



Управление библиотечных фондов (Парламентская библиотека)

БИБЛИОДОСЬЕ

Подготовлено по запросу
Комитета Государственной Думы
по охране здоровья
к «круглому столу» на тему

«Алкогольный вклад в смертность населения трудоспособного возраста и демографическую ситуацию в России. Пути решения»

по информационно-библиографическим ресурсам
Управления библиотечных фондов
(Парламентской библиотеки)

Москва,
февраль 2017 г.

Предлагаемое библиодосье к «круглому столу» на тему **«Алкогольный вклад в смертность населения трудоспособного возраста и демографическую ситуацию в России. Пути решения»** подготовлено по запросу Комитета Государственной Думы по охране здоровья на основе информационно-библиографических ресурсов Управления библиотечных фондов (Парламентской библиотеки).

Библиодосье состоит из трех частей.

Первая часть содержит публикации в журналах, газетах и интернет-ресурсах, посвященные государственной политике в сфере контроля качества спиртосодержащей продукции, вопросам законодательного регулирования в сфере ужесточения наказания за распространение суррогатного алкоголя, проблемам последствий злоупотребления алкоголем для здоровья населения - алкогольного вклада в смертность трудоспособного населения и демографическую ситуацию в регионах России.

Вторая часть включает статистическую информацию по регионам Российской Федерации о числе умерших в трудоспособном возрасте от алкогольных отравлений (за январь - июнь 2016 г.), о заболеваемости населения алкоголизмом и алкогольными психозами (за 2013 - 2015 гг.), сведения о числе умерших от случайных отравлений алкоголем (за январь - ноябрь 2016 г.).

В **третьей части** приводится библиографический список книг, актуальных научных статей и публикаций из ресурсов Парламентской библиотеки, которые всегда можно дополнительно заказать в читальном зале, через абонемент или по телефону 8(495)692-68-75. Библиографические записи в списке расположены в алфавитном порядке авторов или заглавий.

СОДЕРЖАНИЕ*

Часть I

Публикации в журналах, газетах и интернет-ресурсах

<i>Хлопонин А.Г.</i> Государственная политика в сфере контроля за оборотом спиртосодержащей продукции	4
<i>Говорин Н.В.</i> О законодательном регулировании вопросов ужесточения наказания за распространение суррогатного алкоголя	7
<i>Скульская Л.В., Широкова Т.К.</i> Проблемы качества алкогольной и табачной продукции (проблемы последствий злоупотребления алкоголем, качества и безопасности алкогольной продукции)	8
<i>Разводовский Ю.Е., Зотов П.Б.</i> Алкогольные отравления и эпидемиологические параметры алкоголизма в России	13
<i>Бойцов С.А., Самородская И.В., Семёнов В.Ю.</i> Влияние медицинских и немедицинских факторов на смертность населения: роль алкоголя	17
<i>Андреев Е.М.</i> Правильно ли считают умерших от случайных отравлений алкоголем? (алкогольный вклад в смертность населения в регионах России)	27
<i>Сахаров А.В., Говорин Н.В.</i> Современные тенденции смертности населения Забайкальского края от заболеваний, вызванных употреблением алкоголя	34

Часть II

Статистическая информация	39
---------------------------	----

Часть III

Библиографический список книг, публикаций в журналах, газетах и интернет-ресурсах	44
---	----

Составители:

Научное редактирование – **О.Д. Алексеева** (заместитель начальника отдела библиотечно-информационного обслуживания УБФ (ПБ)).

Поиск, анализ, отбор, систематизация материалов в ресурсах УБФ (ПБ), полнотекстовых базах данных, формирование библиографических списков, оформление библиодосье – канд. ист. наук **Н.В. Фатуева** (консультант УБФ (ПБ)); подготовка статистической информации – **А.М. Мелехов** (консультант отдела библиотечно-информационного обслуживания УБФ (ПБ)).

Подготовка электронной версии библиодосье, размещение на сайте УБФ (ПБ) в сети Интранет Государственной Думы по адресу: <http://parlib-search.duma.gov.ru/> и на портале Система «Парламентская библиотека» ГАС «Законотворчество» по адресу <http://bar.parliament.gov.ru/> - **С.А. Домченков** (консультант отдела электронных изданий УБФ (ПБ)); **А.В. Ильин** (старший специалист 2 разряда отдела библиотечно-информационного обслуживания УБФ (ПБ)).

Контакты: тел. 8(495)692-68-75, факс 8(495)692-97-36, e-mail: parlib@duma.gov.ru

* В соответствии с законодательством Российской Федерации в части, касающейся соблюдения авторских прав, публикации, представленные в библиодосье, не предназначены для тиражирования, размещения в Интернет, распространения или продажи.

В материалах, использованных для подготовки библиодосье, сохранены оригинальные тексты источников опубликования.

Часть I

Публикации в журналах, газетах и интернет-ресурсах

ГОСУДАРСТВЕННАЯ ПОЛИТИКА В СФЕРЕ КОНТРОЛЯ ЗА ОБОРОТОМ СПИРТСОДЕРЖАЩЕЙ ПРОДУКЦИИ*

А.Г. Хлопонин, Заместитель Председателя Правительства Российской Федерации

- Александр Геннадиевич, мы с Вами встречаемся после трагедии, которая произошла в Иркутской области. Погибло, на сегодняшний день по крайней мере, когда мы с Вами разговариваем, уже 72 человека. Премьер поручил ужесточить контроль за оборотом спиртосодержащей продукции. Что планирует делать Правительство в ближайшее время в этом направлении?

- С самой главной задачей, которую мы ставили в 2016 году, мы, с нашей точки зрения, по максимуму справились: достигли того, что у нас в легальной розничной сети сегодня осуществляются продажи качественного алкоголя. И мы можем гарантировать, что в легальной сети, которая сегодня работает, которая имеет лицензию на торговлю алкоголем, никогда подобного случая произойти не может. Дай бог, хочется постучать по дереву.

Но, к сожалению, у нас ещё большой объём реализуется через так называемую нелегализованную розничную сеть.

- Нелегальная розница так называемая?

- Вся торговля спиртосодержащими препаратами или товарами, к сожалению, осуществляется не через лицензированную розницу. (...)

Конечно, легальный алкоголь и дороже, чем все эти так называемые спиртосодержащие жидкости.

Тем не менее мы с себя не снимаем ответственность и понимаем, что появилось огромное количество жуликов и спекулянтов, которые под разными названиями сегодня стимулируют или искушают людей употреблять это, собственно говоря, вовнутрь.

- Как я понимаю, алкогольный рынок делится на легальный, нелегальный и суррогатный рынок.

- Всё гораздо сложнее.

- Просто чтобы понять долевое соотношение.

- У нас есть рынок алкоголя, который делится на три категории: легальный, контрафактный и суррогатный.

Легальный – это, понятно, то, что продаётся в рознице, с него уплачиваются все акцизы, все налоги, он хорошего качества.

- Самый дорогой.

- Да. Вторая категория – что называется контрафакт. Это то, что продаётся в обход государства и, скажем, без уплаты акцизов.

- Но качественный.

- Да, при этом он может быть точно такой же качественный. И суррогат – это так называемое производство, производные, которые делаются из спирта, но, собственно говоря, идёт под разными названиями и вообще по большому счёту в природе его с точки зрения официального...

- Доля этого рынка большая?

- Её невозможно посчитать. Она, к сожалению, существует. И есть подпольные предприятия, и есть легальные производители парфюмерно-косметической продукции.

Давайте теперь про эту продукцию, которую Вы называете суррогатами, но она на самом деле и в легальной жизни существует. Она делится на три категории. Одна категория – так называемые медицинские препараты двойного назначения, к коим относится настойка боярышника, настойка валерианы и так далее и тому подобное.

* Хлопонин А.Г. [Государственная политика в сфере контроля за оборотом спиртосодержащей продукции]: [интервью телеканалу «Россия 24», 22 декабря 2016 г.] / А.Г. Хлопонин; беседовала М.Бондарева // Официальный сайт Правительства Российской Федерации. - <http://government.ru/> (дата обращения: 24.01.2017). - Материалы приводятся выборочно в соответствии с предметно-тематической проблематикой библиодосье.

Есть вторая категория этой продукции – это так называемая парфюмерно-косметическая продукция. Это различного рода антисептики, очистители и так далее и тому подобное, и пищевые добавки, которые используются, условно, в чае, приготовлении всяких тортиков, пирогов.

Что касается медицинских препаратов, безусловно, они должны продаваться в аптечной сети и по предписаниям врачей, по так называемым рецептам. Ведь тот же валокордин или что-то ещё, его надо-то 40 капель или 10 капель выпить. (...) Поэтому будет ограничение и по таре, будет ограничение и по местам продажи.

- А что Вы имеете в виду «по местам продажи»?

- Это должно продаваться в аптеках, в специализированных магазинах.

- В принципе сейчас валокордин продаётся только в аптеках в основном.

- Но тем не менее есть ряд других товаров, та же настойка боярышника, которая используется как медицинский препарат и которую употребляют. Она должна продаваться в аптеке и по рецептам. Не так, как это сегодня продаётся даже в автоматах, когда подходят, пишут: «настойка боярышника» и покупают.

- А что будут делать с этими автоматами?

- Они все будут ликвидированы.

- А что касается рецептов, Вы же понимаете, что это вызовет обратную сторону, вырастут очереди у врачей.

- Ничего подобного.

- Если это нужно пожилым людям, это не всегда так просто – пойти к врачу.

- Во-первых, мы, безусловно, будем за этим следить. Во-вторых, будем это всячески администрировать. Мы работаем в очень тесной связи с Министерством здравоохранения, с нашими аптекарскими сетями. Никакой очереди не будет.

Дальше есть вторая волна людей, которые очень обеспокоены тем, что цены вырастут в связи с тем, что мы начнём регламентировать, вводить систему ЕГАИС и вообще сделаем акциз, приравняем акциз к крепкому алкоголю. Нет, безусловно, этого не произойдёт. Мы сейчас с Минфином дорабатываем модель, при которой производители, которые будут поставлять эти товары в аптечную сеть, будут это просто оформлять декларацией, и акциз будет равен нулю. Те же, которые попробуют выпустить что-то большего объёма и продать не в аптечную сеть, а через обыкновенную розницу, будут платить акциз полным рублём. (...)

- Может быть, легальный алкоголь стоило бы сделать немного дешевле?

- Мы об этом думали и продолжаем думать. Я думаю, что любой алкоголь должен стоить столько, сколько он должен стоить. Можно, конечно, пойти по пути снижения акциза, но у нас же не стоит задача алкоголизации населения. (...)

Поэтому я пока не вижу необходимости вести разговор о значительном снижении акцизов. Вообще не надо делать так, чтобы этот товар был всячески доступен. Мы должны вести речь о здоровом образе жизни и переходе на другой качественный уровень.

- Именно поэтому и возникает дискуссия о том, что, может быть, стоит сделать поменьше, потому что в любом случае люди, которые привыкли пить водку, так её и будут пить, но они хотя бы будут пить продукт качественного производства.

- Не хочу быть судьёй, но у меня такое впечатление, что люди, которые пили и пьют водку, будут пить водку. И разница между 180 рублями и 200 рублями может быть, конечно, ощутимой, но тем не менее я думаю, что люди будут получать качественные продукты, я не вижу в этом большой проблемы. К сожалению, есть у нас такая категория людей, которые привыкли употреблять так называемые суррогаты и производные из этого (...). Для таких людей это будет проблемой. Но если мы попытаемся водку сделать по цене одеколона, тогда ради чего, собственно говоря, мы этот рынок упорядочивали? Мы что, хотим всё население спойть? Явно такой задачи не стоит. Мы же должны не мотивировать людей к алкоголизму, а сделать так, что уж если ты хочешь выпить алкоголь, то он должен быть качественный.

- Вы говорили накануне о возможности распространить на всю спиртосодержащую продукцию полную ставку акциза 530 рублей. Что Вы имели в виду, учитывая то, что Вы сейчас сказали, что, например, на настойки, продаваемые в аптеке, акциз будет равен нулю? Будут ли соответствующие поправки вноситься в Налоговый кодекс?

- Да, мы только что внесли соответствующие изменения в Налоговый кодекс. Мы хотим, чтобы уже в I квартале 2017 года все эти решения были приняты.

Речь идёт о том, что, если это препарат медицинского назначения, акциз будет равен нулю. Никаких повышений цен не будет, но и тара будет другая, и места распространения должны быть другие. Если кто-то под видом продукции двойного назначения продаёт его в обыкновенной

розничной сети, то будет платить полным рублём. То есть по большому счёту то, что раньше стоило – под видом всяких лосьонов «питьевых» и т.п. – 60–80 рублей, будет также стоить 200–220 рублей. То есть мы экономически просто выдадим эту продукцию с рынка.

- Ещё звучат такие мнения, что надо бороться не с «Боярышником», а с производителями суррогатов. Что будет непосредственно сейчас грозить нелегальным или полунелегальным производителям таких спиртосодержащих напитков?

- Безусловно, соответствующие поправки приняты и в Кодекс административных правонарушений, и в Уголовный кодекс. В чем смысл? Условно есть торговая точка, за прилавком продавец взяла и из-под полы продала так называемый суррогат, или питьевой напиток двойного назначения, как угодно можно назвать. И единственное, что государство сегодня в состоянии применить к этой торговой точке – это штраф в размере от 200 до 5 тыс. рублей.

На сегодняшний день мы внесли в Думу поправки в Административный кодекс, и если торговая точка будет поймана с этим нарушением, то по административному штрафу они обязаны будут выплатить штраф в размере около 15% годового оборота всей этой торговой точки. Это уже существенный платёж, это несколько миллионов рублей, это колоссально. Если второй раз будут пойманы с этим же самым – то до уголовной ответственности, от двух до трёх лет. Это будет уже серьёзный стимул задуматься о том, чтобы больше этим не заниматься.

- И эти поправки когда вступят в силу?

- Весь этот пакет в полном объеме должен быть принят в I квартале 2017 года.

- Не ударит ли это всё по легальным производителям алкоголя хотя бы в плане участвующих сейчас проверок?

- Нет. Все легальные производители алкоголя сегодня работают в системе ЕГАИС, никаких проверок там не надо. Это система сквозная – начиная от производства спирта и заканчивая нашими коммерческими точками, имеется в виду система торговли, розницы. Там всё находится в системе контроля. Создана система – вот можно, кстати, посмотреть в мобильное приложение, которое называется «Антиконтрафакт», спокойно зайти, посмотреть, где продукция произведена качественно, и если, не дай бог, это поддельная или марка двойного назначения, этот сигнал поступит не только вам, но ещё и продавцам, и в систему Росалкогольрегулирования. И будут приняты соответствующие санкции.

Как это ударит по легальным производителям алкоголя – я не вижу.

- А как это может сказаться на ценах? Ну хотя бы тот факт, что на всю спиртосодержащую продукцию сейчас будет введена полная ставка акциза.

- Мы говорим о спиртосодержащей продукции двойного назначения. Действительно, будет дороже стоить. Эта продукция подорожает. Просто надо понимать, что в бутылке водки 0,5, большой, – это, собственно говоря, 100 рублей, в зависимости от объёма содержания спирта в этой бутылке водки. А если это лосьон – там же гораздо меньше объём содержания спирта, поэтому рост не 100 рублей, это будет рост где-то 15 рублей, 10 рублей.

- То есть на косметику это тоже будет распространяться?

- Там, где применяется спирт. Но я не думаю, что каждый раз, когда Вы садитесь перед зеркалом и используете косметические препараты, то везде у Вас есть спирт. Очень в этом сомневаюсь. Поэтому я даже с трудом представляю, о каких косметических препаратах мы с Вами говорим.

- А ещё высказываются предложения, что алкогольный рынок нужно национализировать и производство крепкого алкоголя должно взять на себя полностью государство, чтобы не допускать подобных проблем. Как Вы смотрите на такую идею? Придёт ли правительство к этому?

- Мы к этому, собственно, и пришли, только я не люблю слово «национализация». Самое важное, к чему мы пришли, – это мы сегодня полностью контролируем оборот всего спирта и спиртосодержащей продукции.

- С помощью ЕГАИС?

- С помощью ЕГАИС, безусловно. И в этой части нужно ли акционировать или приватизировать, или обратно забирать, национализировать в государственную собственность все спиртзаводы, которые существуют? Сегодня «Росспиртпром» и так контролирует около 46% всех спиртовых заводов, которые находятся в Российской Федерации. Минздрав, Минпромторг контролируют через систему лицензирования заводы, которые занимаются производством медицинского спирта. Сегодня и эти заводы попали под контроль государства, их оборот полностью идёт через ЕГАИС. Считайте, что здесь речь идёт о полном осуществлении государственного контроля за оборотом и производством спиртосодержащей продукции. То, что эту задачу мы доведём до конца, решим, – это 100%. (...)

О ЗАКОНОДАТЕЛЬНОМ РЕГУЛИРОВАНИИ ВОПРОСОВ УЖЕСТОЧЕНИЯ НАКАЗАНИЯ ЗА РАСПРОСТРАНЕНИЕ СУРРОГАТНОГО АЛКОГОЛЯ*

Н.В. Говорин, заместитель председателя Комитета Государственной Думы по охране здоровья

Депутат Госдумы Николай Говорин вправе давать рецепты по «отрезвлению» страны – десятки лет как врач, учёный и общественный деятель занимался проблемой в регионе, и сегодняшние успехи Забайкалья (снижение числа отравлений суррогатом и в целом алкоголизации) – на счету его и его подвижников. Повод к декабрьскому разговору, конечно же, – массовая гибель людей в Иркутске. 77 человек не дожили до нового 2017 года. Виною тому – метиловый спирт.

И не просто метиловый спирт, который при его прямом – промышленном! – назначении вещество необходимое и опасности не представляет. И не злосчастный «Боярышник» и ему подобные спиртовые настойки. Всё – надводная часть айсберга. Чудище, пожирающее работоспособное население России по полмиллиона в год, по мнению Николая Васильевича, кроется в самом незаконном обороте алкоголя в стране. Вот с этим «зверем» необходимо бороться.

– Теневой рынок приносит своим владельцам сверхприбыль, естественно происходит сильнейшее лоббирование интересов бизнеса. – Депутат не скрывает, что путь тернист. И лежит он, как часто бывает в нашем государстве, восвояси – к государственной монополии на производство алкоголя, бездумно утраченной в 90-е. (...)

Ужесточение законов и в особенности внедрение Единой государственной автоматической информационной системе (ЕГАИС), хоть она и безупречна, привело к тому, что продавцам стало опасно и невыгодно закупать суррогатную продукцию. Таким образом, по крайней мере, защитили тех, кому не всё равно, что пить.

Тем, кому всё равно, на выручку пришли дешёвые настойка боярышника и косметические лосьоны с большим (до 75 процентов) содержанием спирта. Постепенно в структуре продажи крепкого алкоголя они стали занимать большую нишу – 15-16%. Возник своеобразный параллельный алкогольный рынок. Часть продукции идёт как парфюмерная, значит – не попадает под действие закона 171-ФЗ. Алкоголики «перекочевали» из продуктовых магазинов в промтоварные и в аптеки. (...)

Необходимо не только вернуть государственную монополию на производство алкоголя в стране, но и установить контроль за производством и потреблением метанола в жёсткой зависимости от потребностей оборонной промышленности. До сотен тысяч увеличить штрафы за незаконную продажу алкогольной продукции для индивидуальных лиц, не говоря уже об юридических. Депутат намерен добиваться также не впервые озвученной им идеи принудительного лечения алкоголиков. «Не работаешь, пьяными скандалами угрожаешь здоровью близких – на освидетельствование. Нарколог подтвердил твою опасность для общества – будешь лечиться, как миленький, никуда не денешься», – рассуждает. (...)

Но главное, на что Николай Васильевич предлагает сделать основной акцент в программе спасения государства от зелёного змия – не дать людям, которые пока, к счастью, составляют большинство россиян – кто не пьёт совсем или выпивает умеренно и только качественный алкоголь – скатиться ненароком в ту же пропасть. Холить и лелеять и всячески поддерживать нужно тех, кто ведёт здоровый образ жизни! Пропагандировать через СМИ, художественные фильмы, рекламу, личные примеры занятия спортом и прочее-прочее, что, в общем-то, всем известно, да воз почему-то доньше там.

Социально благополучным семьям нужны дополнительные стимулы (помимо материнского капитала) для рождения третьего, четвёртого ребёнка. Чтобы, простите, не в пьяном угаре такие решения принимались людьми, а из любви и уверенности в завтрашнем дне.

Этой уверенности многим как раз и не хватает: будет ли завтра работа стабильной, будет ли мир. «Стабильность в государстве напрямую зависит от работоспособности его населения, – уверен мой собеседник. – Катастрофически не хватает рабочих рук, и дальше ещё хуже будет – в фертильный (детородный) возраст должно было вступить поколение, не рождённое в 90-х. На фоне этой, и так безрадостной картины терять от алкоголя по 500 тысяч человек в год... Многие смерти, особенно от сердечно-сосудистых заболеваний, обусловлены тем же, потому что некачественный алкоголь обязательно пагубно влияет на важнейшие системы организма». (...)

* Говорин Н.В. «Пьющих – лечить, трезвых – беречь, спаивающих – наказывать»: [о законодательном регулировании вопросов ужесточения наказания за распространение суррогатного алкоголя] / Н.В. Говорин; Е. Сластина // Земля. – 2017. - №1. – 10 янв. – <https://zemlya-chita.com> (дата обращения: 27.01.2017) - Материалы приводятся выборочно в соответствии с предметно-тематической проблематикой библиодосье.

ПРОБЛЕМЫ КАЧЕСТВА АЛКОГОЛЬНОЙ И ТАБАЧНОЙ ПРОДУКЦИИ*

*Проблемы последствий злоупотребления алкоголем, качества и безопасности
алкогольной продукции*

Л.В. Скульская

Т.К. Широкова, старший научный сотрудник, кандидат экономических наук

(Институт народнохозяйственного прогнозирования РАН (ИНП РАН))

Злоупотребление алкогольной продукцией как одна из причин социальной деградации части общества. Производство табачной, спиртовой и ликероводочной продукции в России постоянно растет, удовлетворяя потребности значительной части россиян. При этом качество выпускаемой продукции, гарантия безопасности являются определяющими в этом секторе экономики, так как в бесконтрольно изготовленной продукции, кроме допустимых норм наркотических веществ, могут содержаться и отравляющие вещества, вредно (и даже) смертельно действующие на человека. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) [1], ежегодно в мире от алкоголизма умирает 3 млн. чел., из них полмиллиона - в России. Согласно сведениям Роспотребнадзора, наблюдающийся рост потребления пива и слабоалкогольных напитков подростками и женщинами детородного возраста в немалой степени способствует снижению уровня средней продолжительности жизни и росту показателя преждевременной смертности населения [2]. По данным Государственного научно-исследовательского центра (ГНИЦ) профилактической медицины, в России вклад алкоголя в преждевременную смертность населения России составляет почти 12%. По данным ВОЗ, при душевом потреблении более 8 л алкоголя в год идет необратимое угасание нации. Исследователи отмечают, что на каждый последующий (после 8 л) литр потребления алкоголя смертность возрастает на 65 тыс. чел. в год [3].

В Концепции государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкоголем и профилактике алкоголизма среди населения Российской Федерации на период до 2020 г. (распоряжение Правительства Российской Федерации от 30 декабря 2009 г. № 2128-р [4]) указано, что в современной России злоупотребление алкогольной продукцией является одной из основных причин социальной деградации определенной части общества, которая выражается в росте преступности, насилия, сиротства, в ухудшении здоровья, росте инвалидности и случаев суицида.

Причины смерти от злоупотребления алкогольной продукцией возникают не только от алкогольных отравлений. В большинстве случаев смертельный исход происходит от несчастных случаев и насилия, в меньшей части - от сердечнососудистых, онкологических и других заболеваний, обусловленных потреблением алкоголя. В состоянии алкогольного опьянения ежегодно совершаются многочисленные преступления - убийства, причинение тяжкого вреда здоровью, изнасилования, хулиганство, грабежи, разбои, угоны автотранспорта. По расчетам Общественной палаты, совокупные экономические потери от злоупотребления населением алкоголя в России составляют не менее 1,7 трлн. руб./год [5].

Помимо роста смертности от болезней, спровоцированных злоупотреблением алкоголя, по оценкам Министерства здравоохранения РФ [6], в России ежегодно от болезней, связанных с курением, умирает от 330 до 400 тыс. чел. Проведенные в 1998 г. исследования поведения курильщиков в России выявили прямую зависимость между уровнями потребления алкоголя и табачной продукции [7]. Акцизы на сигареты в 2013 г. привнесли в бюджет 250 млрд. руб., между тем как потери от заболеваний, вызванных курением, ежегодно составляют более 1,3 трлн. руб., т. е. многократно перекрывают налоги государства от табачной индустрии. При этом следует учесть ряд не прямых выгод для экономики: некурящие люди более работоспособны, реже болеют, дольше живут, т. е. государство может многократно выиграть от государственной политики противодействия потреблению табака.

В Концепции на 2010 - 2015 гг. [8], разработанной в соответствии со ст. 5 Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против курения табака и утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 23 сентября 2010 г. № 1563-р, указано, что «в Российской Федерации ежегодно от болезней, связанных с потреблением табака, погибают от 350 тыс. до 500 тыс. граждан. Потребление табака увеличивает риск развития тяжелых сердечно-сосудистых, желудочно-кишечных, эндокринных и онкологических заболеваний, репродуктивной системы и др. Распространенность потребления табака среди взрослого населения РФ в различных регионах

* Скульская Л.В. Проблемы качества алкогольной и табачной продукции / Л.В. Скульская, Т.К. Широкова // Проблемы прогнозирования. - 2017. - № 1. - С. 77-86. - Материалы приводятся выборочно в соответствии с предметно-тематической проблематикой библиодосье.

страны составляет 53-80% среди мужчин и 13-47% - среди женщин, среди юношей и девушек она составляет соответственно 28-67% и 15-55%».

Наибольший (в 3 раза) рост потребления табака за последние 5 лет отмечен среди женщин, детей и подростков. Курение табака женщинами во время беременности (более 40%) приводит к увеличению числа детей, родившихся больными, недоношенными, а также к раннему прерыванию беременности. В связи с этим важное значение имеет количество потребляемого алкоголя и табака, а также безопасность и качество продукции. В России чаще всего подделывают алкоголь и табак, указывается в статистике МВД РФ [9]. Как указано в Концепции [4], «История производства и потребления алкогольной продукции, охватывающая период от дореволюционной России до настоящего времени, свидетельствует о том, что увеличение потребления алкогольной продукции и изменение структуры ее потребления в сторону более крепкой алкогольной продукции происходили из-за отсутствия единых подходов государства к регулированию производства и оборота алкогольной продукции, смещению приоритетов в сферу экономических интересов в ущерб охране здоровья населения».

Потребление алкогольной продукции. В России в 1914 - 1917 гг. по сравнению с Европой был самый низкий уровень потребления алкогольной продукции - 0,83 л абсолютного алкоголя (безводного спирта) в расчете на душу населения, но с середины 1970-х годов он начал существенно увеличиваться. К началу 1990-х годов потребление учтенной алкогольной продукции на душу населения составило 5,4 л абсолютного алкоголя в год, а к 2008 г. оно возросло до 10 л, т. е. в 1,8 раза. Однако если учесть не разрешенную к потреблению спиртосодержащую продукцию и крепкие напитки домашней выработки, то фактическое потребление алкогольной продукции на душу населения в настоящее время составит около 18 л в год [4].

В 2014 г. в рейтинге стран мира по уровню потребления алкоголя (в литрах чистого этилового спирта на душу населения), рассчитанного по методике ВОЗ, в которой учитываются лица в возрасте 15 лет и старше, в России потребляют 15,76 л в год [10]. Не меньше (чуть меньше), чем в России, потребляют алкоголь в бывших союзных республиках, расположенных в европейской части - Молдове, Украине, Эстонии, Белоруссии, Латвии. Ниже границы максимального употребления алкоголя (8 л), кроме Грузии, расположенной в европейской части континента, потребляют алкоголь в бывших союзных республиках, расположенных в Средней Азии и преимущественно исповедующих ислам: Кыргызстане, Туркменистане, Узбекистане, Таджикистане.

Данные табл. 1 позволяют усомниться в расхожем мнении о том, что именно постперестроечный период экономики привел к дестабилизации общества, неуверенности в завтрашнем дне, к повышению стресса, и как следствие - к росту потребления алкоголя.

Это не совсем точно, так как ряд стран, где ситуация в экономике значительно хуже, чем в европейских странах и жители которых едут на заработки, в том числе и в Россию, потребляет алкоголь в разы меньше.

Таблица 1.

Потребление алкоголя в бывших союзных республиках в 2014 г., л/чел.*

Страна	Потребление абсолютного алкоголя
Молдова	18,22
Россия	15,76
Украина	15,60
Эстония	15,57
Белоруссия	15,13
Латвия	15,03
Литва	12,50
Армения	11,35
Казахстан	10,96
Азербайджан	10,60
Грузия	6,40
Кыргызстан	5,09
Туркменистан	4,63
Узбекистан	3,54
Таджикистан	3,39

* Составлено по [10].

В связи с тем, что Россия многонациональная и многоконфессиональная страна, жители которой по национальному и конфессиональному признаку придерживаются определенных районов проживания, представляют интерес данные об уровне продажи алкоголя на душу населения по экономическим районам РФ (табл. 2).

Как свидетельствуют данные табл. 2, продажа алкогольной продукции на душу населения в трудоспособном возрасте по федеральным округам существенно различается.

Таблица 2.

Розничная продажа алкогольной продукции и пива по федеральным округам на душу населения в трудоспособном возрасте, л абс. алкоголя/чел.*

Федеральный округ	Продажа абсолютного алкоголя на душу населения	
	л	%
Российская Федерация	8,9	100,0
Центральный	10,5	118,0
Северо-Западный	8,9	100,0
Южный	6,4	71,9
Северо-Кавказский	3,2	36,0
Приволжский	8,4	94,4
Уральский	10,4	116,9
Сибирский	8,9	100,0
Дальневосточный	11,2	125,8

* Рассчитано по данным [12].

Примечание: Данные в табл. 2 соответствуют исследованиям федерального проекта «Трезвая Россия» и Центра информационных коммуникаций «Рейтинг», проведенным при поддержке Минздрава, Независимой наркологической гильдии, НИИ наркологии – филиала ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского», федеральной службы по регулированию алкогольного рынка, экспертно-аналитического центра при Общественной палате. Чечня, Ингушетия и Дагестан признаны самыми «трезвыми» регионами страны.

Минимальна продажа алкогольной продукции в Северо-Кавказском федеральном округе. При этом по Ингушетии и Чеченской Республике данные о розничной продаже алкогольной продукции вообще отсутствуют. Меньше алкоголя по сравнению со средними данными РФ продают в Южном ФО. Максимальная продажа алкогольной продукции на душу трудоспособного населения - в Дальневосточном ФО (11,2 л), что на 25,8% превышает средний уровень. По уровню продаж в Дальневосточном округе превалирует Приморский край, за ним следует Хабаровский край и республика Саха (Якутия). За Дальневосточным округом по уровню продаж следует Центральный ФО и Уральский ФО. Замыкают список Чукотский автономный округ (80-е место), Новгородская область (81-е место), Камчатский край (82-е место), Магаданская область (83-е место), Ненецкий автономный округ (84-е место) и Еврейская автономная область (85-е место), т. е. кроме Новгородской области - регионы Дальневосточного ФО [11]. (...)

Следует обратить внимание на тенденцию взаимосвязи потребления алкогольной и табачной продукции (см. табл. 1) Избыточное потребление и алкоголя, и табачных изделий в России не может не сказаться на здоровье граждан и смертности населения, особенно в европейской ее части [15]. (...)

В первую тройку республик по потреблению сигарет на душу населения как и по душевому потреблению абсолютного алкоголя входят Украина, Россия и Молдова, а замыкают перечень республики Средней Азии: Туркменистан и Узбекистан.

Качество и безопасность алкогольной продукции. Согласно федеральному закону от 22.11.95 г. № 171-ФЗ «О государственном регулировании производства и оборота этилового спирта, алкогольной и спиртосодержащей продукции», к алкогольной продукции относится пищевая продукция, в которой более 1,5% этилового спирта. Алкогольная продукция подразделяется на этиловый пищевой спирт, спиртные напитки, вино. Принцип оценки качества алкогольной продукции заключается в выявлении соответствия (несоответствия) алкогольной продукции гигиеническим нормативам, изложенным в Единых санитарно-эпидемиологических и гигиенических требованиях, утвержденных решением комиссии Таможенного Союза от 28.05.2010г. №299; СанПиН 2.3.2.1078-01 «Гигиенические требования безопасности и пищевой ценности пищевых продуктов».

Контроль качества и безопасности алкогольной продукции проводится с помощью органолептических и инструментальных методов исследований.

Гигиеническими показателями качества алкогольной продукции являются санитарно-химические и микробиологические показатели. Употребление фальсифицированных алкогольных напитков опасно для жизни из-за повышенного содержания в них токсических примесей (сивушного масла, альдегидов и метилового спирта, а также токсичных металлов и пестицидов). Даже незначительный избыток примесей может вызвать интоксикацию организма человека, оказывая токсическое, аллергенное, иммуномодулирующее, генотоксичное действия, что отрицательно влияет на функцию воспроизводства, гормональную регуляцию. Тем не менее в стране наряду с продажей алкоголя, соответствующего стандартам качества, производится и

реализуется некачественный алкоголь. Только по данным официальной статистики, число умерших от случайных отравлений алкоголем в стране составило (тыс. чел.): в 1990 г. - 16,1; 2000 г. - 37,2; 2005 г. - 40,9; 2010 г. - 19,1; 2011 г. - 16,3; 2012 г. - 15,2; 2013 г. - 14,5 [13]. Суммарная численность умерших от случайных отравлений алкоголем за 1990 - 2013 гг. могла бы составить более чем 300 тыс. чел. трудоспособного (в основном мужского) населения целого города.

Теневые стороны алкогольного рынка - это низкое качество, фальсификат и контрафакт. Специалисты, работающие на алкогольном рынке, оценивают теневой рынок по-разному. По данным руководителя Росалкогольрегулирования, доля нелегального оборота крепкого алкоголя (водки) в России составляет примерно 22%, это разница между объемом поступившей на рынок алкогольной продукции (формируется за счет производства и импорта за минусом экспорта) и объемом розничной реализации. В пересчете на потери бюджета всех уровней - это более 31 млрд. руб. [16]. По оценкам независимых экспертов, контрафакт составляет 40-45% всего объема водочного рынка. По подсчетам гендиректора НК партнерства «Клуб профессионалов алкогольного рынка», 50% водочного рынка - это контрафакт и нелегальная продукция. Здесь же пресловутые «третьи смены», самогонование, приобретение для потребления спиртосодержащей продукции и лекарственных средств [17].

Как утверждают специалисты, сегодня существует два вида контрафакта: первый - алкоголь, произведенный по всем технологиям на самых обычных предприятиях, на который не установлен акциз, и поэтому он является нелегальным. Второй вид контрафакта - фальсифицированный алкоголь (водка и вино), находящийся в легальной и нелегальной продаже. По мнению гендиректора НП «Винодельческий союз», в России выпускается не менее 30% легальных вин и коньяка из несуществующего в природе сырья, т. е. таких материалов и компонентов, которые не соответствуют ГОСТу [18]. (...)

По результатам проверки качества алкогольной продукции в 2014 г. было забраковано 88,6% этилового спирта, так как производство и оборот этого спирта производился незаконно, алкогольной продукции - 66,5%, водки - 64%. Причем при оптовой продаже в 2014 г. 123 687,8 тыс. дкл водки проверено было только 2% ее продукции, что не может свидетельствовать об эффективности работы проверяющих органов ее безопасности для населения (табл. 3).

Таблица 3.

Результаты проверки этилового спирта и алкогольной продукции в 2014 г., дкл

Конфисковано по решению судов этилового спирта и алкогольной продукции	Этиловый спирт	Алкогольная продукция	В том числе водка
Всего	1276359	5465756	2353329
Выявлено продукции, производство и оборот которой производился незаконно	1131156	3634258	1505964
Изъято по результатам проверки	1066048	3103115	1407948
В том числе уничтожено изъятой продукции до решения суда	32	1320	626
Конфисковано по решению судов, всего	138703	308701	170670
В том числе:			
передано в промышленную пе- реработку	17671	31866	24717
уничтожено	121032	276580	145930

Источник: [11].

Приведенные данные подтверждают высказывание главы Центра исследований федерального и регионального рынка алкоголя, отметившего, что на сегодняшний день 65% потребляемого крепкого алкоголя в России - более 1,5 млрд. л - это продукция с неуплаченным акцизом, нелегальная и суррогатная. При этом только 45% нелегальной водки продается в легальных магазинах, остальная реализуется с рук или в магазинах, которые не имеют лицензии.

Так, за 9 мес. 2015 г., по данным токсикологического мониторинга, проводимого Управлением Роспотребнадзора по Чувашской республике, зарегистрировано 972 случая отравлений от злоупотребления спиртосодержащей продукцией, рост в сравнении с аналогичным периодом прошлого года составил более чем 1,8 раза. В структуре отравлений спиртосодержащей продукцией 688 случаев составили отравления спиртами неучтенными, в том числе суррогатами алкоголя - 257 случаев, что свидетельствует о наличии в сфере потребительского рынка поддельной алкогольной и спиртосодержащей продукции, угрожающей жизни и здоровью [20].

Покупателю отличить фальсифицированную продукцию от нефальсифицированной практически невозможно. К сожалению, эффективных мер по охране жизни граждан от отравлений спиртосодержащей продукцией у государственных структур нет, расчет - только на бдительность граждан и приобретение продукции в лицензионных магазинах со специальной маркировкой и по цене, установленной Федеральной службой по регулированию алкогольного рынка. (...)

Литература

1. http://www.newsru.com/russia/01_dec_2014/abc.html
2. <http://russian.rt.com/article/62173>
3. <http://kprf.ru/oppnent/er/116346.hunt>
4. Концепция государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкоголем и профилактики алкоголизма среди населения Российской Федерации от 30 декабря 2009 г № 2128-р.
5. Пономарева М. С. Оценка микроэкономических факторов потребления алкоголя молодыми людьми. Автореф. М.: ВШЭ, 2013
6. <http://slon.ru/biz/1087606>
7. Сербия и Россия — самые курящие страны мира wmwpravmir.ru/serbiya-i-rossiya-samyekwyashhie-strany-mira-karfa-kureniya-po-mint/
8. Концепция осуществления государственной политики противодействия потреблению табака на 2010 - 2015 годы утверждена распоряжением Правительства Российской Федерации от 23 сентября 2010 г. № 1563-р
9. baikalinaus.com/ekonomika/dolya-alkogolnoy-productisii-na-rossiyskom-ninke-otsemvaetsya-v-40uo
10. <http://gtmarket.ru/ratmgs/rating-countres-abcohof-consumptionfir>
11. <http://www.gazeta.ru/hiteptylc/neus/2015/11/23792226l.zhtml>
12. Основные показатели, характеризующие рынок алкогольной продукции в 2012 - 2014 годах. Стат. со 2014. Федеральная служба по регулированию алкогольного рынка. М. - Росстат. 2015.
13. Российский статистический ежегодник: 1990, 1995, 2006, 2014
14. Откровения сотрудника табачной компании: россияне курят дрова, а их «сажают» на сигареты с помощью гламурных аксессуаров // <http://www.mk.ru/2013/05/30.862217-otkroveniya-sotruclnika>
15. Список стран по потреблению сигарет // <http://ru.wikipedia.org/wiki/>
16. Спирт Экспресс, 28.10.2015 // <http://spirt-exptess.ru/novosti/novosti-gosregulirovaniya/2523>
17. Приняты правила конфискации и уничтожения контрафактного алкоголя // Ppt.ru.news/134358
18. Евпланов А. Темная сторона акциза // <http://www.rg.ru/2014/02/18/alkogol.html>
19. Экспертиза качества алкогольных напитков // www.znaytovar.ru/newl08.html
20. Минэкономразвития Чувашии призывает проявлять бдительность при приобретении алкогольной продукции // gov.cap.ru/info.aspx?govjd-24&taype-main&uh3136403
21. Пузырев Д., Бусько К., Левинская А. Табачный рынок заморожен: производители сигарет теряют возможность конкурировать друг с другом // <http://www.kommersant.ru/doc/1821650>
22. Молодин О. Россияне курят химию, а не табак // Политика.ru. - politika.ru/info/45469/html
23. Петров О. Что в табаке твоём, производитель? // Политика.ru. - politika.ru/info/35814.html

АЛКОГОЛЬНЫЕ ОТРАВЛЕНИЯ И ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ АЛКОГОЛИЗМА В РОССИИ*

Ю.Е. Разводовский, кандидат медицинских наук

П.Б. Зотов, доктор медицинских наук, профессор (Многопрофильный клинический медицинский центр «Медицинский город», г. Тюмень)

Актуальной задачей эпидемиологических исследований является динамический мониторинг алкогольной ситуации в стране с использованием косвенных индикаторов алкогольных проблем [1, 2, 3]. Одним из наиболее надежных индикаторов является смертность от алкогольных отравлений, поскольку данный показатель не только тесно коррелирует с общим уровнем алкоголя, но и отражает негативные последствия так называемого «фестивального» стиля потребления алкоголя [4, 5, 6, 7]. Ежегодные данные статистической отчетности наркологической службы являются альтернативным по отношению к уровню алкогольной смертности источником информации, позволяющим осуществлять мониторинг алкогольной ситуации в стране, а также оценивать эффективность работы самой службы [8]. Среди всего спектра показателей статистической отчетности наркологической службы наиболее информативными являются показатели, характеризующие выявление и учет лиц страдающих алкогольной зависимостью и алкогольными психозами [9, 10]. (...)

Целью настоящей работы был сравнительный анализ динамики уровня смертности от острых алкогольных отравлений (индикатор общего уровня потребления алкоголя) и уровня заболеваемости алкоголизмом и алкогольными психозами в России в период с 1970 по 2014 годы.(...)

Результаты и их обсуждение

Динамика уровня изучаемых показателей в рассматриваемый период была подвержена значительным колебаниям (рис. 1). При этом колебания уровня смертности от острых алкогольных отравлений и уровня заболеваемости алкогольными психозами были достаточно синхронными, в то время как динамика уровня заболеваемости алкоголизмом не соответствовала общему паттерну.

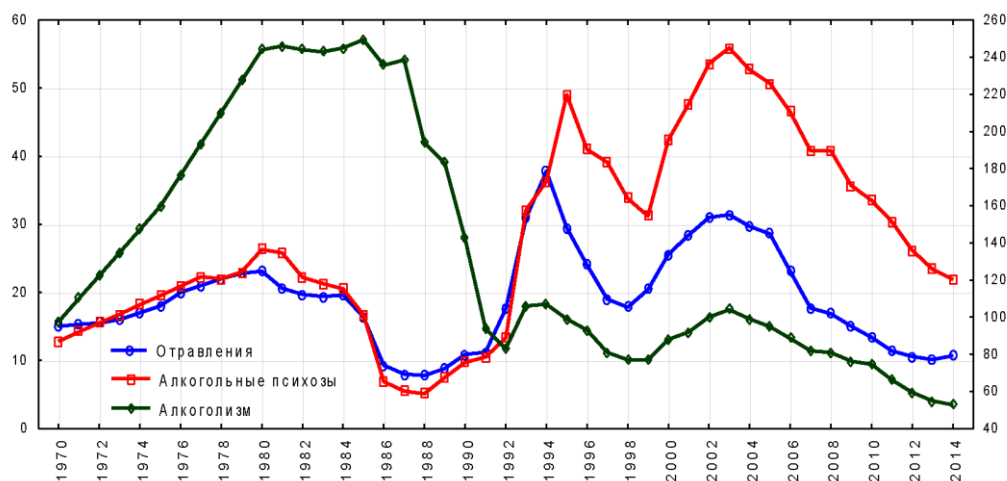


Рис. 1. Динамика уровней смертности от острых алкогольных отравлений, заболеваемости алкоголизмом и алкогольными психозами

Уровень смертности от острых алкогольных отравлений, так же, как и уровень заболеваемости алкогольными психозами линейно рос в 1970-е годы прошлого века, стал снижаться, начиная с 1980 года, резко снизился в период с 1984 по 1988 гг., резко вырос в первой половине 1990-х годов, существенно снизился в период с 1995 по 1998 гг., после чего снова рос вплоть до 2003 года, после чего стал снижаться. Уровень заболеваемости алкоголизмом резко вырос в 1970-е годы, затем стабилизировался, после чего резко снизился в

* Разводовский Ю.Е. Алкогольные отравления и эпидемиологические параметры алкоголизма в России / Ю.Е. Разводовский, П.Б. Зотов // Российский медико-биологический вестник им. академика И.П. Павлова. - 2016. - № 2. - С. 64-72. - Материалы приводятся выборочно в соответствии с предметно-тематической проблематикой библиодосье.

период с 1987 по 1992 гг., после чего стал колебаться в соответствии с динамикой уровня смертности от острых алкогольных отравлений. Графические данные, представленные на рисунке 2 позволяют видеть, что динамика удельного веса алкогольных психозов в первичной заболеваемости алкоголизмом хорошо соотносится с динамикой уровня смертности от острых алкогольных отравлений.

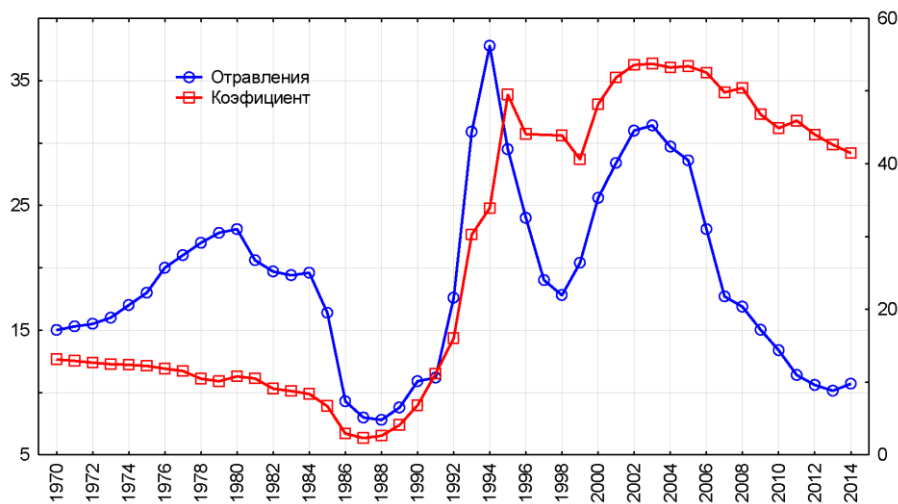


Рис. 2. Динамика уровней смертности от острых алкогольных отравлений и коэффициента, отражающего удельный вес алкогольных психозов в структуре заболеваемости алкоголизмом

Результаты анализа распределенных лагов «выбеленных» временных серий свидетельствуют о существовании связи между динамикой уровня смертности от острых алкогольных отравлений и уровнем заболеваемости алкогольными психозами, а также динамикой удельного веса алкогольных психозов в структуре первичной заболеваемости алкоголизмом с лагом в один год, что продемонстрировано в таблице.

Таблица

Результаты анализа распределенных лагов

Показатель	Лег	Коэфф. регрессии	Стандартная ошибка	t	p
Заболеваемость алкоголизмом	0	1,06	0,721	1,478	0,147
Заболеваемость психозами	1	0,694	0,165	4,189	0,000
Удельный вес психозов в заболеваемости алкоголизмом	1	0,289	0,092	3,124	0,003

В тоже время, связь между уровнем смертности от острых алкогольных отравлений и уровнем заболеваемости алкоголизмом статистически не значима. Существование временного лага между динамикой смертности от острых алкогольных отравлений и заболеваемости алкогольными психозами может объясняться тем, что первый показатель относится к так называемым «острым» связанным с алкоголем эффектам, в то время как второй - к «хроническим» алкогольным эффектам.

Динамика уровня эпидемиологических показателей алкоголизма в рассматриваемый период соотносится с социально-политическими процессами, происходившими в стране. Одним из интригующих феноменов, в этом контексте, является существенное снижение уровня смертности от острых алкогольных отравлений, а также заболеваемости алкогольными психозами в первой половине 80-х годов прошлого века, которое может быть связано с целым рядом событий, включая организацию наркологической службы, службы скорой помощи, а также с повышением цены на водку, произошедшее в 1981 году. В какой-то степени, это могло явиться следствием кампании по укреплению трудовой дисциплины, которую начал В.Ю. Андропов после прихода к власти в 1982 году.

Очевидно то, что резкое снижение этих показателей в середине 80-х годов прошлого века явилось следствием ограничения уровня доступности алкоголя в период антиалкогольной кампании 1985 - 1988 годов. В то же время, некоторые авторы считают, что снижение уровня заболеваемости алкогольными психозами было следствием их гиподиагностики, поскольку часть алкогольных психозов в этот период могли быть диагностированы как

«интоксикационные психозы». На этом основании подвергается сомнению saniрующий эффект антиалкогольной кампании. Такая точка зрения не выдерживает критики, поскольку в середине 80-х синхронно со снижением уровня заболеваемости алкогольными психозами снижался уровень связанной с алкоголем смертности [15, 16]. Кроме того, несмотря на то, что в период с 1985 по 1989 годы число врачей-наркологов выросло более чем на 50% заболеваемость алкоголизмом снижалась, что однозначно свидетельствует об улучшении алкогольной ситуации в данный период [9].

Анализируя причины резкого колебания уровня заболеваемости алкогольными психозами в России в 90-е годы прошлого века необходимо иметь в виду, что уровень данного показателя определяется двумя основными факторами: уровнем потребления алкоголя и эффективностью лечебно-профилактической работы наркологической службы. Поэтому резкий рост уровня данного показателя в первой половине 90-х годов, очевидно, был обусловлен ростом уровня потребления алкоголя (особенно токсичных суррогатов) в связи с отменой государственной алкогольной монополии в 1992 году. В этот же период отмечался резкий рост таких индикаторов уровня алкогольных проблем как смертность в результате острых алкогольных отравлений, смертность от цирроза печени, смертность от внешних причин [15, 17, 21]. Снижение качества лечебно-профилактической работы наркологической службы было вторым фактором, обусловившим резкий рост уровня заболеваемости алкогольными психозами в этот период. В связи с недостатком финансирования наркологическая служба была подвергнута реорганизации, которая преимущественно заключалась в уменьшении количества наркологических диспансеров и числа врачей-наркологов, а также уменьшение сроков стационарного лечения. Снижение активности наркологической службы по выявлению и постановке на учет больных на ранней стадии алкогольной зависимости привело к росту уровня заболеваемости алкогольными психозами, а также росту удельного веса алкогольных психозов в структуре первичной заболеваемости алкоголизмом.

Резкое снижение уровня заболеваемости алкоголизмом в конце 80-х, начале 90-х годов было обусловлено констелляцией следующих факторов: снижение активности наркологической службы по выявлению и постановке на учет больных с алкогольной зависимостью в связи с уменьшением количества наркологических учреждений и числа врачей-наркологов; реализация принципа добровольности в лечении больных с алкогольной зависимостью; появление возможности анонимного лечения; появление сети частных лечебных учреждений наркологического профиля и частнопрактикующих врачей-наркологов. Последнее обстоятельство могло негативным образом отразиться на заболеваемости алкогольными психозами. В частности, специалисты выездных бригад однократным сеансом дезинтоксикационной терапии могут снять острую симптоматику алкогольного абстинентного синдрома, но не способны оказать качественную лечебную помощь в полном объеме. Осложнением таких не долеченных случаев может быть развитие алкогольного психоза по поводу чего пациенты и попадают в государственные лечебные заведения.

Снижение уровня заболеваемости алкоголизмом и алкогольными психозами в 1995 - 1998 годы в какой-то степени можно объяснить вымиранием когорты алкоголиков, чьи жизни были сохранены в период антиалкогольной кампании, о чем говорят некоторые авторы [15]. Однако ключевую роль в снижении заболеваемости алкогольными психозами в это период сыграли мероприятия по сокращению импорта алкоголя, а также производства фальсифицированных алкогольных напитков [16]. Кроме того, в этот период снизилась доступность алкоголя вследствие роста его стоимости относительно продуктов питания [15]. Начиная с 1998 года, уровень доступности алкоголя в России снова стал расти, что и спровоцировало новый рост уровня заболеваемости алкоголизмом и алкогольными психозами.

Уровень всех изучаемых показателей стал снижаться, начиная с 2003 года, что, в какой-то степени, может объясняться эффектом целого ряда антиалкогольных мероприятий с целью усиления государственного контроля за алкогольным рынком, проведенных в этот период [18]. В особенности это касается двух федеральных законов, принятых в 2006 году [19]. В одном из недавних исследований было показано, что введение новых антиалкогольных законов снизило ежегодное число смертей мужчин от алкогольных отравлений на 6700, а также смертей от алкогольных циррозов печени среди мужчин на 760 мужских, а среди женщин на 770 [20]. Это значит, что если бы антиалкогольные меры не были введены, то число смертей мужчин от отравлений алкоголем было бы на 35% выше, а число мужских и женских смертей от алкогольных циррозов печени было бы соответственно на 9% и 15% выше. В тоже время, принятие новых законов не оказало влияния на уровень смертности от психических и

поведенческих расстройств, вызванных употреблением алкоголя, на основании чего авторы сделали вывод, что принятые меры лишь частично объясняют снижение уровня алкогольной смертности в России, отмечавшиеся после 2003 года [20, 22].

Выводы

Таким образом, представленные данные согласуются с результатами предыдущих исследований, указывающих на то, что уровень заболеваемости алкогольными психозами является более надежным индикатором алкогольных проблем, нежели уровень заболеваемости алкоголизмом.

Получило подтверждение представление о том, что удельный вес алкогольных психозов в структуре первичной заболеваемости алкоголизмом является показателем эффективности лечебно-профилактической работы наркологической службы.

Литература

1. Короленко А.В., Морев М.В. О демографических последствиях суицидальной смертности // Суицидология. 2015. Т. 6, № 4. С. 48-61.
2. Розанов В.А. Самоубийства, психосоциальный стресс и потребление алкоголя в странах бывшего СССР // Суицидология. 2012. № 4. С. 28-40.
3. Сахаров А.В., Говорин Н.В. Суицидальное поведение и потребление алкоголя: оценка взаимосвязей на популяционном уровне // Суицидология. 2015. Т. 6, № 2. С. 35-46.
4. Меринов А.В. Аутоагрессивное поведение и оценка суицидального риска у больных алкогольной зависимостью и членов их семей: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 2012. 277 с.
5. Меринов А.В., Лукашук А.В. Жизнь после развода: суицидологические и наркологические показатели мужчин, страдающих алкогольной зависимостью // Суицидология. 2014. Т. 5, № 3. С. 28-32.
6. Родяшин Е.В., Зотов П.Б., Габсалимов И.Н., Уманский М.С. Алкоголь среди факторов смертности от внешних причин // Суицидология. 2010. № 1. С. 21-23.
7. Stickley A, Leinsalu M, Andreew E, Razvodovsky YE, Vagero D, McKee M. Alcohol poisoning in Russia and the countries in the European part of the former Soviet Union, 1970-2002 // European Journal of Public Health. 2007. Vol. 17, № 5. P. 444-449. doi: 10.1093/eurpub/ckl275
8. Опенко Т.Г., Чухрова М.Г. Смертность от внешних причин и ее связь с употреблением алкоголя в Республике Тыва // Суицидология. 2011. № 1. С. 48-51.
9. Авербах Я.К., Шамота А.З. Потребление алкоголя и некоторые показатели алкоголизации населения // Вопросы наркологии. 1992. № 2. С. 32-37.
10. Зотов П.Б., Уманский М.С., Уманская П.С. Некоторые эпидемиологические данные об алкогольных психозах в Тюменской области // Тюменский медицинский журнал. 2010. № 1. С. 12-13.
11. Ворошилин С.И. Алкогольный фактор среди причин роста самоубийств в СССР и в постсоветских государствах // Суицидология. 2012. № 2. С. 24-33.
12. Мирошниченко Л.Д., Пелипас В.Е. Региональные различия в распространенности алкоголизма в СССР // Вопросы наркологии. 1991. № 3. С. 29-32.
13. Разводовский Ю.Е. Заболеваемость алкогольными психозами как индикатор уровня алкогольных проблем // Здравоохранение. 2002. № 11. С. 14-15.
14. Разводовский Ю.Е. Алкоголизм и алкогольные психозы в Беларуси в период 1970-1999 гг. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2002. № 10. С. 58-63.
15. Немцов А.В. Алкогольная история России: новейший период. М.: Книжный дом «ЛИБРОКОМ», 2009. 320 с.
16. Немцов А.В., Разводовский Ю.Е. Алкогольная ситуация в России, 1980-2005 // Социальная и клиническая психиатрия. 2008. № 2. С. 52-60.
17. Меринов А.В., Шустов Д.И. Супружеские аспекты аутоагрессивного поведения в семьях больных хроническим алкоголизмом. Российский психиатрический журнал. 2002. № 3. С. 58-61.
18. Razvodovsky YE. Was the mortality decline attributable to alcohol control policy? // Journal of Sociolomics. 2014. № 3. P. 2. doi: 10.1016/s0924-9338(15)30370-9
19. Немцов А.В., Разводовский Ю.Е. Алкогольная ситуация в России и её отражение в кривом зеркале // Собири-логия. 2015. № 3. С. 70-73.
20. Pridemore WA, Chamlin MB, Kaylen MT, Andreev E. The Effects of the 2006 Russian Alcohol Policy on Alcohol-Related Mortality: An Interrupted Time Series Analysis // Alcoholism: Clinical and Experimental Research. 2014. Vol. 38, № 1. P. 257-266. doi: 10.1111/acer.12256
21. Зотов П.Б. Суицидальное поведение: роль «внешнего» ключа» как элемента суицидальной динамики и объекта психотерапии // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. 2015. № 4. С. 133-137.
22. Кузнецов П.В. Факторы антисуицидального барьера у следственно-арестованных, совершивших суицидальную попытку // Наука молодых (Eruditio Juvenium). 2015. № 2. С. 80-89.

ВЛИЯНИЕ МЕДИЦИНСКИХ И НЕМЕДИЦИНСКИХ ФАКТОРОВ НА СМЕРТНОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ: РОЛЬ АЛКОГОЛЯ*

*С.А. Бойцов, директор ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор
И.В. Самородская, руководитель лаборатории демографических аспектов здоровья населения ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор
В.Ю. Семёнов, главный врач ФГБУ «Национальный научно-практический центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева», доктор медицинских наук, профессор*

Результаты многочисленных исследований показывают значительное повышение риска смерти у лиц, употребляющих алкоголь в дозах свыше 30 г/день. У женщин эта зависимость менее выражена. Смертность среди этой категории связана как непосредственно с отравлением алкоголем, так и с увеличением частоты травм, а также развитием соматических заболеваний, в первую очередь сердечно-сосудистых, желудочно-кишечного тракта и новообразований. В Российской Федерации злоупотребление алкоголем является одним из наиболее значимых факторов смерти мужчин в возрасте 35-74 лет. Опасное пьянство является причиной увеличения риска преждевременной смерти. Минимально допустимые дозы в различных странах различаются в разы. Оценка влияния алкоголя на смертность населения затруднена в связи с многообразием последствий его воздействия на человека и особенностями учета причин смерти.

Проблема злоупотребления алкоголем имеет особое значение для Российской Федерации. К середине нулевых годов XXI века потребление алкоголя достигло 18 литров на человека в год. Отрицательное воздействие этой пагубной привычки на организм человека общеизвестно.

По данным ВОЗ, в мире ежегодно погибает 2,3 млн. человек в связи с употреблением алкоголя, что соответствует 3,8% от общей смертности [16]. Существенной проблемой это является на американском континенте. Так, в США в 2000 году умерло преждевременно 85 тысяч граждан в связи с алкогольной зависимостью [26], а в Канаде от этой причины умерло 6% граждан моложе 70 лет [34]. В странах Евросоюза избыточное употребление алкоголя явилось причиной более чем 70% смертности в возрасте до 65 лет [24]. При этом около 17 тысяч человек погибает в ДТП, совершенных водителями с повышенной концентрацией алкоголя в крови [8]. В Германии 27,2% смертей в возрасте моложе 65 лет связано с употреблением алкоголя [20]. В Великобритании алкоголь явился причиной смерти 31 тысяч человек в 2005 году [9].

В России до 40 тысяч человек ежегодно умирает только из-за смертельных отравлений алкоголем [3]. Однако алкогольные отравления не являются единственной и основной причиной смертности, обусловленной употреблением алкоголя. Множество других причин включает в себя значительный процент убийств, самоубийств, преждевременную смертность от цирроза, сердечно-сосудистых заболеваний, инсультов, панкреатита, болезней органов дыхания, злокачественных новообразований. Согласно мнению ряда экспертов, вклад алкоголя в общую смертность в России составляет 11,9% [56]. Из-за употребления алкоголя происходит 67% случаев утоплений, 67% пожаров, 42% самоубийств [7]. В 2013 году в дорожно-транспортных происшествиях по вине водителей в состоянии алкогольного опьянения погибло 2 314 и было ранено 19 385 человек [54].

По данным исследования, проведенного в Томске, Барнауле и Бийске (48 557 чел.), 52% всех смертей в возрастной группе 15-54 года и 18% в возрастной группе 55-74 года были обусловлены последствиями злоупотребления алкоголем [48]. Наиболее частыми алкоголь-ассоциированными причинами смерти были острое отравление алкоголем, травмы, насильственные действия и острые формы ишемической болезни сердца (ИБС). При этом инфаркт миокарда не связывался с чрезмерным употреблением алкоголя. Возможно, это было связано с недиагностированными случаями смерти от алкогольной интоксикации. В другой работе этих же авторов было показано, что в значительной части случаев смертей от сердечно-сосудистых заболеваний, классифицированных как «другие формы ИБС», «острая ИБС неуточненная», «атеросклеротическая болезнь сердца» и «внезапная сердечная смерть» при аутопсии выявляются летальные или потенциально летальные концентрации этанола в крови [50].

Анализ причин смертности в сопоставлении с оценками потребления алкоголя в России в 1980-2001 годы показал, что в целом алкоголь-ассоциированная смертность составляет 23,4% всех причин [5].

* Бойцов С.А. Влияние медицинских и немедицинских факторов на смертность населения: роль алкоголя / С.А. Бойцов, И.В. Самородская, В.Ю. Семёнов // Социальная и клиническая психиатрия. - 2016. - Т. 26. - № 2. - С. 97-105. - Материалы приводятся выборочно в соответствии с предметно-тематической проблематикой библиодосье.

По данным ВОЗ, стандартизированный показатель смертности среди лиц с алкогольной зависимостью в два раза превышает смертность в популяции в целом [47]. Риск смерти возрастает при увеличении потребления алкоголя более 10 грамм в день в пересчете на чистый этанол [36]. Вариабельность уровня потребления алкоголя в пределах умеренного ассоциируется с повышением общей смертности (относительный риск - ОР 1,52 при 95% от ДИ 1,07 до 2,17) [10].

В то же время, по данным мета-анализа результатов 34 проспективных исследований с общим числом 1 015 835 случаев, зависимость между потреблением алкоголя и общей смертностью носит J-образный характер [13]. Небольшое потребление алкоголя (до 4 стандартных доз для мужчин, 2 стандартных доз для женщин) ассоциировалось со снижением риска смерти от всех причин на 17% у мужчин при 99% доверительном интервале (ДИ) от 15 до 19% и на 18% у женщин при 99% ДИ от 13% до 22%. Увеличение приема спиртных напитков влечет за собой рост смертности.

Таким образом, данные о влиянии алкоголя на смертность населения имеют отличия. Значение этого фактора исследователями не оспаривается, но при этом имеются различные подходы к оценкам алкоголь-ассоциированных причин смерти. (...)

По данным мета-анализа H.Jayasekara и соавт. у мужчин, не употребляющих алкоголь и употребляющих менее 30 г/день чистого алкоголя в течение длительного времени, выявлено небольшое статистически значимое снижение риска смерти от всех причин 0,90 (95% ДИ: 0,81, 0,99). В то же время при потреблении большего количества алкоголя риск смерти значительно возрастал. По сравнению с трезвенниками относительные риски смерти составили 1,19 (95% ДИ: 0,89-1,58) при употреблении 30-59 г/день и 1,52 (95% ДИ: 0,78-2,98) - при употреблении 60 или более г/день. В мета-анализ включены девять когортных исследований (62 950 участников, более 2 500 публикаций исключены из анализа, так как в них не изучалось на основе персонифицированных данных долгосрочное влияние определенных объемов алкоголя на риск смерти от всех причин) [19]. При этом авторами не выявлено достаточного числа исследований для того, чтобы провести мета-анализ влияния алкоголя на риск смерти у женщин. Но, судя по другим исследованиям, общие тенденции у женщин аналогичны. Отличием является низкий объем потребления алкоголя: 1-14,9 г/день [15]; менее 20 г/день [46].

Результаты мета-анализа подтверждаются недавно опубликованными данными международного исследования «Prospective Urban Rural Epidemiological (PURE) study», в котором участвовало почти 115 тысяч человек из 12 стран. Было установлено, что среди лиц с высоким потреблением алкоголя риск смерти был выше на 31% по сравнению с «трезвенниками» (отношение рисков 1,31; 95% ДИ: 1,04-1,66). Высоким в данном исследовании считалось потребление в неделю более 14 «дринков» у женщин и более 21 - у мужчин. Уровень смертности среди употребляющих алкоголь в низких дозах по сравнению с трезвенниками не различался [43].

Данное исследование не включало Россию, однако в 2014 году были опубликованы результаты не менее крупного проспективного исследования (более 200 тыс. чел.), выполненного в России. Д. Заридзе и соавт. убедительно доказали, что злоупотребление алкоголем является одним из наиболее значимых факторов смерти мужчин в возрасте 35-74 лет [49]. Среди мужчин-курильщиков без наличия заболеваний на момент включения в исследование 20-ти летний риск смерти составил 16% для возраста 35-54 года при потреблении 1 бутылки водки в неделю, 20% - при потреблении 1,1-3 бутылок водки в неделю и 35% - при потреблении более 3 бутылок водки в неделю. Для возраста 55-74 года эти риски составили 50%, 54% и 64% соответственно.

A. Britton и M. McKee обращают внимание на то, что разные модели потребления алкоголя имеют совершенно разные физиологические эффекты и последствия [11]. Именно с моделями потребления алкоголя авторы связывают более высокую смертность в странах Восточной Европы, где потребление алкоголя, сопоставимое с потреблением во Франции, приводит к худшим последствиям для здоровья населения.

К аналогичным выводам пришли S. Tomkins и соавт. на основании результатов проспективного исследования, проведенного в Ижевске в 2003 - 2009 годы; включено 2 000 мужчин в возрасте 25-54 лет [44]. Авторы определили «опасную модель употребления алкоголя» как наличие случаев употребления непитьевого алкоголя (лосьоны, чистящие средства) и/или наличие синдрома похмелья и/или другие виды поведения, которые можно трактовать как хронический алкоголизм. По сравнению с теми, кто не имел такой опасной модели потребления алкоголя, у лиц с опасной моделью употребления (95% ДИ: 2,2-5,1 - с поправкой на возраст, курение и образование).

С опасной моделью употребления алкоголя в России L. Chenet и соавт., M. McKee, D. Leon, V. Shkolnikov, S.Vassin связывают выявленное в Москве значительное увеличение частоты случаев смерти от отравлений алкоголем, несчастных случаев и насилия, сердечнососудистых заболеваний по субботам, воскресеньям, понедельникам [12]. Исследование выполнено в 1993 - 1995 годы на основе данных свидетельств о смерти.

В исследовании PURE study к опасной модели потребления алкоголя отнесены случаи потребления пяти или более «дринков» в день по крайней мере один раз в месяц. Риск смерти среди лиц с такой моделью потребления алкоголя по сравнению с «трезвенниками» был выше на 54% (отношение рисков 1,54; 95% ДИ:1,27-1,87) [43].

М. Roerecke, J. Rehm сравнили влияние алкоголя на смертность у лиц с наличием и без соматических и психических заболеваний, связанных с употреблением алкоголя [38]. В мета-анализе были обобщены результаты 81 обсервационного исследования (всего 853 722 чел.). В исследованиях, основанных на выборочных популяциях, относительный риск смерти (ОР) у мужчин, имеющих алкоголь-ассоциированные проблемы со здоровьем, по сравнению с теми, кто не имел таких расстройств, составил 3,38 (95% ДИ: 2,98-3,84); среди женщин - 4,57 (95% ДИ:3,86-5,42). Риск смерти среди мужчин, имеющих расстройства, вызванные употреблением алкоголя, по сравнению с мужчинами, которые совсем не употребляли алкоголь, был выше в 2 раза. Авторы не выявили исследований, которые позволили бы сделать вывод о рисках алкоголь-ассоциированной смерти среди женщин. Относительный риск смерти был заметно выше для лиц в возрасте <40 лет (в 9 раз у муж., в 13 раз у жен.); в то же время для лиц в возрасте 60 лет и старше риск был выше в два раза.

Еще один мета-анализ выполнен теми же авторами в 2014 году [39]. В результате анализа 17 обсервационных исследований (всего 28 087 пациентов с алкоголь-ассоциированными проблемами со здоровьем) авторами установлено, что среди мужчин при наличии алкоголь-ассоциированных проблем со здоровьем через 10 лет наблюдения стандартизованные по возрасту риски смертности были значительно выше, чем среднепопуляционные, и составили от цирроза печени - 14,8 (95% ДИ:8,7-24,9), от психических расстройств 18,0 (95% ДИ:11,2-30,3), от внешних причин 6,6 (95% ДИ:5,0-8,8), от рака 1,73 (95% ДИ:1,35-2,20) и от сердечно-сосудистых заболеваний около 2,11(95% ДИ:1,53-2,27). Самой распространенной причиной смерти у мужчин с алкоголь-ассоциированными проблемами со здоровьем были ССЗ (средневзвешенная для всех исследований, включенных в мета-анализ 27%, диапазон 15-43), травмы (26%, диапазон 7-73), рак (16%, диапазон 6-33), заболевания органов пищеварения (12%, диапазон 2-29). У женщин - травмы (29%, диапазон 11-71), ССЗ (21%, диапазон 16-29), заболевания органов пищеварения (19%, диапазон 8-33) и рак (18%, диапазон 6-26).

Вклад алкоголя в показатели смертности в разных странах. В Швейцарии, по данным S. Marmet и соавт., употреблением алкоголя обусловлены 8,7% всех случаев смертей в возрасте 15-74 лет [25]. Результаты основаны на мониторинге потребления алкоголя на основе данных о продажах алкоголя с коррекцией его потребления на душу населения. В возрастной группе 15-34 лет основными причинами смерти, обусловленной алкоголем, были «внешние причины и травмы».

С увеличением возраста возрастала доля смертей, связанных с заболеваниями органов пищеварения (в основном цирроза печени и рака) и рака молочной железы у женщин [41]. Большинство (62%) смертей, связанных с алкоголем, были обусловлены хроническим злоупотреблением алкоголем (муж. - 67%, жен. - 48%). Согласно данным K.Shield, T.Kehoe, в Европе среди мужчин в возрасте 15-64 лет алкоголем обусловлены 13,9% смертей, среди женщин - 7,7% [41].

Во Франции доля алкоголь-связанных смертей, по данным S.Guerin, составляет 9% (22% в возрасте 15-34; 18% в возрасте 35-64, 7% в возрасте 65 лет и старше; среди употребляющих алкоголь в дозе 117 г чистого этанола в сутки эта доля среди мужчин составляет 32%, среди женщин 29%) [17].

В Канаде, по данным J.Rehm и соавт., употреблением алкоголя (в том числе умеренным) обусловлено 6,0% смертей среди мужчин в возрасте моложе 70 лет и 3,5% женщин [34]. Моделирование вклада употребления алкоголя в смертность авторы провели на основании регистра, используя различные способы измерения потребления алкоголя (опросы, учет потребления на душу населения по данным объемов производства и продажи). Основные причины смертей, ассоциированные с алкоголем (перечень авторами составлен на основании данных мета-анализов, объединяющих результаты исследований взаимосвязи алкоголя с отдельными причинами смерти), связаны с травмами (ДТП), злокачественными новообразованиями (рак пищевода, рта, гортани, молочной железы, печени) и болезнями органов пищеварения (цирроз печени), аритмиями. Средний возраст смерти, связанной с употреблением алкоголя, у мужчин - 45,9 лет, у женщин - 58,8 лет (при ДТП 33,9 и 41,3 лет соответственно).

В России, по данным исследования, проведенного на базе ГНИЦПМ, доля смертей от причин, классифицированных Росстатом, как причины, обусловленные алкоголем и наркотиками, в 2013 году составила 4,7%. Однако, согласно экспертным оценкам, в России доля смертей, связанных с употреблением алкоголя, значительно выше: 41,1% всех смертей мужчин и 27,8% - среди женщин, по данным Y.E. Razvodovsky [33]; а по данным D.A. Leon и соавт. - 31-43% среди мужчин трудоспособного возраста [22].

Е.М. Андреев и А.В. Немцов неоднократно публиковали работы, в которых приводили доказательства 20-25% вклада алкоголя в показатели мужской смертности [1, 4]. При этом авторы указывают на положительное влияние антиалкогольной кампании 1985 - 1987 годов на уровень смертности населения.

Причина различий официальных данных и экспертных оценок заключается в подходах к учету смертности: большая часть случаев смерти на фоне алкогольных висцеропатий входит в структуру смертности от заболеваний внутренних органов, поскольку четкие критерии дифференциальной диагностики отсутствуют [30]. Следует отметить, что проблема учета смертности существует и в других странах, о чем будет сказано ниже. Чрезвычайно высокое влияние алкоголя на показатели смертности в России исследователи связывают с легкой доступностью дешевого алкоголя, употреблением «суррогатного» алкоголя (самогон, жидкости, содержащие непитьевой спирт, лекарственные настойки), смешиванием разного типа алкоголя, «свехвысоким» потреблением алкоголя (более 160 г чистого алкоголя) за 1 эпизод. По данным F.Perlman, в России доля мужчин, употребляющих ежедневно «свехвысокую» дозу алкоголя составляла 22% в 1998 году и 12% - в 2010 году [30].

В то же время во Франции, по данным S. Guerin, доля мужчин, употребляющих в среднем 117 г алкоголя в день (от 57 до 1000), составляет 27% [17].

Интересное сопоставление проведено J. Landberg и T. Norstrom [21]. Авторы провели сравнительный анализ взаимосвязи между потреблением алкоголя и стандартизованных по возрасту и полу коэффициентов убийств в России и в Соединенных Штатах. Анализ выполнялся в возрастных подгруппах 15-64 лет, 15-34 лет, 35-64 лет за период 1959-1998 годы для России и 1950-2002 годы для США. Потребление алкоголя в США учитывалось на основе данных об официальной продаже алкоголя; в России - по оценкам, учитывающим незарегистрированное потребление алкоголя. Эти данные были проанализированы с помощью autoregressive integrated moving average (ARIMA). Результаты регрессионной модели свидетельствуют, что с алкоголем в России может быть связано до 73% убийств; в США - 57%. И в России, и в США увеличение потребления 100% алкоголя на 1 литр на душу населения старше 15 лет в год ассоциируется с увеличением убийств примерно на 10%, но абсолютный эффект в России больше из-за различий в уровне убийств. Большая часть изменений динамики в уровне убийств в России может быть объяснена тенденциями в изменении потребления алкоголя, в то время как в США эти тенденции не изменялись столь значительно с течением времени.

Взаимосвязь потребления алкоголя на душу населения, продаж алкоголя и смертности. Согласно данным мета-анализа 15 исследований (133 млн чел.) за период 1994 - 2005 годы, имеются доказательства статистически значимой взаимосвязи между уровнем потребления алкоголя на душу населения и смертностью. T. Norstrom, M. Ramstedt указывают, что практически все исследования до 1995 года выполнены в странах ЕС (14 стран), Канады и США; в странах Восточной Европы исследования либо не проводились, либо имели очень низкий уровень доказательств [29]. В процессе анализа выявлены определенные особенности взаимосвязей. Так, значимая взаимосвязь между потреблением алкоголя и смертностью от несчастных случаев и убийств выявлена примерно в половине стран. Связь между потреблением алкоголя на душу населения и числом самоубийств была подтверждена для всех регионов за исключением стран средней и южной Европы.

Не выявлено никакой взаимосвязи между уровнем потребления алкоголя на душу населения и смертностью от ИБС. Увеличение потребления алкоголя (из расчета 100% алкоголя на душу населения старше 15 лет) на 1 литр в год на душу населения приводило к худшим последствиям в странах северной Европы и Канаде, чем в странах средней и южной Европы.

По данным M. Robinson и соавт., в Великобритании в регионах с более высоким потреблением алкоголя на душу населения регистрировались более высокие стандартизованные показатели смертности (30 на 100 тыс. нас.; при минимальных 12%), обусловленные алкоголем ($r=0,59$, 95% ДИ: 0,02-0,89) [37]. Тем не менее, при аналогичном уровне потребления алкоголя в Центральной Шотландии и Юго-Западной Англии, смертность, связанная с алкоголем, в Центральной Шотландии была значительно выше. Если Центральная Шотландия удалялась из анализа, корреляция ослабевала ($R=0,43$, 95% ДИ: 0,27-0,84), в то время как, если исключалась Южная Англия, то корреляция увеличивалась ($r=0,83$, 95% ДИ: 0,43-0,96).

В Российской Федерации Е.С. Иноземцевым в панельном анализе выявлена значимая взаимосвязь объемов реализации дешевой водки, пива и остального алкоголя с коэффициентами смертности трудоспособного населения за период 1999-2009 годы [2]. Аналогичные данные получены другими исследователями.

Сложность оценки уровня популяционной смертности, ассоциированной с алкоголем. Проблемы, связанные с оценкой вклада алкоголя в показатели смертности населения, можно разделить на четыре группы: 1) различия в критериях оценки злоупотребления алкоголем и модели

опасного пьянства; 2) проблемы оценки потребления алкоголя населением; 3) проблемы классификации и выявления алкоголь-ассоциированных смертей; 4) тесная взаимосвязь употребления алкоголя с другими факторами (образованием, доходом, образом питания, условиями жизни, оказанием медицинской помощи и т.д.).

1) *Различия в критериях оценки злоупотребления алкоголем.* Понятие «стандартный дринк» различается в разных странах. Согласно данным Международного Центра алкогольной политики, объем «стандартного дринка» варьирует от 6 г алкоголя в Австрии до 19,75 г в Японии, что делает результаты исследований плохо сопоставимыми [18].

Например, в Австралии, «стандартный дринк» содержит 10 граммов спирта при 20 градусах Цельсия (12,7 мл) [53], а в США, согласно данным Центра контроля и профилактики болезней, 1 «стандартный дринк» - это 0,6 унций (18 мл или 14 грамм) чистого спирта [52].

В исследованиях используются очень разные подходы к оценке влияния алкоголя и разные критерии злоупотребления алкоголем [19, 30, 35, 43].

Различаются и используемые понятия «опасного пьянства» («heavy drinker»). Согласно данным Международного Центра алкогольной политики, понятие «heavy drinker» применяется для мужчин, если в день употребления спиртного он выпивает более 4 стандартных доз алкоголя («дринков») или более 14 стандартных доз алкоголя в неделю; для женщин - если она выпивает более 3 стандартных доз алкоголя в день употребления спиртного или более 7 стандартных доз алкоголя в неделю [18]. Американское определение «Heavy drinking» - это 15 и более «дринков» для мужчин в неделю, 8 и более «дринков» для женщин в неделю [51]. В разных странах «дозы» вредного для здоровья употребления алкоголя (Harmful drinking) значительно варьируют: от 60 грамм в Австрии до 180 грамм в Японии [55].

W.A. Pridemore и S. Tomkins к «опасному пьянству» относили наличие эпизодов запоев, употребление алкоголя два и более раза в неделю с наличием симптомов похмелья на следующий день, засыпанием, не раздеваясь, на ночь, и/или употреблением суррогатных спиртов (одеколон, лекарственные настойки и чистящие средства) [31].

Кроме того, используются разные подходы к определению «модель потребления алкоголя». Согласно определению, представленному на сайте ВОЗ, модель потребления алкоголя отражает в стране в баллах от 1 (наименее рискованная модель потребления) до 4 (очень рискованная) степеней тяжести бремени болезней, связанных с алкоголем. Для России, Украины и Казахстана использована оценка в 5 баллов, поскольку более 2/3 потребления алкоголя связаны с «рискованной моделью потребления». Эта оценка учитывает три различных аспекта модели потребления: 1) употребление значительного количества алкоголя (высокое потребление алкоголя в праздники; долю тех, кто в процессе «застолья» напивается; долю населения, которая пьет ежедневно или почти ежедневно), 2) употребление алкоголя без пищи, натошак, 3) употребление алкоголя в общественных местах.

2) *Проблемы оценки потребления алкоголя населением.* Все исследования по оценке взаимосвязи объема потребляемого алкоголя на душу населения и смертностью населения основаны на объемах продаж алкоголя в стране, дополненные в некоторых исследованиях экспертными оценками на потребление неучтенного алкоголя и поправочными коэффициентами. Так, M. Neufeld и J. Rehm для анализа использовали показатели смертности и данные потребления алкоголя из базы данных ВОЗ «Здоровье для всех», информацию, представленную на сайте Росстата, данные о неучтенном потреблении алкоголя, рассчитанные по модели, предложенной А.В.Немцовым, результаты опросов общественного мнения россиян, характеризующих особенности потребления алкоголя, и данные о лечении алкогольной зависимости Национального научно-исследовательского центра наркологии (Москва) [27].

Практически все исследователи отмечают, что невозможно дать достоверную оценку потребления алкоголя на душу населения. D.A. Leon, V.M. Shkolnikov, M. McKee в своем исследовании отмечают, что провести оценку объема потребляемого алкоголя на душу населения в России очень сложно из-за разнообразия источников этанола, для многих из которых данные не существуют [22].

F. Perlman указывает, что особенности потребления алкоголя в России (смешивание разного типа алкоголя, употребление «суррогатного» алкоголя, самогона и т.д.) делают проблематичным использование данных официальной статистики для анализа и интерпретации влияния алкоголя на смертность в России [30]. По мнению Т. Norstrom, в России невозможно было учесть продажи незаконного производства алкоголя и долю насильственных смертей, обусловленных потреблением алкоголя. Автором был проведен анализ потребления алкоголя в увязке с динамикой мужской смертности от внешних причин за период 1959 - 1998 годы, в процессе которого выявлены явные несоответствия между тенденциями смертности и официальными данными о потреблении алкоголя [28].

Проблемы оценки влияния потребления алкоголя на популяционную смертность связаны также с особенностями потребления алкоголя в разных странах и разных группах населения в пределах одной страны, на что обращается внимание в докладе ВОЗ (2014) [6].

Так, в Австрии, Швейцарии, Германии, Франции женщины с высшим образованием чаще злоупотребляют алкоголем, чем женщины со школьным образованием. Во Франции дети фермеров злоупотребляют алкоголем чаще, чем их сверстники; а в Финляндии среди городских жителей отмечается «опасная модель» употребления алкоголя чаще, чем среди жителей сельской местности. S.Marmet и соавт. обращают внимание, что в Швейцарии потребление алкоголя почти в два раза выше среднемирового [25]. По данным крупного международного исследования PURE, в странах с высоким уровнем дохода (Канада и Швеция) более трех четвертей участников потребляли алкоголь, в то время как в странах с низким уровнем дохода (Индия, Зимбабве) только одна восьмая [43]. Тем не менее, именно в странах с низким уровнем дохода зарегистрирована наиболее высокая распространенность высокого потребления и эпизодически высокого потребления алкоголя.

3) *Проблемы классификации и выявления алкоголь-ассоциированных смертей.* В конце прошлого века V.M. Shkolnikov, M. McKee, V.V. Chervyakov, N.A. Kutyakov выдвинули гипотезу о том, что часть алкоголь-ассоциированных смертей в России неправильно классифицируют как случаи сердечнососудистой смерти [42]. Исследование было проведено в Ижевске в 1998 - 1999 годы с целью выявления распространенности случаев внезапной сердечной смерти среди молодых людей, ассоциированных с эпизодами значительного злоупотребления алкоголем. В исследовании изучалось 309 смертей мужчин в возрасте 20-55, соматическая причина смерти которых была нечетко определена, но имелись данные о причине смерти, указанные в свидетельствах о смерти, и данные о посмертном содержании алкоголя в крови. Уровни алкоголя, свидетельствующие о сильном опьянении, были зарегистрированы в 13,5% случаев смерти от сердечно-сосудистых заболеваний и в 27,1% смерти от внешних причин. Ни в одном случае сердечно-сосудистых смертей уровень алкоголя в крови не достигал такого, который считается смертельным, в то время как в случаях смерти, указанных в свидетельстве как «случайное отравление», такой уровень был отмечен в 26%.

Однако, проблема адекватности учета «алкоголь-ассоциированных смертей» существует не только в России. T. Norstrom, M. Ramstedt обращают внимание, что как в исследованиях, так и в мета-анализе могут быть определенные «погрешности» оценки взаимосвязи смертности с употреблением алкоголя, связанные с тем, что степень точности данных о причинах смерти, полученных из регистров, свидетельств о смерти может значительно варьировать [29]. Авторы считают, что далеко не все случаи смерти, связанные с алкоголем, указываются как таковые в связи со стигматизацией и авторы предполагают, что социально-экономический статус покойного может оказывать влияние на причину смерти, указываемую в свидетельстве. Многие отечественные специалисты также обращают внимание на неадекватный учет смертности от этой причины - большая часть случаев смерти на фоне алкогольных висцеропатий входит в структуру смертности от заболеваний внутренних органов, поскольку четкие критерии дифференциальной диагностики отсутствуют. Кроме того, алкогольная смерть считается «оскорбительной» для памяти умершего и неудобной для родственников. Поэтому в графу «Отравление алкоголем» обычно попадают лишь одиночки, люди без определенного места жительства и неопознанные трупы, а остальная часть смертности от алкогольных отравлений маскируется другими причинами, прежде всего сердечно-сосудистыми заболеваниями.

На аналогичные проблемы указывают и F.Wedegaertner и соавт.: в Германии большинство пациентов с алкоголь-ассоциированными проблемами со здоровьем никогда не получают стационарное лечение, связанное с этими расстройствами, и сведений о смертности среди этой части населения не так много [45]. Авторы считают, что невыход на работу (отпуск по болезни), скорее всего, связан с такими расстройствами, в связи с чем проведена оценка взаимосвязи больничных листов от вышеуказанных причин со смертностью. В когортное исследование включен 128 001 работник (66,8% муж.), имеющий медицинскую страховку. Продолжительность наблюдения составила 6,4 года. Анализ проводился с учетом возраста, образования и кода специальностей/должностей. Смертность среди мужчин, у которых были зарегистрированы случаи амбулаторного лечения, связанные с расстройствами, вызванными употреблением алкоголя, была значительно выше (11,3 на 1 000 при психических расстройствах и 18,9 на 1 000 при наличии соматической патологии в течение 6 лет наблюдения), чем среди мужчин без таких эпизодов (4,5 на 1 000; отношение рисков 2,90; 95% ДИ: 2,24-3,75). Для женщин эти показатели составили 8,3 на 1000 при психических расстройствах и 16,6 на 1 000 при наличии соматической патологии (ОР 5,83; ДИ:2,90-11,75). Риск смерти среди мужчин, получавших стационарное лечение в связи с психическими нарушениями, обусловленными употреблением алкоголя, был выше более чем в 3 раза (HR 3,2; 95% ДИ:2,76-3,78); для женщин - в 6 раз (HR 6,5; 95% ДИ:4,41-9,47). Авторы отмечают, что такое исследование недооценивает распространенность невыхода на работу в связи с

последствиями злоупотребления алкоголем, выдачей больничного листа с указанием соответствующей причины и показатель смертности, обусловленную алкоголем. Исследователи подчеркивают, что врачи (так же, как в России) опасаются стигматизации пациентов и поэтому далеко не всегда делают соответствующие записи, ограничиваясь только «очевидными» случаями.

Учитывая множество проблем, возникающих с оценкой вклада алкоголь-ассоциированных смертей, многие исследователи используют экспертные оценки и подходы на основе проводимых когортных исследований, что еще больше способствует приблизительности оценки вклада алкоголя в показатели смертности.

4) *Тесная взаимосвязь употребления алкоголя с другими факторами.* В докладе ВОЗ, основанном на анализе международных исследований по данному вопросу, отмечается, что связь смертности и алкоголя не прямая и вредное воздействие зависит не только от количества потребляемого алкоголя, но и от его качества, вида, той социальной среды, в которой алкоголь потребляется, степени маргинализации потребителей алкоголя. По данным этого же доклада, тенденция к росту смертности от алкоголя отмечается среди групп населения с низким социально-экономическим статусом как в развитых, так и развивающихся странах [6]. W.A.Pridemore и S.Tomkins на основании результатов исследования случай-контроль (всего 3 500 чел.; г. Ижевск) считают, что на уровень преждевременной смертности среди мужчин трудоспособного возраста в России оказывают влияние почти в равной степени как опасное пьянство, так и социально-экономические последствия развала Советского Союза [31]. В то же время они отмечают, что высокий социально-экономический статус и семейное положение имеют протективный эффект. Так, риск смерти (с учетом возраста, «опасного пьянства» и курения) среди лиц с начальным образованием был выше в 2,4 раза по сравнению с лицами, имевшими высшее образование; среди вдовцов по сравнению с женатыми мужчинами - в 4,5. L.Saburova и K.Keenan на основании интервью с близкими родственниками (чаще всего вдовы) 19 мужчин-россиян, умерших в период между 2003 и 2005 годами в России в возрасте 25-54 лет и чьи близкие родственники сообщили о возможной взаимосвязи алкоголя со смертью, в виде описания представили тесное переплетение таких факторов, как состояние здоровья, опасное пьянство, экономическое состояние общества и социальное функционирование [40]. Авторы считают, что полученная информация свидетельствует о том, что факторами, способствовавшими опасному для здоровья пьянству, было серьезное недовольство занятостью (отсутствие соответствующей ожиданиям работы), семейные проблемы, проблемы со здоровьем. Вместе с тем алкоголь рассматривался как «средство», противодействующее (снижающее значимость) проблемам и снижению социального статуса. Интервью показало важность для формирования модели опасного пьянства для мужчин таких факторов, как возможность и «социальная приемлемость» употребления алкоголя на рабочем месте в среде сверстников и коллег; употребления алкоголя в качестве вознаграждения, отношение к лечению и пассивное отношение к здоровью. По мнению D.A. Leon, V.M. Shkolnikov, M. McKee, в России опасные «модели» распространены преимущественно среди мужчин и людей с низким уровнем образования, экономически депривированных, что обуславливает высокую смертность в этих группах населения [22].

Аналогичные данные получены S. Erskine и R. Maheswaran [14]. В Великобритании существуют значительные различия в уровнях алкоголь-ассоциированной смертности среди лиц разного возраста, пола, горожан и сельских жителей, социально-экономических групп. Так, риск смерти среди мужчин низкого социально-экономического статуса, по сравнению с высоким, в возрасте 25-44 года выше почти в 5 раз (ОР 4,73; 95% ДИ:4,00-5,59), а среди женщин того же возраста - в 4,24 раза (95% ДИ:3,50-5,13). Смертность среди сельских жителей с коррекцией на социально-экономический статус выше, чем среди городских жителей почти на треть (ОР 1,35; 95% ДИ:1,20-1,52 среди муж. и 1,13; 95% ДИ:1,01 - 1,25 среди жен.).

По данным F. Perlman выявлены статистически значимые корреляционные взаимосвязи между злоупотреблением алкоголем, доходами домохозяйств и смертностью у мужчин, более тесные среди наименее образованных [30]. Среди женщин статистически значимых взаимосвязей не выявлено. В исследовании выявлены несоответствия между анализом взаимосвязей, основанных на персонифицированных данных опроса, и данными, основанными на оценке потребления алкоголя на душу населения.

T. Norstrom, M. Ramstedt указывают, что среди лиц с низким социально-экономическим статусом смертность, связанная с алкоголем, в 1,5-2 раза выше, чем смертность от всех причин [29]. Мужчины высокого социально-экономического статуса, как правило, пьют часто, но небольшое количество качественного алкоголя, в то время как мужчины с низким социально-экономическим статусом, как правило, пьют реже, но при употреблении потребляют значительное количество. Для женщин такие взаимосвязи выражены менее четко. Выявленные в данном мета-анализе региональные вариации взаимосвязи потребления алкоголя со смертностью свидетельствует о важности изучения взаимосвязи не только уровня потребления алкоголя, но и модели его

потребления для изучения и понимания воздействия алкоголя. В частности, согласно результатам исследований в странах Западной Европы (Германия, Нидерланды, Швейцария, Франция, Австрия и Великобритания), женщины с высоким социально-экономическим статусом потребляют алкоголь чаще и в большем количестве по сравнению с женщинами более низкого социально-экономического статуса.

По данным P.Makela и T.Paljarvi, в Финляндии различия в смертности, обусловленные алкоголем, в разных социально-экономических классах не могут быть полностью объяснены различиями в моделях потребления алкоголя [23]. Авторы предполагают, что наибольшее негативное влияние оказывает сочетание таких факторов, как низкий социально-экономический статус и потребление алкоголя (даже умеренное), и связывают это с дополнительными «вмешивающимися» факторами: доступность (географическая, финансовая) и качество медицинской помощи, в случае возникновения проблем со здоровьем; барьеры при ее получении, связанные с «алкогольной стигматизацией» (пациенты рассматриваются как «опасные», виновные в имеющихся у них болезнях, не соблюдающие рекомендации и «недостойные» лучшего лечения); связанные пищевые и поведенческие привычки.

По данным мета-анализа, среди лиц с низким социально-экономическим статусом, определенным с учетом образования, уровня доходов, социального статуса и работы, выявлен более высокий риск смерти от алкогольных причин, по сравнению с риском смерти от всех причин (ОР 1,78; 95% ДИ: 1,43-2,22 для жен. и 1,66; 95% ДИ: 1,20-2,31 для муж.). По мнению С. Probst, M. Roegercke это означает, что высокий риск смерти среди лиц с низким социально-экономическим статусом (по сравнению с высоким статусом) значительно выше от причин смерти, связанных с алкоголем, по сравнению с другими причинами [32]. Авторы высказывают аналогичное P. Makela и T. Paljarvi мнение: причинами значительных различий смертности, в том числе - от причин, связанных с алкоголем, среди лиц с разным социально-экономическим статусом является комплекс факторов (модель потребления алкоголя, особенности питания, распространенность курения, доступность медицинской помощи).

Заключение

Влияние потребления алкоголя на уровень смертности населения не вызывает сомнения. Чрезмерное употребление спиртных напитков ассоциируется со значительным увеличением риска преждевременной смерти. Однако в разных странах и разными исследователями понятие чрезмерности употребления алкоголя воспринимается по-разному. Минимально допустимые дозы в пересчете на чистый этанол различаются в разы. При этом всегда имеются различия между мужчинами и женщинами. Для последних минимальные дозы всегда меньше, чем для мужчин.

Негативное влияние алкоголя не может рассматриваться изолированно, вне связи с экономическими факторами и поведенческими особенностями социальных групп. Социально-экономическое положение страны и отдельных групп граждан оказывает влияние на уровень потребления алкоголя, но значимость и степень этого влияния могут быть противоположными в различных группах стран.

Алкоголь-ассоциированная смертность включает в себя не только смерть от собственно отравления алкоголем. Риск преждевременной смерти у конкретного человека значительно возрастает при развитии алкоголь-ассоциированных проблем со здоровьем. В связи со злоупотреблением спиртными напитками смерть наступает вследствие воздействия внешних причин (травмы, убийства, самоубийства), поражения внутренних органов, развития сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний. Сложность оценки объема и модели потребления алкоголя (объем потребляемого алкоголя в день приема, в течение месяца; качество и сорт алкоголя; разные методики оценки - анкетирование, душевное потребление, продажи, экспертные оценки потребления неучтенного алкоголя и его «суррогатов»), регистрации и выявления случаев алкоголь-ассоциированных смертей приводят к отсутствию надежных фактических данных о вкладе алкоголь-ассоциированных смертей в показатели смертности населения (не только в России, но и в других странах мира). Все это осложняет достижение единства исследователей в понимании того, какие случаи смерти следует считать связанными с приемом алкоголя.

1. Андреев Е. Избыточная смертность мужчин в рабочих возрастах // Население и общество. 2001 № 35-36. Электронная версия на сайте demoskop.ru

2. Иноземцев Е.С. Панельный анализ влияния потребления алкоголя на смертность в РФ. Казанская наука, 2010. № 7. С. 52-58.

3. Крюков В.Н., Харченко В.И., Найденова Н.Г., Буромский И.В., Корякин М.В., Вирин М.М., Ундрицов В.М. Острая интоксикация этиловым спиртом, а не его суррогатами - основная причина смертельных отравлений алкоголем в России // Наркология. 2005. № 10. С. 50-59.

4. Немцов А.В. Алкогольная смертность в России и пути снижения алкогольных потерь // Демографические перспективы России и задачи демографической политики: Материалы научнопрактической конференции 6-8 апреля 2010 г. / Под ред. проф. Л.Л.Рыбаковского, проф. А.Е.Ивановой. М.: Экон-Информ, 2010. С. 66-74.

5. Немцов А.В., Терехин А.Т. Размеры и диагностический состав алкогольной смертности в России // Наркология. 2007. № 12. С. 29-36.
6. Обзор социальных детерминант и разрыва по показателям здоровья в Европейском регионе: заключительный доклад ВОЗ.2014. <http://www.euro.who.int/ru/publications/abstracts/review-of-social-determinants-and-the-health-divide-in-the-who-european-region-final-report>
7. Ягудина Р.И. Фармакоэкономика алкоголизма. М.: «Медицинское Информационное Агентство», 2010. 184 с.
8. Anderson P., Baumberg B. Alcohol in Europe. A public health perspective // Eur. Commission. 2006.
9. Balakrishnan R., Allender S., Scarborough P. et al. The burden of alcohol-related ill health in the United Kingdom // J. Public. Health. 2009. Vol. 31. P. 366-373.
10. Britton A., Marmot M.G., Shipley M.J. How does variability in alcohol consumption over time affect the relationship with mortality and coronary heart disease? // Addiction. 2010. Vol. 105. P. 639-645.
11. Britton A., McKee M. The relation between alcohol and cardiovascular disease in Eastern Europe: explaining the paradox // J. Epidemiol. Comm. Health. 2000. Vol. 54, N 5. P. 328-332.
12. Chenet L., McKee M., Leon D., Shkolnikov V., Vassin S. Alcohol and cardiovascular mortality in Moscow; new evidence of a causal association // J. Epidemiol. Comm. Health. 1998. Vol. 52, N 12. P. 772-774.
13. Di Castelnuovo A., Costanzo S., Bagnardi V. et al. Alcohol dosing and total mortality in men and women // Arch. Intern. Med. 2006. Vol. 166. P. 2437-2445.
14. Erskine S., Maheswaran R., Pearson T., Gleeson D. Socioeconomic deprivation, urban-rural location and alcohol-related mortality in England and Wales // BMC Public Health. 2010. Vol. 25. P. 10.99. doi: 10.1186/1471-2458-10-99.
15. Friesema I.H., Zwietering P.J., Veenstra M.Y. et al. The effect of alcohol intake on cardiovascular disease and mortality disappeared after taking lifetime drinking and covariates into account // Alcohol Clin. Exp. Res. 2008. Vol. 32, N 4. P. 645-651.
16. Global Health Risks. Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. World Health Organization. Geneva, 2009.
17. Guerin S., Laplanche A., Dunant A., Hill C. Alcohol-attributable mortality in France // Eur. J. Public Health. 2013. Vol. 23, N 4. P. 588-593. doi: 10.1093/eurpub/ckt015. Epub 2013 Mar 4.
18. International Center for Alcohol Policies - http://www.icap.org/Policy_Issues/Drinking_Guidelines/Standard_Drinks/tabid/126/Default.aspx
19. Jayasekara H., English D.R., Room R., MacInnis R.J. Alcohol consumption over time and risk of death: a systematic review and meta-analysis // Am. J. Epidemiol. 2014. Vol. 179, N 9. P. 1049-1059.
20. John U., Hanke M. Tobacco- and alcohol-attributable mortality and years of potential life lost in Germany // Eur. J. Public Health. 2003. Vol. 13. P. 275-277.
21. Landberg J., Norstrom T. Alcohol and Homicide in Russia and the United States: A Comparative Analysis // J. Stud. Alcohol. Drugs. 2011. Vol. 72, N 5. P. 723-730.
22. Leon D.A., Shkolnikov V.M., McKee M. Alcohol and Russian mortality: a continuing crisis // Addiction. 2009. Vol. 104, N 10. P. 1630-1636. doi: 10.1111/j.1360-0443.2009.02655.x. Epub. 2009 Aug 4.
23. Makela P., Paljarvi T. Do consequences of a given pattern of drinking vary by socioeconomic status? A mortality and hospitalisation follow-up for alcohol-related causes of the Finnish Drinking Habits Surveys // J. Epidemiol. Comm. Health. 2008. Vol. 62. P. 728-733. doi: 10.1136/jech.2007.065672.
24. Marlatt G.A., Witkiewitz K. Harm reduction approaches to alcohol use: health promotion, prevention, and treatment // Addict. Behav. 2002. Vol. 27, N 6. P. 867-886.
25. Marmet S., Rehm J., Gmel G., Frick H., Gmel G. Alcohol-attributable mortality in Switzerland in 2011 - age-specific causes of death and impact of heavy versus non-heavy drinking // Swiss Med. Wkly. 2014. Vol. 20. P. 144: w13947. doi: 10.4414/sm.w.2014.13947. eCollection 2014.
26. Mokdad A.H., Marks J.S., Stroup D.F., Gerberding J.L. Actual causes of death in the United States, 2000 // JAMA. 2004. Vol. 291. P. 1238-1245. [corrections in JAMA, 2005; 293(3):293-294,298].
27. Neufeld M., Rehm J. Alcohol consumption and mortality in Russia since 2000: are there any changes following the alcohol policy changes starting in 2006? // Alcohol Alcohol. 2013. Vol. 48, N 2. P. 222-230. doi: 10.1093/alcalc/ags134. Epub 2013 Jan 7.
28. Norstrom T. The role of alcohol in the Russian mortality crisis // Addiction. 2011. Vol. 106, N 11. P. 1957-1965. doi: 10.1111/j.1360-0443.2011.03513.x. Epub 2011 Jul 27.
29. Norstrom T., Ramstedt M. Mortality and population drinking: a review of the literature // Drug Alcohol Rev. 2005. Vol. 24, N 6. P. 537-547.
30. Perlman F. Drinking in transition: trends in alcohol consumption in Russia 1994-2004 // BMC Public Health. 2010. Vol. 10. P. 691. Published online 2010, Nov 11. doi: 10.1186/1471-2458-10-691.
31. Pridemore W.A., Tomkins S., Eckhardt K., Kiryanov N., Saburova L. A case-control analysis of socioeconomic and marital status differentials in alcohol- and non-alcohol-related mortality among working-age Russian males // Eur. J. Public Health. 2010. Vol. 20, N 5. P. 569-575. Published online 2010, Mar 10. doi: 10.1093/eurpub/ckq019.
32. Probst C., Roerecke M., Behrendt S., Rehm J. Socioeconomic differences in alcohol-attributable mortality compared with all-cause mortality: a systematic review and meta-analysis // Int. J. Epidemiol. 2014. Vol. 43, N 4. P. 1314-1327. doi: 10.1093/ije/dyu043. Epub 2014 Mar 11.
33. Razvodovsky Y.E. Estimation of alcohol attributable fraction of mortality in Russia // Addiction. 2012. Vol. 24, N 3. P. 247-252.
34. Rehm J., Patra J., Popova S. Alcohol-attributable mortality and potential years of life lost in Canada 2001: implications for prevention and policy // Addiction. 2006. Vol. 101. P. 373-384.

35. Rehm J., Rehn N., Room R., Monteiro M., Gmel G., Jernigan D., Frick U. The global distribution of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking // *Eur. Addiction Res.* 2003. Vol. 9, N4. P.147-156.
36. Rehm J., Zatonksi W., Taylor B., Anderson P. Epidemiology and alcohol policy in Europe // *Addiction.* 2011. Vol. 106, Suppl. 1. P. 11-19.
37. Robinson M., Shipton D., Walsh D., Whyte B., McCartney G. Regional alcohol consumption and alcohol-related mortality in Great Britain: novel insights using retail sales data // *BMC Public Health.* 2015. Vol. 7. P. 15:1. doi: 10.1186/1471-2458-15-1.
38. Roerecke M., Rehm J. Alcohol use disorders and mortality: a systematic review and meta-analysis // *Addiction.* 2013. Vol. 108, N 9. P. 1562-1578. doi: 10.1111/add.12231. Epub, 2013, May 29. Review.
39. Roerecke M., Rehm J. Cause-specific mortality risk in alcohol use disorder treatment patients: a systematic review and meta-analysis // *Int. J. Epidemiol.* 2014. Vol. 43, N 4. P. 1314-1327. doi: 10.1093/ije/dyu043
40. Saburova L., Keenan K., Bobrova N., Leon D.A., Elbourne D. Alcohol and fatal life trajectories in Russia: understanding narrative accounts of premature male death in the family // *BMC Public Health.* 2011. Vol. 11. P. 481. Published online 2011, Jun 20. doi: 10.1186/1471-2458-11-481.
41. Shield K., Kehoe T., Gmel G., Rehm M.X., Rehm J. Societal burden of alcohol // *Alcohol in the European Union Consumption, Harm and Policy Approaches.* / P.Anderson, L.Moller, G.Galea (Eds.). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2012.
42. Shkolnikov V.M., McKee M., Chervyakov V.V., Kyrianov N.A. Is the link between alcohol and cardiovascular death among young Russian men attributable to misclassification of acute alcohol intoxication? Evidence from the city of Izhevsk // *J. Epidemiol. Comm. Health.* 2002. Vol. 56, N 3. P. 171-174.
43. Smyth A., Teo K.K., Rangarajan S., O'Donnell M., Zhang X., Rana P., Leong D.P., Dagenais G., Seron P., Rosengren A., Schutte A.E., Lopez-Jaramillo P., Oguz A., Chifamba J., Diaz R., Lear S., Avezum A., Kumar R., Mohan V., Szuba A., Wei L., Yang W., Jian B., McKee M., Yusuf S. PURE Investigators Alcohol consumption and cardiovascular disease, cancer, injury, admission to hospital, and mortality: a prospective cohort study // *Lancet.* 2015. Vol. 16. pii: S0140-6736(15)00235-4. doi: 10.1016/S0140-6736(15)00235-4.
44. Tomkins S., Collier T., Oralov A., Saburova L., McKee M., Shkolnikov V., Kiryanov N., Leon D.A. Hazardous Alcohol Consumption Is a Major Factor in Male Premature Mortality in a Typical Russian City: Prospective Cohort Study 2003-2009 // *PLoS One.* 2012. Vol. 7, N 2. e30274. Published online 2012 Feb 8. doi: 10.1371/journal.pone.0030274
45. Wedegaertner F., Geyer S., Arnhold-Kerri S., Sittaro N.A., te Wildt B. Alcohol use disorder-related sick leave and mortality: a cohort study // *Addict. Sci. Clin. Pract.* 2013. Vol. 30. N 8.3. doi: 10.1186/1940-0640-8-3.
46. Wellmann J., Heidrich J., Berger K. et al Changes in alcohol intake and risk of coronary heart disease and all-cause mortality in the MONICA/ KORA-Augsburg cohort 1987-97 // *Eur. J. Cardiovasc Prev. Rehabil.* 2004. Vol. 11, N 1. P. 48-55.
47. WHO (2011) «Global status report on alcohol and health» http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msbgsruprofiles.pdf
48. Zaridze D., Brennan P., Boreham J. et al. Alcohol and cause-specific mortality in Russia: a retrospective case-control study of 48557 adult deaths // *Lancet.* 2009. Vol. 373. P. 2201-2214.
49. Zaridze D., Lewington S., Boroda A., Scelo G., Karpov R., Lazarev A., Konobeevskaya I., Igitov V., Terechova T., Boffetta P., Sherliker P., Kong X., Whitlock G., Boreham J., Brennan P., Peto R. Alcohol and mortality in Russia: prospective observational study of 151 000 adults // *Lancet.* 2014. Vol. 26. 383(9927):1465-73. doi: 10.1016/S0140-6736(13)62247-3. Epub 2014 Jan 31.
50. Zaridze D., Maximovitch D., Lazarev A. et al. Alcohol poisoning is a main determinant of recent mortality trends in Russia: evidence from a detailed analysis of mortality statistics and autopsies // *Int. J. Epidemiol.* 2009. Vol. 38. P. 143-153.
51. <http://www.cdc.gov/alcohol/faqs.htm#heavy>
52. <http://www.cdc.gov/alcohol/faqs.htm#standard>
53. <http://www.foodstandards.gov.au/code/userguide/Documents/Guide%20to%20Labelling%20of%20Alcoholic%20Beverages.pdf>
54. <https://www.gibdd.ru/>
55. http://www.icap.org/portals/0/download/all_pdfs/ICAP_Reports_English/report5.pdf
56. <http://www.minzdravsoc.ru/health/prior/29>

ПРАВИЛЬНО ЛИ СЧИТАЮТ УМЕРШИХ ОТ СЛУЧАЙНЫХ ОТРАВЛЕНИЙ АЛКОГОЛЕМ?*

Е.М. Андреев, ведущий научный сотрудник Института демографии НИУ ВШЭ, заведующий лабораторией «Международная лаборатория исследований населения и здоровья»

Анализ региональных данных показал, что в 2012 - 2014 годах 95% выданных патологоанатомами и судмедэкспертами повторных свидетельств о смерти приходятся на 22 субъекта Российской Федерации (мы рассматриваем 80 субъектов РФ, не являющихся частью другого субъекта) (рис.). В 35 регионах доля повторных свидетельств, выданных патологоанатомами и судмедэкспертами, в общем числе выданных ими свидетельств, вошедших в годовую статистическую разработку данных об умерших, не превосходит 0,1%. В это число входят и республики Ингушетия, Дагестан и Чеченская Республика, где доля свидетельств о смерти, основанных на аутопсии (вскрытии), не превосходит 10%.



Рис. Доля свидетельств с отметками "взамен окончательного" и "взамен предварительного" среди всех свидетельств, выданных патологоанатомами и судмедэкспертами, в процентах (показатель для Москвы – 0,0, для Санкт-Петербурга – 2,2)

Среди причин смерти, входящих в оперативную информацию, показатели смертности от случайных отравлений алкоголем более всего зависят от обработки повторных свидетельств о смерти. 53,8% смертей от этой причины в 2012 - 2014 годах были зарегистрированы на основании свидетельств о смерти с отметкой "окончательное", 19,6% - "предварительное", 15,4% - "взамен окончательного", 10,6% - "взамен предварительного" и в 0,6% случаев тип свидетельства не был указан. Свидетельства о смерти от алкогольных отравлений всех видов (случайных, с неопределенными намерениями и преднамеренных самоотравлений) выдаются только бюро судебно-медицинской экспертизы.

Регионы, где случайные алкогольные отравления практически не регистрируются или регистрируются не полностью

Регионы, где случайные алкогольные отравления не регистрируются, во-первых, включают республики Северного Кавказа: Дагестан, Ингушетию, Кабардино-Балкарию, Чеченскую Республику и Республику Северная Осетия – Алания. Показатели смертности от алкогольных

* Андреев Е.М. Правильно ли считают умерших от случайных отравлений алкоголем? / Е.М. Андреев / Демоскоп Weekly. - 2016. - №673-674. - С. 1-20. - <http://www.demoscope.ru/> (дата обращения 24.01.2017)

отравлений всех видов здесь можно считать нулевыми. К этому добавляется крайне низкая доля умерших, чья причина смерти установлена на основе вскрытий.

Можно поверить, что в первых четырех республиках в силу этнокультурных и религиозных традиций вообще мало потребляют алкоголь. Это не вполне относится к Северной Осетии, где алкоголь потребляют и умирают от алкогольных причин, хотя и очень редко (в 2012 - 2014 годах мы обнаружили 22 подобных случая.)

Во второй группе регионов, алкогольные отравления регистрируются, но предпочтение отдается причине смерти «отравление и воздействие алкоголем с неопределенными намерениями». К этой группе относятся Ставропольский край, Астраханская, Магаданская, Мурманская, Ростовская, Рязанская, Самарская, Сахалинская области и Чукотский автономный округ, где СКС мужчин от отравлений и воздействие алкоголем с неопределенными намерениями в 2012 - 2014 годах в два и более раз больше, чем от случайных отравлений алкоголем.

Диагноз «отравление алкоголем с неопределенными намерениями» означает, что есть основания сомневаться в том, что умерший потребил смертельное количество алкоголя случайно, т.е., что существует недоказанное подозрение, что он сделал это преднамеренно, с целью самоубийства, или кто-то другой намеренно способствовал этому, и тогда отравление алкоголем является убийством. Последняя ситуация применительно к взрослым встречается столь редко, что даже в Международной классификации болезней десятого пересмотра (МКБ-10), где рассмотрены все возможные причины смерти, она, как специальная единица, отсутствует. В России, по мнению судмедэкспертов, в 2012 - 2014 годах было 19 случаев преднамеренных самоотравлений алкоголем (0,04% всех отравлений алкоголем), а в названных регионах – ни одного. Так что данные статистики никак не подкрепляют подозрение о наличии у умершего умысла на самоубийство. Мы не знаем, почему подозрение возникло именно в этих регионах, и проводились ли по каждому случаю отравления алкоголем с неопределенными намерениями психологические экспертизы, чтобы подтвердить или опровергнуть предположение о самоубийстве, раз уж оно существует.

Судмедэксперты имели возможность использовать диагноз "отравление алкоголем с неопределенными намерениями" (код Y15 из МКБ-10) с 1999 года, т.е. со времени перехода России на новую краткую номенклатуру причин смерти, по-прежнему основанную на МКБ-10. В Мурманской, Ростовской, Рязанской, Самарской, Сахалинской областях и Ставропольском крае уже с 2000 года появились диагнозы «отравление алкоголем с неопределенными намерениями» и их доля плавно возрастала (рис.). В Астраханской, Магаданской областях и Чукотском автономном округе смена практики диагностики произошла почти мгновенно. Правда, население Чукотки столь мало, что говорить о плавном изменении трудно, но в 2011 - 2012 годах все случаи отравления алкоголем квалифицировались как с неопределенными намерениями. В 2012 - 2014 годах доля отравлений алкоголем с неопределенными намерениями в общем числе отравлений алкоголем составила в Астраханской области - 94,7%, в Самарской - 87,2, Сахалинской - 73,8, Магаданской - 71,7, Рязанской - 69,2, Ростовской - 67,7, Мурманской - 67,5 процентов, в Ставропольском крае - 67,7%, а на Чукотке после пика 2010 - 2011 годов снизилась до 53,8%.

Есть одно возможное объяснение привлекательности диагноза «отравление с неопределенными намерениями»: до 2015 года это причина не входила в оперативный отчет и поэтому число умерших с этим диагнозом не привлекало внимание при обсуждении проблем пьянства.

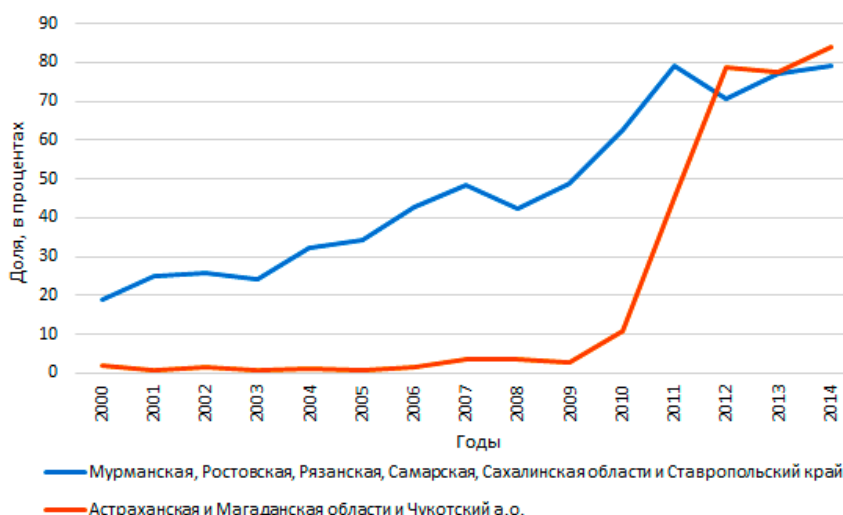


Рис. Доля умерших от отравлений и воздействий алкоголем с неопределенными намерениями в общем числе умерших от отравлений алкоголем, в процентах

Регионы, где число умерших по оперативным и годовым данным практически равны

В группу регионов, где число умерших по оперативным и годовым данным практически равны, мы включили те территории, где разность между числом умерших по данным годовой разработки и оперативным данным в 2012 - 2014 годах не превосходит по величине 2% числа умерших от случайных отравлений алкоголем по годовому отчету, или данные годовой разработки меньше оперативных данных. Например, в Москве в 2013 году по опубликованным в январе оперативным данным было зарегистрировано 96 умерших от случайных отравлений алкоголем (эти данные доступны в ЕМИСС), а по данным годовой разработки - 45 человек [1]. Смерти, зарегистрированные в январе, могли частично войти в годовые данные за 2012 год, но их было только 12, а разность оперативных и годовых данных составляет 51 случай. Остается предположить, что какая-то часть диагнозов "случайное отравление алкоголем" не подтвердилась.

В группу регионов, где число умерших по оперативным и годовым данным практически равны, кроме Москвы, входят республики Адыгея, Алтай и Карачаево-Черкесская Республика, Камчатский и Хабаровский края, Амурская, Волгоградская, Вологодская, Костромская, Курская, Новгородская, Оренбургская, Орловская, Тверская, Ульяновская области. Во всех регионах число повторных свидетельств о смерти, участвующих в получении числа случайных отравлений алкоголем за 2012 - 2014 годы, - почти ноль. Максимум в Республике Алтай (11% всех свидетельств с данным диагнозом, использованных в годовом отчете) и Новгородской области (7%). Но и этого оказалось недостаточным, чтобы годовой показатель стал выше оперативных данных. Для сравнения доля повторных свидетельств в Санкт-Петербурге равна 66%.

Ситуация со статистикой смертности от алкогольных отравлений в Москве в начале 2000-х годов была подробно рассмотрена С.Ю. Никитиной и Г.М. Козеевой [2] и судя по всему с того времени не улучшилась. Мы не знаем, то ли бюро судебно-медицинской экспертизы Москвы не выписывает повторные свидетельства о смерти, то ли статистика Москвы их не обрабатывает, но годовой отчет этих данных не содержит. Можно допустить, что и в других регионах, которые мы отнесли к этой группе, происходит нечто подобное. Коротко говоря, повторные свидетельства о смерти не выдаются или не используются, что с точки зрения статистики одно и то же.

Коррекция диагноза без изменения типа свидетельства о смерти?

Следующая группа регионов весьма обширна – 25 регионов. В них число умерших от случайных отравлений алкоголем в 2012 - 2014 годах по данным годовой разработки заметно больше, чем по оперативным данным, как и должно быть, но только число повторных свидетельств о смерти, участвующих в годовой разработке, существенно меньше чем разность между числами умерших от случайных отравлений по данным годовой и оперативной разработки. В 16 регионах повторные свидетельства с диагнозом «случайное отравление алкоголем» вообще отсутствуют. В группу входят территории и с весьма высоким СКС мужчин от случайных отравлений алкоголем, и с довольно низким. К первым относятся Пензенская область (СКС в 2012 - 2014 годах 39,8 на 100000) и Забайкальский край (39,1). В Пензенской области некоторое число повторных свидетельств обработано, а Забайкальском крае они вообще не встречаются.

Ко вторым относятся Тюменская область (8,1) и Республика Саха (СКС 9,2 на 100000), в обоих регионах повторные свидетельства как бы не обрабатывались. Но в Приморском крае (СКС 11,6 на 100000) при росте числа умерших по сравнению с оперативным отчетом на 105, обработано 83 повторных свидетельства.

Этими примерами мы хотели бы показать, что, скорее всего, отсутствие или недостаточное количество свидетельств с отметками "взамен предварительного" или "взамен окончательного" в этих регионах не влияет на статистические показатели. Представляется, что действительно статистики в процессе уточнения причины смерти всегда или часто не меняли тип свидетельства. Такая практика может влиять на качество статистических данных, так как нельзя проверить, сколько исправлений уже внесено в исходный файл данных, а сколько пропущено по невнимательности оператора. Также ограничиваются возможности анализа работы патологоанатомов и судмедэкспертов по уточнению причин смерти.

И лишь в оставшихся 25 регионах из 80, как нам кажется, работа по уточнению диагнозов в части смертности от случайных отравлений алкоголем идет в соответствии с инструкциями. Но эта группа далеко не однородна. Например, в Брянской области число умерших от случайных отравлений алкоголем по данным годовой разработки в 2012 - 2014 годах лишь на 5,7% больше, чем по данным оперативных отчетов, а в Красноярском крае – больше в 10 раз. Более общий пример неоднородности: в Московской области повторные свидетельства о смерти, выданные патологоанатомами и судмедэкспертами, составляли в 2012 - 2014 годах только 2,0% от всех основанных на вскрытии свидетельств, а в Омской области эта доля равнялась 37,2%. Совершенно не ясно, как такое возможно, если во всех регионах действуют единые правила и инструкции.

Подводные камни оперативного прогноза

Будем для краткости 25 регионов, где следуют инструкциям называть «надежными регионами».

Таблица представляет распределение свидетельств о смерти в 2012 - 2014 гг. по типу медицинского свидетельства в стране, в надежных и остальных регионах, с выделением случаев, когда причина смерти установлена на основе вскрытия, случаев смерти от всех внешних причин и от случайных отравлений алкоголем. Общая доля повторных свидетельств (последняя графа табл.) в надежных регионах выше средней по стране в 2,7 раз, для внешних причин - в 2,6, для диагнозов на основе вскрытия – в 2,4, для отравлений алкоголем – в 2,1 раза.

Таблица. Распределение свидетельств о смерти в 2012 - 2014 годах по типу, в России в целом и в выбранных регионах, в процентах

	Медицинские свидетельства о смерти с отметкой					Доля повторных свидетельств
	окончательное	предварительное	взамен окончательного	взамен предварительного	не указано	
Все умершие						
Все регионы	91,0	5,1	1,9	0,5	1,6	2,4
Надежные регионы	89,9	2,6	5,2	1,2	1,1	6,4
Остальные регионы	91,6	6,4	0,2	0,1	1,8	0,2
Причина смерти установлена на основе вскрытия						
Все регионы	85,4	9,3	3,6	0,8	0,9	4,4
Надежные регионы	84,4	4,4	8,8	1,8	0,6	10,6
Остальные регионы	86,1	12,4	0,3	0,1	1,1	0,4
в том числе умершие от внешних причин						
Все регионы	81,0	10,4	5,8	1,8	1,0	7,6
Надежные регионы	75,5	4,6	14,9	4,5	0,5	19,4
Остальные регионы	84,2	13,9	0,5	0,1	1,3	0,6
от случайных отравлений алкоголем						
Все регионы	53,8	19,5	15,5	10,7	0,6	26,2
Надежные регионы	38,8	7,0	31,8	22,3	0,2	54,1
Остальные регионы	66,6	30,3	1,5	0,7	0,9	2,3

Но различия между надежными и остальными регионами гораздо существеннее и лежат в интервале между 24 (случайные отравления алкоголем) и 32 (внешние причины).

На рис. представлены доли свидетельств с отметками "взамен окончательного" и "взамен предварительного" среди всех свидетельств, выданных патологоанатомами и судебно-медицинскими экспертами в зависимости от причины смерти в надежных и остальных регионах. Доля в надежных регионах всегда выше, отношение долей колеблется от 18 раз для новообразований до 130 раз для самоубийств. Максимальная доля повторных свидетельств и в тех, и в других регионах приходится на случайные отравления алкоголем, и в надежных регионах она в 24 раза больше, чем в остальных. Напомним, что, по нашим расчетам, существуют регионы, где повторные свидетельства использовались в разработке, но этот факт не нашел отражения в статистике. Возможно, что и в надежных регионах были случаи, когда диагноз уточнялся без изменения типа свидетельства.

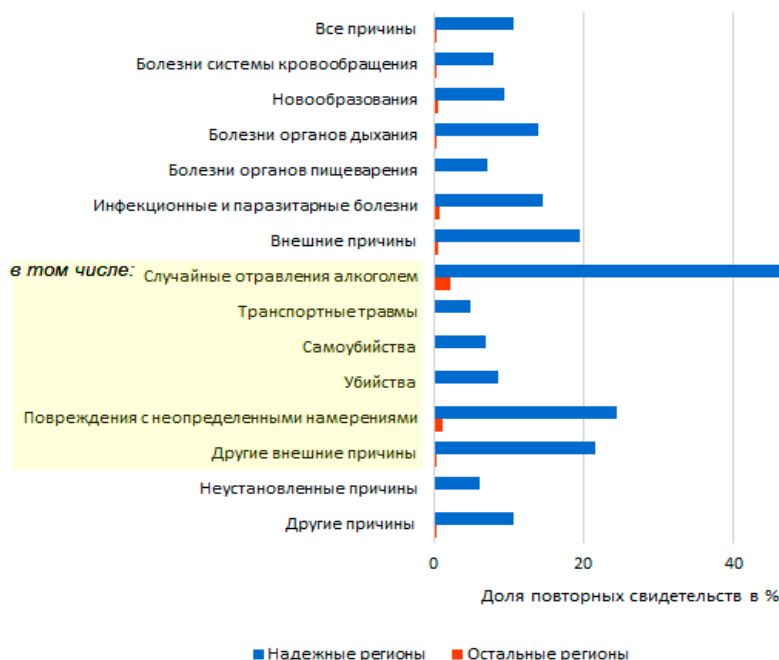


Рис. Доля свидетельств с отметками "взамен окончательного" и "взамен предварительного" среди всех свидетельств, выданных патологоанатомами и судмедэкспертами в зависимости от причины смерти, в процентах

Итак, мы выяснили, что разные регионы совершенно по-разному относятся к последующему уточнению первоначально установленной причины смерти. И это не может не сказываться существенно на соотношении числа умерших от отдельных причин. Среди рассмотренных причин для наиболее зависящей от процесса уточнения диагноза причины – случайных отравлений алкоголем - отношение чисел умерших на основе данных годовой разработки к величине, основанной на оперативных данных в регионах за 2012 - 2014 годы представлено на карте. Представленное отношение есть результат прямого сопоставления данных оперативной и годовой отчетности по каждому региону. Оно колеблется от 20 раз в Нижегородской области и 10 раз - в Красноярском крае до 0,9 в Москве и 0,8 - в Астраханской области.



Рис. Соотношение чисел умерших от случайных отравлений алкоголем на основе данных годовой разработки и по оперативным данным в регионах России в 2012 - 2014 гг. (показатель для Москвы – 0,9, для Санкт-Петербурга - 2,3)

Для суммы 25 «надежных» регионов, где, по нашему мнению, статистика организована правильно, соотношение составляет 1,7 раза, а для регионов, где повторные свидетельства учитываются, но тип свидетельства, возможно, не корректируется – 1,6 раза. Там, где повторные свидетельства практически не обрабатываются, соотношение, естественно, равно 1,0. Наконец, там, где случайные отравления отсутствуют или фактически не учитываются, среднее соотношение составляет 1,6, но, как говорят математики, практически является результатом деления «ноль на ноль». В России в целом в 2012 - 2014 годах число умерших от случайных отравлений алкоголем по годовым данным было в 1,53 раза больше, чем по оперативным.

Вернемся к задаче краткосрочного прогноза. По оперативным данным, в 2015 году в России умерло от случайных отравлений алкоголем 9557 человек, а без Республики Крым и г. Севастополя, данными по которым за 2012 - 2013 годы мы не располагаем, - 9404 человек. Умножив эту величину на среднее в 2012 - 2014 годах соотношение числа умерших от случайных отравлений алкоголем по годовым и оперативным данным, равное 1,53, мы получим 14 391 случаев, что меньше зафиксированных в 2014 году 15478 случаев. Даже если мы воспользуемся соотношением только в 2014 году, равным 1,58, мы все равно получим только 14 896. Обе оценки ниже числа умерших в 2014 году, которое составляет 15 400 человек.

Однако, учитывая огромную вариацию соотношения годовых и оперативных данных по регионам, такой расчет вряд ли корректен. Он в чем-то сродни подсчету средней температуры по госпиталю. Если же мы учтем всю вариацию показателей, и используем для каждого региона свой коэффициент, то мы получим ожидаемое число умерших более 17,6 тысяч, что на 14% больше, чем в 2014 году.

При этом мы пользуемся региональными данными за 2012 - 2014 годы, что повышает надежность расчета, так как одногодичные числа умерших слишком подвержены случайным колебаниям. С другой стороны, соотношение числа умерших от случайных отравлений алкоголем по годовым и оперативным данным растет во времени (точнее, мы видели, что быстро возрастает разность между числом умерших по оперативным и годовым данным). Так что можно опасаться, что представленная оценка будет превышена.

Неожиданное заключение

Поступившие вскоре после окончания года оперативные данные очень часто привлекают больше внимания, чем становящиеся доступными много позже итоги годовой разработки. По итогам 2014 г. оказалось, что оперативные и годовые данные дают противоположные оценки происшедших изменений. Мы постарались разобраться, почему это произошло и предполагаем, что по итогам 2015 г. ситуация повторится. Поэтому мы постарались предупредить читателя, что ситуация с алкогольной смертностью в стране, вовсе не так благополучна, как по данным оперативной информации.

Отметим, что, хотя мы невольно коснулись проблемы точности статистики случайных отравлений алкоголем, рассчитывая предполагаемое число отравлений в 2015 г. мы стремились получить показатель максимально сопоставимый с официальными данными за 2014 г. и не вносили поправок на качество данных.

Скорее всего, реальное число умерших от случайных отравлений алкоголем в стране занижено. Подозрение о неслучайном характере алкогольных отравлений, неожиданно посетившее судмедэкспертов Астраханской, Магаданской, Мурманской, Ростовской, Рязанской, Самарской, Сахалинской областей, Ставропольского края и Чукотского автономного округа, вероятно, не имеет под собой реальных оснований. По крайней мере, мы не обнаружили никаких публикаций на эту интригующую тему ни в русской, ни в зарубежной литературе. Отметим, что случаи алкогольных отравлений с неопределенными намерениями встречаются и в других регионах, и их число растет быстрее, чем случайных отравлений алкоголем. А вот число преднамеренных самоотравлений алкоголем снизилось с 11 (одиннадцати) в 2011 г. до 4 (четырёх) в 2014 г.

Мы совершенно уверены, что в регионах, где число умерших по годовой и оперативной разработке совпадает, существует значительный недоучет числа смертей от отравлений алкоголем. В цитированной работе С.Ю. Никитиной и Г.М. Козеевой приводятся данные, из которых следует, что в 2000 - 2005 годах статистика Москвы учла только 21% диагностированных отравлений алкоголем. Так что, если учесть это обстоятельство и случаи отнесения отравлений алкоголем к «повреждениям с неустановленными намерениями», то мы получим общее число умерших от случайных отравлений алкоголем заметно выше, чем наша оценка.

Жаль, что состояние статистики смертности от причин, связанных с алкоголем, никак не учитывалось при составлении рейтинга трезвости регионов России [3]. В первую группу рейтинга среди 20 самых «трезвых регионов» вошли Москва и Волгоградская область, где повторные, уточняющие свидетельства о смерти не обрабатываются, а также Ростовская область и Ставропольский край, отнесшие большую часть отравлений алкоголем к повреждениям с неопределенными намерениями.

Сознаемся, что автора серьезно огорчает уже зафиксированный статистикой в 2014 году и предсказанный на 2015 год рост смертности от алкогольных отравлений. Пока, по оперативным данным Росстата за 2015 год можно ожидать небольшого снижения числа умерших. Но, с учетом существующей связи между алкогольными отравлениями и смертностью от других причин [4], рост числа умерших от алкогольных отравлений может предсказывать ухудшение ситуации в смертности вообще.

В процессе работы над статьей мы глубже познакомились с ролью патологоанатомов и судмедэкспертов и их влиянием на статистику причин смерти в России и тоже нашли немало оснований для огорчения. Об отравлениях алкоголем с неопределенными намерениями мы уже говорили. Можно привести и другие примеры, когда быстрый рост или снижение смертности от какой-то причины не может иметь рационального объяснения. Но наибольшее впечатление произвел на нас тот факт, что в 2012 - 2014 годах патологоанатомы и судмедэксперты у 8,9 тысяч умерших указали в качестве причины смерти «старость» (код R54 по МКБ10). Патологоанатомический диагноз «старость», строго говоря, невозможен, поскольку данная причина не может быть выбрана в качестве первоначальной причины смерти при наличии любого состояния, классифицированного в других рубриках[5]. В любом случае, трудно вообразить ситуацию, при которой в ходе патологоанатомического исследования умершего в возрасте 80 лет или старше не было бы обнаружено никакого состояния, которое могло привести к смерти. Скорее, наоборот, в пожилых возрастах серьезная трудность – выбор первоначальной причины из многих второстепенных.

Автор, конечно, не имеет соответствующих профессиональных знаний, но у него сложилось неприятное ощущение, что, с одной стороны, патологоанатомы и судмедэксперты слишком живо реагируют на веяния моды и пожелания руководства, а с другой стороны, в стране не существует единой методологии определения причины смерти, в результате чего данные по разным субъектам федерации нельзя считать полностью сопоставимыми.

[1] Естественное движение населения Российской Федерации (Статистический бюллетень) М. 2014 г. С. 27. http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/publications/catalog/doc_1140096846203

[2] Никитина С.Ю., Козеева Г.М. Совершенствование статистики смертности от алкоголизма // Вопросы статистики. 2006. №11. С. 21-23. Перепечатана в Демоскопе Weekly № 269-270 11-31 декабря 2006 <http://demoscope.ru/weekly/2006/0269/analit07.php>

[3] Федеральный проект «Трезвая Россия» и Центр информационных коммуникаций «Рейтинг». Национальный Рейтинг Трезвости (№1) <http://russia-rating.ru/info/9422.html>

[4] Население России 2013. Двадцать первый ежегодный демографический доклад / отв. ред. Захаров С.В.; НИУ Высшая школа экономики – М.: Изд. Дом НИУ ВШЭ. 2015 С. 201-223.

[5] Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем: Десятый пересмотр: Том 2. Сборник инструкций. Издательство "Медицина". ВОЗ, 1995. с. 46-47.

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ ОТ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ВЫЗВАННЫХ УПОТРЕБЛЕНИЕМ АЛКОГОЛЯ*

*А.В. Сахаров, заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и медицинской психологии ГБОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия», доктор медицинских наук, доцент
Н.В. Говорин, заместитель председателя Комитета Государственной Думы по охране здоровья*

Целью исследования стал анализ официальной алкогольной смертности в Забайкальском крае. Показатели были рассчитаны на основе данных государственной статистики за 2005 – 2015 годы. Установлено, что алкогольная смертность составила 5,8% от всей смертности населения. При этом расчеты демонстрируют отчетливое снижение показателя алкогольной смертности в 2,4 раза за десять последних лет (с 143,2 до 59,5 на 100 тыс. населения). Это стало возможным за счет уменьшения количества случайных отравлений алкоголем и числа умерших по причине алкогольной кардиомиопатии; именно эти две нозологии преобладают в структуре смертности, связанной с алкоголем. Полученные данные объективно свидетельствуют об улучшении алкогольной ситуации, хотя ряд показателей в Забайкальском крае по-прежнему остается существенно выше общероссийских.

Уже достаточно давно в научной литературе обсуждается возможность существенного влияния алкоголя на высокие показатели смертности населения Российской Федерации [1, 2, 4, 7, 8, 12, 13, 17]. Действительно, в нашей стране уровень смертности является по-прежнему высоким [5] - в 2015 году умерло более 1 млн. 911 тыс. человек, что соответствует показателю 13,1 случаев на 1000 населения. При этом справедливо следует отметить улучшение демографической ситуации: рождаемость выросла, а смертность снижается (ведь еще 10 лет назад в России умирало более 2 млн. 300 тыс. человек в год, показатель был 19,5 на 1000 жителей).

В тоже время вопрос о связи потребления алкоголя и смертности является до конца не исследованным, в том числе ввиду отсутствия единых подходов к изучению этой проблемы и отсутствия соответствующего учета заболеваний и причин смертности, связанных с употреблением алкоголя (злоупотреблением) [3, 9, 11, 14].

Многие авторы в своих работах ранее приводили очень высокие показатели алкогольной смертности, так, по данным А.В. Немцова (2003), около трети всех смертей в России в большей или меньшей степени были связаны с алкоголем [10]. Другие авторы указывали на более низкие показатели: по мнению В.И. Харченко и соавт. (2004), алкогольная смертность в сумме не превышала 25% смертности взрослого населения [17]. Такой разброс данных можно объяснить несколькими обстоятельствами.

Во-первых, часто в данных работах при анализе использовались математические расчеты, которые игнорировали совокупное влияние других факторов, например, курения, неправильного питания и т.д.

Во-вторых, этому способствовал тот факт, что на протяжении длительного времени органы статистики учитывали лишь три нозологии алкогольной этиологии - смертность по причине алкоголизма и алкогольных психозов, смертность от алкогольной болезни печени, смертность от отравлений алкоголем или его суррогатами. Только с 2005 года в эту группу причин дополнительно включили случаи, ранее регистрируемые в других классах заболеваний: смертность по причинам алкогольной кардиомиопатии, алкогольного панкреатита и алкогольной дегенерации нервной системы. Хотя нозологий, в возникновении которых алкоголь имеет ведущее значение, гораздо больше; но их до сих пор не учитывают.

В-третьих, вызывает вопросы достоверность уже имеющихся в отчетах Государственной статистики данных. Ранее высказывалось мнение о наличии «субъективного компонента диагноза», когда умышленно недооценивались роль и значение алкоголя в смертности от болезней системы кровообращения в интересах прижизненного и посмертного имиджа больного и его семьи [16]. В последние годы некоторые авторы предполагают существование негласной установки на уменьшение регистрации смертности алкогольного генеза, выявив более существенное снижение смертности от соматических и психических причин алкогольной этиологии при менее существенном уменьшении числа умерших от случайных отравлений алкоголем [8]. Косвенно на это указывает также присутствие заниженных показателей обнаружения алкоголя в биологических жидкостях на момент смерти, даже при насильственных причинах смертности [5, 6].

* Сахаров А.В. Современные тенденции смертности населения Забайкальского края от заболеваний, вызванных употреблением алкоголя / А.В. Сахаров, Н.В. Говорин // Забайкальский медицинский вестник. - 2016. - № 2. - С. 59-65. - Материалы приводятся выборочно в соответствии с предметно-тематической проблематикой библиодосье.

Следовательно, современные тенденции смертности населения от заболеваний, вызванных употреблением алкоголя, требуют регулярного мониторинга и обсуждения, особенно в плане совершенствования регистрации данных нозологий. (...)

Для изучения смертности населения Забайкальского края, вызванной употреблением алкоголя, были проанализированы данные, полученные из документов и официальных ответов Территориального органа Федеральной службы Государственной статистики по Забайкальскому краю за период с 2005 по 2015 годы. Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с применением пакета анализа Microsoft Excel с расчетом темпов прироста / убыли показателей.

Смертность, вызванная употреблением алкоголя, включает две основные группы причин - это отравления алкоголем и алкоголь-ассоциированные соматические заболевания, выступающие в качестве основной причины смерти. Понятно, что возникновению этих нозологий способствуют высокое потребление алкоголя и низкое его качество.

Показатели основных причин смертности, связанных с употреблением алкоголя, учитываемые в настоящее время органами Государственной статистики Забайкальского края, представлены в таблице 1.

Таблица 1.

**Смертность от заболеваний, связанных с употреблением алкоголя,
в Забайкальском крае за 2005-2015 гг. (оба пола, на 100 тыс. человек населения)**

Причины смерти	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Случайные отравления алкоголем	65,7	50,4	35,3	25,6	28,0	29,4	26,7	24,6	22,8	25,0	21,0
Алкоголизм и алкогольные психозы	6,9	6,4	5,6	3,1	2,1	4,1	6,7	5,6	6,8	9,9	9,5
Алкогольная болезнь печени	10,3	9,2	10,1	8,0	7,7	11,8	10,4	10,2	10,7	7,4	9,2
Алкогольная кардиомиопатия	59,1	42,4	35,6	34,8	35,8	31,1	22,5	18,8	19,0	16,4	17,7
Панкреатит алкогольной этиологии	0,5	0,3	0,5	0,4	0	0,5	0,4	0,3	0,3	0,5	0,3
Дегенерация нервной системы, вызванная алкоголем	0,7	0,8	0,9	0,2	0,7	1,3	3,0	1,0	1,1	1,0	1,8

Примечание: по данным ТО ФС Государственной статистики по Забайкальскому краю.

Случайные отравления алкоголем со смертельным исходом выступают объективным показателем тяжести алкогольной ситуации [15]. В Российской Федерации в 2015 году умерло по этой причине 9557 человек. Показатель смертности составил в 2015 году 6,5 на 100 тыс. человек населения. Максимальной частота смертельных отравлений в стране была в 1994 году - 37,8 на 100 тыс. населения.

В Забайкальском крае от отравлений алкоголем умерло в 2015 году 228 человек, показатель составил 21,0 на 100 тыс. человек населения (в 2014 году - 272 человека или 25,0 на 100 тыс.), максимальным данный вид смертности был в 2003 году - 68,8 на 100 тыс. человек.

Вызывает вопросы информация, представленная в официальной отчетности Росстата - так, в 2015 году в нашем регионе умерло всего 162 человека по причине алкогольных отравлений (14,9 на 100 тыс. человек населения), что на 40% ниже реальных данных. Также примерно на 40% занижена смертность по этой причине и в прошлые годы.

В любом случае по величине этого показателя Забайкалье занимает одно из ведущих мест в России, частота смертельных отравлений алкоголем в нашем регионе по-прежнему в 3,2 раза выше, чем в среднем по России, и в 2,9 раза выше, чем в СибФО. Хотя стоит отметить существенное снижение этого вида смертности в последнее десятилетие (в 3,1 раза - с 65,7 на 100 тыс. в 2005 году).

Показатель смертности от алкогольных отравлений в мужской популяции региона составил 32,7 на 100 тыс. в 2015 году, в женской - 10,3 на 100 тыс. Высокая смертность по этой причине регистрируется в трудоспособном возрасте - 24,4 на 100 тыс. населения в 2015 году. В 2015 году показатель смертельных отравлений алкоголем в сельской местности составил 19,9 на 100 тыс., в городских поселениях - 21,6 на 100 тыс. человек населения.

Наши расчеты показали, что на смертность от случайных отравлений алкоголем в Забайкальском крае в среднем за 2005 - 2015 гг. пришлось 2,3% (3968) от всей смертности населения края (169 967) и 12,0% от смертности по причине внешних факторов (33085). При этом

доля смертности по этой причине в структуре общей смертности снизилась за последнее десятилетие в 2,4 раза (с 3,8% в 2005 до 1,6% в 2015 году).

Что касается смертности от алкоголь-ассоциированных соматических заболеваний, то существенную часть этих причин с 2005 года учитывают органы государственной статистики.

Показатель смертности от психических и поведенческих расстройств, вызванных употреблением алкоголя, в Забайкалье составил в 2015 году 9,5 на 100 тыс. населения (в 1975 году он был равен 0,49 на 100 тыс. населения; в 1995 году - 9,4; в 2005 году - 6,9). За последние 10 лет минимальная величина этого показателя регистрировалась в 2009 году - 2,1 на 100 тыс. В 2014 - 2015 гг. отмечен значимый рост. В трудоспособном возрасте показатель смертности от данной причины в 2015 году был равен 11,4 на 100 тыс. человек. При этом в мужской популяции региона он в 2,5 раза выше, чем в женской (13,9 и 5,5 на 100 тыс. населения соответствующего пола в 2015 году). Существенной разницы между показателями смертности от алкоголизма в сельской местности и городских поселениях за исследуемый период не установлено, но в 2015 году показатели составили 6,8 и 10,8 на 100 тыс. населения соответственно.

Смертность от алкогольной болезни печени в регионе существенно выросла за последние 20 лет (с 1,2 на 100 тыс. населения в 1995 году до 9,2 в 2015 году). В 2005 году этот показатель был равен 10,3 на 100 тыс., за прошедшие 10 лет он сохраняется стабильным. У лиц в трудоспособном возрасте смертность по причине алкогольной болезни печени составила 8,9 на 100 тыс. в 2015 году. Показатель в мужской популяции составил 11,0 на 100 тыс., в женской - 7,6 на 100 тыс. человек соответствующего пола. В городских и сельских поселениях показатели смертности населения от алкогольных гепатитов и циррозов практически не отличались (9,0 и 9,7 на 100 тыс. соответственно).

Смертность по причине панкреатита алкогольной этиологии в нашем регионе за десять последних лет остается стабильной, показатель в 2015 году составил 0,3 на 100 тыс. населения (в 2005 году - 0,5 на 100 тыс.). Чуть выше смертность в результате алкогольной дегенерации нервной системы - 1,8 на 100 тыс. населения в 2015 году (в 2005 году - 0,7 на 100 тыс.).

Смертность по причине алкогольных панкреатитов и алкогольной болезни печени в структуре летальности от болезней органов пищеварения составили в Забайкальском крае в среднем за 2005 - 2015 гг. 17,1% (1210 из 7074 умерших). Что свидетельствует, что каждый шестой житель, умерший от болезней органов пищеварения, имел алкогольную этиологию заболевания.

Показатель смертности по причине алкогольной кардиомиопатии, начиная с момента учета, имеет тенденцию к снижению в Забайкальском крае: с 59,1 на 100 тыс. населения в 2005 году до 17,7 на 100 тыс. в 2015 году. При этом данный вид смертности у лиц в трудоспособном возрасте несколько выше, чем в общей популяции - 20,3 на 100 тыс. человек населения в 2015 году.

Показатель в мужской популяции составил 24,2 на 100 тыс. мужчин, в женской - 11,7 на 100 тыс. женщин. Кроме того, в сельской местности показатель смертности населения от данной причины в 1,8 раза выше, чем в городских поселениях: 25,6 и 13,9 на 100 тыс. населения в 2015 году соответственно. Алкогольная кардиомиопатия в структуре смертности населения от болезней системы кровообращения составила в среднем за изучаемый период 4,6% (3717 из 81000 умерших).

Структура алкогольной смертности по причинам в 2015 году представлена на рисунке.



Рисунок 1. Структура алкогольной смертности в Забайкальском крае в 2015 году.

Если суммировать показатели приведенных причин смертности, то в среднем за 2005 - 2015 гг. смертность населения Забайкальского края от заболеваний, связанных с употреблением алкоголя, составила 5,8% (9772) от всей смертности населения (169 967) за указанный период, при этом она снизилась в 1,8 раза - с 8,3% в 2005 году до 4,6% в 2015 году.

Динамика общего показателя алкогольной смертности следующая (рис.2): в 2005 году показатель составлял 143,2 на 100 тыс., в 2015 году - 59,5 на 100 тыс. человек населения (снижение в 2,4 раза).

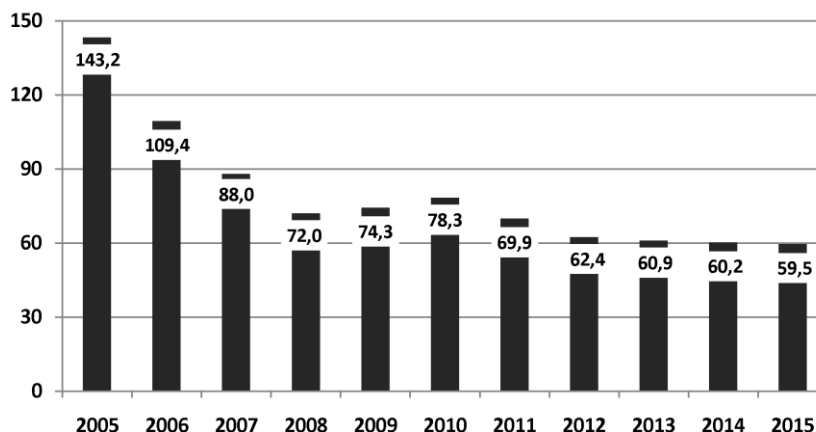


Рисунок 2. Динамика показателей смертности от заболеваний, связанных с употреблением алкоголя, в Забайкальском крае (на 100 тыс. человек населения).

При этом имеется отчетливая тенденция снижения официальной алкоголь-ассоциированной смертности во всех группах населения в 2-2,5 раза (рис.3).

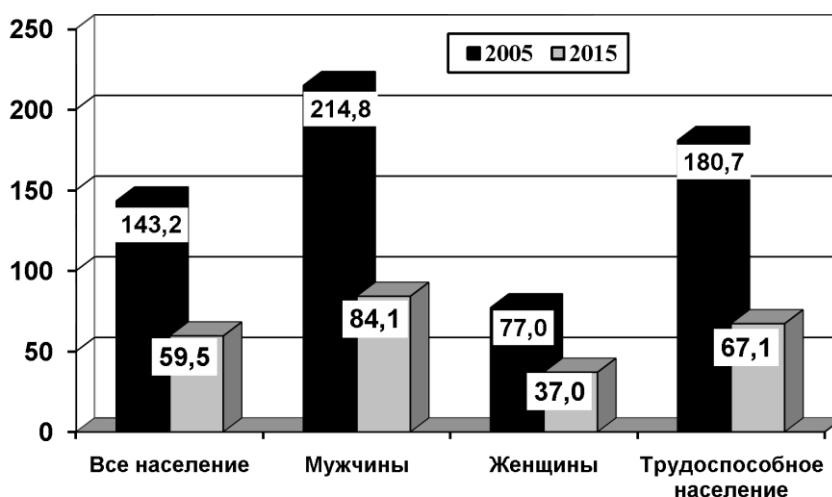


Рисунок 3. Показатели смертности от заболеваний, связанных с употреблением алкоголя, в Забайкальском крае (в динамике в 2005 и 2015 годах, на 100 тыс. человек населения).

В структуре уменьшение показателей произошло за счет снижения смертности по причине случайных отравлений алкоголем и смертности от алкогольной кардиомиопатии (табл.2). В то же время зарегистрирован рост числа умерших по причине алкогольной дегенерации нервной системы, но имеющиеся показатели не столь высоки.

Таблица 2

Динамика показателей смертности от заболеваний, связанных с употреблением алкоголя, по полу в Забайкальском крае (на 100 тыс. человек населения)

Причины смерти	Пол	2005	2015	Темп прироста/убыли, %
Случайные отравления алкоголем	муж.	103,0	32,7	-68,3 (в 3,2 раза)
	жен.	31,3	10,3	-67,1 (в 3,0 раза)
Алкоголизм и алкогольные психозы	муж.	9,2	13,9	+33,8
	жен.	4,8	5,5	+12,7
Алкогольная болезнь печени	муж.	12,1	11,0	-9,1
	жен.	8,5	7,6	-10,6
Алкогольная кардиомиопатия	муж.	89,0	24,2	-72,8 (в 3,7 раза)
	жен.	31,5	11,7	-62,9 (в 2,7 раза)
Панкреатит алкогольной этиологии	муж.	0,5	0	0
	жен.	0,5	0,5	0
Дегенерация нервной системы, вызванная алкоголем	муж.	0,9	2,3	+60,9 (в 2,6 раза)
	жен.	0,5	1,4	+64,3 (в 2,8 раза)

Примечание: по данным ТО ФС Государственной статистики по Забайкальскому краю.

Конечно, приведенные расчеты алкогольной смертности на основе официальных данных являются неполными и заниженными. С одной стороны, вызывает вопросы полнота учета смертности, связанной с употреблением алкоголя, с другой - представленные данные не учитывают косвенную связь определенных причин смертности с алкоголизацией населения. В первую очередь, это касается насильственных причин смертности, при которых роль алкогольного фактора часто мы можем оценивать только по факту обнаружения алкоголя при проведении экспертизы.

Таким образом, официальная смертность, вызванная употреблением алкоголя, в Забайкальском крае составила за 2005 - 2015 годы 5,8% от всей смертности населения региона. Расчеты, произведенные на основе учитываемых службой статистики данных, демонстрируют отчетливые позитивные процессы снижения алкогольной смертности - в 2,4 раза (с 143,2 до 59,5 на 100 тыс. населения). Это стало возможным за счет уменьшения количества случайных отравлений алкоголем и числа умерших по причине алкогольной кардиомиопатии; именно эти две нозологии преобладают в структуре смертности, связанной с алкоголем. При этом, несмотря на объективное улучшение алкогольной ситуации в нашем регионе, ряд показателей остаются существенно выше общероссийских; особую озабоченность вызывает количество случаев алкогольной смертности у мужчин в трудоспособном возрасте.

Литература

1. Андреев Е.М. Злоупотребление алкоголем и преждевременная смертность в России на примере Ижевска / Е.М. Андреев // Наркология. - 2008. - №7. - С.38-52.
2. Бохан Н.А. Алкогольная смертность в отдаленных сельских районах Западной Сибири / Н.А. Бохан, А.И. Мандель, В.Н. Кузнецов // Наркология. - 2011. - № 10. - С. 43-47.
3. Говорин Н.В. Методологические подходы к изучению алкогольной смертности населения (региональный аспект) / Н.В. Говорин, А.В. Сахаров // Вопросы наркологии. - 2011. - № 2. - С. 7-13.
4. Говорин Н.В. Социально-экономические потери в результате алкогольной смертности населения / Н.В. Говорин, А.В. Сахаров // Сибирский медицинский журнал. - 2011. - № 5. - С. 80-82.
5. Говорин Н.В. Алкогольная смертность / Н.В. Говорин, А.В. Сахаров. - Томск: Издательство «Иван Федоров», 2012. - 164 с.
6. Говорин Н.В. Алкогольная смертность населения Забайкальского края (анализ официальных показателей) / Н.В. Говорин, А.В. Сахаров, Я.В. Герасимова // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. - 2015. - № 1. - С. 62-67.
7. Зимина Л.А. Влияние употребления алкоголя на смертность в г. Иркутске / Л.А. Зимина, А.П. Зайцев, Ю.С. Исаев // Вестник судебной медицины. - 2013. - № 1. - С. 12-14.
8. Мажаров В.Ф. Оценка смертности населения от причин, связанных с употреблением алкоголя (на примере Красноярского края) / В.Ф. Мажаров, И.П. Артюхов, Б.Э. Горный // Сибирское медицинское обозрение. - 2011. - № 1. - С. 100-103.
9. Мордовский Э.А. Алкоголь-атрибутивная смертность и организационные подходы к ее учету в России и за рубежом / Э.А. Мордовский, А.М. Вязьмин, А.Г. Соловьев // Наркология. - 2012. - № 11. - С. 60-69.
10. Немцов А.В. Алкогольный урон регионов России. - М.: Nalex, 2003. - 136с.
11. Немцов А.В. Размеры и диагностический состав алкогольной смертности в России / А.В. Немцов, А.Т. Терехин // Наркология. - 2007. - № 12. - С. 29-36.
12. Редько А.Н. Основные тенденции смертности населения Краснодарского края от заболеваний, связанных с употреблением алкоголя / А.Н. Редько, А.В. Сахаров, П.Б. Сахарова // Кубанский научный медицинский вестник. - 2011. - № 3. - С. 139-142.
13. Сахаров А.В. Алкогольобусловленная обращаемость в соматический многопрофильный городской стационар / А.В. Сахаров, Н.В. Говорин // Наркология. - 2010. - № 12. - С. 52-56.
14. Сахаров А.В. Алкоголизация населения и смертность от соматических заболеваний в Забайкальском крае / А.В. Сахаров // Неврологический вестник. Журнал им. В.М.Бехтерева. - 2012. - Т. XLIV, № 2. - С. 95-97.
15. Сахаров А.В. Смертность по причине острых отравлений алкоголем в Забайкальском крае / А.В. Сахаров, Н.В. Говорин, О.А. Тарасова // Тюменский медицинский журнал. - 2013. - № 1. - С. 40-41.
16. Тишук Е.А. Медико-статистические аспекты действия алкоголя как причины смертности населения / Е.А. Тишук // Здоровоохранение Российской Федерации. - 1997. - № 2. - С. 34.
17. Харченко В.И. Сравнительный анализ алкогольной смертности населения России (проблемы диагностики, трактовки, регистрации, количественной оценки) / В.И. Харченко, Е.П. Какорина, О.Д. Мишнев // Алкогольная болезнь. - 2004. - № 2. - С. 1-20.

Часть II

Статистическая информация



ЧИСЛО УМЕРШИХ В ТРУДОСПОСОБНОМ ВОЗРАСТЕ ПО ОСНОВНЫМ КЛАССАМ И ОТДЕЛЬНЫМ ПРИЧИНАМ СМЕРТИ (ЯНВАРЬ - ИЮНЬ 2016 Г.)*

Мужчины и женщины (чел.)

	от всех причин	из них от:	
		случайных отравлений алкоголем	отравлений и воздействия алкоголем с неопределенными намерениями
Российская Федерация	219876	4804	1033
Центральный федеральный округ	53550	1332	265
Белгородская область	1998	32	3
Брянская область	2161	49	78
Владимирская область	2453	68	28
Воронежская область	3536	194	3
Ивановская область	1693	28	0
Калужская область	1632	53	8
Костромская область	1045	41	8
Курская область	1919	34	24
Липецкая область	1677	90	0
Московская область	10278	261	7
Орловская область	1229	41	1
Рязанская область	1730	29	85
Смоленская область	1806	65	4
Тамбовская область	1596	55	5
Тверская область	2573	68	0
Тульская область	2639	104	2
Ярославская область	2027	91	5
г. Москва	11558	29	4
Северо-Западный федеральный округ	21667	660	16
Республика Карелия	1162	10	6
Республика Коми	1738	76	0
Архангельская область	2089	99	1
Ненецкий авт. округ	68	3	1
Архангельская область без автономии	2021	96	0
Вологодская область	2138	78	0
Калининградская область	1499	81	1
Ленинградская область	2943	117	2
Мурманская область	1339	5	1
Новгородская область	1225	42	0
Псковская область	1286	28	3
г. Санкт-Петербург	6248	124	2
Южный федеральный округ	18949	115	119
Республика Адыгея	606	27	0
Республика Калмыкия	342	0	10

* Официальный сайт Федеральной службы государственной статистики. - <http://www.gks.ru> (дата обращения: 23.01.2017). - Материалы приводятся выборочно в соответствии с предметно-тематической проблематикой библиодосье.

	от всех причин	из них от:	
		случайных отравлений алкоголем	отравлений и воздействия алкоголем с неопределенными намерениями
Краснодарский край	7033	58	33
Астраханская область	1449	0	36
Волгоградская область	3598	23	34
Ростовская область	5921	7	6
Северо-Кавказский федеральный округ	7640	26	49
Республика Дагестан	1612	6	1
Республика Ингушетия	196	1	0
Кабардино-Балкарская Республика	753	8	0
Карачаево-Черкесская Республика	432	1	0
Республика Северная Осетия-Алания	701	0	0
Чеченская Республика	676	0	0
Ставропольский край	3270	10	48
Приволжский федеральный округ	47741	1130	184
Республика Башкортостан	6851	64	23
Республика Марий Эл	1226	57	4
Республика Мордовия	1159	15	0
Республика Татарстан (Татарстан)	4963	62	43
Удмуртская Республика	2559	102	0
Чувашская Республика (Чувашия)	2052	38	33
Пермский край	4875	210	0
Кировская область	2066	112	4
Нижегородская область	5564	106	18
Оренбургская область	3361	6	10
Пензенская область	1917	113	0
Самарская область	5429	61	34
Саратовская область	3518	88	1
Ульяновская область	2201	96	14
Уральский федеральный округ	20287	464	152
Курганская область	1569	44	4
Свердловская область	7674	213	87
Тюменская область	5097	74	35
Ханты-Мансийский авт. округ-Югра	2080	5	2
Ямало-Ненецкий авт. округ	747	17	18
Тюменская область без автономии	2270	52	15
Челябинская область	5947	133	26
Сибирский федеральный округ	34678	842	139
Республика Алтай	301	11	0
Республика Бурятия	1641	90	1
Республика Тыва	699	20	5
Республика Хакасия	1007	19	5
Алтайский край	3848	64	3
Забайкальский край	1993	61	0
Красноярский край	5167	79	96
Иркутская область	5023	47	9
Кемеровская область	5629	190	2
Новосибирская область	4422	74	0
Омская область	3270	166	5

	от всех причин	из них от:	
		случайных отравлений алкоголем	отравлений и воздействия алкоголем с неопределенными намерениями
Томская область	1678	21	13
Дальневосточный федеральный округ	11548	144	107
Республика Саха (Якутия)	1499	26	1
Камчатский край	669	3	13
Приморский край	3436	49	17
Хабаровский край	2483	5	4
Амурская область	1631	48	9
Магаданская область	295	1	20
Сахалинская область	1024	0	41
Еврейская автономная область	384	10	0
Чукотский авт. округ	127	2	2
Крымский федеральный округ	3816	91	2
Республика Крым	3181	85	2
г. Севастополь	635	6	0

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ АЛКОГОЛИЗМОМ И АЛКОГОЛЬНЫМИ ПСИХОЗАМИ

(данные Минздрава России, расчет Росстата)

Обновлено 25.11.2016

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Взято под диспансерное наблюдение больных с впервые в жизни установленным диагнозом в отчетном году													
всего, тыс. чел.	228,2	218,4	209,2	192,9	174,9	173,4	159,7	153,9	138,1	122,8	112,2	109,1	103,6
на 100 000 чел. населения *)	159,0	152,8	147,0	134,8	122,5	121,5	111,8	107,8	96,6	85,7	78,2	74,7	70,7
Численность больных, состоящих на учете в лечебно-профилактических организациях на конец отчетного года													
всего, тыс. чел.	2213,1	2203,1	2190,7	2151,9	2115,8	2082,7	2016,5	1953,1	1865,9	1807,9	1746,5	1690,0	1577,0
на 100 000 чел. населения *)	1545,3	1544,2	1541,8	1506,3	1482,2	1459,1	1411,8	1367,1	1304,3	1261,2	1215,7	1155,4	1076,2

*) За 2003 - 2010 гг. показатели рассчитаны с использованием численности населения с учетом итогов ВПН-2010.

Центр разработки национальной алкогольной политики

СВЕДЕНИЯ О ЧИСЛЕ УМЕРШИХ ОТ ВНЕШНИХ ПРИЧИН СМЕРТИ

(ЗА ЯНВАРЬ - НОЯБРЬ 2016 Г.)*

	От случайных отравлений алкоголем			
	2016	2015	прирост, снижение (-)	2016 г. в % к 2015 г.
Российская Федерация	7563	8767	-1204	86,3
Центральный федеральный округ	2071	2410	-339	85,9
Белгородская область	5	6	-1	83,3
Брянская область	85	122	-37	69,7

* Сайт Центра разработки национальной алкогольной политики. — <http://www.alcomarket.info> (дата обращения: 23.01.2017). — Материалы приводятся выборочно в соответствии с предметно-тематической проблематикой библиодосье.

	От случайных отравлений алкоголем			
	2016	2015	прирост, снижение (-)	2016 г. в % к 2015 г.
Владимирская область	74	79	-5	93,7
Воронежская область	299	296	3	101,0
Ивановская область	69	96	-27	71,9
Калужская область	56	120	-64	46,7
Костромская область	107	100	7	107,0
Курская область	69	37	32	186,5
Липецкая область	91	136	-45	66,9
Московская область	396	377	19	105,0
Орловская область	85	98	-13	86,7
Рязанская область	53	31	22	171,0
Смоленская область	60	50	10	120,0
Тамбовская область	71	76	-5	93,4
Тверская область	156	224	-68	69,6
Тульская область	130	224	-94	58,0
Ярославская область	213	293	-80	72,7
г. Москва	52	45	7	115,6
Северо-Западный федеральный округ	1035	1063	-28	97,4
Республика Карелия	28	32	-4	87,5
Республика Коми	107	97	10	110,3
Архангельская область	158	177	-19	89,3
Ненецкий авт. округ	3	3	0	100,0
Архангельская область без автономии	155	174	-19	89,1
Вологодская область	151	147	4	102,7
Калининградская область	137	184	-47	74,5
Ленинградская область	183	156	27	117,3
Мурманская область	16	9	7	177,8
Новгородская область	92	96	-4	95,8
Псковская область	49	65	-16	75,4
г. Санкт-Петербург	114	100	14	114,0
Южный федеральный округ	362	414	-52	87,4
Республика Адыгея	54	51	3	105,9
Республика Калмыкия	0	0	0	0,0
Республика Крым	136	129	7	105,4
Краснодарский край	114	161	-47	70,8
Астраханская область	0	1	-1	0,0
Волгоградская область	42	49	-7	85,7
Ростовская область	10	13	-3	76,9
г. Севастополь	6	10	-4	60,0
Северо-Кавказский федеральный округ	68	61	7	111,5
Республика Дагестан	17	14	3	121,4
Республика Ингушетия	1	1	0	100,0
Кабардино-Балкарская Республика	20	9	11	222,2
Карачаево-Черкесская Республика	2	13	-11	15,4
Республика Северная Осетия-Алания	6	2	4	300,0
Чеченская Республика	0	0	0	0,0
Ставропольский край	22	22	0	100,0
Приволжский федеральный округ	1776	2129	-353	83,4

	От случайных отравлений алкоголем			
	2016	2015	прирост, снижение (-)	2016 г. в % к 2015 г.
Республика Башкортостан	57	85	-28	67,1
Республика Марий Эл	117	146	-29	80,1
Республика Мордовия	25	26	-1	96,2
Республика Татарстан (Татарстан)	11	27	-16	40,7
Удмуртская Республика	41	97	-56	42,3
Чувашская Республика (Чувашия)	75	140	-65	53,6
Пермский край	486	559	-73	86,9
Кировская область	229	235	-6	97,4
Нижегородская область	200	159	41	125,8
Оренбургская область	18	66	-48	27,3
Пензенская область	146	148	-2	98,6
Самарская область	73	92	-19	79,3
Саратовская область	137	183	-46	74,9
Ульяновская область	161	166	-5	97,0
Уральский федеральный округ	854	983	-129	86,9
Курганская область	147	185	-38	79,5
Свердловская область	391	476	-85	82,1
Тюменская область	111	100	11	111,0
Ханты-Мансийский авт. округ-Югра	10	11	-1	90,9
Ямало-Ненецкий авт. округ	4	10	-6	40,0
Тюменская область без автономии	97	79	18	122,8
Челябинская область	205	222	-17	92,3
Сибирский федеральный округ	1160	1256	-96	92,4
Республика Алтай	18	46	-28	39,1
Республика Бурятия	162	155	7	104,5
Республика Тыва	42	48	-6	87,5
Республика Хакасия	27	39	-12	69,2
Алтайский край	52	73	-21	71,2
Забайкальский край	120	146	-26	82,2
Красноярский край	60	51	9	117,6
Иркутская область	75	69	6	108,7
Кемеровская область	230	269	-39	85,5
Новосибирская область	142	173	-31	82,1
Омская область	200	157	43	127,4
Томская область	32	30	2	106,7
Дальневосточный федеральный округ	237	451	-214	52,5
Республика Саха (Якутия)	52	34	18	152,9
Камчатский край	1	2	-1	50,0
Приморский край	84	66	18	127,3
Хабаровский край	12	14	-2	85,7
Амурская область	57	307	-250	18,6
Магаданская область	2	3	-1	66,7
Сахалинская область	0	0	0	0,0
Еврейская автономная область	25	23	2	108,7
Чукотский авт. округ	4	2	2	200,0

Часть III

Библиографический список книг, публикаций в журналах, газетах и интернет-ресурсах

2016 - 2017 гг.

Андреев Е.М. Правильно ли считают умерших от случайных отравлений алкоголем? / Е.М. Андреев // Демоскоп Weekly. - 2016. - № 673-674. - С. 1-20. - <http://www.demoscope.ru/> (дата обращения: 24.01.2017)

Андреева Н. "Боярышник" убивает зимой (о продаже спиртосодержащих напитков в специальных автоматах) / Н. Андреева // Новая газета. – 2016. – 15 февр.

Башкатова А. Крепко пьющих становится все больше (о росте потребления алкоголя) / А. Башкатова // Независимая газета. – 2016. – 25 мая.

Бекетова О.Н. О государственном контроле производства и оборота алкогольной продукции / О.Н. Бекетова // ЭКО: всероссийский экономический журнал. - 2016. - № 4. - С. 90-102

Бобров А.Е. Профилактика алкоголизма и наркоманий в семье и школе / А.Е. Бобров. - М., 2016. - 188 с.

Бойцов С.А. Влияние медицинских и немедицинских факторов на смертность населения: роль алкоголя / С.А. Бойцов, И.В. Самородская, В.Ю. Семёнов // Социальная и клиническая психиатрия. - 2016. - Т. 26. - № 2. - С. 97-105

Брюн Е.А. "У Минздрава и МВД России общие цели": [о пресс-конференции по вопросам профилактики наркомании и алкоголизма директора Московского научно-практического центра наркологии, главного нарколога Министерства здравоохранения Е.А. Брюна] / Е.А. Брюн // Щит и меч. – 2017. – 12 янв.

Брюн Е.А. Экономическая эффективность мероприятий по противодействию распространению наркомании и алкоголизма / Е.А. Брюн, И.П. Почитаева // Менеджер здравоохранения. - 2016. - № 2. - С. 13-20

Васильев Д.В. Особенности расследования уголовных дел о незаконном обороте алкогольной продукции (ст. 171, 171¹, 180, 327¹ Уголовного кодекса Российской Федерации) / Д.В. Васильев, Е.Г. Кравец, В.А. Шарков; Волгогр. акад. МВД Рос. Федерации. - Волгоград, 2016. - 70 с.

Говорин Н.В. Партия добивается ужесточения наказания за распространение суррогатного алкоголя: [о законодательном регулировании вопросов ужесточения наказания за распространение суррогатного алкоголя] / Н.В. Говорин // Официальный сайт Всероссийской политической партии «ЕДИНАЯ РОССИЯ», 19 дек. 2016 г. - <http://er.ru/> (дата обращения: 24.01.2017)

Говорин Н.В. «Пьющих – лечить, трезвых – беречь, спаивающих – наказывать»: [о законодательном регулировании вопросов ужесточения наказания за распространение суррогатного алкоголя] / Н.В. Говорин; Е. Сластина // Земля. – 2017. - № 1. – 10 янв. – <https://zemlya-chita.com> (дата обращения: 27.01.2017)

Горлов В. Направления развития законодательства в области государственного регулирования оборота алкогольной продукции: новые тенденции / В. Горлов // Хозяйство и право. - 2016. - № 12. - С. 111-114

Гурьев А.Н. Прямые и косвенные налоги: pro и contra. Питейная монополия / А. Н. Гурьев. - М., 2016. - 120 с.

Дизер О.А. Перспективы применения принудительного лечения от алкоголизма / О.А. Дизер, М.Ю. Водяная // Вестник Воронежского института МВД России. - 2016. - № 1. - С. 158-165

Жерновой М.В. Административные меры по борьбе с незаконным производством алкогольной продукции / М.В. Жерновой, А.Н. Сухаренко // Административное право и процесс. - 2016. - № 3. - С. 50-52

Зайкова З.А. Алкоголь как фактор риска преждевременной смертности населения Иркутской области // З.А. Зайкова // Анализ риска здоровью. - 2016. - № 2 (14). - С. 45-59

Иванов П.И. Экономическая ситуация в сфере производства и оборота этилового спирта, алкогольной и спиртосодержащей продукции: правовые и организационные меры по ее стабилизации / П.И. Иванов, А.Б. Янишевский // Образование. Наука. Научные кадры. - 2016. - № 5. - С. 165-170

Кокорева Н.Н. Лечебно-трудовые профилактории в современной России: проблемы профилактики насилия на почве алкоголизма в семье / Н.Н. Кокорева, В.В. Шумский, Н.В. Демченко // Проблемы правоохранительной деятельности. - 2016. - № 1. - С. 91-96

Колосницyna М.Г. Влияние мер алкогольной политики на динамику дорожно-транспортных происшествий в регионах России / М.Г. Колосницyna, Н.А. Хоркина, А.Ю. Волков // Вопросы статистики. - 2016. - № 5. - С. 50-62

Копылова О.П. Государственное регулирование производства и оборота алкогольной и спиртосодержащей продукции на территории Российской Федерации: состояние и тенденции развития / О.П. Копылова // Административное и муниципальное право. - 2016. - № 11. - С. 913-921

Косолапов В.П. Совершенствование профилактики алкогольной зависимости на основе анализа медико-социальных факторов риска и прогностического моделирования / В.П. Косолапов и др. // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2016. - Т. 24. - № 5. - С. 266-272

Кошелева Д.А. Алкоголизм как социальная проблема / Д.А. Кошелева // Бюллетень медицинских интернет-конференций. - 2016. - Т. 6. - № 5. - С. 559

Куракин А.В. Административно-правовое регулирование противодействию незаконному обороту алкогольной продукции / А.В. Куракин // Право. Экономика. Безопасность. - 2016. - № 3. - С. 12-19

Лещенко Я.А. Заболеваемость и смертность населения восточной Сибири в связи с употреблением алкоголя / Я.А. Лещенко, А.В. Боева // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. - 2016. - № 3-1. - С. 77-82

Макеев П.В. Вопросы ограничения розничной продажи алкогольной продукции в объектах общественного питания / П.В. Макеев // Гражданин и право. - 2016. - № 5. - С. 38-49

Маюров А. Борьба с пьянством в России с древних времен до наших дней / А. Маюров; Ин-т рус. цивилизации. - М., 2016. - 870 с.

Меринов А.В. Рождение в алкогольной семье как фактор формирования повышенной виктимности личности / А.В. Меринов, Т.А. Меденцева // Виктимология. - 2016. - № 3 (9). - С. 29-32

Мордовский Э.А. Социально-демографический и алкогольный статус умерших от новообразований в трудоспособном и в пожилом возрасте / Э.А. Мордовский, А.Г. Соловьев, А.Л. Санников // Наркология. - 2016. - Т. 15. - № 2 (170). - С. 13-19

Немцов А.В. Смертность от алкоголизма в России в 2004 - 2014 гг. / А.В. Немцов // Вопросы наркологии. - 2016. - № 5-6. - С. 35-54

Новгородова А.В. "Все во имя человека, для блага человека" - как от лозунгов перейти к действиям? / А.В. Новгородова // Экономическая Теория, Анализ, Практика. - 2016. - № 4. - С. 41-63

Новые правила продажи алкогольной продукции / [в ред. Постановлений Правительства РФ ... от 05.01.2015 № 6]. - М., 2016. - 22 с.

Папырин А. А ведь беда ходит рядом... Запрет на доступность алкоголя детям и молодежи должен оставаться в силе / А. Папырин // Медицинская газета. - 2016. - 18 марта.

Радаев В.В. Изменение структуры потребления алкоголя в контексте государственной алкогольной политики в России / В.В. Радаев, З. Котельникова // Экономическая политика. - 2016. - Т. 11. - № 5. - С. 92-117

Разводовский Ю.Е. Алкогольные отравления и эпидемиологические параметры алкоголизма в России / Ю.Е. Разводовский, П.Б. Зотов // Российский медико-биологический вестник им. академика И.П. Павлова. - 2016. - № 2. - С. 64-72

Сахаров А.В. Современные тенденции смертности населения Забайкальского края от заболеваний, вызванных употреблением алкоголя / А.В. Сахаров, Н.В. Говорин // Забайкальский медицинский вестник. - 2016. - № 2. - С. 59-65

Семенюк Р.А.К вопросу о применении принудительного лечения к лицам, больным алкоголизмом или наркоманией / Р.А. Семенюк // Актуальные проблемы борьбы с преступлениями и иными правонарушениями. - 2016. - № 14-2. - С. 64-65

Скульская Л.В. Проблемы качества алкогольной и табачной продукции / Л.В. Скульская, Т.К. Широкова // Проблемы прогнозирования. - 2017. - № 1. - С. 77-86

Соловьев А.М. Сравнительный уровень потребления алкогольной продукции в странах Европы / А.М. Соловьев // Проблемы прогнозирования. - 2016. - № 1. - С. 126-133

Сытников В.О. Уголовная ответственность за продажу несовершеннолетним алкогольной продукции: монография / В.О. Сытников; под общ. ред. Р.М. Кашапова. - М., 2016. - 207 с.

Тихонов Н.Н. Алкоголь – крупная эпидемия в истории коренных народов Севера / Н.Н. Тихонов // Научно-методический электронный журнал Концепт. - 2016. - Т. 15. - С. 621-625

Умархаджиева С.Р. Алкоголизм семьи как фактор риска, обуславливающий положительное отношение подростков к спиртным напиткам / С.Р. Умархаджиева // Новая наука: Опыт, традиции, инновации. - 2016. - № 12-2 (119). - С. 161-163

Хлопонин А.Г. [Государственная политика в сфере контроля за оборотом спиртосодержащей продукции]: [интервью телеканалу «Россия 24», 22 декабря 2016 г.] / А.Г. Хлопонин; беседовала М. Бондарева // Официальный сайт Правительства Российской Федерации. - <http://government.ru/> (дата обращения: 24.01.2017).

Хлопонин А.Г. Теневой оборот водки растет и процветает / А.Г. Хлопонин // Парламентский журнал Народный депутат. - 2016. - № 2. - С. 18-22

Шпынова Е.В. Недобровольные формы оказания помощи осужденным лицам, страдающим алкоголизмом или наркоманией / Е.В. Шпынова // Наука и образование: хозяйство и экономика; предпринимательство; право и управление. - 2016. - № 1 (68). - С. 113-117

Шаповал Г.А. Влияние алкоголя на организм и на жизнь человека / Г.А. Шаповал, Е.С. Черданцева // Научно-исследовательские публикации. - 2016. - № 1 (33). - С. 62-65

Шевцова И.А. Статистика заболевания алкогольной зависимостью и алкогольными психозами в Российской Федерации // И.А. Шевцова, С.А. Стрекалова // Проблемы науки. - 2016. - № 11 (12). - С. 57-58

Шельгин К.В. Травматическая смертность и потребление алкоголя в Мурманской области / К.В. Шельгин, Л.И. Ложкина // Социальные аспекты здоровья населения. - 2016. - Т. 47. - № 1. - С. 4

Эмиров Э. Последствия влияния алкоголизма на семейное воспитание / Э. Эмиров // Журнал гуманитарных наук. - 2016. - № 4 (16). - С. 92-97