

ИЗБЫТОЧНАЯ АЛКОГОЛЬ-АТРИБУТИВНАЯ СМЕРТНОСТЬ В Г. АРХАНГЕЛЬСКЕ И ИНДИКАТОРЫ ЕЕ НЕПОЛНОГО УЧЕТА (НА ПРИМЕРЕ АНАЛИЗА УЧЕТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ)

Северный государственный медицинский университет, г. Архангельск

С целью выявления особенностей избыточной алкоголь-атрибутивной смертности (ААС) в г. Архангельске и индикаторов ее неполного учета в статистических формах выполнен сплошной анализ медицинских свидетельств о смерти (ф. 106/у-08) умерших с 01.07.2011 г. по 30.06.2012 г. Средний возраст умерших от алкоголь-атрибутивных состояний составил 50,8 года (95 % ДИ: 49,2–52,5), умерших от прочих состояний – 68,1 года (95 % ДИ: 67,5–68,6). Во всех возрастных группах алкогольная смертность среди мужчин превышала соответствующий показатель среди женщин в 2 раза и более. Наибольшая частота ААС среди мужчин отмечена в 40–59 лет, среди женщин – в 50–69 лет; максимальные относительные потери от ААС население несет в возрасте 30–39 лет. В каждом втором случае смерти от внешних причин в крови умершего был обнаружен этанол в тяжелой или смертельной концентрации. Анализ учетной медицинской документации и статистических форм позволил выделить группу признаков, указывающих на искажение масштаба и структуры ААС в них.

Ключевые слова: алкоголь-атрибутивная смертность, индикаторы учета, учетная медицинская документация.

Введение

Актуальность проблемы сверхсмертности от состояний (заболеваний, внешних причин смерти), обусловленных злоупотреблением алкоголя, признана на международном уровне. В 1974 г. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) обозначила ее в качестве одного из приоритетных направлений для медико-социальных исследований [15]. Мета-анализ результатов последних лет свидетельствует о том, что потребление спиртных напитков может быть ассоциировано с возникновением более чем 200 состояний, имеющих коды Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) [14, 15].

В России проблема избыточной алкоголь-атрибутивной смертности (ААС) особенно значима, чему способствуют дополнительные факторы риска, в их числе: ранний дебют употребления алкоголя; особый интоксикационно-ориентированный паттерн потребления алкоголя населением; преобладание в структуре потребляемого алкоголя крепких спиртных напитков; наличие в продаже контрафактного алкоголя [9]. Вследствие широкой распространенности указанных факторов риска считается, что именно ААС в значительной степени ответственна за сокращение средней продолжительности жизни в стране и сверхсмертность населения в трудоспособном возрасте [5, 10, 11]. Анализ официальных статистических данных о естественном движении населения и смертности по причинам свидетельствует о том, что регистрируемый масштаб ААС достаточно невелик по стране, в целом, он находится в пределах 4–6 % от общей смертности населения, что соответствует

среднемировым показателям [15]. В этой связи, учитывая актуальность проблемы злоупотребления спиртным в российской популяции (по разным оценкам – 15–18 л чистого алкоголя на 1 человека в год в 2000-е годы), следует, что официальные данные не в полной мере отражают реальный масштаб ААС [8]. Факт неполного учета ААС в официальной статистике неоднократно упоминался в научных публикациях, но вне специальных эпидемиологических исследований доказать его практически невозможно [1, 16]. В то же время, детальный анализ статистических форм и учетной медицинской документации позволяет выделить его признаки. Это обусловило выбор цели нашего исследования – на основании анализа учетной медицинской документации определить особенности регистрируемой ААС в г. Архангельске и индикаторы ее неполного учета в статистических формах.

Материалы и методы

В качестве материала исследования выбрали медицинские свидетельства о смерти (ф. 106/у-08). В Медицинском информационно-аналитическом центре (МИАЦ) Архангельской области скопированы данные из «окончательных», «окончательных взамен предварительных» или «окончательных взамен окончательных» ф. 106/у-08 умерших в г. Архангельске в течение одного года – с 01.07.2011 г. по 30.06.2012 г. Общая численность умерших за указанный период составила 4137 человек. В ф. 106/у-08 учитывали даты рождения и смерти (был оценен возраст человека в момент смерти) и пол. Предоставление данных МИАЦ осуществляли по Соглашению о конфиденциально-

сти № 1-КФЛ от 25.02.2013 г. Данные о численности населения в г. Архангельске, в том числе в возрастных группах, взяли из статистического сборника «Распределение населения Архангельской области по полу и возрасту на 01.01.2012».

При проведении статистического анализа использовали количественные и качественные переменные. Для сравнения средних величин использовали параметрический тест Стьюдента. Достоверными считались различия при $p < 0,05$. Обработку статистических данных произвели с помощью пакета прикладных программ SPSS ver. 21 и WinPEPI. Расчет 95 % доверительных интервалов (ДИ) средних величин осуществляли методом Фишера.

Результаты и их обсуждение

Результаты исследования показали, что даже регистрируемая часть ААС в г. Архангельске превышает среднемировые значения [14]. Доля алкоголь-атрибутивных состояний в структуре общей смертности населения составила 4,7 % (95 % ДИ: 4,1–5,4), в том числе среди мужчин – 6,8 % (95 % ДИ: 5,7–7,9); среди женщин – 4 % (95 % ДИ: 3,2–4,9) от общего числа умерших соответствующего пола. Для сравнения ежегодные глобальные алкогольные потери в оценках экспертов ВОЗ составляют всего 4 % от общей смертности населения [15].

Средний возраст умерших в г. Архангельске от всех алкоголь-атрибутивных состояний составил в исследуемый период 50,8 года (95 % ДИ: 49,2–52,5 лет); умерших от всех прочих состояний – 68,1 года (95 % ДИ: 67,5–68,6). Различия указанных показателей значимые (t -Стьюдента = 19,6; $p < 0,001$). Соответственно средняя продолжительность жизни умерших от алкоголь-атрибутивных состояний меньше на

17 лет, чем в среднем в популяции, что еще раз указывает на актуальность избыточной ААС как медико-социального явления.

Для определения характеристики группы риска избыточной ААС нами были рассчитаны показатели смертности от алкоголь-атрибутивных состояний для мужчин и женщин в возрастных группах (рис. 1). В возрасте младше 20 лет случаи смерти от алкоголь-атрибутивных состояний в исследуемый период не зарегистрированы.

В целом, избыточная ААС является актуальной проблемой для мужчин во всех возрастных группах – инцидентность случаев смерти от алкоголь-атрибутивных состояний среди мужчин превышает соответствующий показатель среди женщин более чем в 2 раза. Максимальные значения показателя ААС среди мужчин приходятся на возрастную группу 40–59 лет, т. е. трудоспособный возраст. Среди женщин, напротив, пик смертности от алкоголь-атрибутивных состояний приходится на 50–69 лет, т. е. соответствует периоду выхода на пенсию. Стоит отметить гендерную диспропорцию в динамике показателя ААС в пожилом и старческом возрастах. После 70 лет среди женщин значение показателя резко уменьшается, среди мужчин, напротив, остается крайне высоким.

Отдельно, на основании данных о возрасте человека, на момент смерти нами были рассчитаны доли ААС в структуре общей смертности, приходящиеся на каждую из возрастных групп (рис. 2).

Приведенные данные позволяют дополнить характеристику группы риска избыточной ААС в г. Архангельске. Максимальные относительные потери от ААС (каждая пятая смерть) население несет в возрасте 30–39 лет, соответствующему пику репродуктивной функции человека. Таким образом, в г. Архангельске ААС представляет собой серьезную демографическую проблему, имеющую отдаленные негативные последствия. Угрозу представляет не только фактор сверхсмертности в трудоспособном возрасте. Более важна необратимая потеря репродуктивного потенциала популяции, еще более осложняющая проявления демографического перехода и естественную убыль населения, которая отмечается с 1990-х годов. В старших возрастных группах выявлено последовательное снижение доли алкоголь-атрибутивных состояний в структуре общей смертности населения. Сравнивая данные рис. 1 и 2, стоит отметить следующую особенность: если в возрастном интервале 70 лет и старше показатель ААС остается высоким, в структуре общей смертнос-

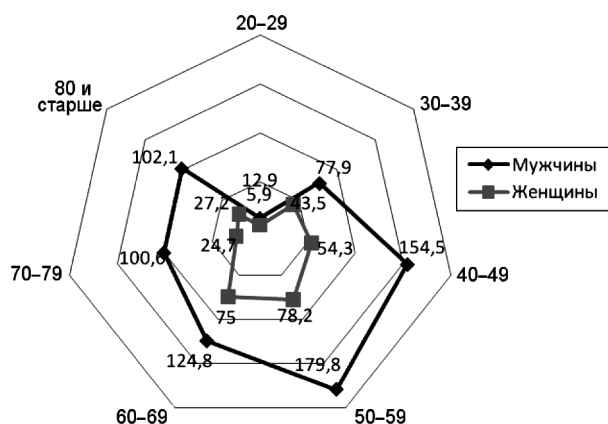


Рис. 1. ААС в г. Архангельске в возрастных группах среди мужчин и женщин (на 100 000 населения соответствующего пола и соответствующей возрастной группы), лет.

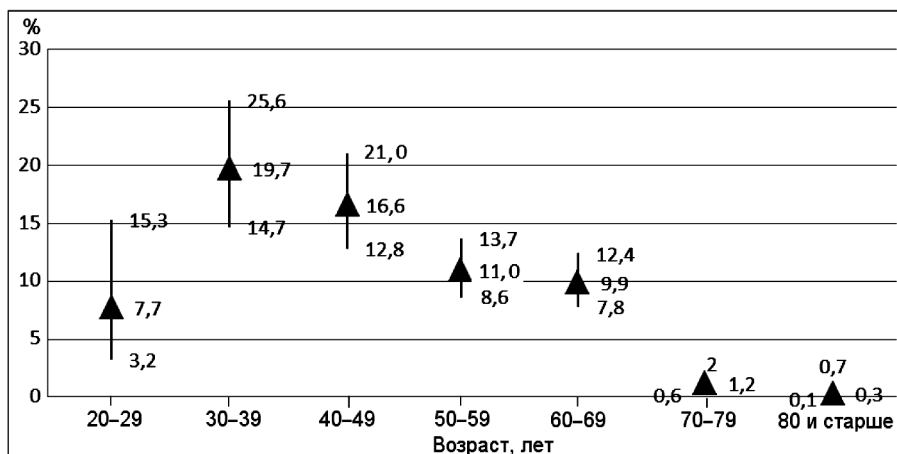


Рис. 2. Доля ААС в структуре общей смертности в возрастных группах, % (95 % ДИ).

ти алкоголь-атрибутивные состояния занимают лишь незначительную долю. Указанная зависимость определяется характером распределения населения города в старших возрастных группах.

Оценка реального масштаба ААС в г. Архангельске должна быть дополнена случаями внешних причин смерти, произошедших в состоянии алкогольного опьянения (рис. 3). Этанол в крови был обнаружен у каждого четвертого умершего (23,6 %; 95% ДИ: 21,6–25,8), чьи тела были исследованы в Бюро судебно-медицинской экспертизы Архангельской обл., независимо от причины смерти. При этом практически в каждом втором случае смерти от внешних причин (см. рис. 3) в крови умершего был обнаружен этанол в тяжелой (от 3,00 до 4,99 ‰) или смертельной (5,0 ‰ и более) концентрации. Хотя присутствие этанола в крови в любой концентрации не означает наличия причинно-следственной связи со смертельным исходом, обозначенные случаи смерти также можно отнести к ААС [2].

Стоит отметить, что характеристика группы риска избыточной ААС в г. Архангельске, в целом, соответствует среднемировым показателям. Например, по оценкам экспертов ВОЗ, в Европе каждый четвертый мужчина (25 %) и каждая восьмая женщина (13 %) в возрастной группе от 34 до 64 лет преждевременно погибают от алкоголь-атрибутивных состояний, а медиана их средней продолжительности жизни меньше на 15 и 24 года соответственно [14, 16]. В этой связи можно предположить, что ААС в России, как медико-социальное явление, практически идентична по своей сути ААС в экономически развитых странах Европы. Но в таком случае остается неопределенным влияние тех особых факторов риска ААС в стране, которые были упомянуты ранее. Другими словами, если предположить, что статистические данные о масштабе и структуре ААС в нашей стране достоверны, то ранний дебют употребления алкоголя и особый интоксикационно-ориентированный паттерн потребления алкоголя населением,

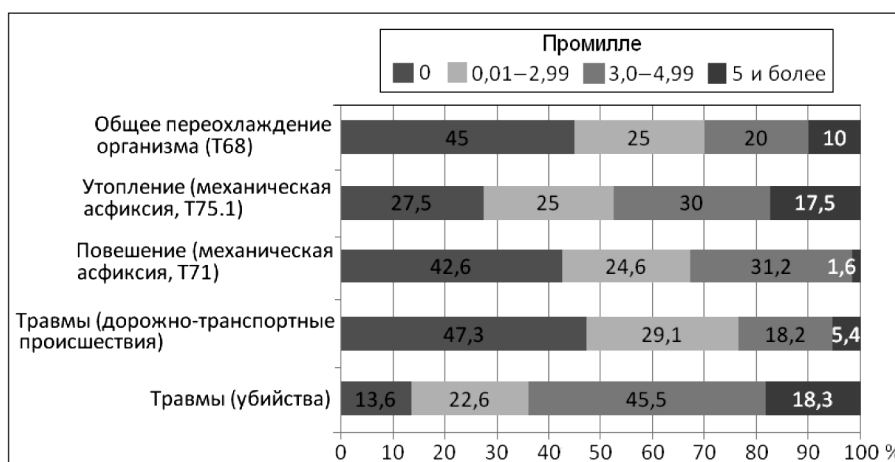


Рис. 3. Концентрация этанола в крови умерших от некоторых внешних причин смерти (по данным ф. 106/у-08), ‰.

преобладание в структуре потребляемого алкоголя крепких спиртных напитков, а также наличие в продаже контрафактного алкоголя не оказывают значимого влияния на вероятность умереть от алкоголь-атрибутивных состояний на популяционном уровне.

Логичное объяснение указанному противоречию заключается в том, что официальные статистические данные не отражают истинный масштаб и структуру ААС. Данная проблема неоднократно являлась объектом изучения в России и за рубежом [1, 13]. Общий вывод этих исследований можно свести к следующему тезису: неполный учет ААС существует и обусловлен, с одной стороны, ошибками посмертной диагностики, с другой стороны – принципиальной невозможностью национальными статистическими системами использовать весь диагностический потенциал МКБ-10 [3, 7]. В первом случае диагноз алкоголь-атрибутивного состояния в качестве основной причины смерти в медицинской документации заменяется другим диагнозом, как правило, из группы сердечно-сосудистых или неуточненных состояний. Во втором случае считается, что недостатки в организации отечественной межведомственной системы учета смертности населения приводят к ошибкам, т. е. «потерям учета» ААС [1]. По мнению ряда авторов, в отличие от стран Западной Европы и Северной Америки, в России проблема неполного учета ААС дополняется фактором намеренного или непреднамеренного «сокрытия» масштаба ААС [6, 10, 11], соответственно, регистрируемый масштаб (и вероятно, структура ААС), оказывается смещенным. Дальнейший анализ учетной медицинской документации позволил выделить индикаторы неполного учета ААС в г. Архангельске:

- во-первых, в нашем примере стоит обратить внимание на структуру ААС. В исследуемый период она представлена всего 6 состояниями (таблица). В это время зафиксировано 2 случая

смерти от «хронического панкреатита алкогольной этиологии» (средний возраст смерти не рассчитывался). Диагностический потенциал МКБ-10 значительно шире и позволяет учитывать почти 30 состояний, содержащих в названии «алкогольный» термин [15]. Используемая в России статистическая форма № 5 (табл. С51) «Распределение умерших по полу, возрастным группам и причинам смерти» позволяет фиксировать 16 алкоголь-атрибутивных состояний;

- во-вторых, средний возраст смерти от алкоголь-атрибутивных состояний в г. Архангельске имеет особенности (см. таблицу). Обращает на себя внимание диспропорция между средним возрастом смерти от «острых» (отравления) и «хронических» алкоголь-атрибутивных состояний (заболеваний, обусловленных злоупотреблением спиртным). В первом случае усредненный показатель равен 54,5 лет (95 % ДИ: 51,8–57,1); во втором – 48,6 года (95 % ДИ: 48,6–50,5). Различия показателей статистически значимые ($t = 3,6$; $p < 0,001$). Эти данные, очевидно, противоречат, с одной стороны, характеристике возрастной группы риска (максимальные относительные потери от ААС отмечаются в возрасте 30–39 лет, см. рис. 2), с другой – особенностям паттерна потребления алкоголя в стране;

- в-третьих, существует предположение о том, что резкий рост показателя общей смертности населения в стране в январе в сравнении с декабрем обусловлен преимущественно алкоголь-атрибутивными причинами (острые отравления этанолом, алкоголь-обусловленные обострения заболеваний сердечно-сосудистой системы). В г. Архангельске, согласно данным табл. С51 статистической формы № 5, показатель общей смертности в январе 2012 г. вырос в сравнении с декабрем 2011 г. на 24,8 % [с 89,2 (95 % ДИ: 79,7–99,6) до 111,4 (95 % ДИ: 100,7–122,9) на 100 000 человек населения]. В то же

Средний возраст умерших от алкоголь-атрибутивных состояний
в г. Архангельске в зависимости от пола, медиана (95 % ДИ), лет

Причина смерти	Мужчины	Женщины	Все население
Острое отравление этанолом	51,2 (48,0–54,5)	60,2 (55,8–64,6)	54,2 (51,4–56,9)
Острое отравление суррогатами алкоголя	48,1 (36,2–60,1)	-	57,6 (44,0–71,3)
Алкогольная кардиомиопатия	45,4 (42,6–48,1)	45,1 (40,8–49,4)	45,3 (43,0–47,5)
Дегенерация нервной системы, вызванная алкоголем	54,7 (46,7–62,6)	53,7 (30,9–76,5)	54,4 (47,8–61,1)
Алкогольная болезнь печени	49,0 (42,8–55,3)	52,5 (48,2–56,8)	51,0 (47,4–54,5)
ААС	49,1 (47,1–51,0)	53,6 (50,8–56,5)	50,8 (49,2–52,5)

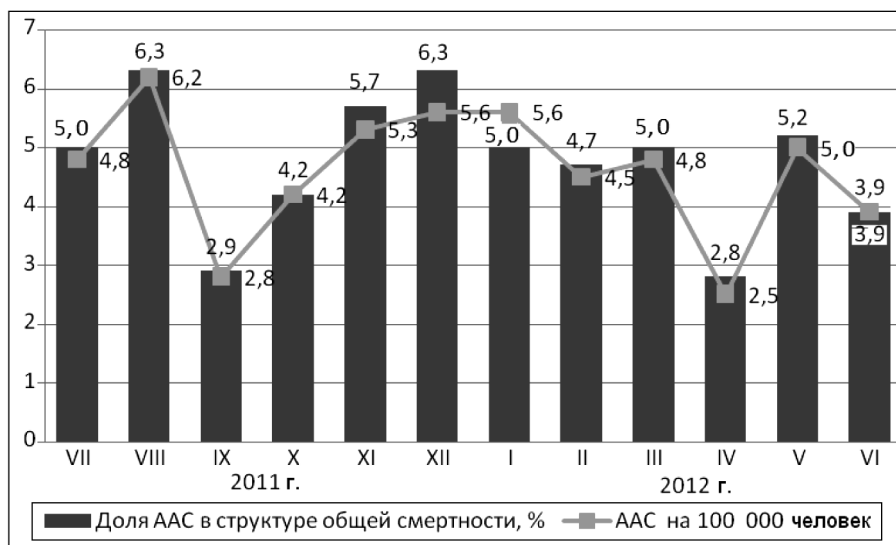


Рис. 4. Внутригодовая динамика ААС в г. Архангельске.

время, показатель ААС и, соответственно, его доля в общей смертности населения в январе 2012 г. сократились (рис. 4). Иными словами, согласно официальным данным, всплеск смертности в январе был обусловлен не алкоголь-атрибутивными причинами смерти, и, более того, новогодние праздники можно считать своеобразным «протективным» фактором избыточной ААС. Этот факт также можно считать признаком намеренного сокрытия реального масштаба данного медико-социального явления.

Наконец, свидетельством занижения реального масштаба ААС в статистических формах является значительное число случаев смерти от внешних причин, произошедших в состоянии тяжелого или смертельного опьянения (см. рис. 3).

Заключение

Подводя итог, можно отметить, что проблема избыточной ААС особенно значима для населения г. Архангельска. Средняя продолжительность жизни умерших от алкоголь-атрибутивных состояний меньше на 17 лет, чем в популяции. Подавляющее большинство случаев смерти от алкогольных состояний происходит в зрелом (трудоспособном) возрасте, а максимальные относительные потери от ААС отмечаются в пике репродуктивной функции человека – 30–39 лет. В то же время, актуальность рассматриваемой проблемы обусловлена в большей степени отсутствием данных о ее реальном масштабе и структуре. Анализ учетной медицинской документации и статистических форм позволил выделить группу признаков, указывающих на их искажение. Соответственно имеет место либо сокрытие, либо потери учета ААС

внутри межведомственной системы регистрации смертности населения. Особенно важным является ее следствие – искажение характеристики группы риска избыточной ААС, что, в свою очередь, не позволяет разрабатывать эффективные профилактические программы.

Литература

1. Вайсман Д.Ш. Автоматизация информационных потоков системы регистрации смертности в Российской Федерации // Соц. аспекты здоровья населения. – 2009. – № 2(10). – URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/25/52>.
2. Вязьмин А.М., Мордовский Э.А., Соловьев А.Г. Смертность от состояний, связанных с употреблением алкоголя // Пробл. соц. гигиены, здравоохранения и соц. работы. – 2013. – № 2. – С. 13–16.
3. Лопиков К.В. Оценка достоверности кодирования причин смерти (по материалам пилотного исследования) // Соц. аспекты здоровья населения. – 2011. – № 2(18). – URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/292/30/lang,ru/>.
4. Мордовский Э.А., Вязьмин А.М., Соловьев А.Г. Алкоголь-атрибутивная смертность и организационные подходы к ее учету в России и за рубежом // Наркология. – 2012. – № 11. – С. 60–69.
5. Немцов А.В., Терехин А.Т. Размеры и диагностический состав алкогольной смертности в России // Наркология. – 2007. – № 12. – С. 29–36.
6. Немцов А.В. Алкогольная смертность в России и пути снижения алкогольных потерь // Демографические перспективы России и задачи демографической политики: материалы науч.-практ. конф. – М.: Экон-Информ, 2010. – С. 66–74.
7. Потери населения России в 2000–2008 гг., обусловленные алкоголем: масштабы, структура, тенденции / В.Г. Семенова, О.И. Антонова, Г.Н. Евдокучкина, Н.С. Гаврилова // Соц. аспекты здоровья населения. – 2010. – № 2(14). – URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/188/30/lang,ru/>.

8. Рощина Я.М. Динамика и структура потребления алкоголя в современной России // Вестн. Рос. мониторинга экон. положения и здоровья населения НИУ ВШЭ. – 2012. – № 2. – С. 238–257.
9. Соловьев А.Г., Вязьмин А.М., Мордовский Э.А. Методологические подходы к учету алкоголь-атрибутивной смертности в России и за рубежом // Обзоры по клинич. фармакологии и лекарств. терапии. – 2012. – № 4. – С. 30–41.
10. Шелыгин К.В., Заплаткин И.А., Рыжкова Н.В. Влияние прямой алкогольной смертности на сокращение средней продолжительности жизни населения Европейского Севера России // Наркология. – 2010. – № 1. – С. 12–17.
11. Alcohol and cause-specific mortality in Russia: a retrospective case-control study of 48 557 adult deaths / D. Zaridze, P. Brennan, J. Boreham [et al.] // Lancet. – 2009. – Vol. 373, N 9682. – P. 2201–2214.
12. Billingsley S. Intragenerational mobility and mortality in Russia: short and longer-term effects // SocSci Med. – 2012. – Vol. 75, N 12. – P. 2326–2336.
13. Burger E.H., Van der Merwe L., Volmink J. Errors in the completion of the death notification form // S. Afr. Med. J. – 2007. – Vol. 97. – P. 1077–1081.
14. European status report on alcohol and health 2010 / WHO Regional Office for Europe. – Copenhagen, Denmark, 2010. – 373 p.
15. Global status report on alcohol and health 2011 / World Health Organization. Department of Mental Health and Substance Abuse. – Le Mont-sur-Lausanne, 2011. – 286 p.
16. John U., Hanke M. Alcohol-attributable mortality in a high per capita consumption country // Alcohol & Alcoholism. – 2002. – Vol. 37, N 6. – P. 581–585.

УДК 616.36.-002.2-089 (571.56)

С.С. Слепцова, А.Г. Рахманова, В.Е. Жолобов

ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЭТАПОВ ПРОВЕДЕНИЯ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ БОЛЬНЫМ С ХРОНИЧЕСКИМИ ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ В СТАДИИ ЦИРРОЗА–РАКА ПЕЧЕНИ В РЕСПУБЛИКЕ САХА (ЯКУТИЯ)

Северо-Восточный Федеральный университет им. М.К. Аммосова, г. Якутск;
Комитет по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга

В Республике Саха (Якутия) с высокой частотой регистрируются хронические вирусные гепатиты В, С и D, а также их отдаленные неблагоприятные исходы. Несмотря на сохраняющийся риск инфицирования трансплантата в послеоперационном периоде, трансплантация печени является единственным методом лечения таких пациентов. Трансплантация печени от живого родственного донора значительно сокращает время пребывания реципиента в «листе ожидания».

Ключевые слова: вирусный гепатит, цирроз, гепатоцеллюлярная карцинома, трансплантация.

Введение

Проблема гемоконтактных вирусных гепатитов на сегодняшний день актуальна, что объясняется повсеместным распространением хронических форм заболеваний и их значимой ролью в формировании неблагоприятных исходов (цирроз и рак), а также преимущественным распространением среди лиц молодого возраста [3, 9]. Учитывая широкую распространенность хронических вирусных гепатитов В, С и D, неуклонно растет число пациентов с циррозом печени вирусной этиологии в «листах ожидания» (ЛО) [8]. Трансплантация печени (ТП) в мире в последние два десятилетия из революционного способа лечения больных с терминальными стадиями болезней печени стала распространенным видом помощи таким пациентам [4, 6, 7].

Республика Саха (Якутия) [РС(Я)] считается гиперэндемичным регионом Российской Федерации по распространенности гемоконтактных вирусных гепатитов В, С и D [1, 2, 10, 11] и, наряду с Бурятией, Тывой и Тюменской областью, входит в число регионов России с максимальными показателями заболеваемости раком печени. РС(Я) по уровню заболеваемости первичным раком печени (ПРП) среди мужского населения ($22,1 \text{ }^0_{/0000}$) занимает 5-ю ранговую позицию в мире после Зимбабве – $27,9 \text{ }^0_{/0000}$ и отдельных провинций стран Юго-Восточной Азии: Южной Кореи (г. Сеул – $46,5 \text{ }^0_{/0000}$), Вьетнама (г. Хо-Ши-Мин – $27,1 \text{ }^0_{/0000}$) и Китая (г. Шанхай – $23,3 \text{ }^0_{/0000}$), среди женского населения ($10,2 \text{ }^0_{/0000}$) – 3-ю после Южной Кореи (г. Сеул – $13,2 \text{ }^0_{/0000}$) и Зимбабве – ($11,6 \text{ }^0_{/0000}$) [2, 11].