



fot. istockphoto.com

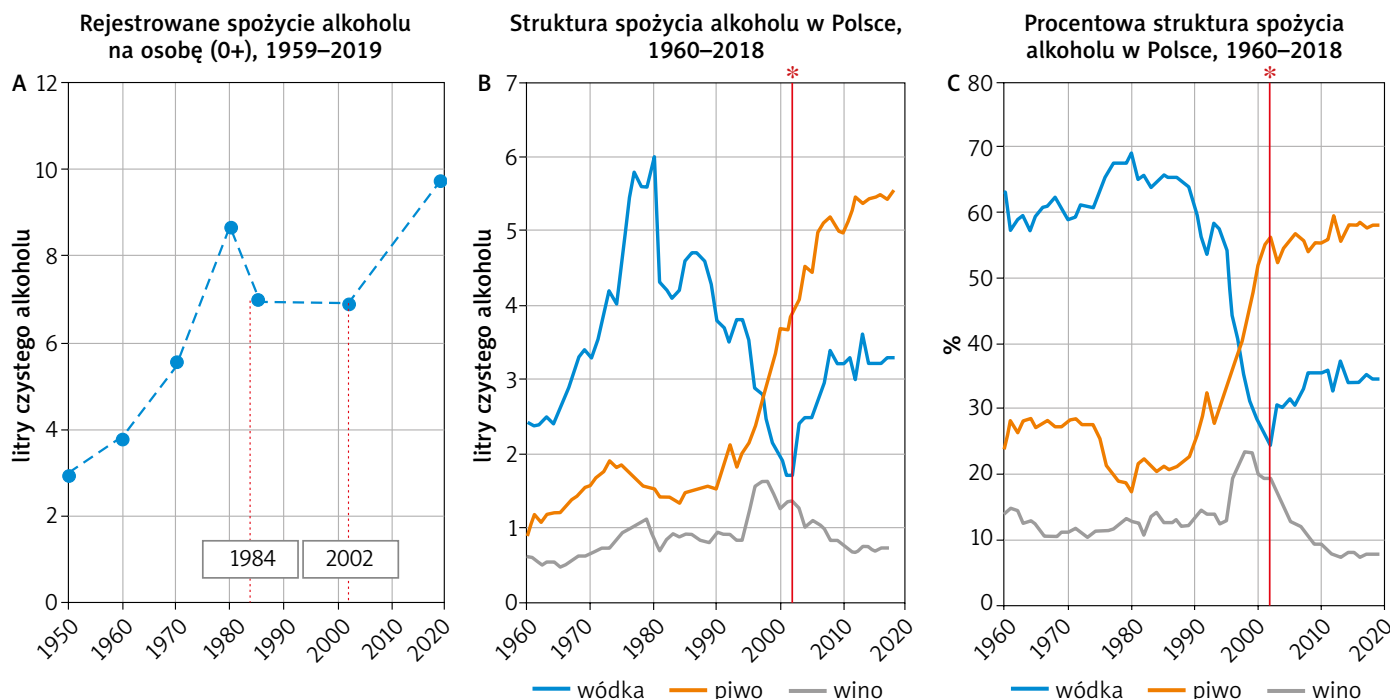
# Alkohol – ojciec polskich chorób

Mimo niewątpliwie poważnych konsekwencji pandemii COVID-19 nie powinniśmy zapominać o innych kluczowych czynnikach kształtujących zdrowie oraz przedwczesną umieralność w Polsce [1]. Potwierdza to grudniowy numer „The Lancet Gastroenterology & Hepatology” i opublikowany tam kolejny artykuł [2] dokumentujący lawinowy wzrost zgonów alkoholowych, szczególnie z powodu alkoholowej marskości wątroby (AMW) w Polsce [3–7].

Do końca XX wieku Polska, w odróżnieniu od państw śródziemnomorskich i bałkańskich, należała do krajów o relatywnie niskim poziomie występowania chorób alkoholowych, w tym AMW [8–10]. Zgony z powodu alkoholowej marskości wątroby były rzadkie, a wśród kobiet bardzo rzadkie [9, 11–13]. Na początku XXI wieku doszło jednak do osłabienia wielu filarów zdrowia publicznego w Polsce, m.in. polityki zdrowotnej wobec alkoholu. Zmiany te wywołały epidemię chorób alkoholowych, która stała się jednym z najważniejszych, jeśli nie najważniejszym czynni-

kiem kształtującym długość życia w Polsce [14–16]. Kluczowym elementem tego zjawiska jest narastanie liczby zgonów alkoholowych (szczególnie alkoholowej marskości wątroby) [3, 4] wynikających ze stale zwiększającej się konsumpcji. Od początku XXI wieku doszło do zahamowania przyrostu, a w ostatnich latach do zmniejszenia się oczekiwanej długości życia w Polsce [4–6].

Po II wojnie światowej w Polsce gwałtownie zwiększyła się konsumpcja alkoholu. W latach 1945–1980 rejestrowana sprzedaż wzrosła z 3 do 9 litrów czystego



W 1982 r. rząd pod naciskiem Solidarności uchwalił ustawę polityki zdrowia publicznego wobec alkoholu; \*w 2002 r. akcyza na wyroby spirytusowe została obniżona o 30%.

**Rycina 1.** Rejestrowane spożycie na osobę (0+) oraz struktura spożycia alkoholu w Polsce

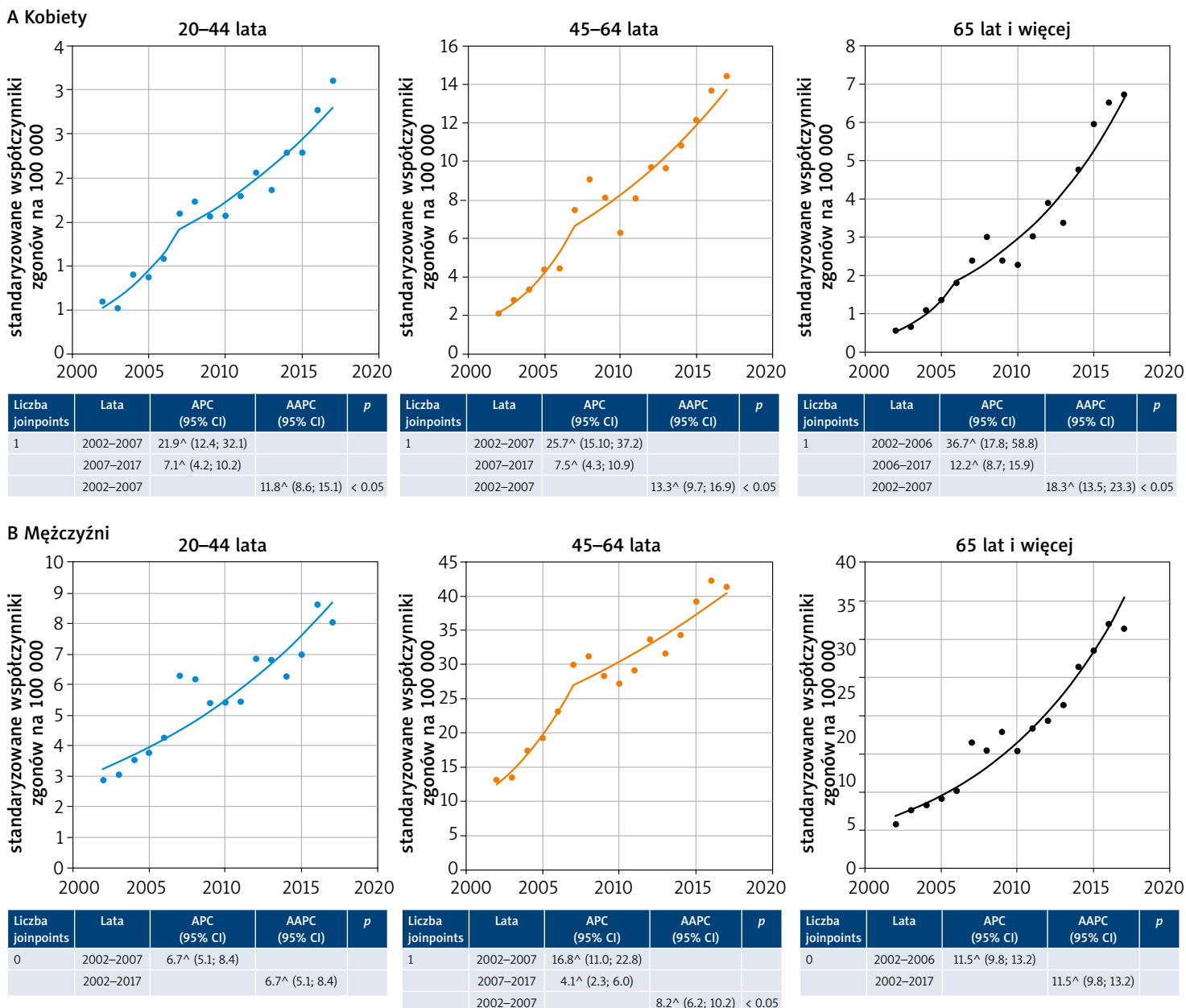
spirytusu na osobę rocznie [1, 4–6, 12] (ryc. 1). W tym samym okresie najwyższe spożycie alkoholu w Europie odnotowano w krajach śródziemnomorskich, ze szczytem w latach 60. i 70. – 20–25 litrów czystego spirytusu na osobę na rok. Najczęściej spożywanym w tych krajach trunkiem, głównie do posiłków, zwykle codziennie, zarówno przez mężczyzn, jak i kobiety, było wino. Abstynencja czy okazjonalne picie były rzadkie. W latach 70. kraje śródziemnomorskie charakteryzowała najwyższa na świecie zachorowalność na AMW oraz przyczynowo związane z alkoholem nowotwory złośliwe (jama ustna, przełyk, krtań itd.). W reakcji na niezwykle wysoki poziom chorób alkoholowych rozpoczęto bardzo skuteczne programy zmniejszania spożycia alkoholu. W porównaniu z latami 60. i 70. we Włoszech, Francji czy Hiszpanii spożycie alkoholu obniżyło się dwu-, trzykrotnie. Wielokrotnie zmniejszyła się również częstość występowania chorób alkoholowych, także AMW [8, 12, 14].

W ostatnich dwóch dekadach XX wieku (1985–2002) spożycie alkoholu w Polsce było na umiarkowanym europejskim poziomie – 6–7 litrów alkoholu (w przeliczeniu na czysty spirytus) na mieszkańca rocznie [8, 12]. Należy przypomnieć, że od 1982 r. w Polsce pod naciskiem ruchu „Solidarność” [15, 17, 18] kontrola konsumpcji alkoholu opierała się na dobrze funkcjonującym kompleksowym programie ograniczania zdrowotnych skutków spożywania alkoholu na podstawie wzorców skandynawskiej polityki zdrowia publicznego [20].

Na początku XXI wieku doszło jednak do obniżenia akcyzy na wyroby spirytusowe o 30 proc. (2002 r.)

„ W Polsce przyrost umieralności z powodu alkoholowej marskości wątroby odnotowano natychmiast po zmianie populacyjnej konsumpcji. Był on jednak wielokrotnie wyższy niż w innych krajach ”

[18–23], a także do rozluźnienia restrykcji dotyczących marketingu produktów alkoholowych (np. powrót reklamy piwa do telewizji w 2001 r. czy rozpoczęcie ok. 2010 r. stale trwającej kampanii marketingowej nieregulowanej przez państwo). W 2020 r. przemysł poinformował o dopuszczeniu sprzedaży wódki w plastikowych kieliszkach za 2 zł [24]. Szczególnym problemem stała się sprzedaż małych butelek wódki, tzw. małpek, których Polacy kupują 1,1 mld rocznie, czyli ok. 3 mln dziennie, a w tym ok. 600 tys. między 6 rano a 12 w południe. Całkowite spożycie alkoholu wzrosło prawie dwukrotnie – z 6,5 litra na osobę w 2002 r. do prawie 10 litrów na osobę w 2017 r. [25, 26]. W 2019 r. konsumpcja alkoholu osiągnęła najwyższy poziom, jaki kiedykolwiek zarejestrowano. Polska razem z Czechami i Niemcami stały się krajami o najwyższej konsumpcji piwa w Europie. Polacy rocznie wypijają więcej butelek piwa niż wody [27].



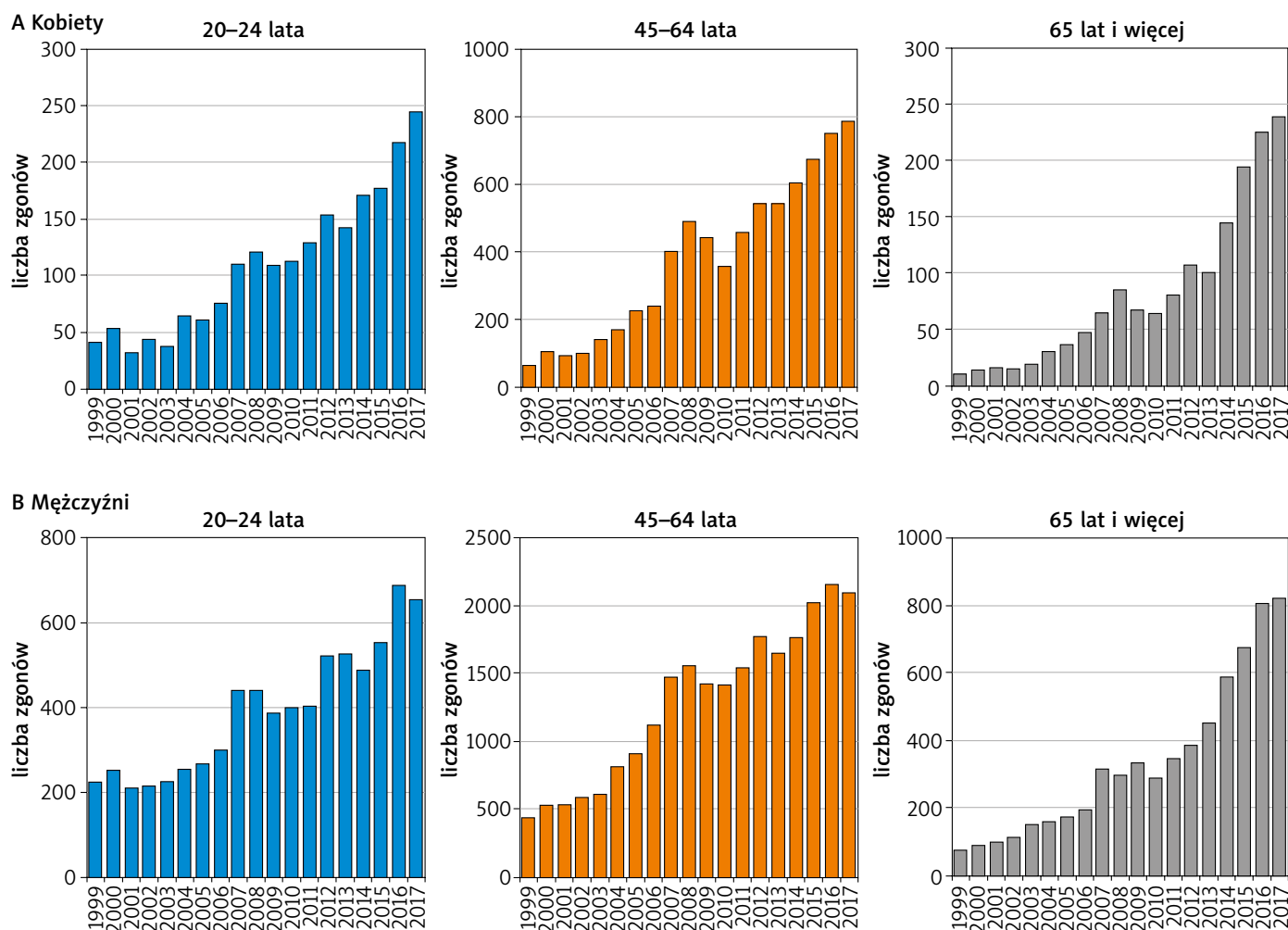
APC (annual percentage change) – roczna zmiana procentowa, AAPC (average annual percentage change) – średnia roczna zmiana procentowa, CI (confidence interval) – przedział ufności

Rycina 2. Trendy czasowe umieralności na alkoholową marskość wątroby w grupach wieku w Polsce, 2002–2017

Zmiany spożycia alkoholu doprowadziły do gwałtownego wzrostu umieralności spowodowanej alkoholową marskością wątroby, schorzenia będącego także populacyjnym wskaźnikiem konsumpcji alkoholu. Zmiany te dotyczą obu płci, wszystkich grup wiekowych dorosłych i wszystkich grup wykształcenia. W latach 2002–2017 standaryzowane współczynniki zgonów na AMW wzrosły u młodych kobiet (20–44 lat) z 0,4 do 3,1 na 100 tys., u kobiet w średnim wieku (45–64 lat) z 2,1 do 14,4 na 100 tys., w najstarszej grupie wiekowej kobiet (65 lat i więcej) z 0,5 do 6,7 na 100 tys.

Wśród mężczyzn standaryzowane współczynniki zgonów były przeszło trzykrotnie wyższe niż u kobiet i między 2002 a 2017 r. wzrosły w najmłodszej grupie dorosłych (20–44 lat) z 2,9 do 8,0 na 100 tys., w grupie mężczyzn w średnim wieku (45–64 lat) z 13,1 do 41,3 na 100 tys., a w najstarszej grupie (65 lat i więcej) z 5,7 do 31,3 na 100 tys. [3] (ryc. 2).

Roczna bezwzględna liczba zgonów na AMW wzrosła w latach 2002–2017 u kobiet w grupie 20–44 lat z 44 do 245, w grupie 45–64 lat ze 102 do 787, a w grupie 65 lat i więcej z 15 do 239. U mężczyzn



Rycina 3. Bezwzględna liczba zgonów na alkoholową marskość wątroby w Polsce, 1999–2017

bezwzględna liczba zgonów na AMW wzrosła w tym okresie w grupie 20–44 lat z 217 do 657, w grupie 45–64 lat z 587 do 2096, a w grupie w wieku 65 lat i więcej z 114 do 823 [3] (ryc. 3).

Niniejsza analiza wskazuje, że przyrost umieralności z powodu AMW obserwowany był od pierwszego roku po skokowym wzroście konsumpcji. Na przykład u kobiet w wieku 20 plus wzrost umieralności z powodu AMW wynosił w 2003 r. 28 proc., w 2004 r. 73 proc., w 2005 r. 108 proc., w 2006 r. 128 proc., w 2007 r. 261 proc. Od 2003 do 2017 r. wzrost umieralności z powodu AMW wynosi u kobiet 630 proc., a u mężczyzn 260 proc. [3].

Rozwój sytuacji epidemiologicznej w Polsce jest klasycznym przykładem zjawiska natychmiastowej zmiany w umieralności w odpowiedzi na zmiany w spożyciu alkoholu na poziomie populacyjnym, czyli tzw. *reservoir effect*. *Reservoir effect* został po raz pierwszy zaobserwowany podczas niemieckiej okupacji Paryża w trakcie II wojny światowej, kiedy to w latach 1942–1947 stwierdzono 80-procentowy spadek spożycia alkoholu,

„Małych butelek wódki, tzw. małpek, sprzedaje się w Polsce 1,1 mld rocznie, czyli ok. 3 mln dziennie, w tym ok. 600 tys. między 6 rano a 12 w południe”

któremu towarzyszył szybki spadek umieralności na AMW – ponad 50 proc. po pierwszym roku i ponad 80 proc. po pięciu latach [3, 10, 13, 28]. W ostatnich dziesięcioleciach zjawisko to było obserwowane także w Rosji i w Polsce.

Jak potwierdziły liczne badania epidemiologiczne, AMW na poziomie indywidualnym rozwija się po długotrwałym intensywnym picu alkoholu. Ryzyko rośnie wykładniczo, ale z dużą niejednorodnością. Jednak



Fot. istockphoto.com

„Rozwój sytuacji epidemiologicznej w Polsce jest klasycznym przykładem zjawiska natychmiastowej zmiany w umieralności w odpowiedzi na zmiany w spożyciu alkoholu na poziomie populacyjnym, czyli tzw. *reservoir effect*”

u osób z wieloletnią historią intensywnej konsumpcji alkoholu oraz wieloletnim uszkodzeniem wątroby nagle zmiany ekspozycji na alkohol powodują prawie natychmiastowe zmiany w umieralności na AMW w skali populacyjnej – czyli właśnie tzw. *reservoir effect* [29]. Także w Polsce przyrost umieralności z powodu AMW odnotowano natychmiast po zmianie populacyjnej konsumpcji. Był on jednak wielokrotnie wyższy niż w innych krajach [28, 30].

Dane Głównego Urzędu Statystycznego wskazują na wzrost spożycia alkoholu także w latach 2018–2019. Potwierdzają to rosnące wskaźniki epidemiologiczne alkoholowych szkód zdrowotnych (ryc. 2). Zjawisko epidemii chorób alkoholowych w latach 2002–2019 nie zostało odnotowane w wielu raportach zdrowotnych dla Polski [21, 27, 31–34].

Rozwój sytuacji od 2002 r. pokazuje, jak w ciągu zaledwie 15 lat osłabienie skutecznych strategii ograniczania dostępności alkoholu w połączeniu z działaniami promocyjnymi branży alkoholowej może doprowadzić do katastrofy zdrowotnej na skalę populacyjną. W wielu krajach europejskich, takich jak Finlandia,

1. Alkohol nie jest zwykłym produktem spożywczym.
2. Alkohol jest substancją uzależniającą.
3. Nie ma bezpiecznej dawki alkoholu dla zdrowia człowieka.
4. Alkohol jest toksyczny, szczególnie wpływa na tkankę mózgową, jest hepato- i kardiotoxyczny, wywołuje schorzenia narządów przewodu pokarmowego etc.
5. Alkohol jest rakotwórczy.  $C_2H_5OH$  nie jest *per se* rakotwórczy, ale w jamie ustnej alkohol jest przekształcany w silnie rakotwórczy aldehyd octowy.
6. Alkohol jest niezwykle toksyczny dla kształtującego się dziecka – płodu.
7. Alkohol jest też podstawową przyczyną nagłych zgonów niemedycejskich, np. w wyniku urazów, wypadków drogowych.
8. Alkohol jest czynnikiem ryzyka bardzo dużej liczby schorzeń. W większości schorzeń jest jednym z czynników prowadzących do powstania choroby.
9. Najlepszą wskaźnikową miarą szkód zdrowotnych populacji, a także ich zmian w czasie jest analiza epidemiologiczna schorzeń wynikających w całości z alkoholu. Z definicji takim schorzeniem jest alkoholowa marskość wątroby. Oczywiście jest to tylko frakcja szkód zdrowotnych wynikających z alkoholu. Na przykład w publikacji „Global Burden of Diseases” oszacowano 32 500 zgonów związanych z alkoholem dla Polski w 2016 r., a raport WHO podaje szacunkowe liczby ponad 1500 zgonów spowodowanych wypadkami drogowymi w wyniku spożywania alkoholu oraz ponad 6000 zgonów nowotworowych w 2016 r. w Polsce.
10. W latach 2003–2017 zanotowano ponad 30 000 dodatkowych zgonów (*excess deaths*) u dorosłych kobiet i mężczyzn na alkoholową marskość wątroby w porównaniu z 2002 r.

Francja, Włochy czy Szkocja, alkohol nie jest traktowany jak zwykły artykuł spożywczy z racji jego poważnych skutków zdrowotnych [25, 31, 36]. Niniejsza analiza jest kolejnym dowodem na to, że najwyższy czas, aby również w Polsce wznowiono wstrzymany na początku XXI wieku program nadzoru i kontroli alkoholowych szkód zdrowotnych. Musi zostać stworzony narodowy program ograniczenia zdrowotnych następstw spożycia alkoholu, który powinien obejmować antypromocyjną politykę cenową, zakaz reklamy alkoholu, środki mające na celu ograniczenie jego dostępności, dobrze finansowane kampanie edukacyjne, ciągły i znaczący wzrost podatków na alkohol oraz system monitorowania zgonów związanych z alkoholem [37].

Witold A. Zatoński, Kinga Janik-Koncewicz,  
Mateusz Zatoński, Andrzej Wojtyła  
Instytut – Europejskie Obserwatorium Nierówności Zdrowotnych,  
Akademia Kaliska

Piśmiennictwo dostępne w wydaniu internetowym  
„Menedżera Zdrowia”.

1. Zatoński WA. One hundred years of health in Poland. *J Health Inequal* 2019; 5: 11-19.
2. Zatoński WA, Zatoński MZ, Janik-Koncwicz K, i wsp. Alcohol-related liver cirrhosis in Poland: the reservoir effect. *Lancet Gastroenterol Hepatol* 2020; 5: 1035.
3. Zatoński W, Sulkowska U, Zatoński M i wsp. Alcohol taxation and premature mortality in Europe. *Lancet* 2015; 385: 1181.
4. Zatoński WA, Janik-Koncwicz K, Zatoński M, Wojtyła A. Pogorszenie stanu zdrowia Polaków po 2002 r. *Epidemia zgonów alkoholowych. Menedżer Zdrowia* 2020; 7-8: 118-124.
5. Zatoński WA. The alcohol crisis in Polish public health. *J Health Inequal* 2019; 5: 122-123.
6. Zatoński WA, Młochowski I, Zatoński M, Gruszczynski Ł. Small bottles – huge problem? A new phase of Poland's ongoing alcohol epidemic. *J Health Inequal* 2019; 5: 86-88.
7. Zatoński WA, Zatoński M. Democracy is healthier – health in Poland in the late 1980s and 1990s. *J Health Inequal* 2016; 2: 17-24.
8. GBD 2016 Alcohol Collaborators. Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet* 2018; 392: 1015-1035.
9. Sepanlou S, Safiri S, Bisignano C i wsp. The global, regional, and national burden of cirrhosis by cause in 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet Gastroenterol Hepatol* 2020; 5: 245-266.
10. Zatoński WA, Sulkowska U, Mańczuk M i wsp. Liver cirrhosis mortality in Europe, with special attention to Central and Eastern Europe. *Eur Addict Res* 2010; 16: 193-201.
11. Mackenbach JP, Kulhanova I, Bopp M i wsp. Inequalities in alcohol-related mortality in 17 European countries: a retrospective analysis of mortality registers. *PLoS Med* 2015; 12: e1001909.
12. OECD. Health at a glance 2019. OECD Indicators. OECD Publishing, Paris 2019.
13. Rehm J, Taylor B, Mohapatra S. Alcohol as a risk factor for liver cirrhosis: A systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Rev* 2010; 29: 437-445.
14. Rhem J, Probst C. Decreases of life expectancy despite decreases in non-communicable disease mortality: the role of substance use and socioeconomic status. *Eur Addict Res* 2018; 24: 53-59.
15. Zatoński WA, Jha P. The health transformation in Eastern Europe after 1990: a second look. The M. Skłodowska-Curie Memorial Cancer Center and Institute of Oncology, Warsaw 2001.
16. Zatoński W and the HEM project team. Closing the health gap in European Union. The Maria Skłodowska-Curie Memorial Cancer Center and Institute of Oncology, Warsaw 2008.
17. Świątkiewicz G, Wieczorek Ł, Allamani A. What influences changes in alcoholic beverage consumption over time? Poland in the light of the European Union Amphora Study. *Subst Use Misuse* 2014; 49: 1601-1610.
18. Act of 26 October 1982 on Upbringing in Sobriety and Counteracting Alcoholism. <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU19820350230> (dostęp: 17 March 2020).
19. Act of 27 April 2001 regarding Upbringing in Sobriety and Countering Alcoholism, the Broadcasting Act, and the Stamp Duty Act. <http://www.parpa.pl/download/ustawaang.pdf> (dostęp: 18 czerwca 2019 r.).
20. Ordinance of the Minister of Finance of 01.08.2002, no. 1065. <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20021251065> (dostęp: 18 czerwca 2019 r.).
21. Synergion. Where is the little vodka flowing? Report on the 'little vodka' market and the changes it causes in consumer behaviour. <https://www.slideshare.net/synergion/synergion-raport-dokad-plynie-malawodka> 2019 (dostęp: 18 czerwca 2019 r.).
22. Sprzedaż wódek w sklepach maľoformatowych. <http://www.cmr.com.pl/sprzedaz-wodek-w-sklepach-malofomatowych/> (dostęp: 18 czerwca 2019 r.).
23. Nielsen. Aktualny obraz rynku alkoholowego w Polsce. <https://www.nielsen.com/pl/pl/insights/report/2018/alcoholic-beverages-in-poland/> (dostęp: 18 czerwca 2019 r.).
24. Ekspert o sprzedaży wódky w kieliszkach: To przemysłana strategia. Hodują sobie przyszłych użytkowników. [https://wiadomosci.gazeta.pl/wiadomosci/1,114871,18147523,Ekspert\\_o\\_sprzedazy\\_wodki\\_w\\_kieliszkach\\_\\_To\\_przemyslana.html](https://wiadomosci.gazeta.pl/wiadomosci/1,114871,18147523,Ekspert_o_sprzedazy_wodki_w_kieliszkach__To_przemyslana.html) (dostęp: 2 grudnia 2020 r.).
25. Babor T, Caetano R, Casswell S, et al. Alcohol: No Ordinary Commodity. Research and Public Policy. Oxford University Press, Oxford 2003. [https://www.researchgate.net/publication/6517993\\_Comparing\\_Alcohol\\_Consumption\\_in\\_Central\\_and\\_Eastern\\_Europe\\_to\\_Other\\_European\\_Countries](https://www.researchgate.net/publication/6517993_Comparing_Alcohol_Consumption_in_Central_and_Eastern_Europe_to_Other_European_Countries).
26. Rehm J, Sulkowska U, Mańczuk M i wsp. Alcohol accounts for a high proportion of premature mortality in central and eastern Europe. *Int J Epidemiol* 2007; 36: 458-467.
27. Ogórek S. Polak pije mniej wody niż piwa. I dlatego rynek napojów będzie rósł. <https://www.money.pl/gospodarka/wiadomosci/artkul/napoje-rynek-spozycie-napojow-cola-pepsi-ile,243,0,2159091.html> WDU20021251065 (dostęp: 22 września 2016 r.).
28. Holmes J, Meier PS, Booth A i wsp. The temporal relationship between per capita alcohol consumption and harm: A systematic review of time lag specifications in aggregate time series analyses. *Drug Alcohol Depend* 2012; 123: 7-14.
29. Leon DA, Chenet L, Shkolnikov VM i wsp. Huge variation in Russian mortality rates 1984–94: artefact, alcohol, or what? *Lancet* 1997; 350: 383-388.
30. Skog OJ. Liver cirrhosis epidemiology: some methodological problems. *Br J Addict* 1980; 75: 227-243.
31. Wojtyński B, Goryński P (red.). Health status of Polish population and its determinants – in short. National Institute of Public Health – National Institute of Hygiene, Warsaw 2018. <https://www.pzh.gov.pl/najnowszy-raport-nizp-pzh-sytuacja-zdrowotna-ludnosci-polski-i-jej-uwarunkowania/> (dostęp: 14 listopada 2019 r.).
32. Poland: 2019 Saw Highest Alcohol Use in Three Decades. <https://movendi.ngo/news/2020/10/14/poland-2019-saw-highest-alcohol-use-in-three-decades/> (dostęp: 14 października 2020 r.).
33. Ptak-Iglowska A. Pijemy coraz więcej alkoholi z wyższej półki. *Rzeczpospolita*. <https://www.rp.pl/Przemysl-spozywczy/311209885-Pijemy-coraz-wiecej-alkoholi-z-wyzszej-polki>.html (dostęp: 22 listopada 2019 r.).
34. Zatoński M, Herbec A. Are mass media campaigns effective in reducing drinking and driving? Systematic review – an update. *J Health Inequal* 2016; 2: 52-60.
35. Štelemėkas M. Alcohol, policy, and public health in Lithuania: what was done and what might the effects be? *J Health Inequal* 2019; 5: 44.
36. Rehm J, Štelemėkas M, Badaras R. Research protocol to evaluate the effects of alcohol policy changes in Lithuania. *Alcohol Alcohol* 2019; 54: 112-118.
37. Aarø LE, Zatoński WA, Zatoński M, Wojtyła A; and advisory board. Declaration from the World Conference on Family Health, Calisia, 2019. *J Health Inequal* 2019; 5: 129-136.