

VÝVOJ SPOTREBY ALKOHOLU VO VZŤAHU K OCHORENIAM PEČENE NA SLOVENSKU V ROKOCH 1973—1994

SZÁNTOVÁ M., KUPČOVÁ V., BADA V., GONCALVESOVÁ E.

THE TREND IN ALCOHOL CONSUMPTION IN RELATION TO LIVER DISEASES IN SLOVAKIA IN 1973—1994

The World Health Organisation warns before the increase in alcohol consumption and the proportional increase in ethyltoxic diseases which have taken place in past decades. Slovakia is included into the countries with the highest consumption of alcohol in Europe. The authors present a retrospective analysis of alcohol consumption from 1973 to 1994 in Slovakia according to the kinds of alcohol beverages, in a selected district and according to profession and family status. The epidemiologic analysis of the situation of alcohol consumption that is currently present in Slovakia is based on the data from wholesale and retail sale in relation to the prevalence and the mortality due to hepatic cirrhosis. The presented data was investigated by the Slovak Statistical Institute and the Institute of Medical Statistics of the Slovak Republic.

Mortality due to hepatic cirrhosis has increased during the past 40 years 10-fold in men, and 4-fold in women. A severely increasing trend in alcohol consumption which had taken place prior to 1990 was succeeded by an abrupt decrease in pure alcohol consumption after 1990 (as much as by 21.2 %). This decrease corresponds with the proportional decrease in the prevalence of chronic hepatopathies (by 35 %) and with the decrease in mortality due to hepatic cirrhosis (by 20 %). This phenomenon may be explained by the proportional increase in prices of alcoholic beverages. According to average yearly consumption of pure alcohol (p.a.) per capita, the consumption of spirits dominates when compared with the consumption of beer and wine. It is desirable to continue in the begun decreasing trend in alcohol consumption which is crucial in the procurement of primary, secondary as well as of tertiary preventions on both individual and population levels. (*Tab. 1, Fig. 6, Ref. 19.*)

Key words: alcohol consumption, mortality, prevalence, chronic diseases of the liver, liver cirrhosis, prevention.

Bratisl Lek Listy 1997; 98: 12–16

Svetová zdravotnícka organizácia varuje pred vzrastajúcou spotrebou alkoholu a úmerným vzostupom etyltoxicky podmienených ochorení v posledných desaťročiach. Slovensko sa zaraďuje medzi krajiny s najvyššou spotrebou alkoholu v Európe.

Autori podávajú retrospektívnu analýzu spotreby alkoholu v rokoch 1973—1994 na Slovensku podľa druhu alkoholických nápojov, vo vybranom okrese aj podľa profesie a rodinného stavu. Epidemiologický rozbor situácie na Slovensku vychádza z údajov o spotrebe alkoholu formou veľkoobchodného a maloobchodného predaja vo vzťahu k prevalencii a mortalite na cirhózu pečene. Uvedené údaje sa sledovali v Slovenskom štatistickom úrade a v Ústave zdravotnej štatistiky SR.

Mortalita na cirhózu pečene stúpila za posledných 40 rokov 10-násobne u mužov a 4-násobne u žien. Závažne stúpajúci trend spotreby alkoholu do roku 1990 je nasledovaný prudkým poklesom v spotrebe čistého alkoholu po roku 1990 (až o 21,2 %) roku 1994. Pokles spotreby korešponduje s úmerným poklesom v prevalencii chronických hepatopatií (o 35 %) a s poklesom mortality na cirhózu pečene (o 20 %). Vysvetlenie tohto javu je pravdepodobne skryté v úmernom vzostupe cien alkoholických nápojov. Podľa priemernej spotreby čistého alkoholu na obyvateľa/rok dominuje spotreba liehovín oproti spotrebe piva a vína. Žiaduce je pokračovanie v začatom trende klesajúcej spotreby alkoholu, pre ktoré je nevyhnutné zabezpečenie primárnej, sekundárnej a terciárnej prevencie na individuálnej i populačnej úrovni. (*Tab. 1, obr. 6, lit. 19.*)

Kľúčové slová: spotreba alkoholu, mortalita, prevalencia, chronické ochorenia pečene, cirhóza pečene, prevencia.

Bratisl. lek. Listy, 98, 1997, č. 1, s. 12–16

Vzťah medzi abúзом alkoholu a poškodením pečene bol známy už v starom Grécku a našiel sa opísaný aj v starých indián-

ských rukopisoch. K detailnejšiemu ohodnoteniu charakteru poškodenia pečene sa dopracoval Mathew Baillie, ktorý roku 1793 opísal vzťah medzi alkoholom a cirhózou, a Addison, ktorý roku 1836 sledoval vzťah alkoholizmu a stukovatenia pečene (Salaspuro, 1991; Sherlock, 1992).

Svetové štatistiky sledujúce spotrebu alkoholu a mortalitu na cirhózu pečene referujú o alarmujúcom vzostupe spotreby alkoholu a súčasne o narastaní prevalencie i mortality na cirhózu.

III. interná klinika LFUK v Bratislave a I. interná klinika ILF v Bratislave
 IIIrd Intern Clinic, Medical School, Comenius University, Bratislava, and
 Ist Intern Clinic, Institute for Postgraduate Study in Medicine, Bratislava
Address for correspondence: M. Szántová, MD, III. interná klinika LFUK,
 DNsP, Limbová 5, 833 05 Bratislava, Slovakia.
 Phone: +421.7.3791 kl. 341, Fax: +41.7.371 085

Tab. 1. Reálne následky konzumácie alkoholu: etyltoxický podmienené ochorenia a ich vzťah k dávke spotrebovaného čistého alkoholu v gramoch/deň (č.a./d) a roky abúzy (r.a.) (7).

30-40 g č.a./d cca nad 2 r.a.	40-80 g č.a./d cca nad 5 r.a.	nad 80 g č.a./d
steatóza pečene	steatóza pečene s fibrózou/cirhózou hepatitída gastritída pankreatitída	chron.rec.pankreatitída
hypertenzia	2-násobná prevalencia DNA	hypertenzie NCMP (hemorágie)
hyperlipoproteinémia		náhla srdcová smrť
obezita		kardiomyopatie
metabolický syndróm X	traumy, fraktúry,dopr.nehody kraniocerebrálne traumy s komplikáciami časté infekty, lumbalgie, pneumónia, emfyzém, ochorenia kože karcinómy (orofaryngu,ezofágu, pečene, rekta, prsníka)	epilepsia
	vertigo, synkopy polyneuropatie depresie alkohol. psychózy organický psychosyndróm fetálny alkohol. syndróm závislosť od alkoholu	

Tab. 1. Real consequences of alcohol abuse — related diseases and their possible statistical relationship to average quantities consumed (grams of pure alcohol/day (gpa/d) and drinking record in years (dr/yr) (7).

30-40 g gpa/d from 2 dr/yr	40-80 gpa/d from 5 dr/yr	>80 gpa/d
fatty liver	fatty liver with fibrosis/cirrhosis hepatitis gastritis pancreatitis	chron.rec.pancreatitis
hypertension	doubling of hypertension prevalence gout	insult (haemorrhagic stroke)
hyperlipidemia		sudden cardiac death
adiposity		cardiomyopathy
metabolic syndrome X	traumata, fractures, traffic injuries craniocerebral trauma with complications increase in outbreaks of minor diseases emphysema, dermatoses carcinomas (oral, pharyngeal, oesophageal, hepatic, rectal, mammary) syncope, vertigo epileptic seizures polyneuropathy depressions alcohol psychoses cerebro-organic psychosyndromes faetal alcohol syndrome alcohol dependence	

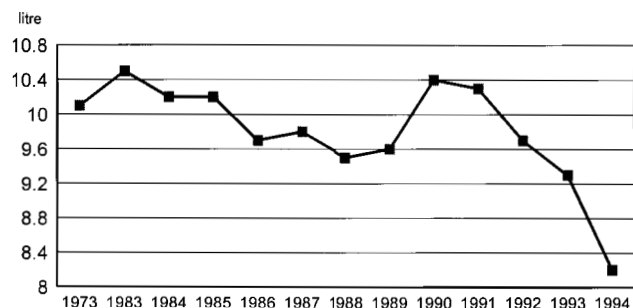
Rovnako stúpa incidencia a prevalencia ďalších etyltoxický podmienených ochorení (tab. 1). Tento trend je markantný od začiatku 50. rokov. V krajinách s najvyššou spotrebou alkoholu sú uvedené ochorenia tretím najčastejším ochorením (po kardiovaskulárnych a nádorových ochoreniach) (Richter, 1994). Svetová zdravotnícka organizácia odhaduje, že roku 2000 bude prevalencia etyltoxický podmienených ochorení na 1. mieste v poradí ochorení. Kontinentom s najvyššou spotrebou alkoholu zostáva stále Európa, pričom v 15 krajinách prevýšila spotreba čistého alkoholu (č.a.) roku 1989 8 l na obyvateľa (Europäischer Aktionsplan, 1994).

Slovensko je jednou z krajín s najvyššou spotrebou alkoholu. Približne 2 % populácie (100 000 pacientov) sú evidované v protialkoholických poradniach (Pinkovský, 1992), čo však ešte zďaleka nezahŕňa reálny počet alkoholikov. Občan nad 15 rokov spotrebuje priemerne 30 g etanolu denne, pričom asi 10 % dospeléj populácie pije priemerne 120 g etanolu denne (Rusnák a spol., 1995).

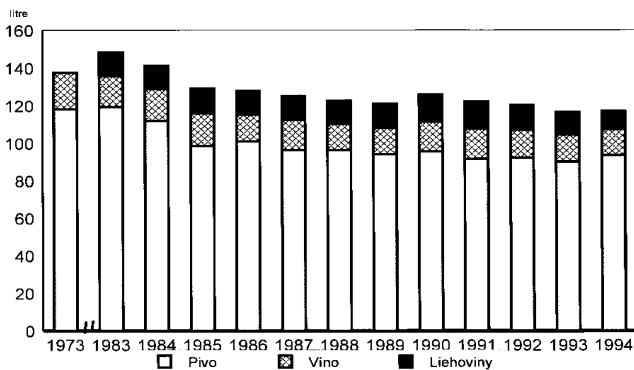
Metóda

Epidemiologická analýza spotreby alkoholu na Slovensku vychádza zo štatistických údajov o vývoji veľkoobchodného a maloobchodného obratu za alkoholické nápoje a z údajov o mortalite na cirhózu pečene podľa Slovenského štatistického úradu, ďalej z údajov Ústavu zdravotnej štatistiky SR o prevalencii chronických ochorení pečene a cirhózy od počiatku ich sledovania na Slovensku. Prevalencia chronických ochorení pečene a cirhózy pečene sa sledovala podľa údajov o počte prípadov pracovnej neschopnosti na 100 000 zamestnancov. Ďalej sa sledoval priemerný denný stav pracovnej neschopnosti pre chronické ochorenia pečene

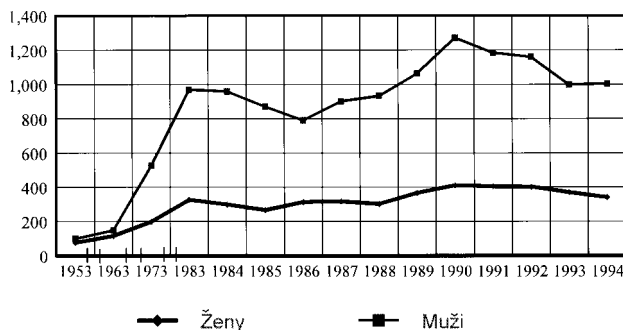
a cirhózu na 100 000 zamestnancov a priemerné trvanie 1 prípadu pracovnej neschopnosti v dňoch. Na definovanie ochorení sme použili Medzinárodnú štatistickú klasifikáciu chorôb, úrazov a príčin smrti (MKCH) v znení 6. revízie roku 1953 (581 — cirhóza pečene), v zmysle 7. revízie roku 1963 (581 — cirhóza pečene), podľa 8. revízie roku 1973 (571 — cirhóza pečene, 070 — vírusový zápal pečene). V rokoch 1983—1994 sa sledovali diagnózy v zmysle 9. revízie MKCH: 571 — chronické ochorenia pečene a cirhóza, 070 — vírusový zápal pečene a roku 1994 diagnózy K 70 — alkoholická choroba pečene, K 73 — chronická hepatitída a K 74 — fibróza a cirhóza pečene, B 15 — akútna hepatitída A, B 16 — akútna hepatitída B, B 17—B 19 — iné akútne, chronické a nešpecifikované vírusové hepatitídy v znení 10. revízie MKCH.



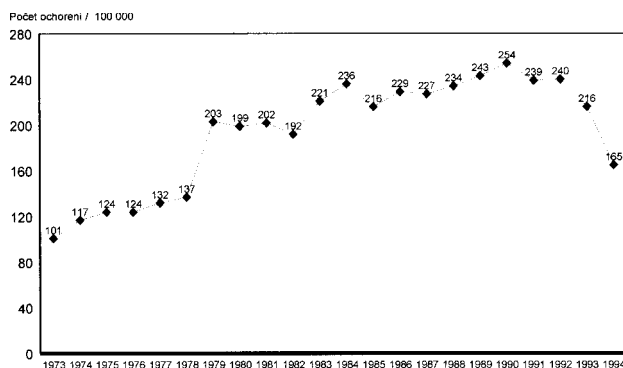
Obr. 1. Spotreba čistého alkoholu na obyvateľa za rok na Slovensku. Fig. 1. Per capita alcohol consumption per year in Slovakia.



Obr. 2. Spotreba alkoholu podľa druhu nápojov na obyvateľa za rok.
Fig. 2. Per capita alcohol consumption according to its sort per year.



Obr. 3. Mortalita na cirhózu pečene na Slovensku v rokoch 1953—1994.
Fig. 3. Mortality due to liver cirrhosis in Slovakia in the years 1953—1994.



Obr. 4. Prevalencia chronických hepatopatií a cirhózy v rokoch 1973—1994.
Fig. 4. Prevalence of chronic liver diseases and cirrhosis in 1973—1994.

Výsledky a diskusia

V posledných 40 rokoch vzrástla spotreba alkoholu v 1/3 európskych krajín vrátane Slovenska 4-násobne. V rokoch 1973—

1985 dosahovala na Slovensku 10—10,5 l č.a. na obyvateľa (obr. 1). Mierny pokles v spotrebe sa zaznamenal v rokoch 1986—1989 (9,5—9,7 l č.a./obyv./rok). V rokoch 1990 a 1991 opäť kulminovala spotreba na 10,4 a 10,3 l č.a./obyv./rok. Slubne a optimisticky začína pôsobiť nasledujúci plynulý pokles v spotrebe po roku 1991 (až na 8,2 l č.a./obyv. roku 1994). Jedným z možných vysvetlení tohto prekvapivého fenoménu by mohol byť kontinuálny vzrast cien alkoholických nápojov na Slovensku v 90. rokoch. Z detailnej analýzy spotreby jednotlivých druhov nápojov vyplýva, že v uvedenom období klesla na Slovensku v podstatnej miere spotreba liehovín (až o 32, 4 % oproti roku 1990, čo sa odrazilo na celkovom poklese spotreby čistého alkoholu o 21, 2 % a poklese celkovej spotreby alkoholu v litroch o 7 %). Uvedený pokles spotreby alkoholu odráža veľmi presne krivka mortality (pokles o 20 % oproti roku 1990), ako aj krivka ešte markantnejšieho poklesu prevalence chronických ochorení pečene (pokles o 35 %) v uvedenom období. Omnoho výraznejší pokles v prevalencii chronických ochorení pečene oproti poklesu mortality na cirhózu môžeme vysvetliť tým, že mortalita na cirhózu pečene sleduje zmenu v spotrebe alkoholických nápojov s určitým časovým odstupom, čo pozorovali už aj iní autori (Bútorá, 1988).

Hodnotením podľa druhu spotrebovaných alkoholických nápojov v celoeurópskom meradle sa zaoberali viacerí autori. V medzinárodných prehľadoch sa rozdeľujú európske krajiny do 3 skupín podľa druhu alkoholu, ktorý je v určitej krajine najčastejším, je súčasťou hlavného jedla, alebo spoločenského styku: pivárske, vinárske a liehovinové. Práce porovnávajúce spotrebu piva, vína a liehovín na Slovensku a v Českej republike demonštrujú významný rozdiel v spotrebe piva a liehovín už od počiatku sledovaní (1953) (Bútorá a Kunda, 1988). Výrazná prevaha spotreby liehovín na Slovensku a jeho prudký nasledovný vzostup po roku 1965 s rovnako prudkým vzostupom spotreby piva v tomto období Slovensko zaraďuje do tzv. zmiešanej skupiny krajín z hľadiska spotreby, kým Česká republika je typickou pivárskou krajinou. Analýza spotreby alkoholických nápojov podľa obsahu čistého alkoholu v jednotlivých druhoch v poslednom desaťročí na Slovensku zviditeľňuje skutočný podiel v spotrebe vína, piva a liehovín. Dominuje v nej najvyššia spotreba liehovín (4,9—5,7 l/obyv./rok) oproti spotrebe piva (2,7—3,6 l/obyv./rok) a vína (1,6—1,9 l/obyv./rok) (obr. 2). Ak vychádzame z korelácie spotreby alkoholu a mortality na cirhózu, môžeme vysloviť nasledovnú úvahu o spotrebe podľa pohlavia vychádzajúcu zo známej krivky mortality na cirhózu pečene podľa pohlavia: spotreba alkoholu podľa pohlavia na Slovensku v posledných 2 desaťročiach zostáva približne v nezmenenom pomere s výraznou prevahou mužov oproti ženám.

Analýza vzťahu spotreby alkoholu podľa profesie a rodinného stavu sa realizovala v jednom z okresov Slovenska (Spišská Nová Ves) za rok 1986—1990 podľa rozboru priznaných invalidných dôchodkov pre závislosť od alkoholu (Koščo, 1991). Takmer polovicu prípadov tvorili robotníci, 1/4 ostatní, 1/10 pracovníci v poľnohospodárstve a 1/12 administratívni pracovníci. Pri sledovaní podľa rodinného stavu sa zistili 3/4 celkového počtu priznaných invalidných dôchodkov pre závislosť od alkoholu u ženatých a vydatých oproti slobodným, ovdovelým a rozvedeným. Tento fenomén zistený aj v Nemecku korešponduje úzko so sociálnoekonomickou situáciou osamelých.

Štatistika sledujúca mortalitu na cirhózu pečene za posledných 40 rokov (1953—1994) na Slovensku udáva 10-násobný vzrast

mortality u mužov a 4-násobný vzrast mortality u žien (obr. 3). Mortalita na chronické ochorenia pečene sa na celkovej mortalite zúčastňovala do roku 1988 2—2,4 %, roku 1990 stúpila na 3,1 %.

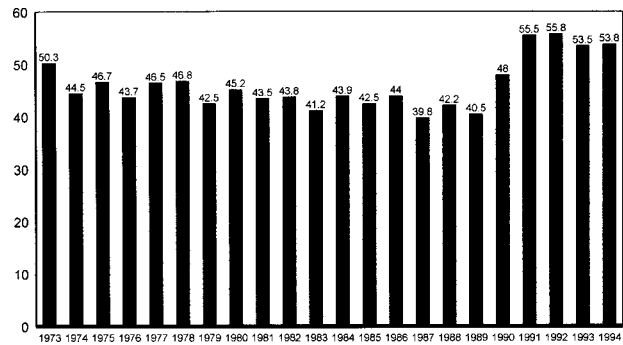
So spotrebou alkoholu koreluje i údaj o výskyte ochorenia sledovaný za posledných 20 rokov (1973—1994) podľa počtu prípadov pracovnej neschopnosti na 100 000 zamestnancov (obr. 4), resp. priemerný denný stav pracovnej neschopnosti na 100 000 zamestnancov. Do roku 1990 stúpili 2,5-krát, po uvedenom období majú klesajúcu tendenciu s poklesom na 1,6-násobok východiskovej hodnoty roku 1973.

Priemerné trvanie 1 prípadu pracovnej neschopnosti v dňoch do roku 1989 malo pozvoľna klesajúcu tendenciu (50,3—40,5 dňa), od roku 1990 nadobudlo vzostupný trend (48,0—55,8 dňa) (obr. 5). Tento fenomén nemožno exaktne vysvetliť bez údajov o podiele hospitalizovaných pacientov v postelových zariadeniach a tých, ktorí zostali v ambulancijnej liečbe.

Sledovanie počtu ochorení na infekčnú hepatitídu A i B od roku 1983 má výrazne klesajúci trend (okrem v rokoch epidémii A-hepatitídy) s redukciami výskytu B-hepatitídy až 3,5-krát (obr. 6). Redukcia výskytu hepatitídy A a B spolu s vysokým nárastom výskytu iných foriem hepatitídy (až o 227 %) svedčí o zlepšení liečebno-preventívnych opatrení v zdravotníctve, ako aj celkovej hygienicko-epidemiologickej situácie v najširšom meradle, skvalitnení diagnostického procesu pri poznaní hepatitídy C alebo iných zriedkavých foriem hepatitídy. Uvedené sledovanie dokladuje, že vírusová hepatitída sa nezúčastňuje na prudkom vzostupe prevalencie a mortality na cirhózu pečene.

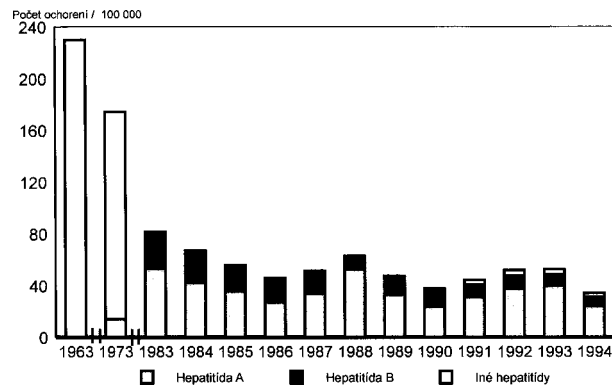
Sledovanie vzťahu spotreby alkoholu a mortality na chronické ochorenia pečene a cirhózu dokumentujú viaceré štúdie. Klasickým príkladom toho je efekt prideľovania vína vo Francúzsku počas 2. svetovej vojny (Salaspuro, 1991). Pokles spotreby v rokoch 1941—1946 sa odzrkadlil v prudkom poklese mortality na cirhózu pečene a následnom prudkom vzostupe po ukončení vojny a týchto opatrení. Podobnou je vysoko signifikantná pozitívna korelácia medzi spotrebou alkoholu a mortalitou na cirhózu v 16 európskych krajinách (Walosek, 1994). Sledovanie tohto vzťahu v slovenskej populácii potvrdzuje úzku spätosť spotreby alkoholu s prevalenciou a mortalitou na chronické ochorenia pečene a cirhózu. Vzrast spotreby alkoholu roku 1990 sa odrazil v očakávanom prudkom vzostupe mortality na cirhózu pečene v rovnakom období. Následný pokles spotreby alkoholu sleduje pokles v prevalencii, ako aj v postupnom poklese mortality na cirhózu.

Priaznivý vývoj v spotrebe alkoholu i mortalite na cirhózu dosiahli v posledných 20 rokoch v niektorých vinárskych krajinách (Anderson, 1995; Salaspuro, 1991; Walosek, 1991). Pri analýze príčin poklesu spotreby alkoholu zisťujeme pozitívny efekt vládnej protialkoholovej politiky. Pokles spotreby v Írsku je vyústením celonárodného alkohol-edukačného programu so zapojením vlády, zdravotníctva, cirkvi a ďalších dobrovoľných organizácií aktivizujúcich sa od 80. rokov (Armyr, 1982). Vo Švédsku súvisí so zavedením prohibície roku 1955 (Armyr, 1982; Anderson, 1995; Lehto, 1995). Ďalším z možných faktorov modelujúcich spotrebu alkoholu sú rôzne formy restriktívnych opatrení, ktoré podrobne rozoberá Svetová zdravotnícka organizácia vo svojich dokumentoch (Anderson, 1995; Lehto, 1995). Kontinuálne klesajúca krivka spotreby alkoholu na Slovensku roku 1990 je najpravdepodob-



Obr. 5. Priemerné trvanie 1 prípadu pracovnej neschopnosti pre chronické hepatopatie a cirhózu v dňoch.

Fig. 5. Average duration of working disability due to chronic liver diseases and cirrhosis in days.



Obr. 6. Prevalencia akútnej hepatitídy v rokoch 1963—1994.

Fig. 6. Prevalence of acute hepatitis in the years 1963—1994.

nejšie dôsledkom vzrastu cien alkoholických nápojov a prejavom kúpyschopnosti obyvateľstva.

Zo zdravotného hľadiska by bolo žiaduce dosiahnuť ďalšie kontinuálne pokračovanie v tomto klesajúcom trende spotreby alkoholu. Na zabezpečenie toho je nevyhnutné poskytnúť detailné rozpracovanie a praktickú realizáciu v širšom zmysle koncipovanej prevencie.

1. Primárna prevencia — pod týmto pojmom rozumieme prevenciu na populačnej úrovni s dôsledným zameraním najmä na mladú generáciu. Ide o zapojenie nielen lekárov a zdravotných zariadení, ale celej verejnosti pomocou masmédií a školstva v organizovanom celonárodnom programe. Na individuálnej i celospoločenskej úrovni je potrebné objasnenie pojmov „riziková konzumácia“ (Brodanová, 1993), „zdravotné riziko“ (Walosek, 1994), „reálne následky konzumácie alkoholu“ (Richter, 1994) (tab. 1). Rovnako potrebné je zapojiť systém účinných ekonomických opatrení a mechanizmov (poisťovacích, pracovno-právnych a ďalších), a tým predísť zvýšenej konzumácii alkoholu a následným orgánovým poškodeniam.

2. Sekundárna prevencia — pod týmto pojmom rozumieme predovšetkým včasnú detekciu etyltoxicky podmienených hepatopatií, ktorá zahŕňa poznanie rizikových osôb jednoduchými metódami. Ide najmä o starostlivo odobratú anamnézu, pri ktorej je dôležitý spôsob a forma vedenia rozhovoru, formulácia otázok (Kunda, 1988). Iným príkladom je v Nemecku vypracovaný test MALT (Münchener Alkoholismus Test) (Feuerlein, 1994). Ide o dotazník, ktorý možno použiť v ambulantnej, ako aj nemocničnej praxi. Pozostáva z 2 častí — subjektívneho hodnotenia a hodnotenia lekárom. Vyplnenie nie je časovo náročné ani pre pacienta ani pre lekára (celkovo 10 minút). Dôležitou súčasťou je získanie compliance pacienta pre odstránenie abúzu.

Druhým krokom v managemente rizikového pacienta je laboratórne vyšetrenie a ultrasonografia, ktoré sú schopné zachytiť aj včasné formy hepatálneho poškodenia.

3. Terciárna prevencia — tento pojem zahŕňa všetky preventívne a liečebné opatrenia osôb postihnutých alkoholizmom. Jej základnou zložkou sú protialkoholické poradne a protialkoholické liečebne so špecializovanou starostlivosťou celého zdravotníckeho tímu. Na odbornú lekársku starostlivosť úzko nadväzuje klubová činnosť vyličených pacientov (napr. Klub abstinentov — A-klub) a ďalšie spoločenské aktivity rôznych spolkov a kultúrnych zariadení formou prednáškovej alebo inej aktuálnej činnosti.

Nevyhnutným predpokladom je zlepšenie koordinácie medzi ambulantnou a posteľovou zložkou a dosiahnutie ich dokonalého prepojenia až po spoločenské organizácie a kluby. Príkladom je opäť Nemecko, v ktorom podobné organizácie začali vznikáť už od začiatku storočia a dnes ich je viac ako 7500 s dokonalým prepojením s viac ako 1700 poradiťmi pre toxikomanov pod odborným vedením, 600 špeciálnymi odbornými oddeleniami a dennými klinikami (Hüllinghorst, 1994; Schindler, 1994).

Konzumácia alkoholu prináša so sebou nielen uvedené zdravotné riziká, vysoké ekonomické straty v diagnostickoliečebnom procese, straty pri pracovnej neschopnosti, ale je aj príčinou viac ako 1/3 dopravných nehôd a iných smrteľných nehôd, významne sa zúčastňuje na kriminalite, rozvrate rodín atď. Už aj malé dávky alkoholu zvyšujú riziko krváčových náhlych cievnych mozgových príhod a subarachnoideálnych hemorágií jednak svojím vazodilatačným, ako aj antiagregačným efektom (Klag, 1990).

Napriek všetkému uvedenému má alkohol aj určité priaznivé pôsobenie — zvyšuje hladinu HDL-cholesterolu a vďaka obsahu fenolových látok (najviac v červenom víne) má aj antioxidačný efekt porovnateľný napríklad s vitamínom E (Mosinger, 1994). Vlastný alkohol však toto antioxidačné pôsobenie nemá. Vychádzajúc zo zväzovania benefitu a rizik alkoholu je stanovisko SZO celkom jednoznačné. 14. mája 1992 vypracovala SZO Európsky akčný plán Alkohol. Jeho cieľovou úlohou je znížiť spotrebu alkoholu medzi rokom 1989 a rokom 2000 štatisticky o 25 % (Europäischer Aktionsplan, 1994). Verme, že nastúpený trend znižovania spotreby alkoholu na Slovensku udržíme a zapojíme všetky sily do realizácie uvedených opatrení.*

* Ďakujeme pracovníkom Štatistického úradu SR, Ústavu zdravotnej štatistiky SR a vedúcemu Katedry posudkového lekárstva ILF MUDr. D. Michaličkoví, CSc., za poskytnutie materiálov.

Literatúra

Anderson P., Lehto J.: Evaluation and monitoring of action on alcohol. WHO Regional Publications European Series No. 59, Copenhagen, 1995, 89 s.

Armyr G., Elmér A., Herz U.: Alcohol in the world of the 80s. Stockholm, Sober Förlags AB, 1982, 223 s.

Brodanová M., Kordač V.: Klinická hepatologie. Praha, Crada-Avicenum 1993, 548 s.

Bútora M.: Sociologické dimenzie alkoholizmu. S. 171—188. In: Kunda S. a spol. (Eds.): Klinika alkoholizmu. Martin, Osveta 1988, 248 s.

Europäischer Aktionsplan Alkohol. Pharmedicum, 1994, č. 3, s. 10.

Feuerlein W.: Zur Diagnose des Alkoholismus. Pharmedicum, 1994, č. 3, s. 16—17.

Hüllinghorst R.: Strukturen der Suchtkrankenhilfe in Deutschland. Pharmedicum, 1994, č. 3, s. 31—33.

Klag M.J.: Alcohol and cardiovascular disease: a review of the evidence. S. 39—48. In: Coloque International: Cholesterol and Prevention Primaire (A qui s'adressent les régimes de prévention cardio-vasculaire). Center de recherche et d'information nutritionnelles. Paris, février 1990, 168 s.

Koščo M.: Alkoholizmus a invalidita v Spišskej Novej Vsi 1986—1990. Atestačná práca. Bratislava, ILF, Katedra posudkového lekárstva 1991, 23 s.

Kunda S. a spol.: Klinika alkoholizmu. Martin, Osveta 1988, 248 s.

Lehto J.: Approaches to alcohol control policy. WHO Regional Publications, European Series, No. 60, Copenhagen, 1995, 61 s.

Mosinger B.: Polyphenolics but not alcohol in beer and wine protect serum low-density lipoprotein against atherogenic modification. Cor Vasa, 1994, 36, č. 4, s. 171—176.

Pinkovský M.: Rozbor pracovnej neschopnosti pre ochorenia tráviaceho systému v okrese Michalovce v roku 1990. Atestačná práca. Bratislava, ILF, Subkatedra posudkového a revízneho lekárstva 1992, 32 s.

Richter G.: Alkoholsmissbrauch und seine medizinischen Folgen. Pharmedicum, 1994, č. 3, s. 18—20.

Rusnák I., Žuffa M., Benkovič J.: Social and economic implications of alcohol related diseases of the liver. S. 234—235. In: Progress in Hepato-Pharmacology, 1, 1995, Liver and Drugs '94, Nov. 24—26, 1994, Bratislava, Slovakia, 332 s.

Salaspuro M.: Epidemiological aspects of alcohol and alcoholic liver disease, ethanol metabolism, and pathogenesis of alcoholic liver injury. S. 791—810. In: McIntyre N. a spol. (Eds.): Oxford Textbook of Clinical Hepatology. Volume 1. Liver Diseases. Bath—Avon, Bath Press 1991, 740 s.

Sherlock S., Dooley J.: Alcohol and the Liver. S. 370—389. In: Diseases of the Liver and Biliary System. 9th Edition. Oxford, Blackwell Scientific Publications 1992, 649 s.

Schindler H.D.: Der kurze Weg zur Tagesklinik. Pharmedicum, 1994, č. 3, s. 34—35.

Walosek G.: Gesundheitsrisiko Alkohol. Pharmedicum, 1994, č. 3, s. 28—30.