

УДК 613.81:614.21(571.16)

## АНАЛИЗ ХАРАКТЕРА УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ СРЕДИ ПОСЕТИТЕЛЕЙ ЦЕНТРОВ ЗДОРОВЬЯ Г. ТОМСКА

Кобякова О.С., Старовойтова Е.А., Деев И.А., Куликов Е.С., Кириллова Н.А., Панимаскина А.В.

*Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск*

### РЕЗЮМЕ

Цель исследования – анализ характера употребления алкоголя как фактора риска хронических неинфекционных заболеваний среди посетителей центров здоровья г. Томска для оптимизации профилактических мероприятий.

**Материал и методы.** За период 2010–2012 гг. обследование в центрах здоровья прошли 9302 человека (7466 женщин и 1836 мужчин) в возрасте от 18 до 88 лет, средний возраст составил  $(49,2 \pm 15,6)$  года. В сформированной выборке статистически значимо преобладали женщины. При обращении в центр на каждого посетителя заполнялась «Медицинская карта центра здоровья». Проводился опрос о характере употребления алкоголя (пациенты выбирали один из вариантов ответа: «случайно», «мало», «часто», «не употребляю») и крепости употребляемых спиртных напитков (крепкие либо слабоалкогольные), факте табакокурения.

**Результаты.** Максимальная распространенность употребления алкоголя была зарегистрирована в возрастных группах 20–29 и 30–39 лет (85,4 и 85,5% соответственно). Употребление алкоголя уменьшалось с возрастом, достигая минимального значения в группе посетителей в возрасте 70 лет и старше. Регулярное употребление алкоголя зарегистрировано у более молодых лиц ( $46,8 \pm 14,86$  vs  $54,01 \pm 15,9$ ;  $p < 0,05$ ). Установлено, что наиболее часто респонденты употребляют слабоалкогольные напитки (5068 человек, 71,9%), в то время как крепким напиткам отдает предпочтение лишь каждый третий посетитель (2191 человек, 31,1%). Необходимо отметить, что слабоалкогольным напиткам предпочтение отдают лица более молодого возраста, а крепким – старшего ( $46,65 \pm 15,26$  vs  $50,72 \pm 13,95$ ;  $p < 0,05$ ). Городские жители употребляют алкоголь статистически значимо чаще (77,7%), чем сельские (72,3%) (ОШ 1,33; 95%-й ДИ 1,15–1,54). Потребление алкоголя среди работающих составило 82,7%, что статистически значимо более часто (ОШ 1,66; 95%-й ДИ 1,47–1,88) в сравнении с неработающими (73,4%). Среди лиц с высшим образованием распространенность употребления алкоголя была статистически значимо выше, чем среди респондентов, не имеющих высшего образования (80,87 и 76,37% соответственно, ОШ 1,31; 95%-й ДИ 1,16–1,47).

**Заключение.** В рамках проведенного исследования установлено, что большинство посетителей, употребляющих алкоголь, – это лица молодого возраста, отдающие предпочтение слабоалкогольным напиткам. С возрастом увеличивается число лиц, употребляющих крепкие спиртные напитки. Таким образом, при проведении профилактических мероприятий особое внимание должно уделяться лицам молодого возраста, не употребляющим алкоголь и употребляющим слабоалкогольные напитки, с акцентом на неблагоприятное влияние даже редкого употребления слабоалкогольных напитков.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** алкоголь, факторы риска, хронические неинфекционные заболевания.

### Введение

Алкоголь является психоактивным веществом, которое вызывает зависимость у людей, употребляющих

его регулярно. Алкоголь широко используется во многих культурах на протяжении веков, при этом чрезмерное его употребление является причиной ряда заболеваний и несет значительное социальное и экономическое бремя для общества. Различные факторы, такие как экономическое развитие страны, культура

✉ Старовойтова Елена Александровна, тел. 8-906-957-4588;  
e-mail: elena-starovoytova@yandex.ru

потребления алкоголя, его доступность, а также эффективность антиалкогольной политики являются ведущими в объяснении различий и исторических тенденций в потреблении алкоголя и связанного с ним ущерба.

Чрезмерное употребление спиртных напитков выступает одним из ведущих факторов риска заболеваемости, инвалидности и смертности во всем мире. Употребление алкоголя является одной из причин более 200 заболеваний, в том числе сердечно-сосудистых, цирроза печени [1] и целого ряда онкологических заболеваний, болезней поджелудочной железы [2], сахарного диабета 2-го типа [3, 4], различных травм (преднамеренных и непреднамеренных) и т.д. [5].

В 2012 г. около 3,3 млн случаев смерти (5,9% всех случаев смерти в мире) были связаны с употреблением алкоголя. Это больше, чем, например, доля смертей от ВИЧ/СПИДа (2,8%), насилия (0,9%) или туберкулеза (1,7%). Существуют значительные гендерные различия в доле случаев смерти, связанных с приемом алкоголя. Так, например, в 2012 г. 7,6% смертей среди мужчин были связаны с алкоголем, при этом у женщин данный показатель не превышал 4,0% [6].

Согласно официальной статистике, объем употребления алкоголя в России на душу населения в год составляет 9–10 л и, по мнению экспертов, этот показатель крайне занижен [7]. По данным других авторов, Россия занимает 4-е место в мире по потреблению алкоголя на душу населения (15,76 л), уступая Молдове, Чехии и Венгрии [8]. Из алкогольных напитков, употребляемых населением страны, 75% представлены спиртом и спиртосодержащими напитками, что отличает Россию от других стран. Существуют и особенности потребления алкоголя населением нашей страны – в пересчете на чистый этанол обычное (разовое) его употребление составляет в среднем 150 г для мужчин и около 25 г для женщин, что выше безопасных ежедневных доз в 5 и 2 раза соответственно [9].

Несмотря на наличие официальных данных о потреблении алкоголя в литрах на душу населения на уровне Российской Федерации, информация по характеру употребления алкоголя различными группами населения, по его крепости весьма ограничена. Обладание этой информацией позволит органам управления здравоохранением своевременно и целенаправленно распространять сведения о риске употребления алкоголя для здоровья, оптимизировать профилактическую помощь населению.

В России с 1 января 2006 г. стартовал Национальный проект «Здоровье», одним из направлений кото-

рого было открытие центров здоровья для раннего выявления факторов риска и профилактики хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ).

В рамках настоящего исследования были проанализированы данные посетителей центров здоровья г. Томска с целью оценки употребления алкоголя как фактора риска ХНИЗ в период с 2010 по 2012 г.

Цель исследования – анализ характера употребления алкоголя как фактора риска хронических неинфекционных заболеваний среди посетителей центров здоровья г. Томска для оптимизации профилактических мероприятий.

## Материал и методы

За период с 2010 по 2012 г. обследование в центрах здоровья прошли 9302 человека (7466 женщин и 1836 мужчин) в возрасте от 18 до 88 лет, средний возраст посетителей составил  $(49,2 \pm 15,6)$  года. В сформированной выборке статистически значимо преобладали женщины. Данное обстоятельство может косвенно свидетельствовать о том, что женщины более внимательно относятся к своему здоровью и чаще являются посетителями центров здоровья.

При обращении в центр на каждого посетителя заполнялась «Медицинская карта центра здоровья». В карте отражались паспортные данные, социальный статус, данные анамнеза. Проводился опрос о характере употребления алкоголя (пациенты выбирали один из вариантов ответа: «случайно», «мало», «часто», «не употребляю») и крепости употребляемых спиртных напитков (крепкие либо слабоалкогольные), факте табакокурения.

Для статистической обработки результатов исследования использовали пакет программ Statistica 10.0 for Windows. При сравнении частот качественных признаков использовали критерий  $\chi^2$  или 2-сторонний критерий Фишера. Для оценки различия средних в попарно не связанных выборках применяли *U*-критерий Манна–Уитни. Для оценки вероятностей использовали программу Statcalc, версия 6. Качественные данные представлены в виде абсолютных и (или) относительных (%) частот, количественные в виде  $X \pm x$ , где  $X$  – среднее арифметическое,  $x$  – стандартное отклонение. Различия считали статистически значимыми при  $p < 0,05$ .

## Результаты

Для анализа характеристик потребления алкоголя все посетители, включенные в исследование, были разделены на семь возрастных групп, соотноше-

ние мужчин и женщин в каждой группе было сопоставимым с данным показателем во всей обследуемой

когорте (таблица).

Распределение пациентов по возрастным группам и распространенность употребления алкоголя							
Группа	До 20 лет	20–29 лет	30–39 лет	40–49 лет	50–59 лет	60–69 лет	Старше 70 лет
Количество человек	152	1230	1220	1475	2578	1702	936
Средний возраст в группе, лет	18,6 ± 0,61	25,1 ± 2,7	34,6 ± 2,8	44,9 ± 2,9	54,7 ± 2,8	63,4 ± 2,7	73,9 ± 3,5
Употребление алкоголя, %	76,4	85,4	85,5	83,9	70,9	70,2	60,6

Все пациенты по ответу на вопрос «Характер употребления алкоголя» были распределены на четыре категории: употребляют алкоголь случайно, употребляют алкоголь мало, употребляют алкоголь часто, не употребляют алкоголь. Установлено, что употребляют алкоголь 75,7% участников исследования (7048 человек, средний возраст (47,45 ± 15,25) года) – жителей Томской области, посетивших центры здоровья, причем из них 65,5% употребляют алкоголь на регулярной основе (ответили на вопрос «Характер употребления алкоголя» – «мало» и «часто»).

Наиболее часто алкоголь употребляли представители возрастных групп 20–29 и 30–39 лет (85,4 и 85,5%) (таблица). Этот показатель уменьшался с возрастом, достигая минимального значения в группе посетителей 70 лет и старше.

При этом регулярное употребление алкоголя зарегистрировано у достоверно более молодых лиц (46,8 ± 14,86 vs 54,01 ± 15,9;  $p < 0,05$ ). При анализе крепости употребляемых напитков показано, что наиболее часто респонденты употребляют слабоалкогольные напитки (5068 человек, 71,9%), в то время как крепким напиткам отдает предпочтение каждый третий посетитель (2191 человек, 31,1%). Необходимо отметить, что слабоалкогольным напиткам предпочтение отдают лица более молодого возраста, а крепким более старшего (46,65 ± 15,26 vs 50,72 ±

± 13,95;  $p < 0,05$ ). Вероятно, продемонстрированные возрастные различия в группах по регулярности потребления и крепости напитков отражают тенденцию к злоупотреблению пивом среди лиц молодого возраста. Кроме того, установлено, что в возрастных группах 40–49 и 50–59 лет имеется тенденция к увеличению числа лиц, употребляющих крепкие спиртные напитки (рис. 1).

Анализ регулярности употребления алкогольных напитков в разных возрастных группах (рис. 2) показал, что с увеличением возраста растет доля лиц, которые не употребляют алкоголь. Вероятно, это происходит за счет уменьшения количества людей, которые принимают алкоголь «случайно» и «мало», в то время как доля посетителей, не употребляющих алкоголь «часто», остается одинаковой во всех возрастных группах.

Установлено, что городские жители употребляют алкоголь достоверно чаще (77,7%), чем сельские (72,3%) (ОШ 1,33; 95%-й ДИ 1,15–1,54). Причем женщины употребляют алкоголь реже, чем мужчины (75,2 и 84,7% соответственно, ОШ 0,55; 95%-й ДИ 0,47–0,93), вне зависимости от места жительства (75,8% женщины, проживающие в городе, и 70,1% женщины, проживающие в селе vs 85,2% мужчины, проживающие в городе, и 80,8% мужчины, проживающие в селе).

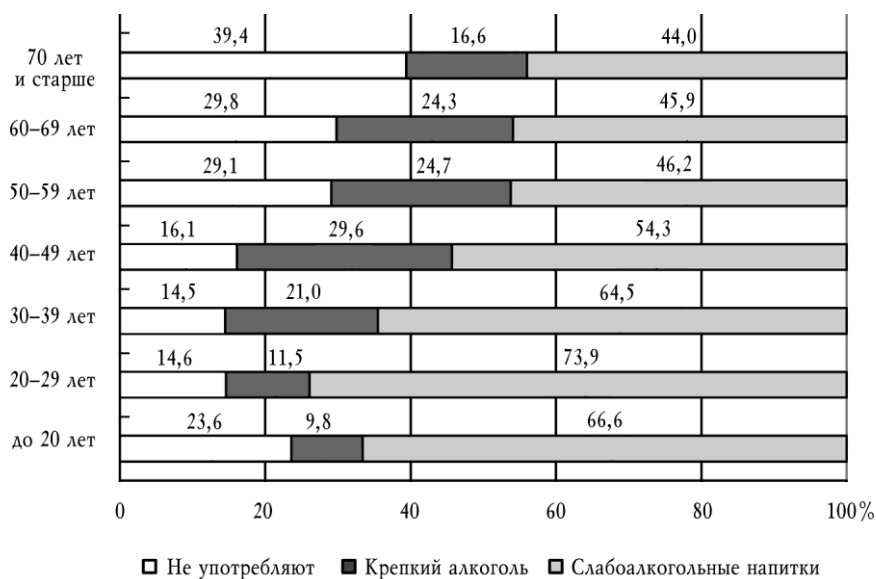


Рис. 1. Употребление спиртных напитков различной крепости в возрастных группах

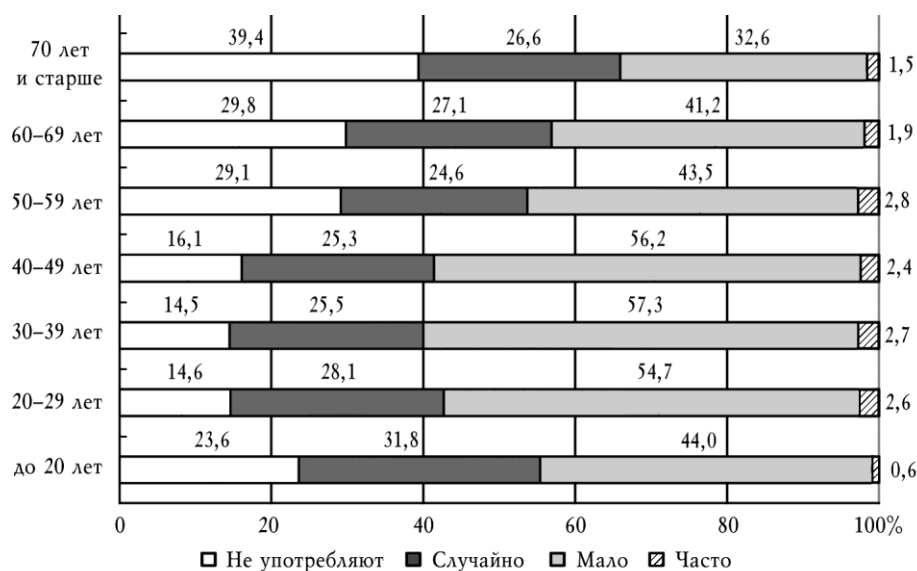


Рис. 2. Частота употребления спиртных напитков в разных возрастных группах

Потребление алкоголя среди работающих лиц составило 82,7%, что достоверно более часто (ОШ 1,66; 95%-й ДИ 1,47–1,88) в сравнении с неработающими – 73,4%. Кроме того, были зарегистрированы различия в зависимости от уровня образования. Так, среди лиц с высшим образованием распространенность употребления алкоголя была достоверно выше и составила 80,87% в сравнении с посетителями, не имеющими высшего образования, – 76,37% (ОШ 1,31; 95%-й ДИ 1,16–1,47).

Оценка распространенности хронической патологии среди посетителей центров здоровья продемонстрировала, что большинство лиц, употребляющих алкоголь, имели какие-либо диагностированные ХНИЗ.

Наиболее часто встречались такие заболевания, как гипертоническая болезнь (2129 человек, 30,2%), хронический гастрит (1230 человек, 17,4%), хронический холецистит (1256 человек, 17,8%), новообразования (1154 человек, 16,3%).

По данным проведенного исследования, большинство посетителей центров здоровья употребляют слабоалкогольные напитки в небольших дозах. Необходимо отметить, что в исследуемой выборке преобладают женщины в возрасте старше 50 лет, которые чаще имеют хронические заболевания и реже употребляют спиртные напитки в силу состояния здоровья и, возможно, приема каких-либо медикаментов, в то время как основная группа посетителей, употребляю-

щих алкоголь, представлена молодыми людьми в возрасте 20–40 лет, как правило, еще не имеющими хронических заболеваний. В этой связи делать вывод о протективном эффекте малых доз слабоалкогольных напитков [10] не совсем правомочно. С помощью мета-анализа установлено, что потребление более 60 г чистого алкоголя ежемесячно не обладает кардиопротективным эффектом [11]. По данным другого мета-анализа установлено, что лица, бросившие пить, употребляющие алкоголь в небольших количествах и пьющие имеют одинаковый риск смерти от всех причин, и от ИБС в том числе [12].

В рамках данного исследования было показано, что такой фактор риска ХНИЗ, как алкоголь достоверно ассоциирован с другим важным, но корригируемым фактором риска – курением. Пациенты, употребляющие алкоголь, достоверно более часто курят в сравнении с пациентами, избегающими прием алкоголя (22,7% vs 10,01%; ОШ 2,58; 96%-й ДИ 3,20–3,02; ОР 1,19; 95%-й ДИ 1,16–1,21).

## Обсуждение

В последние годы в Российской Федерации активно ведется борьба за уменьшение употребления спиртных напитков: ограничена продажа алкогольной продукции по времени, введен возрастной ценз на реализацию алкоголя, определены места, где запрещена его продажа. Кроме того, в течение последних 6 лет в рамках Национального проекта «Здоровье» на территории России активно работают центры здоровья, основные направления деятельности которых – раннее выявление факторов риска ХНИЗ и организация профилактической помощи.

Согласно результатам проведенного исследования, только каждый пятый посетитель центра здоровья не употребляет алкоголь, в то время как каждый второй принимает алкоголь на регулярной основе. Установлено, что городские жители употребляют алкоголь достоверно чаще, чем сельские (ОШ 1,33; 95%-й ДИ 1,15–1,54), при этом вне зависимости от места жительства женщины употребляют алкоголь реже, чем мужчины (ОШ 0,55; 95%-й ДИ 0,47–0,93). Полученные результаты совпадают с данными зарубежных авторов: так, в выборке жителей Мозамбика в возрасте 25–64 лет было установлено, что общая распространенность употребления алкоголя составила 28,9% среди женщин и 57,7% среди мужчин. В сельских районах Мозамбика эти гендерные различия в потреблении алкоголя сохранялись (25% женщин и 50% мужчин) [13]. Исследования, проведенные в Индии, также свидетельствуют о большей распространенности употребления алкоголя среди мужчин (16,8%) по

сравнению с женщинами (1,3%) [14]. Вероятно, данные различия ассоциированы и являются одной из причин различий в смертности. Так, по данным ВОЗ, 7,6% всех смертей среди мужчин в 2012 г. были связаны с алкоголем, среди женщин этот показатель составлял 4,0% [15]. Кроме того, мужчины имеют более высокие значения индекса DALY, ассоциированного с употреблением алкоголя (7,4% для мужчин и 2,3% для женщин) [6].

Зарегистрированы различия в употреблении алкоголя в зависимости от занятости и уровня образования: работающие и лица с высшим образованием прибегали к приему алкоголя достоверно более часто в сравнении с неработающими (ОШ 1,66; 95%-й ДИ 1,47–1,88) и респондентами, не имеющими высшего образования (ОШ 1,31; 95%-й ДИ 1,16–1,47). По данным ВОЗ, употребление алкоголя чаще встречается среди лиц, имеющих более высокий социально-экономический уровень, чем среди бедных групп населения, однако люди с низким социально-экономическим статусом более уязвимы в отношении пагубных последствий употребления алкоголя [6, 16]. Например, работники физического труда более уязвимы к серьезным последствиям для здоровья, связанным с алкоголем, в том числе смерти, чем работники умственного труда. Это может быть связано, во-первых, с их отношением к своему здоровью, во-вторых, наличием большего числа мотивирующих факторов для борьбы с последствиями употребления алкоголя у людей с высоким социально-экономическим положением и, в-третьих, существует мнение, что «бедные люди пьют реже, но если они пьют, то пьют больше» [17].

В рамках проведенного исследования установлено, что большинство лиц, употребляющих алкоголь – это люди молодого возраста, отдающие предпочтение слабоалкогольным напиткам, и с возрастом увеличивается число лиц, употребляющих крепкие спиртные напитки. Таким образом, исходя из полученных данных, можно сделать вывод о том, что с возрастом люди, употребляющие слабоалкогольные напитки (пиво и вино), переходят на прием крепких напитков. Поэтому профилактические мероприятия следует начинать проводить у лиц молодого возраста. Это подтверждается и результатами контролируемых исследований оценки эффективности профилактических программ, согласно которым отсутствие опыта употребления алкоголя и позднее начало его употребления являются основными предикторами эффективности [17, 19–21].

Особую важность полученным данным придает сопоставление с результатами крупного проспектив-

ного наблюдательного исследования, в рамках которого были проанализированы данные 151 тыс. человек в городах Барнауле, Бийске и Томске. Согласно этому исследованию, ожидаемый риск смерти в течение 20 лет в возрастной группе 35–54 года составлял от 16% для употребляющих менее одной бутылки водки в неделю до 35% в группе употребляющих три и более полулитровых бутылок в неделю, а в возрастной группе 55–74 года риск возрастал до 64% [18]. При этом в настоящее время каждый четвертый российский мужчина умирает в возрасте до 55 лет, в то время как в Великобритании до этого возраста не доживают лишь 7% мужчин. С определенной долей вероятности можно утверждать, что указанные различия могут быть обусловлены особенностями употребления алкогольных напитков наряду с высокой распространенностью курения среди населения.

## Заключение

Таким образом, при проведении профилактических мероприятий особое внимание должно уделяться лицам молодого возраста, не употребляющим алкоголь и употребляющим слабоалкогольные напитки, с акцентом на неблагоприятное влияние даже редкого употребления слабоалкогольных напитков.

## Литература

1. *Rehm J., Taylor B., Mohapatra S., Irving H., Baliunas D., Patra J., Roerecke M.* Alcohol as a risk factor for liver cirrhosis: a systematic review and meta-analysis // *Drug, Alcohol Rev.* 2010. Jul. V. 29, № 4. P. 37–45. doi: 10.1111/j.1465-3362.2009.00153.x.
2. *Irving H., Samokhvalov A., Rehm J.* Alcohol as a risk factor for pancreatitis. A systematic review and meta-analysis // *Journal of Pancreas.* 2009. Jun. V. 10, № 4. P. 87–92.
3. *Baliunas D., Taylor B., Rehm J.* Alcohol as a Risk Factor for Type 2 Diabetes. A systematic review and meta-analysis // *Diabetes Care.* 2009. V. 32, № 11. P. 2123–2132. doi: 10.2337/dc09-0227.
4. *Parry C., Patra J., Rehm J.* Alcohol consumption and non-communicable diseases: epidemiology and policy implications // *Addiction.* 2011. Oct. V. 106, № 10. P. 1718–1724. doi: 10.1111/j.1360-0443.2011.03605.x.
5. *Rehm J., Dolly Baliunas D., Taylor B.* The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease – an overview // *Addiction.* 2010. May. V. 105, № 5. P. 817–843. doi: 10.1111/j.1360-0443.2010.02899.x.
6. *Global Status Report on Alcohol and Health – 2014 ed. / World Health Organization Library [Электронный ресурс] // World Health Organization, 2014. URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763\_eng.pdf, свободный.*
7. *Лубашев Е.А.* Методологические основы управления социальным развитием региона в контексте региональной социально-экономической политики: дис. ... д-ра эконом. наук. СПб., 2014.
8. *Рейтинг стран мира по уровню потребления алкоголя.* Гуманитарная энциклопедия [Электронный ресурс] // Центр гуманитарных технологий. – 2012.03.31 (последняя редакция: 2014.07.07). URL: <http://gtmarket.ru/ratings/rating-countries-alcohol-consumption/info>, свободный.
9. *Штарук С.Ю.* Взаимосвязь приема алкоголя и артериальной гипертензии // *Бюл. СО РАМН.* 2010. Т. 30, № 5. С. 25–29.
10. *Moore R., Pearson T.* Moderate alcohol consumption and coronary artery disease. A review // *Medicine (Baltimore).* 1986. Jul. V. 65, № 4. P. 242–267.
11. *Roerecke M., Rehm J.* Irregular heavy drinking occasions and risk of ischemic heart disease: a systematic review and meta-analysis // *American Journal of Epidemiology.* 2010. V. 171, P. 633–644. doi: 10.1093/aje/kwp451.
12. *Fillmore K., Stockwell T., Chikritzhs T., Bostrom A., Kerr W.* Moderate alcohol use and reduced mortality risk: systematic error in prospective studies and new hypotheses // *Ann Epidemiol.* 2007. V. 17. P. 16–23.
13. *Silva-Matos C., Beran D.* Non-communicable diseases in Mozambique: risk factors, burden, response and outcomes to date // *Globalization and Health.* 2012. Nov. V. 8, № 37. doi:10.1186/1744-8603-8-37.
14. *Kumar S., Vinayagamorthy, Kumar V.* Prevalence and Pattern of Alcohol Consumption using Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in Rural Tamil Nadu, India // *Journal of Clinical and Diagnostic Research.* 2013. Aug. V. 7, № 8. P. 1637–1639. doi: 10.7860/JCDR/2013/5521.3216.
15. *Poznyak V., Fleischmann A., Rekke D., Rylett M., Rehm J., Gmel G.* The World Health Organization's Global Monitoring System on Alcohol and Health // *Alcohol Research: Current Reviews.* 2013. V. 35, № 2. P. 244–249.
16. *Grittner U., Kuntsche S., Graham K., Bloomfield K.* Social inequalities and gender differences in the experience of alcohol-related problems // *Alcohol Alcohol.* 2012. Sep-Oct. V. 47, № 5. P. 597–605. doi: 10.1093/alcal/ags040. Epub 2012 Apr 27.
17. *Schmidt P., Küfner H., Löhnert B., Kolb W., Zemlin U., Soyka M.* Efficiency of outpatient and inpatient alcohol treatment – predictors of outcome // *Fortschr Neurol. Psychiatr.* 2009. Aug. V. 77, № 8, P. 451–456. doi: 10.1055/s-0028-1109501. Epub 2009 Aug 12.
18. *Rehm J.* Russia: lessons for alcohol epidemiology and alcohol policy // *The Lancet.* 2014. Apr. V. 383, № 9927. P. 1440–1442. Epub January 2014. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60038-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60038-6).
19. *Conrod P., O'Leary-Barrett M., Newton N., Topper L., Castellanos-Ryan N., Mackie C., Girard A.* Effectiveness of a selective, personality-targeted prevention program for adolescent alcohol use and misuse: a cluster randomized controlled trial // *JAMA Psychiatry.* 2013. Mar. V. 70, № 3. P. 334–342. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2013.651.
20. *Bobrowski K., Pisarska A., Staszewski K., Borucka A.* Effectiveness of alcohol prevention program for pre-adolescents // *Psychiatr Pol.* 2014. May–Jun. V. 48, № 3. P. 527–539.
21. *Lammers J., Goossens F., Conrod P., Engels R., Wiers R., Kleinjan M.* Effectiveness of a selective intervention program targeting personality risk factors for alcohol misuse among young adolescents: Results of a cluster randomized controlled trial // *Addiction.* 2015. Apr. 19. doi: 10.1111/add.12952. [Epub ahead of print].

Поступила в редакцию 20.06.2015 г.

Утверждена к печати 02.07.2015 г.

**Кобякова Ольга Сергеевна** – д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой общей врачебной практики и поликлинической терапии СибГМУ (г. Томск).

**Старовойтова Елена Александровна** (✉) – канд. мед. наук, доцент кафедры общей врачебной практики и поликлинической терапии СибГМУ (г. Томск).

**Деев Иван Анатольевич** – д-р мед. наук, профессор, профессор кафедры факультетской педиатрии с курсом детских болезней лечебного факультета СибГМУ (г. Томск).

**Куликов Евгений Сергеевич** (✉) – д-р мед. наук, доцент кафедры общей врачебной практики и поликлинической терапии СибГМУ (г. Томск).

**Кириллова Наталья Александровна** – канд. мед. наук, ассистент кафедры общей врачебной практики и поликлинической терапии (г. Томск).

**Панимаскина Анна Владимировна** – врач-терапевт клиник СибГМУ (г. Томск).

✉ **Куликов Евгений Сергеевич**, тел. 8-906-950-2882; e-mail: [evgeny.s.kulikov@gmail.com](mailto:evgeny.s.kulikov@gmail.com)

✉ **Старовойтова Елена Александровна**, тел. 8-906-957-4588; e-mail: [elena-starovoytova@yandex.ru](mailto:elena-starovoytova@yandex.ru)

## CHARACTERISTICS OF ALCOHOL CONSUMPTION AMONG VISITORS OF TOMSK HEALTH CENTERS

Kobyakova O.S., Starovoytova Ye.A., Deyev I.A., Kulikov Ye.S., Kirillova N.A., Panimaskina A.V.

Siberian State Medical University, Tomsk, Russian Federation

### ABSTRACT

The aim of this study was to analyze the data of visitors of Tomsk health centers in order to assess the use of alcohol as a risk factor for NCD in the period from 2010 to 2012.

**Material and methods.** During the period 2010–2012 examination at the health centers was lead with 9302 people, including 7466 women and 1836 men aged 18 to 88, the average age of visitors was  $49.2 \pm 15.6$ . The generated sample statistically dominated by women. Contacting the center each visitor filled “Medical card of the health center”. Everyone was interviewed by the nature of alcohol (patient chooses one answer: casual, small, often, do not drink alcohol) and strengthen of alcoholic beverages (spirits or alcoholic beverages), the fact of smoking.

Results: information about alcohol use was reported in 8730 people among 9302 visitors of health centers in the analyzed period. Maximum prevalence of alcohol consumption was recorded in the age groups 20–29 and 30–39 (85.4 and 85.5%) and decreased in accordance with age, reaching a minimum value in a group of users 70 years and older. Regular alcohol consumption reported in the group of significantly younger people ( $46.8 \pm 14.86$  vs  $54.01 \pm 15.9$ ;  $p < 0.05$ ). The analysis of the consumed beverages’ fortress shows that most residents consume alcoholic beverages (5068 peoples, 71.9%), while hard liquor is preferred by only one of three visitors (2191 peoples, 31.1%). It should be noted that younger people prefer low-alcohol drinks and older – strong ( $46.65 \pm 15.26$  vs  $50.72 \pm 13.95$ ;  $p < 0.05$ ). Urban residents consumed alcohol significantly more often (77.7%) than rural (72.3%) (OR = 1.33; 95% CI 1.15–1.54). Alcohol consumption among workers was 82.7%, which was significantly more frequent (OR = 1.66; 95% CI 1.47–1.88) as compared to non-performing – 73.4%. The frequency of alcohol consumption was significantly higher among those with higher education and amounted to 80.87% as compared to visitors who do not have higher education 76.37% (OR, 1.31; 95% CI 1.16–1.47).

**Conclusion.** The analysis has revealed that most of the visitors who use alcohol are young people, who prefer soft drinks, and the population in this category increases with age, the number of people who use spirits. Thus, special attention in conducting preventive measures should be paid to young people who do not drink alcohol and consume alcoholic beverages with an emphasis on the adverse impact of even a rare use of alcoholic beverages.

**KEY WORDS:** alcohol, risk factors, NCD, chronic non-communicable diseases.

*Bulletin of Siberian Medicine*, 2015, vol. 14, no. 4, pp. 25–32

### References

1. Rehm J., Taylor B., Mohapatra S., Irving H., Baliunas D., Patra J., Roerecke M. Alcohol as a risk factor for liver cirrhosis: a systematic review and meta-analysis. *Drug. Alcohol. Rev.*, 2010, Jul., vol. 29, no. 4, pp. 37–45. doi: 10.1111/j.1465-3362.2009.00153.x.
2. Irving H., Samokhvalov A., Rehm J. Alcohol as a risk factor for pancreatitis. A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of pancreas*, 2009, Jun., vol. 10, no. 4, pp. 87–92.
3. Baliunas D., Taylor B., Rehm J. Alcohol as a risk factor for type 2 diabetes. A systematic review and meta-analysis. *Diabetes Care*, 2009, vol. 32, no. 11, pp. 2123–2132. doi: 10.2337/dc09-0227.
4. Parry C., Patra J., Rehm J. Alcohol consumption and non-communicable diseases: epidemiology and policy implications. *Addiction*, 2011, Oct., vol. 106, no. 10, pp. 1718–1724. doi: 10.1111/j.1360-0443.2011.03605.x.
5. Rehm J., Dolly Baliunas D., Taylor B. The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease – an overview. *Addiction*, 2010, May, vol. 105, no. 5, pp. 817–843. doi: 10.1111/j.1360-0443.2010.02899.x.
6. Global Status Report on Alcohol and Health – 2014 ed. *World Health Organization Library* [Electronic resource]. World Health Organization, 2014. URL: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf), free.
7. Lubashev Ye.A. *Metodologicheskiye osnovy upravleniya sotsial'nyim razvitiyem regiona v kontekste regional'noy sotsial'no-ekonomicheskoy politiki*. Dis. dokt. ekonom. nauk [Methodological bases of management of social development of the regional economic and social policy context. Diss. Dr. of Economics]. St. Petersburg, 2014 (in Russian).
8. Rejting stran mira po urovnyu potrebleniya alkogolya.



- Gumanitarnaya entsiklopediya [Ranking of countries by level of alcohol consumption. Humanitarian encyclopedia]. [Electronic resource]. *Tsentr gumanitarnykh tekhnologiy – Centre for Human Technologies*. 2012.03.31 (latest revision: 2014.07.07). URL: <http://gtmarket.ru/ratings/rating-countries-alcohol-consumption/info>, free (in Russian).
9. Shtarik S.Yu. Vzaimosvyaz' priyema alkogolya i arterial'noy gipertenzii [Connection between alcohol consumption and arterial hypertension]. *Byulleten' SO RAMN – Bulletin SB RAMS*, 2010, vol. 30, no. 5, pp. 25–29 (in Russian).
  10. Moore R., Pearson T. Moderate alcohol consumption and coronary artery disease. A review. *Medicine (Baltimore)*, 1986, Jul., vol. 65, no. 4, pp. 242–267.
  11. Roerecke M., Rehm J. Irregular heavy drinking occasions and risk of ischemic heart disease: a systematic review and meta-analysis. *American Journal of Epidemiology*, 2010, vol. 171, pp. 633–644. doi: 10.1093/aje/kwp451.
  12. Fillmore K., Stockwell T., Chikritzhs T., Bostrom A., Kerr W. Moderate alcohol use and reduced mortality risk: systematic error in prospective studies and new hypotheses. *Ann. Epidemiol.*, 2007, vol. 17, pp. 16–23.
  13. Silva-Matos C., Beran D. Non-communicable diseases in Mozambique: risk factors, burden, response and outcomes to date. *Globalization and Health*, 2012, Nov., vol. 8, no. 37. doi: 10.1186/1744-8603-8-37.
  14. Kumar S., Vinayagamoorthy, Kumar V. Prevalence and Pattern of Alcohol Consumption using Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in Rural Tamil Nadu, India. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 2013, Aug., vol. 7, no. 8, pp. 1637–1639. doi: 10.7860/JCDR/2013/5521.3216.
  15. Poznyak V., Fleischmann A., Rekve D., Rylett M., Rehm J., Gmel G. The World Health Organization's Global Monitoring System on Alcohol and Health. *Alcohol Research: Current Reviews*, 2013, vol. 35, no. 2, pp. 244–249.
  16. Grittner U., Kuntsche S., Graham K., Bloomfield K. Social inequalities and gender differences in the experience of alcohol-related problems. *Alcohol Alcohol*, 2012, Sep–Oct., vol. 47, no. 5, pp. 597–605. doi: 10.1093/alcalc/ags040. Epub 2012 Apr 27.
  17. Schmidt P., Küfner H., Löhnert B., Kolb W., Zemlin U., Soyka M. Efficiency of outpatient and inpatient alcohol treatment – predictors of outcome. *Fortschr Neurol. Psychiatr.*, 2009, Aug., vol. 77, no. 8, pp. 451–456. doi: 10.1055/s-0028-1109501. Epub 2009 Aug 12.
  18. Rehm J. Russia: lessons for alcohol epidemiology and alcohol policy. *The Lancet*, 2014, Apr., vol. 383, no. 9927, pp. 1440–1442. Epub January 2014. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60038-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60038-6).
  19. Conrod P., O'Leary-Barrett M., Newton N., Topper L., Castellanos-Ryan N., Mackie C., Girard A. Effectiveness of a selective, personality-targeted prevention program for adolescent alcohol use and misuse: a cluster randomized controlled trial. *JAMA Psychiatry*, 2013, Mar., vol. 70, no. 3, pp. 334–342. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2013.651.
  20. Bobrowski K., Pisarska A., Staszewski K., Borucka A. Effectiveness of alcohol prevention program for pre-adolescents. *Psychiatr Pol.*, 2014, May–Jun., vol. 48, no. 3, pp. 527–539.
  21. Lammers J., Goossens F., Conrod P., Engels R., Wiers R., Kleinjan M. Effectiveness of a selective intervention program targeting personality risk factors for alcohol misuse among young adolescents: Results of a cluster randomized controlled trial. *Addiction*, 2015, Apr. 19. doi: 10.1111/add.12952. [Epub ahead of print].

**Kobyakova Olga S.**, Siberian State Medical University, Tomsk, Russian Federation.

**Starovoytova Yelena A.** (✉), Siberian State Medical University, Tomsk, Russian Federation.

**Deyev Ivan A.**, Siberian State Medical University, Tomsk, Russian Federation.

**Kulikov Yevgeny S.** (✉), Siberian State Medical University, Tomsk, Russian Federation.

**Kirillova Natalia A.**, Siberian State Medical University, Tomsk, Russian Federation.

**Panimaskina Anna V.**, Siberian State Medical University, Tomsk, Russian Federation.

✉ **Kulikov Yevgeny S.**, Ph. +7-906-950-2882; e-mail: [evgeny.s.kulikov@gmail.com](mailto:evgeny.s.kulikov@gmail.com)

✉ **Starovoytova Yelena A.**, Ph. +7-906-957-4588; e-mail: [elena-starovoytova@yandex.ru](mailto:elena-starovoytova@yandex.ru)