г. он изменялся в диапазоне от 0,9 в Чеченской Республике до 79,2 на 100 тысяч населения в Республике Тыве. Межрегиональная дифференциация в 1995 г. была от 10 в Воронежской области и Кабардино-Балкарской Республике до 76 в Республике Тыве; в 2005 г. – от 8 в Дагестане до 91 в Республике Тыве. Но и в 1990 г., когда уровень преступности этого рода был почти вдвое ниже, региональные различия были очень существенны: от 5 убийств и покушений на убийство в расчете на 100 тысяч человек до 50 (Антонюк В. В. и др., 1998; Щербакова Е., 2007).

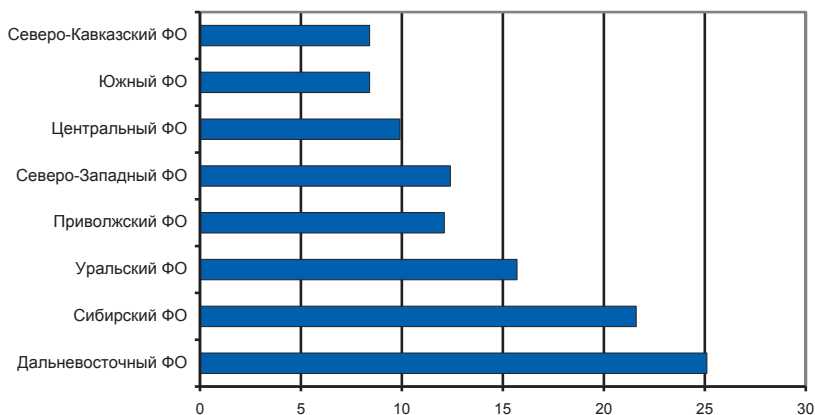


Рис. 56. Смертность по причине убийств в федеральных округах РФ в 2010 г. (на 100 тысяч человек населения)

Помимо Республики Тывы (рис. 57), высоким значением данного показателя в 2010 г. отличались также Забайкальский край (45,1 на 100 тысяч человек населения), Чукотский автономный округ (41,1), Республика Бурятия (35,9), Республика Саха (Якутия) (34,2), Республика Алтай (29,3), Хабаровский край (29,1), Кемеровская область (28,9), Иркутская область (27,2) и Амурская область (26,4). В остальных регионах он был 25 на 100 тысяч населения и ниже.

Минимальной распространенность убийств на душу населения была в 2010 г. в Чеченской Республике (0,9 на 100 тысяч населения), Республике Северная Осетия-Алания (4,1), Рязанской области (4,4) и Воронежской области (4,5).

Таким образом, по показателю убийств на душу населения Забайкальский край в 2010 г. занял второе место в Российской Федерации (после Республики Тывы), в 2009 г. ему принадлежала третья позиция (рис. 57).

Следовательно, **Забайкальский край** входит в группу территорий с максимальными показателями преступной смертности. В 2010 г. распространенность убийств в нашем регионе составила 45,1 на 100 тысяч человек населения (максимальной она была в 2002 г. – 74,9 на 100 тысяч). Частота убийств в Забайкалье начиная с 1993 г. была в 2—2,5 раза выше, чем в среднем по России и в 1,5—2 раза выше, чем в СибФО (рис. 58).

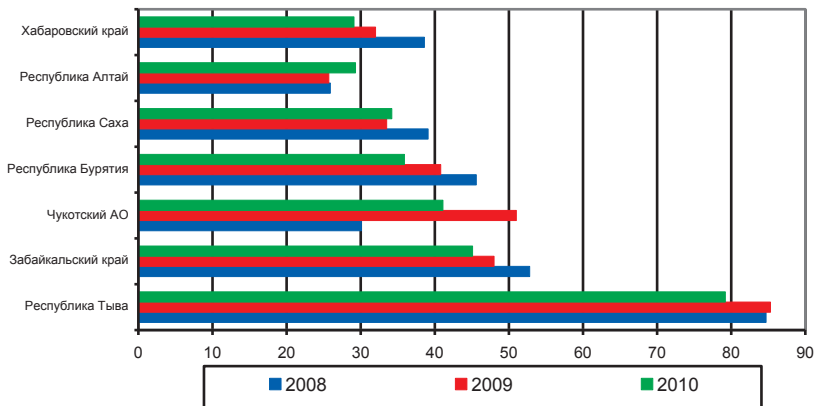


Рис. 57. Субъекты РФ со сверхвысокими показателями смертности по причине убийств за 2008—2010 гг. (на 100 тысяч человек населения)

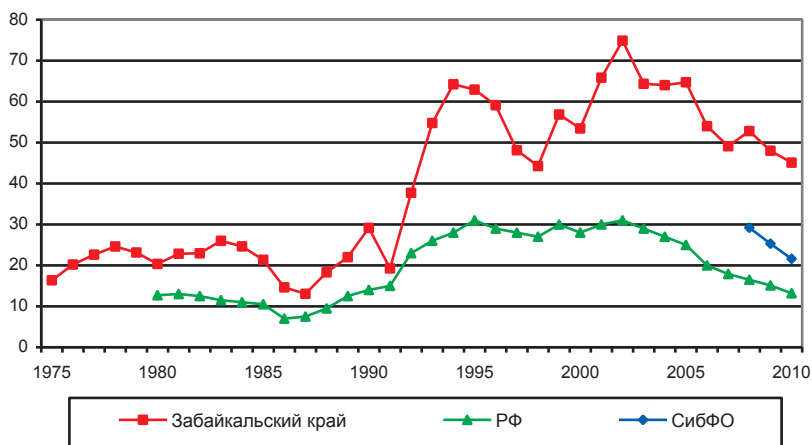


Рис. 58. Смертность по причине убийств в Забайкальском крае, РФ и СибФО (на 100 тысяч человек населения)

В целом за 36 лет (с 1975 по 2010 г.) распространенность гомицидной смертности в Забайкалье увеличилась в 2,8 раза (с 16,4 до 45,1 на 100 тысяч населения).

Корреляционная связь убийств со смертностью от самоубийств является сильной прямой ($r=+0,902$; $p<0,0001$), что указывает на наличие сходных факторов, влияющих на их возникновение (рис. 59).



Рис. 59. Смертность от убийств и самоубийств в Забайкальском крае (на 100 тысяч человек населения)

В динамике данного показателя можно выделить 5 основных периодов, характерных также и для самоубийств: *период относительного благополучия* – с 1975 по 1991 г.; *первый период роста* – с 1992 по 1995 г.; *период позитивных ожиданий* – с 1996 по 1998 г.; *период второй волны роста* – с 1999 по 2002 г.; *период заметного снижения* – с 2003 по 2010 г.

Все изменения показателей и факторы, влияющие на них, были подробно описаны в предыдущем разделе применительно к суицидной смертности. Весьма демонстративным является резкое снижение смертности в период «антиалкогольной кампании». При этом, несмотря на начавшееся с 2003 г. в Забайкальском крае снижение числа насильственных смертей, распространенность их в нашем регионе продолжает оставаться сверхвысокой. Кроме того, выявлено, что в Забайкальском крае до 2005 г. показатели смертности по причине убийств среди населения городских поселений были выше, чем в сельской местности (рис. 60). В 2010 г., наоборот, показатель убийств в сельской местности составил 54,5 на 100 тысяч человек населения, в городской – 39,0 на 100 тысяч.

Установлено, что среди умерших по причине убийств преобладали мужчины. Так, в 2010 г. в Забайкальском крае «мужских» убийств было 78,2 % (394), «женских» – 21,8 % (110); соотношение составило 3,6:1. В 1995 г. такое соотношение было 3,9:1 (79,6 и 20,4 % соответственно), в 2000 – 4,0:1; в 2005 – 3,5:1.

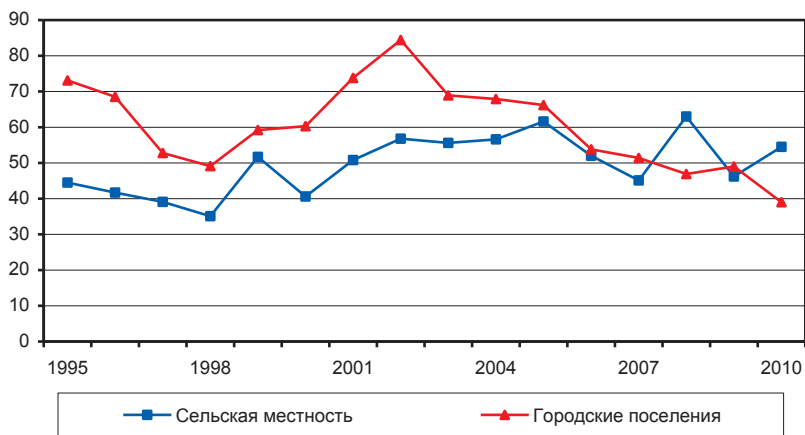


Рис. 60. Смертность населения по причине убийств в сельской местности и городских поселениях Забайкальского края (на 100 тысяч человек населения)

Установлено, что показатель смертности по причине убийств в мужской популяции региона в 3,9 раза выше, чем в женской (74,5 и 19,0 на 100 тысяч населения соответствующего пола в 2010 г.); кроме того, показатели у женщин, в отличие от мужчин, являются более стабильными (рис. 61).

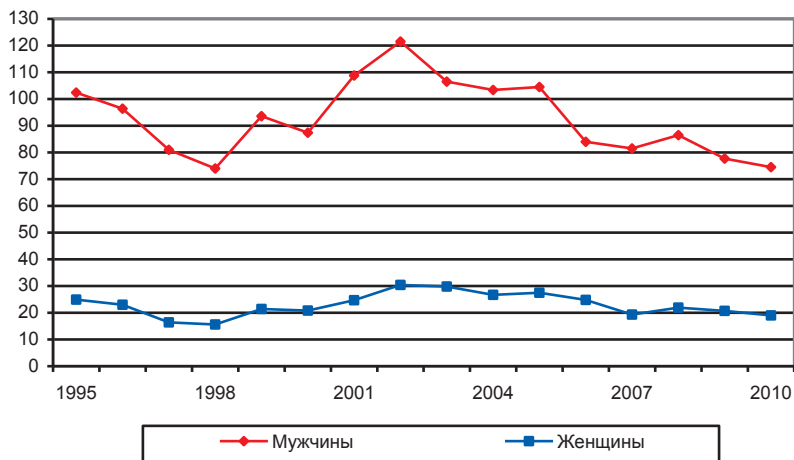


Рис. 61. Смертность по причине убийств среди мужчин и женщин Забайкальского края (на 100 тысяч человек населения соответствующего пола)

При этом смертность от убийств среди сельских мужчин до 2005 г. была ниже, чем среди городских жителей, в настоящее время ситуация изменилась (рис. 62, 63).

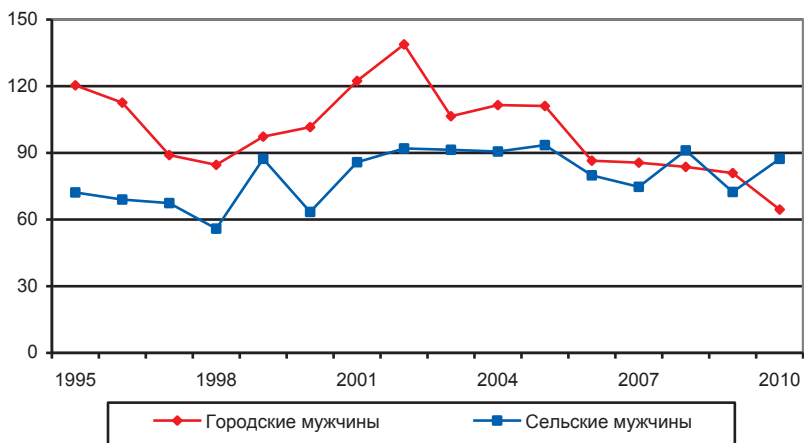


Рис. 62. Смертность мужчин по причине убийств в сельской местности и городских поселениях Забайкальского края (на 100 тысяч мужчин)

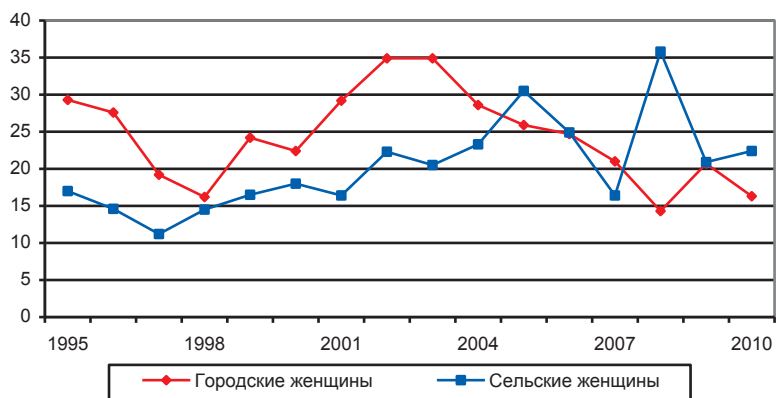


Рис. 63. Смертность женщин по причине убийств в сельской местности и городских поселениях Забайкальского края (на 100 тысяч женщин)

В 2010 г. распространенность убийств среди городских мужчин составила 64,5 на 100 тысяч, среди сельских мужчин – 87,3 на 100 тысяч. Данный показатель в женской популяции был ра-

вен в городской местности 16,3 на 100 тысяч женщин, в сельской – 22,4 на 100 тысяч женщин.

В свою очередь, соотношение указанных показателей между мужчинами и женщинами не зависит от места проживания и составляет примерно 4:1 как в сельской местности, так и в городской (рис. 64).

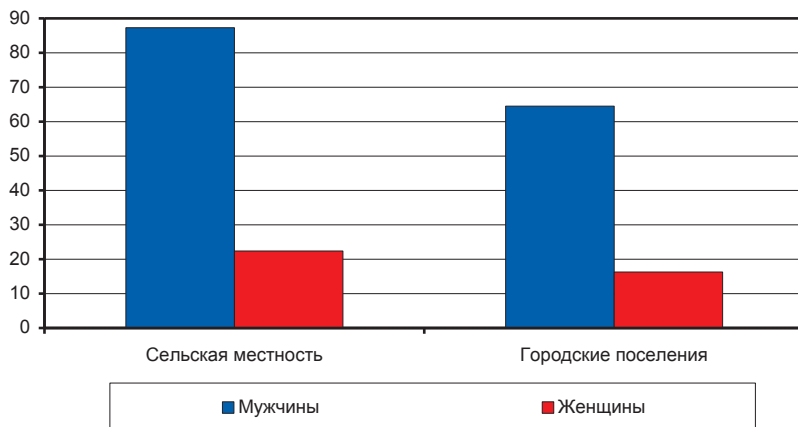


Рис. 64. Гендерные особенности показателей смертности населения по причине убийств в Забайкальском крае в 2010 г. (на 100 тысяч человек соответствующей группы населения)

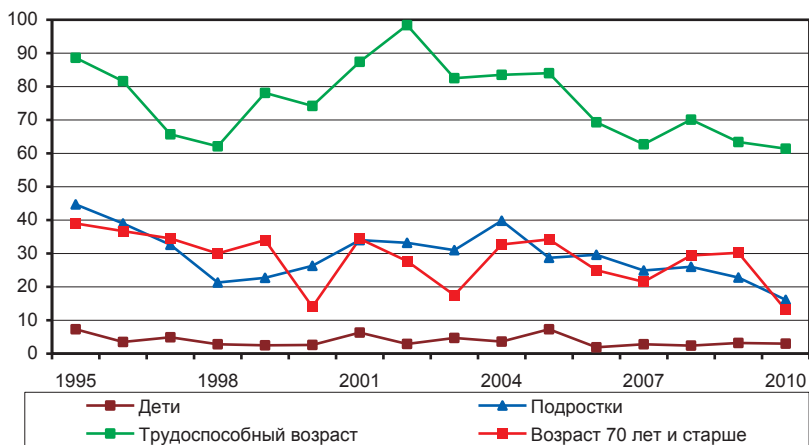


Рис. 65. Показатели смертности населения по причине убийств в Забайкальском крае в разных возрастных группах (на 100 тысяч человек населения)

Анализ возрастной структуры убийств в Забайкальском крае демонстрирует, что среди умерших преобладают лица молодого, трудоспособного возраста. В 2010 г. среди умерших по причине убийства детей было 1,2 %, лиц в возрасте 15—19 лет – 2,9 %, 20—29 лет – 21,2 %, 30—39 лет – 25,1 %, 40—49 лет – 20,2 %, 50—59 лет – 18,1 %, 60—69 лет – 4,5 %, 70 лет и старше – 3,9 %, возраст был не известен у 2,9 %.

Как видно из рисунка 65, показатели убийств за 16 последних лет у детского населения края являются стабильными: в 2010 г. распространенность убийств у детей была 3,0 на 100 тысяч населения, у подростков – 16,1 на 100 тысяч человек. Показатель летальности по причине убийств у лиц старше 70 лет составил 13,1 на 100 тысяч населения соответствующей возрастной группы. Самая высокая смертность от убийств регистрируется в трудоспособном возрасте – 61,4 на 100 тысяч населения в 2010 г.

Соотношение между показателями убийств у мужчин и женщин трудоспособного возраста составляет 4:1 (96,0 и 24,0 на 100 тысяч человек населения в 2010 г.). У мужчин трудоспособного возраста распространенность убийств является самой максимальной в Забайкальском крае (рис. 66). Так, в 2002 г. этот показатель был равен 155,2 на 100 тысяч населения, в последние годы наблюдается снижение частоты убийств в этой половозрастной группе.

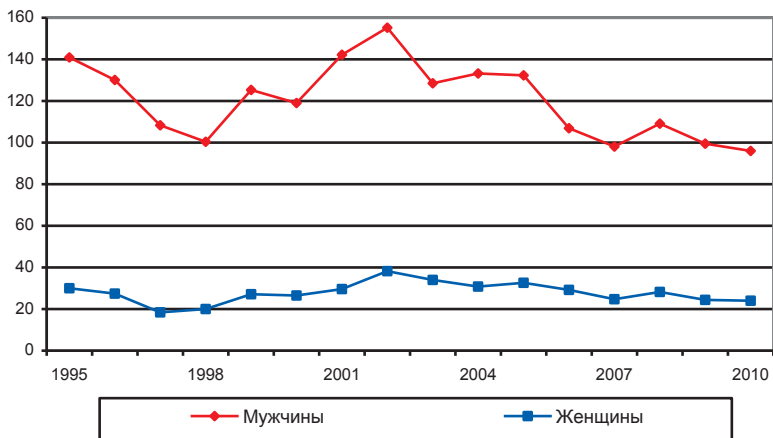


Рис. 66. Смертность населения по причине убийств среди мужчин и женщин трудоспособного возраста в Забайкальском крае (на 100 тысяч человек населения соответствующей половозрастной группы)

При этом сверхвысокими являются показатели гомицидной смертности среди сельских мужчин трудоспособного возраста – 117,2 на 100 тысяч в 2010 г., среди городских мужчин трудоспособного возраста аналогичный показатель был равен 81,0 на 100 тысяч. В женской популяции данные величины были равны 34,1 и 18,8 на 100 тысяч соответственно (рис. 67).

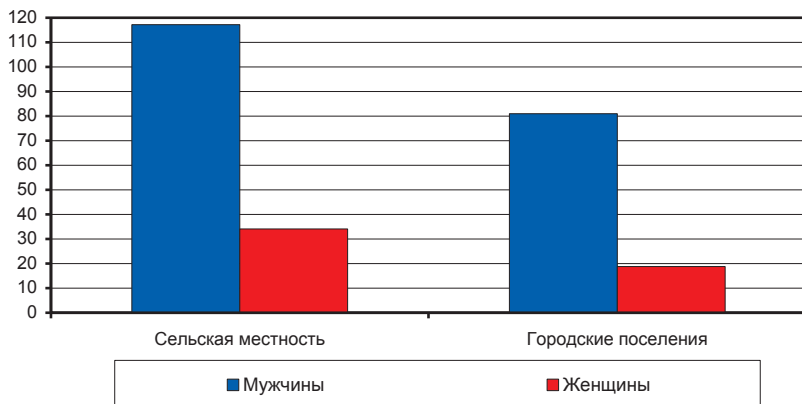


Рис. 67. Гендерные особенности показателей смертности населения по причине убийств в трудоспособном возрасте в Забайкальском крае в 2010 г. (на 100 тысяч человек соответствующей группы населения)

Чтобы подробнее оценить сложившуюся ситуацию с убийствами, были проанализированы данные, полученные из журналов регистрации трупов и статистических карт умерших по причине убийств в 2010 г. (из 13 крупных районов и населенных пунктов Забайкальского края). Всего в исследование было включено 266 случаев, что составило 54,3 % от всех убийств, зарегистрированных на территории региона.

Мужчин среди них было 80,5 %, женщин – 19,5 % (соотношение 4,1:1). Умершие находились в возрасте от 1 до 80 лет, средний возраст составил $39,4 \pm 0,89$ года (мужчин – $39,3 \pm 0,96$ года, женщин – $40,9 \pm 2,22$ года). 87,2 % были в трудоспособном возрасте (90,2 % мужчин и 75,0 % женщин; соотношение между мужчинами и женщинами составило 5:1). Проживали с семьей на момент смерти 61,6 %, разведенными были 1,9 %, вдовыми – 1,9 %, холостыми – 10,9 %, данных не было у 23,7 %. Не работали 75,9 %, работающими были 9,3 %, учащимися – 1,6 %, пенсионерами – 13,2 % (рис. 68). Т. е. среди умерших по данной причине преобладали неработающие лица.

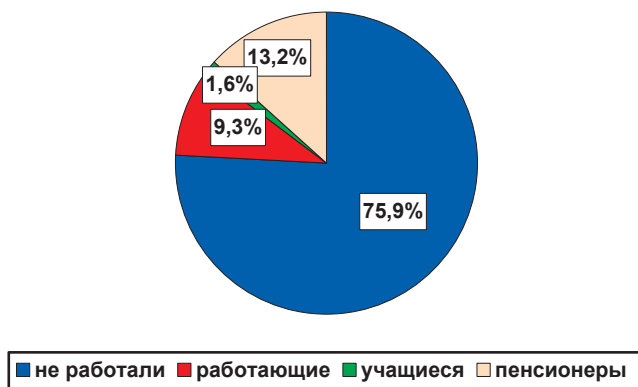


Рис. 68. Социальный статус умерших по причине убийств в Забайкальском крае

Анализ способов совершения убийств представлен в таблице 8.

Т а б л и ц а 8

Способы совершения убийств в Забайкальском крае (в %)

Способ суицида	Мужчины	Женщины	Оба пола
Колото-резаное ранение	56,5	48,1	54,9
Черепно-мозговая травма	18,2	30,8	20,7
Огнестрельное ранение	9,8 *	3,8	8,6
Удушение	4,7 *	13,5	6,4
Другие травмы	9,8	3,8	8,6
Отравление	0,5	0	0,4
Утопление	0,5	0	0,4
Всего	100,0	100,0	100,0

Примечание. Статистическая значимость различий между мужчинами и женщинами обозначена: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$

Преобладающим **способом** являлись колото-резаные ранения (54,9 %), далее идут травмы (29,3 %), огнестрельные ранения (8,6 %) и удушения (6,4 %). У женщин, в сравнении с мужчинами, было меньше умерших от огнестрельных ранений и больше умерших от удушений (табл. 8).

Алкоголь в крови у умерших по причине убийства обнаруживался в 73,3 %. У мужчин этот показатель составил 75,3 % случаев, у женщин – 65,4 % случаев. Средняя концентрация этанола в крови составила $2,96 \pm 0,09$ ‰. При этом среди лиц трудоспособного возраста на момент смерти в алкогольном опьянении находились 77,2 %. Алкоголь в крови у сельских жителей обнаруживался в 73,2 % случаев (у 77,5 % мужчин и у 60,9 % жен-

щин), у городских – в 72,7 % (у 73,6 % мужчин и у 69,0 % женщин). В то же время у сельских мужчин трудоспособного возраста величина этого показателя составила уже 79,5 %, у городских – 76,5 %. В женской популяции эти показатели имели значения 73,6 и 76,2 % соответственно. При колото-резаных ранениях в алкогольном опьянении находилось 88,4 % умерших, при травмах – 66,9 %, при огнестрельных ранениях – 73,9 %, при удушениях – 64,7 %.

Таким образом, в современной России определяется стабильно высокий уровень криминальной агрессии и преступлений против личности. В Забайкальском крае сложилась неблагоприятная ситуация со смертностью населения по причине убийств – регион занял по этому показателю второе место в РФ в 2010 г. (3,3 % всей смертности населения и 17,0 % смертности от внешних причин). Наиболее высокая распространенность убийств зарегистрирована среди сельских мужчин трудоспособного возраста (более 115 на 100 тысяч).

При этом 73,3 % всех умерших по причине убийств в Забайкалье находились в состоянии алкогольного опьянения, особенно высок этот показатель среди сельских мужчин трудоспособного возраста (79,5 %), а также при наиболее частых способах совершения убийств – колото-резаных и огнестрельных повреждениях. Именно поэтому одним из путей снижения насильственной смертности является борьба с алкоголизмом и пьянством.

Клинический пример

02.07.2010 г. в вечернее время гр. Б. О. А., находясь на веранде дома, будучи в состоянии алкогольного опьянения, из-за возникших неприязненных отношений решила убить З. А. С., с которой распивала спиртные напитки. Реализуя преступный умысел, нанесла З. А. С. один удар ножом в область груди, причинив проникающее колото-резаное ранение. От полученных телесных повреждений последняя скончалась при доставлении в ЦРБ.

Диагноз: проникающее колото-резаное ранение груди слева с повреждением сердца. Гемотампонада перикарда (200 мл). Алкогольное опьянение (2,3 ‰ в крови; 1,0 ‰ в моче).

2.4. Эпидемиологические и динамические аспекты смертности по причине отравлений алкоголем

Алкоголь – токсическое психотропное вещество, и прием этилового спирта, даже соответствующего всем стандартам качества, может привести к смертельному исходу. По уровню смертно-

сти от употребления спиртных напитков, в том числе суррогатов алкоголя, Россия находится в числе мировых лидеров. Острые отравления именно этими веществами занимают ведущее место в структуре отравлений различной этиологии. Средний показатель смертей от случайных отравлений алкоголем в России составляет 2,8 % от всех смертей, что в 65 раз выше среднеевропейских показателей (Немцов А. В., 2004). При этом высокие показатели смертности от отравления спиртосодержащими жидкостями связаны с большим количеством больных алкоголизмом в нашей стране (Кладов С. Ю. и др., 2010). В качестве суррогатов алкоголя выступают бытовые жидкости, заведомо не предназначенные для приема внутрь, такие как растворители, стеклоочиститель, тормозная жидкость и т. п. Все эти вещества, основным компонентом в которых является этанол, и фальсифицированные спиртные напитки с высоким, выходящим за рамки ГОСТа содержанием вредных примесей называются алкогольными суррогатами (Нужный В. П., 1995, 2004).

Следует упомянуть и о том, что в отечественной торговой сети в последние два десятилетия стало продаваться огромное количество низкопробного, зачастую фальсифицированного алкоголя, представляющего собой недостаточно очищенный синтетический или гидролизный спирт (Дмитриева Т. Б. и др., 1998). При этом выявляется одна важная деталь: смерть от алкоголя все чаще возникает не вследствие приема смертельной дозы, а от токсического влияния ядов, находящихся в фальсифицированной водке, даже при средней степени опьянения (Немцов А. В., 2001). Поэтому высокое потребление алкоголя в России и низкое его качество сыграло и продолжает играть негативную роль в сверхсмертности населения от внешних причин и соматических заболеваний.

Смертельные отравления алкоголем выступают прямым объективным показателем тяжести алкогольной ситуации в нашей стране: в России в 2010 г. умерло по этой причине 14 381 человек, в 2009 г. – 21 337. Показатель смертности от случайных отравлений алкоголем составил в 2010 г. 10,1 на 100 тысяч человек населения (15,0 на 100 тысяч человек населения в 2009 г.). Максимальной распространенность смертельных отравлений в стране была в 1994 г. – 37,8 на 100 тысяч населения. Динамика смертности в Российской Федерации по настоящей причине представлена на рисунке 69.

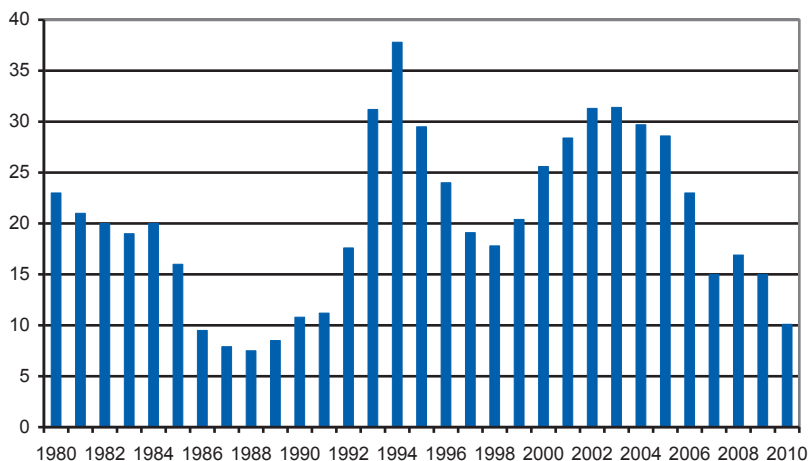


Рис. 69. Смертность по причине случайных отравлений алкоголем в Российской Федерации в 1980—2010 гг. (на 100 тысяч человек населения)

По федеральным округам показатель смертности населения по причине отравлений алкоголем в 2010 г. распределился следующим образом: Северо-Западный – 14,4 на 100 тысяч человек населения; Сибирский – 12,8; Дальневосточный – 12,1; Приволжский – 10,8; Центральный – 10,7; Уральский – 10,4; Южный – 4,3; Северо-Кавказский – 1,2 (рис. 70).

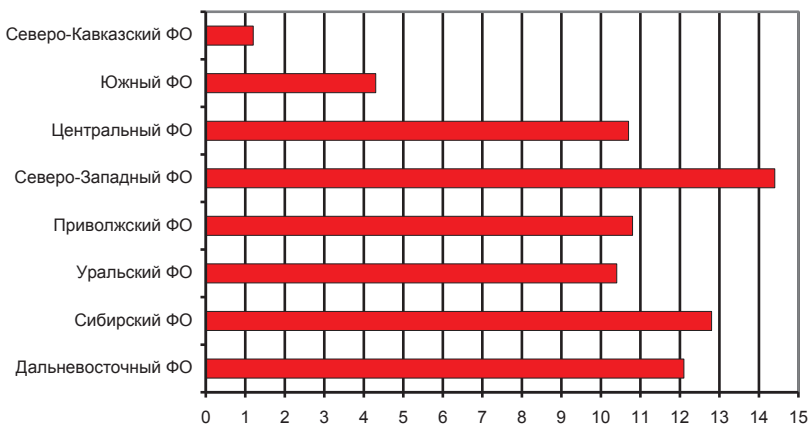


Рис. 70. Смертность по причине случайных отравлений алкоголем в федеральных округах РФ в 2010 г. (на 100 тысяч человек населения)

Показатель отравлений алкоголем заметно изменяется по регионам страны. В 2010 г. он варьировал от 0 в Чеченской Республике до 46,6 на 100 тысяч населения в Амурской области. Помимо Амурской области (рис. 71), высоким значением данного показателя в 2010 г. отличались также Республика Тыва (43,8 на 100 тысяч человек населения), Республика Алтай (42,5), Республика Марий Эл (35,4), Кировская область (34,8), Брянская область (33,8) и Ненецкий автономный округ (33,0). Минимальной распространенность летальных отравлений алкоголем на душу населения была в 2010 г. в Чеченской Республике (0 на 100 тысяч населения), Республике Северная Осетия-Алания (0,1), Республике Ингушетии (0,4), Ростовской области и Кабардино-Балкарской Республике (по 0,8), Нижегородской области (0,9).

Забайкальский край по величине этого показателя в 2010 г. был на 10-м месте в Российской Федерации, в 2009 г. – на 21-м, в 2008 г. – на 30-м.

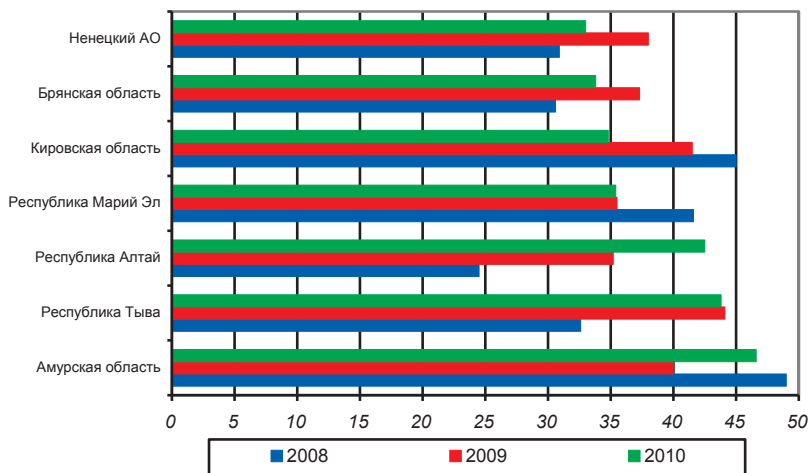


Рис. 71. Субъекты РФ со сверхвысокими показателями смертности по причине отравлений алкоголем за 2008—2010 гг. (на 100 тысяч человек населения)

В 2010 г. распространенность смертельных отравлений алкоголем в Забайкалье составила 29,4 на 100 тысяч человек населения (максимальной она была в 2003 г. – 68,8 на 100 тысяч). Частота таких случаев в нашем регионе в 2,9 раза выше, чем в среднем по России, и в 2,3 раза выше, чем в СибФО (рис. 72). В последние годы отмечено снижение этого показателя. При

этом в динамике можно выделить также 5 периодов изменения показателя, описанных во втором и третьем разделах настоящего издания.

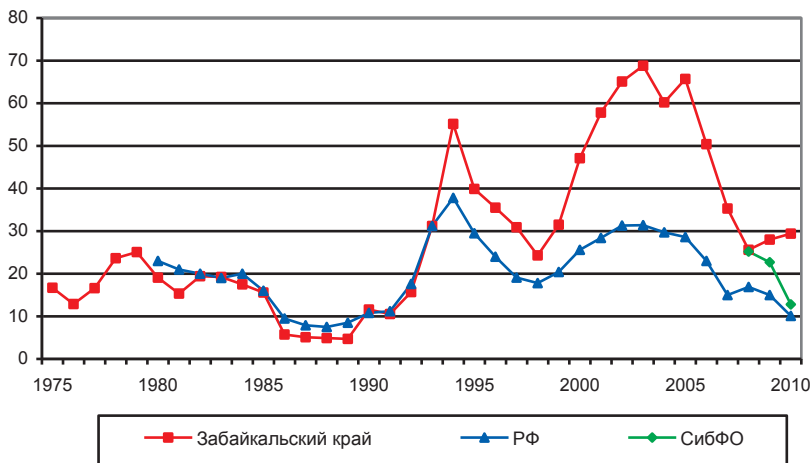


Рис. 72. Смертность по причине случайных отравлений алкоголем в Забайкальском крае, РФ и СибФО (на 100 тысяч человек населения)

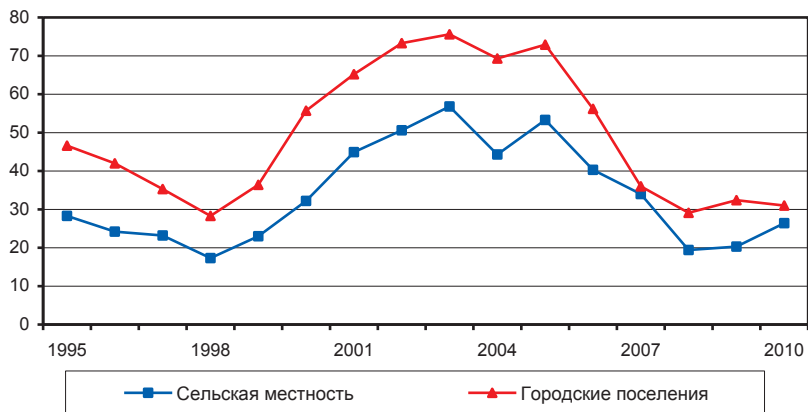


Рис. 73. Смертность населения по причине отравлений алкоголем в сельской местности и городских поселениях Забайкальского края (на 100 тысяч человек населения)

В целом смертность от случайных отравлений алкоголем выросла в нашем крае за 36 лет в 1,8 раза (с 16,7 в 1975 г. до 29,4 на 100 тысяч населения в 2010 г.). При этом в Забайкальском крае показатели смертности по причине алкогольных отравлений среди населения городских поселений были несколько выше, чем в сельской местности (рис. 73). В 2010 г. показатель данного рода смерти в сельской местности составил 26,4 на 100 тысяч человек населения, в городской – 31,0 на 100 тысяч.

Среди умерших по причине случайных отравлений алкоголем преобладают мужчины. Так, в 2010 г. в Забайкалье «мужских» отравлений было 67,2 % (221), «женских» – 32,8 % (108); соотношение 2,1:1. В 1995 г. такое соотношение было 2,9:1 (74,4 и 25,6 % соответственно), в 2000 г. – 2,6:1 (72,1 и 27,9 % соответственно); в 2005 г. – 3,0:1 (75,3 и 24,7 % соответственно).

Установлено, что показатель смертности от отравлений этанолом в мужской популяции региона в 2,2 раза выше, чем в женской (41,7 и 18,7 на 100 тысяч населения соответствующего пола в 2010 г.); максимальными различия были в 2005 г. (3,3:1 – 103,0 и 31,3 на 100 тысяч соответственно). Кроме того, показатели у женщин, в отличие от мужчин, являются более стабильными (рис. 74).

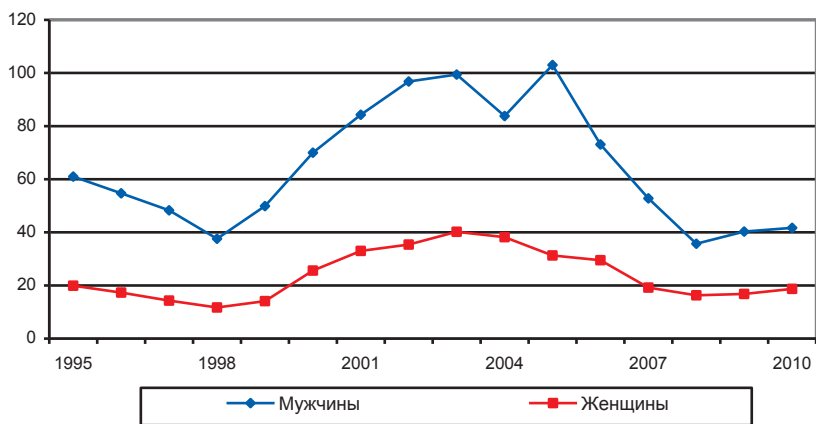


Рис. 74. Смертность по причине отравлений алкоголем среди мужчин и женщин Забайкальского края (на 100 тысяч человек населения соответствующего пола)

Смертельных отравлений алкоголем среди сельских мужчин и женщин была несколько ниже, чем среди городских (рис. 75, 76), хотя в последние 3—4 года показатели сближаются.



Рис. 75. Смертность мужчин по причине отравлений алкоголем в сельской местности и городских поселениях Забайкальского края (на 100 тысяч мужчин)



Рис. 76. Смертность женщин по причине отравлений алкоголем в сельской местности и городских поселениях Забайкальского края (на 100 тысяч женщин)

В 2010 г. распространенность отравлений алкоголем среди городских мужчин составила 44,4 на 100 тысяч, среди сельских мужчин – 35,4 на 100 тысяч мужчин. Данный показатель в женской популяции был равен в городской местности 19,1 на 100 тысяч женщин, в сельской – 17,7 на 100 тысяч женщин. В свою

очередь, соотношение указанных показателей между мужчинами и женщинами в сельской местности составляет 2 :1, в городской – 2,3:1 в 2010 г. (рис. 77).

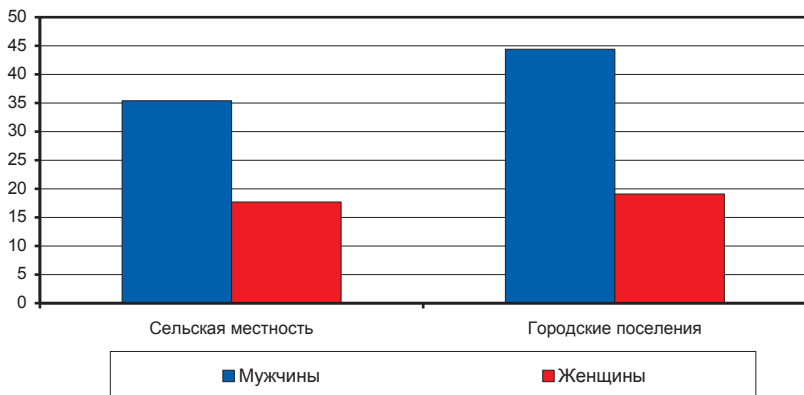


Рис. 77. Гендерные особенности показателей смертности населения по причине отравлений алкоголем в Забайкальском крае в 2010 г. (на 100 тысяч человек соответствующей группы населения)

В 2010 г. среди умерших по причине отравлений алкоголем детей было 0,6 %, лиц в возрасте 15—19 лет – 0 %, 20—29 лет – 7,4 %, 30—39 лет – 20,5 %, 40—49 лет – 23,5 %, 50—59 лет – 25,3 %, 60—69 лет – 12,2 %, 70 лет и старше – 6,3 %, возраст не был известен у 4,2 %. Следовательно, среди умерших преобладают лица трудоспособного возраста. При этом показатели смертельных отравлений алкоголем в 2010 г. составили: у детей – 0,6 на 100 тысяч населения, у подростков – 0 на 100 тысяч человек; в группе старше 70 лет – 28,8 на 100 тысяч населения соответствующей возрастной группы. Самая высокая смертность от данной причины регистрируется в трудоспособном возрасте – 33,5 на 100 тысяч населения в 2010 г.

Соотношение между показателями отравлений алкоголем у мужчин и женщин трудоспособного возраста составляет 2,4:1 (46,4 и 19,6 на 100 тысяч человек населения в 2010 г.). У мужчин трудоспособного возраста распространенность смертельных отравлений является самой максимальной в Забайкальском крае (рис. 78). Так, в 2005 г. этот показатель был равен 126,2 на 100 тысяч населения, в последние годы наблюдается снижение частоты смертности от указанной причины в этой половозрастной группе.

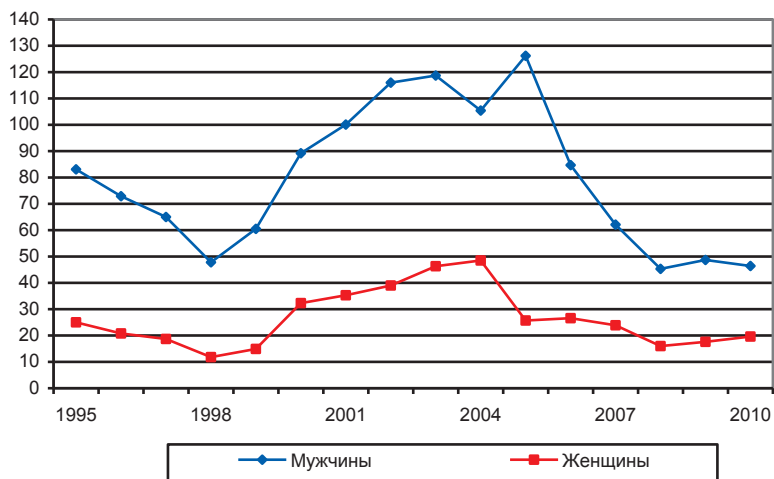


Рис. 78. Смертность населения по причине отравлений алкоголем среди мужчин и женщин трудоспособного возраста в Забайкальском крае (на 100 тысяч человек населения соответствующей половозрастной группы)

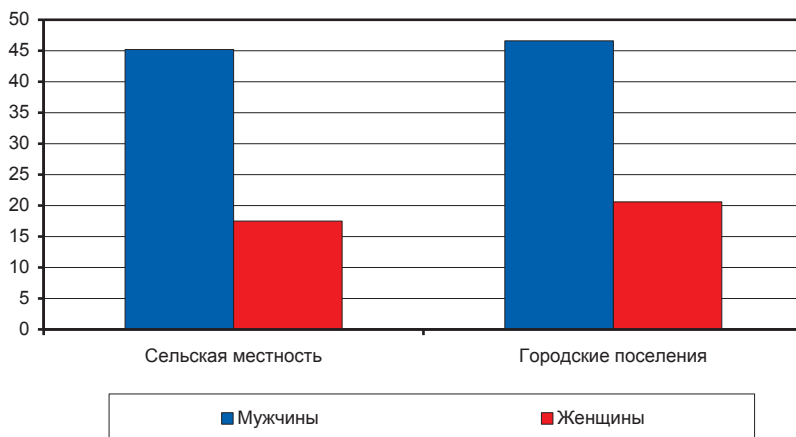


Рис. 79. Гендерные особенности показателей смертности населения по причине отравлений алкоголем в трудоспособном возрасте в Забайкальском крае в 2010 г. (на 100 тысяч человек соответствующей группы населения)

В то же время показатели смертности от отравлений алкоголем среди сельских и городских мужчин трудоспособного воз-

раста практически не отличаются – 45,2 и 46,6 на 100 тысяч в 2010 г. В женской популяции данные величины равны 17,5 и 20,6 на 100 тысяч соответственно (рис. 79). Соотношение мужчин и женщин в данных группах составило в 2010 г. 2,6:1 и 2,2:1 соответственно.

Чтобы подробнее оценить сложившуюся ситуацию со смертельными отравлениями алкоголем, были проанализированы данные, полученные из журналов регистрации трупов и статистических карт умерших по этой причине в 2010 г. Всего в исследование было включено 329 случаев, что составило 100 % от всех отравлений, зарегистрированных на территории региона.

Мужчин среди них было 67,2 %, женщин – 32,8 % (соотношение 2,1:1). Умершие были в возрасте от 1 до 82 лет, средний возраст составил $47,1 \pm 0,67$ года (мужчин – $46,7 \pm 0,78$ года, женщин – $47,9 \pm 1,26$ года). 73,6 % были в трудоспособном возрасте (79,7 % мужчин и 60,6 % женщин; соотношение между мужчинами и женщинами составило 2,1:1). Проживали в городской местности 47,0 %, в городской – 53,0 %. Жили с семьей на момент смерти 68,0 %, разведенными были 12,0 %, вдовыми – 4,8 %, холостыми – 13,6 %, данных не было у 11,6 %. Не работали 61,6 %, работающими были 12,0 %, пенсионерами – 26,4 % (рис. 80). Т. е. среди умерших по данной причине преобладали неработающие лица.

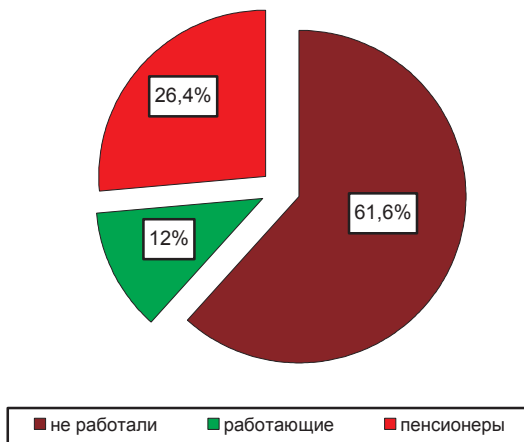


Рис. 80. Социальный статус умерших по причине отравлений алкоголем в Забайкальском крае

Этанол в крови у умерших по причине отравлений алкоголем не обнаруживался в 3,8 % случаев, что было связано с отравлением исключительно суррогатами алкоголя. **Суррогаты алкоголя** были обнаружены в крови у умерших в 10,6 % случаев, в остальных – только этиловый спирт. При этом у 6,8 % отравившихся было комбинированное отравление (этанол и суррогаты). Среди суррогатов преобладал метиловый спирт, только 2 смертельных случая были связаны с отравлением изопропиловым спиртом и сивушными маслами. У мужчин отравление суррогатами составило 9,9 % от всех отравлений, у женщин – 11,7 % всех случаев. Средняя концентрация этанола в крови умерших составила $4,36 \pm 0,08$ ‰.

При анализе **сезонности** смертельных отравлений алкоголем (рис. 81) был выявлен только один максимум – январь-февраль (17,3 и 13,4 %), меньшее число отравлений было зарегистрировано в июне-июле (по 4,8 %).

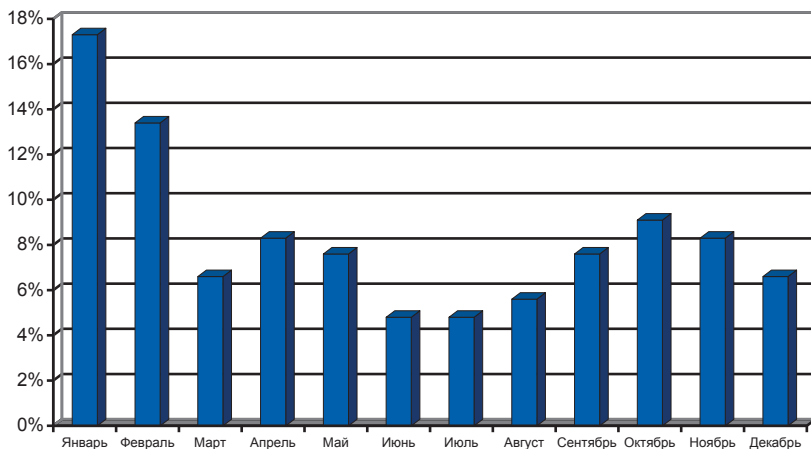


Рис. 81. Сезонность смертности от отравлений алкоголем в Забайкальском крае

Таким образом, в Российской Федерации в последние годы отмечается снижение смертности по причине случайных отравлений алкоголем. Аналогичная ситуация наблюдается и в Забайкальском крае, хотя показатели в регионе остаются существенно выше, чем по РФ – 29,4 и 10,1 на 100 тыс. населения в 2010 году соответственно. Наш край занимает по величине этого показателя 10-е место в стране (2,2 % всей смертности населения и

11,1 % смертности от внешних причин). Наиболее высокая распространенность смертельных отравлений алкоголем зарегистрирована среди мужчин трудоспособного возраста (более 45 на 100 тысяч).

При этом суррогаты алкоголя были обнаружены в крови умерших в 10,6 % случаев. Четко отмечается и сезонность отравлений – максимум приходится на январь-февраль – 30,7 % всех летальных исходов. Учитывая, что смертность от алкогольных отравлений – следствие прямого воздействия алкогольного фактора, то и ведущую роль в снижении этого явления должны играть как борьба с пьянством населения, так и ужесточение контроля в сфере производства, ввоза и реализации алкогольной продукции.

Клинический пример

К. П. Г., 1969 г. р., находился на стационарном лечении в токсикологическом центре МУЗ «Городская клиническая больница № 1» г. Читы с 16.02.2010 по 23.02.2010 (7 койко-дней). Осмотрен 23.02.2010. Жалоб не предъявляет.

Анамнез. Родился в Комсомольске Хабаровского края. Наследственность отягощена алкоголизмом отца. Родился в полной семье, старшим из двоих детей. Беременность, роды и раннее развитие без особенностей. Дома часто были конфликты между родителями на почве пьянства отца.

Детский сад посещал. В школу пошел с 7 лет. Успеваемость изначально была низкой (преимущественно на «3»), со слов, «интереса к урокам не испытывал», часто прогуливал. Любимым предметом была только физкультура. С учителями складывались плохие отношения. Отличался конфликтностью со взрослыми, при этом был общительным, имел много друзей среди сверстников. В возрасте 4 лет родители развелись, воспитывался матерью, с подросткового возраста рос в условиях гипопеки, материальное положение семьи было низким.

Окончил 10 классов, поступил в строительный техникум; закончил его, получив специальность механизатора. С 1988 до 1991 г. служил в армии. В дальнейшем работал разнорабочим, сменил несколько организаций (что обусловлено было, со слов, поиском более высокооплачиваемого места). В 1995 г. (в 26 лет) убил в драке человека, находясь в состоянии алкогольного опьянения, был осужден. С 1995 до 2004 г. находился в местах лишения свободы (об особенностях пребывания в заключении говорить отказывается). После освобождения занимался неквалифицированным трудом, часто менял места работы (увольняли из-за пьянства, прогулов и конфликтов с руководством). В настоящее время не работает, живет на доходы от случайных заработков.

Женился в 1992 г., от брака 2 детей. Часто конфликтовал с женой, особенно в алкогольном опьянении. Жена умерла в 2003 г., дети живут с бабушкой, отношений с ними в настоящее время не поддерживает. Проживает один. Свободное время чаще проводит за просмотром телевизионных программ. После 2005 г. были 3 раза черепно-мозговые травмы с потерей сознания в состоянии алкогольного опьянения. Снохождение, сноговорение отрицает. Курит сигареты с 13 лет, по 1 пачке в день. Употребление наркотиков отрицает. Алкогольные напитки начал употреблять с 14 лет. В первый раз выпил в компании сверстников 200 мл вина; развилось выраженное опьянение. Употребление алкоголя приобрело эпизодический характер с 17 лет, во время учебы в техникуме. Употреблял вино до 400 мл, реже водку до 100 мл в компаниях сверстников, это вызывало кратковременную эйфорию. При увеличении дозы, употреблении больших доз крепких напитков появлялась тошнота и рвота. На следующий день отмечал выраженное отвращение к спиртному, слабость, разбитость, которые быстро проходили.

После службы в армии (в 22 года) начались регулярные приемы спиртного – до 4–5 раз в месяц в компании коллег по работе. Пил преимущественно водку. Для заметного опьянения требовалось 250–300 мл водки. Прием такого количества вызывал устойчивую эйфорию, на следующий день явного дискомфорта не испытывал. Отвращение к алкоголю, слабость не были выраженными. При увеличении дозы появлялись тошнота и рвота. Приемы алкоголя происходили в конце недели или были связаны со значимыми событиями. Употребление алкоголя в течение 2 дней было редким, к концу такого периода появлялось отвращение к алкоголю.

С 24–25 лет приемы алкоголя в конце рабочей недели по 2–3 дня стали регулярными, связывались с приглашением коллег по работе. Появились эпизодические приемы алкоголя по 3–5 дней. Суточная доза увеличилась до 700–1000 мл водки. В опьянении появились не свойственные ранее вспыльчивость, конфликтность, грубость с женой и коллегами по работе. Начал «опохмеляться», не все помнил на следующий за алкоголизацией день, исчезла рвота при превышении дозы. Не всегда удавалось подавлять возникающие мысли о выпивке, стал употреблять алкоголь в одиночестве. После прекращения алкоголизации появлялись потливость, тахикардия, жажда, сухость во рту, снижался аппетит, появлялось чувство вины. Эти расстройства проходили в течение дня, иногда через 2 дня. После семейных конфликтов на 2–3 недели воздерживался от приема спиртного. В 25 лет, будучи в состоянии алкогольного опьянения, в последовавшей после ссоры драке убил человека, 9 лет отбывал наказание, не алкоголизировался.

После возвращения в 2004 г. (в 35 лет) из мест лишения свободы стал употреблять спиртные напитки с частотой до 10 раз в месяц. При этом эпизоды по 2–3 дня с перерывом по 2–4 дня стали посто-

янными. Требовалось «опохмеление». Употреблял алкоголь на рабочем месте, пил дома в одиночестве. Резкий обрыв алкоголизации сопровождался тремором конечностей, потливостью, сердцебиением, нарушались сон и аппетит, появлялась тревога. Состояние приходило в норму через 2—3 дня. Оставалась тяга к приему спиртного.

С 36 лет (2005 г.) появились более продолжительные приемы алкоголя – по 7—14 дней. Суточная доза была в пределах 1000—1500 мл водки. Основное количество употреблялось в вечернее время. Прием водки утром в количестве 50—100 мл снимал дискомфорт на 3—4 часа. После очередного 2-недельного запоя, после резкого обрыва алкоголизации (не было денег) развился судорожный приступ с потерей сознания. Был доставлен БСМП в Краевой наркологический диспансер. После 3-недельного курса лечения был поставлен на диспансерный учет, у нарколога не наблюдался.

С 37 лет алкогольные эксцессы увеличились до 1—2 месяцев. Суточная доза не увеличивалась. Начал употреблять спирты сомнительного качества, средства для чистки ванн и т. д. В 2006 г. впервые проходил лечение в токсикологическом центре по поводу острого отравления суррогатами алкоголя. После выписки через неделю прием спиртных напитков продолжил. С 2006 г. до февраля 2010 г. более 10 раз проходил стационарное лечение в Краевом наркологическом диспансере и 5 раз в Краевом токсикологическом центре. После выписки из лечебных учреждений воздерживался от приема алкоголя не более месяца. Стал выпивать практически ежедневно. Продолжал употреблять спирты сомнительного качества. Резкий обрыв алкоголизации, наряду с указанными выше проявлениями, стал сопровождаться подавленным настроением, подозрительностью, отдельными нарушениями восприятия. В 2007 г. перенес острый алкогольный психоз (делирий). В общении стал грубым, вспыльчивым, агрессивным. Часто конфликтовал с медперсоналом, нарушал режим лечебных учреждений. Настоящей госпитализации в токсикологический центр предшествовал недельный запой, обратился за помощью самостоятельно в связи с ухудшением самочувствия. Вследствие лечебных мероприятий состояние улучшилось.

Психический статус. Сознание ясное. Контакт доступен. В месте, времени и собственной личности ориентирован верно. В беседе вступает неохотно. Дистанцию в беседе не соблюдает, груб, постоянно нецензурно выражается. Держится несколько вызывающе. Внешне малоопрятен, нормостенического телосложения.

Расстройства ощущений и восприятия отсутствуют. Память на текущие события незначительно снижена. Основные сведения своей жизни воспроизводит верно. Мышление последовательное, несколько замедленное по темпу, обстоятельное. Подробно рассказывает о соматических заболеваниях. Переносный смысл пословиц, поговорок, метафор понимает верно. Суждения поверхностные. Процессы анализа, синтеза, обобщения ограничены. Внимание истощаемое.

Настроение снижено с дисфорическим радикалом. Эмоциональные реакции монотонные. В отделении нарушал режим, конфликтовал с персоналом. В беседе в грубой форме отзывается о медработниках. На продолжение лечения не настроен. Отчетливых планов на будущее не имеет. Считает свою ситуацию типичной.

При осмотре выглядит старше своего возраста. Лицо одутловатое. Пониженного питания. Обращает на себя внимание значительно увеличенный в размерах живот за счет асцита. Печень выступает на 3 см из-под края реберной дуги, при пальпации край плотный, печень умеренно болезненная, поверхность бугристая. Отмечаются периферические отеки. Горизонтальный нистагм. Синдром Маринеску-Радовичи слева. Тремор пальцев рук. Координационные пробы выполняет плохо. ОАК, ОАМ, биохимический анализ крови – без патологии. Невролог: энцефалопатия сложного генеза (алкогольного, посттравматического) с интеллектуально-мнестическим снижением личности. Терапевт: ХОБЛ, бронхитический тип, ремиссия, ДН₀. Цирроз печени как исход алкогольного гепатита, класс В по Чайлд-Пью, декомпенсация. Синдром портальной гипертензии (асцит, отеки нижних конечностей, гепатоспленомегалия). Гепатоцеллюлярная недостаточность II степени. Окулист: начальная катаракта обоих глаз. ЭКГ: ритм синусовый, полная блокада правой ножки пучка Гиса. AUDIT – 15 баллов.

Анализ случая. Наследственность отягощена алкоголизмом отца. Беременность, роды и раннее развитие без особенностей. На формирование личности подростка оказали влияние пьянство отца, неучастие его в воспитании ребенка, конфликты в семье, безнадзорность, которая усилилась после развода родителей. Произошло раннее знакомство с алкоголем. До 19 лет отмечалось эпизодическое употребление спиртных напитков. С 22 лет алкоголизация приняла систематический характер. Наблюдался рост толерантности к алкоголю, произошло учащение периодичности употребления спиртного, отмечалось усиление алкогольной потребности, интенсивнее становится выражен эйфоризирующий эффект алкоголя.

К 24—25 годам сформировались начальные проявления алкоголизма: существенно возросла толерантность, участились стали более продолжительными алкогольные эксцессы, появились палимпсесты, изменилась картина опьянения, алкоголь занял существенное место в жизни испытуемого, начали формироваться начальные проявления алкогольного абстинентного синдрома. В один из алкогольных эксцессов, который сопровождался измененной картиной алкогольного опьянения, совершил убийство. С 25 до 35 лет находился в местах лишения свободы, после освобождения алкоголизация стала еще более тяжелой. Прогрессировал наркоманический синдром. В 35—36 лет к инициальным проявлениям абстиненции присоединяются соматовегетативные, неврологические, а в последующем и психические нарушения. Четко сформировался «развернутый» абстинент-

ный симптомокомплекс. Удлинились запои, выросла до максимума толерантность, стал употреблять суррогаты алкоголя. После обрывов алкоголизации отмечались судорожные приступы с потерей сознания и алкогольный делирий. Неоднократно лечился стационарно в наркологическом диспансере, у нарколога не наблюдался. Также неоднократно проходил стационарное лечение по поводу отравлений алкоголем в токсикологическом центре. У врачей соматических специальностей не наблюдался. На фоне интеллектуального снижения нарастала социальная дезадаптация больного, усилились соматические расстройства (алкогольный цирроз печени). Часть этих проявлений говорит о начале формирования исходной стадии заболевания.

Таким образом, алкоголизм, бывший на протяжении длительного времени единственным заболеванием, прогрессирующим у больного, привел к развитию достаточно тяжелого соматического осложнения в виде алкогольного цирроза печени. При этом сам пациент у врача-терапевта не наблюдается, настоящее стационарное лечение связано с отравлением этанолом. Можно предполагать дальнейшее прогрессирование соматической патологии, прогноз крайне неблагоприятный.

Диагноз: острое отравление этанолом; синдром зависимости от алкоголя, вторая стадия. В настоящее время воздержание (F10.202). Энцефалопатия сложного генеза (алкогольного, посттравматического) с интеллектуально-мнестическим снижением личности. Цирроз печени как исход алкогольного гепатита, класс В по Чайлд-Пью, декомпенсация. Синдром портальной гипертензии (асцит, отеки нижних конечностей, гепатоспленомегалия). Гепатоцеллюлярная недостаточность II степени. ХОБЛ бронхитического типа, ремиссия, ДН₀. Начальная катаракта обоих глаз.

Отслежена **дальнейшая судьба пациента:** с марта 2010 г. 2 раза лечился в Краевом наркологическом диспансере.

29.09.2010 г. был найден мертвым в подъезде своего дома. Причиной смерти стало острое отравление этиловым спиртом. Концентрация этанола в крови на момент смерти была 3,9 ‰.

2.5. Эпидемиологические и динамические аспекты смертности по причине транспортных травм

Значительное число транспортных травм, в том числе дорожно-транспортных происшествий (ДТП), и пострадавших в них людей (погибших и раненых) является одной из серьезных социально-экономических проблем России. Российская Федерация занимает одно из первых мест в мире по величине транспортных травм, в том числе по аварийности на дорогах. На 2007 г. смертность от всех видов транспортных несчастных случаев составила 27,7 на 100 тысяч человек населения, что в 3,3 раза было

выше, чем в «старых» странах Евросоюза (8,4 на 100 тысяч) и в 2,2 раза больше, чем в новых странах Европейского Союза (12,6 на 100 тысяч). И это даже при том, что количество автомобилей на душу населения в России более чем в 2 раза меньше, чем в странах Европы.

При этом по официальным данным МВД, около 10 % дорожно-транспортных происшествий происходят по вине нетрезвых водителей. Хотя результаты прицельных эпидемиологических исследований демонстрируют более высокие цифры, особенно при смертельных исходах. Так, в Москве на момент поступления в больницу 18 % госпитализированных по поводу транспортных травм находились в состоянии алкогольного опьянения, еще у 10,5 % было подозрение на наличие алкогольного опьянения. Среди умерших от травм в 54,7 % случаев результаты исследования крови на алкоголь были положительными. При этом уровни алкоголя в крови умерших превышали уровни алкоголя в крови тех лиц, которые выжили после дорожной травмы. Данный факт подтверждает влияние алкоголя на два взаимодополняющих и последовательных события в эпидемиологии дорожно-транспортных происшествий: алкоголь увеличивает вероятность возникновения тяжелого ДТП и увеличивает вероятность смертельного исхода от травм (Салахов Э. Р., 2006).

В 2010 г. число зарегистрированных смертей от транспортных травм в РФ составило 28 499, что составило 1,4 % от всей смертности и 13,8 % смертности от внешних причин. Дорожно-транспортных происшествий со смертельным исходом было 19 881, или 69,8 % летальности от транспортных травм. Показатель смертности от транспортных травм составил в 2010 г. 20,1 на 100 тысяч человек населения (в том числе 14,0 на 100 тысяч в результате ДТП), начиная с 2003 г. он постоянно снижается (рис. 82).

По федеральным округам показатель смертности населения по причине транспортных травм в 2010 г. распределился следующим образом: Центральный – 21,9 на 100 тысяч человек населения; Дальневосточный – 21,8; Приволжский – 20,3; Сибирский – 19,3; Северо-Западный – 19,1; Уральский – 18,9; Южный – 18,7; Северо-Кавказский – 17,8 (рис. 83). При этом не отмечается такой существенной разницы, как при других насильственных причинах смертности.

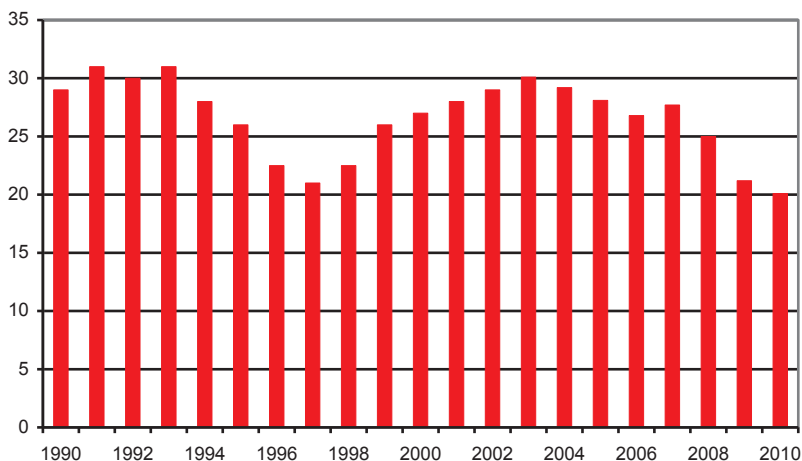


Рис. 82. Смертность по причине транспортных травм в Российской Федерации в 1990—2010 гг. (на 100 тысяч человек населения)

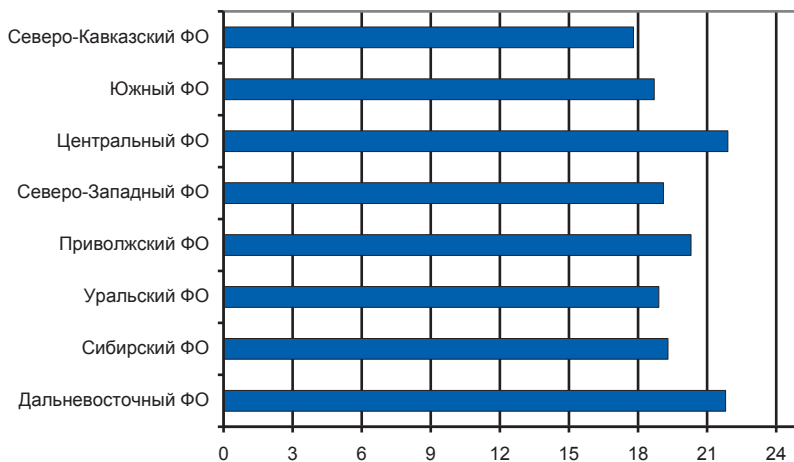


Рис. 83. Смертность по причине транспортных травм в федеральных округах РФ в 2010 г. (на 100 тысяч человек населения)

Межрегиональная дифференциация по показателю транспортных травм составила в 2010 г. 7,7 раза. Показатель в 2010 г. варьировал от 6,1 в Чеченской Республике до 47,0 на 100 тысяч населения в Республике Тыве. Помимо Республики Тывы (рис. 84), высоким значением данного показателя в 2010 г. отли-

чались также Республика Адыгея (37,9 на 100 тысяч человек населения), Новгородская область (35,4), Еврейская АО (31,9), Ленинградская область (31,6). Минимальной распространенность транспортной смертности на душу населения была в 2010 г. в Чеченской Республике (6,1 на 100 тысяч населения), Ростовской области (10,7), Омской области (10,8), Республике Ингушетии (12,5) и Ямало-Ненецком АО (12,6).

Забайкальский край в 2010 г. по смертности от транспортных травм занял 12-е место в Российской Федерации (2,0 % от всей смертности населения и 10,2 % от смертности по причине внешних факторов), в 2009 г. была 10-я позиция. Показатель распространенности данной причины смертности в нашем регионе в 2010 г. составил 27,0 на 100 тысяч человек населения (30,1 на 100 тысяч в 2009 г.). Частота транспортной смертности в Забайкалье в 1,4 раза выше, чем в среднем по России и СибФО (рис. 85).

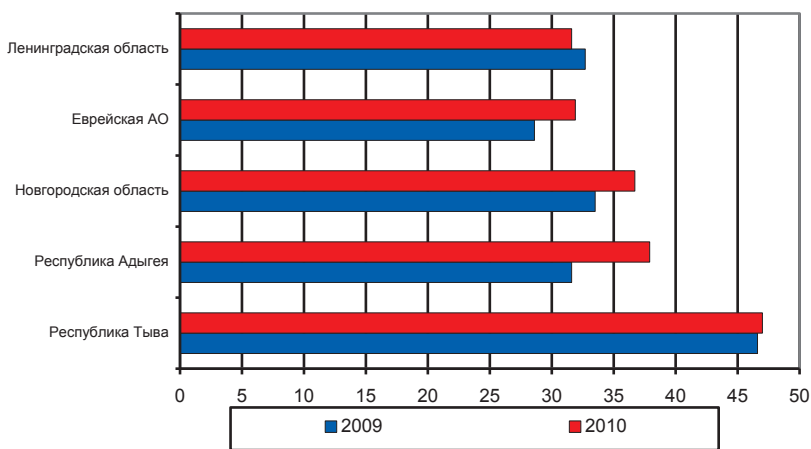


Рис. 84. Субъекты РФ со сверхвысокими показателями смертности по причине транспортных травм за 2009—2010 гг. (на 100 тысяч человек населения)

При этом подавляющее большинство транспортных травм составляют травмы в результате **дорожно-транспортных происшествий** – 69,8 % от всей смертности на транспорте в 2010 г. (68,5 % – в 2009 г. и 67,6 % – в 2008 г.). Показатель этой причины смертности был равен в 2010 г. 14,0 на 100 тысяч человек населения. По федеральным округам показатель смертности населения по причине ДТП в 2010 г. распределился следующим образом: Южный – 15,8 на 100 тысяч человек населения; Ураль-

ский – 15,7; Северо-Кавказский – 15,5; Приволжский – 15,2; Северо-Западный – 14,3; Сибирский – 12,7; Центральный – 12,4; Дальневосточный – 12,2 (рис. 86).

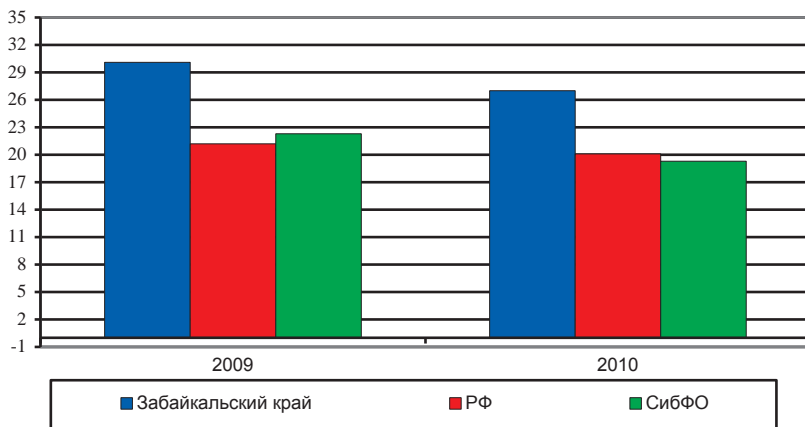


Рис. 85. Смертность по причине транспортных траев в Забайкальском крае, РФ и СибФО (на 100 тысяч человек населения)

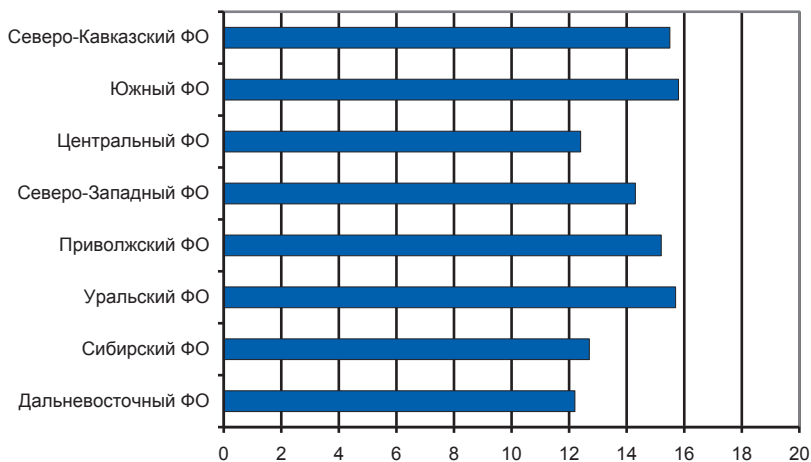


Рис. 86. Смертность по причине ДТП в федеральных округах РФ в 2010 г. (на 100 тысяч человек населения)

Межрегиональная дифференциация по показателю смертности от дорожно-транспортных происшествий составила в 2010 г. 22,8 раза: от 1,7 в Республике Ингушетии до 38,8 на 100 тысяч населения в Республике Тыве. Высоким значением данного показателя в 2010 г. отличались также Республика Адыгея (30,7 на 100 тысяч человек населения), Карачаево-Черкесская Республика (26,7) и Ленинградская область (25,9). Минимальные показатели, помимо Республики Ингушетии, были в 2010 г. в Вологодской области (4,9 на 100 тысяч населения), в Чеченской Республике (5,2), г. Москве (5,4).

Забайкальский край в 2010 г. по смертности от ДТП занял 30-е место в Российской Федерации (1,3 % от всей смертности населения и 6,5 % от смертности по причине внешних факторов). Показатель распространенности данной причины смертности в нашем регионе в 2010 г. составил 17,2 на 100 тысяч человек населения (19,2 на 100 тысяч в 2009 г.). Частота транспортной смертности в Забайкалье была в 1,2 раза выше, чем в среднем по России, и в 1,4 раза выше, чем в СибФО (рис. 87).

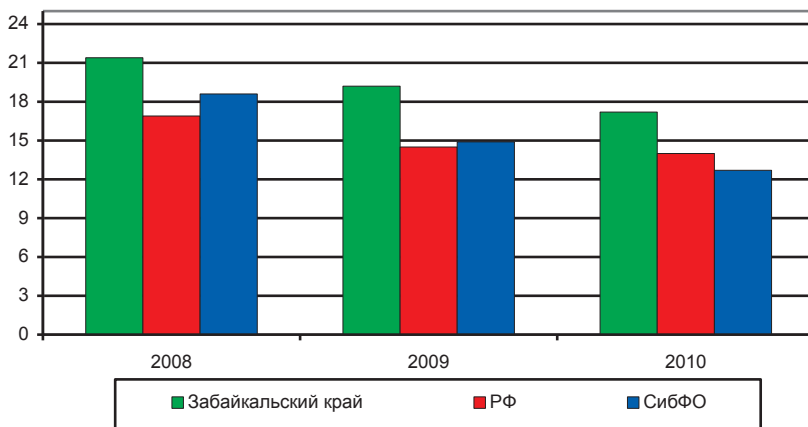


Рис. 87. Смертность по причине дорожно-транспортных происшествий в Забайкальском крае, РФ и СибФО (на 100 тысяч человек населения)

Чтобы подробнее оценить ситуацию со смертностью по причине транспортных травм, были проанализированы данные, полученные из журналов регистрации трупов и статистических карт умерших по этой причине в 2010 г. из 13 районов и городов Забайкалья. Всего в исследование было включено 162 случая, что

составило 53,6 % от всех случаев, зарегистрированных на территории региона.

Мужчин среди них было 74,7 %, женщин – 25,3 % (соотношение 2,95:1). Умершие были в возрасте от 1 до 83 лет, средний возраст составил 35,5±1,32 года (мужчин – 35,1±1,41 года, женщин – 36,7±3,18 года). 85,8 % были в трудоспособном возрасте (90,9 % мужчин и 70,7 % женщин; соотношение между мужчинами и женщинами составило 3,6:1). Проживали с семьей на момент смерти 34,6 %, разведенными были 6,2 %, вдовыми – 1,5 %, холостыми – 27,7 %, данных не было у 30,0 %. Не работали 55,4 %, работающими были 27,7 %, учащимися – 4,6 %, пенсионерами – 12,3 % (рис. 88).

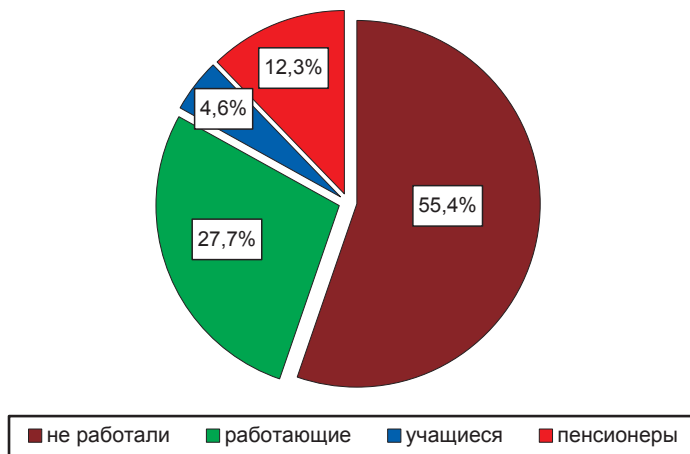


Рис. 88. Социальный статус умерших по причине транспортных траев в Забайкальском крае

Структура видов транспортных травм представлена в таблице 9.

Таблица 9

Структура транспортных травм в Забайкальском крае в 2010 г. (%)

Вид травмы	Мужчины	Женщины	Оба пола
Автомобильная	84,3	75,6	78,1
Рельсовая	9,1	14,6	11,4
Прочее	6,6	9,8	10,5
Всего	100,0	100,0	100,0

Преобладающим видом транспортной травмы является автомобильная (78,1 %).

Алкоголь в крови у умерших по причине транспортной травмы обнаруживался в 56,2 % случаев. У мужчин этот показатель составил 57,0 %, у женщин – 53,7 %. Средняя концентрация этанола в крови составила $2,59 \pm 0,14$ ‰. При этом среди лиц трудоспособного возраста на момент смерти в алкогольном опьянении находились 62,9 % (у мужчин – 63,4 %; у женщин – 61,3 %). Алкоголь в крови у сельских жителей обнаруживался в 59,4 % случаев, у городских – в 53,8 % случаев. При автомобильной травме в алкогольном опьянении находилось 56,7 % умерших, при рельсовой – 57,1 %. Таким образом, несмотря на снижение числа дорожно-транспортных происшествий в РФ в последние годы, смертность от транспортных травм остается по-прежнему высокой (1,4 % от всей смертности и 13,8 % от смертности от внешних причин).

В Забайкальском крае показатели остаются в 1,4 раза выше аналогичных по России и СибФО. При этом наш край занимает по величине этого показателя 12-е место в Российской Федерации (2,0 % от всей смертности населения и 10,2 % от смертности по причине внешних факторов). Как показало эпидемиологическое исследование, алкоголь в крови у умерших по причине транспортной травмы в Забайкалье обнаруживался в 56,2 % случаев, еще выше этот показатель среди лиц трудоспособного возраста – 62,9 %. В связи с этим алкогольный фактор следует рассматривать как один из самых весомых при дорожно-транспортных происшествиях и других транспортных травмах с летальным исходом.

Клинический пример

21.06.2010 г. около 20 часов произошел съезд с дороги (ДТП) автомобиля под управлением Ж. Н. Д. При ДТП пострадали пассажиры, находившиеся в данном автомобиле, которые сразу после ДТП были доставлены в ЦРБ. Водитель погиб.

Диагноз: политравма (закрытая травма живота, разрывы селезенки). Осложнение: гемоперитонеум 1300 мл. Травматический шок тяжелой степени. Закрытая травма груди. Закрытые множественные переломы III, VI, VII, VIII ребер справа, IV, V, VI, VII, VIII, IX ребер слева с незначительным смещением отломков. Множественные ссадины головы, левой кисти, правого колена. Множественные кровоподтеки головы, туловища (груди и живота), верхних и нижних конечностей.

Алкогольное опьянение (1,8 ‰ – в крови; 0,7 ‰ – в моче).

2.6. Взаимосвязь насильственной смертности с показателями наркологической заболеваемости

На наш взгляд, чтобы наглядно продемонстрировать значение алкогольного фактора в возникновении насильственной смертности, следует изучить взаимосвязи смертности от данных причин со смертностью от алкогольных отравлений и наркологической заболеваемостью населения, оценить значение алкогольного опьянения у лиц при совершении гетеро- и аутоагрессивных действий.

Что касается частоты **встречаемости острой алкогольной интоксикации** у умерших от внешних причин, то об этом было подробно описано в предыдущих разделах настоящей главы. В целом в 2010 г. при насильственной смертности алкоголь обнаруживали в крови в 58,8 % случаев. В то же время при самоубийствах алкоголь присутствовал в 59,6 % случаев, при убийствах – в 73,3 % случаев, при транспортных травмах – в 56,2 % случаев, при воздействии низкой температуры (общем переохлаждении) – в 59,0 % случаев, при утоплениях – в 64,2 % случаев (рис. 89).

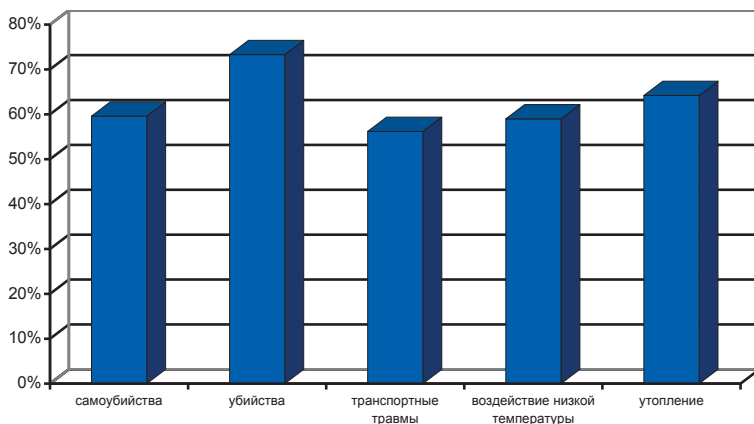


Рис. 89. Обнаружение алкоголя в крови у умерших от некоторых внешних причин в Забайкальском крае в 2010 г. (%)

Среди лиц в трудоспособном возрасте показатель алкогольного опьянения на момент смерти оказался еще выше – 71,5 %. В том числе при самоубийствах – 66,3 %, при убийствах – 77,2 %, при транспортных травмах – 62,9 %, при общем переохлаждении – 66,7 %, при утоплениях – 84,5 % (рис. 90).

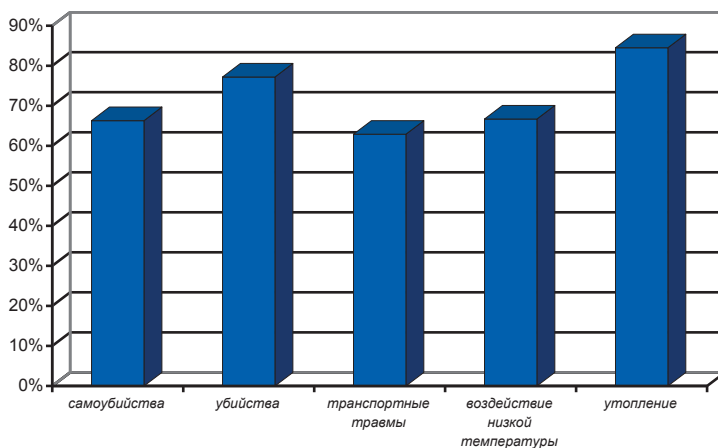


Рис. 90. Обнаружение алкоголя в крови у умерших трудоспособного возраста от некоторых внешних причин в Забайкальском крае в 2010 г. (%)

Однако для того чтобы подтвердить роль алкогольного фактора в возникновении насильственной смертности, необходимо сопоставить динамику указанных насильственных смертей с динамикой других явлений, более тесно связанных с потреблением спиртных напитков. В качестве таковых удобно взять случаи детерминированной алкоголем смертности, а также заболеваемость алкогольной зависимостью и алкогольными психозами. Данные величины характеризуются своей медицинской значимостью и тем, что благодаря их экстремальному характеру они мало зависят от социальных установок и сравнительно легко поддаются учету (Нечаев А. К., 1992). Кроме того, алкогольные психозы встречаются только у больных алкогольной зависимостью, а смертность от отравлений следует считать следствием прямого воздействия алкогольного фактора. Поэтому и реагируют эти показатели наиболее быстро на изменение алкогольной ситуации.

Результаты проведенного корреляционного анализа между выбранными показателями по РФ представлены в таблице 10.

Таблица 10
Результаты корреляционного анализа (Spearman) между показателями насильственной смертности и заболеваемости алкогольными психозами в РФ

Показатель	Смертность от самоубийств	Смертность от убийств	Смертность от отравлений алкоголем	Заболеваемость алкогольными психозами
Смертность от самоубийств	1	+0,767 ***	+0,819 ***	+0,653 ***
Смертность от убийств	+0,767 ***	1	+0,731 ***	+0,773 ***
Смертность от отравлений алкоголем	+0,819 ***	+0,731 ***	1	+0,828 ***
Заболеваемость алкогольными психозами	+0,653 ***	+0,773 ***	+0,828 ***	1

Примечание: статистическая значимость различий обозначена: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,001$; *** – $p < 0,0001$.

Корреляция между показателем смертности по причине самоубийств и частотой умерших от случайных отравлений алкоголем, заболеваемостью населения алкогольными психозами в РФ составила +0,819 ($p < 0,0001$) и +0,653 ($p < 0,0001$), а между распространенностью убийств и данными показателями – +0,731 ($p < 0,0001$) и +0,773 ($p < 0,0001$) соответственно. Это является прямым подтверждением значимого вклада алкоголя в величину насильственной смертности в Российской Федерации (рис. 91).

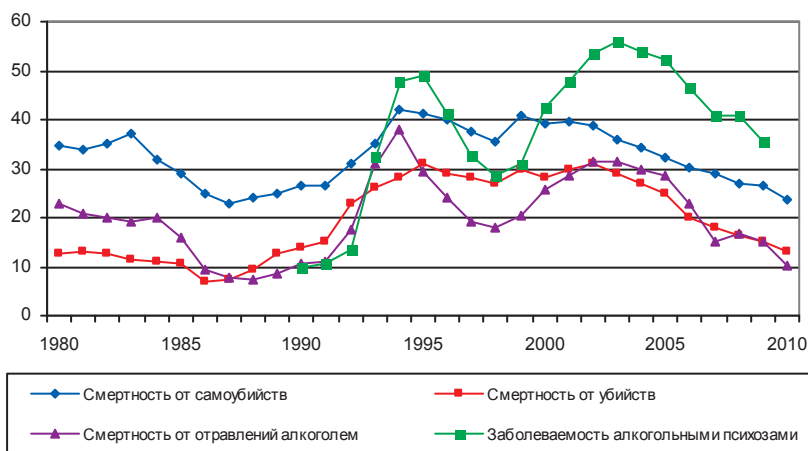


Рис. 91. Заболеваемость алкогольными психозами и смертность от насильственных причин в РФ (на 100 тысяч человек населения)

Корреляция показателей заболеваемости алкогольной зависимостью со всеми выбранными для анализа показателями оказалась отрицательной. Это следует считать косвенным подтверждением несовершенства системы выявления и учета данного контингента больных. Поэтому официально регистрируемая заболеваемость алкогольной зависимостью не может служить надежным источником информации о наличии алкогольных проблем в обществе. Кроме того, изменения смертности от алкоголизма запаздывают в ответ на изменения алкогольной ситуации. Такую инертность можно объяснить тем, что в танатогенезе большую роль играет соматическая патология, нажитая в результате предшествующего длительного пьянства (Немцов А. В., Нечаев А. К., 1991).

В Забайкальском крае нами также был проведен корреляционный анализ между выбранными показателями за 31 год. Полученные данные продемонстрировали, что корреляция между показателями насильственной смертности и заболеваемости населения алкогольными психозами является сильной прямой, более тесной, чем по Российской Федерации в целом. Это является подтверждением ведущего вклада алкоголя в величину насильственной смертности в Забайкалье.

Результаты проведенного корреляционного анализа между показателями Забайкальского края представлены в таблице 11.

Т а б л и ц а 1 1
Результаты корреляционного анализа (Spearman)
между показателями насильственной смертности
и заболеваемости алкогольными психозами в Забайкальском крае

Показатель	Смертность от самоубийств	Смертность от убийств	Смертность от отравлений алкоголем	Заболеваемость алкогольными психозами
Смертность от самоубийств	1	+0,902 ***	+0,905 ***	+0,784 ***
Смертность от убийств	+0,902 ***	1	+0,942 ***	+0,875 ***
Смертность от отравлений алкоголем	+0,905 ***	+0,942 ***	1	+0,866 ***
Заболеваемость алкогольными психозами	+0,784 ***	+0,875 ***	+0,866 ***	1

*Примечание. Статистическая значимость различий обозначена: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,001$; *** – $p < 0,0001$.*

Корреляция между показателем смертности по причине самоубийств и частотой умерших от случайных отравлений алкоголем, заболеваемостью населения алкогольными психозами в Забайкалье составила $+0,905$ ($p < 0,0001$) и $+0,784$ ($p < 0,0001$), а корреляция между распространенностью убийств в Забайкальском крае и данными показателями – $+0,942$ ($p < 0,0001$) и $+0,875$ ($p < 0,0001$) соответственно (рис. 92).

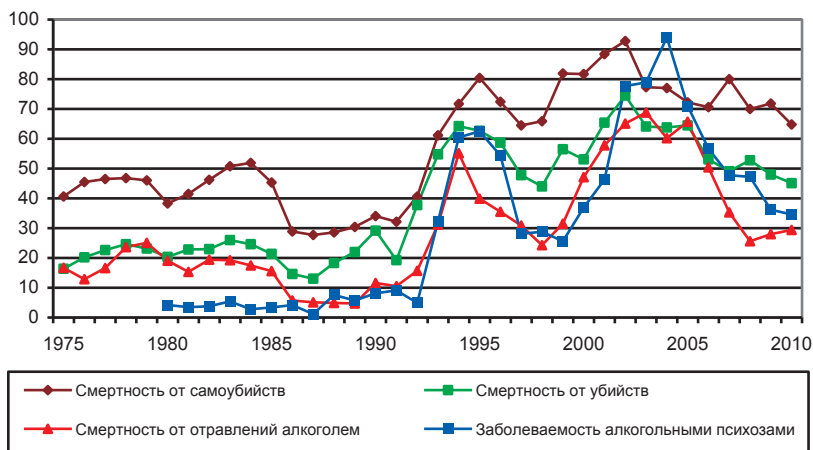


Рис. 92. Заболеваемость алкогольными психозами и смертность от насильственных причин в Забайкальском крае (на 100 тысяч человек населения)

Как уже было сказано, характерным индикатором остроты эпидемиологической ситуации в отношении алкоголизма являются алкогольные психозы. Рост заболеваемости алкогольными психозами в Забайкальском крае начался с 1993 г., максимальным показатель был в 2004 г. (92,7 на 100 тысяч населения). Пик впервые выявленной заболеваемости психозами в РФ и Сибирском федеральном округе пришелся на 2003 г. Показатель в Забайкалье в 2004 г. превышал среднероссийский в 1,7 раза, окружной – в 1,5 раза. За последние 6 лет заболеваемость алкогольными психозами снизилась в крае в 2,7 раза, достигнув в 2010 г. 34,6 на 100 тысяч населения, показатель сравнялся со средним по СибФО и РФ (рис. 93).

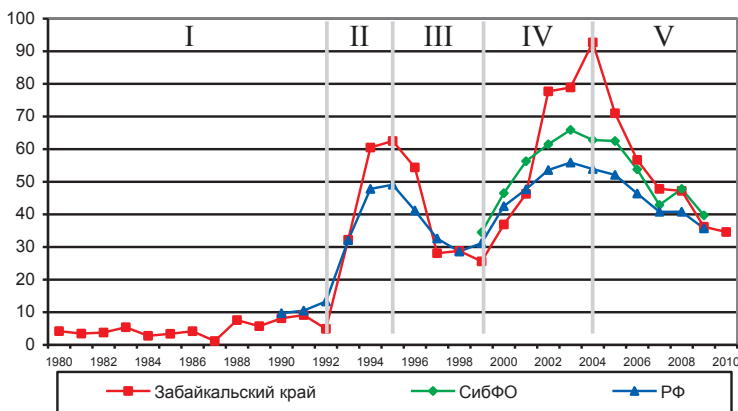


Рис. 93. Заболеваемость алкогольными психозами в Забайкальском крае, СибФО и РФ (на 100 тысяч человек населения)

Поэтому можно выделить 5 динамических периодов заболеваемости алкогольными психозами в регионе, уже описанных при самоубийствах, убийствах и отравлениях алкоголем (рис. 93): I – период относительного благополучия (1980—1992 гг.); II – первый период роста (1993—1995 гг.); III – период позитивных ожиданий (1996—1999 гг.); IV – период второй волны роста (2000—2004 гг.); V – период заметного снижения (2005—2010 гг.).

Как было установлено, присутствует существенная разница между показателями насильственной смертности среди населения городских поселений и сельской местности Забайкальского края. В городской местности в последние 15 лет в отношении гомицидной смертности по-прежнему выявляется сильная прямая связь со случайными отравлениями алкоголем ($r=+0,811$; $p<0,0001$). Между самоубийствами и убийствами определяется средняя по силе прямая связь ($r=+0,686$; $p<0,001$), а между самоубийствами и смертностью от отравлений алкоголем – только слабая связь ($r=+0,300$). Среди сельских жителей между смертностью по причине самоубийств и убийств определяется сильная связь ($r=+0,732$; $p<0,0001$); между суицидами и острыми отравлениями алкоголем – средняя по силе прямая связь ($r=+0,586$). Между убийствами и острыми отравлениями алкоголем корреляционная связь существенно ниже – $r=+0,475$.

Это можно объяснить следующим образом. В городах уровень жизни населения был всегда выше, чем в сельских районах,

и этот перекокс еще более усилился в последние годы при отсутствии видимых позитивных изменений на селе. Следовательно, роль алкогольного фактора в суицидогенезе становится весомой только во взаимосвязи с социальным неблагополучием в обществе. И, наоборот, убийства более жестко связаны с алкоголем и в меньшей степени зависят от качества жизни населения.

При анализе гендерных отличий установлено следующее. В женской популяции получена сильная прямая связь между убийствами и отравлениями алкоголем ($r=+0,832$; $p<0,0001$), слабые связи – между убийствами и самоубийствами ($r=+0,326$), самоубийствами и отравлениями алкоголем ($r=+0,372$). В мужской популяции между самоубийствами и убийствами выявлена средняя прямая связь ($r=+0,686$; $p<0,01$), между убийствами и отравлениями алкоголем – сильная прямая связь ($r=+0,829$; $p<0,0001$), между самоубийствами и отравлениями алкоголем – средняя по силе прямая связь ($r=+0,529$; $p<0,01$). Следовательно, убийства связаны с потреблением алкоголя независимо от пола, самоубийства обнаруживают такую связь только у мужчин.

Чтобы наглядно представить вклад алкогольного фактора в насильственную смертность населения, следует представить результаты анализа официальных отчетов Забайкальского краевого бюро судебно-медицинской экспертизы. За 2005—2010 гг. в Забайкальском крае алкогольная смертность у умерших от внешних причин составила 66,5 % (18,4 % – случайные отравления алкоголем, 48,1 % – прочая насильственная смертность в состоянии алкогольного опьянения) (рис. 94).

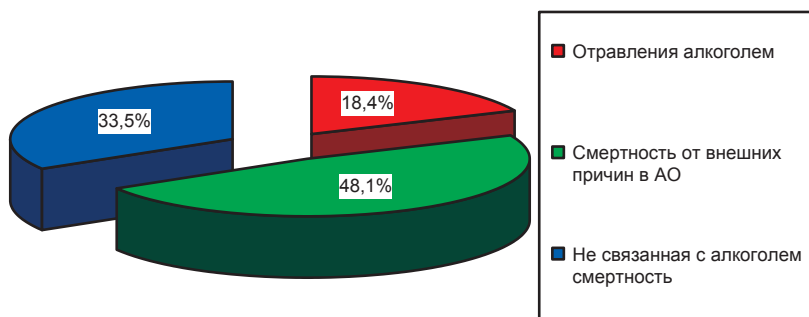


Рис. 94. Алкогольная смертность при насильственных причинах в Забайкальском крае

В трудоспособном возрасте показатели еще выше: алкогольная смертность при внешних причинах составила 71,6 % (16,8 % – случайные отравления алкоголем, 54,8 % – прочая насильственная смертность в состоянии алкогольного опьянения) (рис. 95).

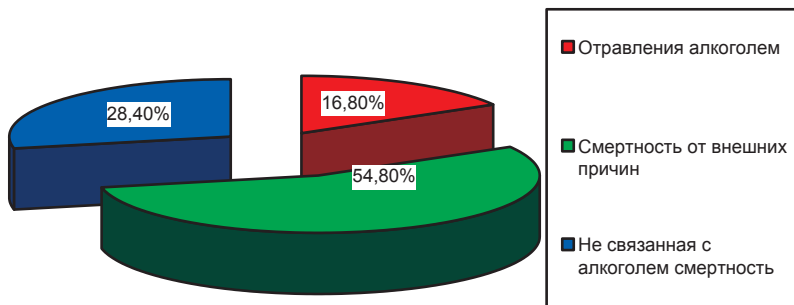


Рис. 95. Алкогольная смертность при насильственных причинах в трудоспособном возрасте в Забайкальском крае

Таким образом, сложившуюся неблагоприятную ситуацию с насильственной смертностью в Российской Федерации и Забайкальском крае во многом можно объяснить массовой алкоголизацией населения. При этом большую часть погибших составляют мужчины трудоспособного возраста. Именно поэтому одним из путей снижения уровня сверхсмертности является борьба с алкоголизмом и пьянством, которая должна осуществляться на основе улучшения качества жизни людей, условий их проживания, материального благополучия, духовного возрождения и воспитания.

СМЕРТНОСТЬ ОТ АЛКОГОЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ

3.1. Эпидемиологические и динамические аспекты смертности

Согласно МКБ-10, не вызывает сомнений смертельный исход у человека в результате следующих соматических причин алкогольной смерти: психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя; дегенерация нервной системы, вызванная алкоголем; алкогольная полиневропатия; алкогольная миопатия; алкогольная кардиомиопатия; алкогольная болезнь печени; панкреатит алкогольной этиологии.

При этом на протяжении длительного времени органы статистики Российской Федерации учитывали лишь две нозологии алкогольной болезни – смертность по причине алкоголизма и алкогольной болезни печени. Только с 2005 г. дополнительно стали проводить сбор данных по летальным случаям в результате алкогольной кардиомиопатии, алкогольного панкреатита и алкогольной дегенерации нервной системы.

Для изучения алкогольной смертности населения региона были проанализированы данные, полученные из документов, хранящихся в ГУ «Государственный архив» Забайкальского края (с 1975 по 1994 гг.), Территориальном органе Федеральной службы Государственной статистики по Забайкальскому краю (с 1995 по 2010 г.).

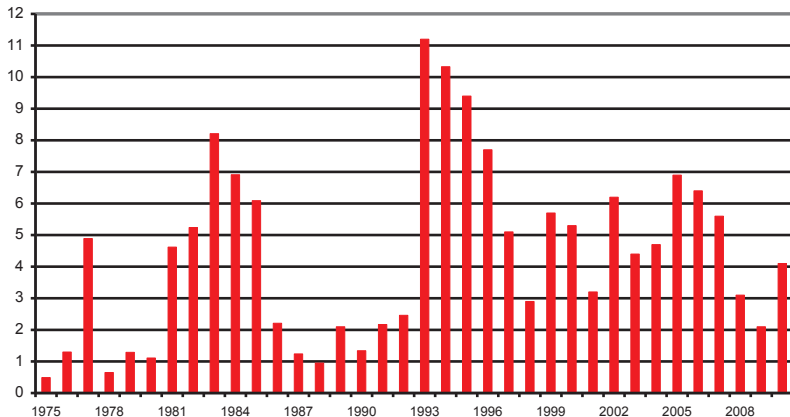


Рис. 96. Смертность от алкоголизма в Забайкальском крае (на 100 тысяч человек населения)

Показатель смертности от психических и поведенческих расстройств, вызванных употреблением алкоголя, в Забайкалье составил в 2010 г. 4,1 на 100 тысяч населения (в 1975 г. он был 0,49 на 100 тысяч населения) (рис. 96). В трудоспособном возрасте показатель смертности от данной причины в 2010 г. был равен 4,8 на 100 тысяч (рис. 97).

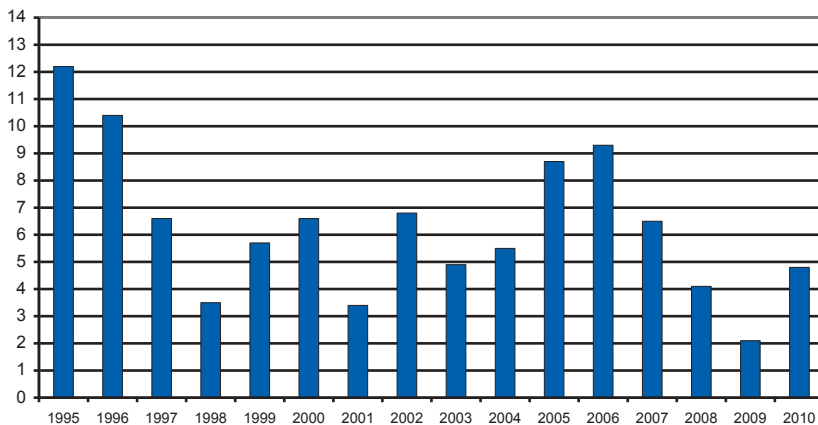


Рис. 97. Смертность от алкоголизма в Забайкальском крае среди населения трудоспособного возраста (на 100 тысяч человек населения)

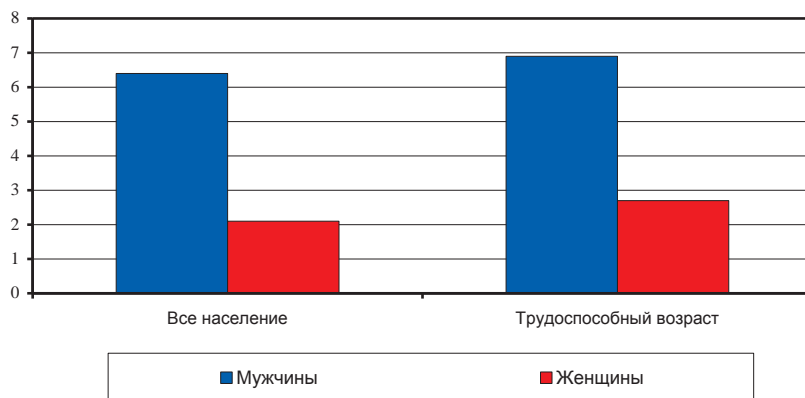


Рис. 98. Гендерные особенности показателей смертности населения по причине алкоголизма в Забайкальском крае в 2010 г. (на 100 тысяч человек соответствующей группы населения)

Показатель смертности по причине алкоголизма в мужской популяции региона оказался в 3,1 раза выше, чем в женской (6,4 и 2,1 на 100 тысяч населения соответствующего пола в 2010 г.). В трудоспособном возрасте соотношение смертности между мужчинами и женщинами составило 2,6:1 (6,9 и 2,7 на 100 тысяч населения соответствующего пола в 2010 г.) (рис. 98).

Существенной разницы между показателями смертности от алкоголизма в сельской местности и городских поселениях не установлено: 3,4 и 4,5 на 100 тысяч населения в 2010 г. (рис. 99).

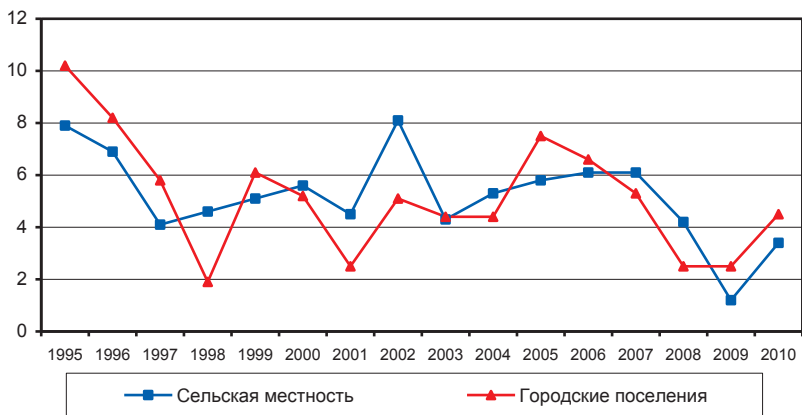


Рис. 99. Смертность населения по причине алкоголизма в сельской местности и городских поселениях Забайкальского края (на 100 тысяч человек населения)

Анализ возрастной структуры смертности от алкоголизма в Забайкальском крае демонстрирует, что среди умерших преобладают лица старших возрастных групп. В 2010 г. среди умерших по причине синдрома зависимости от алкоголя детей и подростков не было, в возрасте 20—29 лет – 4,4 %, 30—39 лет – 15,2 %, 40—49 лет – 21,7 %, 50—59 лет – 34,8 %, 60—69 лет – 21,7 %, 70 лет и старше – 2,2 %.

Смертность от алкогольной болезни печени в регионе имеет тенденцию к постоянному росту с 1993 г.; в целом за 36 последних лет показатель увеличился в 47,2 раза (с 0,25 на 100 тысяч населения в 1975 г. до 11,8 в 2010 г.) (рис. 100).

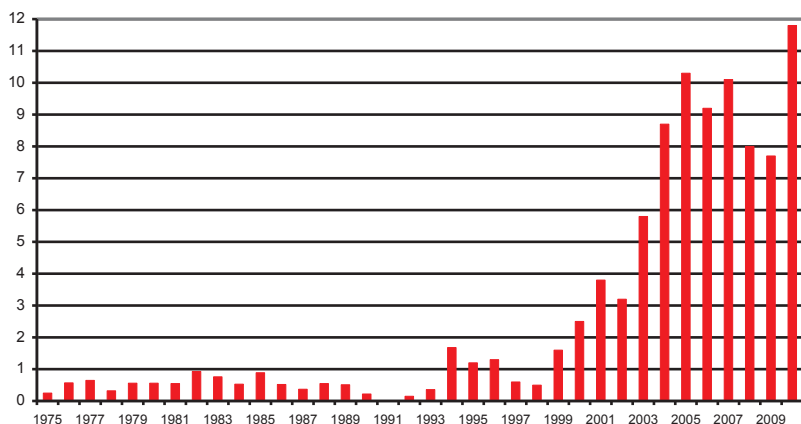


Рис. 100. Смертность от алкогольной болезни печени в Забайкальском крае (на 100 тысяч человек населения)

При этом смертность от алкогольной болезни печени у лиц в трудоспособном возрасте закономерно выше, чем в общей популяции – 12,7 на 100 тысяч человек населения в 2010 г. (рис. 101).

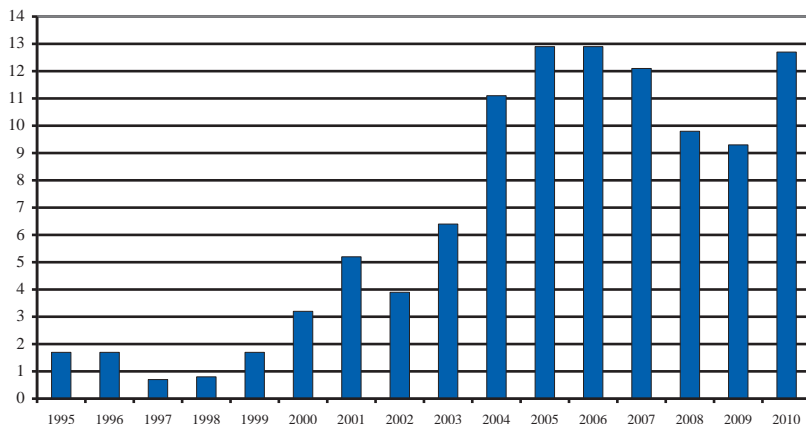


Рис. 101. Смертность от алкогольной болезни печени в Забайкальском крае среди населения трудоспособного возраста (на 100 тысяч человек населения)

Среди умерших по причине алкогольной болезни печени преобладают мужчины. Так, в 2010 г. в Забайкальском крае «мужских» смертей было 55,3 % (73), «женских» – 44,7 % (59); соотношение 1,2:1. Показатель в мужской популяции составил 13,8

на 100 тысяч мужчин, в женской – 10,2 на 100 тысяч женщин. В трудоспособном возрасте соотношение между мужчинами и женщинами составило 1,4:1, т. е. 14,8 и 10,4 на 100 тысяч населения соответствующей половозрастной группы (рис. 102).

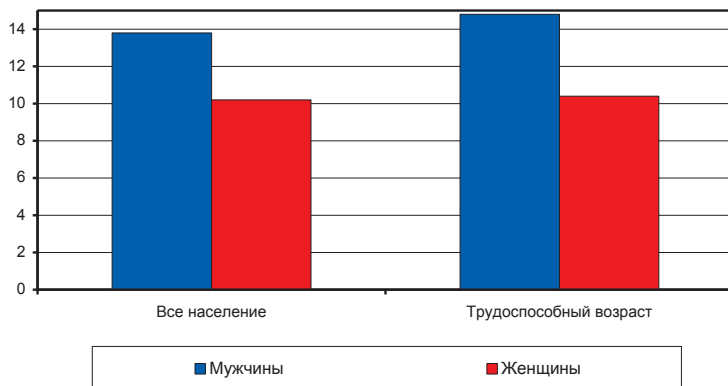


Рис. 102. Гендерные особенности показателей смертности населения по причине алкогольной болезни печени в Забайкальском крае в 2010 г. (на 100 тысяч человек соответствующей группы населения)

В городских поселениях показатели смертности населения от алкогольных гепатитов и циррозов выше, чем в сельской местности: 12,1 и 11,1 на 100 тысяч населения в 2010 г. (рис. 103).

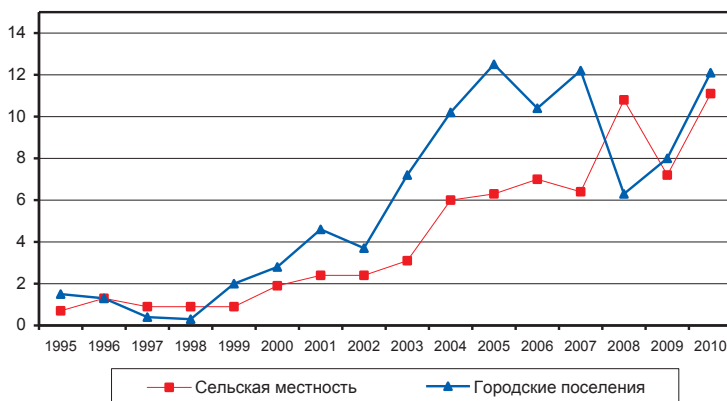


Рис. 103. Смертность населения по причине алкогольной болезни печени в сельской местности и городских поселениях Забайкальского края (на 100 тысяч человек населения)

Анализ возрастной структуры смертности от алкогольной болезни печени демонстрирует, что среди умерших преобладают лица старших возрастных групп. В 2010 г. среди умерших по данной причине детей и подростков не было, в возрасте 20—29 лет – 4,5 %, 30—39 лет – 15,2 %, 40—49 лет – 22,7 %, 50—59 лет – 34,1 %, 60—69 лет – 19,7 %, 70 лет и старше – 3,8 %.

Смертность **по причине панкреатита алкогольной этиологии** в нашем регионе за 6 последних лет остается стабильной, показатель в 2010 г. составил 0,5 на 100 тысяч населения (рис. 104). Чуть выше оказалась смертность в результате **алкогольной дегенерации нервной системы** – 1,3 на 100 тысяч населения в 2010 г. (рис. 105).

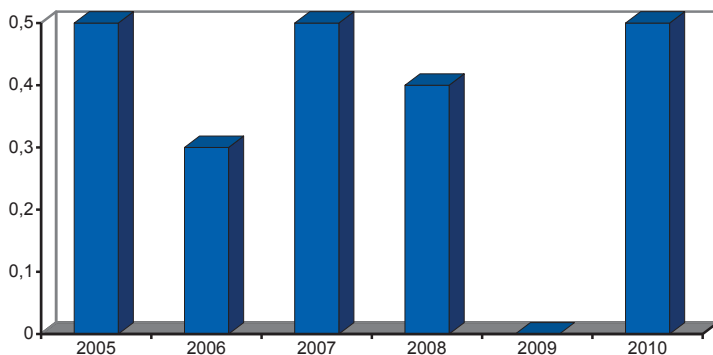


Рис. 104. Смертность от алкогольного панкреатита в Забайкальском крае (на 100 тысяч человек населения)

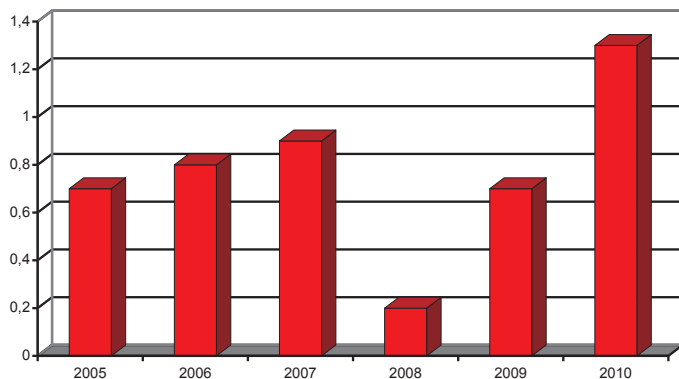


Рис. 105. Смертность от алкогольной дегенерации нервной системы в Забайкальском крае (на 100 тысяч человек населения)

Смертность по причине алкогольного панкреатита и алкогольной болезни печени в структуре летальности от болезней органов пищеварения составила в Забайкальском крае в среднем за 2005—2009 гг. 15,1 %, смертность трудоспособного населения – 21,3 % (рис. 106). Т. е. у каждого пятого человека, который умер в трудоспособном возрасте от болезней органов пищеварения, основной причиной летальности была алкогольная болезнь.

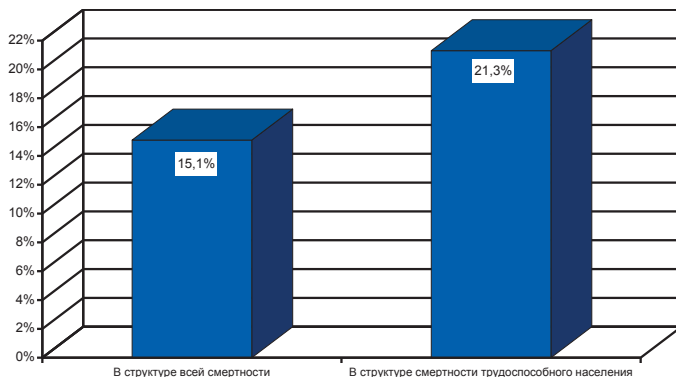


Рис. 106. Алкогольная смертность в структуре смертности населения от болезней органов пищеварения в Забайкальском крае за 2005—2009 гг.

Показатель смертности по причине алкогольной кардиомиопатии с момента учета имеет тенденцию к снижению в Забайкальском крае: с 59,1 на 100 тысяч населения в 2005 г. до 31,1 на 100 тысяч населения в 2010 г. (рис. 107).

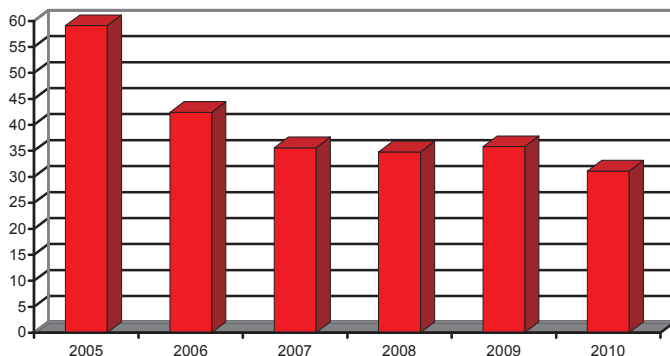


Рис. 107. Смертность от алкогольной кардиомиопатии в Забайкальском крае (на 100 тысяч человек населения)

При этом смертность от алкогольной кардиомиопатии у лиц в трудоспособном возрасте была в 1,2 раза выше, чем в общей популяции – 36,5 на 100 тысяч человек населения в 2010 г. (рис. 108).

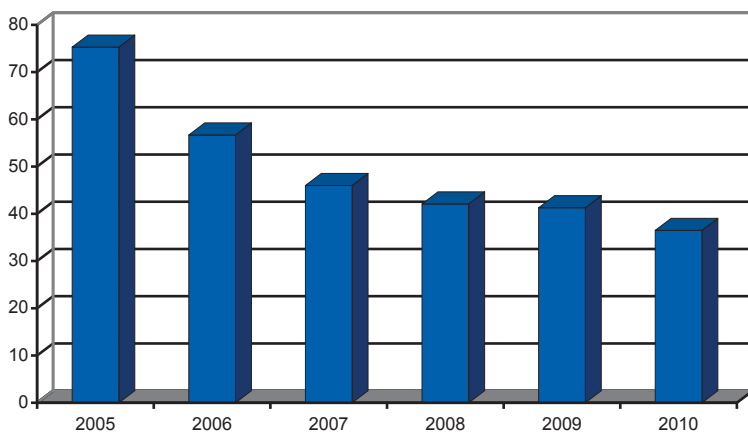


Рис. 108. Смертность от алкогольной кардиомиопатии в Забайкальском крае среди населения трудоспособного возраста (на 100 тысяч человек населения)

Среди умерших по причине алкогольной кардиомиопатии значительно преобладают мужчины. Так, в 2010 г. в Забайкальском крае мужчин в данной группе было 73,0 % (254), женщин – 27,0 % (94); соотношение 2,7:1. Данный показатель в мужской популяции составил 48,0 на 100 тысяч мужчин, в женской – 16,3 на 100 тысяч женщин. В трудоспособном возрасте соотношение между мужчинами и женщинами составило уже 3,7:1 – 79,0 и 21,0 %, или 55,1 и 16,3 на 100 тысяч населения соответствующей половозрастной группы (рис. 109).

В сельской местности показатель смертности населения от данной причины был в 1,6 раза выше, чем в городских поселениях: 41,8 и 25,9 на 100 тысяч населения в 2010 г. (рис. 110).

При этом смертность по причине алкогольной кардиомиопатии среди сельских мужчин и женщин (61,1 и 23,0 на 100 тысяч человек соответственно в 2010 г.) была в 1,5–1,8 раза выше, чем среди городских (40,9 и 12,7 на 100 тысяч человек соответственно в 2010 г.), что подтверждает сверхвысокую распространенность данного вида смертности именно среди сельских жителей (рис. 111, 112).

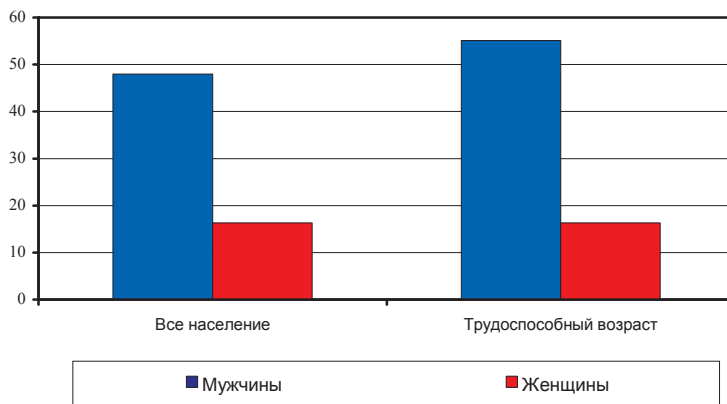


Рис. 109. Гендерные особенности показателей смертности населения по причине алкогольной кардиомиопатии в Забайкальском крае в 2010 г. (на 100 тысяч человек соответствующей группы населения)

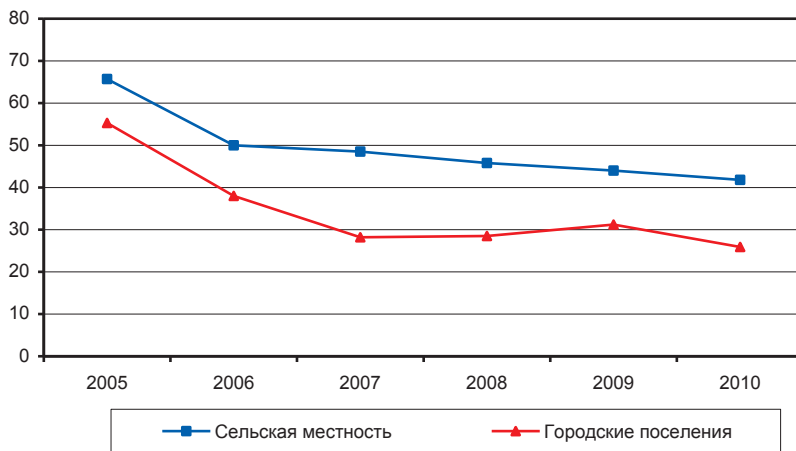


Рис. 110. Смертность населения по причине алкогольной кардиомиопатии в сельской местности и городских поселениях Забайкальского края (на 100 тысяч человек населения)

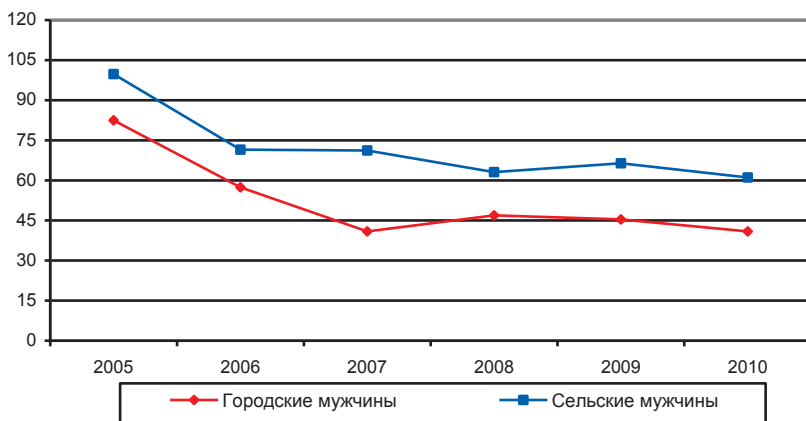


Рис. 111. Смертность мужчин по причине алкогольной кардиомиопатии в сельской местности и городских поселениях Забайкальского края (на 100 тысяч мужчин)

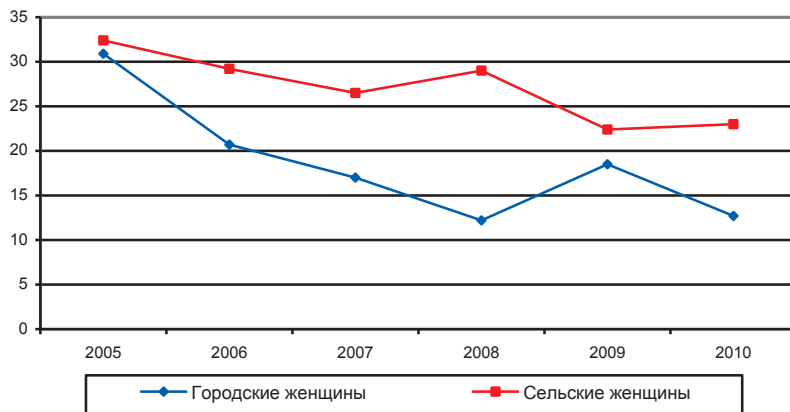


Рис. 112. Смертность женщин по причине алкогольной кардиомиопатии в сельской местности и городских поселениях Забайкальского края (на 100 тысяч женщин)

В 2010 г. среди умерших по данной причине детей не было, лиц в возрасте 15—19 лет было 0,3 %; 20—29 лет – 5,7 %, 30—39 лет – 16,1 %, 40—49 лет – 25,3 %, 50—59 лет – 30,8 %, 60—69 лет – 16,4 %, 70 лет и старше – 4,0 %; возраст не был установ-

лен у 1,4 %. Т. е. среди умерших преобладают лица старших возрастных групп трудоспособного возраста.

Алкогольная кардиомиопатия в структуре смертности населения от болезней системы кровообращения составила в среднем за 5 лет 5,7 %, при этом ее доля в смертности лиц трудоспособного возраста по данной причине определялась уже величиной 20,9 %.

Если пересчитать эти цифры на кардиологические заболевания, то алкогольная кардиомиопатия составила в этой группе причин смертности 13,3 %, а в структуре смертности лиц трудоспособного возраста по этой причине – 24,8 % (рис. 113).

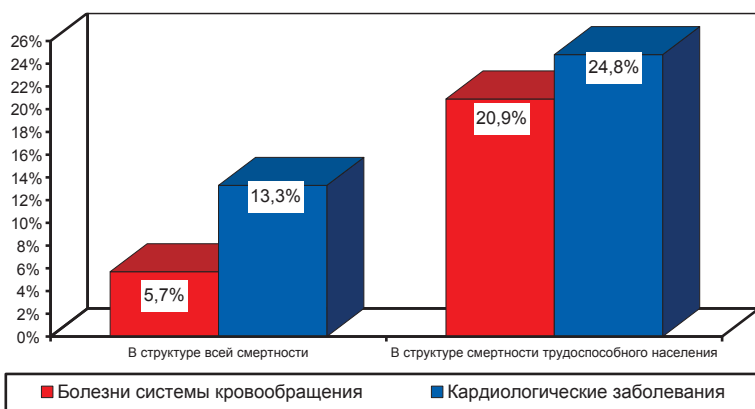


Рис. 113. Алкогольная смертность в структуре смертности населения от болезней органов кровообращения в Забайкальском крае в 2005—2009 гг.

Следовательно, среди лиц трудоспособного возраста, умерших от болезней системы кровообращения, у каждого пятого человека основной причиной летальности была алкогольная болезнь; а среди умерших от кардиологических заболеваний – каждый четвертый.

В структуре смертности от учитываемых статистикой алкогольных соматических заболеваний 72,2 % пришлось на алкогольную кардиомиопатию, 17,2 % – на алкогольную болезнь печени, 8,5 % – на алкоголизм, 1,4 % – на алкогольную дегенерацию нервной системы и 0,7 % – на алкогольный панкреатит.

Если суммировать показатели приведенных выше причин смертности, то в среднем за 2005—2009 гг. летальность от алкогольной болезни составила в Забайкальском крае 3,8 % (3 168) от всей смертности населения (84 413) за указанный период.

При этом в структуре смертности лиц трудоспособного возраста данный показатель был выше – 7,8 % (рис. 114).

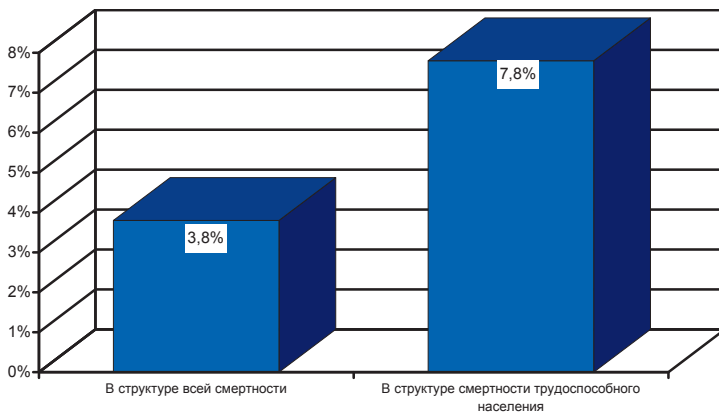


Рис. 114. Алкогольная болезнь в структуре смертности населения в Забайкальском крае за 2005—2009 гг.

Динамика указанных показателей представлена на рисунке 115.

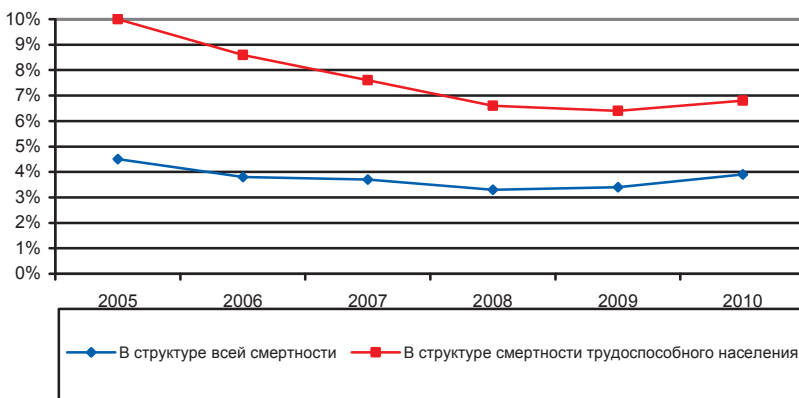


Рис. 115. Динамика смертности от алкогольной болезни в Забайкальском крае за 2005—2010 гг. (%)

3.2. Распространенность и структура смертности от алкогольной висцеропатии в лечебно-профилактических учреждениях (совместно с Н. Н. Чарторижской)

В отечественной и зарубежной литературе представлен обширный материал о медико-социальной значимости соматических заболеваний, вызванных употреблением алкоголя. Потребление алкоголя относится к числу важнейших факторов риска, обуславливающих возникновение многих заболеваний и ухудшение их прогноза (Грицюк А. И., 1985; Альтшулер В. Б., 2002; Ashley M. J. et al., 1981). Обнаружена корреляция между ростом злоупотребления алкоголем в популяции и ростом заболеваемости болезнями органов кровообращения, пищеварения, печени, ухудшением контроля над туберкулезом и венерическими заболеваниями (Сидоров П. И. и др., 1996).

При этом в общесоматической клинике все чаще встречаются больные с заболеваниями внутренних органов, в значительной мере обусловленными хронической алкогольной интоксикацией при отсутствии у них типичных признаков алкогольной зависимости (Моисеев В. С. и др., 1996). По оценке экспертов, смертность в РФ от заболеваний внутренних органов на почве хронической алкогольной интоксикации составляет около 200 тысяч случаев в год (Сидоров П. И. и др., 2003).

Приводимые в настоящем разделе данные **основываются на результатах патолого-анатомических исследований 12 433 трупов людей**, умерших в стационарах Забайкальского края за период с 2005 по 2010 г.

Была изучена частота первоначальных причин смерти от алкогольной патологии (алкоголизм, хроническая алкогольная интоксикация) по результатам проведенных аутопсий умерших в лечебно-профилактических учреждениях. Процент патолого-анатомических исследований составил в 2005 г. 70,0 %, в 2006 г. – 70,2 %, в 2007 г. – 71,2 %, в 2008 г. – 70 %, в 2009 г. – 70,6 %, в 2010 г. – 70,8 %.

Ранее по материалам патолого-анатомической службы среди причин смерти больных в лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ) Забайкальского края алкогольная патология из-за особенностей ее учета составляла до 1,5 % в 2004 г. (2000 г. – 0,5 %; 2001 г. – 0,6 %; 2002 г. – 0,7 %; 2003 г. – 0,7 %; РФ – 3,0 %), занимая 11-е место среди причин смерти больных в лечебно-профилактических учреждениях (в соответствии с классами болезней МКБ-10).

К сожалению, приведенные цифры достаточно условны и, скорее всего, занижены, так как ранее не принято было пользоваться термином «хроническая алкогольная интоксикация» (ХАИ) или указывать алкогольный характер поражения органов при отсутствии наркологического диагноза «алкоголизм» или признаков острой тяжелой алкогольной интоксикации.

Поэтому существовавшая ранее в нашей стране система отчетности и отчетные формы не отражали истинной картины смертности лиц, страдавших алкогольной болезнью. В связи с этим Минздравсоцразвития России рекомендовал руководителям органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации (письмо зам. министра «О смертности больных алкоголизмом и наркоманией» от 27.07.2005 г. № 3540-ВС) обязать врачей-патологоанатомов, судебно-медицинских экспертов при вскрытии умерших и погибших в возрасте старше 15 лет обращать внимание на наличие признаков соматических нарушений алкогольной этиологии, проводить необходимые химикотоксикологические исследования биологических объектов умерших на наличие алкоголя (положительные результаты отражать в части II пункта 18 медицинского свидетельства о смерти).

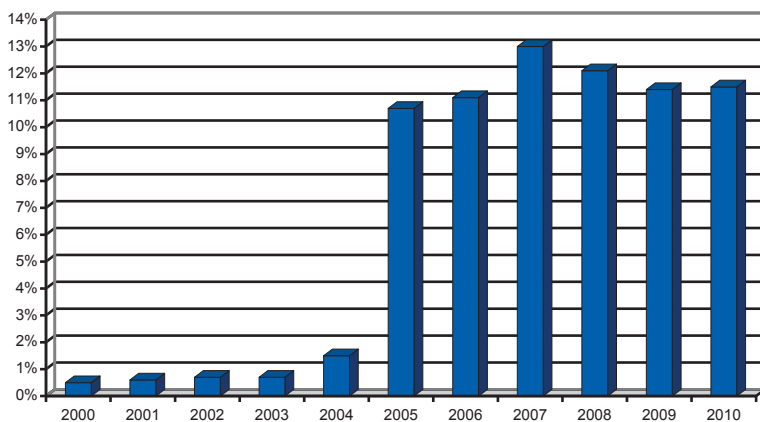


Рис. 116. Распространенность алкогольной патологии среди причин смерти больных в лечебно-профилактических учреждениях Забайкальского края

Начиная с 2005 г. (рис. 116) алкогольная патология в Забайкальском крае диагностировалась уже в большем проценте случаев (10,7 % – в 2005 г.), в 2006 г. она составила 11,1 %, в 2007 г.

– 13 %, в 2008 г. – 12,1 %, в 2009 г. – 11,4 %, в 2010 г. – 11,5 %, занимая теперь 4–5-е место среди причин смерти больных в лечебно-профилактических учреждениях.

За 2005–2009 гг. в 49,5 % случаев (4 269) было анамнестически выявлено злоупотребление крепкими спиртными напитками, в том числе и суррогатами алкоголя. В период с 2000 по 2004 г. злоупотребление крепкими спиртными напитками, в том числе и суррогатами алкоголя, было выявлено в 32,0 % случаев.

За исследуемый период времени (2005–2009 гг.) мужчин среди умерших было 67,7 % (7 110), женщин – 32,3 % (3 406); соотношение мужчин и женщин составило 2,1:1. Лица трудоспособного возраста составили 39,8 % (4 190) от общего числа умерших в ЛПУ Забайкалья. Мужчин в данной возрастной группе выявлено 73,9 %, женщин – 26,1 %; соотношение мужчин и женщин составило 2,8:1. Лиц в возрастной группе 15–24 года было 2,5 % от общего числа умерших, в группе 25–34 года – 3,9 %, 35–44 года – 10 %, 45–54 года – 23,5 %, 55–64 года – 21,3 %, 65–74 года – 25,9 %, 75 лет и старше – 12,9 %.

Мужчины значительно преобладали в возрасте от 45 до 64 лет, женщины – только в возрасте 75 лет и старше. Распределение умерших по полу и возрастным группам представлено в таблице 12.

Т а б л и ц а 1 2

Распределение умерших в ЛПУ по возрастным группам и полу

Возрастная группа, лет	Мужчины		Женщины		Соотношение
	абс.	%	абс.	%	
15–24	149	2,1 ***	116	3,5	1,3:1
25–34	247	3,5 **	165	4,8	1,5:1
35–44	695	9,8	359	10,5	1,9:1
45–54	2004	28,2 ***	455	13,4	4,4:1
55–64	1715	24,1 ***	525	15,4	3,3:1
65–74	1836	25,8	887	26,0	2,1:1
75 и старше	464	6,5 ***	899	26,4	1:1,9
Всего	7110	100	3406	100	2,1:1

*Примечание. Статистическая значимость различий между мужчинами и женщинами обозначена: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$.*

Пик летальности среди мужчин отмечен в возрастной группе 45–54 года – 28,2 %, затем в возрастных группах 65–74 и 55–64 года – 25,8 и 24,1 % соответственно. Мужчины трудоспособного возраста составили 43,5 % среди общего количества умерших мужчин. Пик летальности среди женщин установлен в возрастной

группе 75 лет и старше – 26,4 %, затем в возрастной группе 65—74 года – 26,0 %. Женщины трудоспособного возраста составили 32,2 % среди общего количества умерших женщин.

Среди умерших пациентов ЛПУ преобладали лица со средним (23,6 %) и среднеспециальным (18,3 %) образованием, 15,2 % имели начальное образование, 12,9 % – неполное среднее, 10,4 % – незаконченное высшее, 16,7 % – высшее. Распределение умерших по полу и уровню полученного образования представлено в таблице 13.

Т а б л и ц а 1 3

Распределение умерших разного пола в ЛПУ Забайкальского края по уровню полученного образования

Образование	Мужчины		Женщины	
	абс.	%	абс.	%
Начальное	995	14,0 ***	606	17,8
Неполное среднее	912	12,8 ***	443	21,8
Среднее	1773	24,9 ***	712	20,9
Среднеспециальное	1485	20,9 ***	443	13,0
Незаконченное высшее	876	12,3 ***	213	6,3
Высшее	1069	15,1 ***	689	20,2
Всего	7110	100	3406	100

*Примечание. Статистическая значимость различий между мужчинами и женщинами обозначена: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$.*

В качестве **основного заболевания** (первоначальная причина смерти) хроническая алкогольная интоксикация (F10.1) и алкоголизм (F10.2) с учетом всех органных алкогольных поражений за период 2005—2010 гг. диагностированы у 11,7 % (1 448) умерших в возрасте от 15 лет и старше. В указанной группе мужчины составили 68,9 %, женщины – 31,1 %; соотношение мужчин и женщин было равно 2,2:1.

Лицами в трудоспособном возрасте являлись 55,7 %, среди них мужчины составили 63,6 %, женщины – 36,4 %; соотношение мужчин и женщин было равно 1,7:1. Распределение умерших от алкогольной патологии в качестве основного заболевания по возрастным группам представлено на рисунке 117.

Пик летальности среди мужчин приходился на возрастную группу 45—54 года, составляя 27,4 % от общего количества умерших мужчин, далее шли возрастные группы: 55—64 года – 25,1 %, 65—74 года – 16,9 %, 35—44 года – 12,8 %. Максимум летальности среди женщин приходился на возрастную группу 45—54 года – 32,2 % от общего количества умерших женщин, далее

представлены возрастные группы 35—44 года – 19,4 % и 55—64 года – 17,8 %.

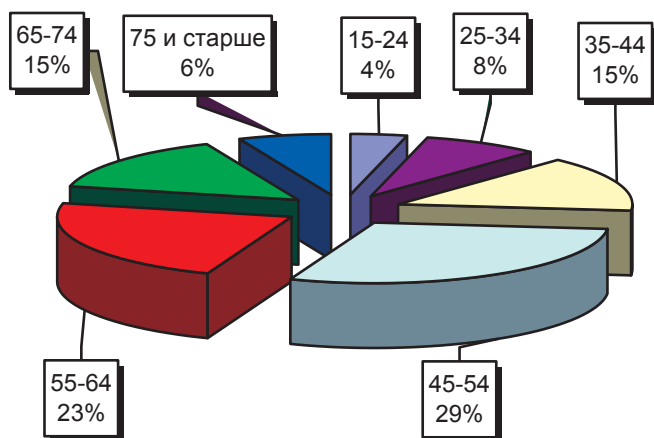


Рис. 117. Распределение умерших от алкогольной патологии в качестве основного заболевания по возрастным группам

В группе умерших от алкогольной патологии в качестве основного заболевания преобладали лица со средним (26,8 %) и среднеспециальным (25,7 %) образованием, начальное образование имели 9,4 %, неполное среднее – 11,5 %, незаконченное высшее – 12,2 %, высшее – 14,4 %.

Распределение умерших указанной группы по полу и уровню полученного образования представлено в таблице 14.

Таблица 14
Распределение умерших разного пола от алкогольной патологии в качестве основного заболевания по уровню полученного образования

Образование	Мужчины		Женщины	
	абс.	%	абс.	%
Начальное	55	6,5 ***	61	16,0
Неполное среднее	88	10,4	53	13,9
Среднее	246	29,1 **	83	21,7
Среднеспециальное	241	28,5 **	74	19,4
Незаконченное высшее	101	11,9	49	12,8
Высшее	115	13,6	62	16,2
Всего	846	100	382	100

Примечание. Статистическая значимость различий между мужчинами и женщинами обозначена: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$.

Среди умерших от хронической алкогольной интоксикации и синдрома зависимости от алкоголя безработных было 31,4 %, работающих – 31,4 %, пенсионеров – 30,4 %, учащихся – 6,8 %.

Социальный статус умерших разного пола в лечебно-профилактических учреждениях Забайкальского края за 5 последних лет представлен в таблице 15. Среди мужчин, в сравнении с женщинами, было больше работающих и пенсионеров, но меньше учащихся.

Т а б л и ц а 1 5

**Социальный статус умерших от алкогольной патологии
в качестве основного заболевания по полу**

Занятость	Мужчины		Женщины	
	абс.	%	абс.	%
Безработный	258	30,5	128	33,5
Пенсионер	305	36,1 ***	68	17,8
Учащийся	45	5,3 **	39	10,2
Работающий	238	28,1 ***	147	38,5
Всего	846	100	382	100

*Примечание. Статистическая значимость различий между мужчинами и женщинами обозначена: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$.*

Определена динамика установленной алкогольной патологии в качестве основного заболевания: 2005 г. – 10,7 % от числа всех аутопсий, 2006 г. – 11,1 %, 2007 г. – 13 %, 2008 г. – 12,1 %, 2009 г. – 11,4 %, 2010 г. – 11,5 %.

Для сравнения: в 2002—2004 гг. лишь у 3,2 % умерших в возрасте от 21 до 78 лет диагностированы хроническая алкогольная интоксикации и алкоголизм. Таким образом, за последние 5 лет алкогольная патология как основное заболевание среди умерших в лечебно-профилактических учреждениях Забайкальского края стала диагностироваться в 3,6 раза чаще, чем ранее.

За период с 2005 по 2010 г. **алкогольная висцеропатия** (органные алкогольные поражения) диагностирована в 7,5 % от числа патолого-анатомических вскрытий в ЛПУ Забайкальского края. На рисунке 118 представлена динамика выявления указанного состояния за 6-летний период.

При этом алкогольная кардиомиопатия (142.6) была выявлена в 18,3 % случаев. Как и при внезапной коронарной смерти, внезапная смерть при АКМП происходила за счет фатальных нарушений сердечного ритма с исходом в фибрилляцию желудочков миокарда. Обращает на себя внимание, что смерть наступала чаще при выходе из «запойного» периода или через несколько

дней после прекращения запоя. Однако она могла развиваться и в период острой алкогольной интоксикации, а также в период трезвости.

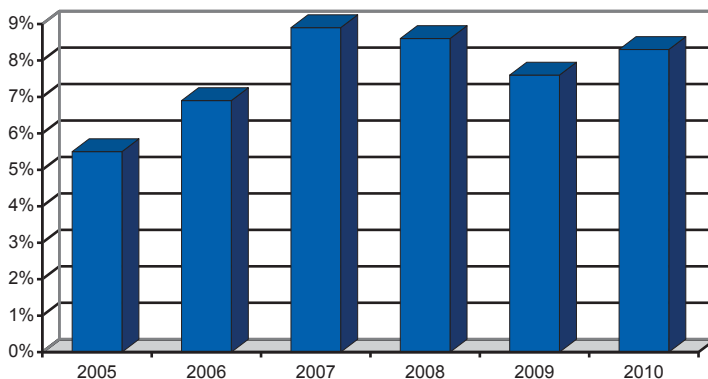


Рис. 118. Распространенность алкогольной висцеропатии среди причин смерти больных в лечебно-профилактических учреждениях Забайкальского края

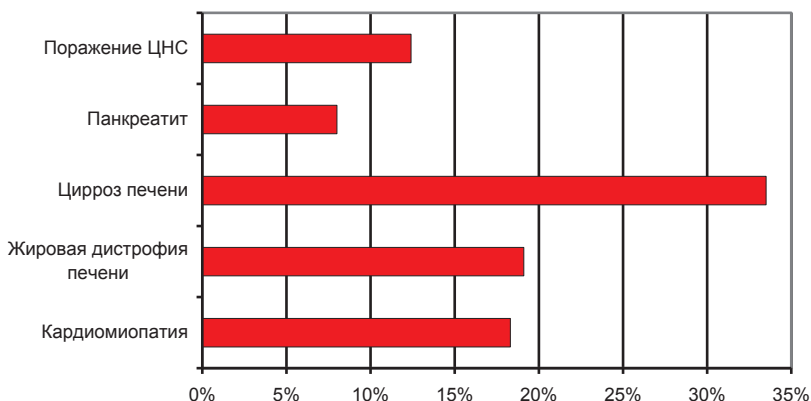


Рис. 119. Органные алкогольные поражения у умерших от алкогольной висцеропатии в ЛПУ Забайкальского края в 2005—2009 гг.

Алкогольная жировая дистрофия печени (K70.0) диагностирована в 19,1 % случаев. Алкогольный фиброз/цирроз печени (K70.3) установлен в 33,5 % случаев. Алкогольное поражение центральной нервной системы (алкогольная дегенерация, вызванная

алкоголем энцефалопатия, полиневропатия – G31.2) выявлено в 12,4 % случаев. Хронический алкогольный панкреатит (K86.0) диагностирован в 8 % случаев (рис. 119; табл. 16).

Таблица 16
Алкоголизм и алкогольные висцеропатии среди причин смерти в ЛПУ Забайкальского края за 2005—2009 гг.

Основная причина смерти	Число умерших	% к общему числу умерших
Всего умерших от всех причин	10516	100
Умершие от алкогольного отравления, алкоголизма и алкогольных висцеропатий	1228	11,8
Алкоголизм и алкогольные психозы	436	4,1
Алкогольная болезнь печени	416	3,9
Алкогольная кардиомиопатия	145	1,4
Алкогольный (хронический) панкреатит	63	0,6
Алкогольная энцефалопатия и нейропатия	98	0,9

Примечание. Представлены только хронические панкреатиты, так как этиология острых (панкреонекроз) в статистических данных отсутствует. К алкогольной болезни печени следует добавить часть циррозов печени неуточненной этиологии, к алкогольной кардиомиопатии – часть неуточненных кардиомиопатий.

Таким образом, если суммировать все алкогольные органические поражения, явившиеся первоначальной причиной смерти из разных классов заболеваний, то они составят более 11,7 % (4-е место в структуре причин смерти больных в ЛПУ края). В 2005 г. алкогольная болезнь с учетом алкогольных поливисцеропатий занимала 2-ю ранговую позицию, в 2006 г. – 4-ю, в 2007 г. – 2—3-ю, в 2008 г. – 3-ю, в 2009 г. – 4-ю, в 2010 г. – 4-ю.

Как **фоновая патология** алкогольная болезнь, значительно отягощающая течение и прогноз заболеваний, была отмечена в 17,9 % случаев (2 225) от общего числа аутопсий за 2005—2010 гг. (рис. 120). Для сравнения: за период с 2002 по 2004 г. алкогольная болезнь как фоновая патология была отмечена у 11,2 % умерших в возрасте от 21 до 75 лет. В ходе анализа отмечено, что смерть больных последовала в 48,0 % случаев от заболеваний органов дыхания, в 53,0 % – от заболеваний сердечно-сосудистой системы, в 25,0 % – от некротического панкреатита, в 45,0 % – от язвенной болезни желудка.

В 12,9 % (1 610) случаев от общего числа аутопсий хроническая алкогольная интоксикация фигурировала как **сопутствующая патология**. Динамика распространенности указанных расстройств представлена на рисунке 121.

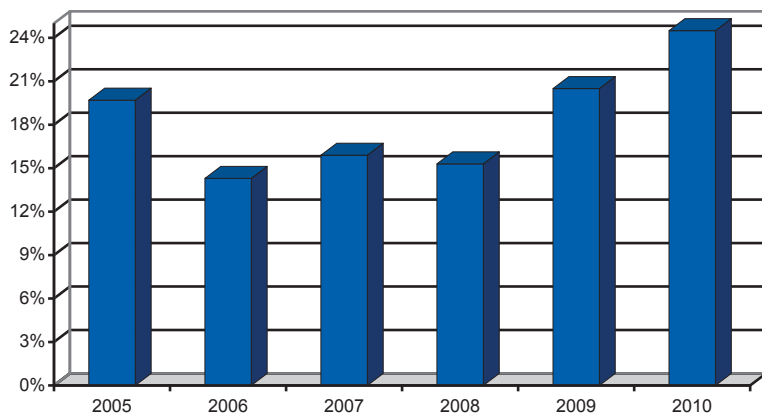


Рис. 120. Распространенность алкогольной болезни как фоновой патологии среди умерших больных в ЛПУ Забайкальского края

За 2002—2004 гг. алкоголизм как сопутствующее заболевание был выявлен лишь в 4,8 % случаев.

Суммарный анализ показал, что алкогольная болезнь, выявленная как основное заболевание, фоновая и сопутствующая патология была диагностирована в лечебно-профилактических учреждениях Забайкалья в 42,5 % (5 283) случаев от общего числа аутопсий за 2005—2010гг. (рис. 122).

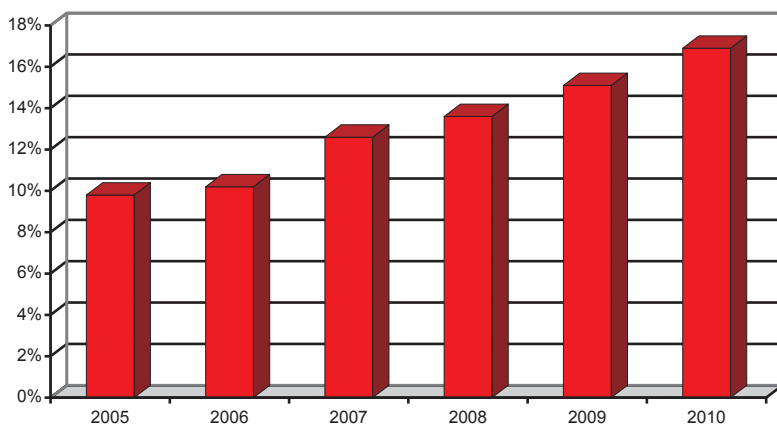


Рис. 121. Распространенность алкогольной болезни как сопутствующей патологии среди умерших больных в ЛПУ Забайкальского края

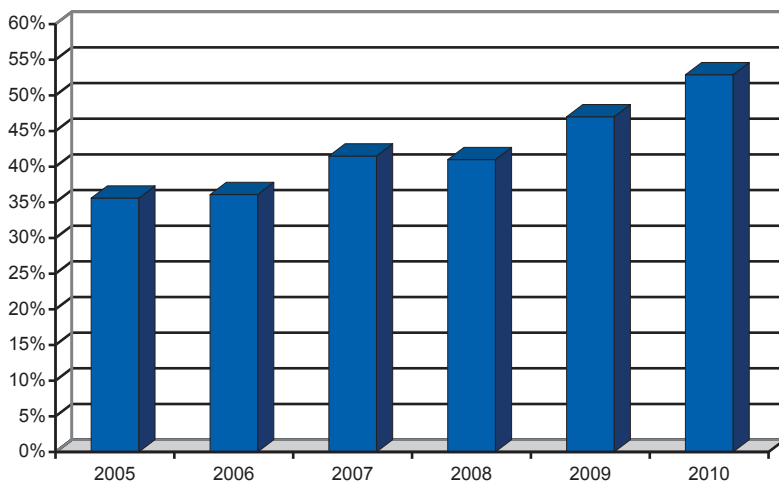


Рис. 122. Распространенность алкогольной болезни как основного заболевания, фоновой и сопутствующей патологии среди умерших больных в ЛПУ Забайкальского края

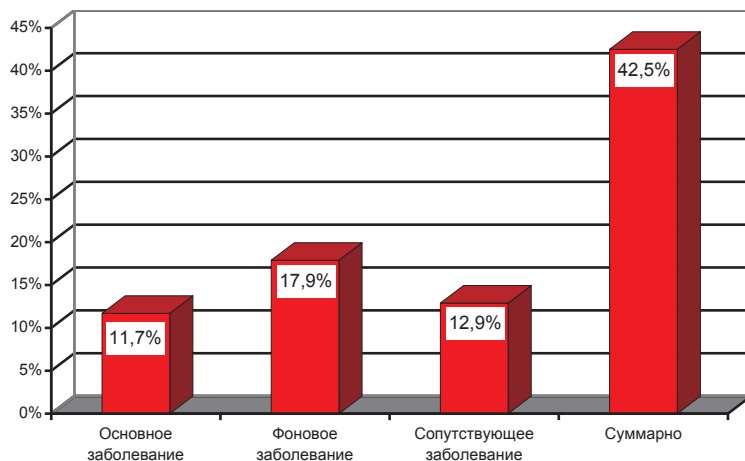


Рис. 123. Распространенность алкогольной болезни среди умерших больных в ЛПУ Забайкальского края за 2005—2010 гг.

Таким образом, при анализе протоколов патолого-анатомических вскрытий в лечебно-профилактических учреждениях Забайкальского края было установлено, что за последние 6 лет хроническая алкогольная интоксикация и алкоголизм в качестве

основного заболевания были диагностированы у 11,7 % умерших (рис. 123), что в 3,7 раза выше, чем за 2000—2004 гг. (стали занимать 4-ю ранговую позицию вместо 11-й в структуре причин смерти). При этом непосредственной причиной смерти в указанной группе в 65,0 % случаев стала алкогольная поливисцеропатия.

Алкогольная болезнь как фоновая патология была обнаружена в 17,9 % случаев от общего числа аутопсий, а как сопутствующее заболевание – в 12,9 % случаев (рис. 123). Вновь отмечен рост, в сравнении с предшествующими 5 годами, в 1,6 и 2,7 раза соответственно.

Суммарно алкогольная болезнь была диагностирована патологоанатомами у умерших в лечебно-профилактических учреждениях Забайкалья в 42,5 % случаев (рис. 123), при этом преобладающим контингентом среди умерших больных были мужчины трудоспособного возраста.

3.3. Распространенность и структура смертности от алкогольной висцеропатии в домашних условиях

Еще одной группой умерших являются лица, у которых смерть наступила от алкогольной болезни вне лечебно-профилактических учреждений. Условно мы назвали их как умерших в домашних условиях по преобладающему месту обнаружения трупа. Они подвергались аутопсии в бюро судебно-медицинской экспертизы по направлению следственных органов. Были проанализированы журналы регистрации трупов и статистические карты умерших в 2010 г. из 13 крупных районов и населенных пунктов Забайкальского края на базе ГУЗ «Забайкальское краевое бюро судебно-медицинской экспертизы». Всего в исследование было **включено 1 774 летальных исхода от соматической патологии в домашних условиях.**

Мужчин было 65,7 %, женщин – 34,3 % (соотношение 1,9:1). Средний возраст умерших был 56,5±0,4 года. В трудоспособном возрасте при смертности от соматических причин было 53,2 %. Среди умерших в домашних условиях структура причин смерти была следующей: сердечно-сосудистые заболевания (66,8 %); болезни органов дыхания (8,2 %); болезни органов пищеварения (6,4 %); новообразования (4,6 %); другие причины (14,0 %). Алкоголизм и хроническая алкогольная интоксикация с поражением внутренних органов как причина летального исхода диагности-

рованы в 10,4 % случаев смерти дома (в 13,8 % в трудоспособном возрасте).

Алкогольная кардиомиопатия диагностировалась в 11,8 % случаев среди всех сердечно-сосудистых заболеваний. Алкогольная болезнь печени составила 26,3 % в группе болезней системы пищеварения. Полученные данные выше, чем приводят органы статистики, что связано с недодиагностикой данных состояний в других территориальных образованиях края, в которых отсутствуют штатные врачи-эксперты.

Алкоголь в крови у умерших от алкогольной болезни в домашних условиях определялся в 27,5 % случаев (в трудоспособном возрасте – в 33,8 %). Алкоголь в крови был обнаружен у умерших: от сердечно-сосудистых заболеваний – в 31,6 % случаев; от болезней органов дыхания – в 19,3 %; от болезней органов пищеварения – в 25,4 %; от новообразований – в 12,3 %; от других заболеваний – в 36,3 %.

Средняя концентрация алкоголя в крови составила $1,52 \pm 0,05$ ‰.

Средняя концентрация в зависимости от причины смерти была следующей: при сердечно-сосудистых заболеваниях – $1,58 \pm 0,06$ ‰; при заболеваниях органов пищеварения – $1,52 \pm 0,21$ ‰; при заболеваниях органов дыхания – $1,20 \pm 0,18$ ‰; при прочих заболеваниях – $1,31 \pm 0,14$ ‰.

Тяжесть алкогольного опьянения при смертности от изучаемых причин представлена в таблице 17. У умерших от алкогольной болезни в домашних условиях больше лиц находилось в состоянии алкогольного опьянения легкой и средней степени тяжести.

Таблица 17

Концентрация алкоголя в крови у умерших по материалам экспертиз

Концентрация алкоголя, ‰	Количество умерших (n=488)
Менее 0,5 (незначительное влияние)	20,7 %
0,5—1,5 (легкое опьянение)	39,3 %
1,51—2,5 (опьянение средней степени)	23,8 %
2,51—3,0 (сильное опьянение)	6,2 %
3,1—5,0 (тяжелое отравление)	9,0 %
Более 5,0 (смертельное отравление)	1,0 %

Полученные данные полностью согласуются с результатами, представленными в предыдущем разделе – алкогольная болезнь как основное заболевание выявлена у 10,4 % умерших в домашних условиях от соматических заболеваний (рис. 124). Следует отметить высокую частоту обнаружения алкоголя в крови в данной группе – 27,5 %.

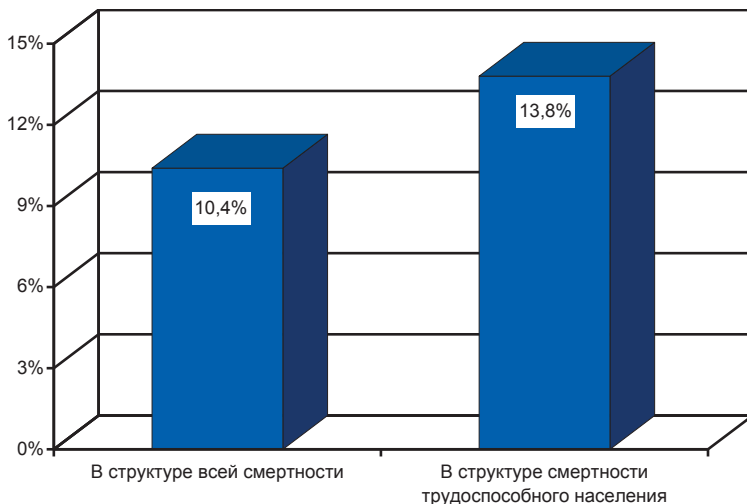


Рис. 124. Алкогольная смертность в структуре смертности населения в домашних условиях в Забайкальском крае за 2005—2009 гг.

Клинический пример

23.12.2010 г. в квартире обнаружен труп гр. К. В. П., 29.06.1941 г. р. Со слов родственников, злоупотреблял спиртным.

Диагноз: алкогольная кардиомиопатия. Наличие алкоголя в крови (1,35 ‰), в моче (3,37 ‰).

Представленные в разделе данные свидетельствуют как о высоком уровне алкоголизации населения, так и демонстрируют, что борьба с пьянством и алкоголизмом является одним из важных направлений снижения смертности населения, особенно в трудоспособном возрасте.

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ АЛКОГОЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ

Как уже было продемонстрировано в предыдущих разделах, определение влияния алкогольного фактора на смертность населения является проблематичным. Это усугубляется двумя обстоятельствами. Во-первых, на протяжении длительного времени органы статистики учитывали лишь три нозологии – смертность по причине алкоголизма, алкогольной болезни печени, отравлений алкоголем или его суррогатами. Только с 2005 г. дополнительно стали собирать данные по летальным случаям в результате алкогольной кардиомиопатии, алкогольного панкреатита и алкогольной дегенерации нервной системы. Хотя нозологий, в возникновении которых алкоголь имеет ведущее значение, гораздо больше. Во-вторых, в отчетах Государственной статистики присутствуют заниженные показатели обнаружения алкоголя в биологических жидкостях на момент смерти, даже при насильственных причинах смертности. Поэтому для получения достоверной информации необходим анализ первичной документации патолого-анатомической службы и бюро судебно-медицинской экспертизы.

Подводя итоги анализа данных, представленных в предыдущих главах, можно выделить **три группы причин смерти, связанных с алкогольным фактором**: 1) смертность от алкогольной болезни; 2) смертность от отравлений алкоголем; 3) смертность от внешних причин, исключая отравления алкоголем. При этом первые две названные выше причины смерти – это следствие прямого действия алкогольного фактора, поэтому их можно назвать **прямыми алкогольными потерями**.

Если суммировать показатели приведенных в разделе 3.1 причин смерти (т. е. смертность от алкоголизма и алкогольных психозов, смертность от алкогольной болезни печени, смертность от алкогольного панкреатита, смертность от алкогольной дегенерации нервной системы, смертность от алкогольной кардиомиопатии), то в среднем за 2005—2009 гг. летальность от алкогольной болезни в Забайкальском крае составила 3,8 %. На смертность от случайных отравлений алкоголем в среднем за 2005—2009 гг. пришлось 2,7 %.

В совокупности летальность от факторов, непосредственно вызванных алкоголем, составила в Забайкальском крае в среднем за 2005—2009 гг. 6,5 % (5 473) от всей смертности населе-

ния (84 413) за указанный период. У мужчин прямые алкогольные потери были в 1,7 раза выше, чем у женщин (7,9 и 4,6 % соответственно). При этом в структуре смертности лиц трудоспособного возраста данный показатель оказался еще выше – 13,5 % (рис. 125).

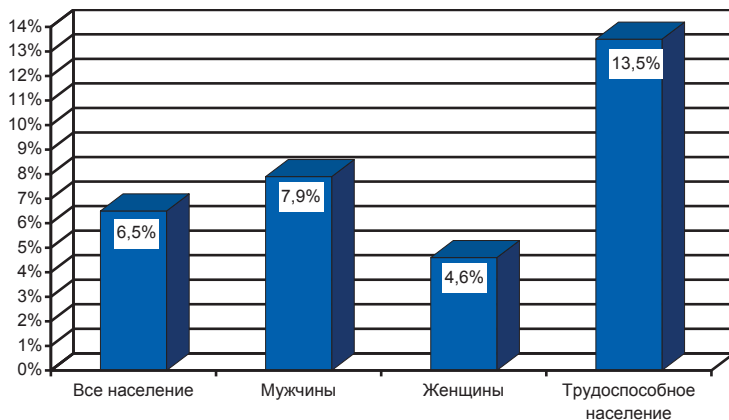


Рис. 125. Прямые алкогольные потери в структуре смертности населения Забайкальского края (суммарно за 2005—2009 гг.)

В динамике за 5 лет прослеживается тенденция к снижению этого показателя, в том числе и среди лиц трудоспособного возраста (рис. 126).

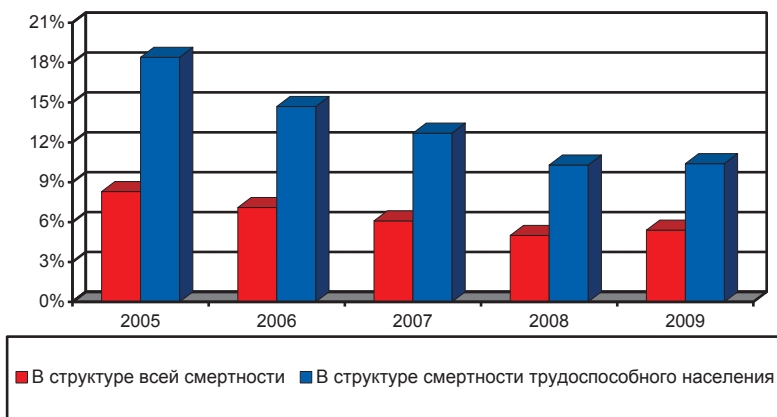


Рис. 126. Доля прямых алкогольных потерь в структуре смертности населения Забайкальского края за 2005—2009 гг.

Доля прямых алкогольных потерь в трудоспособном возрасте не имеет существенных отличий в зависимости от пола (рис. 127).

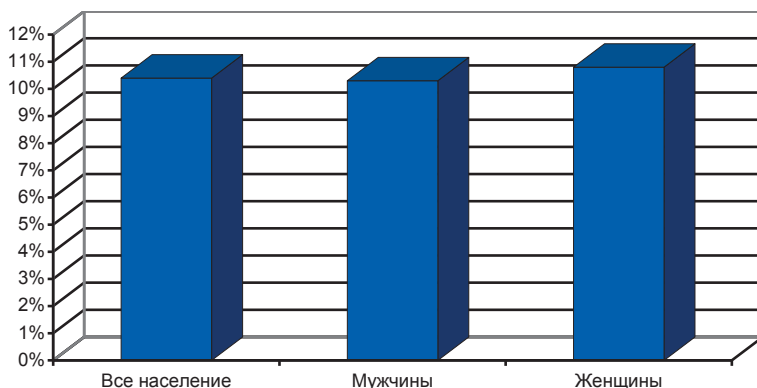


Рис. 127. Доля прямых алкогольных потерь в структуре смертности трудоспособного населения Забайкальского края в 2009 г.

Конечно, приведенные данные будут неполными и существенно заниженными, если не учитывать косвенную связь определенных родов смертности с алкоголизацией населения. В первую очередь это касается насильственных причин смертности, при которых роль алкогольного фактора часто можно оценивать только по факту обнаружения алкоголя при проведении экспертизы. Хотя, несомненно, данные о роли алкоголя как причины самоубийства, убийства или транспортной травмы, если в крови у умершего обнаружен алкоголь, требуют дополнительного уточнения в каждом конкретном случае.

При анализе материалов ТОФС Государственной статистики и Забайкальского краевого бюро судебно-медицинской экспертизы выявлено, что смертность от внешних причин, при которых в крови у умершего обнаруживался алкоголь, составила в среднем за 2005—2009 гг. в структуре всей смертности населения края 11,6 %. Если отсюда вычесть отравления алкоголем, то доля насильственной **смертности, косвенно связанной с приемом алкоголя**, в общей смертности населения равна 9,0 % (7 578).

Динамика косвенных алкогольных потерь в структуре смертности населения в Забайкальском крае представлена на рисунке 128.

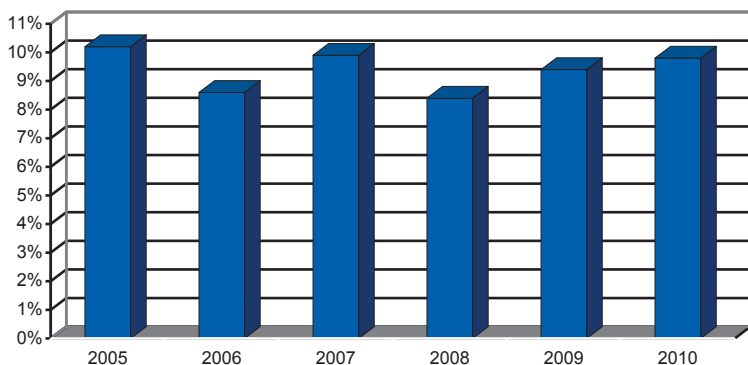


Рис. 128. Косвенные алкогольные потери в структуре смертности населения Забайкальского края (за 2005—2009 гг.)

Следовательно, алкогольная смертность среди всех умерших, определяемая как **сумма прямых алкогольных потерь и косвенных потерь** по причине внешних факторов, в нашем регионе за период с 2005 по 2009 г. составила 15,5 % (13 051) (рис. 129, 130).

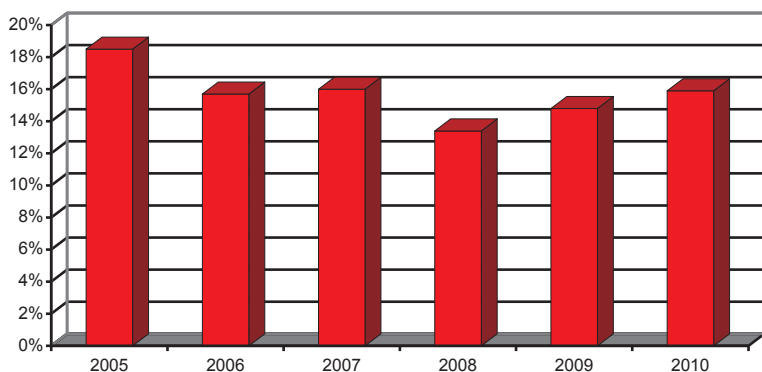


Рис. 129. Алкогольная смертность (прямая и косвенная) в структуре общей смертности населения Забайкальского края (за 2005—2009 гг.)

В группе умерших трудоспособного возраста данный показатель был существенно выше: в 2009 г. он составил 38 % (10,4 % – прямые алкогольные потери; 27,6 % – доля насильственной смертности в трудоспособном возрастном интервале с обнаруженным алкоголем в крови, за исключением отравлений алкоголем) (рис. 131).

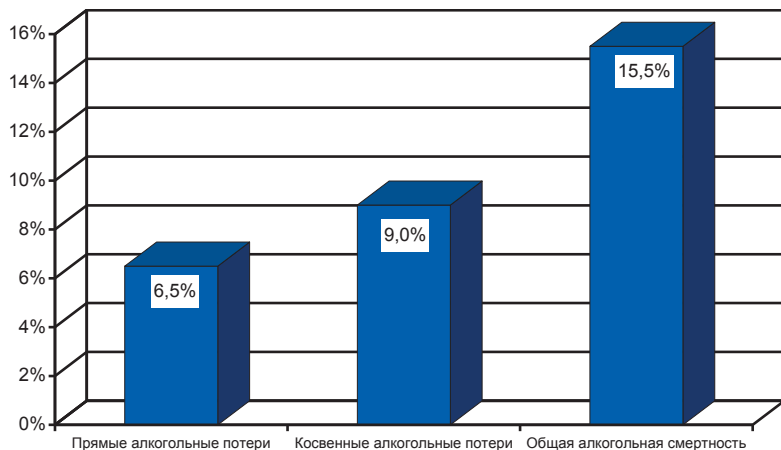


Рис. 130. Алкогольная смертность в структуре общей смертности населения Забайкальского края в среднем за 2005—2009 гг.

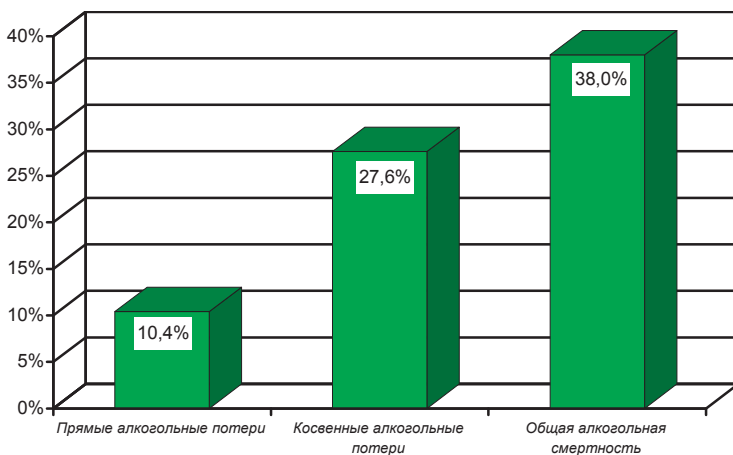


Рис. 131. Алкогольная смертность в структуре смертности населения трудоспособного возраста Забайкальского края в 2009 г.

Таким образом, в нашем регионе алкогольная смертность как сумма прямых и косвенных алкогольных потерь составляет 15,5 % всей смертности населения. При этом данный показатель существенно выше среди лиц, умерших в трудоспособном возрасте, достигая в этой группе 38,0 %.

Обоснованность выделения косвенных алкогольных потерь, которые представляют собой смертность от внешних причин в алкогольном опьянении, исключая отравления алкоголем, подтверждается тесными корреляционными связями между насильственной смертностью, алкогольобусловленной смертностью и наркологической заболеваемостью.

Общая схема оценки алкогольной смертности, которая была внедрена в Забайкальском крае, представлена на рисунке 132.



Рис. 132. Методология оценки алкогольной смертности (с указанием расчетов в Забайкальском крае в среднем за 2005—2009 гг.)

СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОТЕРИ В РЕЗУЛЬТАТЕ АЛКОГОЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ

В настоящее время проблема алкогольной смертности остается актуальной для всего общества, внося весьма ощутимый вклад в среднюю продолжительность жизни населения, которая, в свою очередь, оказывает значительное влияние на объем душевого национального дохода. Таким образом, смертность приносит огромный социальный ущерб в виде невозполнимых демографических потерь, а также экономический ущерб в виде недоданного валового внутреннего продукта. Поэтому особое значение приобретает определение социально-экономического ущерба в связи с преждевременной смертностью населения, особенно в трудоспособном возрасте (Сенцов В. Г. и др., 2006).

Исходя из этого, мы попытались произвести расчет социально-экономических последствий алкогольных потерь для г. Читы за 2010 г.

В основу определения социального ущерба заложен **принцип потенциальной демографии**: показателем служит время, которое предстоит прожить представителю совокупности определенного возраста в соответствии с уровнем смертности, существующей в данное время в изучаемой группе. Жизненный потенциал измеряется в человеко-годах и может быть рассчитан как на весь период жизни (полный потенциал), так и для определенного интервала (частичный потенциал), например, для периода трудовой деятельности (Сенцов В. Г. и др., 2006).

Так, в **экономической демографии** принято количественно оценивать людские потери для возрастной когорты в пределах трудоспособного возраста. В нашей стране формально продолжительность трудового периода равняется у мужчин 44 годам (с 16 до 60 лет), у женщин – 39 годам (с 16 до 55 лет). Фактически же продолжительность рабочего периода сильно зависит от уровня дожития. Потери потенциала выражаются в виде не дожитых человеко-лет от 16 лет до конца трудоспособного возраста (мужчины – до 60 лет, женщины – до 55 лет), которые поколение при прочих равных условиях могло бы отработать в будущем. С учетом этого демографические потери были рассчитаны от 16 до 60 лет для мужчин и 55 лет для женщин. Этот жизненный потенциал иначе называют трудовым. Показатели расчетов выражаются в человеко-годах не дожитой жизни от возраста умершего (X) до заданного возраста (Z) (55 или 60 лет) по сле-

дующей формуле: $Z - X$. Полученные цифры не дожитых человеко-лет, рассчитанные для отдельной половозрастной группы, суммируются. Полученная сумма и составит общую потерю жизненного потенциала для конкретной когорты населения. Эту сумму не дожитых человеко-лет до конца трудоспособного возраста конкретного поколения живущих условно принято толковать как социальный ущерб.

Методика определения экономического ущерба в результате преждевременной смертности основана на измерении национального дохода, который создали бы эти лица за предстоящий рабочий период (Кулагина Э. Н., 1982). **Экономический ущерб** обществу от преждевременной смертности составит произведение суммы не дожитых до конца трудоспособного возраста человеко-лет и доли валового регионального продукта на одного занятого в общественном производстве в соответствующем году. Величина валового регионального продукта, по данным ТО ФС Государственной статистики, составила на начало 2010 г. в Забайкальском крае 132 839 рублей на человека в год.

В г. Чите были проанализированы все случаи как насильственной смертности, так и случаи смертности в лечебно-профилактических учреждениях за 2010 г. В результате установлено, что в краевом центре в 2010 г. умерло от насильственных причин, прямо (алкогольные отравления) или косвенно (в алкогольном опьянении) связанных с алкоголем, 588 человек; от алкогольной болезни в лечебных учреждениях – 97 человек.

Численность лиц пенсионного возраста составила 99 человек, лиц в возрасте до 16 лет было 6. Соответственно умерших трудоспособного возраста было 580 человек. Расчет не дожитых до конца трудоспособного возраста человеко-лет по причине преждевременной алкогольной смертности и сопутствующий им экономический ущерб приведен в таблицах 18 и 19.

Из представленных данных видно, что основное число не дожитых до конца трудоспособного возраста человеко-лет по причине алкогольной смертности относилось к лицам трудоспособного возраста мужского пола. Общее количество не дожитых человеко-лет из-за алкогольной смертности в Чите в 2010 г. составило 10 455; при этом на прямые алкогольные потери пришлось 3 325, на косвенные – 7 130. Сопутствующий экономический ущерб был равен в совокупности 1 388 831 745 рублей (166 314 428 рублей – прямые алкогольные потери; 947 142 070 рублей – косвенные алкогольные потери).

Таблица 18

Социальный ущерб в связи с алкогольной смертностью в Чите в 2010 г.

Причина смертности	Число не дожитых человеко-лет до конца трудоспособного возраста (абс.)		
	Мужчины	Женщины	Оба пола
Самоубийства	1400	203	1603
Убийства	1584	351	1935
Отравления угарным газом	703	181	884
Другие отравления	60	0	60
Утопления	449	70	519
ДТП	628	289	917
Обморожения	266	98	364
Травмы	490	85	575
Прочие насильственные	262	11	273
Отравления алкоголем	1499	574	2073
Алкогольная кардиомиопатия	303	98	401
Алкогольная болезнь печени	272	61	333
Алкогольный панкреатит	56	37	93
Алкоголизм	237	180	417
Другая алкогольная патология	8	0	8
Всего	8217	2238	10455

Таблица 19

Экономический ущерб в связи с алкогольной смертностью в Чите в 2010 г.

Причина смертности	Экономический ущерб (в рублях)		
	Мужчины	Женщины	Оба пола
Самоубийства	185974600	26966317	212940917
Убийства	210416976	46626489	257043465
Отравления угарным газом	93385817	24043859	117429676
Другие отравления	7970340	0	7970340
Утопления	59644711	9298730	68943441
ДТП	83422892	38390471	121813363
Обморожения	35335174	13018222	48353396
Травмы	65091110	11291315	76382425
Прочие насильственные	34803818	1461229	36265047
Отравления алкоголем	199125661	76249586	275375247
Алкогольная кардиомиопатия	40250217	13018222	53268439
Алкогольная болезнь печени	36132208	8103179	44235387
Алкогольный панкреатит	7438984	4915043	12354027
Алкоголизм	31482843	23911020	55393863
Другая алкогольная патология	1062712	0	1062712
Всего	1091538063	297293682	1388831745

Если учесть, что все доходы бюджета городского округа «Город Чита» за 2010 г. составили 4 394 298 700 рублей, то экономический ущерб по причине алкогольной смертности населения равен 31,6 % бюджета.

Таким образом, проведенный в настоящей работе анализ показал не только демографические потери по причине алкогольной смертности, но и огромный социально-экономический ущерб, который наносится обществу. Конечно, полученные количественные оценки ущерба условны, однако они служат объективным доказательством эффективности и обоснованности ресурсных затрат на охрану и укрепление здоровья населения.

Заключение

Несмотря на меры, направленные на улучшение демографической ситуации, в Российской Федерации одной из самых острых проблем остается высокий уровень смертности населения. Имеющиеся данные неутешительны. Ежегодно в России умирает от разных причин более 2 млн человек. К большому сожалению, складывается впечатление, что масштабы гибели людей, в том числе насильственной, не осознаются российским обществом в полной мере или осознаются как естественный процесс. Между тем без решения проблемы высокой преждевременной смертности мы не преодолеем демографический кризис в нашей стране.

При этом важнейшим деструктивным фактором демографического, социального и экономического развития России служит алкоголь. Распространенность употребления алкоголя в РФ превышает средние европейские показатели на 50 % (Немцов А. В., 2002; Верткин А. Л. и др., 2008; Говорин Н. В., 2009). Алкогольная ситуация в стране остается напряженной (Семке В. Я. и др., 2007; Кошкина Е. А. и др., 2008; Киселев А. С. и др., 2009). По данным А. В. Немцова (2003), 37 % всех смертей в России в большей или меньшей степени связаны с алкоголем. По мнению других авторов (Харченко В. И. и др., 2004), алкогольная смертность вместе с жертвами сильно пьющих и больных алкоголизмом в сумме не превышает 25 % смертности взрослого населения. Особенно драматичное положение вырисовывается при анализе доступных показателей в абсолютном большинстве сибирских и дальневосточных территорий. При этом остается недостаточно изученной связь между смертностью и алкоголизацией населения в стране и ее регионах, не разработаны и единые подходы к оценке алкогольной смертности.

В настоящем издании мы попытались оценить уровень и структуру смертности, в том числе алкогольной, в Российской Федерации, уделив особое внимание Забайкальскому краю, на примере которого представлена методика расчетов алкогольной смертности. Анализ доступных данных наглядно демонстрирует, что показатель общей смертности населения в стране является сверхвысоким, при этом естественная убыль населения перекрывается только возросшей в последние годы миграцией населения из других государств.

В структуре причин смертности на первом месте стоят болезни системы кровообращения, далее идут новообразования, потом – смертность от внешних причин. В Забайкальском крае по-

прежнему второе место занимает смертность от внешних факторов. Особую озабоченность вызывает высокая доля смертности лиц трудоспособного возраста в общей смертности населения (38,9 % в Забайкалье в 2010 г.). Основной контингент умерших в трудоспособном возрасте составляют мужчины. Так, мужчины умирают в трудоспособном возрасте в 53,4 % случаев, женщины – только в 20,6 %.

Важной составляющей смертности населения, напрямую связанной с массивной и неуправляемой алкоголизацией, выступает насильственная смертность. Особое место в ее структуре занимают убийства и самоубийства, которые следует рассматривать как один из важнейших объективных критериев уровня психической адаптации населения.

В последние 20 лет РФ входит в группу стран с высокими показателями криминальной и суицидальной смертности населения, а в Забайкальском крае начиная с 1993 г. данные показатели являются сверхвысокими – регион занимает по величине этих смертей 2–3-е место в России. Что касается смертности от острых отравлений алкоголем и его суррогатами, то данные показатели в Забайкальском крае также остаются существенно выше аналогичных по РФ – 29,4 и 10,1 на 100 тысяч населения в 2010 г. соответственно.

Показатель смертности от психических и поведенческих расстройств, вызванных употреблением алкоголя, в Забайкалье составил в 2010 г. 4,1 на 100 тысяч населения. Смертность от алкогольной болезни печени в регионе за 36 последних лет увеличилась в 47,2 раза (до 11,8 на 100 тысяч в 2010 г.). Смертность по причине панкреатита алкогольной этиологии в нашем регионе составила 0,5 на 100 тысяч населения. Немного выше показатель смертности в результате алкогольной дегенерации нервной системы – 1,3 на 100 тысяч населения. Показатель смертности по причине алкогольной кардиомиопатии начиная с момента учета имеет тенденцию к снижению в Забайкальском крае: с 59,1 на 100 тысяч населения в 2005 г. до 31,1 на 100 тысяч населения в 2010 г.

Если суммировать приведенные выше показатели смертности от алкогольной болезни и смертности от отравлений алкоголем, то в среднем за 2005–2009 гг. летальность от факторов, непосредственно вызванных алкоголем, составила в Забайкальском крае 6,5 % от всей смертности населения за указанный период. При этом в структуре смертности лиц трудоспособного возраста

данный показатель был еще выше – 13,5 %. Все названные выше причины смерти – это следствие прямого действия алкогольного фактора, поэтому их можно назвать прямыми алкогольными потерями.

Приведенные данные будут неполными и существенно заниженными, если не учитывать косвенную связь насильственных причин смертности с алкоголизацией населения. При анализе документов Забайкальского краевого бюро судебно-медицинской экспертизы установлено, что более чем в половине случаев насильственной смертности в крови обнаруживается алкоголь (от 53,5 до 59,0 % за последние 6 лет).

Обоснованность выделения косвенных алкогольных потерь, которые представляют собой смертность от внешних причин в алкогольном опьянении, исключая отравления алкоголем, подтверждается также тесными корреляционными связями между насильственной смертностью, алкогольобусловленной смертностью и наркологической заболеваемостью. При этом среди причин насильственной смертности в Забайкальском крае преобладают самоубийства, отравления алкоголем и убийства. Основной контингент умерших от внешних факторов составляют мужчины трудоспособного возраста, которые в 70,4 % случаев находились в состоянии алкогольного опьянения средней степени тяжести и выше.

Смертность от внешних причин, при которых в крови у умершего обнаруживался алкоголь, составила в среднем за 2005—2009 г. в структуре всей смертности населения края 11,7 %. Если отсюда вычесть отравления алкоголем, то доля насильственной смертности, косвенно связанной с приемом алкоголя, в общей смертности населения равна 9,0 %. Следовательно, алкогольная смертность среди всех умерших, определяемая как сумма прямых алкогольных потерь и косвенных потерь по причине внешних факторов, в нашем регионе за период с 2005 по 2009 г. составила 15,5 %. В группе умерших трудоспособного возраста данный показатель был существенно выше – в 2009 г. он составил 38,0 %.

Кроме того, как показали специальные исследования, при анализе протоколов патолого-анатомических вскрытий в лечебных учреждениях Забайкальского края было установлено, что за последние 6 лет алкогольная болезнь в качестве основного заболевания была диагностирована у 11,7 % умерших. Как фоновая патология, значительно отягощающая течение и прогноз заболе-

ваний, она была отмечена в 17,9 %; в 12,9 % случаев от общего числа аутопсий хроническая алкогольная интоксикация фигурировала как сопутствующая патология.

Суммарно алкогольная болезнь была выявлена патологоанатомами в 42,5 % случаев, при этом преобладающим контингентом среди умерших больных были мужчины трудоспособного возраста. Согласно результатам другого исследования, алкогольная болезнь у умерших по причине соматических заболеваний в домашних условиях в качестве основной причины смерти составила 10,4 %. Полученные данные убедительно свидетельствуют о масштабах алкогольного бремени, демонстрируя роль алкогольного фактора в ухудшении соматического здоровья населения.

Кроме того, на основе принципов потенциальной демографии был рассчитан социальный и экономический ущерб обществу от преждевременной смертности населения за 1 год в г. Чите. Выявлено, что основное число не дожитых до конца трудоспособного возраста человеко-лет по причине алкогольной смертности относилось к лицам трудоспособного возраста мужского пола. Общее количество не дожитых человеко-лет из-за алкогольной смертности в Чите в 2010 г. составило 10 455; при этом на прямые алкогольные потери пришлось 3 325, на косвенные – 7 130. Сопутствующий экономический ущерб был равен в совокупности 1 388 831 745 рублей (166 314 428 рублей – прямые алкогольные потери; 947 142 070 рублей – косвенные алкогольные потери).

Если учесть, что все доходы бюджета городского округа «город Чита» за 2010 г. составили 4 394 298 700 рублей, то экономический ущерб по причине алкогольной смертности населения равен 31,6 % доходов бюджета. Поэтому проведенный анализ показал не только демографические потери по причине алкогольной смертности, но и огромный социально-экономический ущерб, который наносится обществу.

Таким образом, представленные в настоящей книге данные свидетельствуют как о высоком уровне алкоголизации населения, так и демонстрируют, что борьба с пьянством и алкоголизмом является одним из важных направлений снижения смертности населения, особенно в трудоспособном возрасте. При этом государству необходимо навести строгий порядок в сфере производства алкоголя и его реализации, активнее бороться с его контрабандой из других стран. Целесообразно в ближайшее время пересмотреть действующие ГОСТы и медико-биологические требо-

вания к алкогольной продукции, что позволит существенно снизить токсическое действие алкоголя на организм. Необходимо настойчиво и неуклонно проводить политику полного запрещения рекламы алкогольной продукции, в том числе пива, важным является создание программ первичной профилактики потребления психоактивных веществ среди школьников. Законодательно следует предусмотреть отчисления от продажи алкогольных напитков, в том числе и пива, на нужды здравоохранения по оказанию помощи больным алкоголизмом.

В то же время у наркологической службы по существу нет серьезной правовой основы, а выявление и лечение больных алкоголизмом только на принципах добровольности не всегда целесообразно. Стране необходим закон «О наркологической помощи», обеспечивающий правовое поле проведения лечебно-реабилитационных мероприятий в современных условиях, в том числе недобровольное освидетельствование злоупотребляющих алкоголем и механизмы принудительного лечения больных, утративших критику к своему состоянию и ведущих асоциальный образ жизни, нарушающих правопорядок, представляющих опасность для себя, семьи и общества.

Необходимо понимать, что никакая, даже совершенная наркологическая служба не сможет справиться одна с этой проблемой – в сфере борьбы с пьянством и алкоголизмом в стране необходима комплексная государственная политика. Только в этом случае мы вправе рассчитывать на реальное улучшение демографической ситуации.

Литература

1. Агрессия и психические расстройства / под ред. Т. Б. Дмитриевой, Б. В. Шостаковича, А. А. Ткаченко. – М. : ГНЦ ССП им. Сербского, 2006. – 374 с.
2. *Альтшулер В. Б.* Клиника алкоголизма / В. Б. Альтшулер // Руководство по наркологии / под ред. Н. Н. Иванца. – М. : Медпрактика-М, 2002. – Т. 1. – С. 203—232.
3. *Амбрумова А. Г.* Клиника и профилактика аутоагрессивного поведения при алкоголизме : методические рекомендации / А. Г. Амбрумова, Е. А. Чуркин. – М., 1980. – 16 с.
4. *Амбрумова А. Г.* Клинико-психологический анализ суцидов, совершенных в состоянии простого алкогольного опьянения / А. Г. Амбрумова, В. А. Тихоненко // Актуальные проблемы суцидологии : труды Московского НИИ психиатрии. – М., 1981. – С. 203—209.
5. *Амбрумова А. Г.* Социально-психологические факторы в формировании суцидального поведения : методические рекомендации / А. Г. Амбрумова, Л. И. Постовалова. – М., 1991. – 17 с.
6. *Амбрумова А. Г.* Психология самоубийства / А. Г. Амбрумова // Социальная и клиническая психиатрия. – 1996. – № 4. – С. 14—19.
7. *Андреев Е. М.* Статистика смертности в России от причин алкогольной этиологии / Е. М. Андреев, И. А. Збарская // Вопросы статистики. – 2009. – № 8. – С. 44—50.
8. *Артюхов И. П.* Региональные и возрастно-половые особенности смертности от внешних причин социально-активного населения Красноярского края (2005—2009 гг.) / И. П. Артюхов, Б. Э. Горный, В. Ф. Мажаров // Дальневосточный медицинский журнал. – 2011. – № 2. – С. 99—101.
9. Атлас психического здоровья населения Забайкальского края / Н. В. Говорин и др. – Чита : Экспресс-издательство, 2009. – 132 с.
10. *Афанасьева Е. В.* О значении алкогольной интоксикации при некоторых видах завершённых суцидальных действий / Е. В. Афанасьева, В. Н. Пронин, А. Л. Уткин // Научные труды Омского медицинского института. – Омск, 1980. – № 140. – С. 99—101.
11. *Белоус С. В.* Современные аспекты патоморфоза алкоголизма / С. В. Белоус // Международный медицинский журнал. – 2002. – Т. 8, № 4. – С. 60—62.
12. *Бисалиев Р. В.* Суцидальное поведение в семьях больных алкогольной зависимостью / Р. В. Бисалиев, Т. Н. Дудко, К. С. Кальной. – Астрахань : ГОУ ВПО АГМА Росздрава, 2010. – 118 с.

13. *Бохан Н. А.* Ассоциированные формы алкоголизма в общесоматической амбулаторной сети / Н. А. Бохан, Т. В. Коробицина. – Томск, 2000. – 232 с.
14. *Бохан Н. А.* Наркологическая ситуация и психическое здоровье населения: региональные тренды десятилетия / Н. А. Бохан, В. Я. Семке, А. И. Мандель // Психическое здоровье. – 2006. – № 1. – С. 32–39.
15. *Бохан Н. А.* Коморбидность в наркологии / Н. А. Бохан, В. Я. Семке. – Томск : Изд-во Том. ун-та, 2009. – С. 72–76, 214–234.
16. *Буторина Н. Е.* Ранний алкоголизм и коморбидная соматическая патология в подростковом возрасте / Н. Е. Буторина, Г. Г. Буторин // Тюменский медицинский журнал. – 2011. – № 1. – С. 27–28.
17. *Ванчакова Н. П.* Алкоголизм в соматической клинике / Н. П. Ванчакова, Н. А. Лапина // Профилактическая и клиническая медицина. – 2011. – № 2. – С. 50–54.
18. *Верткин А. Л.* Гендерспецифические аспекты алкогольобусловленных соматических заболеваний / А. Л. Верткин, Б. Д. Цыганков, В. Г. Москвичев // Терапевт. – 2008. – № 7. – С. 60–68.
19. *Войцех В. Ф.* Динамика и структура самоубийств в России / В. Ф. Войцех // Социальная и клиническая психиатрия. – 2006. – № 3. – С. 22–27.
20. *Войцех В. Ф.* Суицидология / В. Ф. Войцех. – М. : Миклош, 2007. – 280 с.
21. *Волкотруб Л. П.* Эпидемиология суицидов в Республике Алтай / Л. П. Волкотруб, Э. Е. Докторова, С. А. Михайлова // Социальная медицина и организация здравоохранения. – М., 2005. – С. 46.
22. *Гаймоленко А. С.* Алкогольный фактор в криминальной агрессии при психопатологических расстройствах : автореф. дис. ... канд. мед. наук / А. С. Гаймоленко. – Томск, 2008.
23. *Гладышев М. В.* Клинико-социальные аспекты распространенности суицидов в период радикальных преобразований в России (1990–2003 гг.) : автореф. дис. ... канд. мед. наук / М. В. Гладышев. – М., 2006. – 19 с.
24. *Говорин Н. В.* Алкогольный фактор в депопуляции и деградации населения России и Забайкалья / Н. В. Говорин. – Чита : Экспресс-издательство, 2007. – 22 с.

25. *Говорин Н. В.* Суицидальное поведение: типология и факторная обусловленность / Н. В. Говорин, А. В. Сахаров. – Томск : Изд-во «Иван Федоров», 2008. – 178 с.
26. *Говорин Н. В.* Алкогольный вклад в сверхсмертность и ухудшение здоровья населения России и Забайкалья / Н. В. Говорин. – Чита, 2009. – 36 с.
27. *Говорин Н. В.* Алкогольный фактор в криминальной агрессии и аутоагрессии / Н. В. Говорин, А. В. Сахаров, А. С. Гаймоленко. – Томск: Изд-во «Иван Федоров», 2009. – 184 с.
28. *Говорин Н. В.* Алкогольное бремя соматического стационара / Н. В. Говорин, А. В. Сахаров. – Томск : Изд-во «Иван Федоров», 2010. – 160 с.
29. *Говорин Н. В.* Мониторинг алкогольной ситуации (методология и организация): методические рекомендации / Н. В. Говорин, А. В. Сахаров. – Чита : РИЦ ЧГМА, 2011. – 79 с.
30. *Говорин Н. В.* Социально-экономические потери в результате алкогольной смертности населения / Н. В. Говорин, А. В. Сахаров // Сибирский медицинский журнал. – 2011. – № 5. – С. 80—82.
31. *Гольдштейн Р. И.* Причины смертности больных алкоголизмом / Р. И. Гольдштейн // Журнал невропатологии и психиатрии. – 1985. – Т. 85, вып. 8. – С. 1235—1238.
32. *Головко А. И.* Социально-экономические последствия употребления психоактивных веществ / А. И. Головко, Е. Ю. Бонитенко // Профилактическая и клиническая медицина. – 2011. – № 2. – С. 60—71.
33. *Гриненко А. Я.* Нетрадиционные методы лечения алкоголизма / А. Я. Гриненко, Е. М. Крупицкий, П. Д. Шабанов. – СПб. : Гиппократ, 1993. – 190 с.
34. *Грицюк А. И.* Алкоголизм и заболевания внутренних органов / А. И. Грицюк // Врачебное дело. – 1985. – № 2. – С. 1—5.
35. *Гукасян Л. Г.* Хронический алкоголизм и состояние внутренних органов / Л. Г. Гукасян. – М. : Медицина, 1968. – 312 с.
36. *Гусева М. В.* Эпидемиологический анализ и медико-психологические особенности самоубийств населения мегаполиса (на примере Москвы) : автореф. дис. ... канд. мед. наук / М. В. Гусева. – СПб., 2006. – 20 с.
37. Демографические, социальные и экономические последствия злоупотребления алкоголем в России // Вопросы экономики и управления для руководителей здравоохранения. – 2009. – № 9 (96). – С. 42—48.

38. *Дмитриева Т. Б.* Наркотическое и алкогольное опьянение : лечебно-диагностический и судебно-психиатрический аспекты : пособие для врачей / Т. Б. Дмитриева, А. Л. Игонин, Т. В. Клименко, А. Н. Кривенков, Н. Е. Кулагина. – М., 1998 – 176 с.
39. *Дмитриева Т. Б.* Социальный стресс и психическое здоровье / Т. Б. Дмитриева, Б. С. Положий. – М., 2001. – 248 с.
40. *Дмитриева Т. Б.* Социальные и клинические проблемы суицидологии в системе мер по снижению преждевременной смертности и увеличению продолжительности жизни населения / Т. Б. Дмитриева, Б. С. Положий // Вестник РАМН. – 2006. – № 8. – С. 18—22.
41. *Дубравин В. И.* Суициды в Республике Коми (клинико-социальный и этнокультуральный аспекты) : автореф. дис. ... канд. мед. наук / В. И. Дубравин. – М., 2001. – 31 с.
42. *Ерохин Ю. А.* Патологическая анатомия алкогольной болезни : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Ю. А. Ерохин. – М., 2009. – 54 с.
43. *Жарков О. Б.* Алкогольная болезнь (поражения внутренних органов при алкоголизме) / О. Б. Жарков, П. П. Огурцов, В. С. Моисеев. – М., 2001.
44. *Заиграев Г. Г.* Проблемы алкоголизации населения России / Г. Г. Заиграев // Наркология. – 2002. – № 7. – С. 2—7.
45. *Зайратьянц О. В.* Причины смерти населения Москвы / О. В. Зайратьянц, Л. В. Кактурский // Актуальные вопросы морфогенеза в норме и патологии : сб. научных трудов НИИ морфологии человека РАМН. – М., 2002. – С. 21—24.
46. *Зайратьянц О. В.* Медико-демографические показатели: Россия, Москва, Санкт-Петербург / О. В. Зайратьянц, Г. Б. Ковальский, М. Г. Рыбакова. – СПб., 2006. – 112 с.
47. *Зиновьев С. В.* Суицид. Попытка системного анализа / С. В. Зиновьев. – СПб. : Сотис, 2002. – 144 с.
48. Злоупотребление алкоголем в Российской Федерации: социально-экономические последствия и меры противодействия: доклад Общественной палаты Российской Федерации. – М., 2009. – 82 с.
49. *Измеров Н. Ф.* Актуальные проблемы здоровья населения трудоспособного возраста в Российской Федерации / Н. Ф. Измеров, Г. И. Тихонова // Вестник РАМН. – 2010. – № 9. – С. 3—9.
50. *Киселев А. С.* Взаимосвязь алкогольных психозов и смертельных отравлений алкоголем с денежными доходами населения / А. С. Киселев, М. Г. Шестаков, В. И. Назаров // Общественное здоровье и здравоохранение. – 2009. – № 1. – С. 13—18.

51. *Кладов С. Ю.* Алкоголь и преждевременная смертность населения Томской области / С. Ю. Кладов, И. Н. Конобеевская, Р. С. Карпов // Бюллетень сибирской медицины. – 2010. – № 1. – С. 126—129.
52. Клиники, дружелюбные к подросткам и молодежи, в Российской Федерации. – М. : ЮНИСЕФ, 2010. – 210 с.
53. *Коваленко В. П.* О суицидальных действиях больных хроническим алкоголизмом по данным статистического анализа архивных материалов / В. П. Коваленко // Журнал невропатологии и психиатрии. – 1980. – Т. 80, вып. 11. – С. 1696—1698.
54. *Копыт Н. Я.* О понятиях и классификациях алкоголизма (комплексное социально-гигиеническое исследование) / Н. Я. Копыт, В. Г. Запороженко. – М. : Медицина, 1983. – С. 45—61.
55. *Кошкина Е. А.* Основные тенденции учтенной заболеваемости наркологических расстройств в Российской Федерации в 2006 г. / Е. А. Кошкина, В. В. Киржанова // Вопросы наркологии. – 2007. – № 6. – С. 54—65.
56. *Кошкина Е. А.* Эпидемиология наркологических заболеваний / Е. А. Кошкина, В. В. Киржанова // Руководство по наркологии / под ред. Н. Н. Иванца. – М., 2008. – С. 14—38.
57. *Кошкина Е. А.* Перспективы развития национального научного центра наркологии / Е. А. Кошкина // Наркология-2010 : материалы научно-практической конференции. – М., 2010. – С. 84—86.
58. *Кузнецов В. Е.* Этапы развития отечественной дореволюционной суицидологии: психиатрический и междисциплинарный аспекты : автореф. дис. ... канд. мед. наук / В. Е. Кузнецов. – М., 1987. – 23 с.
59. *Кулагина Э. Н.* Ориентировочный расчет экономического эффекта сохранения жизни человека / Э. Н. Кулагина // Советское здравоохранение. – М., 1982. – № 2.
60. *Куликов А. Ю.* Анализ стоимости экономического бремени злоупотребления алкоголем в Российской Федерации: материалы XV съезда психиатров / А. Ю. Куликов, К. Ю. Усенко. – М., 2010. – С. 255.
61. *Кутько И. И.* Суицидальные действия у больных алкоголизмом / И. И. Кутько, В. И. Бухреев, Н. М. Ситченко // Неврология и психиатрия : республиканский межведомственный сборник. – Киев : Здоровья, 1988. – Вып. 17. – С. 70—72.
62. *Лазебник А. И.* Клинико-социальные и этнокультуральные особенности суицидального поведения детей и подростков в Удмуртии : автореф. дис. ... канд. мед. наук / А. И. Лазебник. – М., 2000. – 25 с.

63. Лисицын Ю. П. Алкоголизм / Ю. П. Лисицын, Н. Я. Копыт. – М., 1983. – 262 с.
64. Лукомская М. И. Алкоголизм в общемедицинской сети (выявление, типология, лечебно-профилактические программы) : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / М. И. Лукомская. – М., 1991. – 53 с.
65. Люсов В. А. Заболеваемость населения России алкоголизмом и смертность от болезней системы кровообращения и других причин / В. А. Люсов, В. И. Харченко, М. В. Корякин // Российский кардиологический журнал. – 2008. – № 4 (72). – С. 79—92.
66. Махов В. М. Висцеральные поражения при алкоголизме / В. М. Махов, Р. Г. Абдуллин, Е. Л. Гитель // Терапевтический архив. – 2003. – Т. 68, № 8. – С. 53—56.
67. Медицинские, социальные и экономические последствия наркомагии и алкоголизма / Е. А. Кошкина, Ш. И. Спектор, В. Г. Сенцов, С. И. Богданов. – М. : ПЕР СЭ, 2008. – 288 с.
68. Миневич В. Б. Алкоголизм в Сибири (эпидемиология, клиника, последствия, оптимизация наркологической помощи) : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / В. Б. Миневич. – Томск, 1990. – 45 с.
69. Моисеев В. С. Алкогольная болезнь / В. С. Моисеев, П. П. Огурцов, А. Е. Успенский // Новости науки и техники. – М. : ВИНТИ, 1996.
70. Моисеев В. С. Проблема алкогольной болезни / В. С. Моисеев, П. П. Огурцов, Т. Г. Траянова // Алкоголь и здоровье населения России. – М., 1998. – С. 164—167.
71. Молин Ю. А. Судебно-медицинская экспертиза повешения / Ю. А. Молин. – СПб. : НПО Мир и Семья-95, 1996.
72. Немцов А. В. Потребление алкоголя и насильственные смерти / А. В. Немцов, А. К. Нечаев // Вопросы наркологии. – 1991. – № 1. – С. 34—36.
73. Немцов А. В. Потребление алкоголя и самоубийства : Россия 1981—1998 гг. / А. В. Немцов // Вопросы наркологии. – 2002. – № 4. – С. 53—60.
74. Немцов А. В. Алкогольный урон регионов России / А. В. Немцов. – М. : Nalex, 2003. – 136 с.
75. Немцов А. В. Алкоголизм в России: история вопроса, современные тенденции / А. В. Немцов // Журнал неврологии и психиатрии. – 2007. – Вып. 1. – С. 3—7.

76. *Нечаев А. К.* Влияние антиалкогольных мероприятий на некоторые наркологические показатели здоровья населения города Москвы в 1983—1990 годах : автореф. дис. ... к.м.н. / А. К. Нечаев. — М., 1992. — 25 с.
77. *Никаноров А. И.* Клинико-мотивационный анализ суицидального поведения (клинический и социально-психологический аспекты) : автореф. дис. ... канд. мед. наук / А. И. Никаноров. — Новосибирск, 1999. — 16 с.
78. *Нужный В. П.* Токсикологическая характеристика этилового спирта, алкогольных напитков и содержащихся в них примесей / В. П. Нужный // Вопросы наркологии. — 1995. — № 3. — С. 65—74.
79. *Нужный В. П.* Механизмы развития, клинические формы и терапия соматической патологии при хронической алкогольной интоксикации / В. П. Нужный, П. П. Огурцов // Руководство по наркологии / под ред. Н. Н. Иванца. — М. : ИД «Медпрактика», 2002. — Т. 1. — С. 83—119.
80. *Нужный В. П.* Анализ роли некачественных, фальсифицированных и суррогатных алкогольных напитков в формировании феномена высокой алкогольной смертности в Российской Федерации / В. П. Нужный // Алкогольная болезнь. ВИНТИ РАН. — 2004. — № 5, 6.
81. *Огурцов П. П.* Хроническая алкогольная интоксикация и развитие неблагоприятных исходов у больных многопрофильного городского стационара / П. П. Огурцов, А. Б. Покровский, А. А. Шелепин // Алкоголь и здоровье населения России. — 1998. — С. 191—196.
82. *Огурцов П. П.* Неотложная алкогольная патология / П. П. Огурцов, И. В. Жиров. — СПб. : Невский диалект, 2002. — 118 с.
83. *Огурцов П. П.* Соматические нарушения при алкоголизме / П. П. Огурцов, Н. В. Мазурчик, А. Ю. Мартынов // Психические расстройства в общей медицине. — 2007. — № 3. — С. 43—49.
84. *Опенко Т. Г.* Смертность от внешних причин и ее связь с употреблением алкоголя в Республике Тыва / Т. Г. Опенко, М. Г. Чухрова // Суицидология. — № 1. — 2011. — С. 48—51.
85. О состоянии рынка алкогольной продукции и некоторых последствиях, связанных с употреблением алкоголя : статистический сборник. — Чита : Читастат, 2007. — С. 25.
86. *Островский Ю. М.* Метаболические предпосылки и последствия потребления алкоголя / Ю. М. Островский, В. И. Сатановская, С. Ю. Островский. — Минск : Наука и техника, 1988. — 264 с.

87. Пауков В. С. Патологическая анатомия алкогольной болезни / В. С. Пауков, А. И. Угрюмов // Алкоголь и здоровье населения России. – 1998. – С. 202—204.
88. Пауков В. С. Изменения крови при хронической алкогольной интоксикации / В. С. Пауков, Ю. А. Ерохин // Российский психиатрический журнал. – 2001. – № 5. – С. 58—61.
89. Пауков В. С. Алкоголизм и алкогольная болезнь / В. С. Пауков, Н. Ю. Беляева, Т. М. Воронина // Тер. архив. – 2001. – Т. 73, № 2. – С. 65—67.
90. Пауков В. С. Патологическая анатомия пьянства и алкоголизма / В. С. Пауков, Ю. А. Ерохин // Архив патологии. – 2004. – № 4. – С. 3—9.
91. Пауков В. С. Структурно-функциональная концепция алкогольной болезни / В. С. Пауков // Журнал неврологии и психиатрии. – 2007. № 1. – С. 8—11.
92. Пелипас В. Е. Смертность больных алкоголизмом (по данным сплошного эпидемиологического исследования в г. Москве) / В. Е. Пелипас, Л. Д. Мирошниченко, Б. П. Калачев // Материалы XII съезда психиатров России. – М., 1995. – С. 804—805.
93. Пермяков А. В. Патоморфология и танатогенез алкогольной интоксикации / А. В. Пермяков, В. И. Витер. – Ижевск : Экспертиза, 2002. – 91 с.
94. Положий Б. С. Динамика распространенности алкоголизма и алкогольных психозов на разных этапах социально-экономического формирования общества (по материалам Центрального региона России) / Б. С. Положий, И. В. Гурин // Российский психиатрический журнал. – 2004. – № 6. – С. 29—32.
95. Полякова С. М. Причины смерти больных хроническим алкоголизмом / С. М. Полякова, В. Н. Сержанина, З. Н. Брагина // Материалы 1-го конгресса морфологов Беларуси. – Минск, 1996. – С. 74—75.
96. Попик И. Г. Особенности постсуицидального периода у лиц с различным состоянием психического здоровья : автореф. дис. ... канд. мед. наук / И. Г. Попик. – СПб., 2002. – 26 с.
97. Разводовский Ю. Е. Алкоголь и смертность: эпидемиологический аспект / Ю. Е. Разводовский // Российский психиатрический журнал. – 2002. – № 1. – С. 35—42.
98. Разводовский Ю. Е. Алкоголь и суициды: популяционный уровень взаимосвязи / Ю. Е. Разводовский // Журнал неврологии и психиатрии. – 2004. – Вып. 2. – С. 49.

99. *Разводовский Ю. Е.* Взаимосвязь между потреблением алкоголя и убийствами / Ю. Е. Разводовский // Социальная и клиническая психиатрия. – 2006. – № 1. – С. 5—9.
100. *Родяшин Е. В.* Алкоголь среди факторов смертности от внешних причин / Е. В. Родяшин, П. Б. Зотов, М. С. Уманский // Суицидология. – 2010. – № 1. – С. 21—23.
101. Россия в цифрах. Краткий статистический сборник // Госкомстат России. – М., 2009.
102. Россия в цифрах. Краткий статистический сборник // Госкомстат России. – М., 2010.
103. *Румянцева Т. Г.* Агрессия: проблемы и поиски в западной философии и науке / Т. Г. Румянцева. – М., 1991. – С. 89—133.
104. *Салахов Э. Р.* Научное обоснование совершенствования мониторинга травматизма и смертности от дорожно-транспортных происшествий : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Э. Р. Салахов. – М., 2006. – 23 с.
105. *Сахаров А. В.* Роль алкогольного фактора в суицидальном поведении в Восточном Забайкалье : автореф. дис. ... канд. мед. наук / А. В. Сахаров. – Томск, 2007. – 140 с.
106. *Сахаров А. В.* Структура наркологической патологии, вызванной употреблением алкоголя, в соматическом многопрофильном стационаре / А. В. Сахаров, Н. В. Говорин // Вопросы наркологии. – 2010. – № 3. – С. 32—38.
107. *Сахаров А. В.* Алкогольобусловленная обращаемость в соматический многопрофильный городской стационар / А. В. Сахаров, Н. В. Говорин // Наркология. – 2010. – № 12. – С. 52—56.
108. *Сахаров А. В.* Смертность от внешних причин и алкоголизация населения в Забайкальском крае / А. В. Сахаров, Н. В. Говорин // Тюменский медицинский журнал. – 2011. – № 1. – С. 28—29.
109. *Сахаров А. В.* Эпидемиология алкогольных расстройств в Забайкальском крае по материалам наркологической службы / А. В. Сахаров, Н. В. Говорин, О. П. Дубинин // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2011. – № 3. – С. 35—38.
110. *Сахаров А. В.* Оценка алкогольной смертности в Забайкальском крае / А. В. Сахаров, Н. В. Говорин // Акт. вопр психиатрии и наркологии: материалы XV научной отчетной сессии НИИ психического здоровья СО РАМН / под ред. В. Я. Семке. – Томск, 2011. – Вып. 15. – С. 230—232.

111. Семке В. Я. Алкоголизм: региональный аспект / В. Я. Семке, О. К. Галактионов, А. И. Мандель, Н. А. Бохан. – Томск, 1992. – 220 с.
112. Семке В. Я. Улучшение качества жизни как слагаемое общественного здоровья / В. Я. Семке // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2000. – № 1. – С. 4—8.
113. Семке В. Я. Пенитенциарная наркология / В. Я. Семке, С. И. Гусев, Г. Я. Снигирева // Пенитенциарная психология и психопатология : рук-во в 2-х т. / под ред. Т. Б. Дмитриевой, В. Я. Семке, А. С. Кононца. – М.; Томск; Кемерово, 2007. – Т. 2. – С. 199.
114. Семке В. Я. Алкогольная болезнь у заключенных в гендерном и онтогенетическом преломлении / В. Я. Семке, С. И. Гусев, Г. Я. Снигирева // Пенитенциарная психология и психопатология : рук-во в 2-х т. / под ред. Т. Б. Дмитриевой, В. Я. Семке, А. С. Кононца. – М.; Томск; Кемерово, 2007. – Т. 2. – С. 273—300.
115. Семке В. Я. Этнокультуральная оценка наркологической ситуации среди коренного населения Сибири и Дальнего Востока / В. Я. Семке, Н. А. Бохан // Наркология-2010 : материалы научно-практической конференции. – М., 2010. – С. 257—258.
116. Сенцов В. Г. Ущерб общества в связи со смертностью населения от отравлений алкоголем / В. Г. Сенцов, Ш. И. Спектор, С. И. Богданов // Вестник Уральской медицинской академической науки. – 2006. – № 3. – С. 33—36.
117. Сидоров П. И. Скрининг и прогнозирование алкоголизма. Медико-социальные и социально-гигиенические скринирующие методики / П. И. Сидоров // Наркология. – 2003. – № 10. – С. 40—52.
118. Сидоров П. И. Соматогенез алкоголизма: руководство для врачей / П. И. Сидоров, Н. С. Ишеков, А. Г. Соловьев. – М. : Медпрессинформ, 2003. – 224 с.
119. Скворцов Ю. Н. Патогенез алкогольной висцеропатии / Ю. Н. Скворцов, Н. Ф. Панченко // Вопросы наркологии. – 1997. – № 3. – С. 85—95.
120. Скворцов Ю. Н. Поражение сердца при алкоголизации / Ю. Н. Скворцов, Н. Ф. Панченко // Российский кардиологический журнал. – 2000. – № 5. – С. 41—44.
121. Сливко К. Ю. Клиническая классификация нефатальных суицидентов : автореф. дис. ... канд. мед. наук / К. Ю. Сливко. – Владивосток, 2003. – 22 с.

122. *Столяров А. В.* Алкоголь как провоцирующий фактор суицидальных действий / А. В. Столяров, А. Д. Борохов, Е. К. Жаманбаев // Журнал невропатологии и психиатрии. – 1990. – Т. 90, вып. 2. – С. 55—58.
123. *Угрюмов А. И.* Межорганные отношения при алкогольной интоксикации : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / А. И. Угрюмов. – М., 1992.
124. Федеральная служба государственной статистики [Электронный ресурс]. – <http://www.gks.ru>
125. Федеральная служба государственной статистики в Забайкальском крае [Электронный ресурс]. – <http://www.chita.gks.ru>
126. *Халтурина Д. А.* Демографический кризис: причины и пути преодоления / Д. А. Халтурина, А. В. Коротаяев // Наркология. – 2006.
127. *Халтурина Д. А.* Алкогольная политика: мировой опыт и российские реалии / Д. А. Халтурина // Наркология. – 2007. – № 9. – С. 10—18.
128. *Харитonenков В. Ф.* Алкогольная ситуация в типичной территории средней полосы России (на примере Брянской области) : автореф. дис. ... канд. мед. наук / В. Ф. Харитonenков. – М., 2006.
129. *Харченко В. И.* Сравнительный анализ алкогольной смертности населения России (проблемы диагностики, трактовки, регистрации, количественной оценки) / В. И. Харченко, Е. П. Какорина, О. Д. Мишнев // Алкогольная болезнь. – 2004. – № 2. – С. 1—20.
130. *Чухрова М. Г.* Анализ условий смертности от внешних причин / М. Г. Чухрова, Т. Г. Опенко // Суицидология. – 2010. – № 1. – С. 26—27.
131. *Шорманов С. В.* Структурные изменения головного мозга человека в условиях острой алкогольной интоксикации / С. В. Шорманов // Архив патологии. – 2004. – № 4. – С. 9—13.
132. *Шустов Д. И.* Алкоголизм как аутоагрессивное заболевание / Д. И. Шустов // Российский психиатрический журнал. – 2004. – № 5. – С. 38—43.
133. *Шустов Д. И.* Аутоагрессия, суицид и алкоголизм / Д. И. Шустов. – М. : Когито-Центр, 2005. – 214 с.
134. *Щербакова Е.* Несмотря на снижение в 2005—2007 годах уровень убийств на фоне показателей других стран остается крайне высоким / Е. Щербакова // Демоскоп Weekly. – 2007. – № 313.
135. *Щербакова Е.* Демографическая нагрузка возрастет, составив к 2030 г. от 763 до 865 потенциальных иждивенцев на 1000 человек трудоспособного возраста / Е. Щербакова // Демоскоп Weekly. – 2009. – № 393—394.

136. Щербакова Е. Несмотря на снижение числа ДТП, смертность от транспортных травм остается высокой / Е. Щербакова // Демоскоп Weekly. – 2010. – № 413—414.
137. Щербакова Е. Население России к 2030 г. может составить от 129 до 144 миллионов человек, а к 2050 г. – от 109 до 145 миллионов человек / Е. Щербакова // Демоскоп Weekly. – 2011. – № 465—466.
138. Щербакова Е. Несмотря на продолжающееся снижение смертности от внешних причин, она остается крайне высокой / Е. Щербакова // Демоскоп Weekly. – 2011. – № 477—478.
139. Энтин Г. М. Алкогольная и наркотическая зависимость / Г. М. Энтин, А. Г. Гофман, А. П. Музыченко. – М., 2002.
140. Юрьева Л. Н. Кризисные состояния / Л. Н. Юрьева. – М. : Медицина, 2001.
141. Ягудина Р. И. Экономические последствия алкоголизма для Российской Федерации. Фармакоэкономическая оценка лекарственного средства Вивитрол / Р. И. Ягудина, К. Ю. Усенко // Фармакоэкономика. – 2009. – № 2. – С. 44—48.
142. Aidan F. Alcohol problems in a general hospital / F. Aidan // Biol. – 1999. – Vol. 4, № 1. – P. 23—34.
143. Alt S. Alkoholprobleme in allgemeinärztlichen Patientkreis einer grobstädtischen Poliklinik / S. Alt, M. Ribbschlaeger, G. Beyer // Z. Klin. Med. – 1991. – Bdl. 46, № 11. – S. 863—866.
144. Ashley M. J. The physical disease characteristics of inpatient alcoholics / M. J. Ashley, J. S. Olin, W. H. Riche // J. Stud. Alcohol, 1981. – Vol. 47, № 1. – P. 1—14.
145. Caces P. Time series analyses of alcohol consumption and suicide mortality in the US, 1984—1987 / P. Caces, T. Harford // J. Studies Alcohol. – 1998. – Vol. 59. – P. 455—461.
146. Constant J. Alcohol, ischemic heart disease, and the French paradox / J. Constant // Clin. Cardiol. – 1997. – Vol. 20, № 5. – P. 420—424.
147. Constant J. The alcoholic cardiomyopathies: genuine and pseudo / J. Constant, R. Watson, A. Myers // Alcohol and heart disease. – 2002. – P. 15—20.
148. Edwards G. Alcohol policy and the public good / G. Edwards. – Oxford : Oxford University Press, 1994.
149. Frances R. J. Suicide and alcoholism / R. J. Frances, J. Franklin, D. K. Flavin // J. Drug Alcohol Abuse. – 1987. – Vol. 13. – P. 327—341.

150. *Groot L. C.* Moderate alcohol in take and mortality / L. C. Groot, P. L. Zock // *Nutr. Rev.* – 1998. – Vol. 56. – Part 1. – P. 25—30.
151. *Klein W.* Alkoholische Kardiomyopathie / W. Klein // *Acta Med. Austr.* – 1984. – Bd. 11. – S. 65—67.
152. *Klingemann H.* Alcohol and its social consequences – the forgotten dimension / H. Klingemann // WHO European Ministerial Conference on Young People and Alcohol. – Stockholm, 2000. – P. 60—68.
153. *Leon D. A.* Huge variation in Russian Federation mortality rates 1984—94: artefact, alcohol, or what? / D. A. Leon // *Lancet.* – 1998. – № 350. – P. 383—388.
154. *Lieber C. S.* Alcoholism: a disease of internal medicine / C. S. Lieber // *J. Stud. Alcohol.* – 1990. – Vol. 51, № 2. – P. 101—103.
155. *Lieber C. S.* Alcohol and the liver / C. S. Lieber // *Gastroenterology.* – 1994. – Vol. 106. – P. 1085—1105.
156. *Lunetta P.* The role of alcohol in accident and violent deaths in Finland / P. Lunetta, A. Penttila, S. Sarna // *Alcohol Clin. Exp. Res.* – 2001. – P. 1654—1661.
157. *Manuella A.* Physical and mental health problems associated with the use of alcohol and drugs / A. Manuella, B. J. Shawn // *Subst. Use Misuse.* – 2003. – Vol. 38, № 11, 13. – P. 1575—1614, 1903—1917.
158. *Mincis M.* Etanole o trato gastrointestinal / M. Mincis, J. M. F. Chebli, S. T. Khouri, R. Mincis // *Arg. Gastroenterol.* – 1995. – Vol. 32 (3). – P. 131—139.
159. *Norstrom T.* Alcohol and Suicide in Scandinavia / T. Norstrom // *Brit. J. Addict.* – 1988. – Vol. 83, № 5. – P. 553—559.
160. *Rehn N.* Unhealthy consequences of alcohol consumption in Europe / N. Rehn // *Voprosy narcologyi Kazahstana.* – 2002. – Vol. 2, № 1. – P. 67—76.
161. *Renaud S.* The French paradox and wine drinking / S. Renaud, R. Gueguen // *Novartis Found Sump.* – 1998. – Vol. 216. – P. 208—217.
162. *Reynaud M.* Alcohol use disorders in Franch hospital patients / M. Reynaud, X. Leleu, A. Bernoux // *Alcohol and Alcohol.* – 1997. – Vol. 32, № 6. – P. 769—775.
163. *Rosmorduc O.* Severe hepatic steatosis: a cause of sudden death in the alcoholic patients / O. Rosmorduc, J. P. Rachardid, F. Lageron // *Gastroenterology clinique biologic.* – 1992. – Vol. 16. – P. 801—804.

164. *Rubin E.* Clinical effects of alcohol on the cardiovascular system / E. Rubin, A. Urbano-Marguez // *Alcohol and Cardiovasc. Syst.* Bethesda – 1996. – P. 127—136.
165. *Sherlock S.* Alcoholic liver disease / S. Sherlock // *Lancet.* – 1995. – Vol. 345. – P. 227—229.
166. *Simanowski U. A.* Ernährungseinflüsse in der karzinogenese: Alcohol als kokorzinogener Factor / U. A. Simanowski, B. Osswald, I. Ferschke // *Verdauungs Krankheiten.* – 1992. – Vol. 10 (1). – S. 26—32.
167. *Schuckit M. A.* Why don't we diagnose alcoholism in our patients? / M. A. Schuckit // *J. Fam. Pract.* – 1987. – Vol. 25, № 3. – P. 225—226.
168. *Sjogren H.* Role of alcohol in unnatural deaths : a study of all deaths in Sweden / H. Sjogren, A. Eriksson, K. Ahim // *Alcohol Clin. Exp.* – 2000. – Vol. 24, № 7.— P. 1050—1056.
169. *Verbanck P.* Clinical and therapeutic aspects in the treatment of alcohol addiction / P. Verbanck // *Rev. Med. Brux.* – 2002. – Sep. – Vol. 23 (4). – A324-7
170. *Wasserman D.* Diminishing alcohol consumption is the most effective suicide preventive program in modern history for males / D. Wasserman, A. Varnik, K. Kolves // *J. European Psychiatry.* – 2007. – Vol. 22. – Supp. 1. – S. 36.

Оглавление

Введение	5
Глава 1 СМЕРТНОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ	9
1.1.Уровень и структура смертности	9
1.2.Вклад алкогольного фактора в общую смертность населения, проблема алкогольной болезни	27
Глава 2 НАСИЛЬСТВЕННАЯ СМЕРТНОСТЬ И АЛКОГОЛИЗАЦИЯ НАСЕЛЕНИЯ	40
2.1.Распространенность и структура смертности от внешних причин	40
2.2.Эпидемиологические и динамические аспекты самоубийств.....	49
2.3.Эпидемиологические и динамические аспекты убийств	65
2.4.Эпидемиологические и динамические аспекты смертности по причине отравлений алкоголем	76
2.5.Эпидемиологические и динамические аспекты смертности по причине транспортных травм	91
2.6.Взаимосвязь насильственной смертности с показателями наркологической заболеваемости	99
Глава 3 СМЕРТНОСТЬ ОТ АЛКОГОЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ	107
3.1.Эпидемиологические и динамические аспекты смертности	107
3.2.Распространенность и структура смертности от алкогольной висцеропатии в лечебно-профилактических учреждениях (совместно с Н. Н. Чарторижской)	119
3.3.Распространенность и структура смертности от алкогольной висцеропатии в домашних условиях	129
Глава 4 МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ АЛКОГОЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ	132
Глава 5 СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОТЕРИ В РЕЗУЛЬТАТЕ АЛКОГОЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ	138
Заключение	142
Литература	147

Introduction	5
Chapter 1 MORTALITY OF POPULATION IN RUSSIAN FEDERATION	9
1.1.Level and structure of mortality	9
1.2.Contribution of alcohol factor into total mortality of population, problem of alcohol illness	27
Chapter 2 VIOLENT MORTALITY AND ALCOHOLIZATION OF POPULATION	40
2.1.Prevalence and structure of mortality from external causes ..	40
2.2.Epidemiological and dynamic aspects of suicides	49
2.3.Epidemiological and dynamic aspects of homicides	65
2.4.Epidemiological and dynamic aspects of mortality from the cause of alcohol intoxications	76
2.5.Epidemiological and dynamic aspects of mortality from the cause of transportation traumas	91
2.6.Interrelationship of violent mortality with indices of substance use sickness rate	99
Chapter 3 MORTALITY FROM ALCOHOL ILLNESS	107
3.1.Epidemiological and dynamic aspects of mortality	107
3.2.Prevalence and structure of mortality from alcohol visceropathy at treatment-preventive institutions (jointly with N. N. Chartorizhskaya)	119
3.3.Prevalence and structure of mortality from alcohol visceropathy under home conditions	129
Chapter 4 METHODOLOGICAL APPROACHES TO ASSESSMENT OF ALCOHOL MORTALITY OF THE POPULATION	132
Chapter 5 SOCIAL-ECONOMIC LOSSES AS A RESULT OF ALCOHOL MORTALITY OF THE POPULATION	138
Conclusion	142
References	147

Научное издание

Монография

**Николай Васильевич Говорин
Анатолий Васильевич Сахаров**

АЛКОГОЛЬНАЯ СМЕРТНОСТЬ

Редактор И. А. Зеленская

Подписано в печать 16.01.2012 г.

Формат 60x84¹/₁₆.

Бумага офсетная № 1.

Печать офсетная.

Печ. л. 10,25; усл. печ. л. 9,53; уч.-изд. л. 9,15.

Тираж 500. Заказ № 22-2012

Издательство «Иван Фёдоров»

634026, г. Томск, ул. Розы Люксембург, 115/1

Тираж отпечатан в типографии «Иван Фёдоров»

634026, г. Томск, ул. Розы Люксембург, 115/1

Тел.: (3822)40-71-24, тел./факс: (3822)40-79-55

E-mail: mail@if.tomsk.ru



Говорин Николай Васильевич

Доктор медицинских наук, профессор, Заслуженный врач РФ, заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и медицинской психологии Читинской государственной медицинской академии. Член Президиума Российского общества психиатров, председатель Забайкальского общества психиатров, сопредседатель Забайкальского краевого Центра «Общее дело» по защите от алкогольной угрозы. Автор более 420 научных публикаций, 8 монографий, 5 патентов. Подготовил 25 кандидатов и 3-х докторов наук. Основные научные направления – оптимизация терапии эндогенных заболеваний, вопросы экологической и детской психиатрии, клинико-патогенетические аспекты аддиктивных состояний, эпидемиология психических и наркологических заболеваний.



Сахаров Анатолий Васильевич

Кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии Читинской государственной медицинской академии. Имеет 80 научных работ, 5 монографий. Основные научные интересы – эпидемиология суицидального поведения, смертность и алкоголизация населения, клинико-эпидемиологические и социально-экономические аспекты алкогольной зависимости, мониторинг алкогольной ситуации.

ISBN 978-5-91701-051-9



9 785917 010519