

# Алкогольна кардіоміопатія і алкогольна хвороба печінки: проблеми та наслідки вживання алкоголю

А.П. Дорогой

ДУ «Національний науковий центр "Інститут кардіології ім. акад. М.Д. Стражеска" НАМН України», Київ

**Мета роботи** – проаналізувати динаміку та структуру смертності, тривалість життя і втрати трудового потенціалу серед економічно активного населення України за 2005–2015 рр. при всіх класах хвороб, пов'язаних із вживанням алкоголю, відповідно до Міжнародної класифікації хвороб десятого перегляду.

**Матеріал і методи.** Проаналізовано офіційні дані Державного комітету статистики України та ДЗ «Центр медичної статистики» МОЗ України про розподіл померлих за статтю, віковими групами та причинами смерті за 2005 і 2015 р. Розрахунки проводили стандартизованими методами з використанням програми Excel.

**Результати.** Смертність у сільській місцевості від причин, пов'язаних із вживанням алкогольних напоїв, значно вища, ніж у містах (34,917 і 20,644 на 100 тис. відповідного населення). Показники смертності в чоловіків утричі перевищують такі в жінок (відповідно 44,360 і 9,391 на 100 тис.). У структурі смертності у 2015 р. на алкогольну кардіоміопатію припадало 34,7 %, на алкогольну хворобу печінки – 17,9 %, на розлади психіки і поведінки внаслідок вживання алкоголю – 7,4 %, на дегенерацію нервової системи, спричинену вживанням алкоголю, – 6,8 %. У структурі смертності від алкогольної хвороби печінки 76,1 % припадає на алкогольні цирози, 12,7 % – на алкогольну жирову інфільтрацію. Тривалість життя померлих від хвороб алкогольного генезу не перевищує 50–52 роки, що на 20 років менше від загальної тривалості життя. Соціальні збитки досягли 191 889 втрачених років життя.

**Висновки.** При споживанні алкоголю в будь-яких дозах існує певний ризик для здоров'я – від низького до високого. Корисної дози алкоголю не встановлено. Скорочення вживання алкоголю слід розглядати як чинник розвитку суспільства і громади.

**Ключові слова:** алкоголь, смертність, структура, тривалість життя, втрати трудового потенціалу.

За даними Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я (ВООЗ), в Україні споживання алкоголю на одну людину віком понад 15 років протягом року становило 13,9 л чистого етанолу, що відповідає шостому місцю серед 188 країн світу, в США – 9,2 л [1, 6]. Така кількість алкоголю перевищує верхню межу допустимої дози. Доведено, що деградація нації починається при вживанні алкоголю більше 8 л на одну особу за рік. Подібне зловживання спричиняє розвиток багатьох алкогольних вісцеропатичних патологій (цирозу печінки, алкогольної кардіоміопатії (АКМП), гепатиту, нефропатії, енцефалопатії, панкреатиту, алкогольного стеатогепатозу). У 1975 р. ВООЗ офіційно визнала алкоголь «наркотиком, який підриває здоров'я населення». За оцінками експертів, на популяційному рівні алко-

голь більш небезпечний, ніж наркотики, зокрема героїн і кокаїн (D.J. Nutt, L.A. King, L.D. Phillips, 2010). За результатами нового дослідження, вчені Великої Британії запропонували максимально можливу шкоду від наркотиків класифікувати як 100 балів, мінімальну – 0. За такою оцінкою алкоголь отримав 72 бали, героїн – 55, крек – 54, кокаїн – 27, тютюн – 26, метадон – 13.

Результати досліджень, пов'язаних із аналізом вживання алкоголю та шкоди від нього для суспільства і громадського здоров'я, довели, що алкоголь – це третій за значущістю, після куріння тютюну та артеріальної гіпертензії (АГ), чинник ризику виникнення захворювань і смерті у країнах Європи. У світі алкоголь вважають також третім за значущістю чинником ризику інвалідності та передчасної смерті. Крім цього, алко-

голь призводить до злиднів, соціальної дезадаптації та ізоляції [5].

Вживання алкоголю розглядають у світі як глобальну загрозу для розвитку окремої людини й суспільства в цілому [14]. Йдеться не лише про фізичне здоров'я і неінфекційні його порушення, передчасну смертність, психоневрологічні розлади (депресія, тривога, когнітивні зміни, проблеми зі сном, периферичні neuropatii), а й дорожньо-транспортні пригоди, насилля, самогубство та вбивства. Ураження імунної системи, ендокринні хвороби (цукровий діабет), різноманітні розлади харчування, зміни мікроелементної ланки гомеостазу та інші порушення обміну речовин, зниження щільності кісток у результаті кальцієвого дисбалансу, алкогольний синдром плода також асоціюються зі зловживанням алкоголем. Доведено, що алкоголь впливає на розвиток АГ, мозкових інсультів, нестабільної стенокардії, гострого інфаркту міокарда, порушення серцевого ритму [15]. Його розглядають як один із провідних чинників ризику раптової серцевої смерті, особливо при ішемічній хворобі серця, АГ, кардіоміопатії. Алкоголь знижує поріг фібриляції, тому навіть безпечна для здорової людини передсердна екстрасистолія може призвести до фатальної фібриляції шлуночків серця. Доведено, що кожні 10 г алкоголю додатково протягом доби підвищують відносний ризик розвитку фібриляції передсердь на 8 % ( $P < 0,001$ ) [17].

При вивченні впливу алкоголю на ішемічне прекодиціювання, яке вважається ефективною формою ендогенного захисту міокарда від ішемічного ушкодження, встановлено, що навіть помірна доза етанолу унеможлиблює цей процес і поглиблює розвиток ішемії. Виходячи з наведеного, алкоголь у будь-якій дозі необхідно забороняти пацієнтам з високим ризиком розвитку гострого інфаркту міокарда [19].

Результати дослідження Stroke Onset Study показали, що вживання невеликих доз алкоголю вже через 1 год асоціюється з підвищеним ризиком розвитку ішемічного інсульту [18]. У дослідженні Sweden Twin Registry доведено, що алкоголь як чинник ризику розвитку інсультів (у дозі більше 2 напоїв за добу) більш значущий, ніж АГ та цукровий діабет [16].

Високу коморбідність алкоголізму відзначено при туберкульозі, ВІЛ-інфекції, легеневої патології. На сьогодні добре відомий зв'язок між вживанням алкоголю і розвитком хронічного панкреатиту, цирозу та раку печінки. Гепато-

ризик при вживанні алкоголю завжди існує [5, 8]. За «Санітарно-гігієнічними нормами» (1999) алкоголь характеризується як «речовина з доведеною для людини канцерогенністю», проте до цього часу його вважають «специфічним» продуктом харчування. У Великій Британії у 2013 р. 4–6 % усіх випадків раку пов'язували з алкоголем. Алкоголь у малих дозах (1,5 одиниці на добу) може бути чинником ризику розвитку раку ротової порожнини, стравоходу, в більших дозах (6 одиниць) – раку печінки і підшлункової залози. У нових Британських рекомендаціях (2016) зазначено, що безпечних рівнів вживання алкоголю немає, тому що в будь-якій кількості ризик розвитку злоякісних новоутворень збільшується.

Встановлені асоціативні зв'язки алкоголю з важливими медико-соціальними проблемами, які впливають на тривалість і якість життя. У країнах Європейського регіону з алкоголем пов'язаний кожний 7-й випадок передчасної смерті серед чоловіків і 13-й – серед жінок. При регулярному прийомі алкоголь викликає залежність, при спорадичному – інтоксикацію. Витрати на діагностику та лікування хвороб, обумовлених вживанням алкоголю, становлять до 12 % від загальних витрат у системі охорони здоров'я. Відомо, що 10–20 % звернень пацієнтів у лікувально-поліклінічні заклади країни мають алкогольне походження, 20–35 % госпіталізованих із травмами, мали проблеми з алкоголем.

Міжнародна класифікація хвороб десятого перегляду (МКХ-10) виокремлює понад 30 станів, пов'язаних із вживанням етанолу, і близько 200 ситуацій, за яких алкоголь відносять до чинників ризику.

Теорія про те, що алкоголь нібито має кардіопротекторні властивості, останнім часом критикується і переглядається. Науково не доведено користь вживання алкоголю при багатьох клінічних станах виявляється очевидними збитками для здоров'я медичного і соціального характеру. З огляду на це прийнято і загально визнано концепцію, відповідно до якої неприпустимо рекомендувати алкоголь з метою поліпшення здоров'я. Проте в суспільстві переоцінюють уявний позитивний ефект вживання алкоголю і недооцінюють його очевидні негативні наслідки [11, 12].

Мета роботи – проаналізувати динаміку та структуру смертності, тривалість життя і втрати

трудового потенціалу серед економічно активного населення України за 2005–2015 рр. при всіх класах хвороб, пов'язаних із вживанням алкоголю, відповідно до Міжнародної класифікації хвороб десятого перегляду.

## Матеріал і методи

Проаналізовано офіційні дані Державного комітету статистики України та ДЗ «Центр медичної статистики» МОЗ України про розподіл померлих за статтю, віковими групами та причинами смерті у 2005 і 2015 р. Вивчали динаміку показників смертності (в абсолютних одиницях і стандартизованих показниках) у міських поселеннях та сільській місцевості при патології, пов'язаній із вживанням алкоголю, розраховували структуру смертності, загальну тривалість життя, тривалість життя померлих чоловіків і жінок у працездатному віці. Як перший компонент показника сумарного тягаря хвороб DALYs (Disability Adjusted Life Years) розраховували втрачені роки життя (ВРЖ) через передчасну смерть серед економічно активного населення (ЕАН). ЕАН розподіляли на працездатних (16–59 років для чоловіків, 16–54 років для жінок) і старших за працездатних (відповідно 60–69 та 55–69 років). Розрахунки проводили стандартизованими методами з використанням програми Excel.

## Результати та їх обговорення

Моніторинг смертності населення України за останні 25 років показав, що найвищий рівень показників від усіх причин припадав на 2005 р. З 2005 до 2015 р. при провідних класах хвороб смертність зменшувалася. Найбільше знижувався цей показник щодо травм, отруєнь та деяких інших наслідків дії зовнішніх чинників – на 41,9 % (з 148,506 до 86,333 на 100 тис. усього населення), у міських поселеннях – на 45,4 % (з 138,473 до 75,554 на 100 тис. відповідного населення), у сільській місцевості – на 37,0 % (з 169,645 до 106,833 на 100 тис. відповідного населення), у чоловіків – на 41,7 %, у жінок – на 43,4 %. На другій позиції розташувалися хвороби органів дихання – на 40,7 % (у містах – на 37,8 %, у селах – на 45,3 %), на третій – хвороби органів травлення – на 17,0 % (у містах – на 19,4 %, у селах – на 11,0 %). При хворобах системи кровообігу (ХСК) зменшення показників було

мінімальним – на 2,7 % (у містах – на 2,8 %, у селах – на 4,7 %). Смертність при новоутвореннях зросла на 2,5 % (з 194,987 до 199,846 на 100 тисяч населення), у містах – на 4,1 % (з 197,618 до 205,642), у селах – знизилася на 0,3 % (з 189,445 до 188,824). Характерною ознакою цього періоду було суттєве зменшення смертності від усіх причин у працездатному віці (з 24,6 до 18,7 %) та збільшення тривалості життя на 3,4 року (з 67,7 до 71,1 року), в жінок – на 2,2 року (з 74,0 до 76,1) року, в чоловіків – на 3,5 року (з 62,3 до 65,9 року).

При аналізі смертності від усіх причин встановлено, що у 2005 р. у стані алкогольного сп'яніння померло 15 324 особи з 781 961 (2,0 %), у 2015 – відповідно 4528 з 594 796 (0,8 %), тобто на 61,2 % менше. Отже, можна дійти висновку, що найбільш вагомим чинником впливу на поліпшення показників смерті населення України на популяційному рівні з 2005 до 2015 р. було зменшення питомої ваги померлих у стані алкогольного сп'яніння. Найвагоміший внесок у позитивну динаміку смерті належить травмам, отруєнням та деяким іншим наслідкам дії зовнішніх причин (XIX клас хвороб). Кількість померлих у стані алкогольного сп'яніння в цілому зменшилася з 17,8 до 11,0 % (з 18,1 до 11,7 % у чоловіків та з 16,8 до 8,6 % у жінок).

Згубна дія зловживання алкоголем виявляється не тільки при травмах, отруєннях та деяких інших наслідках дії зовнішніх причин. Алкоголь відносять до незалежного глобального ризику погіршення громадського здоров'я, розвитку і прогресування низки хвороб та ускладнень від них. Провідні позиції серед них посідають ХСК (АКМП, хронічна серцева недостатність, порушення ритму серця, раптова серцева смерть), потім травми й отруєння, хвороби органів травлення (алкогольна хвороба печінки), розлади психіки та поведінки, хвороби нервової системи (табл. 1).

За період 2005–2015 рр. реєстрували значне зменшення смертності (в абсолютних даних і стандартизованих показниках) від хвороб, пов'язаних із вживанням алкоголю (табл. 2). У міських поселеннях стандартизовані показники смертності як у чоловіків, так і в жінок зменшилися більшою мірою, ніж у сільській місцевості (відповідно на 61,7 і 48,6 %). Перше місце за зниженням стандартизованих показників смерті посіли випадкові отруєння та дія алкоголю – на 70,8 % (у містах – на 66,5 %, у селах – на 60,8 %).

Таблиця 1  
Класи хвороб та нозологічні причини смерті, зумовлені вживанням алкоголю

Клас хвороб	Код	Нозологічна одиниця	Код
Клас IX. ХСК	I00-I99	Алкогольна кардіоміопатія	I42.6
Клас XIX. Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх причин	S00-T98	Випадкове отруєння та дія алкоголю	X45
		Навмисне самоотруєння та дія алкоголю	X65
		Отруєння (вплив) алкоголем, намір невизначений	Y15
Клас XI. Хвороби органів травлення	K00-K93	Алкогольна хвороба печінки	K70
		Хронічний алкогольний панкреатит	K86.0
		Алкогольний гастрит	K29.2
Клас V. Розлади психіки та поведінки	F00-F99	Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю	F10
Клас VI. Хвороби нервової системи	G00-G99	Дегенерація нервової системи, спричинена вживанням алкоголю	G31.2
		Алкогольна поліневропатія	G62.1
		Алкогольна міопатія	G72.1

Таблиця 2  
Динаміка випадків смерті серед населення України, пов'язаної з вживанням алкоголю

Роки	Міські поселення та сільська місцевість		Міські поселення		Сільська місцевість	
	Осіб	На 100 тис.*	Осіб	На 100 тис.*	Осіб	На 100 тис.*
2005	27635	58,668	17337	54,273	10298	67,921
2015	9830	25,644	5361	20,769	4469	34,917
Δ, %	-64,4	-56,3	-69,1	-61,7	-56,6	-48,6

**Примітка.** \* На 100 тисяч відповідного населення. Те саме в табл. 3.

На другому місці – розлади психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю – на 63,1 %, на третьому – алкогольні хвороби печінки – на 59,2 % і хронічний алкогольний панкреатит – на 51,6 %. Смертність від АКМП і дегенерації нервової системи, спричинена вживанням алкоголю, зменшувалася значно повільніше. Така динаміка може свідчити про рівень органотропної токсичності алкогольних напоїв.

Вважається, що кризові явища в країні, економічна скрута, збільшення вартості алкогольних напоїв привели до зменшення купівельної спроможності та споживання алкоголю і своєю чергою до поліпшення показників смертності та збільшення тривалості життя.

Проаналізуємо нозологічну структуру смертності при хворобах, пов'язаних із вживанням алкоголю, за 2015 р. та порівняно з 2005 р. (табл. 3). У 2005 р. в Україні померло від хвороб, пов'язаних з алкоголем, 27 635 осіб (62,7 % у міських поселеннях, 37,3 % у сільській місцевості), у 2015 р. – 9830 (відповідно 54,5 та 45,5 %). Отже, питома вага померлих від хвороб, пов'язаних з алкоголем, у сільській місцевості зросла з 37,3 до 45,5 %, у містах – навпаки, зменшилася з 62,7 до 54,5 %. Порівняно з 2005 р., у 2015 р. значно зменшилася кількість

випадків смерті від випадкових отруєнь та дії алкоголю, тому вони поступилися першим місцем АКМП. На третій позиції розташувалися алкогольні хвороби печінки (4,118 на 100 тис. усього населення, в містах – 3,198, у селах – 5,867).

Стандартизовані показники смертності при АКМП удвічі вищі, ніж при алкогольній хворобі печінки (9,185 і 4,118 відповідно), як у містах, так і в селах. Отже, токсична кардіотропність алкоголю щодо міокарда переважає гепатотоксичність щодо печінки. Дія алкоголю на міокард пов'язана в першу чергу з продуктом метаболізму етанолу – ацетальдегідом, який пошкоджує кардіоміоцити, мітохондрії, мембрани ендоплазматичного ретикулулу та сприяє розвитку запальних процесів. АКМП розвивається поступово, без помітної клінічної симптоматики. Перші ознаки хвороби виявляються приблизно через 10–15 років. Саме цей факт у більшості випадків робить вживання алкоголю неконтрольованим і без належної самооцінки з надією на те, що нічого поганого не станеться. Згодом підвищується аритмогенна готовність міокарда, що в 40–60 % випадків закінчується фібриляцією шлуночків і раптовою серцевою смертю.

Таблиця 3

Показники смертності населення України при хворобах, пов'язаних з алкоголем (2015 р.)

Причина смерті	Місто і село		Місто		Село	
	Осіб	На 100 тис.	Осіб	На 100 тис.	Осіб	На 100 тис.
Алкогольна кардіоміопатія	3414	9,185	1869	7,631	1545	12,142
Випадкове отруєння та дія алкоголю	2982	7,870	1606	6,330	1376	10,801
Алкогольна хвороба печінки	1755	4,118	984	3,198	771	5,867
Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю	729	1,981	334	1,373	395	3,137
Дегенерація нервової системи, спричинена вживанням алкоголю	671	1,739	345	1,314	326	2,547
Отруєння (вплив) алкоголем, намір невизначений	251	0,688	210	0,877	41	0,327
Хронічний алкогольний панкреатит	22	0,052	9	0,034	13	0,088
Алкогольна поліневропатія	4	0,008	2	0,008	2	0,008
Навмисне самоотруєння та дія алкоголю	2	0,003	2	0,004	0	0,0
Усього	9830	25,644	5361	20,769	4469	34,917

Смертність від розладів психіки та поведінки і дегенерації нервової системи переважала в сільській місцевості. Не виключено, що в цьому випадку має значення якість алкогольних напоїв і характер їх споживання в містах і селах. Хронічний алкогольний панкреатит та поліневропатії рідко були самостійними причинами смерті, очевидно, через коморбідність із супутньою патологією [7].

Медико-соціальне значення шкідливого вживання алкоголю та тягар його впливу на громадське здоров'я полягає в скороченні тривалості життя (табл. 4). Загальна тривалість життя померлих від АКМП з 2005 до 2015 р. збільшилася на 0,4 року (в жінок зменшилася на 1,5 року, в чоловіків збільшилася на 1 рік). Якщо в 2005 р. різниця між загальною тривалістю життя у випадках смерті від усіх причин (67,7 року) і від АКМП (51,1 року) становила 16,6 року (25,1 року в жінок, 11,6 року в чоловіків), то у 2015 р. – 19,6 року (у жінок – 25,1 року, в чоловіків – 14,2 року). Такі результати свідчать про те, що різниця між загальною тривалістю життя і тривалістю життя при шкідливому вживанні алкоголю збільшилася до 19,6 року (до 25,1 року в жінок, до 14,2 року в чоловіків). Отже, зловживання алкоголем скорочує середню тривалість життя в середньому на 20 років (у межах 14–25 років).

Звернемо увагу ще на одну особливість. Якщо різниця між загальною тривалістю життя жінок і чоловіків становила у 2005 р. 11,7 року, в 2015 р. – 10,2 року, то при алкогольних хворобах чоловіки і жінки доживали до однакового віку – 50–52 роки. Отже, згубна дія алкоголю на людський організм однакова як у чоловіків, так і у жінок.

Таблиця 4

Тривалість життя населення України при хворобах, пов'язаних із вживанням алкоголю (роки)

Хвороби	Роки	Жінки	Чоловіки	Разом
Всі причини	2005	74,0	62,3	67,7
	2015	76,1	65,9	71,1
	Δ	2,2	3,5	3,4
Алкогольна кардіоміопатія	2005	52,5	50,7	51,1
	2015	51,0	51,7	51,5
	Δ	-1,5	1,0	0,4
Випадкове отруєння та дія алкоголю	2005	51,7	48,6	49,1
	2015	51,5	48,4	49,0
	Δ	-0,2	-0,1	-0,1
Алкогольна хвороба печінки	2005	51,3	50,1	50,5
	2015	50,1	51,7	50,8
	Δ	-1,2	1,6	0,3
Розлади психіки та поведінки при вживанні алкоголю	2005	52,6	49,2	49,8
	2015	53,9	51,5	51,9
	Δ	1,3	2,3	2,1
Дегенерація нервової системи, спричинена вживанням алкоголю	2005	53,1	52,3	52,5
	2015	52,2	52,4	52,4
	Δ	-0,9	0,1	-0,1

АКМП, як причина смерті, скорочувала тривалість життя при ХСК на 24,8 року (з 76,3 до 51,5 року), в жінок – на 28,8 (з 79,8 до 51,0 року), в чоловіків – на 20,1 року (з 71,8 до 51,7 років). Фактично алкоголь скорочує тривалість життя більше ніж на ціле покоління. До ішемічної хвороби серця, зокрема до інфаркту міокарда, атеросклерозу, пацієнти з АКМП не доживають близько 25 років. Отже, стверджувати про захисну

роль алкогольних напоїв, зокрема червоного вина, на серцево-судинну систему немає вагомих доказів. Пацієнти від алкоголю помирають значно раніше, ніж з'являються ускладнення атеросклеротичного генезу. Крім цього, доведено, що алкоголь не впливав на вміст атерогенного холестерину ліпопротеїнів низької щільності та на деякі важливі маркери запалення, проте може він може підвищувати рівень тригліцеридів, з яким асоціюється розвиток мозкових інсультів [3, 4].

Алкогольна хвороба печінки в структурі смертності від соматичних алкогольних причин посідає друге місце. Етанол метаболізується в печінці у високоактивний і токсичний метаболіт ацетальдегід, який швидко перетворюється в ацетат. При окисненні етанолу утворюються вільні радикали, запускається процес перекисного окиснення, що призводить до uszkodження внутрішньоклітинних структур гепатоцитів та розвитку фіброзу. Процес має стадійний перебіг, протягом 5–7 років. Класифікація алкогольних хвороб печінки за МКХ-10 наведена в *табл. 5*.

У структурі смертності при алкогольній хворобі печінки перше місце посідає алкогольний цироз (76,1 %), питома вага якого більша в мешканців сільської місцевості порівняно з міськими жителями (79,9 і 73,2 %). Алкогольна жирова інфільтрація печінки, алкогольний гепатит, алкогольний фіброз і склероз печінки більшу питому вагу мають у містах (*табл. 6*).

Зловживання алкоголем – друга після гепатотропних вірусів (В, С і D) причина виникнення цирозів печінки. Хоча тривалість вживання алкоголю для розвитку хвороб печінки точно не встановлена, проте є беззаперечні докази того, що такий процес неминучий і незворотний. Доведено, що на тлі алкогольної залежності цироз печінки розвивається в 7 разів частіше,

*Таблиця 5*  
Класифікація алкогольних хвороб печінки

Коди МКХ-10	Нозологічні форми
K70	Алкогольна хвороба печінки
K70.0	Алкогольна жирова інфільтрація печінки
K70.1	Алкогольний гепатит
K70.2	Алкогольний фіброз та склероз печінки
K70.3	Алкогольний цироз печінки
K70.4	Алкогольна печінкова недостатність
K70.9	Алкогольна хвороба печінки, не уточнена

ніж за її відсутності [2, 13, 14]. Важливо, що для uszkodження печінки має значення не тип алкогольного напою чи його міцність, а індивідуальні особливості, в першу чергу спадкові (генетичні), і зовнішні чинники.

Для визначення глобального тягаря хвороб, пов'язаних із зловживанням алкогольних напоїв, розраховували ВРЖ у результаті передчасної смерті. Для розрахунків цього показника ми орієнтувалися на ЕАН. У 2015 р. від усіх хвороб, пов'язаних з алкоголем, померло 7890 осіб, з них 7645 (96,9 %) – економічно активного віку. Чоловіків економічно активного працездатного віку було 6341 (82,9 %), старших (60–69 років) – 1304 (17,1 %).

Втрати трудового потенціалу країни від усіх хвороб, пов'язаних з алкоголем, становили 191 880 ВРЖ (*табл. 7*), з них на працездатний період припадало 50,3 %, на старший економічно активний вік – 49,7 %. ВРЖ при хворобах алкогольного генезу переважали втрати від гострого інфаркту міокарда майже в чотири рази, на 11 % більше, ніж при всіх мозкових інсультах. Отже, тягар вживання алкогольних напоїв на громадське здоров'я очевидний. Загальна кількість ВРЖ серед чоловіків економічно активного віку була в 4,1 разу більша,

*Таблиця 6*  
Структура смертності серед усього населення України при алкогольній хворобі печінки (2015 р.)

Причина смерті	Місто		Село		Разом	
	Осіб	%	Осіб	%	Осіб	%
Алкогольна хвороба печінки	984	100,0	771	100,0	1755	100,0
Алкогольний цироз печінки	720	73,2	616	79,9	1336	76,1
Алкогольна жирова інфільтрація печінки	162	16,5	61	7,9	223	12,7
Алкогольний гепатит	50	5,1	28	3,6	78	4,4
Алкогольна хвороба печінки, не уточнена	25	2,5	52	6,7	77	4,4
Алкогольний фіброз і склероз печінки	18	1,8	7	0,9	25	1,4
Алкогольна печінкова недостатність	9	0,9	7	0,9	16	0,9

Таблиця 7

Втрачені роки життя серед населення України економічно активного віку при хворобах, пов'язаних із вживанням алкоголю (2015)

Стать	ЕАН		Працездатне		60–69 років	
	ВРЖ	%	ВРЖ	%	ВРЖ	%
Чоловіки	154 343	80,4	83 154	86,2	71 189	74,6
Жінки	37 537	19,6	13 279	13,8	24 258	25,4
Разом	191 880	100	964 33	100	95 447	100

ніж серед жінок: працездатного віку – в 6,3 разу, старших – у 2,9 разу.

В економічно активному віці на чоловіків припадало 80,4 % всіх ВРЖ, на жінок – 19,6 %. Фактично це свідчить про переважання зловживання алкоголем серед чоловіків як у працездатному віці, так і в старшому. Ми вважаємо, що різниця щодо загальної тривалості життя жінок порівняно з чоловіками, яка становить 10,2 року і є однією з найбільших серед країн Європейського Союзу, значною мірою обумовлена переважним зловживанням алкоголю.

Аналіз даних офіційної статистики щодо смертності, пов'язаної зі вживанням алкоголю, за 2005 і 2015 рр. показав зменшення стандартизованих показників у цілому на 56,3 %, більше в сільській місцевості, ніж у містах. Рівень смертності в сільській місцевості вищий, ніж у міських поселеннях, практично при всіх нозологіях як у чоловіків, так і в жінок, причому, в чоловіків показники смертності в 3–4 рази вищі, ніж у жінок. Вживання алкогольних напоїв завжди пов'язано з ризиком отруєння і виникнення спричиненої ним смерті, яка в структурі смертності в 2005 р. посіла перше місце. Частіше летальні випадки реєстрували в сільській місцевості серед чоловіків. З точки зору громадського здоров'я, важливо чітко надавати інформацію про алкоголь як потенційну отруйну речовину, на частку якої припадає третина смертельних випадків. У 2015 р. внаслідок зменшення показників смертності при отруєннях, на першій позиції в структурі опинилася АКМП, на третій – алкогольна хвороба печінки (більше в сільській місцевості). Питома вага померлих від алкогольної хвороби печінки в чоловіків становила у 2005 р. 15,4 %, у жінок – 23,4 %, в 2015 р. – 15,6 і 26,9 % відповідно. Очевидно, що це обумовлено більшою чутливістю жіночого організму до токсичної дії алкоголю. Розлади психіки і поведінки та дегенерація нервової системи призводять до смерті практично однаково як у містах, так і в селах. Хронічний алкогольний пан-

креатит, алкогольні полінейропатії, гастрит і міопатія також можуть призводити до смертельних наслідків.

Отже політропність і поліорганність патогенетичної дії алкоголю на організм – це одна з важливих особливостей впливу на здоров'я людини. Провідними причинами смерті й скорочення життя на теперішній час вважають АКМП (34,7 % від усіх алкогольних смертей), алкогольну хворобу печінки (17,9 %), розлади психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю (7,4 %), дегенерацію нервової системи (6,8 %). На кожний випадок смерті від алкогольної хвороби печінки припадає два від АКМП. Це свідчить про те, що серед усіх інших органів, у першу чергу і найчастіше страждає міокард.

У науковій літературі, часто доволіно і невідзначеними термінами трактується дози вживання алкоголю – «малі дози», «великі дози», «безпечні дози» тощо [9]. Найбільш виважено класифікацію, на наш погляд, запропонувала ВООЗ, в основі якої лежить рівень ризику шкоди для здоров'я:

- високий рівень споживання – шкідливий для здоров'я;
- середній рівень споживання – небезпечний або ризикований для здоров'я;
- низький рівень споживання – низький ризик для здоров'я.

Згідно з цією класифікацією, при споживанні алкоголю в будь-яких дозах існує певний ризик для здоров'я – від низького до високого. Отже, корисної дози алкоголю не встановлено. Тому ВООЗ дотримується принципу «чим менше, тим краще». Найкраще, звичайно, взагалі алкоголь не вживати [14].

Lars Møller, керівник програми «Алкоголь і заборонені наркотики» Європейського бюро ВООЗ, в одному з інтерв'ю, розвіюючи міф про так звані безпечні рівні вживання алкоголю, наголошував на тому, що чим більше людина випиває, тим вищий ризик захворіти. Отже, для зменшення шкідливого тягаря алкоголю на

здоров'я в першу чергу необхідно обмежити його вживання.

У 2010 р. Всесвітня асамблея охорони здоров'я прийняла резолюцію і затвердила глобальну стратегію зменшення шкідливого вживання алкоголю та визнала наявність тісних зв'язків між шкідливим вживанням алкоголю і соціально-економічним розвитком. Стратегія передбачає варіанти політики, заходи втручання, принципи їх розробки та виконання, які поділяють на 10 взаємно пов'язаних цільових напрямків [5]. Наведемо деякі з них:

- регулювання обмеження доступності алкоголю;
- зменшення попиту через механізми оподаткування і ціноутворення;
- боротьба з керуванням транспортними засобами в стані алкогольного сп'яніння;
- підвищення поінформованості про наслідки споживання алкоголю і постійна підтримка такої політики;
- регулювання маркетингу алкогольних напоїв, особливо серед молоді.

Скорочення вживання алкоголю слід розглядати як чинник розвитку суспільства і громади. Проте соціально-культурні традиції, стереотипи поведінки в суспільстві, неадекватне інформаційне забезпечення на рівні громад та низький рівень стимулів обмеження вживання алкоголю на первинному рівні в системі охорони здоров'я гальмують ефективно використання наявних обґрунтованих організаційно-профілактичних заходів повною мірою [10].

## Висновки

1. За останні 10 років в Україні показники смертності від хвороб, пов'язаних із вживанням алкогольних напоїв, зменшилися на 56,3 %. У сільській місцевості показники смертності при всіх алкогольних нозологіях вищі, ніж у міських поселеннях як у чоловіків, так і у жінок.

2. Перше місце в структурі смертності від хвороб, пов'язаних із вживанням алкогольних напоїв, посіла алкогольна кардіоміопатія (34,7 %), друге – алкогольна хвороба печінки (17,9 %). На один випадок смерті від алкогольної хвороби печінки припадає два від алкогольної кардіоміопатії.

3. Тривалість життя при алкогольній патології не перевищує 50–52 років, скорочується

порівняно із загальною тривалістю на 20 років (у межах 14–25 років). Медико-соціальний тягар від хвороб, пов'язаних із вживанням алкоголю, серед економічно активного населення України в 2015 р. становив 191 889 втрачених років життя, що втричі вище, ніж при гострому інфаркті міокарда.

Таким чином, корисної дози алкоголю взагалі не буває.

## Література

1. Алкогольная политика и общественное благо.– Женева: ВОЗ, 1998.– 316 с.
2. Амине М., Ранайон Б.А. Алкогольный гепатит: клинические рекомендации по диагностике и лечению // Здоров'я України.– 2011.– № 3 (256).– С. 54–55.
3. Визир В.А., Березин А.Е. Современная стратегия лечения гиперлипидемий // Практична ангіологія.– 2011.– № 4.– С. 5–14.
4. Влияние алкоголя на биологические маркеры, связанные с риском развития коронарной недостаточности: системный обзор и мета-анализ интервенционных исследований // Ліки України.– 2011.– № 6 (152).– С. 14–21.
5. Глобальная стратегия сокращения вредного употребления алкоголя.– Женева: ВОЗ, 2014.– 48 с.
6. Глобальный доклад ВОЗ о положении в области алкоголя и здоровья. Данные по состоянию на 2010 г.– Женева: ВОЗ, 2014.
7. Губергриц Н.Б., Кишеня М.С., Голубова О.А. Полиморфизм генов метаболизма при хроническом алкогольном панкреатите // Тер. архив.– 2014.– Т. 86.– № 2.– С. 49–55.
8. Никифоров И.А., Чернобровка Т.В., Жовнерчук Е.В. и др. Поражение печени при алкоголизме (обзор литературы) // Профилактическая медицина.– 2014.– Т. 17.– № 3.– С. 55–61.
9. Оганов Р.Г., Масленникова Г.Я. Алкогольная единица и дозы потребления алкоголя: медицинские и социально-экономические аспекты // Профилактическая медицина.– 2010.– Т. 13.– № 5.– С. 17–213.
10. Оптимізація заходів профілактики алкогольної залежності лікарями загальної практики/сімейної медицини (методичні рекомендації) // МОЗ України, Український центр наукової медичної інформації та патентно-ліцензійної роботи / Укл. О.З. Децик, І.М. Карпинець, Л.Г. Курманська.– К., 2013.– 28 с.
11. Пирожков С.В., Панченко Л.Ф. Алкогольное поражение сердца // Кардиология.– 2011.– Т. 53.– № 8.– С. 87–92.
12. Погосова Н.В., Соколова О.Ю., Колтунов И.Е. Алкоголь, сердечно-сосудистые заболевания и соматическое здоровье // Кардиология.– 2012.– Т. 52.– № 5.– С. 62–68.
13. Радченко О.М. Проблеми діагностики та лікування цирозу печінки у практиці лікаря загальної практики – сімейної медицини // Здоров'я України.– 2016.– № 8.
14. Устінов О.В. Алгоритм дії лікаря при наданні медичної допомоги пацієнтам із алкогольним гепатитом (алкогольною хворобою печінки) // Укр. мед. часопис.– 2014.– № 6 (104).– С. 160–164.
15. Юсупова А.О., Лишута А.С. Алкоголь и нарушение сердечного ритма // Рациональная фармакотерапия в кардиологии.– 2015.– № 11 (3).– С. 317–326.
16. Kadlekova P., Andel R., Mikulik R. et al. Alcohol Consumption at midlife and risk of stroke during 43 years of follow-up cohort and twin analyses // Stroke.– 2015.– Published online before print.
17. Kodama S., Saito K., Tanaka S. et al. Alcohol consumption



and risk of atrial fibrillation. A meta-analysis // Am. Coll. Cardiol.– 2011.– Vol. 57.– P. 427–436.  
18. Mostofsky E., Burger M.R., Schlaug G. et al. Alcohol and acute ischemic stroke onset. The Stroke Onset Study //

Stroke.– 2010.– Vol. 41 (9).– P. 1845–1849.  
19. Niccoli G., Altamura L., Fabretti A. et al. Ethanol abolishes ischemic preconditioning in humans // J. Am. Coll. Cardiol.– 2008.– Vol. 51.– P. 271–275.

Надійшла 27.07.2016 р.

## Алкогольная кардиомиопатия и алкогольная болезнь печени: проблемы и последствия употребления алкоголя

А.П. Дорогой

*ГУ «Национальный научный центр "Институт кардиологии им. акад. Н.Д. Стражеско" НАМН Украины», Киев*

**Цель работы** – проанализировать динамику и структуру смертности, продолжительность жизни и потери трудового потенциала среди экономически активного населения Украины за 2005–2015 гг. при всех классах болезней, связанных с употреблением алкоголя, согласно Международной классификации болезней десятого пересмотра.

**Материал и методы.** Проанализированы официальные данные Государственного комитета статистики Украины и ГУ «Центр медицинской статистики» МЗ Украины о распределении умерших по полу, возрастным группам и причинам смерти за 2005 и 2015 г. Расчеты проводили стандартизованными методами с использованием программы Excel.

**Результаты.** Смертность в сельской местности от причин, связанных с употреблением алкогольных напитков, значительно выше, чем в городах (34,917 и 20,644 на 100 тыс. соответствующего населения). Показатели смертности у мужчин в три раза превышают таковые у женщин (соответственно 44,360 и 9,391 на 100 тыс.). В структуре смертности в 2015 г. на алкогольную кардиомиопатию приходилось 34,7 %, на алкогольную болезнь печени – 17,9 %, на расстройства психики и поведения вследствие употребления алкоголя – 7,4 %, на дегенерацию нервной системы, вызванную употреблением алкоголя, – 6,8 %. В структуре смертности от алкогольной болезни печени 76,1 % приходится на алкогольные циррозы, 12,7 % – на алкогольную жировую инфильтрацию. Продолжительность жизни умерших от болезней алкогольного генеза составляет 50–52 года, что на 20 лет меньше общей продолжительности жизни. Социальные убытки достигли 191 889 потерянных лет жизни.

**Выводы.** При потреблении алкоголя в любых дозах существует определенный риск для здоровья – от низкого до высокого. Полезной дозы алкоголя не установлено. Сокращение употребления алкоголя следует рассматривать как фактор развития общества.

**Ключевые слова:** алкоголь, смертность, структура смертности, продолжительность жизни, потери трудового потенциала.

## Alcohol cardiomyopathy and alcohol liver disease: problems and consequences of alcohol consumption

A.P. Dorogoi

*National Scientific Center «M.D. Strazhesko Institute of Cardiology of NAMS of Ukraine», Kyiv, Ukraine*

**The aim** – to analyze the mortality dynamics and its structure, life expectancy and losses of labor potential among the economically active population of Ukraine in 2005 and 2015 with considering all classes of diseases related to alcohol consumption, according to the International Classification of Diseases, Tenth Revision.

**Material and methods.** There were analyzed the official data of the Ukraine State Statistics Committee and SI «The Center of the Ukraine Ministry of Health Medical Statistics» on the distribution of mortality by sex, age groups and causes of death for 2005 and 2015. The calculations were performed by standardized methods using Excel program.

**Results.** The mortality rate in rural areas from causes related to alcohol, was much higher rural than in urban areas (34.917 and 20.644 per 100 thousand respective population). The mortality among men was three times higher than in women (44.360 and 9.391 respectively for 100 thousand). In the structure of mortality in 2015 alcoholic cardiomyopathy was responsible for 34.7 %, alcohol liver disease – 17.9 %, mental and behavior disturbances, due to alcohol – 7.4 %, the degeneration of the nervous system, caused by use of alcohol – 6.8 %. The structure of mortality from alcoholic liver disease was accounted for 76.1 % by alcohol cirrhosis, for 12.7 % – by alcohol fatty infiltration. Life expectancy those who died of alcohol disease genesis, not exceed 50–52 years, which is 20 years less than total life expectancy. Social losses reached 191,889 lost years of life.

**Conclusions.** The consumption of alcohol in any dose is the risk for health rising from low to high. There was not determined any beneficial dose of alcohol. Reducing of alcohol consumption should be considered a factor in the development both individuals and society.

**Key words:** alcohol, mortality, mortality structure, life, loss of labor potential.