

Министерство здравоохранения Республики Беларусь  
Государственное учреждение  
«Республиканский научно-практический центр психического здоровья»

**Республиканский центр  
наркологического мониторинга и превентологии**

**МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ И СОЦИАЛЬНО-  
ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ  
УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ  
В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ**

аналитический доклад за 2012 год

## СОДЕРЖАНИЕ

<b>Введение</b>	<b>4</b>
1. Состояние правового регулирования оборота алкогольных напитков и профилактики алкоголизма в Республике Беларусь	7
2. Принципы организации и проведения мониторинга алкогольной ситуации в Республике Беларусь	14
3. Показатели потребления алкоголя в Республике Беларусь	20
3.1. Производство и продажа алкоголя	20
3.2. Структура продаж алкоголя	23
3.3. Оценка уровня потребления незарегистрированного алкоголя	25
3.4. Распространенность алкогольных проблем среди населения	29
3.5. Модели и контекст употребления алкоголя молодежью в Республике Беларусь	34
4. Основные показатели деятельности наркологической службы в 2012 году	44
5. Медицинские последствия употребления алкоголя	48
5.1. Заболеваемость алкоголизмом и другие алкоголь-специфичные состояния	48
5.2. Смертность от причин, связанных с алкоголем	57
5.3. Соматические заболевания, обусловленные алкоголем	60
5.4. Психическая патология, обусловленная алкоголем	90
6. Социальные последствия употребления алкоголя в стране	98
6.1. Инвалидность	98
6.2. Дорожно-транспортные происшествия, совершенные лицами, находящимися в состоянии алкогольного опьянения	106
6.3. Травмы и смерти, связанные с огнем	108
6.4. Производственный травматизм	108
6.5. Правонарушения	109
6.6. Неблагополучные семьи	113
6.7. Дети-сироты	114
7. Экономические последствия употребления алкоголя в стране	118
7.1. Прямые затраты	118
7.1.1. Затраты на содержание систем профилактики, диагностики, лечения, реабилитации пациентов страдающих алкоголизмом и употребляющих алкоголь с вредными последствиями	118
7.1.2. Затраты на содержание систем профилактики, диагностики, лечения, реабилитации пациентов с	

металкогольными заболеваниями и созависимых	119
7.1.3. Затраты, связанные с имущественным и социальным ущербом, вследствие пьянства и алкоголизма	120
7.2. Косвенные затраты	121
7.2.1. Экономические потери в связи с преждевременной смертностью и нетрудоспособностью вследствие алкоголизма	121
7.2.2. Экономические потери в связи с преждевременной смертностью и нетрудоспособностью вследствие металкогольных заболеваний	121
7. Стратегические направления развития антиалкогольной политики, демпфирования негативных последствий от употребления алкоголя	122
Заключение	132
Глоссарий	136
Литература	144

## 1. ВВЕДЕНИЕ

Одной из наиболее негативных тенденций последнего времени является высокий уровень распространенности потребления алкоголя. В мировом масштабе алкоголь – одна из наиболее приоритетных проблем в области общественного здравоохранения. Это утверждение подкрепляется многочисленными, разнообразными и убедительными фактическими данными. Алкоголь является третьей ведущей причиной болезней и преждевременной смерти во всем мире после низкой массы тела при рождении и небезопасного секса (для которого употребление алкоголя является одним из факторов риска), опережая в этом отношении табак. Внешние негативные последствия и материальный ущерб от вредного употребления алкоголя значительно существеннее, чем от курения (включая вторичное воздействие табачного дыма), и намного превышают негативные последствия и издержки, связанные с употреблением запрещенных наркотиков. В большинстве стран мира зависимость от алкоголя встречается в настоящее время значительно чаще других наркологических заболеваний.

Алкоголь способствует возникновению как неинфекционных, так и инфекционных болезней. В Европейском регионе 40% нездоровья и преждевременной смертности обусловлены тремя предотвратимыми факторами риска – курением, алкоголем и дорожно-транспортными происшествиями (которые в свою очередь часто вызваны употреблением алкоголя). Реальный абсолютный риск смерти от обусловленного алкоголем заболевания возрастает прямо пропорционально количеству алкоголя, выпитому в течение жизни. Для многих видов патологии, включая связанные с алкоголем онкологические заболевания, риск повышается даже при низких уровнях его потребления. Для людей молодого возраста риск ишемических расстройств возрастает при употреблении алкоголя в любой дозе. Хорошо известно, что многие проблемы, связанные с алкоголем, подвергают опасности или наносят вред не только лицам, употребляющим алкоголь, но также тем, кто их окружает, включая членов семьи, друзей и коллег по работе, жертв дорожно-транспортных происшествий, случившихся по вине нетрезвых водителей, а также все общество в целом. Алкоголь наносит вред другим людям либо в виде насилия на улице или бытового насилия в семье, либо в виде отвлечения государственных ресурсов на оказание медицинской помощи, борьбу с преступностью и нарушениями общественного порядка.

Алкоголь приводит к снижению индивидуального капитала здоровья на протяжении всей жизни, от внутриутробного периода до преклонного возраста. По абсолютным показателям от алкоголя умирают главным образом лица среднего возраста (и особенно мужчины). Однако употребление алкоголя во время беременности может причинить ущерб развитию головного мозга плода и коррелирует с нарушениями когнитивных функций, которые проявляются в старшем детском возрасте. Особенно восприимчив к действию алкоголя мозг подростка, и поэтому чем дольше

откладывается начало потребления алкоголя, тем менее вероятно появление проблем и развитие алкогольной зависимости во взрослой жизни. Доказано, что раннее приобщение к алкоголю увеличивает в 5–6 раз риск развития алкоголизма и насильственной смерти в будущем.

Алкоголь является токсическим веществом, поражающим различные структуры и процессы в центральной нервной системе, что, при взаимодействии с личностными особенностями, ассоциированным поведением и социокультурными ожиданиями, является причинным фактором преднамеренных и непреднамеренных травм, нанесения вреда другим людям и смертельных исходов в результате управления транспортным средством в состоянии алкогольного опьянения. Обусловленное алкоголем снижение производительности труда подрывает эффективность экономики. Вредное употребление алкоголя и эпизоды пьянства на рабочих местах повышают риск возникновения таких проблем, как прогулы, низкая производительность труда и недопустимое поведение, а также могут повышать риск развития нарушений здоровья, связанных с употреблением алкоголя, и алкогольной зависимости. Особое значение имеет определение социально-экономического ущерба в связи с преждевременной смертностью населения. Преждевременная смертность приносит обществу огромный социальный ущерб в виде невосполнимых демографических потерь, а также экономические потери в виде недоданного валового внутреннего продукта.

Эти отрицательные последствия в отношении не только самого пьющего человека, но и других людей, служат дополнительным очень сильным аргументом в пользу активизации согласованных действий, направленных на снижение вреда, связанного с алкоголем. Для профилактики связанных с алкоголем проблем важно иметь ясное представление об их масштабе. Важную роль играет оценка душевного потребления алкоголя в стране, которая позволяет достаточно надежно определить приблизительный процент злоупотребляющих алкоголем среди населения, а также оценить распространенность связанных с алкоголем проблем, которые являются результатом хронического пьянства, например алкогольного цирроза печени или ДТП, самоубийства. Оценка уровней и моделей употребления алкоголя позволяет предоставить много видов информации, недоступных из данных о продаже. Она показывает, кто употреблял алкоголь, появляется возможность сравнения потребления среди различных интересующих субпопуляций, определить объемы потребления, можно проследить связь моделей потребления с последствиями на индивидуальном уровне. Когда определено число обусловленных алкоголем смертей, можно определить количество утраченного времени жизни для людей, которые преждевременно умерли от заболеваний, связанных с алкоголем. Важно определить индикаторы проблем, преимущественно связанных с длительным употреблением алкоголя. Современный уровень развития эпидемиологии в наркологии позволяет составить полную картину влияния алкоголя в целом, начиная с моделей долгосрочного потребления и

заканчивая перечнем свойственных человеку болезней и социальных проблем.

В Республике Беларусь до нынешнего времени работа по определению суммарного ущерба от злоупотребления алкоголем и изучению вопроса распространения употребления алкогольных напитков в различных регионах республики и среди различных возрастных групп проводилась нерегулярно. Поэтому назрела необходимость осуществления постоянного мониторинга всех составляющих проблем, связанных с потреблением алкоголя. Это позволит оперативно анализировать информацию, связанную с потреблением алкоголя, создать условия для постоянного изменения подходов к проведению профилактики злоупотребления алкоголем, выбирать наиболее эффективные методы профилактики злоупотребления алкоголем, обеспечить возможное прогнозирование ситуации, связанной с распространением употребления алкогольных напитков и тем самым снизить смертность от заболеваний, связанных с потреблением алкоголя.

Вышеуказанные негативные тенденции, связанные с распространением алкоголизма определяют необходимость выработки государством мер, направленных на снижение вредных последствий, связанных со злоупотреблением алкоголем. Стратегия разработки этих мер может основываться только на достоверной оценке ситуации в стране и прогнозе ее развития. Для достижения этой цели важно наличие хорошо налаженной системы мониторинга алкогольной ситуации, которая позволит выявить глубинные причины изучаемого явления. Между тем исследований, объединяющих в себе эпидемиологические аспекты проблемы злоупотребления алкоголем, анализ причин, способствующих распространению этого тяжелого социального явления и изучение ущерба, наносимого обществу алкоголизмом, в Республике Беларусь проводится недостаточно.

# 1. СОСТОЯНИЕ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ОБОРОТА АЛКОГОЛЬНЫХ НАПИТКОВ И ПРОФИЛАКТИКИ АЛКОГОЛИЗМА В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

В настоящее время основным нормативно-правовым документом в области регулирования производства и оборота алкоголя является Закон Республики Беларусь от 27 августа 2008 г. «О государственном регулировании производства и оборота алкогольной, непивной спиртосодержащей продукции и непивного этилового спирта». Закон применяется к отношениям в области производства и оборота алкогольной, непивной спиртосодержащей продукции и непивного этилового спирта, а также к иным отношениям, непосредственно связанным с такой деятельностью, за исключением:

- производства и оборота пива с объемной долей этилового спирта 7 и более процентов (за исключением некоторых положений закона);
- изготовления в домашних условиях физическими лицами вин, настоек и ликеров, предназначенных для собственного потребления;
- производства и оборота лекарственных и ветеринарных средств (за исключением антисептических лекарственных и ветеринарных средств), изделий медицинского назначения.

В рассматриваемом законе даны определения терминам «алкогольная продукция» и «алкогольные напитки». Под **алкогольной продукцией** понимается коньячный, плодовой и этиловый спирт, получаемый из пищевого сырья, алкогольные напитки и составные спиртовые полуфабрикаты для их производства (виноматериалы, сброженно-спиртованные и спиртованные соки, настои, морсы и водно-спиртовые экстракты, концентрированные пищевые основы, ароматизаторы пищевые), иные полуфабрикаты с объемной долей этилового спирта 7 и более процентов. **Алкогольные напитки** - водка, ликеро-водочные изделия, вино, коньяк, бренди, кальвадос, шампанское и другие напитки с объемной долей этилового спирта 7 и более процентов.

Предыдущий аналогичный документ – Закон Республики Беларусь «О государственном регулировании производства и оборота алкогольной продукции» был принят 20 июля 1998 года и утратил свою силу в связи с принятием нового закона в 2008 году. Документ определял порядок лицензирования деятельности по производству, оптовой и розничной торговле, импорту и экспорту алкоголя, предусматривал установление квот на производство, экспорт и импорт алкогольной продукции, а также государственное регулирование цен на алкоголь. Кроме того, закон устанавливал порядок декларирования объемов произведенной, экспортной и импортной алкогольной продукции.

Действующий в настоящее время закон регламентирует:

- право на осуществление деятельности, связанной с производством и оборотом алкогольной, непищевой спиртосодержащей продукции и непищевого этилового спирта, лицензирование этой деятельности;
- ограничения в области производства и оборота алкогольной, непищевой спиртосодержащей продукции и непищевого этилового спирта;
- требования, предъявляемые к оборудованию для производства алкогольной, непищевой спиртосодержащей продукции и непищевого этилового спирта, приборам их учета и средствам контроля этих приборов;
- требования к качеству и безопасности алкогольной, непищевой спиртосодержащей продукции и непищевого этилового спирта, а также к информации, содержащейся на потребительской таре (упаковке) алкогольных напитков;
- маркировку алкогольных напитков;
- требования к ввозу (вывозу) и перемещению по территории Республики Беларусь алкогольной, непищевой спиртосодержащей продукции и непищевого этилового спирта;
- требования к оптовой торговле алкогольной, непищевой спиртосодержащей продукцией и непищевым этиловым спиртом;
- порядок отпуска и получения этилового спирта, получаемого из пищевого сырья, этилового ректифицированного технического спирта и этилового денатурированного спирта, получаемого из пищевого или непищевого сырья;
- порядок производства, учета оригинальных алкогольных напитков и торговли ими;
- декларирование объемов производства и оборота алкогольной, непищевой спиртосодержащей продукции и непищевого этилового спирта;
- государственный контроль за соблюдением законодательства Республики Беларусь в области производства и оборота алкогольной, непищевой спиртосодержащей продукции и непищевого этилового спирта и ответственность за его нарушение.

Также в настоящее время действует Декрет Президента Республики Беларусь от 9 сентября 2005 г. № 11 «О совершенствовании государственного регулирования производства и оборота алкогольной, непищевой спиртосодержащей продукции и непищевого этилового спирта», которым предусмотрена административная ответственность за нарушения в области производства и оборота алкогольной, непищевой спиртосодержащей продукции и непищевого этилового спирта.

В республике с 2011 года действует и постоянно уточняется в целях повышения ее эффективности и актуальности третья Государственная программа национальных действий по предупреждению и преодолению пьянства и алкоголизма на 2011 - 2015 годы (далее – Государственная программа). Кроме того, в 2012 году Минздравом разработаны, согласованы с заинтересованными ведомствами:

- «Комплекс мер по предупреждению употребления учащейся и студенческой молодежью табачных изделий, алкогольных напитков,

наркотических, токсических и психотропных веществ и оказанию нуждающимся несовершеннолетним необходимой специализированной медицинской и иной помощи на 2012 – 2013 гг.»;

- «Комплекс мер, направленных на снижение алкоголизации населения, употребления наркотических средств и уменьшение уровня смертности, вызванной управляемыми причинами».

Также в 2012 году принят ряд постановлений Совета Министров Республики Беларусь по вопросам оборота алкогольной продукции и профилактике алкоголизма:

- «О внесении изменений и дополнений в постановление Совета Министров Республики Беларусь от 11 января 2011 г. № 27» от 11 января 2013 г. № 24, которым предписано развитие научной инфраструктуры для оценки неблагоприятных последствий, связанных с пьянством и алкоголизмом;

- «О некоторых вопросах совершенствования производства и оборота алкогольной продукции и внесении дополнений в постановление Совета Министров Республики Беларусь от 3 ноября 2005 г. № 1224» от 27 ноября 2012 г. № 1081, которым установлена нулевая квота на производство вин плодовых крепленых ординарных в 2013 году для реализации на внутреннем рынке Республики Беларусь;

- «О внесении изменений и дополнения в постановление Совета Министров Республики Беларусь от 3 ноября 2005 г. № 1224 и об утверждении квот на производство в 2013 году алкогольной продукции, непищевого этилового спирта, дезинфицирующих средств, антисептических лекарственных и ветеринарных средств, относящихся к непищевой спиртосодержащей продукции» от 28 декабря 2012 г. № 1232;

- «О внесении изменений в постановление Совета Министров Республики Беларусь от 26 декабря 2003 г. № 1691» от 30 июня 2012 г. № 603 (по вопросу Межведомственного совета по проблемам профилактики пьянства и алкоголизма при Совете Министров Республики Беларусь).

Ежегодно в Республике Беларусь повышаются ставки акцизов на алкогольную продукцию: в 2011 г. ставка акцизов составляла 30000 рублей на 1 литр безводного (стопроцентного) этилового спирта, содержащегося в готовой продукции, в 2013 г. – 104500 рублей. Акцизная политика в республике развивается в соответствии с принятыми совместными обязательствами государств-членов Таможенного союза и Единого экономического пространства. В соответствии с проектом Соглашения о единых принципах акцизной политики в Российской Федерации, Республике Беларусь и Республике Казахстан ведется работа по гармонизации ставок акцизов на табачные изделия и алкоголь. Так, к 2020 году ставки акцизов на крепкие алкогольные напитки планируются на уровне 22,1 Евро за 1 литр безводного этилового спирта, на табачные изделия – 45,5 Евро за 1000 штук.

В стране законодательно установлены жесткие ограничения на рекламу пива, алкогольных напитков и табачных изделий. Реклама алкогольных напитков в соответствии с Законом Республики Беларусь от 10 мая 2007 г. «О

рекламе» на радио и телевидении полностью запрещена, реклама пива разрешена с 20.00 до 7.00. Запрещено использование образов людей, высказываний, внушающих, что потребление пива содействует достижению успеха либо улучшает физическое или психическое состояние человека. Кроме того, 3 января 2013 г. принят Закон Республики Беларусь «О внесении изменений и дополнений в некоторые Законы Республики Беларусь по вопросам рекламы», которым предусмотрено сокращение на 2 часа времени размещения (распространения) рекламы пива и слабоалкогольных напитков на радио и телевидении. Также названным Законом предусматривается, что реклама пива и слабоалкогольных напитков должна содержать предупредительную надпись о вреде их чрезмерного употребления площадью не менее десяти процентов от площади рекламы.

В соответствии с Соглашением о единых принципах и правилах технического регулирования в государствах Таможенного союза от 18.11.2010, в стране прошел стадию внутригосударственного согласования проект Технического регламента Таможенного союза «О безопасности алкогольной продукции». В нем определены единые обязательные требования к производству, хранению, реализации, транспортировке, упаковке, маркировке и безопасности алкогольной продукции, а также правила ее единой идентификации, в частности, предусмотрено отнесение пива к алкогольной продукции, что значительно ужесточает требования к его производству, реализации и рекламе. Указанный документ должен вступить в силу на территории Таможенного союза с 1 января 2014 года, после чего на национальном законодательном уровне должны быть рассмотрены и урегулированы вопросы запрета рекламы пива (которое уже будет классифицироваться как алкогольная продукция), его реализации в мелкорозничных торговых объектах, а также ограничения продажи алкогольной продукции по времени суток и другие меры по снижению масштабов злоупотребления алкоголем и профилактике алкоголизма среди населения.

С 2013 года полностью прекращен выпуск ординарных плодовых крепленых вин для реализации на внутреннем рынке республики (постановление Совета Министров Республики Беларусь от 28 декабря 2012 г. № 1232). Для организаций концерна «Белгоспищепром» на 2013 год установлена только квота на производство плодовых вин для поставки на экспорт в объеме 15 тыс. дал.

Постановлением Совета Министров от 31 октября 2012 г. №987 утверждено Положение о порядке согласования режима работы торговых объектов, торговых объектов общественного питания, объектов бытового обслуживания населения, рынков и торговых центров, согласно которому с органами внутренних дел необходимо согласовывать режим работы торговых объектов, реализующих алкогольные, а в ночное время также слабоалкогольные напитки и пиво.

Запреты и ограничения в сфере оборота алкогольных напитков установлены Законом Республики Беларусь от 27 августа 2008 г. «О

государственном регулировании производства и оборота алкогольной, непивной спиртсодержащей продукции и непивного этилового спирта». В 2012 г. в Национальное собрание Республики Беларусь направлен на рассмотрение законопроект, предусматривающий внесение изменений и дополнений в указанный Закон, направленных на ограничение доступности алкогольных напитков. Нормами законопроекта предусматриваются следующие меры:

- запрет розничной торговли алкогольными напитками в торговых объектах, представляющих собой часть неизолированной торговой площади магазина;
- исключение права розничной торговли алкогольными напитками в розлив в магазинах;
- запрет розничной торговли алкогольными напитками по образцам вне торгового объекта (по почте, каталогам, с использованием средств массовой информации);
- запрет оказания услуг по доставке алкогольных напитков физическим лицам.

Кроме того, данным законопроектом закрепляется право местных исполнительных и распорядительных органов принимать решения об ограничении времени продажи алкогольных напитков в дни проведения выпускных вечеров в учреждениях образования, а также мероприятий, направленных на пропаганду здорового образа жизни, профилактику пьянства и алкоголизма, борьбу с ним. В ходе подготовки законопроекта рассматривался вопрос об ограничении времени продажи алкогольных напитков в ночное время, а также лицам моложе 21 года. Данные нормы не включены в проект Закона по следующим основаниям:

- в Республике Беларусь в результате регулирования исполкомами режима работы магазинов практически отсутствуют ночные магазины (доля ночных магазинов менее 2% от их количества);
- в соответствии со статьей 20 Гражданского кодекса Республики Беларусь гражданская дееспособность возникает в полном объеме с наступления совершеннолетия, то есть по достижении восемнадцатилетнего возраста.

Таким образом, обзор законодательных актов антиалкогольной направленности, принятых в течение последних лет, подтверждает тот факт, что в Беларуси существует комплексная алкогольная политика. Однако само по себе существование этой политики еще не говорит о ее эффективности. Главным критерием эффективности алкогольной политики называют успешность государственного контроля за алкогольным рынком.

Политика в отношении алкоголя требует решения сложных задач не только на региональном, национальном и местном уровнях, но также в значительной степени на уровне личных и межличностных взаимоотношений. Масштабы вреда, связанного с алкоголем, настолько велики, что, несмотря на всю сложность стоящих задач, требуют принятия эффективных мер в области политики. По мнению Европейского

национального бюро ВОЗ, страны, которые активизируют свою антиалкогольную деятельность, в конечном итоге добьются значительных выгод в виде улучшения здоровья и благополучия населения, повышения уровня занятости и производительности труда, большей экономии ресурсов в секторе здравоохранения и социального обеспечения, большего равенства в отношении здоровья и экономического положения и более высокого уровня социальной сплоченности и вовлечения всех социальных групп в жизнь общества. Единая политика государства в сфере производства, оборота и потребления алкоголя (государственная алкогольная политика) должна быть направлена в первую очередь на защиту национальных интересов, жизни и здоровья граждан, обеспечение социальной стабильности, а не на защиту и продвижение частных интересов бизнеса.

Мировая практика повсеместно базируется на приоритетной роли органов государственной власти в сфере здравоохранения и социальной защиты населения в выработке государственной алкогольной политики.

К настоящему моменту накоплен значительный опыт, позволивший определить, какие меры государственной алкогольной политики способны эффективно снижать тяжелейшее бремя алкогольного ущерба и адекватно использовать экономический потенциал алкогольного рынка в национальных интересах. Очевидно, что пропагандистские меры в одиночку не способны решить проблему злоупотребления алкоголем, также как и усилия, направленные на лечение алкогольной зависимости.

Наиболее эффективными для предотвращения ущерба показали себя меры, направленные на ограничение доступности алкоголя для населения, в особенности крепких напитков, – доступности экономической, пространственной, во времени и по возрасту. Эти меры зарекомендовали себя повсюду в мире, однако оказались особенно эффективными в североевропейском регионе.

Отмечается неуклонное совершенствование программных мероприятий направленных на снижение уровня алкоголизации населения и негативных последствий употребления алкоголя. Существует устойчивая тенденция к повышению возрастного порога в сфере алкогольной торговли и к понижению показателей максимально допустимого уровня алкоголя в крови для управляющих автотранспортом.

Палата представителей Национального собрания Республики Беларусь 19 июня 2013 г. приняла сразу в двух чтениях проект закона «О внесении изменений и дополнений в некоторые кодексы Республики Беларусь по вопросам усиления мер ответственности за управление транспортным средством в состоянии опьянения». Эти поправки предполагают изменения ст.61 УК, которые позволят применять специальную конфискацию транспортного средства, в том числе не принадлежащего самому пьяному водителю, в случаях, когда возбуждено дело по ст.317-1 «Управление транспортным средством лицом, находящимся в состоянии опьянения, передача управления транспортным средством такому лицу либо отказ от прохождения проверки (освидетельствования) УК Беларуси. Конфискация не

будет касаться случаев, когда автомобилем завладели в результате угона, самоуправства и т.д. При этом имеется в виду только конфискация в рамках уголовного законодательства, то есть речь идет о повторном случае управления транспортом в течение года.

В Кодексе об административных правонарушениях будут существенно увеличены суммы штрафов: с 15-35 базовых величин до 50-100.

Вносятся дополнения и в ст.317 «Нарушение правил дорожного движения или эксплуатации транспортных средств» УК. В новом варианте в статью вводятся две части, касающиеся нетрезвых водителей. Согласно части 4 пьяный водитель, по вине которого причинено тяжкое телесное повреждение или погиб человек, может получить от 6 месяцев до 7 лет лишения свободы. Часть 5 за гибель двух и более человек в ДТП по вине нетрезвого водителя будет предусматривать от 4 до 10 лет лишения свободы. При этом никаких альтернативных вариантов наказаний за такие преступления в кодекс не вводится.

## 2. ПРИНЦИПЫ ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЯ МОНИТОРИНГА АЛКОГОЛЬНОЙ СИТУАЦИИ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Мониторинг – это система сбора данных о сложном явлении, процессе, которые описываются с помощью определенных ключевых показателей в целях диагностики состояния объекта исследования и оценки его в динамике. Мониторинг направлен на получение и использование объективных и независимых данных об объекте исследования, факторах на него влияющих, и составлении прогноза изменения ситуации в будущем.

В настоящем отчете в качестве объекта исследования рассматривается население Республики Беларусь, ранжированное по гендерному, возрастному, социальному, профессиональному, территориальному составу. В качестве непосредственных учетных признаков рассматриваются: уровень потребления алкоголя в Республике Беларусь, а также индикаторы, характеризующие медицинский, социальный и экономический ущерб от злоупотребления алкоголем. Выбор индикаторов был обусловлен степенью их важности, а также степенью их доступности.

Соответственно в предложенной схеме мониторинга выделены следующие блоки:

1. Мониторинг потребления алкоголя, включающий:

1.1. мониторинг потребления алкоголя на основании данных о произведенном алкоголе;

1.2. мониторинг потребления незарегистрированного алкоголя;

1.3. изучение уровня и моделей потребления алкоголя.

2. Мониторинг медицинских последствий потребления алкоголя.

3. Мониторинг социальных последствий потребления алкоголя.

4. Мониторинг экономических последствий потребления алкоголя.

Оценка **моделей потребления алкоголя** важна, в первую очередь, для правильного построения профилактических программ. Исследования, проводившиеся в основном в развитых странах, обнаружили, что при отсутствии данных популяционных исследований подушевое потребление алкоголя позволяет достаточно надежно определить приблизительный процент лиц, злоупотребляющих алкоголем (Edwardsetal., 1994). При оценке подушевого потребления алкоголя учитываются основные виды алкогольных напитков, распространенных в Республике Беларусь – водка, ликеро-водочные изделия, вино, коньяк, бренди, шампанское. Данные о потреблении на душу населения имеют ценность в сочетании с данными о реальном вреде с целью идентификации напитков высокого риска, в отношении которых требуется особое внимание со стороны лиц, формирующих политику.

Оценка **потребления алкоголя на основании официальных статистических данных** проводится на основании сведений о продаже, производстве алкоголя, а при доступности сведений – и информации о

налогообложении. При подробной оценке этих данных можно получить информацию о региональных различиях, объемах употребления в местах продажи и вне мест продажи, а также по разным типам напитков.

Однако установить реальный уровень потребления алкоголя достаточно сложно, поскольку он включает потребление зарегистрированного алкоголя, рассчитываемое на основе уровня продажи, а также потребление незарегистрированного алкоголя. Резкий рост нелегального производства алкоголя явился причиной провала многочисленных антиалкогольных кампаний, которые проводились в разные периоды в разных странах мира.

**Потребление незарегистрированного алкоголя** в значительной степени приводит к снижению доходов государства от торговли алкоголем, способствует укреплению организованной преступности, а также наносит значительный ущерб здоровью населения, поскольку алкоголь нелегального происхождения, как правило, низкого качества. Доля незарегистрированного алкоголя в структуре общего потребления варьирует в разных странах, а также в разные периоды в одной и той же стране. Это может быть следствием изменения государственной алкогольной политики (мероприятия, направленные на снижение доступности алкоголя, либо изменения паттерна потребления алкоголя). Несмотря на то, что в большинстве стран уровень зарегистрированного потребления алкоголя тесно коррелирует с уровнем связанных с алкоголем проблем и поэтому с достаточной степенью надежности характеризует алкогольную ситуацию, потребление незарегистрированного алкоголя может существенно влиять на уровень связанной с алкоголем смертности. Так, в 90-х гг. прошлого века в Англии уровень незарегистрированного потребления алкоголя вырос на 50%, в то время как зарегистрированного только на 6%. Уровень связанной с алкоголем смертности в этот период вырос на 67%.

Между уровнем зарегистрированного и незарегистрированного потребления алкоголя может существовать как положительная, так и отрицательная взаимосвязь. Негативная корреляция будет иметь место в случае заместительного эффекта, когда в результате ограничения доступности алкоголя из легальных источников растет его нелегальное производство. В этом случае снижение уровня зарегистрированного потребления алкоголя будет компенсироваться повышением уровня незарегистрированного потребления.

Источники незарегистрированного алкоголя в разных странах могут различаться. Их можно условно разделить на несколько групп:

- 1) нелегально произведенный в кустарных условиях алкоголь с целью сбыта;
- 2) алкогольные напитки, произведенные в домашних условиях для собственных нужд;
- 3) алкоголь, импортированный в страну частным образом. Так, путешествуя по другим странам, люди часто привозят алкоголь, который обычно покупают в магазинах беспошлинной торговли;

4) контрабандный алкоголь, который может поступать как крупными партиями в рамках организованной криминальной деятельности, так и мелкими партиями, которые перевозят «челноки»;

5) спиртосодержащие технические жидкости или суррогаты, которые употребляют в странах, где алкоголь стоит дорого либо малодоступен по другим причинам.

Данные о потреблении алкоголя не могут выявить различные **модели употребления алкоголя**. Знание этих моделей также важно для оценки алкогольной ситуации. Например, при эпизодическом употреблении алкоголя в больших количествах повышается риск острых проблем в результате опьянения. Имеются данные, что разовое употребление алкоголя в больших количествах увеличивает и риск отдаленных медицинских проблем в большей степени, чем равномерное употребление такого же количества алкоголя (Rehmetal, 1996). Популяционные исследования дают ценную информацию об индивидуальных разновидностях употребления, временных моделях, условиях, в которых оно происходит, а также о социально-демографических особенностях употребляющих алкоголь.

Среди многих инструментов, описанных в «Международном руководстве по мониторингу употребления алкоголя и связанного с ним вреда» (2000), которые можно использовать для мониторинга употребления алкоголя и алкогольных проблем, национальные исследования населения отмечены как обладающие уникальными преимуществами, среди которых основное – предоставление различных видов информации, недоступной из данных о продажах. Прежде всего, они показывают, кто именно употребляет алкоголь. Кроме того, становится возможным сравнение потребления среди интересующих нас субпопуляций. В последующем эта информация необходима для планирования стратегий профилактики и интервенций, нацеленных на снижение связанного с алкоголем вреда. Еще одно преимущество данных исследований состоит в том, что они способны отражать модели употребления алкоголя. Данные о моделях употребления нужны для оценки употребления с «высоким риском».

Предметом исследований в процессе их проведения должны быть:

- жизненный статус употребляющего алкоголь («пьющий» в настоящее время, «пивший» в прошлом, «не пивший» в течение жизни);
- объем употребляемого алкоголя (в пересчете на этанол; общий, среднесуточный, средний за день употребления и т.д.);
- частота и объем употребления с «высоким риском»;
- контекст употребления алкоголя.

**Мониторинг медицинских последствий потребления алкоголя.**

Алкоголь является активным химическим агентом и ксенобиотиком по отношению к человеческому организму, воздействуя на его психическое и физическое состояние. Вследствие этого, при употреблении алкоголя (даже однократном, не говоря уже постоянном или регулярном его потреблении) возможно возникновение серьезных проблем со здоровьем (вплоть до смертельного исхода).

Условно все проблемы со здоровьем, в связи с употреблением алкоголя можно разделить на 3 группы: 1) проблемы, возникающие вследствие острой алкогольной интоксикации; 2) проблемы, возникающие вследствие хронического токсического воздействия алкоголя на органы и системы; 3) проблемы, возникающие вследствие формирования зависимости от алкоголя как от психоактивного вещества.

По всем источникам, описывающим национальные исследования в европейских государствах и государствах СНГ «острые» проблемы, связанные с употреблением алкоголя напрямую связаны с местными характеристиками потребления алкоголя.

Отслеживание указанных проблем необходимо: *во-первых*, для предоставления данных при планировании и оценке работы служб здравоохранения; *во-вторых*, для выявления в профилактических целях факторов, лежащих в основе развития заболеваний; *в-третьих*, для наблюдения за естественной динамикой заболеваний, ассоциированных с употреблением алкогольных напитков; *в-четвертых*, для оценки методов, используемых в лечебных, профилактических и реабилитационных целях.

**Под социальными проблемами** понимаются проблемы, возникающие в обществе и межличностных отношениях по тем или иным причинам. По мнению Комитета экспертов ВОЗ, термины «вред, связанный с алкоголем» и «проблемы, связанные с употреблением алкоголя» - эквивалентны. Таким образом, социальные проблемы, связанные с употреблением алкоголя эквивалентны понятию социальный вред (на коллективном и индивидуальном уровне). При этом необходимо учитывать отдаленный и непосредственный вред, связанный с алкоголем.

Ущерб, наносимый злоупотреблением алкоголем здоровью, одновременно перерастает в социальный вред, поскольку пьющий живет и работает среди людей. Социальный ущерб от злоупотребления алкогольными напитками и алкоголизма огромен: распадаются семьи, растет преступность, сокращается продолжительность жизни, снижается интеллектуальный уровень общества.

Злоупотребление алкоголем – основная причина стремительного накопления демографических и социальных проблем, общенациональная угроза на уровне личности, семьи, общества, государства и, таким образом, угроза национальной безопасности. Злоупотреблению алкоголем принадлежит ведущая роль в социальной деградации общества - в росте преступности, насилия, сиротства, ухудшении здоровья, нетрудоспособности, инвалидизации.

Измерение социального вреда от употребления алкоголя ещё недостаточно хорошо разработано, а наличие боли и страданий, связанных со многими формами социального вреда, означает, что эти виды вреда относятся к проблемам, охваченным определением здоровья, данным ВОЗ. Комитет экспертов ВОЗ по проблемам, связанным с потреблением алкоголя, определил измерение и мониторинг социального вреда от алкоголя в качестве области, заслуживающей пристального внимания.

Для решения задач мониторинга социального вреда, связанного с алкоголем, предлагается отслеживать следующие показатели как наиболее социально значимые:

**смертность**, наступившая от причин, связанных с алкоголем (до достижения возраста средней продолжительности жизни и отдельно до достижения пенсионного возраста);

**инвалидность**, наступившая от причин, связанных с алкоголем (до достижения пенсионного возраста), данные показатели позволят рассчитать DALYs (количество утраченных лет жизни, в связи со смертностью и инвалидностью);

**нетрудоспособность.**

Далее следуют показатели, характеризующие социально опасное (или потенциально опасное) поведение, связанное с алкоголем и угрожающие безопасности третьих лиц (ДТП, пожары, преступления). Все вышеперечисленные показатели необходимо также рассматривать отдельно по возрастным группам и полу.

Как наиболее выраженный показатель неблагополучия в семьях предлагается учитывать **число детей сирот**, вследствие лишения родительских прав их родителей.

Мониторинг социальных последствий алкоголизма необходим для того, чтобы получить сравнительную комплексную оценку состояния и динамики ситуации с употреблением алкоголя, выявить проблемы по различным факторам.

В основу **методики экономической оценки последствий** употребления алкоголя положен анализ стоимости болезни (CA – cost-of-illness analysis). Результатом его проведения является представление об экономическом масштабе социальной значимости наркологических заболеваний. Полученные в ходе анализа сведения чрезвычайно важны для определения политики здравоохранения, стратегического и текущего планирования развития наркологической службы с учетом обеспечения справедливого распределения ресурсов.

Экономическая оценка последствий того или иного заболевания строится на теории «человеческого капитала», разработанной G. Becker в 1964 г. и перенесенной в систему здравоохранения D.P. Rice в 1966 г. Особенность применения этой теории состоит в том, что оценка проводится на основе официальных статистических данных о конкретной болезни (заболеваемости, распространенности, смертности) и может быть представлена в денежном эквиваленте. Кроме того, эта теория отражает общественную перспективу – потери в производстве валового национального продукта (ВНП) или валового внутреннего продукта (ВВП) вследствие болезни. Однако предложенная методика расчетов не учитывает неосязаемые факторы, к которым в первую очередь следует отнести боль, страдание, изоляцию, стигматизацию и другие факторы, которые не могут быть измерены в денежном эквиваленте, и, следовательно, расчетная величина последствий будет заниженной по сравнению с реальным положением дел.

Исходя из вышеизложенного, при оценке экономических последствий от того или иного заболевания в первую очередь учитываются прямые расходы и косвенные потери, обусловленные данным заболеванием.

Прямые расходы отражают фактическое использование ресурсов, связанное с наличием конкретной патологии на определенной территории. Они определяются денежным выражением объемов медицинской, социальной, образовательной и прочей помощи, оказанной больным алкоголизмом за определенный отрезок времени.

Прямые расходы включают в себя:

- затраты на оказание медицинской помощи;
- выплаты по инвалидности и временной нетрудоспособности;
- расходы на лечение и содержание наркологических больных в лечебно-трудовых профилакториях;
- капитальные вложения на строительство, реконструкцию наркологических учреждений;
- научные исследования в области наркологии;
- прочие прямые расходы в области наркологии, включая индивидуальные расходы потребителей.

Косвенные потери связаны с убытками общества (подрывом функционирования) и отражают потери в создании валового внутреннего продукта вследствие наркологических заболеваний.

Косвенные потери включают в себя:

- потери вследствие временной нетрудоспособности;
- потери вследствие стойкой утраты трудоспособности (инвалидности);
- потери в результате преждевременной смертности населения от наркологических заболеваний;
- потери вследствие исключения наркологических больных (не инвалидов) трудоспособного возраста из производственного процесса или потери вследствие безработицы;
- прочие косвенные потери.

Таким образом, анализ стоимости болезни позволяет выявить прямые расходы, связанные с наркологическими заболеваниями и косвенные потери, обусловленные их наличием, т.е. произвести оценку экономических последствий наркологических заболеваний для общества.

Следуя рекомендациям ВОЗ для оценки ситуации, связанной с потреблением алкоголя в государстве необходимо создание системы постоянного отслеживания процессов производства, потребления алкоголя и связанных с его потреблением последствий. Эти данные позволят получить представление об указанных процессах: их масштабах и характеристиках, провести анализ для выявления, влияющих на них факторов. Конечной целью данной работы должна быть выработка предложений по формированию адекватных национальных и региональных программ, направленных на снижение уровня вреда, связанного с потреблением алкоголя.

### 3. ПОКАЗАТЕЛИ ПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

#### 3.1. Производство и продажа алкоголя

Производство алкогольных напитков на белорусском рынке за 2008-2012 гг. увеличилось на 7,4% с 772,4 млн л до 830 млн л. Следует отметить, что в 2012 г в стране произошло значительное снижение выпуска готовой продукции. Снижение связано с сокращением производства пива на 9,5%, которое занимает более 50% всего выпускаемого алкоголя в Беларуси. Определяющим фактором снижения производства в 2012 г. стал существенный рост цен, наблюдаемый в 2011 г, что связано с увеличением ставок акциза. На сегодняшний день Беларусь находится в числе лидеров по размеру пивного акциза в Европе. При этом покупательская способность населения страны ниже средневропейской.

Основной объём производства алкогольных напитков в Беларуси приходится на пиво, доля которого в 2012 г составила 51,5% (427 млн л). Второе место по выпуску готовой продукции в 2012 г пришлось на вина – 26,3% (218,1 млн л). Третье место занимает водка и ликёроводочные изделия с долей в 18,3% (151,8 млн л).

Официальная продажа алкоголя в период с 1980 по 2012 год выросла на 23,2% (с 10,2 до 12,57 л). Резкое снижение уровня данного показателя отмечалось в период антиалкогольной кампании 1985-1988 гг., после чего он рос практически на протяжении всего периода и с 2005 по 2012 год вырос на 35,2% (с 9,3 до 12,57 л). Возможно, что такой стремительный рост явился компенсаторной реакцией на резкое снижение в последние годы уровня незарегистрированного потребления алкоголя.

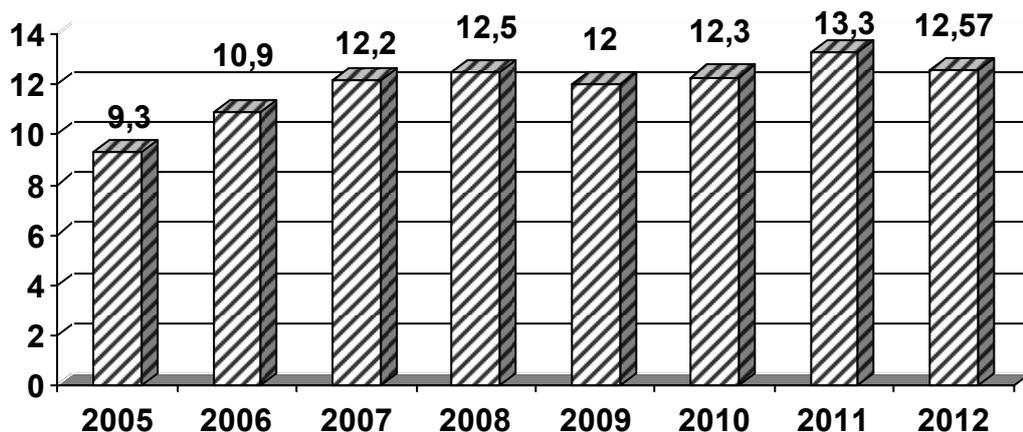


Рис. 3.1. Динамика продажи алкогольных напитков на душу населения, л.

Согласно данным Национального статистического комитета совокупный уровень продажи алкоголя в Беларуси в 2012 г. снизился по сравнению с 2011 годом на 6,5%, однако продолжает оставаться высоким - 12,57 литров абсолютного алкоголя на душу населения (в 2011 году – 13,3 литра, в 2010 году - 12,22 литра). Увеличилась продажа виноградных вин на 5,1%, шампанского на 5,0%, слабоалкогольных напитков на 4,3%. В то же время уменьшилась продажа водки на 0,7%, плодовых вин – на 23,8%, коньяка и бренди на 15,0%.

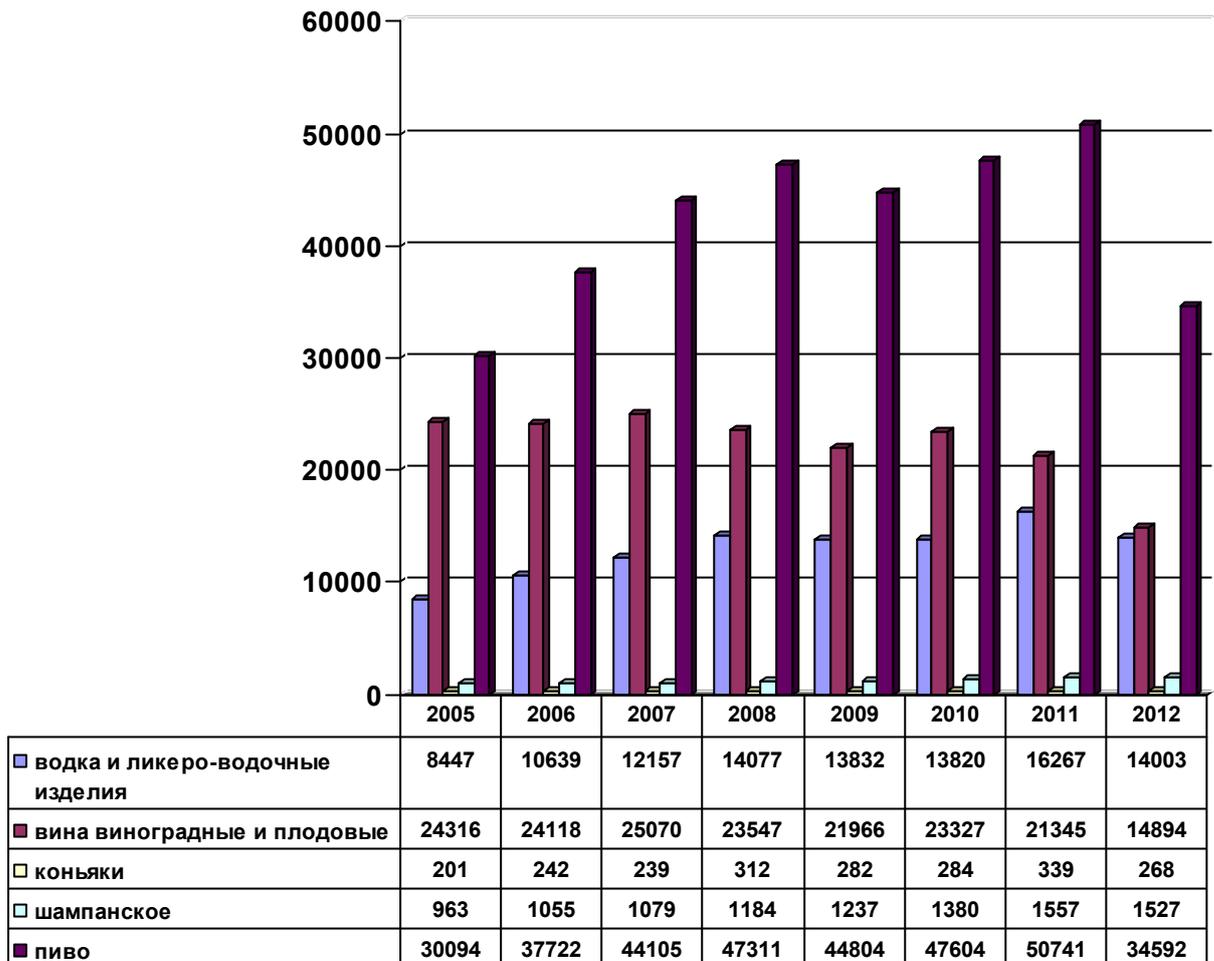


Рис. 3.2. Динамика продажи алкогольных напитков по видам (тыс. дал)

Уровень продаж алкогольных напитков несколько не совпадает с уровнем их производства, что вполне объяснимо, так как не весь произведенный алкоголь может быть реализован. Так, в 2012 г. реализовано торговыми организациями республики 92,2% произведенной водки, 96,7% коньяка.

Таблица 3.1

## Уровень производства алкогольных напитков в 2012 г.

	2012 г.	В том числе декабрь 2012 г.	2012 г. в % к 2011 г.	Декабрь 2012 г. в % к	
				декабрю 2011 г.	ноябрю 2012 г.
КОНЬЯК, тыс. дал	277	25	127,1	131,6	125,0
водка и питьевой спирт, тыс. дал	15 184	1 364	107,3	99,4	98,5
вина игристые, тыс. дал	1 657	163	106,8	90,6	103,2
вина виноградные натуральные, кроме игристых вин; вина виноградные специальные, тыс. дал	2 609	220	104,8	104,8	99,1
напитки ферментированные (плодовые вина, сидры, медовые напитки, смешанные напитки, содержащие алкоголь), тыс. дал	12 682	956	78,7	101,6	88,5
пиво, млн. дал	42,7	3,4	91,3	93,0	110,7

Таблица 3.2

Динамика производства алкогольных напитков  
*Production of alcoholic beverages and tobacco products*

	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Алкогольные напитки: <i>Alcoholic beverages:</i>								
в абсолютном алкоголе, млн. дал <i>in absolute spirit content, mln dal</i>	8,8	9,1	9,8	11,0	11,5	11,2	11,8	12,5
в натуральном выражении: <i>in physical terms:</i>								
водка и ликеро-водочные изделия, млн. дал <i>vodka and liquor and vodka beverages, mln dal</i>	10,8	8,7	10,7	12,6	14,4	14,7	15,2	17,4
виноградное вино, млн. дал <i>grape wine, mln dal</i>	0,7	1,6	1,2	2,0	2,6	2,1	2,5	2,7
плодовое вино, млн. дал <i>fruit wine, mln dal</i>	23,7	22,2	20,8	22,0	20,7	19,1	20,1	17,4
шампанское, тыс. дал <i>sparkling wine, thous. dal</i>	794	998	1 019	1 036	1 089	1 263	1 456	1 552
коньяк, тыс. дал <i>brandy, thous. dal</i>	68	43	37	104	177	225	214	222
пиво, млн. дал <i>beer, mln dal</i>	23,7	27,1	33,2	35,6	35,4	33,7	39,9	47,2
Табачные изделия, млрд. шт. <i>Tobacco products, billion pieces</i>	10,4	12,0	15,7	18,7	19,5	21,1	25,1	29,6

### 3.2. Структура продаж алкоголя

Уровень продажи водки снизился в середине 80-х гг. прошлого века, резко вырос в конце 1990-х гг., затем стал постепенно снижаться вплоть до 2004 г. после чего вновь резко вырос. Уровень продажи вина (виноградного и плодово-ягодного) резко снизился в середине 80-х (с 1984 по 1987 год этот показатель снизился в 3,7 раза (с 5,2 до 1,4 литра), начале 90-х гг. прошлого века, а затем резко вырос во второй половине 1990-х гг., начале нынешнего века. Очевидно, что снижение уровня продажи алкоголя в середине 1980-х гг. было достигнуто преимущественно за счет снижения уровня продажи вина. Одним из аргументов критиков антиалкогольной кампании 1985-1988 гг. является вырубка виноградников и снижение производства виноградного вина. Однако, согласно данным официальной статистики, в период с 1984 по 1986 год уровень продажи виноградного вина снизился на 12% (с 2,5 до 2,2 л), а уровень продажи плодово-ягодных винных напитков снизился в 37 раз (с 2,6 до 0,007 л). Эти цифры свидетельствуют о том, что снижение уровня продажи вина в период антиалкогольной кампании произошло, в основном, за счет снижения продажи крепленых плодово-ягодных вин.

В конце 70-х, начале 80-х гг. прошлого века виноградные и плодово-ягодные вина имели примерно одинаковый удельный вес в структуре продажи вина. Во второй половине 1990-х гг., а также в начале нынешнего века виноградные вина составляли около 10% в структуре продажи вина. Уровень продажи вина резко (в 5,5 раз) вырос в период с 1994 по 2004 год, после чего несколько снизился. Практически на протяжении всего рассматриваемого периода динамика уровня продажи водки и вина имела противоположную направленность. Можно предположить, что снижение уровня продажи водки в период с 1993 по 2004 год было обусловлено ростом уровня продажи плодово-ягодного вина. Этот заместительный эффект объясняется тем, что дешевые плодово-ягодные вина пользуются популярностью у лиц, злоупотребляющих алкоголем, финансовые возможности которых ограничены.

Ранее Разводовским Ю.Е. был изучен вопрос о том, как динамика уровня продажи различных алкогольных напитков соотносится с динамикой незарегистрированного потребления алкоголя. Установлено, что вплоть до 2004 г. динамика уровня продажи водки была схожей с динамикой уровня незарегистрированного потребления алкоголя, а в последующие годы динамика этих показателей была противоположной. Также следует обратить внимание на то, что резкий рост уровня продажи вина в период с 1997 по 2004 год сопровождался снижением уровня незарегистрированного потребления алкоголя. Вероятно, в этот период плодово-ягодные вина стали замещать в структуре потребления не только государственную водку, но и самогон. Этот заместительный эффект является яркой иллюстрацией возможностей государственной алкогольной политики в плане регулирования алкогольного рынка. Предложенная государством альтернатива в виде дешевого плодово-ягодного напитка для многих лиц, злоупот-

ребляющих алкоголем, оказалась более привлекательной, чем самогон. С другой стороны, доступность алкоголя провоцирует рост уровня его потребления и, соответственно, рост уровня связанных с алкоголем проблем в краткосрочной и долгосрочной перспективе. Именно поэтому в последние годы снижение производства и продажи крепленых плодово-ягодных вин стало одним из приоритетов государственной алкогольной политики.

С 2004 по 2009 год отмечалась тенденция к снижению уровня продажи вина на фоне значительного роста уровня продажи водки и пива, а также снижение уровня незарегистрированного потребления алкоголя. Снижение уровня потребления незарегистрированного алкоголя, очевидно, явилось следствием роста уровня продажи водки и пива. В свою очередь, рост уровня продажи водки и пива был обусловлен снижением их относительной стоимости, т.е. повышением финансовой доступности. Так, если в 1993 г. за среднемесячную зарплату можно было купить 7 литров водки или 80 литров пива, в 2003 г. - 29 литров водки или 181 литр пива, то в 2009 г. - 65 литров водки или 332 литра пива.

Таблица 3.3

## Структура продажи алкогольных напитков

(в процентах к итогу)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Алкогольные напитки в абсолютном алкоголе - всего	100	100	100	100	100	100	100
в том числе:							
водка и ликеро-водочные изделия	37,4	40,5	41,8	46,1	47,2	45,6	52,7
вина виноградные и плодовые, включая винные напитки	47,2	41,4	39,7	34,5	33,7	34,8	30,9
коньяки	0,9	0,9	0,8	1,0	0,9	1,0	1,2
шампанское	1,2	1,1	1,0	1,1	1,2	1,3	1,5
пиво	13,3	14,4	15,2	15,9	15,7	16,3	13,2
слабоалкогольные напитки	...	1,7	1,5	1,4	1,3	1,0	0,5

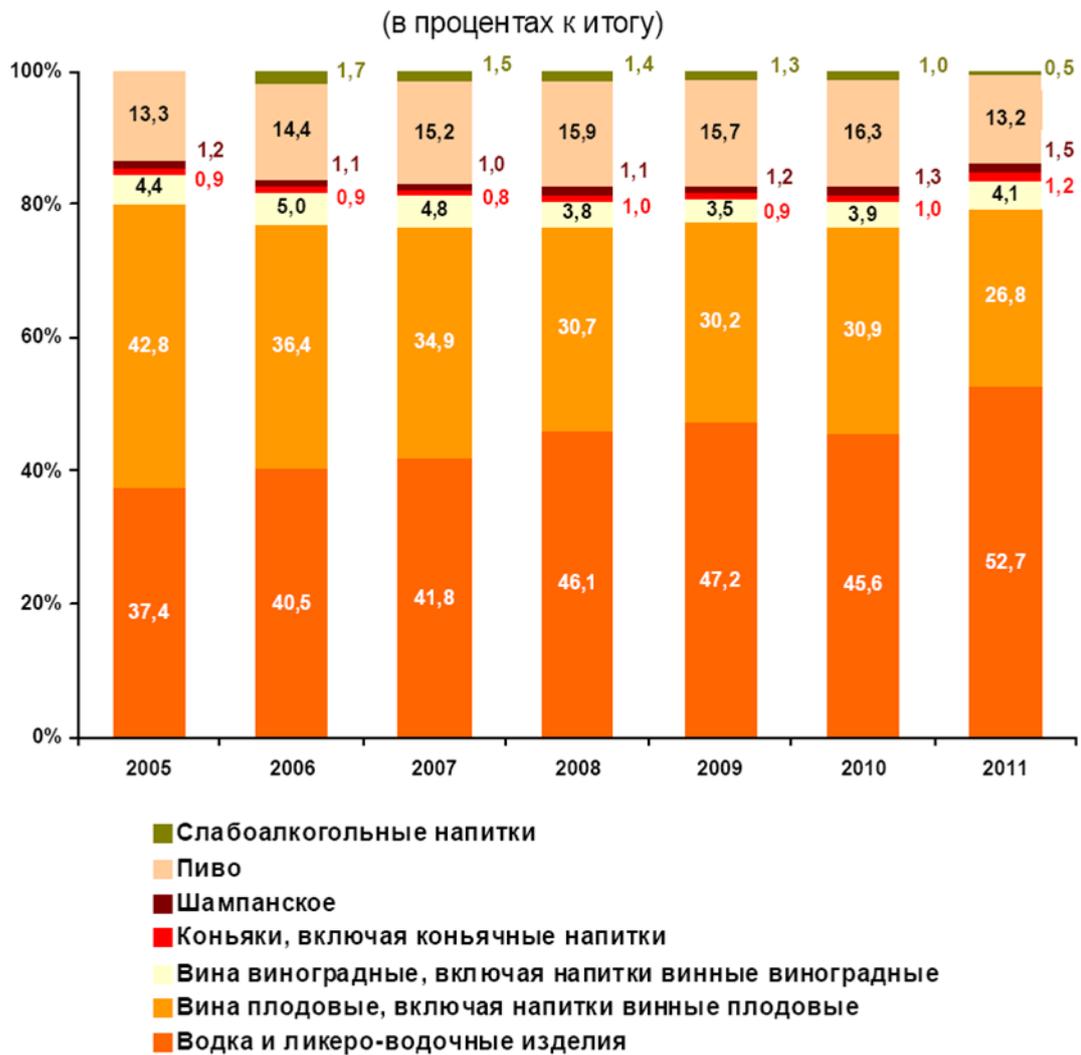


Рис. 3.3. Структура продажи алкогольных напитков в 2005 – 2011 гг.

### 3.3. Оценка уровня потребления незарегистрированного алкоголя

Незарегистрированный алкоголь включает алкогольные напитки, которые не производятся государственными предприятиями и, поэтому, не отражаются в официальной статистике продаж. Поскольку производство и распространение незарегистрированного алкоголя не контролируется государством то, во-первых, он не облагается налогом и, во-вторых, не подвергается контролю качества. Из этого следуют два важных момента: 1) незарегистрированный алкоголь значительно дешевле, что позволяет ему успешно конкурировать на алкогольном рынке, 2) незарегистрированный алкоголь часто не соответствует стандартам качества и содержит вредные примеси, опасные для здоровья потребителей. Основными источниками некоммерческого алкоголя являются: 1) легально или нелегально произведенный алкоголь в домашних условиях, 2) импортный алкоголь, включающий легально импортированный алкоголь для личных нужд, а также контрабандный алкоголь. Суррогаты представляют собой сборную группу

различных по химическому составу жидкостей, которые употребляются с целью опьянения вместо лицензированных алкогольных напитков. К истинным суррогатам относятся жидкости, изготовленные на основе этилового спирта (технический спирт разной степени очистки, денатурат, политура, одеколон, лосьон после бритья, спиртосодержащие лекарственные препараты). К ложным суррогатам относят жидкости, которые не содержат этиловый спирт, но вызывают психотропные эффекты, схожие с картиной алкогольного опьянения (метанол, пропанол, бутиловый спирт, амиловый спирт, этиленгликоль). К нелегальной алкогольной продукции также относится контрафактный алкоголь, который производится под чужой торговой маркой с нарушением прав собственности. В странах Восточной Европы удельный вес незарегистрированного алкоголя составляет 30-60% общего уровня потребления, что объясняется комплексом факторов, основные из которых - недостаточная эффективность алкогольной политики и относительно низкий уровень жизни населения.

Разводовским Ю.Е. с помощью непрямого метода с использованием динамики уровня заболеваемости алкогольными психозами проведена оценка общего уровня потребления алкоголя, а также уровня незарегистрированного потребления алкоголя в Беларуси в период с 1980 по 2009 год.

Уровень незарегистрированного потребления алкоголя в начальной и конечной временной точке рассматриваемого периода был одинаковым - 3,4 литра, при этом данный показатель значительно варьировал: резко снизился в середине 1980-х гг., затем резко вырос во второй половине 1980-х, первой половине 1990-х гг. после чего стал постепенно снижаться. Во второй половине 1990-х гг. уровень незарегистрированного потребления алкоголя был сопоставим с уровнем официальной продажи и составлял 50-55% общего уровня потребления алкоголя. Резкий рост уровня незарегистрированного потребления алкоголя в первой половине 1990-х гг., очевидно, был обусловлен отменой государственной алкогольной монополии в 1992 году. Достигнув своего пика в 1997 г., уровень незарегистрированного потребления алкоголя стал постепенно снижаться. Начало этого процесса по времени ассоциируется с принятием законодательных актов, регулирующих производство и оборот алкогольной продукции, т.е. с усилением государственного контроля за алкогольным рынком. В период с 2005 по 2008 год уровень незарегистрированного потребления алкоголя снизился в 2,4 раза (с 7,0 до 2,9 л). По всей видимости, причиной такого резкого снижения было усиление мероприятий по борьбе с самогонварением, а также с незаконным оборотом другой спиртосодержащей жидкости. Согласно оценке, в 2009 г. уровень незарегистрированного потребления алкоголя составил 3,4 л на душу населения (28,3% уровня официальной продажи или 22,1% общего уровня потребления).

Анализ факторов, обусловивших снижение уровня незарегистрированного потребления алкоголя в последние годы, является актуальной задачей, поскольку знание этих факторов позволит улучшить контроль государства за алкогольным рынком. Можно предположить, что

рост уровня продажи алкоголя в последние годы в значительной степени был обусловлен макроэкономическими факторами.

Распад Советского Союза стал причиной углубления социально-экономического кризиса, поскольку разрыв экономических связей с бывшими советскими республиками вызвал спад производства. В 1995 г. ВВП составил 65,2% уровня 1990 г. К 2003 году ВВП достиг и даже несколько превысил уровень 1990 года. В последующие годы отмечался существенный экономический рост: в 2009 г. ВВП вырос в 1,9 раза по сравнению с 2000 г., а реальные доходы населения за этот период выросли в 2,8 раза. Улучшение социально-экономической ситуации и рост реальных доходов населения привели к увеличению финансовой доступности алкоголя и, соответственно, к росту уровня его продажи. Проведенные ранее исследования свидетельствуют, что рост благосостояния сопровождается тем, что люди начинают предпочитать дешевым алкогольным напиткам низкого качества более дорогие алкогольные напитки лучшего качества. В частности, эконометрический анализ, проведенный в России, показал, что повышение уровня доходов населения привело к снижению уровня потребления самогона и повышению потребления водки, вина и пива. Возможно, что такая ситуация имела место в последние годы в Беларуси. Располагая большими финансовыми возможностями, люди стали больше покупать лицензированных алкогольных напитков, соответственно, уровень потребления самогона и суррогатов алкоголя снизился.

Значительное снижение уровня незарегистрированного потребления алкоголя можно считать важным достижением в рамках реализации Государственной программы национальных действий по предупреждению и преодолению пьянства и алкоголизма. Во многом это является заслугой хорошо скоординированной и методичной работы сотрудников Министерства внутренних дел по борьбе с самогонварением и незаконным оборотом спиртосодержащих жидкостей (суррогатов). Согласно данным МВД, в период с 2005 по 2008 год отмечался ежегодный рост объема изъятого самогона, самогонной браги, другой спиртосодержащей жидкости, а также количества лиц, привлеченных к административной ответственности согласно статье 12.27 Административного кодекса (незаконные ввоз, перевозка, хранение алкогольных напитков, производство, переработка и хранение этилового спирта и продажа алкогольных напитков собственного производства). К примеру, если в 2008 г. было изъято 1862482 л самогона, самогонной браги и другой спиртосодержащей жидкости, то в 2009 г. эта цифра составила 1392016 (-25,3%). Данную тенденцию следует трактовать не как снижение активности МВД по борьбе с незаконным оборотом алкоголя, а как снижение уровня этого оборота, в частности, снижение уровня производства и потребления самогона. Отчасти, снижение объемов изъятого самогона обусловлено изменением тактики лиц, занимающихся его производством. Так, если в предыдущие годы подавляющее большинства фактов самогонварения было выявлено сотрудниками милиции в лесных массивах, где самогон производился на мини-заводах, то сейчас более 70% случаев

самогоноварения выявляется в частных домах и постройках. В целом, снижение уровня незарегистрированного потребления алкоголя является наглядным примером согласованных действий различных ведомств (Министерства здравоохранения и Министерства внутренних дел) в рамках реализации государственной алкогольной политики.

В 2012 г. Министерством внутренних дел в результате проведенных мероприятий из незаконного оборота изъято и уничтожено 978 353 литра самогона и самогонной браги, 646 154 литра фальсифицированных спиртных напитков, в том числе изготовленных на ликеро-водочных предприятиях из некачественного сырья (виноматериалов) и с нарушением требований технического регламента. Пресечено 8 902 факта незаконной реализации и хранения алкогольной продукции.

К административной ответственности за изготовление или приобретение крепких алкогольных напитков (самогона), полуфабрикатов для их изготовления (браги), хранение самогонных аппаратов привлечено 7015 лиц. За нарушение требований Декрета Президента Республики Беларусь от 9 сентября 2005 г. № 11 «О совершенствовании государственного регулирования производства и оборота алкогольной, непивной спиртосодержащей продукции и непивного этилового спирта» к административной ответственности привлечено 2137 лиц.

В целях оперативного реагирования на факты нарушения антиалкогольного законодательства, незаконного производства и реализации алкогольной продукции на базе главного управления внутренних дел Минского горисполкома и управлений внутренних дел облисполкомов функционируют «горячие линии» «Пьянству - нет!», информация о деятельности которых широко освещалась в средствах массовой информации, размещалась в местах массового пребывания граждан. С 14 по 25 мая 2012 г. проведена общереспубликанская акция «Вместе против нелегального алкоголя!», в рамках которой основные усилия органов внутренних дел были сосредоточены на выявлении мест незаконного изготовления алкогольной продукции, каналов поступления алкогольных напитков и пива в республику с нарушением законодательства, а также пресечении фактов незаконной реализации данной продукции.

В период проведения акции по месту жительства граждан, в трудовых коллективах и учебных заведениях проведено более 4,5 тыс. бесед о недопущении таких правонарушений, а также необходимости информирования ОВД о фактах незаконного оборота алкогольной продукции. В населенных пунктах республики размещено более 1 тыс. профилактических листовок с указанием номеров «горячих линий» «Пьянству - нет!». В 2012 году на указанные «горячие линии» поступило более 2,7 тыс. сообщений граждан, из которых 1,2 тыс. подтвердилось. Сотрудниками органов внутренних дел во взаимодействии с представителями Государственной инспекции охраны животного и растительного мира при Президенте Республики Беларусь и работниками других природоохранных организаций осуществлялись совместные

мероприятия по выявлению самогонных аппаратов и мини-заводов по изготовлению самогона, пресечению фактов самогонварения в лесных угодьях.

### **3.4. Распространенность алкогольных проблем среди населения**

Алкоголизм является серьезной медико-социальной проблемой, так как его последствия несут не только значительный ущерб здоровью индивидуума зависимо от алкоголя, но и тяжелым бременем ложатся на все общество [196]. В этой связи актуальной задачей является постоянный мониторинг уровня связанных с алкоголем проблем в обществе с целью проведения адекватной алкогольной политики. В эпидемиологических исследованиях для оценки уровня алкогольных проблем среди населения часто используется количество и частота употребляемого алкоголя. Однако следует иметь в виду, что количественно-частотный критерий оценки уровня индивидуального риска связанных с алкоголем проблем имеет определенные ограничения. Так, например, некоторые индивидуумы регулярно употребляют большие дозы алкоголя на протяжении длительного времени без видимых проблем, в то время как у других связанные с алкоголем проблемы появляются даже при употреблении умеренных доз алкоголя. В последнее время в эпидемиологических исследованиях с целью определения уровня связанных с алкоголем проблем широко используются специальные инструменты скрининга (опросники). Наиболее известными среди них являются AUDIT, MAST, CAGE. Эти инструменты состоят из вопросов, направленных на выявление различного рода проблем, связанных со злоупотреблением алкоголя.

Скрининговые исследования с целью определения уровня алкогольных проблем среди населения проводятся во многих странах. Исследования, проведенные в США с использованием диагностических критериев DSM-3 показали, что в течение всей жизни проблемы, связанные со злоупотреблением алкоголем возникали у 23,8% мужчин и 4,5% женщин [197]. Аналогичные исследования, проведенные в Новой Зеландии показали, что с алкогольными проблемами сталкиваются 32% мужчин и 6% женщин [198]. С помощью скринингового теста AUDIT было установлено, что в Бразилии 14,5% мужчин и 2,4% женщин имеют проблемы, связанные с алкоголем [199]. Литературные данные также свидетельствуют, что распространенность алкогольных проблем различна в разных возрастных группах. Так, было установлено, что в течение одного года проблемы, связанные с алкоголем возникали у 23,5% мужчин в возрасте 18-29 лет, у 14,3% в возрасте 30-45 лет, у 7,2% в возрасте 45-64 лет и у 2,8% в возрасте старше 65 лет [200,201]. Целью настоящего исследования был скрининг распространенности алкогольных проблем среди общей городской популяции г. Гродно (Беларусь).

Скрининг определяется как процесс выявления проблем, связанных с алкоголем с помощью тестов, а также других процедур, обеспечивающих быстрое получение результатов. Скрининговые исследования охватывают большие группы населения. Следует иметь в виду, что основной задачей скрининга является выявление проблем, связанных со злоупотреблением алкоголя. Диагноз алкогольной зависимости уточняется в процессе более детального обследования. В настоящем исследовании принимало участие 554 респондента (316 мужчин и 238 женщин) в возрасте от 16 до 70 лет. В качестве инструмента скрининга использовался тест AUDIT (Alcohol Disorders Identification Test). Этот тест был предложен ВОЗ для ранней диагностики связанных с алкоголем проблем [202]. Инструмент представляет собой структурированное интервью, состоящее из 10 вопросов. Тест достаточно прост и удобен в применении, обладает высокой чувствительностью (92%) и специфичностью (93%) [203]. Структурно тест состоит из трех разделов. Вопросы 1-3 характеризуют частоту и дозу выпитого алкоголя. Вопросы 4-6 выявляют наличие симптомов алкогольной зависимости (утрата количественного контроля и наличие абстинентного синдрома). Вопросы 5,7,8,9,10 ориентированы на выявление различного рода проблем, связанных со злоупотреблением алкоголя. Результаты теста интерпретируются следующим образом: общее количество баллов 8 и более свидетельствует о вероятности существования проблем, связанных с алкоголем. С целью снижения диссимулятивных тенденций исследование проводилось анонимно. Статистическая обработка результатов скрининга производилась с помощью программного пакета "STATISTICA".

Согласно результатам скрининга 57,1% мужчин набрали более 8 баллов согласно тесту AUDIT, т.е. относятся к проблемной группе. Средний балл согласно тесту составил 9,9. В возрастной группе до 25 лет в проблемную группу попали 76,1% респондентов. В возрастной группе от 25 до 45 лет более 8 баллов набрали 55,0% респондентов. В возрастной группе старше 45 лет высокий риск развития алкогольных проблем имеют 50,0% респондентов. Среди респондентов мужского пола более 8 баллов согласно тесту AUDIT набрали 43,0% лиц имеющих высшее образование и 72,8% лиц, имеющих среднее образование. Средний балл согласно тесту среди лиц, имеющих высшее образование составил 7,4, а среди лиц со средним образованием – 11,3. Среди респондентов мужского пола, попавших в проблемную группу 12,2% предпочитают пиво, 6,9% преимущественно употребляют вино, а 80,9% обычно употребляют водку. В без проблемной группе 21,0% употребляет пиво, 17% предпочитают вино, а 62,0% преимущественно употребляют водку.

Согласно тесту AUDIT 8,8% женщин имеют высокий риск алкогольных проблем. Средний балл согласно тесту составил 3,6. В возрастной группе до 25 лет более 8 баллов набрали 7,7% респондентов. В возрастной группе от 25 до 45 лет высокий риск развития алкогольных проблем имеют 10,8% респондентов. В возрастной группе старше 45 лет в проблемную группу попало 8,3% респондентов. Среди женщин имеющих высшее образование в

проблемную группу попало 6,7%, а среди тех, кто имеет среднее образование высокий риск алкогольных проблем имеет 10,7%. Средний балл для женщин, имеющих высшее и среднее образование составил 3,3 и 3,9 соответственно. Что касается предпочтения алкогольным напиткам, то большинство женщин – 53,0% употребляют вино, 36,4% обычно употребляют водку, а 10,6% предпочитают пиво. Среди респондентов женского пола, попавших в проблемную группу 80,0% предпочитает водку, 13,3% преимущественно употребляют вино, а 6,7% предпочитают пиво.

На гистограммах, характеризующих распределение по среднему баллу теста AUDIT можно видеть, что наиболее часто встречающийся средний балл (мода) для мужской выборки является 9 (рис.3.3), а для женской популяции 1 и 2 (рис.3.4).

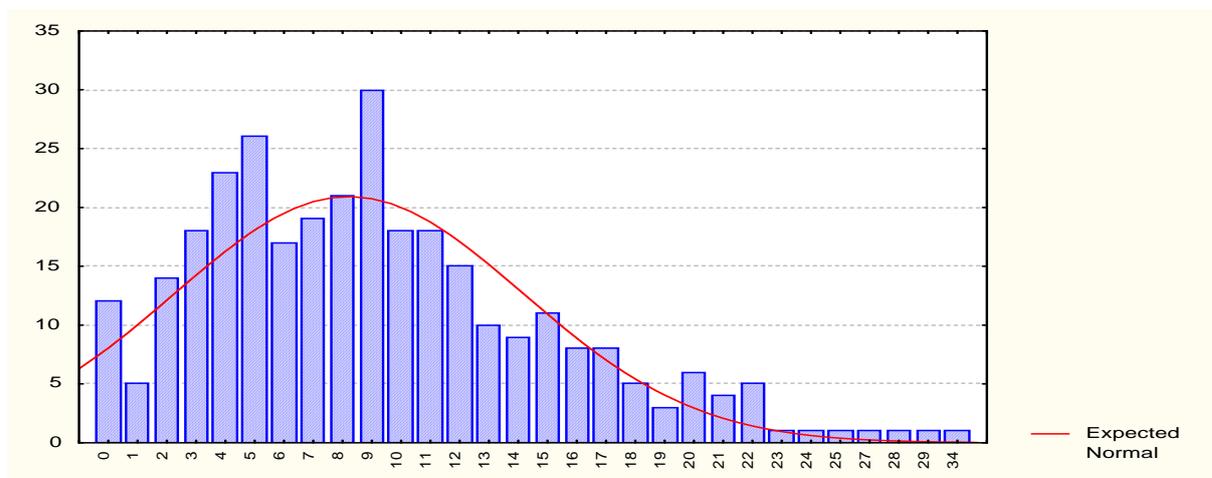


Рис. 3.3. Гистограмма распределения по среднему баллу теста AUDIT для мужской выборки.

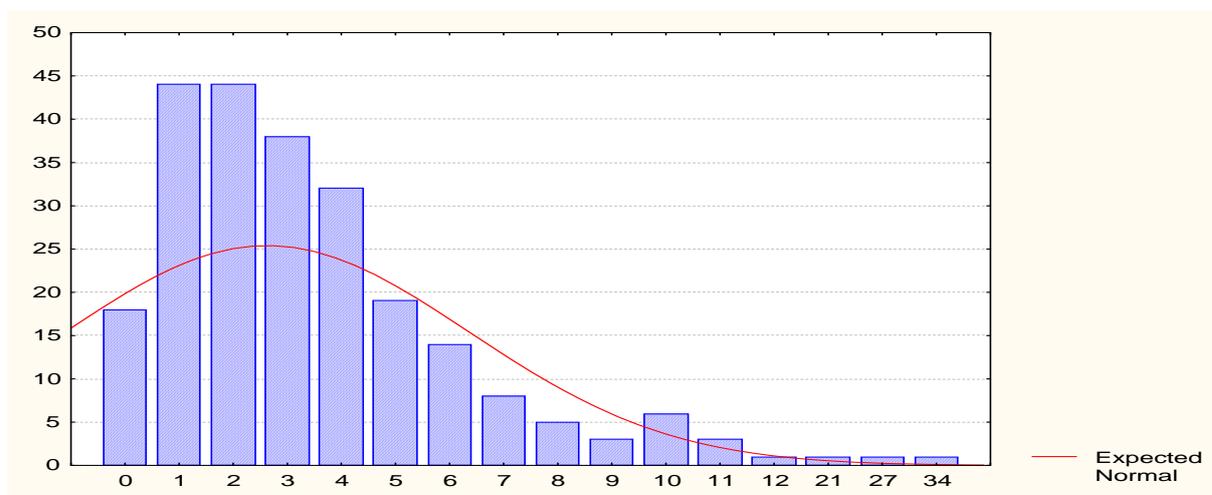


Рис. 3.4. Гистограмма распределения по среднему баллу теста AUDIT для женской выборки.

Кластерный анализ позволил четко выделить три кластера, которые характеризуют уровень алкогольных проблем среди респондентов мужского пола (рис.3.5). Первый кластер характеризуется высоким уровнем потребления алкоголя и, соответственно, высоким уровнем связанных с алкоголем проблем. Второй кластер характеризуется низким уровнем потребления алкоголя и низким уровнем связанных с алкоголем проблем. Третий кластер характеризуется высоким уровнем потребления алкоголя и относительно низким уровнем связанных с алкоголем проблем. Кластерный анализ результатов скрининга женской популяции также позволил выделить три кластера, которые в целом схожи с вышеописанными (рис.3.6).

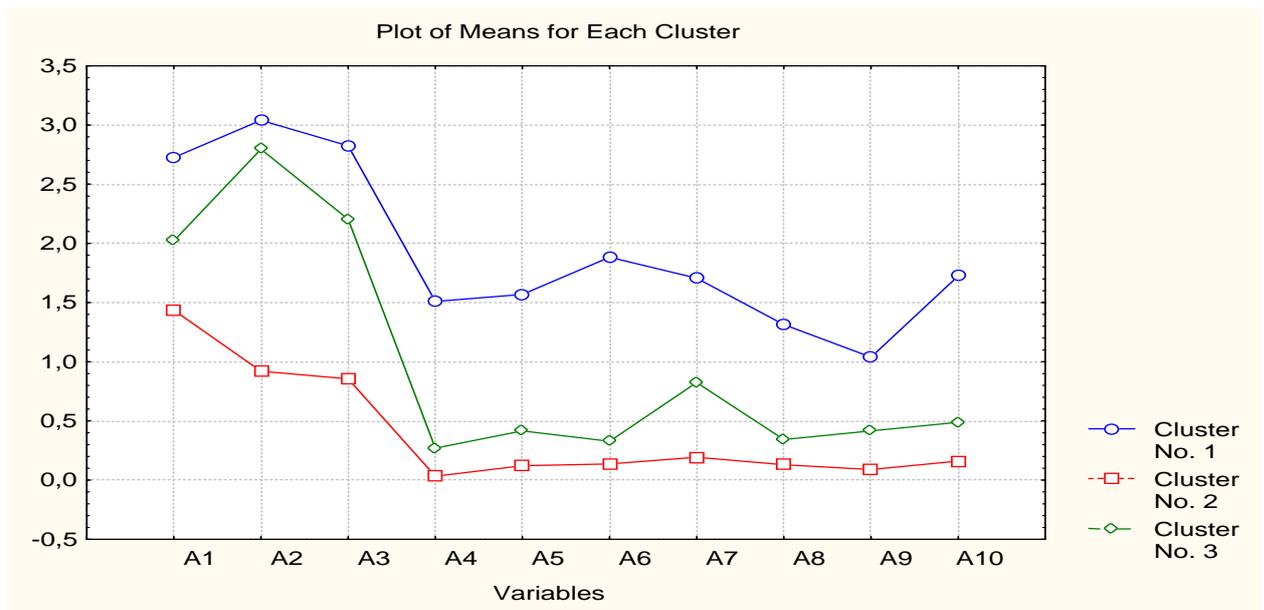


Рис. 3.5. Результаты кластерного анализа теста AUDIT для мужской выборки

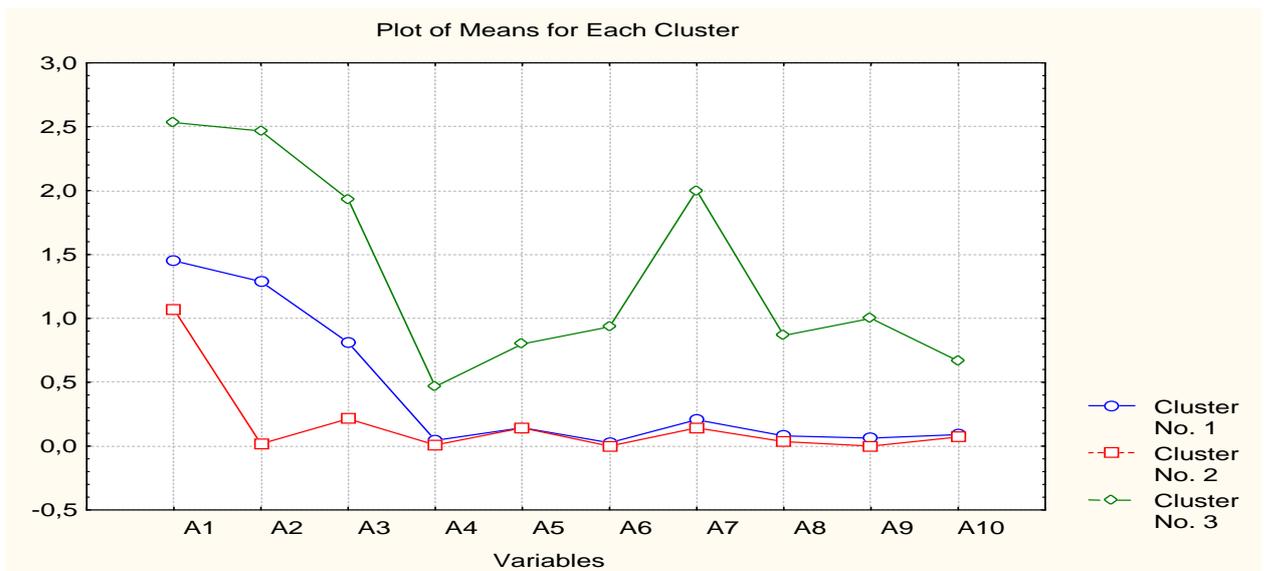


Рис. 3.6. Результаты кластерного анализа теста AUDIT для женской выборки

Факторный анализ теста AUDIT позволил выделить два основных фактора, как для мужской, так и для женской выборки. В первый фактор общей мужской выборки попали 4,5,6 и 8 шкалы теста. Во второй фактор попали 1-3 шкалы (таблица 3.4). В первый фактор общей женской популяции попали 4.6 и 8 шкалы. Во второй фактор попали 2 и 3 шкалы (таблица 3.5). Результаты факторного анализа показывают, что как для мужской, так и для женской выборки шкалы теста AUDIT характеризующие уровень связанных с алкоголем проблем и шкалы, характеризующие частоту и количество употребляемого алкоголя группируются в разные кластеры.

Таблица 3.4  
Результаты факторного анализа теста AUDIT для мужской выборки

	F1	F2
Ш1	,29	,68
Ш2	,13	,79
Ш3	,32	,83
Ш4	,69	,20
Ш5	,78	,21
Ш6	,69	,23
Ш7	,59	,24
Ш8	,72	,14
Ш9	,61	,24
Ш10	,68	,21
Expl. Var	3,46	2,08
Prpl. Totl	,35	,21

Таблица 3.5  
Результаты факторного анализа теста AUDIT для женской выборки

	F1	F2
Ш1	,30	,64
Ш2	,05	,80
Ш3	,14	,81
Ш4	,76	,05
Ш5	,53	,19
Ш6	,73	,41
Ш7	,44	,52
Ш8	,75	,31
Ш9	,67	,42
Ш10	,65	,02
Expl. Var	3,12	2,45
Prpl. Totl	,31	,24

Таким образом, результаты настоящего исследования свидетельствуют о высоком уровне алкогольных проблем среди населения. Характерно то, что уровень связанных с алкоголем проблем среди мужчин значительно выше,

чем среди женщин. Этот факт частично можно объяснить более терпимым отношением общества к злоупотреблению алкоголем мужчинами. В то время как злоупотребление алкоголем женщинами резко осуждается. Результаты исследования также подтверждают литературные данные, согласно которым уровень алкогольных проблем снижается с возрастом. Согласно результатам скрининга уровень образования также влияет на распространенность алкогольных проблем. Так, уровень алкогольных проблем у лиц, имеющих высшее образование значительно ниже по сравнению с лицами, которые имеют среднее образование. Что касается предпочтения различных видов алкогольных напитков, то согласно результатам настоящего исследования большинство мужчин предпочитают крепкие алкогольные напитки (водку), в то время как большинство женщин предпочитает легкие алкогольные напитки (пиво, вино). Эти данные согласуются с данными статистики, которые свидетельствуют о высоком уровне острых алкогольных проблем среди мужчин. Полученные данные также свидетельствуют об актуальности проведения профилактических мероприятий, направленных на снижение потребления алкоголя среди населения.

### **3.5. Модели и контекст употребления алкоголя молодежью в Республике Беларусь**

В рамках реализации Государственной программы национальных действий по предупреждению и преодолению пьянства и алкоголизма на 2011–2015 годы запланировано проведение социологического исследования с целью изучения моделей и контекста употребления алкоголя учащейся молодежью. Для апробации анкеты и методики в ноябре 2012 года было проведено пилотажное исследование.

В исследование были включены учащиеся школ, лицеев и вузов в возрасте 16 - 21 года. Был применен метод анонимного анкетирования с использованием анкеты для самостоятельного заполнения. Объем выборки составил 300 человек, в их числе 34% были учащиеся школ в возрасте 16-17 лет, 28,3% – учащиеся лицей в возрасте 18-19 лет, 37,7% - студенты ВУЗа в возрасте 19-21 год. Из них 43,4% составили девушки и 56,6% – юноши.

Результаты проведенного пилотажного исследования показали, что употребление алкогольных напитков довольно широко распространено среди учащейся молодежи. Хотя бы раз в жизни алкоголь пробовали 83% опрошенных, в том числе, хотя бы одну порцию алкогольного напитка пробовали 66,6% школьников (40% юношей и 75 % девушек), 93,3% учащихся лицей и 90% студентов ВУЗа (80% юношей и 93,3% девушек). Удельный вес учащихся, не пробовавших алкоголь, составил 17%. Среди юношей доля не употреблявших алкоголь ни разу в жизни составила около 20%, а среди девушек – 13%. При изучении возраста первых проб алкогольных напитков обращает на себя внимание, что первые пробы пива, вина и шампанского достаточно часто происходят в возрасте младше 13 лет

(39,6%, 37,7% и 37,7% соответственно). Данные алкогольные напитки обычно впервые пробуются молодежью в домашней обстановке под контролем родителей.

Для крепких алкогольных напитков характерен низкий уровень проб в возрасте 13 лет или младше (16,9%), но к моменту достижения 21-летнего возраста, чуть менее половины из числа опрошенных молодых людей (47,1%) уже имеют такой опыт (таблица 3.6).

Таблица 3.6

Возрастные особенности первых проб алкогольных напитков учащимися (%)

Вид алкогольных напитков	1 проба в 13 лет или младше	1 проба в 14 лет или старше	Процентная доля человек, не пробовавших алкогольные напитки
Пиво	39,6	41,5	15
Вино	37,7	35,8	24,5
Шампанское	37,7	35,8	9,4
Джин-тоник или подобные напитки	22,6	30	15
Алкогольный коктейль	9,4	37,7	49
Водка	16,9	47,1	32
Алкогольный напиток домашнего приготовления	18,8	28,3	49

Среди причин первых проб у школьников на первом месте стоит «любопытство» – 27,7%, на втором месте - «за компанию» и «в честь праздника» (по 22,2 % каждый вариант), 11,1% опрошенных школьников выбрали вариант «чтобы забыть горе, неприятности».

У учащихся лица среди причин первых проб преобладают следующие варианты: «в честь праздника» – 46,6%, «за компанию» – 40%, «из любопытства» – 26,6%, «чтобы почувствовать себя более взрослым» – 13,3%.

Наиболее популярные ответы для студентов ВУЗа: «в честь праздника» – 60%, «за компанию» - 20%, «чтобы почувствовать себя более взрослым» – 15%.

Таким образом, основными названными вариантами причин первых проб оказались: «в честь праздника» - 43,4%, из любопытства – 32% и «за компанию» - 26,6%. Существенно различается характер ответов на данный вопрос у юношей и девушек. Так, например, среди школьников юношей наиболее частыми вариантами причин первой пробы алкоголя стали

«любопытство» и «в честь праздника» (40% и 30%), а для девушек - «за компанию» и «чтобы забыть горе, неприятности» (по 25 %) (таблица 3.7).

Таблица 3.7

Причины первых проб алкогольных напитков (%)

Причины	Процентная доля человек
Из любопытства	32
За компанию	26,6
Чтобы снять чувство страха, тревоги	1,9
Чтобы стать более общительным;	1,9
Чтобы забыть неприятности, горе, разочарование	7,5
Назло родителям	0
Чтобы почувствовать себя более взрослым	11,3
В честь праздника	43,4
Ни разу не пробовал	5,6

Наиболее частыми вариантами ответа на вопрос о местах первых проб алкоголя являются:

«дом» – 70% студентов ВУЗов указывают собственный дом как место, где они впервые попробовали алкоголь; этот же вариант выбрали 55,5% школьников и 40% учащихся лицей;

«на природе, за городом» – чаще других данный вариант выбирали учащиеся лицеев (20%), почти в два раза меньше он встречается у школьников (11,1%), и только в незначительном количестве раз (5%) у студентов ВУЗа;

«на улице, во дворе, в подъезде» – 16,6 % школьников, 10% студенты ВУЗа, 6,6% лицеистов;

«в гостях у друзей, знакомых» - преобладают пробы у учащихся лицеев (20 %), у школьников и студентов ВУЗа данный вариант встречается в 5,5% и 5% случаев соответственно.

Один из вопросов анкеты был направлен на выяснение, кто являлся инициатором первых проб алкоголя молодыми людьми. Получены следующие данные:

у школьников – наиболее часто проба алкоголя происходила по собственной инициативе (33,3% опрошенных), для 27,7% инициаторами были родственники и родители;

у учащихся лицей - главными инициаторами являются друзья (40%) и родители и/или родственники (13,3%);

у студентов ВУЗа – для 30% в роли инициаторов выступали родители опрошенных, 20% впервые пробовали алкоголь по собственной инициативе, для 15% опрошенных инициаторами были друзья.

Оценка частоты и регулярности употребления алкоголя проводилась в соответствии с методологией Европейского проекта школьных исследований по алкоголю и наркотикам (ESPAD), употребление алкоголя более 40 раз в жизни, а так же 3 и более раз за последние 30 дней расценивалось как регулярное употребление. В соответствии с данным подходом регулярное употребление алкоголя выявлено у 28% участников опроса. В течение последних 30 дней, предшествовавших опросу, регулярно употребляли алкоголь 30% опрошенных. Никто из школьников не указал на начало употребления слабоалкогольных напитков в возрасте 13 лет или младше, среди студентов ВУЗа на это указали 5% респондентов, а среди учащихся лицеев - 20%. 16,6% школьников (30% юношей, % девушек), 26,6% лицейстов и 55% студентов ВУЗа начали употреблять слабоалкогольные напитки в возрасте старше 13 лет.

Регулярное употребление слабоалкогольных напитков отрицали 83,3% школьников (70% юношей, 100% девушек) и 53,3% учащихся лицей, среди студентов ВУЗа таких респондентов было 40% (20% юношей, 46,6% девушек). Регулярное употребление вина отрицали 94,4% школьников (100% юношей, 87,5% девушек), 60% учащихся лицей и 50% учащихся ВУЗа (80% юношей и только 6,6% девушек).

Таблица 3.8

Употребление основных видов алкогольных напитков за последние 30 дней (%)

Вид алкогольных напитков	Процент опрошенных
<b>Пиво</b>	
Хотя бы один раз	37,7
Регулярно (три раза и более)	15,3
<b>Вино</b>	
Хотя бы один раз	26,4
Регулярно (три раза и более)	11,3
<b>Шампанское</b>	
Хотя бы один раз	20,7
Регулярно (три раза и более)	1,9

Джин-тоник или подобные напитки	
Хотя бы один раз	5,6
Регулярно (три раза и более)	3,7
Алкогольный коктейль	
Хотя бы один раз	18,8
Регулярно (три раза и более)	7,5
Водку	
Хотя бы один раз	32
Регулярно (три раза и более)	13,2
Алкогольный напиток домашнего приготовления	
Хотя бы один раз	15
Регулярно (три раза и более)	1,9

Среди употребляемых алкогольных напитков чаще всего называлось пиво. За последние 30 дней пиво употребляли 37,3% учащихся, причем 15,3% делали это регулярно. На втором месте по популярности находится водка: 32% опрошенных употребляли данный алкогольный напиток хотя бы один раз за последние 30 дней, а 13,2% - три и более раза.

При изучении особенностей употребления алкогольных напитков в зависимости от пола видно, что наиболее часто девушки указывают на употребление пива (43,4%), вина (39,1%) и водки (34,7%), а юноши чаще всего употребляют водку (43,4%), на втором и третьем месте по частоте употребления находятся пиво (33,3%) и вино (16,6%) соответственно.

Таблица 3.9

Употребление основных видов алкогольных напитков за последние 30 дней в зависимости от пола (%)

Вид алкогольных напитков	Процентная доля человек	Юноши	Девушки
<b>Пиво</b>			
Хотя бы один раз	37,7	33,3	43,4
Регулярно (три раза и более)	15,3	20	8,7
<b>Вино</b>			
Хотя бы один раз	26,4	16,6	39,1
Регулярно (три раза и более)	11,3	13,3	8,7
<b>Шампанское</b>			
Хотя бы один раз	20,7	16,6	26
Регулярно (три раза и более)	0	0	0

Джин-тоник или подобные напитки			
Хотя бы один раз	5,6	10	0
Регулярно (три раза и более)	3,7	6,6	0
Алкогольный коктейль			
Хотя бы один раз	18,8	13,3	26
Регулярно (три раза и более)	7,5	6,6	13
Водку			
Хотя бы один раз	32	43,4	34,7
Регулярно (три раза и более)	13,2	21,7	8,7
Алкогольный напиток домашнего приготовления			
Хотя бы один раз	15	13,3	0
Регулярно (три раза и более)	1,9	3,3	0

Одним из важных вопросов является изучение мотивационной сферы употребления алкоголя (таблица 3.10).

Таблица 3.10

Причины, по которым молодежь может употреблять алкоголь (%)

Причины	Процентная доля человек
Чтобы расслабиться	37,7
Для поднятия настроения, для веселья, для развлечения	30,2
«За компанию»	30,2
От скуки	5,6
Чтобы отвлечься от проблем	17
Нравится вкус алкоголя	7,5
Чтобы утолить жажду	1,9
Заинтересовала реклама спиртных напитков, захотелось попробовать	1,9
Потому что так принято отмечать семейные торжества, дни рождения, другие праздники	35,8
Просто так, без существенных причин	5,6
Потому что просто есть, что выпить	3,7
Не пью алкоголь ни по каким причинам	13,2

Из представленной таблицы видно, что основными причинами, побуждающими к употреблению алкоголя, являются:

-«чтобы расслабиться» – 37,7%;

-«потому что так принято отмечать семейные торжества, дни рождения, другие праздники» - 35,8%;

-«для поднятия настроения, для веселья, для развлечения» - 30,2%;

-«за компанию» - 30,2%.

У школьников как мотив употребления алкоголя чаще других был назван вариант «потому что так принято отмечать семейные торжества и другие праздники» – 44,4% (60% юношей и 20% девушек). В исследуемой группе лицеистов были выявлены другие приоритетные мотивы: «чтобы расслабиться» – 53,3%, «за компанию» – 20%. Для 60% опрошенных из группы студентов ВУЗа основными мотивами употребления являются: «для поднятия настроения», «чтобы расслабиться» и «потому что так принято отмечать семейные торжества и другие праздники».

Изучая особенности предпочтений в алкогольных напитках близкого социального окружения исследуемых групп, были получены данные, которые могут характеризовать предпосылки употребления тех или иных алкогольных напитков.

Так, 38,8% друзей и близких знакомых школьников предпочитают джин-тоник или подобные напитки. Основная часть друзей и близких знакомых учащихся лица предпочитают пиво – 53,3%, а 50 % из окружения студентов ВУЗа предпочтение отдают крепким напиткам (коньяк, водка).

Некоторые различия между исследуемыми группами наблюдаются и в местах, предпочитаемых для употребления алкогольных напитков. В группе школьников было выявлено три основных предпочтительных места употребления: дома (27,%), на природе за городом (27,7%) и в баре, кафе (22,2%). У учащихся лица для употребления алкоголя предпочитают бар или кафе (53,3%). Большинство студентов ВУЗа (80%) предпочитают употреблять алкоголь в гостях у друзей, знакомых.

В ходе исследования изучался вопрос о том, как испытуемые планируют в дальнейшем употреблять алкоголь. 30% испытуемых ответили, что их вполне устраивает их модель употребления алкоголя. 26,4% планируют вовсе отказаться от употребления, 20,7% не задумывались над этим вопросом.

Большинство школьников (66,6%) считают, что лучше не пить совсем. Среди участников опроса в группе лицеистов 46% ответили, что следует пить, «соблюдая чувство меры». А среди студентов ВУЗа мнения разделились между этими двумя вариантами (по 35%).

Одной из задач исследования было выявление проблем и негативных ситуаций, с которыми сталкивались участники опроса.

68% исследуемых не испытывали никаких проблем. 17% имели следствием употребления алкоголя ссоры и споры, 13,2% указали на наличие проблем с родителями. Также 13,2% сталкивались с ситуацией, когда проснувшись на следующий день, не могли вспомнить, что делали во время выпивки.

В ходе исследования было выявлено, что в среднем в месяц 18,9% участников опроса тратят на приобретение алкоголя 19-45 тысяч, 11,3% - 46-90 тысяч, более 220 тысяч в месяц на употребление алкоголя тратят 5,7% респондентов.

Что касается эмоций и чувств, испытываемых в процессе употребления алкоголя, то 37,7% участников опроса указали на повышенную активность, возбуждение; 26,4% - радость и эйфорию, другие 26,45% – добродушие и «любовь ко всему миру». Заторможенность и сонливость испытывают 13,3%, а такие негативные чувства, как гнев и раздражительность – 5,6% участников опроса.

По итогам исследования было выявлено, что основным источником средств на приобретение алкогольных напитков выступают родители и родственники (37,7%), на втором месте – самостоятельный заработок (26,4%).

Предпочтительным местом приобретения алкогольных напитков для всех групп испытуемых являются магазины и киоски (47,1%), которые по результатам исследования для 86% участников опроса находятся в пределах 10-15 минут ходьбы.

Таким образом, можно отметить следующие наблюдения по употреблению алкогольных напитков среди опрошенных учащихся, как наиболее значимые:

- хотя бы раз в жизни алкоголь пробовали 83%;
- 28% употребляют алкоголь регулярно;
- структура регулярного употребления алкогольных напитков: самым популярным алкогольным напитком среди юношей является водка, за которым следует пиво, а среди девушек – пиво, за которым следует вино и водка;

- основными мотивами употребления алкоголя, являются: «желание расслабиться», «потому что так принято отмечать семейные торжества, дни рождения, другие праздники», «для поднятия настроения, для веселья, для развлечения», «за компанию»;

- в процессе исследования было выявлено, что количество употребляемых алкогольных напитков связано с возрастом испытуемых – чем старше учащийся, тем больше порций алкоголя он употребляет. В пилотажном исследовании принимали участие школьники в возрасте 16-17 лет, лицеисты – 18-19 лет, студенты ВУЗа – 19-21 лет, в связи с чем произошло смещение возрастов и типов учебных заведений, что ограничивает обработку результатов. При проведении полевого исследования планируется брать группы с учащимися одного возраста.

**Выводы.** По полученным результатам можно судить о достаточно широкой распространенности употребления алкоголя среди учащейся молодежи, что свидетельствует об актуальности разработки мер, направленных на профилактику и предупреждение пьянства и алкоголизма. Необходимо обратить пристальное внимание на проблемы употребления молодежью пива, вина, а также крепких алкогольных напитков.

1. В ходе исследования между испытуемыми группами (школьники, учащиеся лицея и студенты ВУЗа) был выявлен ряд отличий в моделях и контексте употребления алкоголя.

Так для основной части исследуемой группы школьников, проживающих с родителями, характерно употребление алкоголя дома, под присмотром родителей, в основном, в честь праздника. У лицеистов и студентов ВУЗа на первое место выступает употребление алкоголя с друзьями и знакомыми, что может быть связано с обучением в учреждениях образования, зачастую отдаленных от родительского дома, что в свою очередь приводит к более частому и интенсивному употреблению алкоголя.

2. Общение со сверстниками, употребляющими алкоголь, является одним из наиболее надежных индикаторов, указывающих на риск того, что подросток также будет употреблять алкоголь. Наблюдаются отличия и в структуре употребления алкогольных напитков: так близкие друзья и знакомые школьников предпочитают джин-тоник или подобные напитки, в окружении учащихся лица преимущество отдается пиву, а для основной части друзей и знакомых студентов ВУЗа свойственно употребление крепких алкогольных напитков (коньяк, водка).

3. Из результатов исследования видно, что основными источниками получения денег на приобретение алкоголя в молодежной среде являются деньги, полученные от родителей и заработанные самостоятельно. В возрастных этапах примерно с 16 до 18 лет для приобретения алкоголя подростки предпочитают использовать деньги, полученные от родителей. В возрасте 19 лет начинается плавный переход - молодые люди начинают больше зарабатывать самостоятельно и в меньшей степени обращаться за карманными деньгами к родителям. Данная тенденция является естественным переходом к самостоятельному существованию личности и отделению от родительской семьи.

4. Употребление алкоголя связано с его доступностью. Результаты опроса свидетельствуют о близком соседстве с домами респондентов мест продажи алкоголя. К тому же, несмотря на существующий запрет на продажу алкоголя детям до 18 лет, многие подростки все равно приобретают алкогольные напитки для собственного употребления.

5. Из результатов опроса видно, что лишь небольшой процент родителей не употребляют алкоголь вообще. Употребление алкоголя родителями и отсутствие негативного отношения к алкоголю в семье, значительно повышают вероятность, что дети начнут употреблять алкогольные напитки в подростковом возрасте. Если родители к тому же приобщают своих детей к употреблению алкоголя, о чем свидетельствует традиционное употребление алкоголя «в честь праздника», «за встречу», риск еще более возрастает.

6. Следует обратить внимание, что для большинства испытуемых употребление алкогольных напитков ассоциируется с «хорошо проведенным временем», что способствует дальнейшему употреблению.

7. Личное отношение респондентов к пристрастию современной молодежи к употреблению алкоголя в большинстве своем является негативным. Но если большинство школьников считает, что лучше не пить

совсем, то уже среди лицеистов и студентов ВУЗа преобладает мнение, что пить нужно в меру.

На основании вышеперечисленного можно сделать вывод, что необходимо разрабатывать предложения по улучшению мер профилактики и преодоления пьянства и алкоголизма на основе тех отличий, которые были выявлены в ходе исследования, между исследуемыми группами.

Кроме того, представляется необходимым:

- привлечь большее внимание широкой общественности, родителей, представителей системы образования и здравоохранения к проблеме алкогольной (пивной) зависимости в среде молодых людей;
- максимально активизировать использование мультимедийных ресурсов для более широкой пропаганды ЗОЖ в молодежной среде;

Безусловно, полученная информация говорит о необходимости создания просветительских, агитационно-профилактических программ, которые должны строиться с учетом возрастных особенностей учащихся. В наше время создано множество условий, для проведения досуга, который должен рождать в молодых людях интерес к здоровому образу жизни, спорту, творчеству, труду, развитию внутренних потенциалов. Но, несмотря на это, значительная часть молодежи предпочитает активному времяпрепровождению отдых в компании друзей с употреблением алкогольных напитков.

Для преодоления проблемы распространения употребления алкоголя в молодежной среде необходимо взаимопонимание и сотрудничество всех государственных структур, ведомств и специалистов, работающих с детьми, подростками, молодежью. Необходимо вовлекать в профилактическую работу семьи подростков.

Проведенное пилотажное исследование с целью изучения моделей и контекста употребления алкоголя учащейся молодежью, а также апробации анкеты и методики проведения исследования дало результаты, имеющие прогностическое значение.

В ходе проведения исследования был выявлен ряд особенностей моделей употребления алкоголя учащейся молодежью, апробирован и исправлен инструментарий исследования – анонимная анкета, которую можно использовать для последующих социологических исследований.

## 4. ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В 2012 ГОДУ

Наркологическая служба Республики Беларусь представляет собой сеть специализированных амбулаторных и стационарных подразделений в системе медицинского обслуживания населения, осуществляющих лечебно-профилактическую, медико-социальную и медико-юридическую помощь пациентам, страдающим алкоголизмом и наркоманией. Она взаимодействует не только с органами внутренних дел и организациями здравоохранения, но и с другими министерствами, ведомствами, общественными организациями.

В системе наркологической службы в 2012 году функционировало 31 наркологическое отделение (1434 коек) и 24 дневных стационара (872 мест.).

Таблица 4.1

Количество наркологических стационаров и дневных стационаров по регионам (на 01.01.2013 г.)

Регион	Кол-во стационаров	Число развернутых коек	Кол-во дневных стационаров	Число развернутых мест
Минск	6	325	6	250
Бр. область	3	150	3	130
Вит. обл.	6	190	6	88
Гом. обл.	2	110	4	170
Грод. обл.	4	146	2	90
Мин. обл.	1	93 (включая койки ЦРБ)	1	99 (включая места ЦРБ)
Мог. обл.	3	130 (включая койки ЦРБ)	2	45
РНПЦ	6	290		
Всего:	31	1434	24	8872

В амбулаторной службе в 2012 г. работало 230 врачей наркологов для обслуживания взрослого населения, и 66 врачей наркологов для работы с несовершеннолетними.

Наибольшее число врачей наркологов работало в г. Минске – 92,75, наименьшее - в Могилевской области – 43,75, Гродненской 49,0 и Витебской областях – 55,75. Следует отметить значительное увеличение числа врачей подростковых наркологов, особенно в Минской и Гомельской областях. В Брестской и Гродненской областях отмечалось наименьшее число подростковых наркологов - 7,75 и 9,0 соответственно.

Таблица 4.2

**Число штатных должностей врачей наркологов и подростковых наркологов (на 1.01.2013 г.)**

Область	Число штатных должностей для взрослого нас.	Число амбулаторных наркологов	Число подростковых наркологов	Прочие должности	Всего штатных должностей
Минск	93,75/92,75	35,0/34,0	13,25/13,25	27,0/21,75	169,0/161,75
Брестская	77,25/75,5	32,0/ 30,75	7,25/7,25	3,25/3,25	119,75/116,75
Витебская	65,75/55,75	38,0/ 37,25	10,5/9,5	10,0/10,0	114,25/103,5
Гомельская	74,25/69,5	36,75/33,0	13,25/12,75	13,0/13,0	137,25/128,25
Гродненская	53,0/49,0	38,5/35,75	10,0/9,0	4,0/3,5	105,5/97,25
Минская	69,0/69,0	47,75/41,25	14,5/13,75	11,75/11,75	143,0/135,75
Могилевская	45,25/43,75	18,75/18,0	10,25/9,5	5,5/5,5	79,75/76,75
Республика	478,25/455,25	246,75/230,0	79,0/75	74,5/68,75	878,5/829,0

Таблица 4.3

**Число наркологических коек в РБ  
(все ведомства, динамика за 2007 - 2012 гг.)**

Профиль коек	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<b>Общее число больничных коек</b>	108942	107670	106999	108667	106585	101630
<b>Из них наркологических</b>	1666	1613	1687	1770	1800	1434

В 2012 г. число развернутых наркологических коек уменьшилось на 1,3%. Вместе с тем, некоторое увеличение числа наркологических коек наблюдалось в Гомельской области (на 10 коек) и в Минской области (на 6 коек).

Таблица 4.4

**Число развёрнутых наркологических коек**

Регион	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Минск	325	325	325	325	325	325
Брестская	205	195	150	150	150	150
Витебская	175	165	170	180	195	190
Гомельская	123	100	100	100	100	110
Гродненская	165	165	165	166	146	146
Минская	98	100	102	63	87	93
Могилёвская	140	140	140	140	140	130
РНИЦПЗ						290
Республика Беларусь	1461	1380	1342	1374	1453	1434 (-1,3%)

Таблица 4.5

## Число мест в дневных стационарах

Регион	2009	2010	2011	2012
Минск	250	250	250	250
Брестская	110	130	130	130
Витебская	79	80	84	88
Гомельская	170	170	170	170
Гродненская	90	90	90	90
Минская	89	88	99	99
Могилёвская	45	45	45	45
<b>Республика</b>	<b>833</b>	<b>853</b>	<b>868</b>	<b>872 (+0,4%)</b>

В 2012 г. продолжилась тенденция расширения дневных наркологических стационаров, число мест в них достигло на начало года 872 (увеличение на 0,4%). Наименьшее число развернутых коек дневного пребывания отмечалось в Могилевской области – 45.

Таблица 4.6

## Основные показатели работы наркологической службы

Показатель	2008 г.	2009 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.
1. Общее число наблюдаемых больных	283917	285607	284895	286310 (+0,5%)	284893 (-0,5%)
- на 100 тыс. нас.			2955,25	2993,06	2814,8
2. Больных алкоголизмом	179474	181197	179871	178608	176647
- на 100 тыс. нас.		1873,5	1865,2	1867,15	1834,0
3. С алкогольными психозами	4424	4206	3795	4157	3323
на 100 тыс. нас.		43,49	39,37	43,46	34,5
4. С наркоманией	7376	8058	8873	9230	10118
- на 100 тыс. нас.		83,32	92,04	96,49	105,05
6. Женщин	49654	37483	37883	38865	39134
- на 100 тыс. нас.		726,43	734,18	985,53	758,4
7. Подростков	18963	17971	17567	16938	16175
- на 100 тыс. нас.				953,02	907,4
8. Взято на учёт с алкоголизмом за год	31514	29390	25216	24300	21819
- на 100 тыс. нас.		303,8	261,57	254,03	226,5
9. Взято в течение года с алкогольными психозами.	2044	1849	1640	1842	1301
- на 100 тыс. нас.		19,12	17,01	19,26	12,8
10. Взято в течение года с наркоманией и токсикоманией	1369	1391	1693	1251	1537
- на 100 тыс. нас.		13,8	16,99	13,07	15,96

Общее число наблюдаемых больных на начало 2012 года составило 284943 чел. (снижение за год на 0.5%), больных алкоголизмом - 176647 чел., (снижение за год на 1,1%), больных наркоманией - 10118 чел. (рост за год на 9,6 %)

Таблица 4.7

Количество проведенных экспертиз на алкогольное опьянение в наркологических диспансерах (2007 – 2012 гг.)

Регион	2008	2009	2010	2011	2012
Минск	25576	26738	26918	26642	24121
Брест. обл.	46614	60145	62340	54774	32823
Витеб. обл.	34671	44526	49987	50452	35687
Гом. обл.	29944	34395	35744	32383	20290
Грод. обл.	23519	30352	32886	32992	22881
Мин. обл.	33587	32857	32340	33221	20843
Мог. обл.	25333	27919	31364	31682	13877
Республика Беларусь	219244	256932	271509	262146	170522 (-35%)

## 5. МЕДИЦИНСКИЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ

## ПОСЛЕДСТВИЯ

### 5.1. Заболеваемость алкоголизмом и другие алкоголь-специфичные состояния

В 2012 г. отмечена незначительная тенденция к уменьшению числа лиц находящихся на диспансерном наблюдении по поводу алкоголизма – снижение составило 1,1%.

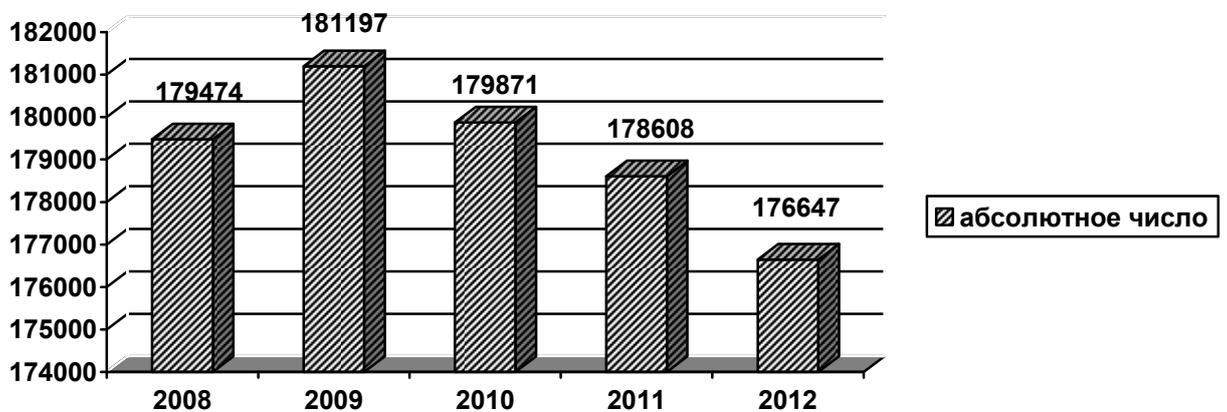


Рис. 5.1. Динамика изменения числа лиц, больных алкоголизмом в Республике Беларусь (абсолютные числа)

Относительный показатель общей заболеваемости алкоголизмом также свидетельствует о ее снижении на 1,8%.

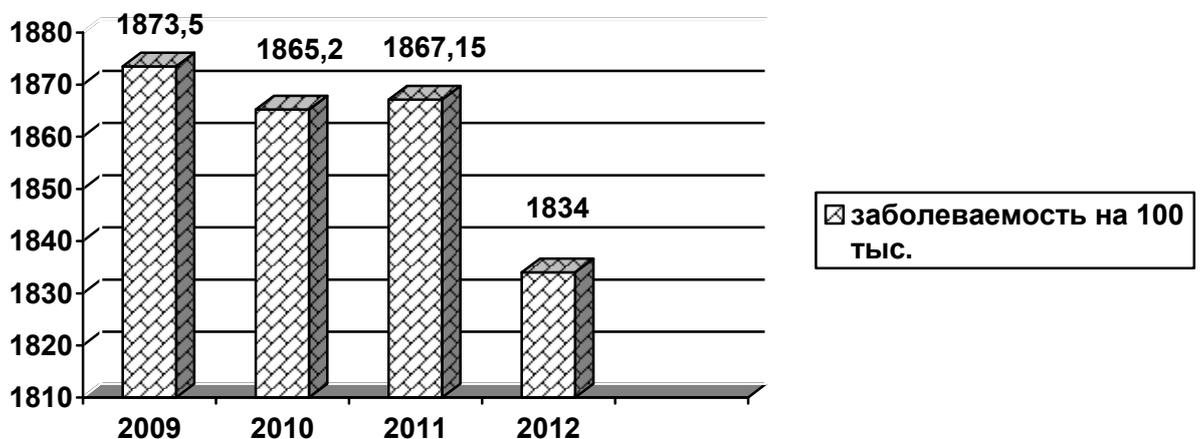


Рис. 5.2. Заболеваемость алкоголизмом в Республике Беларусь (на 100 тыс.)

Уменьшение числа больных алкоголизмом происходило в регионах неравномерно, наиболее интенсивно - в Минской области (на 3,9%), в то же время в Гродненской области число лиц, страдающих алкоголизмом, увеличилось на 1,9%.

Таблица 5.1  
Общее число диспансерных больных с алкоголизмом

Регион	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Минск	25896	26833	29102	28527	27433	27182 (-0,9%)
Брестская область	27110	27652	27690	28112	28441	28088 (-1,3%)
Витебская область	24626	23944	22262	22207	21581	21177 (-1,9%)
Гомельская область	27068	27052	26493	25909	26024	26005 (-0,1%)
Гродненская область	23846	24485	24994	24634	24689	25177 (+1,9%)
Минская область	26547	27021	27905	27548	28059	26979 (-3,9%)
Могилёвская область	22750	22905	23387	22934	22381	22039 (-1,5%)
Республика Беларусь	177869	179892	181197	179871	178608	176647

Общее число больных алкоголизмом, поставленных на учет в 2012 году уменьшилось по сравнению с предыдущим годом на 10,2%, причем наиболее интенсивно - в Гродненской области (на 15,9%) и в Брестской области (на 8,1%).

Таблица 5.2  
Общее число лиц, больных алкоголизмом, взятых на учет в течение года

Регион	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Минск	4790	4866	5096	3919	3618	3491 (- 3,5%)
Брестская область	4567	4250	4172	3640	3721	3421 (- 8,1%)
Витебская область	4197	4228	4133	3576	3094	2710 (-12,5%)
Гомельская область	4493	4166	4119	3842	3699	3243 (-12,4%)

Гродненская область	3503	3504	3629	3256	3271	2750 (-15,9%)
Минская область	4778	4578	4885	4387	4345	3803 (-12,5%)
Могилёвская область	3554	3370	3356	2596	2552	2401 (-5,9%)
Республика Беларусь	29913	28931	29390	25216	24300	21819 (-10,2%)

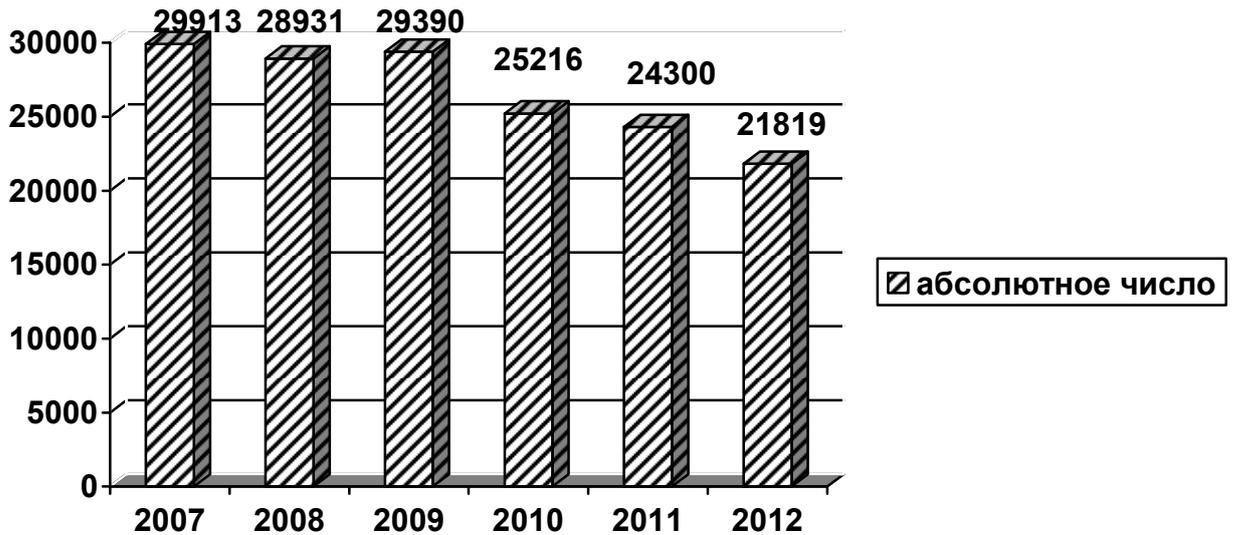


Рис. 5.3. Динамика изменения числа лиц, больных алкоголизмом, взятых на учет в течение года

В отличие от группы диспансерных пациентов общее число лиц, стоящих на профилактическом учете в связи с употреблением алкоголя в 2012 году увеличилось на 0,1%, в том числе в Гродненской области на 3,8%, в Брестской области - на 7,6%. В Витебской области число таких пациентов уменьшилось на 6,7%.

Таблица 5.3  
Общее число лиц, стоящих на профилактическом учете в связи со злоупотреблением алкоголя

Регион	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Минск	13601	13842	13428	12109	12060	12110 (+0,4%)
Брестская область	13609	14030	13397	13788	13893	14957 (+7,6%)
Витебская область	11163	10992	10500	10599	10886	10156 (-6,7%)

Гомельская область	12900	14581	15165	15678	16133	15592 (-3,6%)
Гродненская область	10116	9901	9866	9599	9488	9857 (+3,8%)
Минская область	14497	15928	16713	16802	17913	17878 (-0,2%)
Могилёвская область	7351	7720	7299	7956	8069	8011 (-0,7%)
Республика Беларусь	88209	86994	86368	86531	88442	88561 (+0,1%)

Анализ данных последних трех лет показывает тенденцию уменьшения числа лиц, перенёсших алкогольные психозы: в 2012 году поставлен на диспансерный учет 1301 человек, в 2011 году – 1842, в 2010 году – 1640 (рост за год на 12,3%), в 2009 году – 1849 человек, в 2008 году - 1822, (в 2007 году – 2127 человек, в 2006 году - 2546 человек). Число лиц, стоящих на диспансерном учете с алкогольными психозами за 2012 год, уменьшилось на 20,1%.

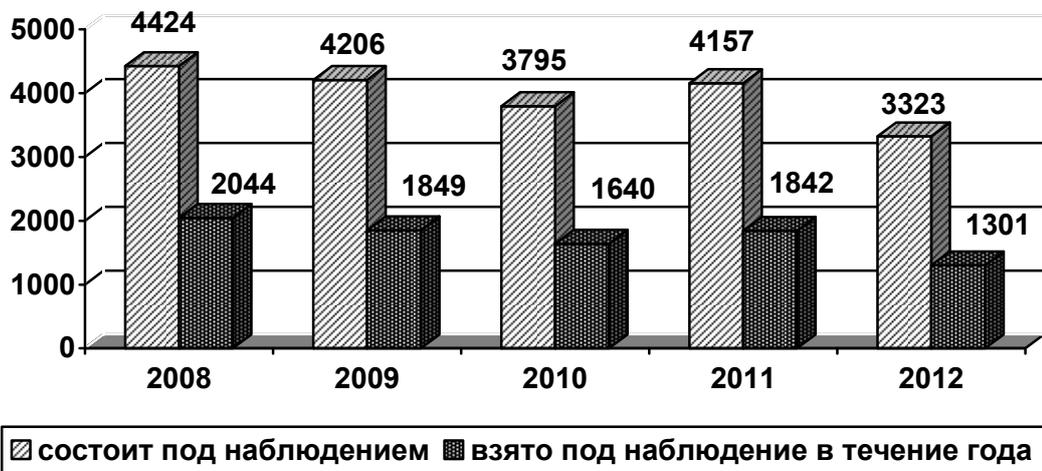


Рис. 5.4. Динамика изменения числа пациентов с алкогольными психозами

Коэффициент корреляции между числом наблюдаемых пациентов с алкоголизмом и числом наблюдаемых лиц с алкогольными психозами составил 0,69, что говорит о сильной прямо пропорциональной связи между этими показателями (в расчет брался период с 2008 по 2012 гг.). Практически идентичный коэффициент корреляции (0,68) и между показателями числа лиц с алкоголизмом и числом лиц, взятых на учет с алкогольными психозами в текущем году.

Таблица 5.4

Число лиц, перенесших алкогольные психозы и стоящих на учёте в наркологических диспансерах

Регион	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Минск	1111	1116	1041	941	1023	799
Брестская область	569	674	625	616	588	578
Витебская область	505	515	654	535	626	497
Гомельская область	577	574	547	463	371	338
Гродненская область	528	606	452	488	735	560
Минская область	797	709	669	500	464	319
Могилёвская область	234	238	218	252	350	232
Республика Беларусь	4321 (-4,0 %)	4432 (+2,5%)	4206 (-5,1%)	3795 (-9,8%)	4157 (+9,5%)	3323 (-20,1%)

Общее число наблюдаемых женщин с алкоголизмом в 2012 году составило 37148 (94,9% от всех женщин, состоящих на учете в наркологических диспансерах). В группе профилактического учета по алкоголизму состояло 17183 женщин.

На 01.01.2013 г. у наркологов под диспансерным наблюдением состоял 21 несовершеннолетний пациент с алкоголизмом и 15572 несовершеннолетних находились на профилактическом учете.

Таблица 5.5

Число несовершеннолетних, состоящих под наблюдением наркологической службы по поводу алкогольной зависимости и злоупотребления алкоголем

Регион	Диспансерный учет	Профилактический учет
Минск	1	4615
Брестская обл.	3	1708
Витебская обл.	4	1628
Гомельская обл.	4	3137
Гродненская обл.	1	1258
Минская обл.	3	2103
Могилёвская обл.	5	1123
<b>Республика Беларусь</b>	<b>21</b>	<b>15572</b>

Число женщин, стоящих на диспансерном учете по наркологическим заболеваниям, достигло 39134 человек или 20,5% от числа всех диспансерных пациентов, в 2011 году – 20,2%, в 2010 году - 19,6% (37883 человек), (в 2007 году – 17,5% (33246 человек)).

В г. Минске женщины составляют 18,7% от числа диспансерных пациентов, в Брестской области – 16,2%, Витебской – 24,2%, Гомельской – 21,8%, Гродненской – 19,3%, Минской области – 22,6%, Могилевской – 22,5%.

Таблица 5.6

Общее число женщин, стоящих на диспансерном учете по годам

Регион	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Минск	4995	5538	6126	6191	6070	6184 (+1,9%)
Брестская область	3979	4184	4476	4709	4852	4792 (-1,2%)
Витебская область	5095	5288	5340	5450	5417	5399 (-0,4%)
Гомельская область	4908	5229	5496	5621	5911	6038 (+2,1%)
Гродненская область	4086	4479	4699	4728	4916	5134 (+4,4%)
Минская область	5625	5935	6280	6067	6555	6472 (-1,3%)
Могилёвская область	4558	4747	5066	5097	5144	5115 -
Республика Беларусь	33246	35400	37483	37883	38865	39134 (+0,7%)

В 2012 г. общее число наблюдаемых женщин увеличилось на 0,7%, в Гродненской области - на 4,4%, уменьшение числа диспансерных пациенток-женщин наблюдается в Брестской области - на 1,2%, Минской области - на 1,3%, Витебской области - на 0,4%.

Таблица 5.7

Общее число женщин, стоящих на профилактическом учете по годам

Регион	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Минск	2543	2543	2996	2893	2887	2996
Брестская область	1682	1682	1853	1999	2043	2457 (+20,3%)
Витебская область	2344	2344	2424	2468	2531	2598

Гомельская область	1947	1947	2263	2421	2746	2783
Гродненская область	1545	1601	1691	1651	1713	1712
Минская область	2475	2520	2747	2913	3311	3422
Могилёвская область	1399	1662	1670	1777	1856	1974
Республика Беларусь	13165	14299	15644	16122	17087	17942 (+5,0%)

Общее число женщин, стоящих на профилактическом учете, увеличилось на 5,0%, в Брестской области - на 20,3%, Минской области - на 3,3%, в Могилевской области - на 6,3%,.

Таблица 5.8

Число женщин, взятых под наблюдение в течение года

Регион	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Минск	1166	1173	1236	965	891	867
Брестская область	828	775	838	742	669	611
Витебская область	1038	1142	1130	901	791	709
Гомельская область	998	1028	1127	1180	962	788
Гродненская область	813	932	934	799	874	808
Минская область	1173	1154	1314	878	1023	853
Могилёвская область	793	781	1834	666	641	611
Республика Беларусь	6809	6985	8413	6232	5851	5247

В течение года общее число взятых под наблюдение женщин уменьшилось на 10,4 %, в Гомельской области - на 18,1%.

Таблица 5.9

Число женщин, взятых под наблюдение в течение 2012 года  
по нозологиям

Регион	Алкоголизм + алк. психоз	Наркомания	Токсикоман ии	Группа проф.уч. алк	Группа проф. уч наркомании	Группа проф.уч токсикомани
Минск	941	102	-	1586	59	3
Брестская обл.	568	42	1	1128	22	8
Витебская обл.	787	9	2	1274	15	8
Гомельская обл.	970	66	4	1507	22	16
Гродненская обл.	774	35	-	1022	23	17
Минская обл.	862	87	3	1220	34	8
Могилевская обл.	595	13	2	1053	8	58
Республика	5497	354	12	8790	183	118
%	93,7%	6,0%	0,2%	96,7%	2,0%	1,3%

Таблица 5.10

Число женщин, состоящих под наблюдением  
по нозологиям (2012 г.)

Регион	Алкоголиз м Алк псих/алког	Наркома ния	Токсикомании	Проф. алкоголизм	Проф. наркомани и	Проф. токсикоман ии
Минск	5254	911	19	2658	313	25
Брестская область	4608	173	4	2397	51	8
Витебская область	5318	68	13	2541	37	20
Гомельская область	5756	273	9	2710	47	26
Гродненская область	4987	144	3	1658	33	21
Минская область	6180	293	4	3369	42	8
Могилевская область	5045	62	8	1850	22	102
Республика Беларусь	37148	1924	60	17183	545	210
%	<b>94,9%</b>	<b>4,9%</b>	<b>0,2%</b>	<b>95,8%</b>	<b>3,0%</b>	<b>1,2%</b>

Общее число наблюдаемых женщин с алкоголизмом составило 37148 (94,9%), с наркоманией - 1924 человека (4,9%), с токсикоманией - 60 чел.(0,2%). В группе профилактического учета - 17183 человек (95,8%) употребляли алкоголь, с употреблением наркотических средств – 545 чел. (3,0%), с токсикоманией – 210 человека (1,2%) Общее число наблюдаемых женщин составило 57076 чел (в 2011 году -56210 чел.) рост на 1,5%.

Таблица 5.11

Охват стационарным лечением женщин, находящихся под диспансерном наблюдением наркологической службы в 2012 году

Регион	Алкоголизм +алк. психоз		Наркомания		Токсикомания	
	всего под наблюдением	пролечено стационарно	всего под наблюдением	пролечено стационарно	всего под наблюдением	пролечено стационарно
Минск	941	559	102	17	-	-
Брестская	568	900	42	60	1	1
Витебская	787	1324	9	9	2	1
Гомельская	970	943	66	63	4	1
Гродненская	774	974	35	34	0--	-
Минская	862	422	87	33	3	-
Могилёвская	595	660	13	-	2	3
Республика Беларусь	5497	5782	354	216	12	6
%		105,2%		61,0%		50%

В 2012 г. РНПЦ психического здоровья пролечено 405 женщин с алкогольным психозом, 1003 - с алкоголизмом, 423 - с наркоманией.

Таблица 5.12

Охват стационарным лечением женщин, находящихся на профилактическом наблюдении наркологической службы в 2012 году.

Регион	Алкоголизм +алк. психоз		Наркомания		Токсикомания	
	всего под наблюдением	пролечено стационарно	всего под наблюдением	пролечено стационарно	всего под наблюдением	пролечено стационарно
Минск	1586	11	59	-	3	
Брестская обл.	1128	20	22	-	8	-
Витебская обл.	1274	114	15	1	8	-

Гомельская обл.	1507	7	22		16	1
Гродненская обл.	1022	16	23	-	17	-
Минская обл.	1220	17	34	-	8	-
Могилёвская обл.	1053	27	8	-	58	-
Республика Беларусь	8790	212 (2,4%)	183	1 (0,5%)	118	1 (0,8%)

Таблица 5.13

Число умерших диспансерных пациентов наркологических диспансеров

Регион	2008	2009	2010	2011	2012
Минск	746	566	770	979	742
Брестская обл.	708	800	975	1173	832
Витебская обл.	501	488	519	694	552
Гомельская обл.	837	841	880	943	694
Гродненская обл.	946	1010	986	1236	809
Минская обл.	931	848	730	736	657
Могилёвская обл.	595	678	633	989 (+56,2%)	679
<b>Республика Беларусь</b>	<b>5264</b>	<b>5130</b>	<b>5493</b>	<b>6750</b>	4965
<b>Процент к стоящим на дис. учете</b>	<b>2,7%</b>	<b>2,6%</b>	<b>2,8%</b>	<b>3,5%</b>	2,6%

Смертность диспансерных пациентов за последние годы постепенно уменьшается. В 2012 году умерло 4965 человек, в 2011 году – 6750 человек, в 2010 году – 5493 человек (+22,8%), в 2009 году - 5130 человек, что на 2,6% меньше, чем в 2008 году.

## 5.2. Смертность от причин, связанных с алкоголем

Во всех странах постоянно регистрируется значительное количество смертей, являющихся последствием употребления алкоголя. Алкогольная смертность - самое тяжелое следствие злоупотребления алкоголем.

Таблица 6.1

## Смертность от причин, связанных с алкоголем

Причина	2007	2008	2009	2010	2011	<b>2012</b>
Всего	14359	14317	13741	19589	22748	<b>11320</b>
Случайные утопления	1068	861	838		731	<b>704</b>
Самоубийства	2666	2664	2735	2474	2174	<b>1944</b>
Отравление алкоголем	2416	2625	2436	2407	2421	<b>1851</b>
ДТП	1934	1958	1579	1469	1496	<b>1317</b>
Убийства	652	650	592	514	477	<b>391</b>
От причин, связанных с потреблением алкоголя (кроме случайного отравления)	980	1000	1077	1339	2032	<b>1186</b>

За 2012 года смертность от случайного отравления алкоголем уменьшилась на 23,6 %, от самоубийств - на 10,3%%, от убийств - на 18,1%. Смертность от дорожно-транспортных происшествий увеличилась на 12,0 %, в то же время смертность от причин, связанных с потреблением алкоголя уменьшилась на 41,6%.

Таблица 6.2

## Динамика изменения смертности от случайного отравления алкоголя в различных регионах республики.

	Брестская область	Витебская область	Гомельская область	Гродненская область	Минская область	Минск	Могилевская область	Республика Беларусь
2010	284	419	431	304	364	337	336	2475
2011	349	414	273	298	390	390	307	2421
2012	268	310	194	260	312	280	227	1851
%	76,8%	74,9%	71,1%	87,2%	80,0%	71,8%	73,9%	76,5%

В целом по республике смертность от случайного отравления алкоголем уменьшилась на 23,6%, в то же время в Гомельской области уменьшилась на 28,9%, в Брестской области - на 23,2%, в г. Минске - на 28,1%.

Таблица 6.3

Динамика умерших от причин, связанных с употреблением алкоголя (кроме случайного отравления алкоголем).

	Брестская область	Витебская область	Гомельская область	Гродненская область	Минская область	Минск	Могилевская область	Республика Беларусь
2010	185	188	124	246	214	207	192	1356
2011	316	261	183	329	334	286	323	2032
2012	173	148	98	180	205	178	204	1186
%	54,7%	56,7%	53,6%	54,7%	61,4%	62,2%	63,2%	58,4%

По сравнению с 2011г. смертность от причин, связанных с употреблением алкоголя за 2012 год значительно уменьшилась – на 41,6%. Наилучшие показатели отмечаются в Гомельской (снижение на 46,4%), Брестской (снижение на 45,3%) и Витебской (снижение на 43,3%) областях.

В 2012 году в результате **отравлений алкоголем** в Республике Беларусь умерло 1851 человека, а от других причин связанных с употреблением алкоголя (это кроме случайных отравлений алкоголем) – 1186 человек.

От внешних причин в 2012 году умерло 3039 человек, в том числе от случайных утоплений – 704 человека, самоубийств – 1944, убийств – 391. Достаточно часто смертность от внешних причин связана с употреблением алкоголя и, как правило, жертвами становятся люди трудоспособного возраста.

В результате сравнительного анализа показателей смертности за 2011 и 2012 годы сформулированы следующие выводы:

1. Число умерших от причин, связанных с употреблением алкоголя во всех областях Республики Беларусь снизилось: от 46,4% в Гомельской области до 36,8% в Могилевской. В целом по стране смертность от причин, связанных с употреблением алкоголя снизилась на 41,6%.

2. Количество смертей от случайного отравления алкоголем уменьшилось на 23,6 % по сравнению с аналогичным периодом прошлого года. Максимальное снижение данного показателя наблюдается в Гомельской области - на 28,9%, и в г. Минске - на 28,2 %. Среди сельского населения уровень смертности от случайного отравления алкоголем снизился на 29,8%, а среди городского населения - на 19 %.

3. Среди трудоспособного населения наибольшее увеличение смертности от случайного отравления алкоголем наблюдается в Минской области - на 9,2% и среди городского населения в Гродненской области - на 2,8%.

4. Среди лиц старше трудоспособного возраста наибольшее уменьшение смертности от случайного отравления алкоголем наблюдается в

Минской области - на 47,3%, наименьшее уменьшение - в Гомельской области на 21,4%.

### **5.3. Соматические заболевания, обусловленные алкоголем**

**Алкогольные поражения печени.** Алкогольные поражения печени являются важной проблемой общественного здравоохранения. Смертность в результате цирроза печени является широко используемым статистическим показателем, позволяющим определить степень различия между странами в уровне причиняемого алкоголем вреда. Не во всех случаях алкоголь является главной причиной смертности от цирроза, и вклад его в этот вид смертности может варьировать в различных странах, однако считается общепризнанным, что около 50% всех смертей от цирроза печени связаны с алкоголем [1]. В Беларуси в период с 1970 по 1999 годы уровень смертности в результате цирроза печени вырос в 3,5 раза (с 2,5 до 12,4 на 100 тыс. населения) [2]. В этой связи актуальной задачей является улучшение диагностики и лечения алкогольных поражений печени. Согласно современным представлениям о поражении печени при хронической алкогольной интоксикации выделяют три нарастающих по степени тяжести формы патологии, которые развиваются последовательно или одновременно на фоне приема токсических доз алкоголя: жировая дистрофия, гепатит и цирроз [3].

Алкогольный стеатоз или жировая дистрофия печени является начальным этапом структурных изменений печени вызываемых хронической алкогольной интоксикацией и развивается у 80-90% алкоголиков. В большинстве случаев проявления алкогольного стеатоза редуцируются после 3-4 недель абстиненции, т.е. являются обратимыми. Однако алкогольный стеатоз может прогрессировать в более тяжелое повреждение печени. В клинических и экспериментальных исследованиях было показано, что риск развития хронических заболеваний печени коррелирует с тяжестью стеатоза. Основными типами стеатоза являются макровезикулярная форма, когда гепатоцит содержит одну большую жировую вакуоль и микровезикулярная форма. В биоптатах печени часто обнаруживаются смешанные макро и микро формы на основании чего делается предположение, что эти формы представляют собой стадии развития стеатоза – микро везикулярная форма является острым проявлением, а макро везикулярная – хроническим проявлением. Стеатоз главным образом развивается вследствие нарушения метаболизма липидов в гепатоцитах вызванного изменением гепатоцеллюлярного редокс-потенциала, т.е. увеличение соотношения НАДН к НАД как следствие метаболизма этанола. Однако тот факт, что на протяжении хронической алкогольной интоксикации редокс потенциал гепатоцитов возвращается к норме, несмотря на развитие стеатоза предполагает, что и другие факторы могут быть вовлечены в развитие алкогольного поражения печени. В развитии алкогольного стеатоза могут принимать участие следующие механизмы.

Увеличение поступления свободных жирных кислот и глицерол-3-фосфата как субстратов для синтеза триглицерола, путем увеличения захвата жирных кислот из крови, ингибирования окисления жирных кислот и увеличение экзогенного синтеза жирных кислот. Мобилизация жирных кислот из жировой ткани на периферии связана с воздействием катехоламинов, высвобождаемых под воздействием ацетальдегида.

Увеличение эстерификации жирных кислот в триглицерол в ответ на усиленное поступление алкоголя, приводящее к метаболическому стрессу, который характеризуется увеличением соотношения кортикостероиды-глюкагон к инсулину приводящее к увеличению способности печени к эстерификации жирных кислот.

Снижение экспорта триглицеридов, которые вместе с фосфолипидами и аполипопротеинами формируют липопротеины очень низкой плотности (ЛОНП). Дефект в секреции ЛОНП также может быть обусловлен повреждением ацетальдегидом микротубул в аппарате Гольджи.

Ультраструктурные изменения при стеатозе включают увеличение и искривление митохондрий, укорочение крист, вакуольную дилатацию и пролиферацию эндоплазматического ретикулула. Фиброз является частым атрибутом алкогольного стеатоза. Раннее появление фиброзной ткани обычно наблюдается вокруг центральных вен и венул. Важно отметить, что перивенулярный фиброз может наблюдаться при отсутствии выраженного воспаления и некроза, в связи с чем большинство патологов относят его начальные проявления к стеатозу печени. Из 75 госпитализированных алкоголиков с диагнозом жирового гепатоза у 40% при биопсии печени был обнаружен перивенулярный фиброз без признаков диффузного алкогольного гепатита [4]. Развитие перивенулярного фиброза свидетельствует о начале фиброобразования, которое при продолжении алкоголизации быстро переходит в более тяжелые стадии, включая цирроз. Таким образом, перивенулярный фиброз может считаться маркером уязвимости печени для последующего развития цирроза. Механизмом фиброобразования является повреждение алкоголем и ацетальдегидом стеллацитов (липоцитов) печени, которые трансформируются в миофибробластоподобные клетки. Стеллациты играют ключевую роль в процессе коллагенообразования. Ацетальдегид стимулирует синтез коллагена этими клетками. Клинический спектр проявлений алкогольного стеатоза может включать от асимптоматичной гепатомегалии до тяжелой гепатоцеллюлярной недостаточности с холестазом и портальной гипертензией. Гепатомегалия является наиболее частым клиническим признаком, присутствующим при физикальном исследовании у 73% пациентов [5]. В более тяжелых случаях наблюдается анорексия, тошнота, рвота, желтушность, отечность. Тяжелые формы стеатоза печени могут представлять клиническую картину экстрапеченочной обструктивной желтухи, особенно если ассоциируются с темной мочой и ахоличным стулом. Типичными нарушениями лабораторных тестов является умеренное повышение активности ГГТП и трансаминаз (Аст и Алт). В отличие от более

тяжелых поражений печени все лабораторные тесты нормализуются в первые дни госпитализации.

Алкогольный гепатит обычно развивается после 5-10 лет злоупотребления алкоголем и характеризуется появлением некроза с воспалительной реакцией. Термин алкогольный гепатит в настоящее время принят большинством патологов и клиницистов. В то время как развитие стеатоза у алкоголиков является обычным явлением, алкогольный гепатит развивается у 10-35% пациентов. Традиционно алкогольный гепатит рассматривается как поражение, предшествующее алкогольному циррозу. Однако алкогольный цирроз также может развиваться при отсутствии алкогольного гепатита. Гистологически алкогольный гепатит характеризуется баллонной дистрофией гепатоцитов (преимущественно в перивенулярных областях), паренхимальным и портальным воспалением с полиморфонуклеарными лейкоцитами, различной степенью стеатоза, некроза, фиброза и холестаза. В цитоплазме клетки печени откладываются неправильной формы эозинофильные образования, представляющие собой конденсаты опорных микроволокон клетки. Глыбки этого вещества были впервые описаны Ф.Б. Маллори в 1911 году и получили название телец Маллори или алкогольного гиалина. Алкогольный гиалин Маллори считается диагностическим признаком алкогольного гепатита, хотя он может встречаться при хроническом поражении печени неалкогольной этиологии. Ультраструктурные изменения при алкогольном гепатите схожи с изменениями при алкогольном стеатозе, но более выражены.

Алкогольный цирроз развивается у 10-20% алкоголиков. В основе алкогольного цирроза печени лежат следующие морфологические изменения: развитие фиброза и узловой регенерации, а также внутripеченочных сосудистых анастомозов. Соединительная ткань искажает нормальную архитектонику печени, образуя тяжи соединительной ткани, соединяющие портальные и центральные зоны. Такие нарушения нормальной архитектоники печени создают условия для повышения давления в системе портальной вены. Сначала узлы соединительной ткани одинаковы по размерам и форме. В более тяжелых случаях узлы цирроза становятся больше и отличаются по размерам и форме. Одной из наиболее характерных черт цирроза является изменение печеночной циркуляции крови. Эндотелебит и перивенулярный фиброз может нарушать отток из синусоидов, а регенеративные узлы могут сдавливать печеночные вены, что в результате приводит к постсинусоидной портальной гипертензии. Общий кровоток в печени при циррозе снижается через экстрапеченочный портосистемный шунт. Циркуляция крови ограничивается через образование сосудов в соединительной ткани, которые образуют анастомозы между афферентными ветвями портальных вен и печеночной артерией и эфферентным притоком печеночных вен. Коллаген откладывается в пространстве Диссе и может далее увеличивать резистентность кровотоку и изолировать гепатоциты от снабжения кровью. В добавление к фиброзу могут наблюдаться различные комбинации воспалительной реакции,

жировой дистрофии и холестаза. Результатом этих изменений является значительное ухудшение функций печени. Относительно частой находкой при циррозе печени является гепатоцеллюлярная карцинома. Патогенетически она традиционно ассоциируется с циррозом, однако карциногенные свойства алкоголя также могут играть роль в ее возникновении. Желтуха и гепатомегалия являются типичными физикальными признаками цирроза. Вторичные феномены включают портальную гипертензию со спленомегалией, отек и асцит, энцефалопатию, кровоизлияния из варикозных расширений пищевода и желудка, а также кровотечения вследствие абнормальности свертываемости крови. Третичные осложнения включают спонтанные перитониты вызванные анаэробными бактериями. Как правило, обнаруживается снижение уровня сывороточного альбумина и преальбумина и повышение уровня бета и гамма-глобулинов, а также иммуноглобулинов А, G, М. Уровень сывороточных трансаминаз и фосфатаз также умеренно повышен. Снижение альбумина в плазме и удлинение протромбинового индекса коррелирует с тяжестью гистологических повреждений. Алкогольный цирроз печени обычно диагностируется на поздних стадиях, когда становятся очевидными осложнения портальной гипертензии. На этой стадии патологические изменения являются необратимыми. Ранняя диагностика может быть достигнута с помощью биопсии печени. Клиническое течение алкогольного цирроза печени неблагоприятное. Проспективные наблюдения за 280 пациентами с алкогольным циррозом на протяжении 48 месяцев показали, что половина из них умерли [6].

**Алкогольное поражение мозга.** Алкогольная энцефалопатия является одной из основных причин деменции и диагностируется у 10-30% пациентов с клиническими признаками слабоумия [7]. Проблема осложняется тем, что признаки латентной энцефалопатии отмечаются у большинства лиц, злоупотребляющих алкоголем. Как известно алкогольная энцефалопатия ассоциируется с повышенным риском производственного и транспортного травматизма, а также с асоциальным поведением. В этой связи актуальной задачей является исследование патогенеза алкогольного поражения мозга с целью разработки методов профилактики и лечения. Алкоголь и его метаболит ацетальдегид обладает нейротоксическим действием, прямо воздействуя на нервные клетки [8]. Хроническая алкогольная интоксикация является дополнительным риском вследствие таких причин как недостаточность питания, поражение печени, травмы мозга [9]. Во многих исследованиях было показано, что у 50-75% пациентов, проходивших курс детоксификации обнаруживались когнитивные нарушения различной степени выраженности [10]. Существует континуум алкогольных поражений мозга от умеренно выраженного когнитивного дефицита, который отмечается у большинства лиц, злоупотребляющих алкоголем до алкогольной энцефалопатии и деменции. Индивидуальная уязвимость к алкогольному поражению мозга различна и зависит от многих факторов,

таких как пол, возраст, наследственность. Поэтому сложно определить уровень потребления алкоголя, который приводит к алкогольному поражению мозга. Как правило, степень выраженности алкогольного поражения мозга коррелирует с количеством и длительностью злоупотребления алкоголем. Однако у некоторых индивидуумов алкогольное поражение мозга может развиваться даже при употреблении относительно небольших доз алкоголя. Нейропсихологические исследования показали, что алкоголики хуже выполняют тесты на обучение, память, разрешение проблем [11]. У алкоголиков нарушены высшие когнитивные функции, такие как внимание, планирование, абстрагирование, использование внутренней и внешней обратной связи для адаптивного поведения в будущем [12]. Нарушение высших когнитивных функций, а также морально-этическое снижение приводит к нарушению социального поведения, включая импульсивность, асоциальное поведение, агрессивность. Электроэнцефалографические исследования с использованием метода вызванных потенциалов показали, что алкоголики испытывают трудности в дифференцировке стимулов [13]. С помощью этого метода было установлено, что на фоне алкогольного абстинентного синдрома (ААС) гипервозбудимость ЦНС проявляется ускоренным появлением (снижение латентности) и высокой амплитудой вызванного потенциала. Через три недели после купирования ААС отмечается повышение латентности и снижение амплитуды вызванного потенциала. У больных алкоголизмом также отмечено запаздывание появления волны Р 300 на зрительные стимулы по сравнению со здоровыми добровольцами, что свидетельствует о нарушении переработки информации в мозге алкоголиков [14].

**Алкоголь и сахарный диабет.** Сахарный диабет является социально значимым заболеванием, демонстрирующим тенденцию ежегодного роста. Согласно прогнозам специалистов заболеваемость сахарным диабетом типа II в мире в период с 2000 по 2030 годы вырастет на 37% [15]. В США сахарным диабетом страдает 15 миллионов человек, а ежегодные расходы связанные с этим заболеванием и его осложнениями (сердечно-сосудистые заболевания, почечная недостаточность, вызванная ретинопатией слепота) достигают 90 миллиардов долларов, что составляет около 25% от всех расходов на здравоохранение [16]. Рост заболеваемости сахарным диабетом типа II, наблюдающийся в последние десятилетия в Японии специалисты склонны объяснять "вестернизацией" образа жизни [17]. Это согласуется с гипотезой, согласно которой важную роль в этиологии сахарного диабета играют психосоциальные факторы. В пользу психосоциальной природы сахарного диабета свидетельствует резкий рост уровня смертности от этого заболевания в республиках бывшего Советского Союза на фоне психосоциального дистресса связанного с радикальными реформами в 90-х годах прошлого века. Так, в Беларуси в период с 1981 по 1993 годы уровень смертности от сахарного диабета среди мужчин вырос в 4,3 раза (с 1,5 до 6,5

на 100 тысяч населения), а среди женщин в 3,9 раза (с 2,4 до 9,4 на 100 тысяч населения).

Наряду с генетической предрасположенностью и психосоциальными факторами важную роль в этиологии сахарного диабета играет нездоровый образ жизни: недостаточная физическая активность, переедание, ведущее к избыточному весу, курение, и т.д. Злоупотребление алкоголем является одним из факторов риска сахарного диабета. Диабетогенные эффекты алкоголя включают непосредственное токсическое воздействие на клетки поджелудочной железы [18], ингибирование секреции инсулина и повышение резистентности к нему [19], нарушение углеводного обмена [20], ожирение, обусловленное поступлением излишних калорий [21], а также нарушение функций печени [22]. В экспериментальных исследованиях было показано, что у крыс подвергавшихся хронической алкогольной интоксикации отмечалось уменьшение объема поджелудочной железы и атрофия бета-клеток [18]. Метаболиты этанола 2,3-бутандиол и 1,2-пропандиол ингибируют базальный, а также инсулин-стимулируемый метаболизм в адипоцитах [17].

Гипогликемические эффекты алкоголя могут представлять потенциальную опасность для больных, страдающих сахарным диабетом. По оценкам некоторых авторов один из пяти эпизодов тяжелой гипогликемии обусловлен приемом алкоголя [23]. В одном из исследований было продемонстрировано, что употребление накануне вечером даже небольших доз алкоголя пациентами, страдающими сахарным диабетом типа I приводит к утренней гипогликемии [24]. Механизм этого эффекта до конца не исследован, однако предполагается, что гипогликемические эффекты алкоголя опосредованы снижением ночной секреции гормона роста. В экспериментальных исследованиях было показано дозозависимое снижение секреции гормона роста алкоголем [25]. Кроме того, алкоголь влияет на различные аспекты метаболизма глюкозы. В частности, было показано, что алкоголь ингибирует на 45% глюконеогенез, что может быть опосредовано нарушением редокс-потенциала, дозозависимым стимулированием выброса адреналина и норадреналина и т.д. [20]. Известно, что при сахарном диабете типа I глюконеогенез отвечает за значительную часть мобилизации глюкозы из печени [26]. Поэтому больные, страдающие сахарным диабетом, могут быть более чувствительны к гипогликемическим эффектам алкоголя, по сравнению с здоровыми субъектами. Алкоголь также может усиливать гипогликемические эффекты других препаратов (например, бета-блокаторов) [20].

Результаты эпидемиологических исследований, посвященные взаимосвязи между потреблением алкоголя и заболеваемостью сахарным диабетом типа II противоречивы [27,28,29,15]. Во многих исследованиях была продемонстрирована положительная взаимосвязь между злоупотреблением алкоголем и риском развития сахарного диабета типа II. Так в одном проспективном исследовании было показано, что употребление алкоголя в дозе более 25 грамм в день значительно повышает риск

заболевания сахарным диабетом типа II по сравнению с употреблением небольших доз алкоголя [29]. Согласно результатам другого исследования риск развития сахарного диабета типа II у субъектов употребляющих более 36 грамм алкоголя в день на 50% выше по сравнению с теми, кто употребляет 1,7 грамм алкоголя в день [26]. Также было показано, что мужчины среднего возраста употребляющие более 21 доз алкоголя в неделю имеют на 50% больше риска развития сахарного диабета типа II по сравнению с теми, кто выпивал менее 1 дозы в неделю [17]. Согласно другим данным риск сахарного диабета типа 2 в 2,5 раза выше у мужчин злоупотребляющих алкоголем по сравнению с абстинентами [30]. В одной из работ было показано, что употребление больших доз алкогольных напитков за короткий промежуток времени (так называемый интоксикационно-ориентированный паттерн потребления алкоголя) повышает риск развития сахарного диабета типа 2 у женщин [19]. Что касается вида алкогольного напитка, то риск развития сахарного диабета типа II у мужчин среднего возраста потребляющих более 14 доз алкоголя в неделю в виде крепких алкогольных напитков на 80% выше по сравнению с мужчинами, употребляющими слабоалкогольные напитки [26]. Поскольку злоупотребление алкоголем часто сопровождается курением, необходимо несколько слов сказать о влиянии курения на риск заболевания сахарным диабетом. В проспективном исследовании в котором участвовало 41810 мужчин (срок наблюдения составил 6 лет) была показана что курение повышает в два раза риск сахарного диабета типа II [31]. Предполагаемым механизмом такого эффекта является повышение резистентности к инсулину у курильщиков. Очевидно, что сочетание курения и злоупотребления алкоголем резко повышает риск развития сахарного диабета.

В последнее время в литературе широко дискутируется вопрос относительно существования U- или J- образной взаимосвязи между заболеваемостью сахарным диабетом типа II и потреблением алкоголя [21,22,32]. Это означает снижение риска заболеваемости при употреблении небольших доз алкоголя и повышение риска при употреблении высоких доз алкоголя. В метаанализе исследований посвященных взаимосвязи между алкоголем и сахарным диабетом было продемонстрировано, что потребление алкоголя в дозе от 6 до 48 грамм в день снижает риск сахарного диабета типа II на 30% по сравнению с абстинентами и лицами употребляющими более 48 грамм алкоголя в день [15]. В проспективном исследовании была обнаружена нелинейная взаимосвязь между потреблением алкоголя и риском развития сахарного диабета типа II. Риск сахарного диабета прогрессивно снижается до уровня потребления алкоголя 23,0 – 45,9 грамм в день и растет при употреблении больших доз (> 69,0 грамм в день). С учетом сопутствующих факторов риска протективный эффект малых доз алкоголя более очевиден у пожилых мужчин, не курящих, с неотягощенной по сахарному диабету наследственностью [17]. В одном из исследований участвовало 85 тысяч женщин в возрасте 34-59 лет, которые наблюдались в течении 4 лет. Было показано снижение риска заболеваемости сахарным диабетом типа II у лиц

употребляющих умеренные дозы алкоголя по сравнению с непьющими [33]. Похожие результаты были получены в другом проспективном когортном исследовании участниками которого были 41 тысяча мужчин в возрасте 40-75 лет которые наблюдались на протяжении 6 лет [31].

Различия в результатах эпидемиологических исследований могут быть обусловлены этническими особенностями, различием жизненного стиля, а также различными методологическими подходами, в том числе различием в оценках потребления алкоголя, различием в диагностике сахарного диабета, различными сроками наблюдения. Так в некоторых исследованиях в одну группу объединены бывшие алкоголики, не употреблявшие алкоголь на момент обследования и лица, никогда не употреблявшие алкоголь в течение своей жизни (абстиненты). Эти различия также могут быть обусловлены разницей в возрасте. Так, в одном из исследований протективные эффекты алкоголя были обнаружены только для лиц старше 44 лет [15]. У лиц молодого возраста сахарный диабет часто является врожденным и поэтому мало зависит от приема алкоголя. Противоречивость результатов исследования взаимосвязи алкоголь – риск сахарного диабета может обуславливать такой важный фактор как индекс массы тела, который часто игнорируется. Снижение риска сахарного диабета при употреблении малых доз алкоголя было показано как для лиц с относительно низким, так и с относительно высоким индексом массы тела. При этом уровень потребления алкоголя, ассоциирующийся с снижением риска сахарного диабета ниже у лиц с относительно низким индексом массы тела (6-12 грамм в день), чем у лиц с относительно высоким индексом (12-24 грамма в день) [15]. Различия в результатах для мужчин и женщин могут быть обусловлены тем, что женщины более склонны скрывать злоупотребление алкоголем, а также различием в предпочтении алкогольных напитков. Согласно эпидемиологическим исследованиям повышение риска сахарного диабета среди мужчин употребляющих большие дозы алкоголя в значительной степени определяется крепкими алкогольными напитками [26]. В тоже время женщины преимущественно употребляют слабоалкогольные напитки. Предпочтение различных видов алкогольных напитков обычно ассоциируется с определенными демографическими характеристиками и стилем жизни. Лица, предпочитающие вино, как правило, более образованы, некурящие, ведут более здоровый образ жизни и как следствие этого имеют более низкий риск заболеваемости.

Резюмируя результаты эпидемиологических исследований можно вне всяких сомнений говорить о диабетогенных эффектах больших доз алкоголя с одной стороны и возможных профилактических эффектах малых доз алкоголя с другой. Для этих эффектов алкоголя существуют биологические предпосылки. В то время как острая и хроническая алкогольная интоксикация повышает резистентность к инсулину, малые дозы алкоголя снижают ее. В этой связи некоторые авторы предполагают, что польза от малых доз алкоголя возможна у 10% населения с фенотипом связанным с синдромом резистентности к инсулину [34].

Обсуждавшиеся выше работы были посвящены взаимосвязи между потреблением алкоголя и риском развития сахарного диабета типа II. Не менее интересной представляется дискуссия относительно влияния алкоголя на риск смертности от сердечно-сосудистых заболеваний у больных сахарным диабетом.

Сахарный диабет ассоциируется с трехкратным увеличением риска заболеваемости ишемической болезнью сердца (ИБС), что обусловлено дислипидемией, гипертензией, ростом резистентности к инсулину, гиперкоагуляцией [35]. Согласно результатам некоторых эпидемиологических исследований малые дозы алкоголя снижают риск ИБС в общей популяции [36]. Аналогичные эффекты были показаны для больных, страдающих сахарным диабетом типа II. Так, в проспективном когортном исследовании, в котором участвовало 87938 мужчин-врачей было показано, что малые дозы алкоголя снижают риск ИБС на 40% как среди больных сахарным диабетом типа II, так и среди здоровых [30]. Снижение риска ИБС у больных сахарным диабетом типа II при употреблении малых доз алкоголя было также продемонстрировано в проспективном исследовании, в котором принимало участие 121700 женщин-медсестер в возрасте 30-55 лет наблюдавшихся на протяжении 12 лет [37]. В другом проспективном когортном исследовании была установлена обратная взаимосвязь между потреблением малых доз алкоголя и риском ИБС среди пожилых больных сахарным диабетом типа II [38]. При этом было показано, что потребление менее 2 грамм алкоголя в сутки снижает риск ИБС на 40%, употребление от 2 до 13 грамм снижает риск на 55%, а употребление 14 грамм алкоголя в сутки снижает риск ИБС на 75%.

Изложенные выше результаты эпидемиологических исследований ставят в затруднительное положение практических врачей, поскольку пациенты, страдающие диабетом, часто спрашивают относительно употребления алкоголя. Рекомендации Американской и Британской диабетических ассоциаций касающиеся приема алкоголя такие же, как и для общей популяции: не более двух доз алкоголя в день (одна доза эквивалентна 8 граммам абсолютного алкоголя) [39,40]. При этом подчеркивается, что алкоголь следует употреблять только вместе с пищей. Необходимо также учитывать, что риск гипогликемии существует на протяжении последующих нескольких часов после выпивки. Что касается кардиопротективных эффектов алкоголя, то какие-либо рекомендации по этому поводу следует давать очень осторожно, с учетом индивидуальных особенностей пациента. Разумеется, не следует рекомендовать употребление алкоголя лицам, которые не способны контролировать его прием. В этой связи следует отметить, что само понятие "малая доза" является относительным, поскольку для некоторых пациентов одна доза - мало, две - много, а три уже недостаточно. J-образная кривая риска предполагает наличие определенного оптимального уровня потребления при котором реализуются кардиопротективные эффекты, а риск связанных с алкоголем проблем минимален. Как показывают исследования самое большое снижение риска

отмечается на очень низком уровне потребления – от одной до двух доз в день. Дальнейшее повышение потребление алкоголя повышает риск различных негативных последствий. Кроме того, необходимо иметь в виду, что J-образная взаимосвязь между потреблением алкоголя и общей смертностью была убедительно показана для пожилых людей, в то время как для молодых групп населения эта связь является линейной. Это обусловлено обстоятельством, что наиболее частыми причинами смерти в молодом возрасте являются несчастные случаи и отравления, в то время как в старших возрастных группах основной причиной смертности становятся сердечно-сосудистые заболевания. Таким образом, поскольку для риска возникновения связанных с алкоголем проблем не существует четкого нижнего предела, польза от малых доз алкоголя может превосходить вред у лиц пожилого возраста, страдающих сахарным диабетом, поскольку у них высок риск ИБС.

**Алкогольный синдром плода.** Изучение эмбриотоксических и тератогенных эффектов алкоголя началось уже во второй половине 19-го века. В последнее время наблюдается усиление интереса к алкогольной эмбриопатии, что связано с ростом уровня злоупотребления алкоголем среди беременных женщин. Так в США от 3 до 10% беременных женщин злоупотребляют алкоголем. В период с 1991 по 1995 годы уровень потребления алкоголя беременными женщинами вырос на 15,3%. В 1999 году около 130 тысяч беременных женщин часто употребляли алкоголь [41]. Как самостоятельная нозологическая единица алкогольный синдром плода (АСП) был впервые описан во Франции в 1968 году [42] а затем в США в 1973 году [43]. АСП представляет собой сочетание симптомов поражения ЦНС, отставание в росте и специфических проявлений лицевого дисморфизма. Дети с такой патологией рождаются у матерей, которые употребляют алкоголь во время беременности. Эпидемиологические исследования последних лет свидетельствуют о том, что АСП встречается с частотой от 1 до 3 на 1000 новорожденных, при этом указывается на недостаточную диагностику этого синдрома. В США ежегодно рождается около 8 тысяч детей с АСП и около 40 тысяч детей с различной степенью последствий пренатальной алкоголизации. Особенно часто этот синдром встречается среди коренных американцев и представителей низких социальных слоев. АСП считается наиболее частой причиной умственной отсталости у детей [44]. В этой связи проблема влияния алкогольной интоксикации на здоровье плода становится одной из актуальных проблем современной медицины. Диагноз АСП ставиться при наличии трех компонентов синдрома – отставание в росте, признаков поражения ЦНС и специфических уродств. Под этот диагноз подходит лишь небольшая часть нарушений, которые отмечаются у детей, подвергшихся воздействию алкоголя в пренатальный период развития. В литературе встречаются такие термины как «эмбриональный алкогольный синдром», «алкогольная эмбриопатия», «фетальные алкогольные эффекты», которые часто трактуются как синоним АСП. Они обычно используются для описания

врожденных дефектов, вызванных внутриутробным воздействием алкоголя в том случае, когда отсутствуют какие-либо компоненты полной клинической картины АСП. В англоязычной литературе для описания нарушений со стороны нервной системы в результате пренатального воздействия алкоголя используется термин связанный с алкоголем дефект неврологического развития (Alcohol-related neurodevelopmental disorder, ARND). Для постановки такого диагноза аномалии физического развития и лицевой дисморфизм не обязательны. В том случае, если имеют место аномалии скелета и внутренних органов, вызванные пренатальным воздействием алкоголя, применяется термин, связанный с алкоголем дефект рождения (Alcohol-related birth defect, ARBD). Считается, что ARBD развивается вследствие злоупотребления алкоголем матерью в первый триместр беременности.

**Алкоголь и злокачественные образования.** Динамика заболеваемости и смертности в результате злокачественных новообразований свидетельствует о неуклонном росте этой патологии во многих странах мира [45]. Смертность от злокачественных новообразований занимает второе место после сердечно-сосудистых заболеваний среди причин смертности. Данные онкоэпидемиологии свидетельствуют, что 80-90% случаев раковых заболеваний обусловлены внешними, средовыми факторами. Кроме канцерогенных продуктов химической промышленности и других экологических загрязнений под внешними факторами также подразумевается злоупотребление алкоголем и табакокурение. Алкоголь является одним из фактором риска развития рака. В настоящее время экспертами международной ассоциации исследований рака алкоголь отнесен к группе агентов, обладающих канцерогенным эффектом [46]. В этой связи предлагается разместить на этикетках с алкогольными напитками предупреждение о риске рака. Риск развития злокачественных новообразований в результате употребления алкоголя значительно варьирует в зависимости от типа рака. Наиболее сильная связь обнаружена между алкоголем и раком верхнего пищеварительного тракта (полости рта, пищевода, глотки и гортани) [47]. Такая взаимосвязь также установлена для рака печени, молочной железы, желудка, поджелудочной железы, толстого кишечника [48]. В большинстве исследований говорится о существовании взаимосвязи «доза - ответная реакция», которая действует как для мужчин, так и для женщин. При этом риск развития злокачественных заболеваний растет с увеличением уровня потребления алкоголя. Согласно эпидемиологическим данным около 75% случаев рака пищевода и около 50% случаев рака полости рта, глотки и гортани связаны со злоупотреблением алкоголем [49]. Употребление более 4-х доз алкоголя в день (одна доза эквивалентна 10 граммам абсолютного алкоголя) повышает риск рака полости рта и глотки в 9 раз, в то время как курение более 2-х пачек сигарет в день повышает риск в 4 раза [50]. В другом исследовании было показано, что употребляющие 7-21 доз алкоголя в неделю повышает риск рака верхнего

пищеварительного тракта в 2 раза по сравнению с непьющими, а употребление алкоголя более чем 69 доз в неделю повышает риск в 12 раз. Сочетанное злоупотребление алкоголем и курение значительно увеличивает риск развития рака. У людей, которые курят и злоупотребляют алкоголем риск развития рака ротовой полости и пищевода в 35 раз выше по сравнению с теми, кто не пьет и не курит [51]. Злоупотребление алкоголем повышает риск развития рака слюнной железы у мужчин в 2,5 раза [52]. Эпидемиологические исследования свидетельствуют о дозозависимой связи между потреблением алкоголя и раком толстой и прямой кишки [53]. Во многих эпидемиологических исследованиях показана взаимосвязь между потреблением алкоголя и риском рака молочной железы у женщин. Согласно некоторым исследованиям до 25% случаев рака молочной железы обусловлены алкоголем [54]. Эффекты алкоголя на развитие рака молочной железы также являются дозозависимыми, т.е. с повышением уровня потребления алкоголя повышается риск канцерогенеза. Так, потребление женщинами одной дозы алкоголя в день повышает риск рака молочной железы на 20-30%, а потребление более высоких доз повышает риск на 60-70% [55]. Таким образом, даже небольшое количество алкоголя повышает риск развития рака молочной железы. Наиболее вероятным механизмом развития рака молочной железы является повышение уровня эстрогенов у женщин, употребляющих алкоголь [56]. Это объясняется снижением способности печени метаболизировать эстрогены. Повышение уровня эстрогенов в результате злоупотребления алкоголем является также причиной развития рака эндометрия. Так, было показано, что у женщин в возрасте до 50 лет злоупотребление алкоголем повышает риск развития рака эндометрия на 70% [57]. Канцерогенные эффекты алкоголя могут усиливаться такими факторами как дефицит фолатов (вследствие снижения их всасывания), а также заместительная гормональная терапия. Фолаты необходимы для процесса репарации поврежденной ДНК, и назначаются беременным женщинам для профилактики генетических аномалий.

Для некоторых видов рака (рак верхнего пищеварительного тракта) алкоголь является непосредственным причинным фактором. Для других (рак печени, рак молочной железы) алкоголь играет непрямую роль, усиливая механизмы канцерогенеза. Механизмы канцерогенного эффекта алкоголя различны. Алкоголь приводит к прямому повреждению слизистой оболочки, что само по себе повышает риск рака. Существуют данные, свидетельствующие о том, что алкоголь повышает экспрессию онкогена (ген который запускает деление клетки), инактивирует ген супрессор опухоли (ген, подавляющий деление клетки), повышает частоту спонтанных мутаций и таким образом способствует канцерогенезу на генетическом уровне [58]. Продукт метаболизма алкоголя ацетальдегид также способен повреждать ДНК и увеличивать частоту мутаций [59]. Кроме того, алкоголь может усиливать канцерогенные свойства других агентов. Так, было показано, что алкоголь повышает способность табака стимулировать образование опухоли у крыс [60]. Следует отметить, что в алкогольных напитках содержится

около 400 различных токсических субстанций, обладающих канцерогенными свойствами. В значительной степени карциногенные свойства алкоголя могут быть обусловлены его метаболическими эффектами. Злоупотребление алкоголем приводит к развитию оксидативного стресса. Индуцируемая этанолом изоформа цитохрома P 450 (CYP2E1) в печени катализирует окисление этанола значительно сильнее, чем другие изоформы. Кроме окисления этанола CYP2E1 обладает способностью превращать ксенобиотики в высокотоксичные метаболиты. При этом активируются процессы ПОЛ и истощается уровень восстановленного глутатиона, который является мусорщиком токсичных свободных радикалов [61]. Свободные радикалы взаимодействуют с ДНК, структурно модифицируя ее. Кроме того, хроническая алкогольная интоксикация сопровождается дефицитом нутриентов-антиоксидантов таких как витамины А, Е, фолиевой кислоты, железа, цинка, селена, что также является важным механизмом канцерогенеза [62]. Важную роль в канцерогенезе играет взаимодействие ген-окружающая среда. Известно, что органические поражения при алкоголизме генетически запрограммированы. Генетический полиморфизм алкоголь-метаболизирующих ферментов является важным аспектом риска развития рака. Установлено, что аллель гена АДГ<sub>2</sub> (алкогольдегидрогеназа) и АДДГ<sub>2</sub> (ацетальдегиддегидрогеназа) (ферменты метаболизирующие алкоголь и ацетальдегид соответственно) играет важную роль в канцерогенных эффектах алкоголя [63]. В частности эти аллели являются индикаторами риска рака верхнего пищеварительного тракта [64]. Механизмом канцерогенеза является накопление ацетальдегида вследствие низкой активности изоформы фермента АДДГ<sub>2</sub>. У субъектов с аномальной изоформой фермента АДДГ<sub>2</sub> отмечается повышение уровня ацетальдегида в слюне после употребления даже небольших доз алкоголя [65]. На основании этих данных был предложен метод определения риска развития рака верхнего пищеварительного тракта при употреблении алкоголя. Аномальная изоформа часто встречается у представителей восточных народов. Так, например, у японцев, имеющих генотип АДДГ<sub>2</sub> и употребляющих алкоголь риск развития рака толстой и прямой кишки повышен в 2-3 раза [66].

Тот факт, что повышение риска рака полости рта, глотки, гортани и пищевода ассоциировано с потреблением различных видов напитков свидетельствует, что канцерогенными эффектами обладает непосредственно сам этанол. Злоупотребление любых алкогольных напитков повышает риск рака, но особенно это касается крепких спиртных напитков. Риск развития рака верхнего пищеварительного тракта у мужчин, употребляющих 150 грамм водки в день по сравнению с не пьющими повышается в 10 раз. Потребление даже небольших доз крепких спиртных напитков повышает риск развития рака простаты на 67% [67]. В то же время не было обнаружено взаимосвязи между риском развития рака простаты и употреблением вина и пива. Имеются данные, свидетельствующие о связи между употреблением различных видов алкогольных напитков и различными видами

злокачественных новообразований. Употребление пива может приводить к повышению риска рака легких [68]. В некоторых регионах мира высокий уровень рака пищевода ассоциируется с употреблением определенных видов алкогольных напитков. Так, например, в северной провинции Франции Кальвадос очень высокий уровень рака пищевода связан с употреблением бренди местного производства [69]. Высокий уровень рака пищевода в Пуэрто-Рико и Бразилии ассоциирован с распространенностью злоупотребления самодельной водки [70]. В Польше высокий уровень заболеваемости раком легких отмечен у женщин, которые употребляют водку [71]. В то же время, в различных регионах преимущественно употребляемый алкогольный напиток ассоциируется с риском развития рака. Так, в Италии, где 80% алкоголя употребляется в виде вина, злоупотребление вином строго ассоциировано с риском развития рака верхнего пищеварительного тракта [72]. Этот факт свидетельствует, что алкоголь является наиболее важным компонентом алкогольных напитков, определяющий риск развития рака. В последнее время в литературе появились ссылки на экспериментальные данные, согласно которым в вине содержатся антиканцерогенные вещества, одним из которых является ресвератрол [73]. Однако эти данные не следует интерпретировать, как рекомендацию употреблять вино с целью профилактики злокачественных новообразований, так как ресвератрол, как и другие натуральные антиканцерогены содержатся в винограде, из которого вино производится. В этой связи необходимо отметить, что от 60 до 80% случаев рака может быть предупреждено здоровым образом жизни, адекватной диетой, употреблением в больших количествах овощей и фруктов.

**Алкогольная кардиомиопатия.** Злоупотребление алкоголем ассоциируется с артериальной гипертензией, аритмией, структурными и функциональными повреждениями сердечной мышцы [74, 75, 76, 77]. Уже во второй половине 19 века были описаны случаи увеличения размеров сердца и симптомы сердечной недостаточности у лиц злоупотребляющих алкоголем. Понятие алкогольная кардиомиопатия (АКМП) впервые было использовано W. Brigden в 1957 году для описания поражения сердца при хронической алкогольной интоксикации [78]. Сам термин подчеркивает, что алкогольная кардиомиопатия является вторичной кардиомиопатией. Среди специалистов до настоящего времени нет единого мнения относительно нозологической состоятельности алкогольной кардиомиопатии. Однако многие исследователи относят АКМП к самостоятельной нозологической форме с характерными клиническими и морфологическими признаками [79, 80]. В Международной классификации болезней 10-го пересмотра для АКМП предусмотрена отдельная диагностическая рубрика. Изучение свидетельств о смерти показывает, что танатологи редко выносят диагноз АКМП в качестве причины смерти. Это обусловлено не столько сложностью диагностики этой патологии, сколько социальным аспектом проблемы. Были прецеденты, когда родственники умерших пытались оспорить законность постановки

такого диагноза. Согласно литературным данным от 21% до 36% всех случаев дилатационной кардиомиопатии обусловлены злоупотреблением алкоголя [81]. У 10-35% лиц, умерших в результате внезапной коронарной смерти обнаруживаются признаки АКМП. Чаще всего АКМП развивается у мужчин в возрасте 35-55 лет. Признаки сердечной дисфункции были обнаружены приблизительно у 30% лиц злоупотребляющих алкоголем [82]. В этой связи существует предположение, что уязвимость к алкогольному поражению сердца может быть обусловлена конституциональной предрасположенностью, т.е. опосредована генетически [83]. Была установлена корреляция между дозой и длительностью злоупотребления алкоголем и увеличением массы левого желудочка и снижением фракции выброса [84]. Как правило, риск развития алкогольной кардиомиопатии коррелирует с количеством и длительностью употребления алкоголя. Повреждение миокарда отмечается, если ежедневная доза алкоголя превышает 80 грамм на протяжении примерно 10 лет [84]. Признаки АКМП могут развиваться после ежедневного употребления 90 грамм алкоголя на протяжении 5 лет [76]. Меньшие дозы (около 60 грамм) на протяжении примерно 25 лет также могут вызвать дилатационную кардиомиопатию [85]. Однако точное количество алкоголя и длительность злоупотребления им для развития АКМП точно не установлено. Известны случаи, когда АКМП развивалась после нескольких лет регулярного употребления небольших доз алкоголя [81]. Некоторые исследователи считают, что не существует прямой взаимосвязи между дозой и длительностью потребления алкоголя и выраженностью структурных изменений в миокарде [75].

Патогенез АКМП до конца не исследован. Следующие механизмы могут участвовать в алкогольном поражении сердца: прямое токсическое действие алкоголя и его метаболитов на сердечную мышцу вызывающее воспаление и фиброз [76], токсические примеси (кобальт, арсениты) [75], макро- и микроангиопатические изменения [85], электролитные нарушения [77], вторичная патология (гипертензия, цирроз печени) [86], дефицит нутриентов [87], активация аутоиммунных процессов (образование антител к миозину и аддуктам белков с ацетальдегидом) [88, 89], активация пероксисомального окисления в миокарде как адаптивный ответ на замещение ацетатом жирных кислот в качестве источника питания [84], накопление эстерифицированных жирных кислот [90], ингибирование окислительного фосфорилирования в митохондриях [75, 77], нарушение синтеза сократительных белков в саркоплазматическом ретикулуме [91], ингибирование взаимодействия кальций-микрофиламенты [76], активация перекисного окисления липидов [92], угнетение активности миофибриллярной АТФ-азы [84], нарушение структуры клеточных мембран и повреждение находящихся на мембранах рецепторов [93], кардиодепрессивные эффекты эндотоксинов, цитокинов, оксида азота [94]. Злоупотребление алкоголем приводит к дозозависимому повышению АД что в свою очередь может способствовать дисфункции миокарда. Дефицит нутриентов (особенно белков и тиамина) играет важную роль в патогенезе

этого расстройства. Однако сам по себе дефицит тиамина вряд ли может является причиной алкогольной кардиомиопатии, поскольку она ассоциируется с низким сердечным выбросом и системной вазоконстрикцией, в то время как кардиомиопатия при бери-бери с повышенным сердечным выбросом и снижением периферического сосудистого сопротивления [79]. Структура питания играет немаловажную роль в патогенезе АКМП. Богатая жирами диета в сочетании с кардиотоксическими эффектами алкоголя и его метаболитов ускоряет развитие АКМП. Сопутствующая алкоголизму органная патология также способствует развитию АКМП. Установлена положительная корреляция между АКМП и циррозом печени. На фоне цирроза печени неалкогольной этиологии может развиваться цирротическая кардиомиопатия [86]. В то же время АКМП часто развивается у алкоголиков не имеющих признаков цирроза печени. Большинство исследователей полагает, что главную роль в патогенезе АКМП играет непосредственное токсическое действие алкоголя и его метаболитов [14, 76]. Так было установлено, что введение этанола сопровождается снижением синтеза белка на 25%, а повышение уровня ацетальдегида на фоне введения ингибитора ацетальдегиддегидрогеназы приводило к снижению синтеза белка на 80% [6]. Ацетальдегид как сильный оксидант повышает уровень свободных радикалов, активирует процессы перекисного окисления липидов (ПОЛ) и истощает запасы антиоксидантов [14]. Свободные радикалы повреждают фосфолипиды, которые являются структурной основой мембран [93]. В результате этого повышается текучесть (флюидизация) и проницаемость мембран. Кроме того, повреждаются клеточные органеллы, сократительный аппарат, а также сигнальные рецепторы на поверхности мембран миоцитов, которые воспринимают информацию из внеклеточного пространства и передают ее внутрь клетки, регулируя таким образом метаболизм. Недавние исследования показали, что хроническая алкоголизация на протяжении 8 недель приводит к снижению уровня альфа-адренергических и мускариновых рецепторов на поверхности мембран [93]. Нарушение структуры рецепторов может запускать механизм саморазрушения клетки. Кроме того, ацетальдегид повреждает митохондрии и нарушает процессы митохондриального фосфорилирования [14]. Избыток эстерифицированных жирных кислот, образующийся в результате метаболизма алкоголя, а также как следствие генетического дефекта в их синтезе способствует нарушению митохондриального фосфорилирования. Вследствие этого снижается индекс митохондриального дыхания, угнетается энергопродукция и активируется анаэробный гликолиз [77]. В результате развивающейся гипоксии часть кардиомиоцитов погибает, что приводит к диффузному мелкоочаговому кардиосклерозу. Этот механизм может быть ключевым в развитии АКМП. Митохондрии увеличиваются в размерах, кристы дегенерируют и дезорганизуются, снижается захват кальция митохондриями. Снижение активности альфа-глицерофосфатдегидрогеназы приводит к накоплению альфа-глицерофосфата и усилению синтеза триглицеридов, которые накапливаются в кардиомиоцитах [84]. Нарастанию

жировой дистрофии способствует замещение жирных кислот ацетатом в качестве источника энергии для миокарда. Происходит также дезорганизация структуры и функции саркоплазматического ретикулула и как следствие этого снижение синтеза сократительных белков [14, 76]. Кроме того, наблюдается изменение соотношения изоформ миозина в сторону увеличения доли  $[\beta]$ -МНС. Это сопровождается снижением активности миозиновой аденозин трифосфатазы [95]. Шифт изоформ приводит к снижению сократительной способности сердца. Кальциевый гомеостаз важен для нормального функционирования миоцитов. Сократимость миокарда регулируется изменением тока ионов  $\text{Ca}^{2+}$ , либо чувствительности к ионам  $\text{Ca}^{2+}$ . Кальциевый гомеостаз регулируется комплексом факторов, таких как функционирование каналов сарколеммы L-типа ( $\text{Ca}^{2+}$  каналов),  $\text{Na}^+/\text{Ca}^{2+}$  транспортных насосов и саркоплазматического ретикулула (накопление и освобождение  $\text{Ca}$ ). Изменение в каждом из этих модулирующих факторов может изменить кальциевый гомеостаз. Даже небольшой период злоупотребления алкоголем сопровождается снижением чувствительности миофиламентов к ионам  $\text{Ca}$ , нарушает функционирование L-типа кальциевых каналов, снижает уровень АТФ [84]. Назначение антагониста кальция верапамила предотвращает развитие метаболической и сократительной дисфункции. Алкоголь и его метаболиты вызывают угнетение активности  $\text{Na}$ -,  $\text{K}$ -, АТФазы, что приводит к потере ионов  $\text{K}$  и накоплению ионов  $\text{Na}$  в кардиомиоцитах. Развивающаяся на фоне хронической алкогольной интоксикации гипомagneзиемия может способствовать некрозу кардиомиоцитов. Ионный дисбаланс нарушает процессы деполяризации и проведения электрических импульсов, что приводит к аритмии [95]. Другие механизмы повреждения включают прямое ингибирование кальций-миофиламент взаимодействия, вызванное свободными радикалами, накопление в миоцитах липопигмента, ингибирование синтеза протеинов, воспалительная реакция с образованием антител к протеин-ацетальдегид аддуктам [89]. Смерть миоцитов может быть результатом некроза либо апоптоза, который запускается алкоголем. На культурах миоцитов были исследованы острые эффекты алкоголя в дозах 500 мг/дл и 1000 мг/дл при экспозиции 24 часа на процессы апоптоза. Обе концентрации алкоголя потенцировали апоптоз (оцениваемый по фрагментации ДНК). Обе концентрации алкоголя повышали уровень проапоптозного протеина Вакса и повышали активность каспаз-3-энзима, который является разновидностью внутриклеточной протеазы, активирующейся при апоптозе [84]. Добавление инсулиноподобного фактора роста ослабляло апоптозные эффекты алкоголя. В других исследованиях было показано повышение уровня РНК и протеин p 21 который является ингибитором циклин-зависимой киназы и может быть вовлечен в процессы гипертрофии [76]. Женщины более подвержены алкогольному поражению сердца, даже если они употребляют меньше алкоголя [96]. Различия в чувствительности между полами могут быть

обусловлена различным содержанием жидкости и жира в организме, а также различным уровнем метаболизма алкоголя [14, 97].

Диагноз АКМП ставится на основании алкогольного анамнеза, физикальных признаков злоупотребления алкоголем, характерной сопутствующей соматической патологии, констелляции симптомов сердечной недостаточности, данных гистологического исследования. АКМП может протекать асимптоматично либо проявляться симптомами сердечной недостаточности. Клинические проявления АКМП обусловлены сердечной недостаточностью с нарушением сократительной функцией миокарда, систолической и диастолической дисфункцией [98]. Клинически АКМП проявляется болевым синдромом, нарушением ритма, увеличением размеров сердца, право- и левожелудочковой недостаточностью. Ранними признаками АКМП могут быть расширение левого желудочка, увеличение его массы, увеличение толщины задней стенки, повышение остаточного диастолического и систолического давления. Алкогольная кардиомиопатия сопровождается ухудшением сердечной деятельности поскольку сердечная мышца становится слабой. Клинически АКМП практически не отличима от идеопатической дилатационной кардиомиопатии. Обследование выявляет признаки сердечной недостаточности, нерегулярное или учащенное сердцебиение, вздутие шейных вен, увеличение печени, потливость, снижение АД. Сердцебиение, головокружение и синкопальные состояния являются частыми жалобами, которые вызваны аритмией. На фоне острой алкогольной интоксикации может развиваться фибрилляция желудочков и внезапная коронарная смерть. Поскольку алкогольные эксцессы часто отмечаются в выходные дни, то этот синдром был «назван синдромом праздничного сердца» [99]. Физикальные исследования не специфичны и могут включать увеличение массы сердца, увеличение всех камер сердца. Часто отмечается снижение систолического давления вследствие снижения сердечного выброса и повышение диастолического давления вследствие периферической вазоконстрикции приводящее к снижению пульсового давления. При пальпации и перкуссии обнаруживается расширение и смещение латеральной границ сердца. Аускультативно определяется шум митральной регургитации и низкий загрудинный шум трикуспидальной регургитации вследствие дисфункции папиллярных мышц. Третий и четвертый сердечный тон также может выслушиваться. Следствием дисфункции правого желудочка является повышение давления в малом круге кровообращения, что проявляется такими симптомами как расширение югулярных вен, периферические отеки, гепатомегалия. Может наблюдаться слабость, акроцианоз, атрофия мышц, общая кахексия. С помощью рентгенографии, эхокардиографии и ЯМР можно выявить расширение камер сердца, снижение функции желудочков, митральную и трикуспидальную регургитацию, гипертензию в системе легочной артерии, признаки диастолической дисфункции, интракардиальные тромбы, левожелудочковую гипертрофию. При катетеризации обнаруживается повышение левожелудочкового остаточного диастолического давления, повышение

давления в легочной артерии, митральную регургитацию, увеличение размеров левого желудочка и снижение его функции. Степень дилатации левого желудочка зависит от стадии и тяжести АКМП. Результаты лабораторной диагностики обнаруживают повышение активности ферментов АЛТ, АСТ, ЛДГ, гамма-глутамилтранспептидазы.

Хроническая алкогольная интоксикация повреждает пейсмекерный механизм, что приводит к аритмии [100]. Чаще всего наблюдается фибрилляция предсердий и желудочковая тахикардия. Ухудшение предсердной электропроводимости проявляется электрокардиографически расширением волны Р. На ЭЭГ также выявляются признаки гипертрофии левого желудочка в виде удлинения Q-T интервала и высокий двухфазный изоэлектрический или отрицательный зубец Т [84]. Аритмия часто является причиной внезапной коронарной смерти [74,100]. Обычно внезапная коронарная смерть наступает не на высоте алкогольной интоксикации, а на фоне абстинентного синдрома. Это свидетельствует в пользу того, что причиной внезапной коронарной смерти является аритмия, развивающаяся на фоне абстинентного синдрома, а не прямое токсическое действие алкоголя. Многие больные, страдающие алкогольной зависимостью в состоянии алкогольного абстинентного синдрома предъявляют жалобы на сердцебиение, одышку и боли за грудиной. Синдром отмены алкоголя является метаболическим дисстрессом сопровождающимся ростом уровня гормонов адреналина и норадреналина, которые повышают риск аритмии [101]. Высокий уровень гормонов стресса вызванный ацетальдегидом приводит к увеличению частоты сердечных сокращений и повышению артериального давления, что может являться фоном для возникновения аритмии. Ишемия также может повышать риск аритмии. Недавние исследования показали, что на фоне абстинентного синдрома даже у лиц не имевших ранее клинических признаков сердечно-сосудистой патологии электрокардиографически обнаруживается снижение сегмента ST, что является признаком ишемии [84, 101]. Кроме того, на фоне абстинентного синдрома удлиняется интервал QT, что свидетельствует о высоком риске желудочковой аритмии. После купирования абстиненции QT интервал возвращается к норме [84]. Частые абстинентные синдромы значительно повышают риск сердечно-сосудистой смертности.

Морфологическими признаками АКМП являются дистрофические изменения миокарда, микроангиопатия, мелкоочаговый кардиосклероз. Макроскопически при АКМП отмечается гипертрофия миокарда, скопление жировой клетчатки под эпикардом, дилатация полости левого желудочка [78]. На ощупь миокард дряблый, может иметь желтоватый оттенок за счет жировой дистрофии. На разрезе миокард тусклый, глинистого вида с очагами склероза. Венечные артерии либо совсем не поражены атеросклерозом, либо поражены в умеренной степени и без признаков стенозирования. Гистологические изменения при АКМП малоспецифичны, практически не отличаются от изменений при дилатационной кардиомиопатии и включают интерстициальный фиброз, увеличение размеров митохондрий и

саркоплазматического ретикулума, гипертрофия, воспаление и некроз миоцитов. Кроме того, АКМП характеризуется мелкокапельной жировой дистрофией с повышенным содержанием липофусцина в саркоплазме кардиомиоцитов. Зерна липофусцина распространяются от полюсов по всей саркоплазме. Обнаруживается также разрастание жировой клетчатки в строме миокарда вокруг интрамуральных сосудов. Характерным является сочетание гипертрофии и атрофии кардиомиоцитов, наблюдаемое в одних и тех же полях зрения. В миокарде обнаруживаются очаги миолиза. Нарушения в микроциркуляторном русле при АКМП включают нарушение реологических свойств крови, рост агрегации эритроцитов что приводит к стазу и сладж-феномену, набухание и пролиферацию эндотелиоцитов, мукоидное набухание периваскулярной соединительной ткани, отек, плазморрагии. В субэндотелиальном пространстве скапливаются плазматические белки, эластин, коллаген, PAS-положительных макромолекул, что приводит к образованию субэндотелиальных выступов и разрыву интимы, склерозу, периваскулярному фиброзу [102]. В отличие от инфаркта миокарда при АКМП отсутствуют признаки склероза коронарных артерий. В то же время выражена очаговая атрофия кардиомиоцитов, их липидная инфильтрация, атрофия и лизис миофибрилл, расщепление вставочных дисков, расширение эндоплазматического ретикулума. Несмотря на неспецифичность отдельных перечисленных признаков их констелляция создает картину характерную для АКМП. В отличие от идиопатической дилатационной кардиомиопатии при АКМП гипертрофия и фиброз менее выражены и эти изменения в значительной степени обратимы при воздержании от употребления алкоголя. Так, было показано, что у пациентов с АКМП страдающих сердечной недостаточностью при полном отказе от употребления алкоголя значительно улучшалось состояние, уменьшалась гипертрофия левого желудочка, увеличивалась фракция желудочкового выброса [88]. А. Насcombe с соавторами предложил метод дифференциальной диагностики АКМП основанный на обнаружении антител к аддуктам белков с ацетальдегидами [103].

Лечение АКМП неспецифично и в зависимости от степени сердечной недостаточности включает диуретики, сердечные гликозиды, ангиотензин-превращающий фермент. Электролитный дисбаланс (гипокалиемия, гипомагниемия, гипофосфатемия) необходимо корректировать ввиду высокого риска аритмии и внезапной смерти. В схему лечения обязательно должны включаться витамины В1, В12, фолиевая кислота. Знание патогенеза АКМП позволяет рекомендовать включение в схему лечения препараты антиоксидантного действия, доноры SH-групп, которые способны связывать токсические продукты обмена алкоголя и ПОЛ, блокаторы адренорецепторов и кальциевых каналов, которые уменьшают негативное влияние катехоламинов и окислительного стресса на гомеостаз ионов кальция. Успешное лечение АКМП предполагает полный отказ от употребления алкоголя.

**Алкоголь, инсульт и психосоциальный дистресс.** Инсульт занимает третье место среди причин смерти, а также является одной из основных причин инвалидности во многих индустриальных странах мира [104]. В 2002 году прямые и косвенные экономические потери, связанные с этим заболеванием в США составили 49,4 млрд. долларов [105]. Наиболее важными факторами риска инсульта являются гипертензия, диабет, курение, злоупотребление алкоголем, малоподвижный образ жизни, ожирение, психосоциальный дистресс, а также прием эстроген-содержащих контрацептивов, которые дозозависимо усиливают тромбообразование [106,107]. В последние десятилетия в развитых странах уровень смертности от инсульта снижается, в то время как в республиках бывшего Советского Союза отмечается обратная тенденция [108,109,110,111]. Так, в период с 1981 по 2001 годы уровень смертности от инсульта в Беларуси вырос среди мужчин на 64% (с 106,9 до 175,5 на 100 тысяч населения), а среди женщин на 50% (с 148,4 до 222,3 на 100 тысяч населения). Снижение уровня смертности в большинстве стран достигнуто за счет улучшения лечения в острой фазе инсульта и соответственно большей выживаемости пациентов, а также за счет улучшения контроля факторов риска посредством улучшения фармакотерапии гипертензии и снижения потребления соли и насыщенных жиров [109,111]. При этом было показано, что снижение потребления соли более эффективно в плане снижения риска смертности от инсульта, чем лечение гипертензии [112]. Во многих странах существуют национальные программы, направленные на снижение потребления соли населением. Региональные различия в уровне смертности от инсульта стали предметом многочисленных исследований, поскольку выяснение причин этих различий важно для разработки стратегий профилактики. Причиной более высокого уровня смертности от инсульта в Восточной Германии по сравнению с Западной считается более широкая распространенность среди восточных немцев таких факторов риска как гипертензия и злоупотребление алкоголем [113]. Снижение уровня цереброваскулярной смертности в Испании ассоциируется с увеличением потребления населением овощей и фруктов и снижением потребления вина [114]. Снижение уровня смертности от инсульта в Японии, отмечающееся на протяжении последних десятилетий специалисты в области медицинской эпидемиологии склонны объяснять уменьшением распространенности гипертензии в связи с широким использованием препаратов, снижающих АД, а также снижением потребления соли населением [107]. Следует заметить, что Япония является мировым лидером по уровню смертности от инсульта. До настоящего времени у экспертов нет единого мнения относительно факторов обусловивших резкий рост уровня смертности от инсульта в бывших советских республиках в 90-х годах прошлого века. Социально-экономический кризис переходного периода сопровождался ростом уровня таких факторов риска как социально-экономическая депривация, психосоциальный дистресс, депрессия, гипертензия, злоупотребление алкоголем.

Злоупотребление алкоголем является признанным фактором риска инсульта. Высокие дозы алкоголя вызывают гипертензию, а также индуцируют гиперкоагуляцию и способствуют кардиогенному тромбообразованию [115]. Гипертензия в свою очередь способствует атерогенезу, фибриноидному некрозу и образованию микроаневризм, что приводит к ослаблению сосудистой стенки. При алкогольном поражении печени нарушается продукция факторов свертываемости крови, что в сочетании с гипертензией значительно повышает риск геморрагического инсульта [116]. В многочисленных эпидемиологических исследованиях была показана дозозависимая взаимосвязь между потреблением алкоголя и риском инсульта [108,117,118]. Так, в одном из проспективных исследований было установлено, что потребление более 450 г алкоголя в неделю повышает риск инсульта у мужчин среднего возраста на 60% [119]. В некоторых исследованиях наряду с существованием линейной взаимосвязи между потреблением алкоголя и геморрагическим инсультом отмечается J-образная взаимосвязь между алкоголем и ишемическим инсультом, т.е. снижение риска при употреблении малых доз и повышение риска при употреблении больших доз алкоголя. Согласно этим исследованиям риск ишемического инсульта снижается примерно на 30% при употреблении 1-2 доз алкоголя в день и возрастает в два раза при употреблении более 3 доз в день [120]. В проведенном недавно мета-анализе работ, посвященных взаимосвязи между алкоголем и инсультом было установлено, что потребление более 60 г алкоголя в день ассоциируется с повышением риска инсульта в 1,6 раза (ишемического инсульта в 1,7 раза, а геморрагического в 2,2 раза). В то же время, потребление менее 12 г алкоголя в день ассоциируется со снижением риска инсульта [108]. В одном из исследований малые дозы алкоголя снижали риск ишемического инсульта только у лиц в возрасте 60-69 лет [121]. Любопытным является тот факт, что на взаимосвязь между алкоголем и инсультом могут оказывать влияние этнические факторы. Так, обратная взаимосвязь между малыми дозами алкоголя и ишемическим инсультом была показана для белого населения Японии, в то время как для коренных японцев не было установлено какой-либо взаимосвязи между потреблением малых доз алкоголя и риском ишемического инсульта [107]. В то же время риск ишемического инсульта линейно возрастает при употреблении высоких доз алкоголя, как среди белого, так и среди коренного населения Японии. В некоторых исследованиях протективные эффекты алкоголя были показаны только для вина, но не для пива и крепких алкогольных напитков [120]. Протективные эффекты вина могут быть обусловлены содержащимися в нем полифенолами, которые обладают антиоксидантными свойствами с одной стороны и паттерном потребления с другой. Вино обычно употребляется небольшими дозами вместе с пищей, в то время как пиво и крепкие алкогольные напитки ассоциируются с интоксикационно-ориентированным паттерном потребления алкоголя. Употребление больших доз крепких алкогольных напитков за короткий промежуток времени значительно повышает риск ишемического инсульта, вероятным механизмом развития

которого является кардиогенная тромбоэмболия. В пользу существования взаимосвязи между паттерном потребления алкоголя и смертностью от инсульта свидетельствует тот факт, что в Финляндии максимальный уровень смертности от ишемического инсульта отмечается в выходные и праздничные дни [122]. Традиционно в Финляндии алкоголь употребляется в больших дозах в виде крепких алкогольных напитков в выходные и праздничные дни.

По мнению некоторых экспертов ключевым фактором, обусловившим резкий рост уровня цереброваскулярной смертности в бывших советских республиках в 90-х годах прошлого века является психосоциальный дистресс связанный с резкими социально-экономическими преобразованиями [113,123]. Психосоциальный дистресс является важным этиологическим фактором инсульта. Так было показано, что тяжелый дистресс, обусловленный событиями, связанными с угрозой жизни повышает риск геморрагического и ишемического инсульта у мужчин [124]. При этом мужчины с более интенсивным ответом на стрессовую ситуацию в большей степени подвержены инсульту. В другом исследовании, участниками которого были мужчины, страдающие гипертонией было продемонстрировано, что плохая адаптация к психическому стрессу повышает риск инсульта в три раза [125]. В Гетеборгском исследовании психический дистресс квалифицировался как чувство напряженности и тревоги и оценивался в баллах от 1 до 6. Субъекты с высоким уровнем дистресса имели в два раза выше риск инсульта по сравнению с теми, кто имел низкий уровень дистресса [126]. Некоторые исследователи предполагают существование J-образной взаимосвязи между стрессом и инсультом, что означат снижение риска при легком стрессе и повышение риска по мере утяжеления стресса [127]. Таким образом, умеренный стресс может быть даже полезен, но только в том случае, если субъект чувствует, что он контролирует ситуацию. Трудности копинга со стрессом, а также тип А личности ассоциируется с повышенным риском инсульта, особенно ишемического [127]. Активное копинговое поведение сопровождается повышенным выбросом катехоламинов и активацией симпатической нервной системы, в то время как пассивное поведение связано с усилением секреции кортикостероидов. Высокий уровень кортизола накануне инсульта, а также после него ассоциируется с высокой смертностью [126]. Сердечно-сосудистая реактивность в ответ на стресс отражает активность симпатической нервной системы и варьирует в зависимости от индивидуальных особенностей, факторов окружения и социального контекста. Как правило, симпатическая гиперреактивность проявляется резким повышением АД и учащением сердцебиения в ответ на психический стресс. Индуцированная стрессом гиперреактивность также может варьировать в зависимости от социально-экономического статуса. При этом более неблагоприятные последствия психического дистресса испытывают люди с более низким социально-экономическим статусом [128]. Повышенная сердечно-сосудистая реактивность ассоциируется с прогрессированием атеросклероза сонной

артерии, повышением уровня липидов и гемостатических факторов в плазме крови, повышением риска ишемической болезни сердца [127]. Повышение симпатической реактивности приводит к усилению механизмов атерогенеза посредством повреждения эндотелия и формирования атеросклеротических бляшек [129]. Выброс гормонов стресса способствует повышению уровня липидов в плазме крови и активизации механизмов тромбообразования [130]. Кроме того, вызванная стрессом повышенная реактивность способствует развитию гипертензии и прогрессированию утолщения интимы стенок сосудов. В недавнем исследовании, проведенном в США было показано, что программа трансцендентной медитации в которой принимала участие группа Афроамериканцев, страдающих гипертензией значительно снижает симпатическую гиперактивацию [131]. Снижение адренергической активности сопровождалось снижением частоты сердечных сокращений, артериального давления, а также уменьшением толщины интимы стенки сонной артерии на 0,098 мм. Согласно проведенным ранее исследованиям уменьшение толщины интимы на 0,1 мм сопряжено со снижением риска инсульта на 7,7 -15% [6]. Результаты данного исследования подтверждают гипотезу согласно которой хронический психосоциальный дистресс посредством симпатической гиперактивации ускоряет атерогенез. Сердечно-сосудистая реактивность является промежуточным механизмом посредством которого психосоциальные факторы повышают риск сердечно-сосудистых заболеваний. Хронический, либо повторяющийся острый стресс может быть одновременно фактором риска и триггером инсульта, особенно ишемического. Было показано, что резкое повышение АД в ответ на стресс способствует повышению риска ишемического инсульта в следствие тромбоэмболии у мужчин среднего и пожилого возраста [125]. Необходимо отметить, что не только психический, но и физический стресс может повышать риск инсульта. Так, вероятность тромбоэмболии сильно возрастает в том случае, когда люди, ведущие сидячий образ жизни подвергаются сильному физическому напряжению [114]. В одном из исследований было показано, что с высоким риском инсульта ассоциируется повышенная реактивность систолического, но не диастолического давления [131]. Было также установлено, что симпатическая активация в фазе ожидания теста сопровождается повышением сердечного выброса без компенсаторного снижения сосудистого сопротивления. Повышенная реактивность систолического АД отражает резкое усиление работы сердца во время систолы, что сопряжено с высоким риском тромбоэмболии. В тоже время в другом исследовании было показано, что снижение диастолического давления на 5 мм. рт. ст. ассоциируется со снижением риска инсульта на 34% [118].

Таким образом существует несколько возможных физиологических механизмов, посредством которых психосоциальный дистресс может повышать риск инсульта. Как уже отмечалось выброс нейромедиаторов и гормонов стресса (катехоламины, кортизол) сопровождается активацией симпатической нервной системы, что в свою очередь приводит к повышению

систолического артериального давления и ускоряет прогрессирование атеросклероза сонной артерии и развитие гипертензии. Другим возможным механизмом является нарушение экспрессии протоонкогена Bcl-2, который защищает клетки от некроза и апоптоза. В эксперименте было показано, что у мышей, подвергшихся стрессу перед окклюзией сонной артерии экспрессия протоонкогена Bcl-2 после ишемии была на 70% меньше по сравнению с контролем [126]. Кроме того, психический дистресс вызывает дисфункцию эндотелия посредством активации ET<sub>A</sub> рецепторов, усиления синтеза вазоконстриктора эндотелина-1 (ET-1), и уменьшения вызванной NO вазодилатации [104]. Вызванная NO вазодилатация во время стресса является важным физиологическим адаптивным механизмом.

Хронический дистресс характеризуется чувством напряженности, недостатка энергии, раздражительностью, враждебностью, тревогой и депрессией. Установлено, что депрессия повышает риск инсульта и снижает выживаемость после него [128]. В одном из исследований было показано, что у пациентов с тяжелой депрессией риск инсульта повышается на 73%, в то время как у пациентов с умеренной депрессией риск повышается на 25% [132]. Было также показано, что мужчины и женщины, страдающие гипертензией и коморбидной депрессией имеют в два раза больший риск инсульта по сравнению с лицами страдающими гипертензией не осложненной депрессией [106]. Согласно результатам другого исследования, лица, указывавшие в самоотчетах пять и более признаков депрессии имели на 50% выше риск депрессии по сравнению с лицами не отмечавшими признаков депрессии [130]. Депрессия может влиять на риск инсульта посредством нейроэндокринных и иммунологических механизмов. Кроме того, депрессия может повышать риск инсульта посредством поведенческих факторов которые с ней ассоциируются: низкая физическая активность, нарушение жирового обмена, курение, злоупотребление алкоголем. Значительно повышает риск инсульта социально-экономическая депривация. С высоким риском инсульта ассоциируются такие характеристики как низкий уровень доходов, низкий уровень образования, низкий профессиональный и социальный статус, социальная изоляция [112,128,115]. Индикаторами уровня социально-экономического статуса является уровень образования и профессия. Как правило, высокий уровень образования ассоциируется с высоким профессиональным статусом. Уровень риска инсульта отрицательно коррелирует как с высоким уровнем образования, так и с высоким профессиональным статусом. Остается не совсем понятным каким образом высокий уровень образования снижает риск инсульта. Возможно, уровень образования определяет доступность информации относительно здорового образа жизни. Так, среди лиц с высоким уровнем образования распространенность ожирения, курения, злоупотребления алкоголем ниже, чем среди лиц с низким уровнем образования [126]. Кроме того, негативные эффекты стресса могут нивелироваться адекватной копинг стратегией, используемой субъектом. Более образованные люди, контролируя стресс,

лучше справляются со стрессовой ситуацией и таким образом снижают риск инсульта.

Таким образом, психосоциальные факторы посредством механизма острого и хронического дистресса могут повышать риск инсульта, непосредственно вызывая патофизиологические изменения в сердечно-сосудистой системе. Кроме того, психосоциальные факторы могут повышать уровень смертности от инсульта через факторы риска, такие как курение, злоупотребление алкоголем и в целом нездоровый образ жизни. Очевидно, что высокий уровень смертности от инсульта является следствием порочного круга, который образуют социальная депривация, депрессия, хронический дистресс и злоупотребление алкоголем. Поэтому дальнейшая динамика уровня смертности от инсульта в бывших советских республиках напрямую будет зависеть от социально-экономической ситуации с одной стороны и от успешности проводимой алкогольной политики с другой.

**Алкоголь и сердечно-сосудистая система.** Сердечно-сосудистые заболевания продолжают быть ведущей причиной смертности в Европейском регионе. В начале 70-х годов уровень смертности в результате ССЗ был примерно одинаковым в большинстве стран региона и составлял около 500 на 100 тыс. населения. Однако в последующие годы в большинстве стран Западной Европы наблюдалось значительное снижение уровня смертности в результате ССЗ, в то время как в странах Восточной Европы этот показатель резко вырос [133]. Многие авторы объясняют высокий уровень смертности в результате ССЗ в странах Восточной Европы нездоровым образом жизни. В частности, имеется в виду распространенность курения, злоупотребление алкоголем, а также жирная диета и недостаточная физическая активность [134,135].

Связь между злоупотреблением алкоголем и смертностью в результате сердечно-сосудистых заболеваний хорошо установлена. Риск развития большинства ССЗ находится в прямой взаимосвязи с уровнем потребления алкоголя. Алкоголь и его метаболит ацетальдегид оказывают прямое кардиотоксическое действие, а также вызывают такие системные эффекты как гиперлипидемия, дефицит витаминов и белков, нарушение углеводного и минерального обмена [136]. Известно, что острая алкогольная интоксикация вызывает функциональные нарушения в сердечной мышце и приводит к угнетению сократительной функции миокарда. Кроме того, острая алкогольная интоксикация увеличивает концентрацию катехоламинов в плазме и снижает концентрацию калия, что создает предпосылки к возникновению фибрилляции желудочков [137]. Хроническая алкогольная интоксикация ассоциируется с высоким риском возникновения кардиомиопатии, аритмии, внезапной коронарной смерти [138]. Основными патогенетическими механизмами развития алкогольной кардиомиопатии являются жировая инфильтрация миокарда, а также повреждение саркоплазматического ретикулума и митохондрий, которое приводит к снижению синтеза белка и нарушению энергетического обмена. Кроме того,

существенная роль отводится метаболическим нарушениям, связанным с дефицитом тиамина. При употреблении больших доз алкоголя даже у лиц без клинических признаков заболевания сердца могут наблюдаться нарушения сердечного ритма (чаще всего фибрилляция желудочков) [139]. Этот феномен впервые был описан в 1978 году и получил в литературе название синдром праздничного сердца. Нарушения ритма могут быть причиной внезапной коронарной смерти. Во многих исследованиях показана линейная взаимосвязь между злоупотреблением алкоголя и высоким кровяным давлением [140]. У лиц злоупотребляющих алкоголем гипертоническая болезнь встречается в 3 раза чаще, чем у трезвенников. Обнаружена корреляция между уровнем потребления алкоголя, активностью гамаглутамилтранспептидазы (ГГТП) и артериальным давлением. Так, систолическое и диастолическое АД возрастает на 1 мм. рт. ст. при увеличении потребления алкоголя на 8-10 г. в день [141]. В свою очередь, гипертоническая болезнь является основным фактором развития геморрагического инсульта. У лиц, потребляющих более 1200 грамм алкоголя в месяц внутримозговые и субарахноидальные инсульты встречаются в 4-5 раз чаще, чем у непьющих.

В 70-х годах в литературе появились данные, указывающие на существование отрицательной взаимосвязи между потреблением вина и уровнем смертности в результате сердечно-сосудистых заболеваний. В 1984 г Мармот в своем обзоре сделал вывод, что умеренное потребление алкоголя ассоциируется со снижением смертности в результате ИБС [142]. Была описана так называемая U или J-образная кривая взаимосвязь между уровнем потребления алкоголя и смертностью в результате сердечно-сосудистых заболеваний, которая означает повышенный риск среди абстинентов и чрезмерно пьющих по сравнению с умеренно пьющими. Несмотря на то, что само понятие “умеренно пьющие” подвергалось критике, большинство последующих исследований показали, что потребление 1-3 доз алкоголя в день (одна доза эквивалентна 10 граммам абсолютного алкоголя) снижает риск ИБС на 20-50%, а риска инсульта и внезапной коронарной смерти на 20-30%. Этот феномен получил название французского парадокса на том основании, что во Франции, по сравнению с другими странами, болезни сердца имеют меньшую распространенность, несмотря на то, что в рационе французов содержится значительное количество жиров. Так, уровень смертности в результате сердечно-сосудистых заболеваний во Франции в 2,5 раза ниже, чем в Англии. Причем, распространенность курения среди мужчин в этих странах примерно одинаковая – около 30%. Этот парадокс принято объяснять высоким уровнем потребления красного вина французами [143]. Однако существуют и другие гипотезы, объясняющие низкий уровень сердечно-сосудистой смертности во Франции. Согласно одной из них, тенденция уровня смертности в результате сердечно-сосудистых заболеваний тесно связана с тенденцией потребления животных жиров и, соответственно, уровнем холестерина в плазме. Любопытно, что для этой взаимосвязи был обнаружен эффект временного отставания. Так, смертность в результате ИБС

среди мужчин в 20 странах в 1992 году коррелировала с уровнем потребления животных жиров в 1965 году. В 1970 г уровень холестерина в плазме крови у французов был на 0,6 ммоль/л ниже, чем у англичан. Согласно данным регрессионного анализа, снижение уровня холестерина на 0,6 ммоль/л сопровождается снижением смертности в результате ИБС на 37% [144]. Необходимо отметить что, несмотря на тенденцию повышения уровня потребления животных жиров в 70-80-х годах в таких странах как Франция, Италия, Испания, Япония, а также в других экономически развитых странах в период с 1980 г., смертность в результате сердечно-сосудистых заболеваний снизилась почти на половину. В основном это связано с популяризацией здорового образа жизни, а также проведения лечебных и профилактических мероприятий. Во Франции эти мероприятия проводятся более активно. Так, в 1993 году 34% пациентов, перенесших инфаркт миокарда, принимали препараты снижающие уровень холестерина по сравнению с 4% в Англии, 63% принимали аспирин, по сравнению с 38%, 20% принимали антикоагулянты по сравнению с 5%, и 48% принимали в-блокаторы по сравнению с 20%. Характерно, что страны Европы с различным уровнем потребления алкоголя на душу населения имеют схожие тенденции в уровне смертности в результате ИБС. Этот факт также может свидетельствовать в пользу того, что снижение уровня смертности в результате ССЗ в Европе за последние десятилетия произошло благодаря изменению стиля жизни, а не в результате изменения уровня потребления алкоголя. Более того, в Японии, а также в некоторых развивающихся странах J- обратная связь между алкоголем и сердечно-сосудистой смертностью не обнаружена вследствие того, что уровень смертности в результате ИБС в этих странах низок. Популярной является гипотеза, объясняющая низкий уровень сердечно-сосудистой смертности во Франции особенностями диеты, которая получила название средиземноморской. Эта диета состоит из свежих фруктов и овощей, хлеба, картошки, орехов, семян, рыбы, домашней птицы, 1-4 яиц в неделю. Для подтверждения этой гипотезы были проведены клинические испытания, в которых участвовали две группы пациентов перенесших ИМ. Контрольная группа получала обычную диету, а экспериментальная - средиземноморскую. Уровень потребление алкоголя был примерно одинаковым в обеих группах. Несмотря на одинаковый профиль факторов риска (уровень холестерина, ЛПНП, уровень АД, вес, распространенность курения) количество повторных ИМ в экспериментальной группе снизился на 70% [145].

В последние годы кардиопротективные эффекты алкоголя многими учеными подвергаются сомнению на том основании, что группу абстинентов, участвующую в исследовании, попадают люди, имеющие плохое здоровье и, поэтому, воздерживающиеся от употребления алкоголя, так как опасаются, что алкоголь еще больше его ухудшит. В некоторых исследованиях было показано, что абстиненты имеют такие характеристики, предрасполагающие к болезненности, как более низкий уровень социализации, большая распространенность психологических проблем. В то же время, исследования

на сибсах показали, что абстиненты имеют более высокий риск смертности, чем их братья, употребляющие алкоголь в небольших количествах [143]. Важно иметь в виду тот факт, что уровень смертности от всех причин среди мужчин во Франции и Англии приблизительно одинаковый. Это объясняется тем, что уровень связанной с алкоголем смертности во Франции настолько высок, что он нивелирует кардиопротективные эффекты. Напротив, смертность от всех причин среди француженок на треть ниже по сравнению с британскими женщинами вследствие умеренного потребления алкоголя, а также низкого уровня распространения курения.

Общепризнанным является мнение, что кардиопротективные эффекты малых доз алкоголя связаны с его способностью снижать в плазме крови уровень холестерина и липопротеинов низкой плотности (ЛПНП). Эта фракция липидов играет основную роль в транспорте холестерина в сосудистую стенку. Уровень липопротеинов высокой плотности (ЛПВП), которые обладают антиатерогенным действием, удаляя холестерин из стенок сосудов, алкоголь в небольших дозах, наоборот повышает. Считается, что около 50% кардиопротективных эффектов алкоголя опосредовано этими механизмами [146]. Остальные эффекты связывают с антиагрегантными и фибринолитическими свойствами алкоголя. Так, было показано, что алкоголь в малых дозах снижает уровень фибриногена, тканевого активатора пламиногена, а также снижает агрегацию тромбоцитов [147]. Эти механизмы подводят биологическую базу кардиопротективных эффектов алкоголя.

Большинство экологических исследований показывают, что вино обладает более выраженными кардиопротективными эффектами, чем пиво и водка. Однако эти исследования имеют определенные ограничения. В некоторых странах небольшая часть населения может потреблять большую часть определенного вида алкогольных напитков. Поэтому низкий или средний уровень потребления алкоголя на душу населения может маскировать употребление больших количеств алкоголя небольшой частью населения. Оценка взаимосвязи между уровнем потребления алкоголя и уровнем смертности в результате ССЗ на популяционном уровне затруднена еще и тем обстоятельством, что на уровень этого вида смертности оказывают влияние многие другие факторы, такие как курение, диета. Тем не менее, существует, по крайней мере, три предпосылки, почему вино может обладать более выраженными полезными эффектами по сравнению с другими видами алкогольных напитков. 1) В вине кроме алкоголя содержится много потенциально полезных веществ. Так, специфические кардиопротективные эффекты красного вина связывают с содержащимися в нем полифенолами, которые обладают антиоксидантными, сосудорасширяющими свойствами, а также стимулируют антиагрегантные механизмы [148]. Известно, что продукты перекисного окисления липидов являются одним из факторов атерогенеза. При ИБС содержание продуктов ПОЛ в плазме крови почти в два раза выше по сравнению с нормой. С другой стороны, существуют данные, согласно которым белое вино не уступает по кардиопротективным

эффектам красному. 2) Паттерн потребления вина (т.е. то, как часто употребляется вино, в какой дозе, в каком социальном контексте) может отличаться от паттерна потребления других алкогольных напитков. Так, в странах средиземноморья, где уровень ССЗ низок, вино принято употреблять совместно с пищей, в то время как в странах Северной Европы, где уровень ССЗ высок, принято употреблять большие дозы крепких спиртных напитков периодически по различным социальным поводам. 3) Потребители вина могут отличаться от потребителей других алкогольных продуктов. Так, например, в США потребители вина имеют более высокий социально-экономический статус, ведут более здоровый образ жизни и имеют лучший доступ к системе здравоохранения.

Однако многие эпидемиологические исследования свидетельствуют, что не только вино, но и другие алкогольные напитки снижают риск ИБС. Так, из 10 проспективных исследований 4 выявили значительную обратную взаимосвязь между потреблением вина и уровнем смертности в результате ИБС, 4 обнаружили такую связь для пива, и 4 - для водки [149]. Характерно, что в этих исследованиях только один тип алкогольного напитка значительно ассоциировался со снижением риска ИБС. Обычно этот вид напитка потреблялся большинством населения. Так, во Франции и Италии, где преимущественно потребляется вино, выявлена отрицательная взаимосвязь между уровнем потребления вина и уровнем смертности в результате ИБС. В то время как в Чехии и Баварии, где основная часть населения употребляет пиво, такая взаимосвязь была показана для пива. Эти исследования могут служить подтверждением того, что значительная часть кардиопротективных эффектов связана непосредственно с алкоголем, а не с другими компонентами, содержащимися в алкогольных напитках. В некоторых исследованиях было показано отсутствие кардиопротективных эффектов алкоголя на популяционном уровне. Так, анализ временных серий, основанный на данных официальной статистики из 14 стран Европейского Союза за период с 1950-95 годы, не выявил какой-либо взаимосвязи между уровнем потребления алкоголя на душу населения и уровнем ИБС [150].

Исследования, принимавшие во внимание характер потребления алкоголя, обнаруживали повышение риска сердечно-сосудистой смертности в тех случаях, когда алкоголь употреблялся периодически в больших дозах. В странах, где преобладает такой паттерн потребления алкоголя, обнаруживается линейная позитивная взаимосвязь между уровнем потребления алкоголя на душу населения и уровнем смертности в результате ИБС [151]. Косвенным подтверждением этого является тот факт, что в России максимальное количество смертей в результате сердечно-сосудистых заболеваний, а также смертности в результате отравлений алкоголем приходится на субботу, воскресенье и понедельник [152]. Кроме паттерна потребления алкоголя, когда большая его часть потребляется в выходные дни сложно найти другие объяснения этому факту. По крайней мере, это не возможно объяснить традиционными факторами риска, такими как курение или богатая животными жирами диета. Физиологические исследования также

показывают большую разницу между эффектами потребления небольших доз алкоголя и периодического употребления больших доз алкоголя. Большие дозы алкоголя вызывают повышение в плазме крови уровня ЛПНП, которые обладают атерогенным эффектом, повышают риск тромбоза. Кроме того, такой паттерн потребления алкоголя приводит к гистологическим изменениям в миокарде и проводящей системе, что предрасполагает к фибрилляции желудочков [153].

Накопленные за последнее время данные породили острую дилемму относительно использования потенциально полезных эффектов небольших доз алкоголя с одной стороны, и снижением огромного вреда, который приносит неумеренное потребление алкоголя, с другой стороны. Какие рекомендации общественного здравоохранения могут вытекать исходя из современных представлений по поводу этой фундаментальной проблемы? Функция риска J-образной формы предполагает наличие определенного оптимального уровня потребления, при котором реализуются кардиопротективные эффекты, а уровень риска связанных с алкоголем проблем минимален. Как показывают исследования, самое большое сокращение риска по сравнению с трезвостью возможно на очень низком уровне потребления – от одной до двух доз в день. Дальнейшее повышение потребления алкоголя повышает риск различных неблагоприятных последствий. Из опросов населения известно, что потребление одной дозы алкоголя в день очень редко встречается среди населения, поэтому, рекомендация употреблять алкоголь с целью снижения риска ИБС может стимулировать рост уровня потребления алкоголя. Так, например, появление в средствах массовой информации сообщений о кардиопротективных эффектах красного вина привело к резкому повышению уровня его продажи в США. Необходимо иметь в виду, что J-образная связь между потреблением алкоголя и общей смертностью была показана для пожилых мужчин. В то время как для молодых групп населения эта связь является линейной. Это объясняется тем, что наиболее частой причиной смерти в молодом возрасте являются несчастные случаи и отравления, в то время как в старших возрастных группах главной причиной смертности становятся ССЗ. Так, например, среди мужчин, возраст которых старше 56 лет 47% смертности составляют ССЗ и только 10% состояния потенциально связанные с алкоголем. Среди этой возрастной группы одна доза алкоголя в день ассоциируется со снижением общей смертности на 29%. И, наоборот, среди лиц молодого возраста умеренное потребление алкоголя ассоциируется с ростом уровня всех видов смертности. Например, умеренное потребление алкоголя среди лиц молодого возраста ассоциируется с 30-50% увеличением смертности от всех причин [154]. Таким образом, поскольку большинство исследований показывают, что для риска возникновения связанных с алкоголем проблем не существует четкого нижнего предела, польза от алкоголя может превосходить вред у лиц мужского пола после 40 лет, а у женщин - после 50. Поэтому, основной рекомендацией для безопасного

потребления алкоголя может являться слоган “чем меньше – тем лучше”. Снижение риска ССЗ возможно альтернативными способами.

#### **5.4. Психическая патология, обусловленная алкоголем**

**Алкоголь и суициды.** Суицидальное поведение является важной проблемой здравоохранения. Суициды входят в первую десятку причин смерти и наносят огромный моральный и материальный ущерб обществу. Ежегодно в мире более 1,4 млн человек кончают жизнь самоубийством [155]. Серьезную обеспокоенность вызывает растущий уровень самоубийств среди молодежи. В Беларуси с 1970 по 1999 г. уровень суицидов вырос в два раза (с 17,6 до 35,0 на 100 тыс. населения) [156]. Среди республик бывшего СССР по уровню суицидов Беларусь занимает пятое место после Литвы, Латвии, Эстонии и России.

Основными детерминантами суицидального поведения являются психопатологические и социальные факторы. Несмотря на убедительные данные, свидетельствующие о значительном влиянии социальных факторов на суицидальный риск, многие специалисты склонны делать акцент на роль психопатологических факторов. При этом указывается, что психические расстройства поддаются лечению, и таким образом можно проводить профилактику суицидов. Согласно результатам клинических исследований, не менее 90% самоубийц страдали различными психическими расстройствами, среди которых чаще всего встречаются депрессия, злоупотребление алкоголем и другими психоактивными веществами [155]. Во многих странах имеются национальные программы по профилактике суицидов. Важное место в них отводится снижению уровня потребления алкоголя и других психоактивных веществ.

Взаимосвязь между злоупотреблением алкоголем и суицидальным поведением доказана. Некоторые авторы рассматривают злоупотребление алкоголем как эквивалент хронического суицида [157]. В исследованиях, проведенных в различных странах, показано, что от 30 до 66% жертв суицидов имели в крови алкоголь на момент смерти [158]. Так, в Швеции алкоголь вовлечен в 35% случаев самоубийств [159]. В Финляндии 30,5% суицидов ассоциировано с алкоголем [160]. В Бразилии у 32,2% жертв суицидов был обнаружен алкоголь в крови [161]. 33% самоубийц в штате Нью-Йорк на момент смерти имели алкоголь в крови [162]. Злоупотребление алкоголем обусловило высокий процент самоубийств среди подростков. Так, 46% подростков в возрасте 10—19 лет, совершивших суицид в 1978—1983 гг. в США, были алкогольпозитивными [163]. В штатах, где запрещено продавать алкоголь подросткам до 18 лет, по сравнению со штатами, где возрастной ценз составляет 21 год, среди молодежи в возрасте 18—20 лет уровень суицидов на 8% выше [164].

В последние годы для анализа взаимосвязи между суицидами и алкоголем на популяционном уровне применяются современные методы статистического анализа. Так, анализ временных серий, проведенный в США, показал, что увеличение уровня потребления алкоголя на душу населения на 1 л приводит к росту уровня суицидов на 3% [165]. АРИМА-анализ динамики уровня потребления алкоголя на душу населения в Финляндии с 1950 по 1991 г. показал, что уровень суицидов среди мужчин в возрастных группах 15—34 и 35—49 лет строго ассоциировался с уровнем потребления алкоголя. Взаимосвязь между уровнем суицидов и уровнем потребления алкоголя отсутствовала среди мужчин возрастной группы 50—70 лет [166]. В другом исследовании с помощью анализа временных серий было установлено, что с 1950 по 1972 г. уровень потребления алкоголя положительно коррелировал с уровнем суицидов в 10 из 13 стран, включенных в анализ [167]. С 1950 по 1995 г. уровень суицидов среди мужчин положительно коррелировал с уровнем потребления алкоголя в 8 из 14 западноевропейских стран, причем в четырех из них эта взаимосвязь была статистически достоверной. Для женщин положительная корреляция между уровнем суицидов и уровнем потребления алкоголя обнаружена в 13 странах (в пяти из них эта связь была статистически достоверной) [168].

Уровень суицидов среди страдающих алкогольной зависимостью в 10—85 раз выше, чем в общей популяции. В одном из исследований было показано, что среди лиц, выживших после попытки самоубийства, 50% мужчин имели алкогольные проблемы, а у 25% из них была диагностирована алкогольная зависимость [169]. Согласно другим данным, алкогольная зависимость либо злоупотребление алкоголем были обнаружены в 43% случаев самоубийств [170]. Риск суицидального поведения возрастает после 20 лет злоупотребления алкоголем. Как правило, это соответствует возрасту между 30 и 60 годами. Средний возраст лиц, страдавших алкогольной зависимостью и покончивших жизнь самоубийством, составляет 47 лет [171]. Некоторые авторы выделяют два возрастных пика для завершенных суицидов у алкоголиков: 30—39 и 40—49 лет [172]. Мужчины, злоупотребляющие алкоголем, совершают суицид в 7 раз чаще женщин, также имеющих алкогольные проблемы [173]. Таким образом, алкогольный суицид характерен для мужчин среднего возраста.

Ретроспективные исследования показали, что 83% алкоголиков, совершивших суицид, имели четыре или более следующих характеристик: длительный депрессивный эпизод; предшествовавшие суициду мысли об этом; слабая социальная поддержка; серьезные проблемы со здоровьем; безработица; проживание в одиночестве. Практически все они накануне смерти были в состоянии алкогольного опьянения [174]. Существуют данные о тесной взаимосвязи агрессивного и аутоагрессивного поведения со злоупотреблением алкоголем. Так, с помощью множественной логистической регрессии было установлено, что у жертв суицидов уровень агрессивного поведения выше, чем у жертв несчастных случаев [175]. В другом исследовании показано, что уровень суицидов положительно

коррелировал с уровнем убийств в 7 из 9 стран, включенных в анализ [167]. Эти данные согласуются с психоаналитической концепцией, согласно которой в основе саморазрушительного поведения лежит подавленная агрессия [157].

Определить точный вклад алкоголя в смертность в результате суицидов весьма сложно. Необходимо учитывать как минимум два аспекта этой взаимосвязи: 1) высокий уровень самоубийств среди лиц, зависимых от алкоголя; 2) снижение самоконтроля в состоянии алкогольной интоксикации может облегчить решение совершить суицид человеком, не имеющим алкогольных проблем. Существует несколько теорий, объясняющих взаимосвязь между употреблением и злоупотреблением алкоголем и суицидальным поведением: а) депрессия может быть первичным этиологическим фактором, обуславливающим как злоупотребление алкоголем, так и суицидальное поведение; б) злоупотребление алкоголем приводит к депрессивным нарушениям, которые могут повышать риск суицида; в) алкогольные проблемы вызывают психосоциальную дезадаптацию, что также повышает риск суицидального поведения. Для объяснения механизма взаимосвязи между алкоголем и суицидами была предложена концепция дистальных и проксимальных факторов риска [176]. Дистальные факторы риска создают потенциал для суицида. Алкогольная зависимость, коморбидная психопатология и негативные события жизни действуют как дистальные факторы суицидального поведения. Проксимальные факторы риска запускают действие дистальных факторов. Острая алкогольная интоксикация действует как проксимальный фактор риска как для лиц, зависимых от алкоголя, так и для лиц, не злоупотребляющих им. Механизмы, ответственные за способность алкоголя усиливать риск суицидального поведения, включают: 1) увеличение психологического дистресса; 2) повышение агрессивности; 3) ускорение перехода суицидальных мыслей в действие; 4) сужение когний, что приводит к нарушению способности генерировать и применять альтернативные копинг-стратегии.

Важное значение во взаимосвязи злоупотребления алкоголем с суицидальным поведением имеют биологические факторы. Существует немало данных, указывающих на роль серотонинергической дисфункции в предрасположенности к злоупотреблению алкоголем и аутоагрессивному поведению. Установлено, что лица, склонные к агрессивному и аутоагрессивному поведению, имеют низкий по сравнению с контролем уровень 5-Н1АА (5-гидроксииндолилуксусной кислоты) в цереброспинальной жидкости [177]. Согласно другим данным, короткая аллель серотонинтранспортного гена ассоциирована с повышенным риском суицидального поведения [178]. Кроме того, у алкоголиков, которые совершили парасуицид, по сравнению с лицами, не имевшими алкогольной зависимости, значительно чаще обнаруживалась S-аллель гена 5-НТТ промотор полиморфизма (5-НТТLPR) [179]. Это свидетельствует о важности генетически обусловленных нарушений серотонинергической нейротрансмиссии

в патогенезе алкоголизма и суицидального поведения. Предложены биологические маркеры суицидального риска у алкоголиков: карбогидратдефицитный трансферрин, моноаминоксидаза В, растворимый интерлейкин-2, холестерол [180]. Однако эти маркеры малоспецифичны и обладают довольно низкой предсказательной ценностью.

Социальные факторы играют важную роль во взаимосвязи алкоголя и суицидов. Еще в прошлом веке классик мировой социологии Э. Дюркгейм [181] выделил три типа суицидов, связанных с различными уровнями общественной интеграции и с влиянием социальных перемен: «эгоистическое» самоубийство является следствием ситуации, когда индивиду не удается интегрироваться в общество; «альтруистическое» самоубийство является результатом гиперинтеграции, лишаящей индивида способности сопротивляться чрезмерно обременительным, непосильным требованиям со стороны общества; «аномическое» самоубийство происходит в условиях социальных перемен, ведущих к нестабильности и утрате привычных социальных норм.

Связь уровня самоубийств с социальной дезорганизацией подтверждается современными исследованиями. Так, показано существование положительной корреляционной взаимосвязи между уровнем суицидов и уровнем разводов и безработицы [182]. Анализ временных серий продемонстрировал, что в США в период роста безработицы растет уровень потребления алкоголя и суицидов [165]. Согласно другим данным, с 1950 по 1972 г. уровень суицидов положительно коррелировал с уровнем разводов в 11 из 13 стран, включенных в анализ [167]. В то же время эта взаимосвязь может модулироваться рядом культуральных факторов. Так, в Финляндии уровень суицидов вырос в период экономического роста в 1985—1990 гг. и снизился в период экономической рецессии в 1990—1995 гг. Регрессионный анализ выявил, что уровень суицидов не ассоциирован с уровнем безработицы и уровнем разводов. Однако имеется значительная ассоциация между уровнем суицидов среди мужчин и уровнем потребления алкоголя [183]. В Словении уровень самоубийств в молодой возрастной группе ассоциировался с антисоциальным поведением и злоупотреблением алкоголем, в то время как доход на душу населения ассоциировался с уровнем суицидов в старшей возрастной группе. На этом основании были выделены три паттерна суицидального риска: 1) социально-экономический; 2) поведенческий (антисоциальные черты, включая злоупотребление алкоголем); 3) связанный с депрессией, включающий климатический компонент (недостаточность солнечного света) [184]. Эти данные свидетельствуют о расхождении в ассоциации между уровнем суицидов, социально-экономическими факторами и уровнем потребления алкоголя.

Резкие колебания уровня смертности в результате суицидов наблюдались в последние десятилетия в странах бывшего Советского Союза. С 1984 по 1990 г. уровень суицидов в СССР среди мужчин снизился на 32%, а среди женщин — на 19% [185]. В странах Балтийского региона с 1984 по 1988 г. в возрастной группе 25—54 года уровень суицидов среди мужчин

снизился на 45%, а среди женщин — на 33% [186]. В 1990-х годах в большинстве бывших советских республик наблюдался резкий рост уровня самоубийств. Так, с 1990 по 1997 г. уровень суицидов в России вырос с 26,4 до 44,0 на 100 тыс. населения [159]. Литва стала мировым лидером по этому показателю в 1996 г. с уровнем 46,4 на 100 тыс. населения [187]. В Беларуси с 1990 по 1998 г. уровень самоубийств вырос с 20,0 до 35,0 на 100 тыс. населения [156]. Большинство авторов объясняют резкие колебания в уровне смертности в результате суицидов изменениями уровня потребления алкоголя на душу населения. Наиболее убедительным аргументом в пользу этой точки зрения является тот факт, что резкое снижение уровня суицидов наблюдалось в период антиалкогольной кампании. Кроме того, регрессионный анализ, где уровень потребления алкоголя в СССР с 1984 по 1990 г. был независимой переменной, а уровень суицидов — зависимой, показал, что между ними существует позитивная взаимосвязь [185]. С помощью анализа временных серий было продемонстрировано, что в Беларуси в 1970 — 1999 гг. уровень суицидов положительно коррелировал с уровнем потребления водки на душу населения, а также с такими индикаторами уровня алкогольных проблем, как смертность в результате цирроза печени, в результате острых алкогольных отравлений, в результате алкоголизма и алкогольных психозов [188]. Положительная корреляция между уровнем самоубийств и уровнем алкогольных психозов была показана для Литвы [189]. Кроме того, установлено, что в странах бывшего СССР, имеющих наиболее высокий уровень суицидов и уровень потребления алкоголя на душу населения (Россия, Беларусь, Украина, Эстония, Литва, Латвия), в период с 1984 по 1994 г. уровень суицидов тесно коррелировал с уровнем потребления алкоголя на душу населения ( $r = 0,87$ ;  $P < 0,0001$ ), с уровнем убийств ( $r = 0,82$ ;  $P < 0,0001$ ) и отрицательно коррелировал с ожидаемой продолжительностью жизни при рождении ( $r = 0,94$ ;  $P < 0,001$ ) [190]. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении является интегральным показателем, отражающим состояние здоровья населения. На основании взаимосвязи этого показателя с уровнем суицидов была выдвинута теория общего социального стресса [190]. Известно, что снижение ожидаемой продолжительности жизни при рождении, которое наблюдалось во многих постсоветских республиках в 90-е годы, было в значительной степени обусловлено ростом насильственной и связанной с алкоголем смертности [185]. Наиболее резкие изменения в уровне суицидов в переходный период наблюдались среди мужчин молодого и среднего возраста, в то время как среди женщин этот показатель менялся в меньшей степени. В Беларуси с 1990 по 1999 г. уровень самоубийств среди мужчин вырос с 34,5 до 61,1 на 100 тыс. населения (т.е. на 77%), а среди женщин — с 8,0 до 10,0 на 100 тыс. населения (т.е. на 25%) [188].

С целью объяснения феномена резкого повышения уровня суицидов среди мужчин в период социально-экономического кризиса была предложена концепция мужского депрессивного синдрома [191]. Этот синдром включает низкую толерантность к стрессу, избегающее поведение, низкий импульс-

контроль, склонность к злоупотреблению алкоголем и другими психоактивными веществами. Другими словами, социальные катаклизмы, обуславливающие быстрые изменения в социальной действительности, ведут к тому, что выработанные ранее стереотипы поведения теряют эффективность. В этой ситуации алкоголь выступает в качестве универсального транквилизатора для снятия внутреннего напряжения и ухода от реальной действительности. В свою очередь рост уровня потребления алкоголя приводит к росту уровня суицидов.

В то же время имеются данные, которые не согласуются с классической теорией Дюркгейма. Так, например, в Латвии с 1980 по 1998 г. динамика уровня суицидов не коррелировала с уровнем безработицы, а также с динамикой падения валового внутреннего продукта [192]. Существуют и другие исследования, которые указывают на то, что социально-экономические факторы не могут удовлетворительно объяснить изменения в динамике уровня суицидов. Не существует единого паттерна в уровне суицидов в странах Восточной Европы в 1984—1994 гг. [190]. В то время как в славянских и прибалтийских республиках бывшего Советского Союза уровень суицидов резко вырос, в республиках Средней Азии (Узбекистан, Таджикистан, Туркмения), а также в Грузии снизился. Этот феномен объясняется влиянием культуральных факторов, т.е. схожие социальные факторы могут привести к различным последствиям.

Таким образом, анализ литературных данных свидетельствует о тесной связи суицидов и злоупотребления алкоголем. На этом основании можно сделать вывод, что суициды являются результатом сочетанного влияния стрессовых факторов социального характера и психопатологических факторов (в частности, злоупотребления алкоголем). Поскольку суициды — потенциально предотвратимый вид смертности, перед специалистами в области охраны здоровья стоит актуальная задача: разработать профилактические мероприятия, направленные на снижение уровня суицидов. Одним из ключевых моментов программы профилактики суицидов является снижение уровня потребления алкоголя среди населения.

**Алкоголь и стресс.** Стрессовые ситуации являются постоянными спутниками человеческой жизни. По силе воздействия они могут быть ранжированы от экстраординарных событий (войны, стихийные бедствия) до рутинных ежедневных неприятностей. Стресс-реакция является адаптивным механизмом, направленным на поддержание стабильности физического и психического функционирования организма в ответ на воздействие стрессора. Однако стресс не всегда является адаптивной реакцией. Чрезмерный стресс (дистресс) является патологическим состоянием [193]. Характер стресс-реакции и ее последствия определяются несколькими факторами. В первую очередь это тип стрессора и условия, в которых он проявляется. В целом стрессоры могут быть классифицированы как психогенные (например, различные неприятные события) и физические (травмы, инфекции). Часто они сочетаются. Психогенные стрессоры

вовлекают когнитивные процессы и требуют оценки входящей сенсорной информации и ее переработки с последующим включением механизмов психической адаптации. Физические стрессоры вызывают нарушение физиологических функций организма. Стресс-реакция развивающаяся при воздействии физического стрессора направлена на поддержание метаболического гомеостаза. Некоторые физиологические реакции стресса являются полезными на протяжении короткого времени и неблагоприятными в долгосрочной перспективе. Двойственность стресс-реакции видна на примере функции кортизола, основного гормона вырабатываемого в ответ на стресс. Кортизол способствует освобождению энергии необходимой для того чтобы справиться со стрессом, а также угнетает иммунную систему и таким образом препятствует развитию аутоиммунных заболеваний. В то же время угнетение иммунной системы повышает уязвимость к инфекциям. Следует отметить, что позитивные стимулы могут вызывать эффекты аналогичные тем, которые вызывают негативные стимулы т. е. чрезмерный уровень положительных эмоций также является стрессогенным. Стрессор может иметь следующие характеристики: 1) степень в которой стресс может быть контролирован, 2) предсказуемость начала стрессора, 3) длительность экспозиции стрессора, 4) частота экспозиции. Неконтролируемый стрессор вызывает более выраженные нарушения, нежели контролируемый. Психические нарушения чаще развиваются после серии относительно умеренных стрессоров по механизму последней капли. В данном случае имеет место эффект сенситизации, т.е. повышения чувствительности к последующим стрессорам. Острый интенсивный стрессор также как и хронический умеренный стрессор часто сопровождается ангедонией, т.е. неспособностью испытывать удовольствие. Стрессор также может вызывать вторичные по отношению к стресс-реакции эффекты. Так, стрессовый опыт часто сопровождается руминацией, что само по себе стрессогенно. Кроме того, симптомы тревоги и депрессии, вызванные стрессом могут привести к межличностному конфликту и потери социальной поддержки, что ухудшает возможности копинга. Наиболее типичными стресс-реакциями на психогенный стрессор являются острая реакция на стресс (ОРС), посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) и расстройство адаптации (РА) [194]. Острая реакция на стресс развивается в течении часа после воздействия стрессора. В зависимости от степени тяжести ОРС может быть легкой, средней степени тяжести и тяжелой. ОРС может проявляться такими симптомами как тревога, депрессия, отчаяние, неадекватная гиперактивность, дезориентировка, отказ от социальных контактов. Посттравматическое стрессовое расстройство развивается у лиц перенесших чрезвычайно сильный психический или физический стресс, сопряженный с угрозой для жизни. Впервые ПТСР было описано DaCosta у солдат во время гражданской войны в Америке. Позже ПТСР было отмечено у узников нацистских концлагерей, у лиц перенесших бомбардировку, а также у ветеранов войны во Вьетнаме и Афганистане. Общей закономерностью развития ПТСР является то, что чем тяжелее стрессор, тем у большего числа

людей развивается это расстройство и тем тяжелее оно будет протекать. Характерными симптомами ПТСР являются повторные переживания психотравмирующей ситуации “flashbacks”, избегание ситуаций, напоминающих о травматическом опыте, эмоциональная тупость по отношению ко всем другим переживаниям, сопутствующие расстройства в виде депрессии, рассеянности внимания, вегетативной лабильности. Расстройство адаптации развивается на фоне психосоциального стресса умеренной выраженности. РА в зависимости от преобладающей в клинической картине симптоматики дифференцируются следующим образом. 1) кратковременная депрессивная реакция длительностью не более месяца, 2) пролонгированная депрессивная реакция длительностью не более двух лет, 3) смешанная тревожно-депрессивная реакция, 4) расстройство с преобладанием антисоциального поведения.

Взаимосвязь между алкоголем и стрессом была отмечена еще в античности. В разных культурах традиционно считалось, что алкоголь «успокаивает» нервы. При этом отмечалась двойственность этой взаимосвязи, т. е. с одной стороны алкоголь считался средством облегчения стресса, а с другой стрессовые ситуации индуцируют потребление алкоголя. Современные социологические исследования выявили связь между уровнем стресса в обществе и уровнем связанных с алкоголем проблем [195]. С целью объяснения этого феномена была выдвинута гипотеза снижения напряжения, согласно которой в большинстве стрессовых ситуаций алкоголь обладает стресс-протективным эффектом. Этот эффект объясняет то обстоятельство что люди склонны употреблять алкоголь в стрессовых ситуациях. Предполагается, что главным мотивом употребления алкоголя в стрессовых ситуациях является ожидание того, что алкоголь облегчает стресс.

## 6. СОЦИАЛЬНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ

Республика Беларусь относится к группе стран с высоким уровнем потребления алкоголя, и проблемы пьянства и алкоголизма, а также наносимого этим пагубным явлением социального вреда являются весьма актуальными.

Среди основных показателей, отражающих социальные последствия употребления алкоголя, можно выделить следующие:

- 1) инвалидность, обусловленную алкоголь-специфичными заболеваниями;
- 2) дорожно-транспортные происшествия, совершенные лицами, находящимися в состоянии алкогольного опьянения;
- 3) травмы и смерти, связанные с огнем;
- 4) производственный травматизм;
- 5) нетрудоспособность;
- 6) правонарушения;
- 7) разводы;
- 8) количество неблагополучных семей и детей-сирот.

### 6.1. Инвалидность

Важным показателем социального вреда, являются данные о связи употребления алкоголя и инвалидности.

В Рекомендациях к реабилитационным программам 44-й сессии Парламентской Ассамблеи Совета Европы от 5 мая 1992 г. инвалидность определяется как ограничения в возможностях, обусловленные физическими, психологическими, сенсорными, социальными, культурными, законодательными и иными барьерами, которые не позволяют человеку, имеющему инвалидность, быть интегрированным в общество и принимать участие в жизни семьи или общества на таких же основаниях, как и другие члены общества. Потери, которые несет население вследствие плохого состояния здоровья, связаны не только со смертностью, но и с тем, что часть жизни многим людям приходится проживать в состоянии нездоровья.

Инвалидность значительно ограничивает жизнедеятельность человека, приводит к социальной дезадаптации вследствие нарушения развития и роста, потери контроля за своим поведением, а также способностей к самообслуживанию, передвижению, ориентации, обучению, общению, трудовой деятельности в будущем.

Анализ показателей инвалидности, обусловленной алкоголь-специфичными заболеваниями за период 2002 – 2011 гг. показал, что в структуре лиц, получивших инвалидность преобладает городское население (77,5%). Среди нозологических форм преобладает дегенерация нервной системы, вызванные алкоголем (G31.2) – 53,2%.

Таблица 6.4

Численность впервые признанных инвалидами вследствие алкоголь-специфичных заболеваний среди населения трудоспособного возраста Республики Беларусь за период 2002 - 2011 гг.

Нозологическая форма	Пол		Место проживания		Всего
	муж	жен	город	село	
Алкоголь-специфичные заболевания	2917	790	2874	833	3707
в т.ч. психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя (F10)	357	99	322	134	456
дегенерация нервной системы, вызванная алкоголем (G31.2)	1635	337	1503	469	1972
алкогольная и токсическая полиневропатия (G62.1, G62.2)	256	77	227	106	333
алкогольная кардиомиопатия (I42.6)	15	1	9	7	16
алкогольная болезнь печени (K70)	605	274	766	113	879
хронический панкреатит алкогольной этиологии (K86.0)	49	2	47	4	51

Таблица 6.5

Уровень первичной инвалидности населения трудоспособного возраста Республики Беларусь вследствие алкоголь-специфичных заболеваний, среднегодовые данные за период 2002-2011 гг. (на 100 тыс. населения)

Нозологическая форма	Пол		Место проживания		Всего
	муж	жен	город	село	
Алкоголь-специфичные заболевания	8,21	1,86	5,05	3,95	4,75
в т.ч. психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя (F10)	1,01	0,23	0,57	0,64	0,58
дегенерация нервной системы, вызванная алкоголем (G31.2)	4,60	0,79	2,64	2,23	2,53
алкогольная и токсическая полиневропатия (G62.1, G62.2)	0,72	0,18	0,40	0,50	0,43
алкогольная кардиомиопатия (I42.6)	0,04	0,002	0,02	0,03	0,02
алкогольная болезнь печени (K70)	1,70	0,65	1,35	0,54	1,13
хронический панкреатит алкогольной этиологии (K86.0)	0,14	0,005	0,08	0,02	0,07

Анализ динамики уровня первичной инвалидности населения трудоспособного возраста Республики Беларусь вследствие алкоголь-специфичных заболеваний дает основание утверждать об относительной стабильности этого показателя в течение 2002 – 2010 гг. и резком возрастании его в 2011 году. Также имеются существенные региональные различия уровня первичной инвалидности вследствие алкоголь-специфичных заболеваний: наибольший показатель отмечается в г. Минске (8,46 на 100 тыс.) и Минской области (5,7 на 100 тыс.).

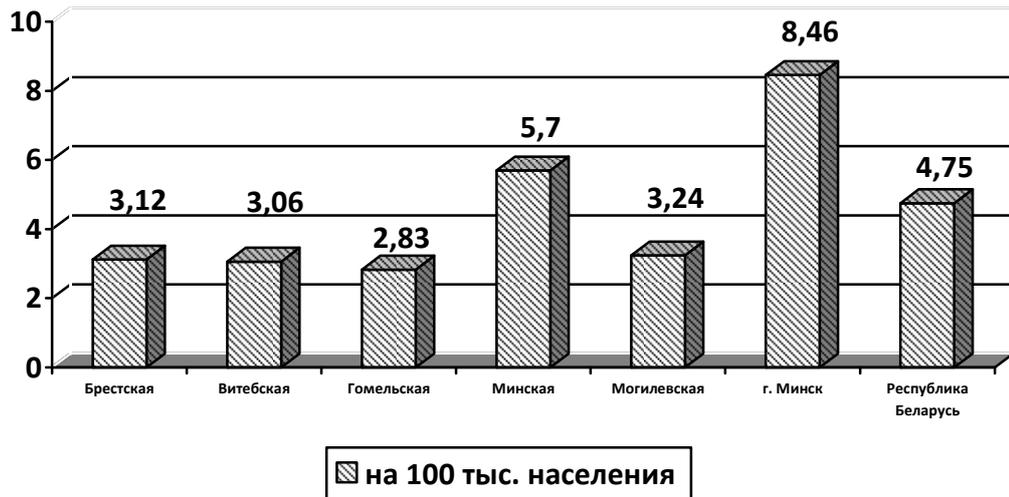


Рис. 6.1. Региональные различия уровня первичной инвалидности вследствие алкоголь-специфичных заболеваний

Таблица 6.6

Динамика уровня первичной инвалидности населения трудоспособного возраста Республики Беларусь вследствие алкоголь-специфичных заболеваний (на 100 тыс. населения)

Год	Алкоголь-специфичные заболевания	в т.ч. психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя (F10)	дегенерация нервной системы, вызванная алкоголем (G31.2)	алкогольная и токсическая полиневропатия (G62.1, G62.2)	алкогольная кардиомиопатия (I42.6)	алкогольная болезнь печени (K70)	хронический панкреатит алкогольной этиологии (K86.0)
2002	4,89	0,71	2,00	0,65	0,01	1,49	0,03
2003	4,79	0,83	1,43	0,67	0,01	1,78	0,06

2004	4,54	0,54	1,81	0,50	0,03	1,57	0,09
2005	4,48	0,51	1,99	0,37	0,01	1,58	0,03
2006	5,48	0,55	2,81	0,51	0,03	1,49	0,09
2007	4,59	0,56	2,33	0,50	0,03	1,09	0,09
2008	4,07	0,43	2,51	0,25	0,01	0,71	0,15
2009	4,12	0,47	2,89	0,16	0,00	0,52	0,08
2010	4,68	0,53	3,31	0,34	0,01	0,48	0,01
2011	5,92	0,72	4,21	0,32	0,06	0,57	0,03

Таблица 6.7

Региональные показатели первичной инвалидности населения трудоспособного возраста вследствие алкоголь-специфичных заболеваний, среднегодовые данные за период 2002-2011 гг. (на 100 тыс. населения)

Регион	Алкоголь-специфичные заболевания	в т.ч. психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя (F10)	дегенерация нервной системы, вызванная алкоголем (G31.2)	алкогольная и токсическая полиневропатия (G62.1, G62.2)	алкогольная кардиомиопатия (I42.6)	алкогольная болезнь печени (K70)	хронический панкреатит алкогольной этиологии (K86.0)
Брестская область	3,12	0,70	1,25	0,32	0,02	0,81	0,02
Витебская область	3,06	0,61	1,77	0,55	0	0,12	0,01
Гомельская область	2,83	0,89	1,00	0,61	0,02	0,30	0,02
Гродненская область	5,58	0,41	2,50	0,44	0,06	2,13	0,05
Минская область	5,70	0,40	4,41	0,39	0,04	0,40	0,06
Могилевская область	3,24	0,13	0,92	0,79	0	1,36	0,03
г. Минск	8,46	0,78	4,79	0,07	0,01	2,58	0,22
Республика Беларусь	4,75	0,58	2,53	0,43	0,02	1,13	0,07

За период 2002 – 2011 гг. в республике зарегистрировано 5257 человек с впервые установленной инвалидностью вследствие состояний, высоко обусловленных алкоголем, из них 83,1% по причине фиброза и цирроза печени. Среди данного контингента преобладает городское население (79,5%).

Таблица 6.8

Численность впервые признанных инвалидами вследствие состояний, высоко обусловленных алкоголем, среди населения трудоспособного возраста Республики Беларусь за период 2002-2011 гг.

Нозологическая форма	Пол		Место проживания		Всего
	муж	жен	город	село	
Состояния, высоко обусловленные алкоголем	3605	1652	4179	1078	5257
в т.ч. фиброз и цирроз печени (K74)	2859	1507	3476	890	4366
другие хронические панкреатиты (K86.1) и болезнь поджелудочной железы неуточненная (K86.9)	601	79	537	143	680
полиневропатия неуточненная (G62.9)	145	66	166	45	211

Таблица 6.9

Уровень первичной инвалидности населения трудоспособного возраста Республики Беларусь вследствие состояний, высоко обусловленных алкоголем, среднегодовые данные за период 2002-2011 гг. (на 100 тыс. населения)

Нозологическая форма	Пол		Место проживания		Всего
	муж	жен	город	село	
Состояния, высоко обусловленные алкоголем	10,15	3,89	7,34	5,12	6,74
в т.ч. фиброз и цирроз печени (K74)	8,05	3,55	6,11	4,23	5,60
другие хронические панкреатиты (K86.1) и болезнь поджелудочной железы неуточненная (K86.9)	1,69	0,19	0,94	0,68	0,87
полиневропатия неуточненная (G62.9)	0,41	0,16	0,29	0,21	0,27

Таблица 6.10

Динамика уровня первичной инвалидности населения трудоспособного возраста Республики Беларусь вследствие состояний, высоко обусловленных алкоголем (на 100 тыс. населения)

Год	Состояния, высоко обусловленные алкоголем	в т.ч. фиброз и цирроз печени (K74)	другие хронические панкреатиты (K86.1) и болезнь поджелудочной железы неуточненная (K86.9)	полиневропатия неуточненная (G62.9)
2002	5,51	4,47	0,75	0,29
2003	6,65	5,14	1,14	0,37
2004	6,86	5,39	1,25	0,22
2005	7,01	5,60	1,18	0,23
2006	6,31	5,31	0,74	0,26
2007	6,22	5,20	0,73	0,29
2008	6,03	5,23	0,66	0,14
2009	6,40	5,54	0,67	0,19
2010	7,97	6,78	0,89	0,30
2011	8,49	7,34	0,72	0,43

Региональные показатели первичной инвалидности населения трудоспособного возраста вследствие состояний, высоко обусловленных алкоголем, несколько отличаются от регионального распределения показателей инвалидности вследствие алкоголь-специфичных заболеваний: наибольший показатель в г. Минске (9,21 на 100 тыс.), на втором месте – Гомельская область (8,46 на 100 тыс.).

Таблица 6.11

Региональные показатели первичной инвалидности населения трудоспособного возраста вследствие состояний, высоко обусловленных алкоголем, среднегодовые данные за период 2002-2011 гг. (на 100 тыс. населения)

Регион	Состояния, высоко обусловленные алкоголем	в т.ч. фиброз и цирроз печени (K74)	другие хронические панкреатиты (K86.1) и болезнь поджелудочной железы неуточненная (K86.9)	полиневропатия неуточненная (G62.9)
Брестская область	6,15	5,00	0,84	0,32
Витебская область	5,97	5,03	0,70	0,23

Гомельская область	8,46	6,96	1,00	0,50
Гродненская область	5,17	3,86	1,01	0,31
Минская область	5,83	5,13	0,62	0,08
Могилевская область	4,96	4,04	0,79	0,12
г. Минск	9,21	7,81	1,10	0,31
Республика Беларусь	6,74	5,60	0,87	0,27

Общее число инвалидов вследствие состояний, средне обусловленных алкоголем за период 2002 – 2011 гг. составило 10809 человек, из них 62,5% городского населения. Преобладающие состояния в этой группе - злокачественные новообразования губы, полости рта и глотки (C00-C14), пищевода (C15), печени и внутрипеченочных желчных протоков (C22), гортани (C32) – 55,5% и туберкулез органов дыхания (A15-A16) – 44,4%. Наибольший показатель в этой группе зафиксирован в Могилевской области (15,37 на 100 тыс.) и в Минской области (15,51 на 100 тыс.).

Таблица 6.12

Численность впервые признанных инвалидами вследствие состояний, средне обусловленных алкоголем, среди населения трудоспособного возраста Республики Беларусь за период 2002-2011 гг.

Нозологическая форма	Пол		Место проживания		Всего
	муж	жен	город	село	
Состояния, средне обусловленные алкоголем	9775	1034	6756	4053	10809
в т.ч. злокачественные новообразования губы, полости рта и глотки (C00-C14), пищевода (C15), печени и внутрипеченочных желчных протоков (C22), гортани (C32)	5646	357	4005	1998	6003
туберкулез органов дыхания (A15-A16)	4125	674	2746	2053	4799
другая вторичная гипертензия (I15.8) и вторичная гипертензия неуточненная (I15.9)	4	3	5	2	7

Таблица 6.13

Уровень первичной инвалидности населения трудоспособного возраста Республики Беларусь вследствие состояний, средне обусловленных алкоголем, среднегодовые данные за период 2002-2011 гг.  
(на 100 тыс. населения)

Нозологическая форма	Пол		Место проживания		Всего
	муж	жен	город	село	
Состояния, средне обусловленные алкоголем	27,52	2,44	11,87	19,24	13,86
в т.ч. злокачественные новообразования губы, полости рта и глотки (C00-C14), пищевода (C15), печени и внутripеченочных желчных протоков (C22), гортани (C32)	15,90	0,84	7,04	9,49	7,70
туберкулез органов дыхания (A15-A16)	11,62	1,59	4,83	9,75	6,15
другая вторичная гипертензия (I15.8) и вторичная гипертензия неуточненная (I15.9)	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01

Таблица 6.14

Динамика уровня первичной инвалидности населения трудоспособного возраста Республики Беларусь вследствие состояний, средне обусловленных алкоголем (на 100 тыс. населения)

Год	Состояния, средне обусловленные алкоголем	в т.ч. злокачественные новообразования губы, полости рта и глотки (C00-C14), пищевода (C15), печени и внутripеченочных желчных протоков (C22), гортани (C32)	туберкулез органов дыхания (A15-A16)	другая вторичная гипертензия (I15.8) и вторичная гипертензия неуточненная (I15.9)
2002	13,46	7,13	6,31	0,01
2003	14,25	7,72	6,51	0,01
2004	13,96	7,10	6,84	0,01
2005	14,17	7,59	6,55	0,04
2006	14,98	8,21	6,76	0,01
2007	14,02	8,11	5,92	0
2008	14,08	8,10	5,98	0

2009	13,13	7,86	5,27	0
2010	12,91	7,65	5,27	0
2011	13,66	7,51	6,15	0

Таблица 6.15

Региональные показатели первичной инвалидности населения трудоспособного возраста вследствие состояний, средне обусловленных алкоголем, среднегодовые данные за период 2002-2011 гг. (на 100 тыс. населения)

Регион	Состояния, средне обусловленные алкоголем	в т.ч. злокачественные новообразования губы, полости рта и глотки (C00-C14), пищевода (C15), печени и внутрипеченочных желчных протоков (C22), гортани (C32)	туберкулез органов дыхания (A15-A16)	другая вторичная гипертензия (I15.8) и вторичная гипертензия неуточненная (I15.9)
Брестская область	13,66	6,79	6,87	0,01
Витебская область	14,70	7,14	7,56	0
Гомельская область	14,79	9,33	5,43	0,03
Гродненская область	14,57	8,72	5,85	0
Минская область	15,51	8,52	6,97	0,02
Могилевская область	15,37	8,53	6,83	0,01
г. Минск	10,17	5,80	4,37	0
Республика Беларусь	13,86	7,70	6,15	0,01

## 6.2. Дорожно-транспортные происшествия, совершенные лицами, находящимися в состоянии алкогольного опьянения

К социальным последствиям алкоголизма следует отнести все возрастающую частоту дорожно-транспортных происшествий. Автомобильные аварии служат причиной большого числа смертей и травм как среди водителей и пассажиров, так и среди пешеходов. Также их результатом являются повреждения имущества. Таким образом, эти происшествия влекут за собой ряд негативных переживаний, а также затраты на медицинскую помощь, работу милиции, страховые выплаты, потерю работы и т.д.

Употребления алкоголя ухудшает многие двигательные и перцептивные навыки, необходимые для управления автомобилем. Алкоголь снижает время реакции и делает невозможным безопасное передвижение по дорогам. К тому же алкоголь притупляет естественное чувство опасности и самосохранения. Достаточно остро стоит проблема наездов транспортных средств на находящихся на дороге в нетрезвом состоянии пешеходов, особенно в темное время суток.

За 2012 год произошло 680 **дорожно-транспортных происшествий**, совершенных лицами, находящимися в состоянии алкогольного опьянения, что на 23,9% меньше, чем в 2011 году (893 ДТП).

#### **Гомельская область**

Количество дорожно-транспортных происшествий, совершенных лицами, находящимися в состоянии алкогольного опьянения, снижено с 152 до 127 случаев (снижение на 16,4 %). Количество пострадавших в результате дорожно-транспортных происшествий совершенных лицами, находящимися в состоянии алкогольного опьянения уменьшилось с 182 до 139 человек (снижение на 23,6 %), количество погибших в результате дорожно-транспортных происшествий уменьшилось с 47 до 30 человек (снижение на 36,2 %).

#### **Гродненская область**

В 2012 году в сравнении с 2011 годом количество дорожно-транспортных происшествий, совершенных по вине водителей в состоянии опьянения уменьшилось на 24,2% (с 91 до 69).

#### **Могилевская область**

Количество ДТП, совершённых водителями в состоянии алкогольного опьянения, уменьшилось на 23,9% (со 134 до 102).

#### **Минская область**

Зарегистрировано снижение с 60 до 56 случаев (минус 6,7%) количества ДТП, совершенных лицами в состоянии алкогольного опьянения.

Таблица 6.16

ДТП и пострадавшие в них по вине водителей в состоянии алкогольного опьянения

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Зарегистрировано дорожно-транспортных происшествий, случаев	855	1 012	1 022	893	894	702
Число погибших, человек	195	271	229	206	226	181
Число раненых, человек	1 050	1 199	1 227	1 049	1 053	782
Задержано водителей в состоянии алкогольного опьянения тыс. человек	...	46,2	49,8	50,4	46,8	43,1
<b>Удельный вес дорожно-транспортных происшествий по вине водителей в состоянии алкогольного опьянения в общем числе дорожно-транспортных происшествий</b>	<b>11,4</b>	<b>14,0</b>	<b>15,2</b>	<b>14,0</b>	<b>15,2</b>	<b>13,5</b>

### 6.3. Травмы и смерти, связанные с огнем

Большой вред в социальном и экономическом плане наносят пожары. Пьянство и отсутствие культуры питания – главная причина большого числа пожаров и гибели в них людей.

Наряду с социальными и медицинскими последствиями стоят экономические, которые включают в себя выплаты страховых возмещений в связи со смертью, травмами, повреждением или утратой имущества в страховых случаях в состоянии алкогольного опьянения.

Из-за **неосторожного обращения с огнем при курении в нетрезвом состоянии** в республике происходит более четверти всех пожаров. Так, за 2012 год на территории Гомельской области произошло 1040 пожаров, 274 из них – по причине пьянства (при этом погибли 116 человек (73,4% от общего количества погибших), получили травмы 28 человек, уничтожено 39 и повреждено 196 строений. Прямые экономические потери от указанных пожаров составили 1,6 млрд. рублей, а общие – 2,6 млрд. рублей.

### 6.4. Производственный травматизм

Употребление алкоголя является одной из основных причин производственного травматизма. Алкоголизм приводит к частым несчастным случаям на производстве, вследствие чего экономические потери составляют огромные суммы. Экономическая убыточность алкоголизма в условиях производства пропорциональна его распространенности среди лиц, участвующих в различных производственных процессах. У людей, больных алкоголизмом, наблюдаются ухудшения всех тех качеств, которые обеспечивают человеку известную защиту от несчастных случаев: ухудшается состояние здоровья, функциональное состояние нервной

системы, органов чувств. У злоупотребляющего алкоголем быстрее наступает утомление, он становится невнимательным, беспечным. У него развиваются именно те черты характера, которые характерны для людей, наиболее подверженных несчастным случаям: недисциплинированность, безответственность, неаккуратность, эгоцентричность, привычка к несоблюдению установленных правил поведения, правил техники безопасности.

В 2012 году при общем снижении числа фактов **производственного травматизма** отмечается **рост количества несчастных случаев, произошедших с потерпевшими в состоянии алкогольного опьянения**: 16 человек в момент травмирования находились в состоянии алкогольного опьянения (в 2011г. – 9).

## 6.5. Правонарушения

Тяжелым социальным последствием алкоголизма является его тесная взаимосвязь с преступностью. В состоянии алкогольного опьянения человек может совершить преступления, которые не собирался совершать или мог бы не совершить в трезвом состоянии. Состояние опьянения сопровождается беспечностью, эмоциональной неустойчивостью, склонностью недооценивать последствия своего поведения. Согласно Уголовному кодексу лицо, совершившее преступление в состоянии алкогольного опьянения, не освобождается от уголовной ответственности. Сам факт опьянения является отягчающим вину обстоятельством. Значительная часть преступлений в состоянии алкогольного опьянения - случайные, их могло бы не быть. Многочисленные «пьяные» и в этом смысле случайные преступления наносят огромный урон обществу. Сами же преступники расплачиваются за них годами неволи.

В 2012 году оперативная обстановка в сфере правонарушений, совершаемых в состоянии алкогольного опьянения стабилизировалась. Количество преступлений данного вида снизилось на 19,4% (с 26 906 до 21 691):

Минская область – 4094;  
г. Минск – 3588;  
Гомельская область - 3356;  
Могилевская область – 2858;  
Брестская область – 2781;  
Витебская область - 2459;  
Гродненская область – 2311.

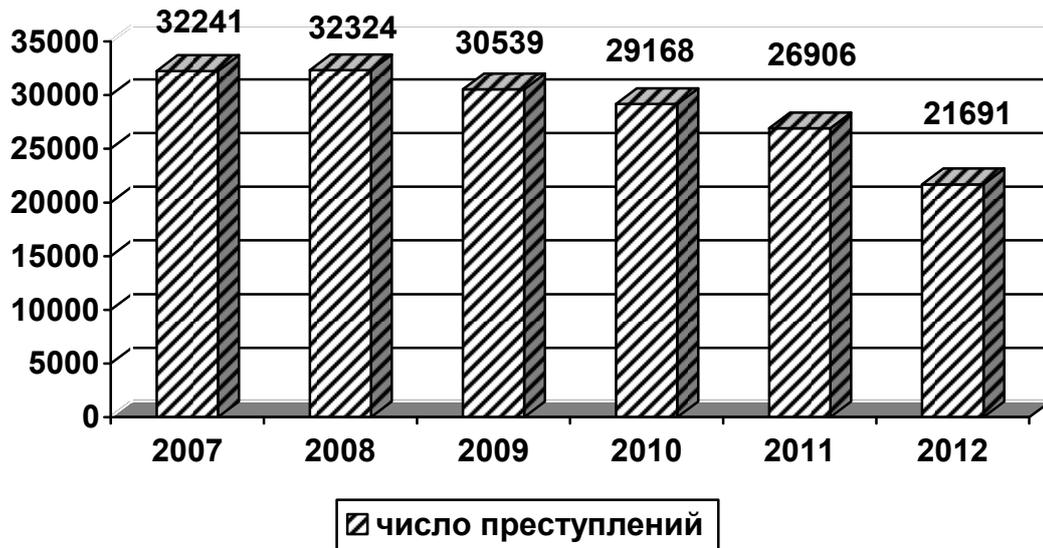


Рис. 6.2. Число преступлений, совершенных в состоянии алкогольного опьянения (по окончанным расследованиям, случаев)

В 2012 г. в состоянии алкогольного опьянения совершено 1 389 тяжких и 722 особо тяжких преступления, что соответственно на 22,6% и 21,9% меньше, чем за 2011 год. При этом зарегистрировано снижение на 13,8% убийств совершенных в состоянии алкогольного опьянения, на 24,9% - умышленных причинений тяжких телесных повреждений, на 25,4% разбоев, на 24,7% - грабежей, на 47,0% - хулиганств, на 21,7% - угонов транспортных средств.



Рис. 6.3. Число лиц, совершивших преступления в состоянии опьянения (по окончанным расследованиям)

Число лиц, совершивших преступления в состоянии алкогольного опьянения за последние 5 лет снизилось на 32,1%, в то время как число лиц, совершивших преступления в состоянии наркотического опьянения увеличилось на 21,6%.

В состоянии алкогольного опьянения в 2012 г. совершено:

- 67,7% изнасилований;
- 74,8% убийств;
- 69,7% причинений тяжких телесных повреждений;
- 66,1% разбоев;
- 55,6% грабежей;
- 59,3% хулиганств;
- 16,8% краж.



Рис. 6.4. Доля преступлений, совершенных в состоянии алкогольного опьянения от общего числа преступлений

Таблица 6.17

Численность осужденных, совершивших преступления в состоянии алкогольного опьянения, по видам преступлений (человек)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<b>Осуждено – всего</b>	31 998	31 847	28 328	26 357	23 952	17 254
из них за:						
убийство и покушение на убийство	704	512	485	389	307	256
умышленное причинение тяжкого телесного повреждения	1 394	1 405	1 191	1 031	997	749
изнасилование и покушение на изнасилование	203	211	187	114	77	54
кражу	11 635	11 247	10 288	9 890	9 185	7 430
грабеж	3 437	3 177	2 794	2 325	1 894	1 220
разбой	867	675	596	421	307	211
хулиганство	5 980	4 192	2 807	2 461	1 959	865
угон транспортного средства	853	828	725	708	618	450
преступления, связанные с наркотиками	235	210	206	206	244	206
<b>Удельный вес осужденных, совершивших преступления в состоянии алкогольного опьянения от общей численности осужденных, процентов</b>	45,1	46,5	45,6	43,2	43,7	42,8



Рис. 6.5. Число несовершеннолетних лиц, совершивших преступления в состоянии опьянения

Среди осужденных в 2012 году несовершеннолетних 26,7% совершили преступление в состоянии алкогольного опьянения.

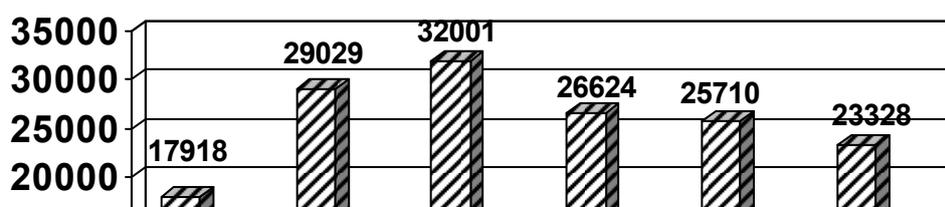


Рис. 6.6. Число несовершеннолетних, привлеченных к административной ответственности

Таблица 6.18

Число административных правонарушений в состоянии опьянения  
(тысяч случаев)

	2008	2009	2010	2011	2012
<b>Распитие алкогольных напитков в общественном месте, появление на работе в состоянии опьянения</b>	186,3	237,4	276,4	303,7	262,1
<b>Управление транспортным средством в состоянии алкогольного опьянения</b>	46,2	49,8	50,4	46,8	43,1

### 6.6. Неблагополучные семьи

Важным показателем социального ущерба алкоголизма является рост числа неблагополучных семей.

В здоровой семье создаются подходящие условия для духовного роста, раскрытия потенциала, развития личности, у каждого члена семьи имеются свои границы, уважаемые всеми. Если же в семье есть человек, который злоупотребляет алкоголем, то семья существует совсем по-другому.

Атмосфера в такой семье нестабильная, поскольку алкоголизм занимает много энергии, которая в благополучной семье тратится на поддержание благоприятного психологического климата.

Живя в окружении близких людей, человек, злоупотребляющий алкоголем, разрушает их жизнь. Изначально даже вполне благополучную семью алкоголизм способен разрушить изнутри. В семьях, где есть пьющие, всегда присутствует страх, напряжение, раздражительность. Разрушается благосостояние, так как постепенно приобретенные вещи меняются на спиртное. Особенно тяжелые последствия возникают, если пьют оба родителя. Дети из таких семей либо сами привыкают к алкоголю, либо оказываются в детских домах. Человек остается один, преследуемый целью достать алкоголь и постепенно деградирует как личность.

Дети пьющих родителей составляют генетическую группу риска по заболеваемости алкоголизмом и наркоманией. Дети из алкогольных семей несут в себе комплекс психологических проблем, связанных с определенными правилами и ролевыми установками такой семьи, что тоже ведет к вероятности попасть в группу социального риска. Ребенок, чтобы выжить в подобной семье, неизбежно усваивает дезадаптивные формы поведения.

Учет количества неблагополучных семей, динамики роста этого показателя является важным пунктом в системе мониторинга употребления алкоголя и связанного с ним вреда.

## 6.7. Дети-сироты

Алкоголизм - наиболее распространенная причина оставления детей и лишения родительских прав.

Одной из основных причин роста сиротства является алкоголизм родителей, и, как следствие, жестокое отношение к детям в семье, пренебрежение их потребностями и интересами.

Важным является учет количества детей-сирот, а также родителей, лишенных родительских прав, так как в экономическом плане это является серьезным бременем для государства (содержание детей в интернатах), а в социальном – деформация системы общественных ценностей, в том числе семейных ценностей, значительный ущерб духовно-нравственному потенциалу общества в целом.



Рис. 6.7. Число зарегистрированных случаев уклонения родителей от содержания детей



Рис. 6.8. Число лиц, лишенных родительских прав



Рис. 6.9. Численность детей, родители которых лишены родительских прав

Особо важное направление антиалкогольной политики – защита интересов детей в семьях, где один или оба родителя злоупотребляют спиртными напитками. Ведь с этим явлением связано около большое количество всех разводов и преобладающая часть случаев социального сиротства детей.

В Республике Беларусь насчитывается 16 249 неблагополучных семей, число несовершеннолетних в этих семьях составляет 26 038 детей.

Министерством труда и социальной защиты Республики Беларусь, органами по труду, занятости и социальной защите в 2012 году малообеспеченным гражданам и семьям, в том числе неблагополучным семьям, оказывалась государственная адресная социальная помощь (далее - ГАСП), гуманитарная и другие виды социальной помощи. По итогам 2012 года ГАСП назначена 281,9 тыс. человек на общую сумму 411,6 млрд. рублей. При этом, неблагополучным семьям помощь назначена в натуральной форме (продукты питания, одежда, обувь, школьные принадлежности и др. предметы первой необходимости) на сумму около 1,6 млрд. рублей.

На учете в 149 территориальных центрах социального обслуживания населения (далее – центры) на 01.01.2013 состояло более 1,6 млн. человек, включая 277,8 тыс. семей: многодетных, малообеспеченных, неполных и некоторых других.

На 01.09.2012 г. всего на учете в организациях здравоохранения республики состоит 20 764 обязанных лица (далее - ОБЛ). По результатам проведенных в государственных организациях здравоохранения медосмотров ОБЛ, социально-значимые заболевания выявлены у 10 773 человека, в т.ч.: заболевания наркологического и психиатрического профиля - у 10231 (94,7%) чел., ВИЧ-инфекция - у 253 (2,3%) чел., туберкулез - у 289 (2,7%) чел. По состоянию на 01.09.2012 г. в республике зарегистрировано 12 290 неблагополучных семей, в которых проживает (воспитывается) 21 235 несовершеннолетних, признанных как дети, находящиеся в социально опасном положении.

Таблица 6.19

Число детей, признанных находящимися в социально опасном положении

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Количество семей, в которых дети признаны находящимися в социально опасном положении и состоят на учете, на конец года, единиц	15 877	12 347	11 060	12 650	13 085	12 195
Численность детей, признанных находящимися в социально опасном положении и состоящих на учете, на конец года, человек	28 770	21 830	19 131	21 953	22 466	20 967

По регионам такие семьи с проживающими в них детьми распределились следующим образом:

Брестская область – 983 семьи (1 862 ребенка);

Витебская область – 2 684 семьи (4 459 детей);  
Гомельская область – 2 316 семей (4 298 детей);  
Гродненская область – 1 586 семей (2 751 ребенок);  
Минская область – 1 890 семья (3344 ребенка);  
Могилевская область – 1 476 семей (2 600 детей);  
г. Минск – 1 355 семей - (1 921 ребенок).

Ежемесячно в наркологических кабинетах обновляются списки несовершеннолетних, находящихся в социально-опасном положении, которые поступают по корпоративной сети от районных педиатров. Списки лиц, обязанных возмещать расходы по обеспечению детей, по запросу врачей-наркологов представляются сотрудниками инспекции по делам несовершеннолетних. Данные списки не содержат информации о злоупотреблении ОБЛ алкоголем, в связи с чем врачу-наркологу приходится запрашивать информацию у участкового инспектора и ходатайствовать о доставке на осмотр для решения вопроса о необходимости оказания наркологической помощи. ОБЛ при необходимости госпитализируются в день обращения. При госпитализации обязанных лиц в наркологические отделения информация о дате поступления и выписки сообщается работодателю и инспектору РУВД.

Налажено тесное взаимодействие с СПЦ, куда врачи выходят с профилактическими мероприятиями, а также директора СПЦ направляют на осмотр к наркологу нуждающихся (пьющих родителей), в оказании помощи широко используется режим отделения дневного пребывания.

По запросу детских и взрослых поликлиник, предоставляется информация о наличии учета в наркологическом диспансере граждан из семей СОП и ОБЛ. Ежемесячно в центральные районные поликлиники сообщается информация о гражданах, взятых на учет и имеющих несовершеннолетних детей.

## 7. ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ В СТРАНЕ

### 7.1. Прямые затраты

#### 7.1.1. Затраты на содержание систем профилактики, диагностики, лечения, реабилитации пациентов, страдающих алкоголизмом и употребляющих алкоголь с вредными последствиями

В первую очередь, к прямым затратам можно отнести затраты на организацию и функционирование наркологической службы, которая занимается диагностикой, лечением и реабилитацией всех видов зависимостей. От 90% расходов времени персонала связаны с оказанием помощи пациентам со злоупотребление алкоголем. Поэтому эту часть затрат можно оценить как % от общей суммы на содержание наркологической службы в стране. Этот процент можно определить на основе расчета доли пациентов с алкогольной зависимостью от всех наблюдаемых пациентов (состоящих на учете). В 2012 г. затраты на оказание наркологических услуг населению на бюджетной основе составил не менее 125 миллиардов рублей.  $125 \text{ млрд.руб.} * 90\% = 112,5 \text{ млрд.руб.}$

*Затраты на реализацию Государственной программы национальных действий по предупреждению и преодолению пьянства и алкоголизма.*

Уточненный план финансирования на реализацию мероприятий Государственной программы национальных действий по предупреждению и преодолению пьянства и алкоголизма на 2012 год составил 6 932,2 млн. рублей, в т.ч.:

по республиканскому бюджету – 244,1 млн. рублей (оплата услуг связи – 4,1 млн. рублей, оплата текущего ремонта зданий – 110,0 млн. рублей, приобретение оборудования – 130,0 млн. рублей);

по местным бюджетам – 6 688,1 млн. рублей, в т.ч. в разрезе регионов: Брестская область – 1 711,9 млн. руб., Витебская область – 3 163,2 млн. руб., Гомельская область – 15,9 млн. руб., Гродненская область – 696,3 млн. руб., Минская область – 715,0 млн. руб., Могилевская область – 36,0 млн. руб., г. Минск – 349,8 млн. руб.

Фактическое освоение выделенных средств на реализацию мероприятий Государственной программы национальных действий по предупреждению и преодолению пьянства и алкоголизма в 2012 году составило 6 862,7 млн. рублей или 99,0 % к плану года, в том числе:

по республиканскому бюджету – 244,0 млн. рублей (100,0 % к уточненному плану года);

по местным бюджетам – 6 618,7 млн. рублей или 99,0 % к плану года, в том числе:

Брестский облисполком – 1 704,3 млн. руб., (99,6 % к уточненному плану года);

Витебский облисполком – 3 162,9 млн. руб., (100,0 % к уточненному плану года);

Гомельский облисполком – 14,5 млн. руб., (91,2 % к уточненному плану года);

Гродненский облисполком – 695,8 млн. руб., (99,9 % к уточненному плану года);

Минский облисполком – 715,0 млн. руб., (100,0 % к уточненному плану года);

Могилевский облисполком – 31,0 млн. руб., (86,1 % к уточненному плану года);

Минский горисполком – 295,2 млн. руб., (84,4 % к уточненному плану года).

### **7.1.2. Затраты на содержание систем профилактики, диагностики, лечения, реабилитации пациентов с металкогальными заболеваниями и созависимых**

Характер связи каждого, связанного с алкоголем состояния, определяет понятием «алкогольной фракции» - оценки доли различных типов смертности, заболеваемости и травматизма, обусловленных употреблением алкоголя. Такие оценки даются на основании результатов местных исследований и международных данных о распространенности этих состояний, а также употребления алкоголя с высоким и средним уровнями риска. В Республике Беларусь не проводились популяционные исследования по значению «алкогольной фракции» при различных заболеваниях, поэтому нам приходится ориентироваться на данные зарубежных исследований. При определении круга металкогальных заболеваний, необходимо рассчитать показатели частоты и длительности госпитализаций в данном году данной по группе заболеваний (больничный этап), показатели частоты обращений и длительности пребывания на больничном листе (амбулаторный этап). Сумма расходов организаций здравоохранения на группу металкогальных заболеваний по диагностике, лечению, профилактике и реабилитации составит сумму прямых затрат по группе металкогальным заболеваниям.

Выделяя затраты системы здравоохранения и ведомственных учреждений здравоохранения на профилактику, диагностику, лечение и реабилитацию данной группы заболевания с использованием поправочных коэффициентов, мы сможем рассчитать сумму этих затрат. В эту же группу следует отнести такие виды прямых затрат, как:

- затраты на выезд и оказание экстренной медицинской помощи бригадами скорой медицинской помощи (психиатрические бригады) пациентам с хроническим алкоголизмом, пациентам, находящимся в состоянии алкогольного опьянения;

- затраты на реанимацию и интенсивную терапию пациентов с хроническим алкоголизмом, пациентам, поступившим в состоянии алкогольного опьянения;

- затраты на реабилитацию металкогольных заболеваний и созависимых в системе Минздрава (санатории, профилактории).

Однако, эта группа затрат не представлена в полной мере в статистических базах, поэтому вести расчет можно либо с применением поправочных коэффициентов, либо необходимо провести исследования по определению доли затрат на этих пациентов в общем бюджете учреждений здравоохранения в данном году. По данным французских ученых, 38% затрат на больничную помощь в 2007 г. во Франции, связаны со злоупотреблением алкоголем. По данным кафедры психиатрии и наркологии Читинской государственной медицинской академии до 50% пролеченных в общесоматическом стационаре г. Читы имели проблемы с алкоголем.

В нашей стране подобные исследования ранее не проводились. Для расчета затрат этого использовался средний показатель доли затрат, обусловленных злоупотреблением алкоголя в 40%. Сумма затрат на оказание медицинской помощи в республике в 2012 г. составила не менее 9000 млрд. руб. \* 40% = **3600 млрд. рублей.**

### **7.1.3. Затраты, связанные с имущественным и социальным ущербом, вследствие пьянства и алкоголизма**

Рассчитывались затраты, связанные с имущественным и социальным ущербом вследствие пьянства и алкоголизма, в том числе, экономические потери вследствие ДТП, травм, убийств, самоубийств, порчи и уничтожения имущества, содержанием части системы исполнения наказаний, ЛТП, вытрезвителей.

При помощи данных показателей удастся количественно измерить долю происшествий по причине острого и хронического употребления алкоголя и рассчитать ущерб от этих происшествий. По данным Министерства внутренних дел в 2012 г. примерно 20% всех преступлений были совершены в состоянии алкогольного опьянения, 14% всех ДТП совершены лицами, находящимися в состоянии алкогольного опьянения. Расходы МВД на содержание лечебно-трудовых профилакториев составили не менее **23,5 млрд. рублей**, расходы на содержание вытрезвителей – не менее **16 млрд. руб.** Расходы консолидированного бюджета в 2012 г. по статьям «Правоохранительная деятельность и обеспечение безопасности», «Органы внутренних дел», «Органы судебной власти» - не менее **8000 млрд. рублей.**

8000 млрд. руб. \* 20% = **1600 млрд. рублей.**

Затраты вследствие пожаров, случившихся по вине лиц, находящихся в состоянии алкогольного опьянения, по данным Министерства чрезвычайных ситуаций, составили в 2012 г. Составили не менее **10 млрд. рублей.**

## 7.2. Косвенные затраты

### 7.2.1. Экономические потери в связи с преждевременной смертностью и нетрудоспособностью вследствие алкоголизма

На основании произведения стоимости года человеческой жизни и количества утерянных лет жизни вследствие заболеваний, связанных со злоупотреблением алкоголя можно оценить стоимость косвенного ущерба или недополученного обществом дохода, вследствие злоупотребления алкоголем в стране. В 2012 г. число лиц, снятых с наркологического учета в связи со смертью составило 5000 человек, а ВВП на одного человека в 2012г. – 15000 тыс. рублей,

$5600 \text{ чел.} * 15000 \text{ тыс. руб.} = \mathbf{84 \text{ млрд. рублей.}}$

### 7.2.2. Экономические потери в связи с преждевременной смертностью и нетрудоспособностью вследствие металкогольных заболеваний

На основании произведения стоимости года человеческой жизни и количества утерянных лет жизни вследствие заболеваний, связанных со злоупотреблением алкоголя можно оценить стоимость косвенного ущерба или другими словами недополученного обществом дохода, вследствие металкогольных заболеваний. Число лет жизни, потерянных вследствие заболевания связанных с злоупотреблением алкоголем в 2012 г. составило:  $6,86 \text{ лет} * 9650 = \mathbf{66102 \text{ года.}}$

Возможны два варианта расчета стоимости потерянных лет вследствие злоупотребления алкоголем:

1. по уровню ВВП на душу населения.
2. по стоимости человеческой жизни.

В связи с тем, что нет разработанных критериев оценки стоимости человеческой жизни у нас в стране, воспользуемся цифрой ВВП на душу населения в 2012 г., которая составила 15000 тыс. рублей.

Таким образом, стоимость потерянных лет жизни, вследствие причин, связанных со злоупотреблением алкоголем в 2012 г. составила:  $66102 \text{ года} * 15000 \text{ тыс.руб.} = \mathbf{991 \text{ млрд.рублей.}}$

## **8. СТРАТЕГИЧЕСКИЕ НАПРАВЛЕНИЯ РАЗВИТИЯ АНТИАЛКОГОЛЬНОЙ ПОЛИТИКИ, ДЕМПФИРОВАНИЯ НЕГАТИВНЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ ОТ УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ**

Стратегия развития антиалкогольной политики направлена на противодействие неблагоприятному воздействию злоупотребления алкоголем и определяет пять приоритетных задач деятельности.

Первое из приоритетных направлений заключается в защите детей, молодежи и внутриутробного развития и сосредоточивается на необходимости работать над решением разрастающихся проблем потребления алкоголя среди несовершеннолетних и "запойного пьянства" среди молодежи, а также на усилении защиты детей. Реализация данного направления предусматривает необходимость усилить ограничения в алкогольной торговле и расширить возможности маркетинга для позитивного влияния на молодых людей.

Второе приоритетное направление – снижение травматизма и смертности в дорожно-транспортных происшествиях, обусловленных потреблением алкоголя. В качестве положительного опыта рассматривается установление и внедрение в практику более низких порогов уровней алкоголя в крови (АК) для управляющих автотранспортным средством. Подчеркивается важность мер по повышению уровня знаний в обществе по указанной проблематике.

Третье приоритетное направление обращено к значимости профилактики вреда от алкоголя с целью снижения уровня хронических физических и психических расстройств среди взрослого населения. В этом направлении придается особое значение тому негативному воздействию, которое может оказывать алкоголь в рабочей среде на производительность труда, а сама рабочая среда рассматривается в качестве важнейшей площадки для реализации профилактических мероприятий. Необходимо повсеместно внедрять и активно применять существующие регуляторные нормы и стандарты (как, например, лицензирование, переобучение обслуживающего персонала, ограничение в продвижении алкогольной продукции на рынке), а также на необходимость активной реализации информационно-просветительских кампаний и привлечения медиков-профессионалов для консультирования лиц групп риска.

Четвертое направление предусматривает необходимость информирования, образования и повышение осведомленности в области знаний о проблемах, связанных с вредом от злоупотребления алкоголем, равно как и ставит задачу развития в обществе представлений о приемлемых моделях потребления алкоголя.

Наконец, пятый приоритет отводится работе по разработке и поддержанию базы данных показателей состояния наркологической ситуации, в частности, для развития системы индикаторов здоровья в

мониторинге процесса, как и для исследований для отслеживания эффективности подходов.

Широкий спектр связанных с алкоголем проблем в современном обществе, который определяется социально-экономическими и культуральными факторами, требует комплексной программы их профилактики. Комплекс целенаправленных мер, направленных на снижение уровня связанных с алкоголем проблем в настоящее время принято называть алкогольной политикой. В своей монографии К. Брун дает следующее определение алкогольной политики: “правовые, экономические и физические факторы, которые влияют на доступность алкоголя индивидууму”. Соответственно к алкогольной политике относятся все стратегии и меры, применяемые правительством или местными администрациями которые влияют на доступность алкоголя. Это определение не является полным, поскольку не учитывает неформального социального контроля, антиалкогольного образования, т.е. меры направленные на снижение спроса на алкоголь. Г. Эдвардс определяет алкогольную политику как ответ общественного здравоохранения на тот ущерб, который наносит обществу алкоголь. Соответственно алкогольная политика в данном случае трактуется более широко и включает законодательный контроль доступности (государственная монополия, налогообложение), меры связанные со снижением спроса на алкоголь (образование), меры, направленные на конкретные связанные с алкоголем проблемы (например, вождение в пьяном виде).

Опыт многочисленных антиалкогольных компаний показывает, что для большинства людей алкоголь является обязательным атрибутом социальной жизни. Поэтому, задача государства состоит в минимизации того вреда, который приносит алкоголь. Без четкой государственной политики, поддерживаемой различными слоями населения, отдельные мероприятия не будут реализованы. Эффективная политика должна быть направлена на обеспечение устойчивых перемен в обществе с целью снижения потребления алкоголя. Алкогольная политика должна учитывать две ипостаси алкоголя: как продукта, который многие люди употребляют без ущерба, и как психоактивное вещество, способное вызывать зависимость и действовать разрушительно на здоровье. Главной целью национальной политики в области алкоголя должно являться снижение совокупного потребления алкоголя с целью уменьшения негативных социально-экономических и медицинских последствий злоупотребления алкоголем. Разработка национальных и местных программ требует знания научных фактов относительно того, какие методы и подходы являются эффективными. При этом нужно рассматривать различные контексты этой проблемы - социальный, культуральный и экономический.

На сегодняшний день существует две основные стратегии алкогольной политики: снижение доступности алкоголя и снижение спроса на него. Считается, что уровень доступности алкоголя обуславливает его социальную приемлемость. Если алкоголь доступен и удобен в приобретении, то большое

число людей будет считать употребление алкоголя нормой жизни. Исследования взаимосвязи между доступностью алкоголя и уровнем его потребления показали, что когда спиртные напитки менее доступны в приобретении, уровень их потребления снижается. США является классическим примером влияния доступности алкоголя на уровень связанных с ним проблем. Страна делится на два региона по доступности алкоголя - север, где алкоголь более доступен, и юг. На севере трезвенников на 50% меньше, а больных алкоголизмом в 2 раза больше, чем на юге. Поэтому, ключевым пунктом алкогольной политики является ограничение доступности алкоголя. Ограничение доступности включает следующие основные мероприятия: контроль за производством и торговлей, контроль за ценами. Одной из наиболее распространенных форм регулирования доступности алкоголя является государственная монополия. Эта эффективная система контроля за производством и продажей алкоголя с успехом используется во многих странах, в том числе в Скандинавских странах, в 18 штатах США, в большинстве провинций Канады. Цена на спиртные напитки существенно влияет на уровень потребления алкоголя.

Алкоголь, как и другие товары, является объектом действия экономических законов спроса и предложения. Таким образом, если алкоголь становится более дорогим, то спрос на него понижается, и наоборот. Влияние цен на уровень потребления особенно четко прослеживается в периоды, когда стоимость алкоголя по каким-то причинам возрастает. Так, например, в Дании во время первой мировой войны цена водки выросла в 10 раз, при этом потребление алкоголя на душу населения снизилось в четыре раза. Как следствие этого уровень алкогольных психозов снизился в 13 раз, а уровень смертности в результате алкоголизма снизился в 6 раз. Исследования, проведенные в разных странах показали, что повышение цены на 1% сопровождается снижением потребления алкоголя на 1%. Увеличение потребления алкоголя наблюдается в тех случаях, когда рост заработной платы опережает рост цен на спиртные напитки. Так, в США федеральный налог на алкогольные напитки оставался постоянным с 1951 года. Это привело к тому, что реальная цена крепких алкогольных напитков в период с 1960 по 1980 годы снизилась на 48%, что способствовало росту потребления алкоголя. С целью снижения доступности алкоголя широко практикуется ограничение времени его продажи, а также уменьшение точек продажи. Большинство стран, имеющих антиалкогольное законодательство регламентируют доступность алкоголя для молодежи (возрастной ценз колеблется от 18 до 21 лет). Было установлено, что повышение возрастного предела приводит к снижению потребления алкоголя среди возрастной группы, подпадающей под запрет. В большинстве стран запрещена реклама алкоголя. Стратегия снижения спроса на алкоголь направлена на изменение социального климата путем проведения информационных компаний в средствах массовой информации, введение образовательных программ в школе и дошкольных учреждениях. Успех алкогольной политики в большой степени зависит от количества средств вкладываемых в рекламу здорового

образа жизни, в культуру, спорт, организацию досуга молодежи, строительство лечебных и реабилитационных центров.

Наиболее радикальной мерой, направленной на снижения уровня алкогольных проблем является введение «сухого закона». Попытка введения «сухого закона» предпринималась в различных странах, в том числе в Исландии в 1912-1923 годах, в США в 1919-1932 годах, в Финляндии в 1919-1932 годах. В 1919 году Конгресс США принял 18-ю поправку к конституции, согласно которой вводился полный запрет на производство, перевозку и продажу любых алкогольных напитков по всей стране. Следует отметить, что принятие этого закона не являлось волюнтаристским решением «сверху». Эта инициатива была поддержана населением, среди которого в тот период были распространены трезвеннические настроения. В течение первых нескольких лет «сухого закона» уровень алкогольных проблем снизился до минимума. Однако, на фоне запрета официальной торговли алкоголем, резко выросла нелегальная его продажа. Так, уже в первые полгода закона было конфисковано 517 миллионов литра самогона, обнаружено и ликвидировано 4888 подпольных винокурен и 24111 пивоварен. В 1924 году было конфисковано уже 6,3 миллиарда литров самогона, обнаружено и ликвидировано 18853 винокурен и 124720 пивоварен. За нелегальное производство алкоголя было арестовано 68 тысяч человек. Таким образом, общественность, активно поддержавшая введение «сухого закона», с не меньшим энтузиазмом стала его нарушать. Следует отметить, что ни в одной стране, где вводился «сухой закон» не было достигнуто ожидаемого результата. Первоначальный эффект снижения уровня алкогольных проблем, сменялся их постепенным ростом. Расширение нелегального производства алкоголя приобретало неконтролируемый характер.

Альтернативной сухому закону системой контроля доступности алкоголя является рационирование. При такой системе для всех граждан определяется фиксированная норма алкоголя, которую они могут купить. В Швеции в период с 1917 по 1955 годы действовала система Братта (по фамилии врача, ее предложившего). Согласно этой системе главе семьи выдавалась талонная книжка, по которой на семью отпускалось не более 4 литров водки в месяц. Успех этой системы способствовал тому, что в результате проведенного в 1922 году референдума большинством голосов было отклонено предложение ввести «сухой закон». Постепенно система Братта начала вызывать все большую критику. В качестве аргумента приводился довод о том, что ограниченная продажа алкоголя создает искусственный ажиотаж вокруг него, и, таким образом, человек, не имевший намерения употреблять алкоголь, получив его по карточке, считает необходимым его употребить. Отмена рационирования привела к четырехкратному росту смертности в результате цирроза печени.

Одной из наиболее распространенных форм регулирования доступности алкоголя является государственная монополия. Наиболее известным историческим примером этого вида государственного

регулирования является Гетеборгская система. Первоначально она была введена в 1865 году в Шведском городе Гетеборге, а затем распространилась на всю страну. Согласно этой системе одной из шведских фирм предоставлялась монополия на продажу водки с небольшой нормой прибыли (около 6%). Остальная часть доходов поступала в распоряжение местного самоуправления и использовалась для благотворительных целей и профилактики алкоголизма. Эта система регулировала число мест и времени продажи крепких спиртных напитков, ограничивала отпуск спиртных напитков одному лицу, запрещала доступ в питейные заведения лицам моложе 18 лет. В 1917 году она была заменена системой Братта. Таким образом, алкогольная политика Швеции прошла длительный путь исторического развития и социальных экспериментов. В основе современной модели государственной монополии на алкоголь в Швеции лежат два основных принципа: монополия на розничную торговлю и высокий уровень цен на алкогольные напитки за счет акциза и налогов. В некоторых странах была разработана национальная политика, направленная на повышение потребления вина с целью сокращения потребления крепких спиртных напитков (так называемая экономика замещения). Оказалось, что, несмотря на то, что некоторое замещение имело место, в целом, повышение доступности вина в розничной торговле привело к росту совокупного потребления алкоголя. Так, в Финляндии в 1969 году была разрешена продажа пива средней крепости во всех продуктовых магазинах и кафе. В этом же году совокупное потребление алкоголя выросло на 46% в основном за счет повышения потребления пива средней крепости. В Швеции разрешение продажи крепкого пива в 1965 году сопровождалось ростом совокупного потребления алкоголя на 15%. При этом значительно выросло потребление алкоголя подростками. Аннулирование продажи пива в 1976 году привело к снижению совокупного потребления алкоголя на 22% и снижению смертности в результате цирроза печени на 35%. Тем не менее, во многих странах успешно работает стратегия ограничения потребления крепких спиртных напитков, согласно которой слабоалкогольные напитки более доступны в цене. Так, например, в Швеции крепкие алкогольные напитки традиционно доминировали в структуре потребления алкоголя. Начиная с середины 70-х годов наблюдается тенденция снижения уровня потребления крепких спиртных напитков и одновременный рост уровня потребления вина и пива. Вследствие этого изменилась структура потребления алкоголя. Если в 1955 году 67% от общего потребления приходилось на крепкие спиртные напитки, 8% на вино и 25% на пиво, то в 1994 году эти цифры составляли соответственно 27%, 29%, 43%. Преимущество в выборе и цене обычно предоставляется безалкогольным напиткам. В этом смысле накоплен положительный опыт пропаганды безалкогольного пива среди молодежи.

В СССР алкогольная политика менялась в зависимости от имевшейся ситуации. В первые дни после октябрьского переворота в Петрограде насчитывалось около 700 складов с запасами вин. В погребах Зимнего дворца

хранились редкие вина общей стоимостью свыше 5 миллионов долларов. Первоначально предполагалось, что захваченное вино и спирт будут проданы за границу. Однако среди населения стал нарастать ажиотаж и начались стихийные погромы складов. Одни торопились «уничтожить причину всех бед», другие – вкусить дорогого вина. Для того чтобы стабилизировать ситуацию военно-революционный комитет решил ликвидировать запасы алкоголя. Спирт и вина с помощью пожарных помп выкачивали в сточные канавы. 28 ноября 1917 года вышел приказ, согласно которому все винные и спиртные заводы закрывались, и запрещалась продажа алкоголя. В этом же году была учреждена специальная должность «ответственный комиссар по борьбе с алкоголизмом и азартными играми». Трезвость рассматривалась большевиками как важная цель революции. В мае 1918 года ВЦИК принял декрет, который предусматривал за подпольное изготовление спиртного уголовную ответственность в виде лишения свободы на срок не менее 10 лет с конфискацией имущества. 19 декабря 1919 года Совнарком РСФСР принял постановление «О воспрещении на территории страны изготовления и продажи крепких алкогольных напитков». За нарушение закона предусматривалось наказание в виде лишения свободы на срок не менее 5 лет с конфискацией имущества. За появление в общественном месте в нетрезвом виде полагалось лишение свободы на срок не менее одного года. Запрет не распространялся на напитки менее 12 градусов крепости. В условиях гражданской войны, несмотря на угрозу наказаний, изготовление самогона с каждым годом возрастало. С конца 1922 года активизировалась борьба с самогонварением. Милиция проводила массовые облавы. В целом, в РСФСР в 1922 году было обнаружено 94 тыс. случаев самогонварения и отобрано 22 тыс. самогонных аппаратов, в 1923 году 191 тыс. и 54 тыс. соответственно, в 1924 году – 275 тыс. и 73 тыс. В 1922 году было возбуждено более 500 тыс. уголовных дел о самогонварении. Однако усиление борьбы с самогонварением не давало ожидаемых результатов. Постепенно запреты ослабевали. В 1923 году специальным декретом было разрешено производство вин крепостью до 20 градусов, а в 1924 году – до 30 градусов. В 1925 году были сняты все ограничения на продажу спиртных напитков. Постановлением ЦНК и СНК СССР от 28 августа была введена государственная монополия на изготовление и продажу водки. Водка продавалась по цене 1 рубль за 0,5 литра при среднемесячной заработной плате рабочего 80 рублей. Доходы от продажи водки составляли 12 % от всей доходной части бюджета. Считалось, что эти средства помогали государству восстанавливать промышленность. Сталин в своих выступлениях заявлял, что продажа водки зло, но меньшее, чем кабала капиталистов. Тем не менее, 11 сентября Совнарком РСФСР принял постановление, согласно которому предписывалось усилить антиалкогольную пропаганду в средствах массовой информации, ввести в школьную программу лекции о вреде алкоголя. В 1927 году были созданы специальные комиссии по вопросам алкоголизма при исполкомах всех местных советов. В этом же году было принято постановление, согласно которому лица страдающие алкоголизмом могли

быть подвергнуты принудительному лечению. В 1928 году в Москве было создано «Общество по борьбе с алкоголизмом». В эти годы антиалкогольная компания приняла широкий размах. Однако в начале 30-х годов антиалкогольные мероприятия были практически свернуты. Было решено, что разрешение проблемы пьянства и алкоголизма произойдет само собой по мере роста благосостояния и культуры народа. Во второй половине 30-х алкоголь продавался свободно, по вполне доступным ценам. Несмотря на это, в 1940 г уровень потребления алкоголя на душу населения был невысоким – 2,5 литра.

В послевоенные годы официальный уровень продажи алкоголя был относительно не высок и составил в 1950 году 1,9 литра на душу населения. Однако этот показатель не отражает реального уровня потребления алкоголя, поскольку в послевоенные годы широкое распространение получило самогонварение. С целью ужесточения борьбы с незаконным оборотом алкоголя в 1948 году был издан указ, предусматривающий за изготовление и хранение самогона с целью сбыта заключение в исправительно-трудовые лагеря сроком от 6 до 7 лет с конфискацией имущества, а без цели сбыта – лишение свободы от 1 до 2 лет. Однако на практике эти суровые меры применялись редко. В конце 40-х годов рост уровня самогонварения удалось приостановить путем снижения в два раза цены на водку. В это же время дешевизна водки стимулировала ее потребление и как следствие рост уровня связанных с алкоголем проблем. Данное обстоятельство стало причиной принятия 15 декабря 1958 года постановления ЦК КПСС и Совета Министров СССР "Об усилении борьбы с пьянством и о наведении порядка в торговле крепкими спиртными напитками".

Постановление в частности предусматривало запрещение продажи водки в продовольственных магазинах, на предприятиях общественного питания (кроме ресторанов), расположенных на вокзалах, пристанях, в аэропортах. Торговля водкой запрещалась вблизи промышленных предприятий, учебных, лечебных и детских учреждений, а также в местах массового отдыха. Торговля алкоголем в магазинах разрешалась с 10 часов утра, а в ресторанах была установлена предельная норма отпуска - не более 100 грамм водки на посетителя. Запретительный характер проводимых мероприятий имел негативные последствия. Так, запрет на торговлю алкоголем в местах общественного питания, где можно было к выпивке приобрести закуску, стимулировал уличное пьянство. Публичное пьянство вело к росту преступности, и, кроме того, формировало в обществе терпимое отношение к пьяницам. Процесс размокания культуры сопровождался ростом уровня потребления алкоголя и уровня связанных с алкоголем проблем. Кроме того, дефицит водки спровоцировал рост самогонварения.

С середины 60-х годов начался постепенный рост уровня потребления алкоголя и как следствие этого рост уровня связанного с ним проблем. В 1972 году вышло постановление ЦК КПСС и Совета Министров СССР «О мерах по усилению борьбы против пьянства и алкоголизма». С целью уменьшения потребления крепких спиртных напитков было сокращено

производство водки и повышено производство безалкогольных напитков. Кроме того, было уменьшено число магазинов по продаже алкогольных напитков, запрещена торговля ими в мелкой розничной торговой сети, в столовых и буфетах, продовольственных магазинах. Запрещена продажа алкогольных напитков крепостью более 30 градусов в торговых точках, расположенных вблизи промышленных предприятий и строек, учебных заведений, вокзалов. Эффектом этих мероприятий было некоторое снижение уровня заболеваемости алкоголизмом и алкогольными психозами. Однако провозглашенные меры не дали ожидаемых результатов, так как действия по их реализации были плохо скоординированы и непоследовательны. Таким образом, в эпоху «застоя» антиалкогольное законодательство осталось пустой декларацией о намерениях. Тем не менее, в последующем, алкогольным проблемам уделялось достаточно много внимания на правительственном уровне. В частности, в 1976 году была создана самостоятельная наркологическая служба, что значительно улучшило качество наркологической помощи. Это, в свою очередь, привело к тому, что уровень заболеваемости алкогольными психозами, которой возростал с 60-х годов, несколько снизился. В начале 80-х годов руководство Советского Союза в рамках кампании по усилению трудовой дисциплины приняло ряд мер по снижению доступности алкоголя. Так, например, ограничивалось время торговли спиртными напитками. Эти мероприятия привели к некоторому снижению уровня потребления алкоголя на душу населения. Так, общий уровень потребления алкоголя с 1980 по 1983 снизился с 10,2 до 9,6 литров на душу населения. Соответственно, заболеваемость алкогольными психозами снизилась с 19,8 на 100 тыс. населения в 1980 году до 15,6 в 1983 году. Кроме того, отмечалось некоторое снижение уровня смертности в результате отравлений алкоголем, цирроза печени, а также уровня общей смертности. Тем не менее, уровень алкогольных проблем в обществе оставался чрезвычайно высоким.

7 мая 1985 года было принято постановление ЦК КПСС «О мерах по преодолению пьянства и алкоголизма» и Совета Министров СССР «О мерах по преодолению пьянства и алкоголизма, искоренению самогонварения». Эти документы предусматривали широкомасштабную кампанию, направленную на значительное сокращение производства алкогольных напитков, числа точек продажи и времени продажи. Практически все, что можно было сделать за счет административного ресурса было сделано. Число винодельческих предприятий снизилось в два раза. Было вырублено около 300 тыс. гектаров виноградников (треть от всех плантаций). Число магазинов, торгующих алкогольными напитками, было сокращено в 4,7 раз. Цена на водку выросла в два раза. В итоге этих беспрецедентных по своим масштабам мероприятий продажа алкоголя на душу населения снизилась с 8,3 литров в 1984 году до 3,3 литров в 1987 году. Однако резкое снижение уровня продажи алкоголя было достигнуто преимущественно за счет снижения потребления вина. Снижение производства вина, как в период кампании, так и в последующие годы, привело к снижению его доступности.

Это обстоятельство явилось причиной изменения структуры потребления алкоголя в пользу крепких спиртных напитков. Наиболее очевидным успехом антиалкогольных мероприятий было снижение на 10,3% общей смертности. Причем, это снижение было особенно заметно на фоне тенденции ежегодного роста общей смертности, которая наблюдалась с начала 60-х годов. Уровень связанных с алкоголем проблем также резко снизился. Так, смертность от причин связанных с алкоголем в 1987 году по сравнению с 1984 годом снизилась в 2,5 раза, смертность от травм, несчастных случаев, отравлений снизилась на 36,8%. Главным барьером на пути реализации программы стало самогонование. По оценкам разных экспертов в 1987 году было изготовлено от 1,9 до 5 литров самогона на душу населения. Только в этом году населением было выпито около одного миллиарда спиртосодержащих парфюмерных изделий. Несмотря на суровые наказания (штраф 300 рублей или исправительные работы до двух лет на первый случай и лишение свободы до 2-х лет при повторном нарушении) самогонование было повсеместно распространено. Так, если в 1985 году было арестовано 80 тыс. самогонщиков, то в 1986 году- 150 тыс., в 1987 году уже 397 тысяч, а в 1988 – более 500 тысяч. Продажа сахара, как основного сырья для изготовления самодельного алкоголя, выросла на 964 тысячи тонн. Таким образом, предполагается, что подпольное изготовление фактически компенсировало сокращение производства алкоголя на государственных предприятиях. В то же время, снижение уровня различных видов смертности в этот период не согласуется с этим утверждением. Оценки этого социального эксперимента неоднозначны. Вероятнее всего, это был успех в рамках неудачи. Считается, что антиалкогольная компания была прекращена вследствие того, что государство не сумело справиться с волной самогонования. За период проведения компании государственный бюджет в результате снижения продажи алкоголя недополучил 49 миллиардов рублей. Основной вывод, который можно сделать исходя из итогов антиалкогольной компании, это то, что жесткие ограничительные мероприятия не могут считаться оптимальным вариантом государственной алкогольной политики. Главным условием ее успешности является поддержка общественностью. В то же время, сложно быстро поменять социально-психологические стереотипы одними лишь командно-административными методами.

В конце 80-х наблюдался постепенный отход от ограничительной политики. В связи с либерализацией общества наблюдалась либерализация отношения государства к алкоголю. Отмена государственного контроля за производством и продажей алкоголя фактически означала отсутствие алкогольной политики. Рынок стал насыщен дешевой водкой низкого качества, которая продавалась по доступным ценам практически без всяких ограничений. Как прямое следствие этого, потребление алкоголя на душу населения и уровень алкогольных проблем ежегодно возрастали. Уровень связанной с алкоголем смертности в России и Беларуси достиг максимальной точки в 1994 году, после чего наметилась тенденция к снижению. Вероятнее

всего это связано с тем, что государство стало регулировать доступность алкоголя путем повышения цен. Некоторые специалисты считают, что снижение уровня различных видов смертности объясняется вымиранием части популяции алкоголиков.

Историческая ретроспектива свидетельствует о том, что в постсоветских странах никогда не существовало целостной государственной алкогольной политики. Периоды повышенного внимания государства к этой проблеме чередовались с периодами полного забвения. Многочисленные антиалкогольные компании проходили под флагом борьбы с алкоголем и носили характер жестких запретительных мероприятий. При этом игнорировался социальный контекст алкогольных проблем и та огромная роль, которую играет алкоголь в жизни нашего общества.

Учитывая вышеприведенный анализ существующих направлений алкогольной политики, мы считаем, что для правильного стратегического планирования профилактических мероприятий в Республике Беларусь необходимо более продуманно использовать объективные данные, полученные в ходе мониторинга алкогольной ситуации. Предлагаемый документ рассматривается нами как один из инструментов развития системы мониторинга в Республике Беларусь. Следует отметить, что это документ системного характера, который ставит своей целью информирование и обучение специалистов в области мониторинга алкогольной ситуации. Предлагаемое руководство будет являться основой для разработки конкретных предложений по внедрению профилактических мероприятий на всех уровнях, и в конечном итоге может повлиять на формирование алкогольной политики.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Алкоголизм является серьезнейшей медико-социальной проблемой и для Беларуси. Потребление алкоголя является главным индикатором алкогольной ситуации, как в нашей стране, так и во всем мире. Официальным показателем принято считать среднедушевое потребление алкоголя. Динамика потребления алкогольных напитков на душу населения в Республике Беларусь в последние годы свидетельствует о постепенном его повышении. В 2012 году, по данным Национального статистического комитета Республики Беларусь, было продано 12,57 литра абсолютного алкоголя на душу населения.

Однако эта величина отражает только потребление из государственных ресурсов. В тоже время по данным научных исследований значительный удельный вес при потреблении составляет неучтенный алкоголь. По сумме учтенного и неучтенного алкоголя на душу населения приходится более 15 л. Анализируя структуру потребляемых напитков, можно отметить, что за последние пять лет увеличилась в натуральном выражении продажа водки и ликероводочных изделий, а также пива. Столь же значимым показателем, характеризующим распространенность злоупотребления алкоголем среди населения, являются показатели болезненности и заболеваемости алкоголизмом и алкогольными психозами. Количество людей, больных зависимостью от алкоголя, в Беларуси продолжает оставаться высоким, хотя и наметилась тенденция к их снижению.

Разумеется, среди населения имеются больные алкоголизмом, не выявленные и не взятые на диспансерный учет, вследствие чего истинные показатели болезненности и заболеваемости, несомненно, выше учтенных. По оценкам некоторых авторов, реальное число больных алкоголизмом среди населения примерно в 5 раз превышает количество больных, состоящих на учете в наркологических диспансерах. Только 15% граждан республики полностью воздерживаются от употребления алкоголя, 43% употребляет алкоголь редко и в небольшом количестве, 31% - эпизодически злоупотребляет спиртными напитками, а 11% - систематически. То есть более трети населения республики злоупотребляет спиртными напитками. При этом среди мужчин систематическое пьянство составляет 19%, среди женщин - 2%, среди молодежи - 11 %; среди жителей городов и села - 11 % и 8% соответственно. Основная часть выпиваемых спиртных напитков приходится на эпизоды употребления алкоголя в больших количествах, что усугубляет все виды риска. В частности, эпизоды употребления алкоголя в больших количествах являются причиной всех типов преднамеренных и непреднамеренных травм, а также ишемической болезни сердца и внезапной смерти. В 2012 году в больницы республики в нетрезвом состоянии было доставлено 73303 человека, 1851 погибли от случайного отравления алкоголем, 1186 человек - от причин, связанных с потреблением алкоголя (кроме случайного отравления), 1317 при дорожно-транспортных

происшествиях, 704 - случайные утопления, самоубийства на алкогольной почве - 1944 чел. По итогам 2012 года окончено расследование 63778 преступлений, более трети из них совершены лицами в состоянии алкогольного опьянения (34,0%, 21691). Вместе с тем, благодаря принимаемым мерам количество преступлений данного вида снизилось на 19,4% (с 26 906 до 21 691).

В 2012 году из незаконного оборота изъято и уничтожено 978 353 литра самогона и самогонной браги, 646 154 литра фальсифицированных спиртных напитков. Пресечено 8 902 факта незаконной реализации и хранения алкогольной продукции.

К административной ответственности за изготовление или приобретение крепких алкогольных напитков (самогона), полуфабрикатов для их изготовления (браги), хранение самогонных аппаратов привлечено 7015 лиц, за нахождение на рабочих местах в рабочее время в состоянии алкогольного опьянения - 9 549 лиц. За нахождение в пьяном виде и распитие алкогольных напитков в общественных местах к административной ответственности по статье 17.3 Кодекса Республики Беларусь об административных правонарушениях привлечено 262087 правонарушителей.

По данным Национального статистического комитета в республике в 2012 году незначительно уменьшилось количество реализованных спиртных напитков и пива с 12730,9 до 11908,8 тысяч декалитров, продажа на душу населения составила 12,57 литров в пересчете на абсолютный алкоголь.

По материалам органов внутренних дел в 2012 году в лечебно-трудовые профилактории изолировано 5122 лица, страдающих хроническим алкоголизмом, из них 1234 женщины.

Анализ динамики косвенных индикаторов алкогольных проблем свидетельствует о том, что наиболее надежными оценочными критериями являются уровень смертности в результате острых алкогольных отравлений и заболеваемость алкогольными психозами. В то же время, обращает на себя внимание разнонаправленная динамика этих показателей, наблюдавшаяся в последние годы рассматриваемого периода: рост уровня смертности в результате острых алкогольных отравлений и снижение уровня заболеваемости алкогольными психозами. Как правило, данные показатели тесно коррелируют между собой, поскольку жертвы острых алкогольных отравлений и пациенты с алкогольными психозами рекрутируются из категории населения, которая злоупотребляет алкоголем. Разнонаправленная динамика этих показателей, наблюдавшаяся в последние годы, может означать, что уровень смертности в результате острых алкогольных отравлений и уровень заболеваемости алкогольными психозами определяется какими-то специфическими дополнительными факторами, помимо уровня продажи алкоголя. Одним из таких факторов может быть уровень незарегистрированного потребления алкоголя, который в разные периоды составляет 30-50% от уровня официальной продажи. Теоретически колебания уровня потребления алкоголя в этой категории населения должны сопровождаться синхронными колебаниями уровня смертности в результате

острых алкогольных отравлений, а также уровня заболеваемости алкогольными психозами. Расхождение в динамике этих показателей может наблюдаться в случае изменения стиля потребления алкоголя в сторону экзпозивности, когда большие дозы алкоголя выпиваются за короткий промежуток времени, либо в случае роста токсичности алкогольной продукции. При таких сценариях часть популяции алкоголиков вымирает от острых алкогольных отравлений, и, таким образом, снижается уровень заболеваемости алкогольными психозами. Очевидно, что в данном случае фактор потребления токсичных суррогатов в значительной степени обусловил разнонаправленную динамику уровня смертности в результате острых алкогольных отравлений и уровня заболеваемости алкогольными психозами. Попытаться объяснить диссонанс в динамике данных показателей можно с точки зрения гипотезы, согласно которой фатальные алкогольные отравления отражают уровень алкогольных проблем в популяции алкоголиков, в то время как заболеваемость алкогольными психозами может характеризовать алкогольную ситуацию в общей популяции. Поскольку показатель числа пациентов пролеченных по поводу алкогольных психозов повторно характеризует уровень алкогольных проблем в популяции алкоголиков, то гипотетически он должен строго коррелировать с уровнем смертности в результате острых алкогольных отравлений. На основании вышеизложенного можно сделать вывод о том, что динамика уровня связанных с алкоголем проблем в общей популяции и популяции алкоголиков в определенные периоды времени может различаться.

Таким образом, анализ динамики косвенных индикаторов уровня связанных с алкоголем проблем в Беларуси свидетельствует об ухудшении алкогольной ситуации, что демонстрирует рост уровня смертности от различных причин (общей смертности, насильственной смертности, смертности в результате острых алкогольных отравлений, цирроза печени, убийств и самоубийств), а также рост уровня эпидемиологических параметров алкоголизма (заболеваемость и болезненность алкоголизмом и алкогольными психозами, число пациентов, пролеченных стационарно по поводу алкоголизма и алкогольных психозов). Установлено, что такие показатели как заболеваемость алкогольными психозами и число пациентов, пролеченных по поводу алкогольных психозов, являются надежными оценочными критериями, чутко реагирующими на изменение алкогольной ситуации в стране. Связанная с алкоголем смертность вносит значительный вклад в уровень общей смертности. Рост уровня связанной с алкоголем смертности является одним из ключевых факторов роста уровня общей смертности в Беларуси, наблюдающейся на протяжении последних десятилетий. Снижение уровня общей смертности является важнейшей задачей, предусмотренной программой демографической безопасности, разработанной правительством Беларуси. Поскольку связанная с алкоголем смертность является потенциально предотвратима, то снижение ее уровня является вполне реальной задачей, выполнение которой позволит существенно снизить уровень общей смертности. В свете вышеизложенного

чрезвычайно актуальной задачей представляется реализация комплексной государственной алкогольной политики, ключевым аспектом которой должно являться снижение общего уровня потребления алкоголя населением, изменение структуры потребления в пользу слабоалкогольных напитков, а также изменение паттерна потребления алкоголя с взрывного на более умеренный. При этом следует помнить, что изменение структуры потребления алкоголя является важной стратегической задачей алкогольной политики только в контексте снижения общего уровня потребления алкоголя.

## ГЛОССАРИЙ

**Аддиктивное поведение** (англ. *addiction* - «пагубное пристрастие, склонность, привычка») — включает в себя саму пагубную привычку, связанную с приемом того или иного психоактивного вещества, а также возникающее при этом поисковое поведение и комплекс психических и соматических нарушений, которые формируются в результате его употребления, в том числе зависимость и толерантность [Евсегнеев Р.А. Психиатрия для врача общей практики. – Мн.: Беларусь, 2001. – 426 с.].

**Алкоголизм** – объединение всех форм злоупотребления спиртными напитками, оказывающие отрицательное влияние на здоровье пьющего, его поведение, профессионально-трудовые установки и взаимоотношения с окружающими.

**Алкогольная артериальная гипертензия** (алкогольная гипертония) – повышение артериального давления на фоне злоупотребления алкоголем (I 15).

**Алкогольная зависимость** сочетание физиологических, поведенческих и когнитивных явлений, при которых употребление алкоголя начинает занимать первое место в системе ценностей индивидуума [Международная классификация болезней, 10-й пересмотр].

**Алкогольная кардиомиопатия** (алкогольная дилатационная кардиомиопатия, алкогольное поражение сердца, алкогольное поражение миокарда, токсическая дилатационная кардиомиопатия) – вторичная дилатационная кардиомиопатия, возникающая на фоне злоупотребления алкоголем – хронической алкогольной интоксикации – и проявляющаяся поражением преимущественно миокарда левого желудочка с последующим вовлечением других камер сердца и их расширением (I 42.6).

**Алкогольная полинейропатия** – симметричная сенсомоторная невропатия вследствие аксональной дегенерации, обусловленной непосредственным воздействием токсичных метаболитов алкоголя на нервное волокно и дефицитом витаминов группы В (в первую очередь, тиамина) на фоне хронической алкогольной интоксикации.

**Алкогольные (металкогольные) психозы** – группа психотических расстройств генетически связанных с злоупотреблением алкоголя/синдромом зависимости от алкоголя (алкогольный делирий, алкогольный галлюциноз, алкогольный параноид, алкогольный бред ревности, алкогольные энцефалопатии – Гайе-Вернике, Корсаковский психоз и др.).

**Алкогольный синдром плода** (АСП) – комплекс аномалий, отмечающийся у детей, рожденных матерями, употреблявшими во время беременности относительно большие количества алкоголя. При этом обязательно наличие каждой из трех категорий отклонений от нормы: *отставание в росте* (вес и/или рост), *патология центральной нервной системы* (неврологические и психические дисфункции и дефицит) и *характерные черты лица*.

**Алкогольный цирроз печени** – см. цирроз печени.

**Алкогольные эпилептические припадки / эпилептический статус** – называют также «абстинентными припадками» или «припадками отмены», в большинстве случаев связаны с отменой алкоголя и чаще развиваются в сочетании с другими симптомами абстиненции (однако, возможно и наличие ЧМТ в анамнезе); серьезным осложнением является эпилептический статус – серия непрерывно следующих друг за другом припадков, в промежутках между которыми пациент не приходит в сознание (G 40.8, G 41.8).

**Бремя болезней** – совокупность различий между реальным состоянием здоровья населения и идеальной ситуацией, при которой люди живут максимально долго без болезней и нетрудоспособности. В основе этих различий лежат показатели преждевременной смертности, инвалидности и нетрудоспособности, а также воздействие ряда факторов риска, способствующих возникновению и обострению болезней [Murray C. J. L., Lopez A. D. The Global Burden of Disease: a Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Diseases, Injuries, and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020. Cambridge. - 1996. –P.1-98].

**Валовой внутренний продукт (ВВП)** – совокупная стоимость товаров и услуг, произведенных в стране в течение года.

**Валовой национальный продукт (ВНП)** – валовой внутренний продукт, дополненный доходами от внешнеторговой и международной деятельности.

**Дети-сироты** – лица в возрасте до 18 лет, у которых умерли оба или единственный родитель.

**Дети, оставшиеся без попечения родителей**, – лица в возрасте до 18 лет, которые остались без попечения единственного или обоих родителей вследствие лишения родителей родительских прав, отобрания их у родителей без лишения родительских прав, признания родителей недееспособными, ограниченно дееспособными, безвестно отсутствующими, объявления их умершими, нахождения родителей в розыске, в местах содержания под стражей, болезни родителей, препятствующей выполнению родительских обязанностей, отбывания родителями наказания в учреждениях, исполняющих наказание в виде ареста, ограничения свободы, лишения свободы, оставления их родителями в организациях здравоохранения, согласия родителей на усыновление (удочерение) детей при отказе родителей от детей и их раздельном проживании с детьми, а также которые обнаружены брошенными, и в других случаях отсутствия попечения родителей.

**Дорожно-транспортное происшествие (ДТП)** – событие, возникшее в процессе движения по дороге транспортного средства и с его участием, при котором погибли или ранены люди, повреждены транспортные средства, сооружения, грузы, либо причинён иной материальный ущерб.

**Заболеваемость** – медико-статистический показатель, определяющий число заболеваний, впервые зарегистрированных за календарный год среди населения (отношение числа впервые зарегистрированных заболеваний к

средней численности населения, проживающего на данной территории X на 100 тысяч населения).

**Затраты** – расходы материальных, природных и других ресурсов. Затраты ресурсов в денежной форме называются издержками. [Золотогоров В.Г. Энциклопедический словарь по экономике. Мн.: Полымя, 1997. С. 121].

**Здоровье** – состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических нарушений.

**Издержки альтернативные** – ценность, которую можно было бы получить в результате альтернативного действия, от которого пришлось отказаться, выбрав данный вариант действия.

**Инвалидность** – ограничения в возможностях, обусловленные физическими, психологическими, сенсорными, социальными, культурными, законодательными и иными барьерами, которые не позволяют человеку, имеющему инвалидность, быть интегрированным в общество и принимать участие в жизни семьи или общества на таких же основаниях, как и другие члены общества.

**Индекс** – относительный показатель, выражающий отношение уровня данного явления к его уровню в прошлое время или к уровню аналогичного явления.

**Индекс DALY** (disability-adjusted life years) – это комплексный показатель, в соответствии с которым потери здоровья, связанные с различными причинами – заболеваемостью, инвалидизацией, смертностью, – измеряются на единой основе и представляются в одних и тех же единицах – годах утраченной здоровой жизни.

**Индекс QALY** – индекс, отражающий качественно прожитые годы.

**Ксенобиотики** - условная категория для обозначения чужеродных для живых организмов химических веществ.

**Металкогольные заболевания** – круг заболеваний с высокой долей алкогольной «этиологической фракции» показателей смертности, заболеваемости и травматизма [Международное руководство по мониторингу употребления алкоголя и связанного с ним вреда. ВОЗ. – 2000. – С. 210].

**Неблагополучная семья** - это семья с низким социальным статусом, не справляющаяся с возложенными на нее функциями в какой-либо из сфер жизнедеятельности или нескольких одновременно.

**Несчастный случай** - непредвиденное событие, неожиданное стечение обстоятельств, повлекшее телесное повреждение или смерть.

**Нетрудоспособность** - потеря трудоспособности в результате несчастного случая или болезни.

**Обеспечение справедливости** - распределение служб здравоохранения среди населения таким образом, чтобы обеспечить равный физический, финансовый и социальный доступ к медицинской помощи каждому человеку, а также, чтобы затраты, связанные с медицинской помощью, были поделены между людьми или группами людей пропорционально их доходу.

**Острая алкогольная интоксикация** (алкогольное опьянение) - преходящее состояние, возникающее вслед за приемом алкоголя, приводящее к нарушению или изменению сознания, когнитивных функций, восприятия, эмоций, поведения и/или других психофизиологических функций и реакций; степень и структура указанных изменений зависит от дозы принятого алкоголя, времени, истекшего с момента его приема, особенностей организма человека, подвергшегося интоксикации. Степень алкогольного опьянения непосредственно связана с концентрацией алкоголя в крови.

**Оценка стоимости человеческой жизни** – измерение, выраженной в денежной форме стоимости человеческой жизни, путем определения чистой приведенной стоимости выгод, которые другие лица (супруг, супруга, зависимые лица, иждивенцы, партнеры, работодатели) могли бы разумно ожидать от будущих усилий индивида, чья жизнь оценивается. В стоимость человеческой жизни включаются затраты, вложенные в безопасность.

**Панкреатит** - заболевание, характеризующееся аутолизом поджелудочной железы, обусловленным активацией ферментов в протоках. Одним из этиологических факторов *острого* панкреатита являются «алкогольный эксцесс и обильная жирная пища». См. также *Хронический панкреатит*.

**Планирование здравоохранения** - упорядоченный процесс развития учреждений и служб здравоохранения, основанный на выявлении неудовлетворенных потребностей, определении ресурсов, необходимых для их удовлетворения, установлении очередности реальных и выполнимых целей, а также на планировании административных мер, способствующих выполнению этих целей. При планировании учитываются не только вопросы адекватности, действенности и продуктивности служб здравоохранения, но также те факторы социального и индивидуального поведения, которые воздействуют на здоровье индивидуума и общества.

**Пожар** - неконтролируемый процесс горения, причиняющий материальный ущерб, вред жизни и здоровью людей, интересам общества и государства.

**Политика в здравоохранении** - постановка целей в здравоохранении и система долгосрочных мер по достижению этих целей; область изучения и практики, в которой определяются приоритеты и ценности, лежащие в основе распределения ресурсов здравоохранения.

**Правонарушение** - виновное противоправное деяние (действие или бездействие), противоречащее требованиям правовых норм и совершённое право- и дееспособным лицом или лицами. Влечёт за собой юридическую ответственность.

**Приоритеты здоровья** - научно обоснованная область проблемных ситуаций в здоровье, приводящих к наиболее ощутимым потерям общества. Часть этих потерь может быть предотвращена.

**Приоритеты здравоохранения** - направления развития учреждений и служб системы здравоохранения, которые соответствуют первоочередным задачам системы по разрешению выявленных или предполагаемых проблем.

Приоритеты могут быть в области услуг, групп населения, методологии оказания медицинской помощи или же результатов. Отсюда следует, что обоснование выделенных приоритетов в здравоохранении тесно связано с научным обоснованием приоритетов в здоровье посредством экспертной оценки потенциально устранимых потерь в здоровье населения или его групп возможностями здравоохранения.

**Производственная травма** - травма, полученная работником на производстве и вызванная несоблюдением требований охраны труда.

**Психическое здоровье** - это отсутствие психических или поведенческих расстройств; состояние субъективно ощущаемого благополучия и комфорта с достижением личностью ее цельности, определяющей ее функционирование, которая принимается как самой личностью, так и социальным окружением.

**Пьянство** - потребление больших количеств спиртных напитков с последующим опьянением или же с целью опьянения, в отличие от применения алкоголя, носящего церемониальный характер, связанного с получением удовольствия или являющегося своего рода средством общения, а также удовлетворения пищевых потребностей без намерения опьянеть [Международное руководство по мониторингу употребления алкоголя и связанного с ним вреда. ВОЗ. – 2000. – С. 210.].

**Разводы** - формальное прекращение (расторжение) действительного брака между живыми супругами.

**Распространенность** — частота некоторого состояния в группе, представленное отношением числа лиц, у которых на момент обследования наблюдается изучаемое состояние (болезнь) к числу всех лиц в группе т.е. совокупность всех заболеваний, зарегистрированных в данном календарном году [Клиническая эпидемиология. Основы доказательной медицины. Р.Флетчер, С.Флетчер, Э.Вагнер. Пер. с англ. – М. Медиа Сфера, 1998. – С. 341].

**Расходы домашних хозяйств** – это личные потребительские расходы населения на покупку предметов потребления и услуг [Макроэкономика: социально-ориентированный подход / Под ред. Э.А. Лутохиной. – Мн.: Тесей, 2003. С. 41]

**Синдром зависимости от алкоголя** (алкоголизм, хронический алкоголизм) - вызванное злоупотреблением спиртными напитками хроническое психическое заболевание, характеризующееся патологическим влечением к алкоголю и, как результат, - разнообразными прогрессирующими последствиями алкогольной интоксикации.

**Смертность** - медико-статистический показатель (отношение числа умерших от какого либо заболевания (по какой либо причине) к средней численности населения (региона, государства и т.п.) X на 100 тысяч населения).

**Созависимость** — это болезненная зависимость, характерная для людей из дисфункциональных семей; для людей, подвергшихся детским травмам от родителей, учителей и других значимых людей; для людей,

подвергшихся насилию. Под термином созависимость подразумевается дезадаптивное поведение членов семьи алкоголиков, характеризующееся тем, что они становятся зависимыми от алкоголика. Созависимый – это человек, который подвергается влиянию алкоголя и наркотиков, не употребляя их, через тесное взаимодействие с зависимым человеком [Bhowmick P., Tripathi B.M., Jhinger H.R., Pandey R.M. Social support, coping resources and codependence in spouses of individuals with alcohol and drug dependence// Indian Journal of Psychiatry. – 2001. – Vol. 43,N 3. – P. 219–224].

**Суициды** - целенаправленное лишение себя жизни.

**Употребление алкоголя с вредными последствиями** – модель употребления алкоголя, вызывающая вред для здоровья. Последствия могут быть медицинские и социальные [Международная классификация болезней, 10-й пересмотр].

**Утраченные годы жизни** – годы жизни, утраченные вследствие преждевременной смерти и нетрудоспособности. Индикатором, сочетающим оценку влияния болезней, инвалидности и смертности на состояние здоровья является показатель DALY (утраченные годы жизни вследствие нетрудоспособности) [Murray C. J. L., Lopez A. D. The Global Burden of Disease: a Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Diseases, Injuries, and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020. Cambridge. - 1996. –P.1-98].

**Ущерб имущественный** – ущерб, нанесенный имущественному положению физического или юридического лица вследствие причинения ему вреда или неисполнения условий договора. (Золотогоров В.Г. Энциклопедический словарь по экономике. Мн.: Полымя, 1997. С. 484)

**Ущерб неимущественный** – вред морального характера, причиненный противоправными действиями. [Золотогоров В.Г. Энциклопедический словарь по экономике. Мн.: Полымя, 1997. С. 484].

**Хронический панкреатит** - (см. также *Панкреатит*) в основе заболевания лежит развитие воспалительно-склеротического процесса, ведущего к прогрессирующему снижению внешней и внутренней секреции; происходит уплотнение (индурация) паренхимы поджелудочной железы вследствие разрастания соединительной ткани, появления фиброзных рубцов, псевдокист и кальцификатов. Один из ведущих этиологических факторов – алкоголизм.

**Цирроз печени** - хроническая патология печени с постепенной гибелью гепатоцитов, распространенным фиброзом и узелками-регенератами, постепенно замещающими паренхиму печени; сопровождается недостаточностью функции гепатоцитов (печеночной недостаточностью) и изменением кровотока печени, приводящих к желтухе, портальной гипертензии и асциту. Один из ведущих этиологических факторов – алкоголизм.

**Экономическая политика в психиатрии** - совокупность текущих и долгосрочных мер экономического характера, способствующих наиболее полному удовлетворению потребностей населения в психиатрической

помощи, повышению ее качества и доступности, а также предоставлению потребителю возможности выбора ее форм.

**Экономика** - хозяйство, совокупность средств, объектов и процессов, используемых для жизни, удовлетворения потребностей путем создания необходимых благ и услуг; наука о хозяйстве, способах его ведения и отношений между людьми.

**Экономика здравоохранения** - система знаний о формах, методах и результатах хозяйственной деятельности в области медицины, а также об эффективности мер по охране здоровья населения и их влиянии на производство валового внутреннего продукта.

**Экономика здоровья** - экономическая оценка развития здоровья или потерь общества в здоровье, а также оценка вклада здоровья в экономику.

**Экономические оценки** - определение стоимости (экономических последствий) болезни, а также измерение и сопоставление затрат и результатов альтернативных вариантов оказания медицинской помощи. В настоящее время используется 5 основных методов экономических оценок:

- метод оценки «стоимости болезни» (СА – cost-of-illness analysis) – позволяет определить экономические последствия заболевания, как на индивидуальном уровне, так и для определенной группы пациентов, а также на уровне общества;

- метод «минимизации затрат» – (СМА – cost minimization analysis) – используется для выбора рационального метода лечения одной и той же болезни. Метод применяется в тех случаях, когда результаты альтернативных методов диагностики и лечения оказываются идентичными;

- метод «затраты – эффективность» – (СЕА – cost-effectiveness analysis) – помогает определить те виды лечения, которые обладают наибольшей клинической эффективностью. При этом оценивается не только клиническая эффективность, но и стоимость лечения, т.е. рассчитываются затраты, приходящиеся на единицу эффективности, получаемой в результате применения определенной технологии ведения больного;

- метод «затраты – полезность» – (CUA – cost–utility analysis) – позволяет учесть качественную сторону лечения болезней. Оценкам подвергаются не только затраты на лечение, но и продленные годы жизни с учетом ее качества, обусловленные состоянием здоровья больного (индекс QALY);

- метод «затраты – выгоды» – (СВА – cost–benefit analysis) – предполагает оценку и затрат, и эффективности лечения в денежном выражении. В результате рассчитывается прямая выгода от применения новых технологий и новых препаратов.

Первый метод оценок (СА) построен на учете только затрат и является сугубо экономическим; в основе остальных четырех методов (СМА, СЕА, CUA, СВА) лежит учет не только затрат, но и клинических аргументов в пользу выбора того или иного подхода к лечению. Эти методы получили название клинико-экономических.

**Экономическая оценка последствий психических заболеваний (стоимость психических заболеваний, бремя психических заболеваний, груз психических заболеваний)** - государственные вложения в систему оказания помощи психически больным и потери, которое несет общество вследствие психического нездоровья населения. Кроме того, это понятие включает в себя бремя, которое испытывает сам больной и его ближайшее окружение, связанное с психическим заболеванием. Может быть оценено в денежном выражении путем проведения стоимостного анализа болезни (СА). Однако не все составляющие стоимости психических заболеваний можно подсчитать в денежном эквиваленте (например, неосязаемые затраты). Они либо остаются за рамками стоимостного анализа, либо требуют дополнительных исследований. Для оценки принимаются только те компоненты, которые поддаются денежному выражению. В связи с этим оцениваются прямые расходы, связанные с наличием данного заболевания в населении, и косвенные потери, обусловленные исключением психически больных из производственного процесса:

- прямые расходы – показатели фактического использования ресурсов, связанных с оказанием медицинской, социальной, образовательной и других видов помощи психически больным, а также индивидуальные расходы потребителей психиатрической помощи на получение этих видов помощи;

- косвенные потери – показатели потерь общества вследствие психических заболеваний. Выражаются величиной непроектируемого ВВП в результате временной и стойкой нетрудоспособности, смертности в трудоспособном возрасте и др.;

- неосязаемые затраты – факторы, которые сложно представить в денежном выражении. Например, боль и страдание пациентов и их ближайшего окружения, нарушение отношений в семье, упущенные возможности профессионального и карьерного роста, ограничения в культурной и общественной деятельности и пр. Указанные факторы обычно остаются за рамками стоимостного анализа и экономических оценок последствий заболевания.

**Эпидемиология** – наука, разрабатывающая методы клинических исследований, которые дают возможность делать справедливые заключения, контролируя влияние систематических и случайных ошибок [Клиническая эпидемиология. Основы доказательной медицины. Р. Флетчер, С. Флетчер, Э. Вагнер. Пер. с англ. – М. Медиа Сфера, 1998. – С. 337].

**Этиологическая фракция** – это пропорция зафиксированных в популяции случаев определенного состояния, которое считается полностью обусловленным определенным фактором риска, с учетом всех прочих демографических переменных и других факторов риска [Международное руководство по мониторингу употребления алкоголя и связанного с ним вреда. ВОЗ. – 2000. – С. 210].



## ЛИТЕРАТУРА

1. Edwards G.// Alcohol Policy and Public Good. Oxford.- 1994.
2. Разводовский Ю.Е.// Медицинские новости.- 2001.- n.11.- с.29-32.
3. Denk H., Stumpher C., Zatloukal K. // In Liver Cirrhosis and its Development. Kluwer Academic Publishers and Falk Foundation.- 2001.
4. Liber C.S.// In Liver Cirrhosis and its Development. Kluwer Academic Publishers and Falk Foundation.- 2001.
5. Leevy C.S., Zinke M.R., White T.J., Crassi A.M.//Am. J. Med.-1961.- n30.-p.196-201.
6. Chedid A., Mendenhall C.L., Garside P., et al.// Am. J. Gastroenterol.- 1991.-n 82.-p.210-16.
7. Schlapfer T.E. // The Umsch. – 2000. – Vol. 57. – N 4. – P. 191-195
8. Зиматкин С.М., Пронько С.П., Бубен А.Л., Лиопо А.В. // Материалы международного симпозиума «Современные аспекты изучения алкогольной и наркотической зависимости». Гродно. – 2004. – С. 48-53.
9. Hommer D.W. // Alcohol Res Health. – 2003. – Vol. 27. - N 3. – P. 181-185.
10. Eckard M.J., Martin P.R. // Alcohol Clin Exp Res. – 1986. – Vol. 10. – N 2. – P. 123-127
11. Parson O.A. // In: Hunt W.A. and Nixon S.J. eds. Alcohol-Induced Brain Damage. NIAAA Research Monograph No 22. – 1993. – P. 173-194
12. Boller F., Traykov L., Dao-Castellana M.H. // Ann NY Acad Sci. – 1996. – Vol. 769. – P. 23-39
13. Porjesz B., Begleiter H. // In: Hunt W.A. and Nixon S.J. eds. Alcohol-Induced Brain Damage. NIAAA Research Monograph No 22. – 1993. – P. 89-120
14. Шабанов П.Д. // Основы наркологии. Ст. Пт. – 2002. – с. 555.
15. Koppes L.L., Dekkers J.M., Hendriks H.F.J., et al. // Diabetes Care. – 2003. – Vol. 27. – P. 508-512.
16. Ajani U.A., Hennekens C.H., Spelsberg A., Manson J.A. // Arch. Intern. Med. – 2000. – Vol. 160. – P. 1025-1030.
17. Nakanishi N., Suzuki K., Takara K. // Diabetes Care. – 2003. – Vol. 26. – P. 48-54.
18. Nakanishi N., Suzuki K., Takara K. // Diabetes Care. – 2003. – Vol. 26. – P. 48-54.
19. Zilker R.R., Burke V., Watts G., et al. // Diabetes Care. – 2003. – Vol. 26. – P. 608-612.

20. Avogaro A., Tiego A. // *Diabete Metab Rew.* – 1993. – Vol. 9. – P. 129-146.
21. Bell D. Alcohol and the NIDDM. // *Diabetes Care.* – 1996. N. 19. – P. 509-513
22. Suzuki K., Tatara K. // *Diabetes Care.* – 2003. – Vol.26. – P. 45-48
23. Nilsson A., Tideholm B., Kalen J., Katzman P. // *Acta Med. Scand.* – 1988. – Vol. 224. – P. – 257 – 264.
24. Turner B.C., Jenkins E., Herr D., et al. // *Diabetes Care.* – 2001. – Vol.24. – N. 11. – P. 1888-1893.
25. Redmond G.P., // *Alcohol Clin. Exp. Res.* – 1980. – Vol. 4. – P. 50-55.
26. Kao W.H., Puddey I.B., Boland L.L., et al. // *Am J Epidemiol.* – 2001. – Vol.154. – P. 748-757.
27. Carlsson S., Hammar N., Grill V., Kaprio J. // *Diabetes Care.* – 2003. – Vol. 26. – P. 2785-2790.
28. Conigrave K.M, Hu B.F., Camargo C.A., et al. // *Diabetes.* 2001. – Vol. 50. – P. 2390 – 2395.
29. Holbrook T.L., Barret-Connor E., Wingard D.L. // *Am J Epidemiol.* – 1990. – Vol.132. – P. 902-909.
30. Ajani U.A., Gaziano M., Lotufo P.A. // *Circulation .* – 2000. – Vol. 102. P. 500-504.
31. Rimm E.B., Chan J., Stampfer M.J., et al. // *BMJ.* – 1995. – Vol. 310. – P. 555-559.
32. Wannamethee S.G., Shaper A.G., Perry I.J., et al. // *J Epidemiology Community Health.* – 2002. Vol. 56. – P. 542-548.
33. Wannamethee S.G., Shaper A.G., Perry I.J., et al. // *J Epidemiology Community Health.* – 2002. Vol. 56. – P. 542-548.
34. Hein H., Sorensen H., Suadicani P., Cyntelberg F. // *Lancet.* – 1993. – Vol. 341. – P. 392-396.
35. Weintraub W.S. // *Circulation.* – 2000. – Vol. 102. – P. 489.
36. Klatsky A.L. J. // *Cardiovaskular Risk.* – 2003. – Vol. 10. – P. 21-24.
37. Solomon C.G., Hu F.B., Stampfer M.J., at. al. // *Circulation.* – 2000. – Vol. 102. – P. 494-498.
38. Valmadrid C.T., Klein R., Moss S.E., et. al. // *JAMA.* – 1999. Vol. 282. – P. 239-246.
39. American Diabetes Association. Nutrition Recommendation and principles for people with diabetes mellitus. // *Diabetes Care.* – 2000. – Vol. 23. – P. 43-46.

40. The Nutrition on Subcommittee of the professional Advisory Committee, British Diabetes Association. // *Diabet Med.* – 1992. – Vol. 9. – P. 198-202.
41. Ebrahim S.H., Diekman S.T., Floyd L., et al. // *Am. J. Obstet. Gynecol.* – 1999. – N.180. - P.1-7.
42. Ebrahim S.H., Diekman S.T., Floyd L., et al. // *Am. J. Obstet. Gynecol.* – 1999. – N.180. - P.1-7.
43. Jones K.L., Smith D.W., Ulleland C.N. et al. // *Lancet.* – 1973. – N.1. – P.1267.
44. Abel E.H., Sokol R. // *Lancet.* – 1986. – N.2. – P.1222.
45. Tuyns A.J. // *Pathol. Biol.*- 2001.- N 49(9).- p. 759-63.
46. Blot W.J. // *Cancer Res.*- 1992.-N 52(7).-p. 2119-2123.
47. Letters. // *British Medical Journal.*-1999.- N 318.- p. 1289-92.
48. Rothman K.J. // *Preventive Medicine.*- 1980.-N 9(2).- p.174-179.
49. Stinson F.S., De Bakey S.F. // *British Journal of Addiction.*- 1992.- N 87(5).- p. 777-783.
50. Klygis L.M., Barch D.M. // *Alcohol and Cancer.* CRC Press.- 1992.- p.73-89.
51. Talamini R., Francesch S., Barra S., La Vecchia C. // *International Journal of Cancer.*- 1990.- N 46(3).- p. 391-393.
52. Zaridze D., Borisova E., Maximovith D., Chkhikvadze V. // *Cancer Causes Control.*- 2000.- N 11(4).- p. 363-71.
53. International Agency for Research on Cancer. // *LARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic risk to Humans.*- 1988.- N 44. WHO.
54. Singletary K.W., Gapstur S.M. // *Journal of the American Medical Association.*- 2001.- N 286(17).- p. 2143-51.
55. Longrecker M.P., Berlin J.A., Orza M.J. // *Journal of the American Medical Association.*- 1988.- N 260(5).- p. 652-656.
56. Ginsburg E.S. // *J. Steroid Biochem. Mol. Biol.*- 1999.- N 69(1).- p. 299-306.
57. Weiderpass E.W., Mucci L.A., Nyren O., Trichopoulos D., Vainio H., Adarni H.O. // *Int. Journal Cancer.*- 2001.- N 93(2).- p.299-301.
58. Kharbanda S., Nakamura T., Kufe P. // *Biochemical Pharmacology.*- 1993.- N45(3).- p.675-681.
59. Espina M., Lima V., Lieber C.S., Carro A.J. // *Carcinogenesis.*- 1988.- N. 9(5).- p.761-766.

60. Carro A.J., Lieber C.S. // *Annual Review of Pharmacology and Toxicology*.- 1990.- N30.- p.219-249.
61. Farinat F., Lieber C.S., Carro A.J. // *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*.- 1989.- 13(3).- p.357-360.
62. Ziegler R.G. // *Journal of Nutrition*.- 1989.- N119(1).- p.116-122.
63. Muto M., Hitomi Y., Ohtsu A., Ebihara S., Yoshida S., Esumi H. // *Gut*.- 2000.- N47(2).- p.256-61.
64. Matsuo K., Hamajima N., Shinoda M., Hatooka S., Inoue M., Takezaki T., Tajima K. // *Carcinogenesis*.- 2001.- N22(6).- p.913-916.
65. Seitz H.K., Matsuzaki S., Yokoyama A., Homann N., Vakevainen S., Wang X.D. // *Alcohol: Clinical and Experimental Research*.- 2001.- N25(5).- p.137-143.
66. Kiyohara C. // *J. Epidemiol.*- 2000.- N.10(5).- p.349-360.
67. Sesso H.D., Paffenbarger R.S., Lee I.M. // *Inter. J. Epidemiol.* – 2001.-N30(4).- p.749-55.
68. Bandera E.V., Freudenheim J.L., Vena J.E. // *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* –2001.-N10(8).- p.813-821.
69. Tuyns A.G., pequignot G., Abbaticucci J.C. // *Inter. J. Cancer.* – 1979.- N23.-p.443-447.
70. Victora C.G., Munoz N., Day N.E. // *Int. J. Cancer.* – 1987.- N39.- p.710-716.
71. Rachtan J., Sokolowski A. // *Lung Cancer*.- 1997.- N18.- p.137-145.
72. Bosetti C., La-Vecchia C., Negri E., Franceschi S. // *Eur. J. Clin. Nutr.*- 2000.-N54(12).-p.918-920.
73. Jang M., Cai L., Udeani G.O., Slowing K.V., Thomas C.F., Beecher C.W. // *Science*.- 1997. –N275.-p.218-220.
74. Разводовский Ю.Е. // *Мед. Новости.* – 2002. – N12. – С. 39-41.
75. Patel V.B., Why H.J., Richardson P.J., Preedy V.R. // *Toxicol. Rev.* – 1997. – Vol. 16. N1. – P. 15-43.
76. Piano M.R., Schwertz D.W. // *Heart-Lung.* – 1994. – N23. – P. 3-17.
77. Preedy V.R., Patel V.B., Why H.J., et al. // *Cardiovasc. Res.* – 1996. – Vol. 31. – N1. – P. 139-147.
78. Кактурский Л.В. // *Внезапная срочная смерть: Клиническая морфология. М. Медицина для всех.* – 2000. – С.127.
79. Fernandez-Sola J., Estruch R., Grau J.M., et al. // *Ann. Inter. Med.* – 1994. – N120. – P. 529-536.

80. Richardson P. // *Circulation*. – 1995. – N93. – P. 841-842.
81. Fuster V., Gersh B.J., Giuliani E.R., et al. // *Am. J. Cardiol.* – 1981. – N47. – P. 525-531.
82. Nicolas J.M., Garcia G., Fatjo F., et al. // *Am.J. Clin. Nutr.* – 2003. – Vol. 78. – N2. – P. 362-333.
83. Michels V.V., Moll P.P., Miller F.A., et.al. // *N. Engl. J. Med.* – 1992. – N326. – P. 77-82.
84. Alcohol and Health: 10 th Special Report to the U.S. Congress. NIAAA. – 2000.
85. Gillet C., Julliere V., Picollet P., et al. // *Alcohol Alcohol.* – 1992. – N27. – P. 353-358.
86. Ma Z., Lee S.S. // *Hepatology*. – 1996. – N24. – P. 451-459.
87. Nicolas J.M., Fernandez-Sola J., Estruch R., et al. // *Ann. Intern. Med.* – 2002. – Vol. 136. – N3. – P. 192-200.
88. Ballester M., Martin V., Carrio I., et al. // *J. Am. Cardiol.* – 1997. – Vol. 29. – N1. – P. 160-167.
89. Harcombe A.A., Ramsay L., Kenna J.G., et al. // *Clin. Sci.* – 1995. – Vol. 88. N3. – P. 263-268.
90. Beckemier M.E., Bora P.S. // *J. Mol. Cell. Cardiol.* – 1998. – Vol. 30. – N11. – P. 2487-94.
91. Fuster V., Gersh B.J., Giuliani E.R., et al. // *Am. J. Cardiol.* – 1981. – N47. – P. 525-531.
92. Husain K., Somani S.M. // *Alcohol*. – 1997. – Vol. 14. – N3 – P.301-307.
93. Strasser R.H., Nuchter I., Rauch B., et al. // *Herz*. – 1996. – Vol. 21. – N4. – P. 232-240.
94. Chu C.J., Lee F.Y., Wang S.S., et al. // *Clin. Csi.* – 1997. – N93. – P.219-225.
95. Preedy V.R., Atkinson L.M., Richardson P.J., Peters T.J. // *Br. Heart J.* – 1993. – N69. – P. 197-2000.
96. Fernandez-Sola J., Estruch R., Nicolas J.M., et al. // *Am. J. Cardiol.* – 1997. – Vol. 80. – N4. – P. 481-485.
97. Frezza M., DiPadova C., Pozzato G., et al. // *N. Engl. J. Med.* – 1990. – N322. – P. 95-99.
98. Fernandez-Sola J., Nicolas J.M., Pare J.C., et al. // *Alcohol Clin. Exp. Res.* – 2000. – Vol. 24. – N12. – P. 1830-1835.
99. Razvodovsky Yu.E. // *Alcologia*. – 2001. – Vol. 13. – N3. – P. 107-113.

100. Цыпленкова В.Г. // Алкогольная кардиомиопатия и внезапная сердечная смерть: Автореф. дис. докт. мед. наук., М. – 1988. – С.35.
101. Denison H., Jern S., Jagenburg R., et al. // *Alcohol Alcohol.* – 1997. – Vol. 32. – N2. – P. 185-194.
102. Пауков В.С. // *Архив патологии.* – 1994. – N1. – С.38-45.
103. Harcombe A.A., Ramsay L., Kenna J.G., et al. // *Clin. Sci.* – 1995. – N88. – P. 263-268.
104. Spieker L., Hurlimann D., Ruschitzka F. // *Circulation.* – 2002. – N. 105. – P. 2817-2822.
105. American Heart Association. Heart and Stroke. Statistical update. Dallas. 2002.
106. Everson S.A., Roberts R.E., Goldberg D.E., Kaplan G.A. // *Arch Intern Med.* – 1998. – Vol. 158. – P. 1133-1138.
107. Kiyohara Yu., Kato I., Iwamoto H. et al. // *Stroke.* – 1995. – Vol. 26. – P. 368-372.
108. Reynolds K., Lewis B., David J., et al. // *JAMA.* – 2003. – Vol. 289. – P. 579-588.
109. Sarti C., Rastenyte D., Cepaitis Z., et al. // *Stroke.* – 2001. – Vol. 31. – P. 1588-1591.
110. Stegmayr B., Vinogradova T., Malytina S., Peltonen M. // *Stroke.* – 2000 – N. 31. – P. 25-31.
111. Thorvaldsen P., Asplund K., Kuulasmaa K., et al. // *Stroke.* – 1995. – Vol. 26. – P. 361-367.
112. Avendano M., Kunst A.E., van Lenthe F., et al. // *American Journal of Epidemiology.* – 2005. – Vol. 16. – P. 1:53-61.
113. Eisenblatter D., Heinemann L., Claben E. // *Stroke.* – 1995. – Vol. 26. – P. 919-923.
114. Artalejo F.R., Guallak R., Castillon P. // *Stroke.* – 1998. – Vol. 29. – P. 1556-1561.
115. Malarcher A.M., Giles W.H., Croff J.B., et al. // *Stroke.* – 2001. – Vol. 32. – P. 77-83.
116. Kubo M., Kiyohara Yu., Kato I., et al. // *Stroke.* – 2003. – Vol. 34. – P. 2349-2354.
117. Thriff A., Donnan G., McNeil T. // *J. Epidemiology.* – 1999. – Vol. 10. – P. 307-312.
118. You R.X., McNeil J.J., O'Malley H.M., et al. // *Stroke.* – 1997. – Vol. 28. – P. 1913-1918.

119. Iso H., Baba S., Mannami T., et al. // *Stroke* 2004. – Vol. 35. – P. 1124-1129.
120. Truelsen T., Gronbaek M., Schnohr P., Boysen G. // *Stroke*. – 1998. – Vol. 29. – P. 2467-2472.
121. Djousse L., Ellison C., Beiser A., et al. // *Stroke*. – 2002. – Vol. 33. – P. 907-913.
122. Haapaniemi H., Hillbom M., Juvela S. // *Stroke*. – 1996. – Vol. 27. – P. 1023-1027.
123. Stone R. // *Science*. – 2000. – Vol. 288. – P. 1732-1733
124. Andre-Petersson L., Engstrom G., Hagberg B., et al. // *Stroke* – 2001. – Vol. 32. – P. 1712-1716.
125. May M., McCarron P., Stansfeld S., Ben-Shlomo Yo. // *Stroke*. – 2002. – Vol.33. – P. 7-13.
126. Truelsen T., Nilsen N., Boysen G., Gronbaek M. // *Stroke*. – 2003. – Vol. 34. – P. 856-860.
127. Ohlin B., Nilsson P.M., Berglund G., // *European Heart Journal*. – 2002. – Vol. 25. – N. 10. – P. 867-873.
128. Hart C.L., Hale D.J., Davey S.G. // *Stroke*. – 2000. – Vol. 32. – P. 2093-2097.
129. Carroll D., Smith G.D., Sheffield D., et al. // *BMJ*. – 1995. – Vol. 310. – P. 771-775.
130. Everson S.A., Lynch J.W., Kaplan G.A., et al. // *Stroke*. – 2001. – Vol. 32. – P. 1263-1270.
131. Castillo-Richmond A., Schneider R.H., Alexander C.N., et al. // *Stroke*. – 2000. – Vol. 31. – P. 568-572.
132. Martinez J., Pampalon R., Hamel D. // *Chronic disease in Canada*. – 2003. – Vol. 24. – N. 2/3. – P. 35-43.
133. Bobak M., Marmot M., The east-west health divide and potential explanations. In: *European Health Policy Conference: Opportunities for the future*. 1994. Vol. 5. Copenhagen. P. 8.
134. Cockerhman W.C., Health lifestyles in Russia. *Soc. Sci. Med.* 2000. 51(9). P. 1313-24.
135. Britton A., McKee M., The relation between alcohol and cardiovascular disease in Eastern Europe. Explaining the paradox. *J. Epidemiol. And Community Health*. 2000. 54. N.5. p. 328-332.
136. Turnet Ch., Anderson P. Alcohol and cardiovascular disease: what is the relationship. *Brit.J. Addiction*. 1990. 85. N7. P.851-853.

137. Metsanen H., et al. Arrhythmias and alcohol abuse in working-aged men. *Pharmacol. And Toxicol.* 1990. 67. N.1 p.2.
138. Vikhert A. Alcoholic cardiomyopathy and sudden cardiac death. *J. Amer. Coll. Cardiol.* 1986. 8. N. 1. P.3-11.
139. Kupari M., Koskinen P., Alcohol, cardiac arrhythmia and sudden death. In: *Alcohol and cardiovascular diseases* (Chadwick D.J. ed.). 1998. P 68-79.
140. Arkwright P., Beilin L., Vandongen J., et al. Alcohol and hypertension. *Australian and New Zealand Journal of Medicine.* 1984; 14: 463-469.
141. Kamisima H. Alcohol and hipertension. *J. Public Health Pract.* 1987. 51. N. 9. P.655-660.
142. Marmot M.G. Commentary: Reflections on alcohol and coronary heart disease. *International Journal of Epidemiology.* 2001;30: 729-734.
143. Wu C. Is alcohol the key to the French paradox? *Sci. News.* 1999. N.10. p. 10.
144. Law M., Wald N. Why heart disease mortality is low in France: The time lag explanation. *British Medical Journal,* 1999;318: 1472-1480.
145. Stampfer M., Rimm E. Commentary: Alcohol and other dietary factors may be important. 1999;318: 1471-1480.
146. Rotondo S., et al. The relationship between wine consumption and cardiovascular risk: from epidemiological evidence to biological plausibility. *Ital. Heart. J.* 2001.2 (1) p. 1-8.
147. Ruf J.C. Wine and polyphenols related to platelet aggregation and atherothrombosis. *Drug Exp. And Clin. Res.* 1999. 25. N. 2-3. P. 125-131.
148. Das D. K., Satom M., Ray P.S. Cardioprotection of red wine: role of polyphenolic antioxidants. *Drug Exp. And Clin. Res.* 1999. 25, n. 2-3, p. 115-120.
149. Rimm E.B., Klatsky A., Grobbee D., Stampfer M.L. Review of moderate alcohol consumption and reduced risk of coronary heart disease: is the effect due to beer, wine or spirits? *BMJ;*312: 731-736.
150. Hemstrom O. Per capita alcohol consumption and ischaemic heart disease mortality. *Addiction.* 2001. 96. P. 93-112.
151. Leon D.A., et al. Huge variation in Russian mortality rates 1984-94: artefact, alcohol, or what? 1998. *Lancet.* 350. P. 383-88.
152. Chenet L., McKee M., Leon D., Shkolnikov V., Vassin S. Alcohol and cardiovascular mortality in Moscow: new evidence of a causal association. *Journal of Epidemiology and Community Health.* Vol 52. 772-774.
153. McKee M., Britton A. The positive relationship between alcohol and heart disease in Eastern Europe: potential physiological mechanisms. *Journal of the Royal Society of Medicine.* 1998;91:402-407.

154. Bovet P., Paccaud F. Commentary: Alcohol, coronary heart disease and public health: which evidence – based policy. *International Journal of Epidemiology*. 2001;30:734-737.
155. Декария Р., Айзенберг Л., Гуд Б., Клейнман А. Охрана психического здоровья в мире. Проблемы и приоритеты в развивающихся странах. — Киев, 2001.
156. Здравоохранение РБ: Стат. сборник. — Мн., 2001.
157. Телле Р. Психиатрия. — Мн., 1999.
158. Caces F., Harford T. // *J. Studies on Alcohol*. — 1998.— V. 59. — P.455—461.
159. Sjogren H., Eriksson A., Ahlm K. // *Alcohol. Clin. Exp. Res.* — 2000. — V. 24(7). — P.1050—1056.
160. Lunetta P., Penttila A., Sarna S. // *Alcohol. Clin. Exp. Res.* — 2001. — V. 25(11). — P.1654—1661.
161. Carlini-Cotrim B., da-Matta-Chasin A. // *J. Psychoact. Drugs*. — 2000. — V.32(3). — P.269—275.
162. Welte J., Abel E., Wiczorek W. // *Publ. Health Rep.* — 1988. — V.103(6). — P.648—652.
163. Brent D., Perper J., Allman C. // *J. Amer. Med. Assoc.* — 2001. — V. 257(24). — P. 3369—3372.
164. Birckmayer J., Hermenway D. // *Amer. J. Publ. Health*. — 1999. — V. 89(9).— P. 1365—1368.
165. Gruenewald P., Ponicki W., Mitchell P. // *Addiction*. — 1995. — V.90. — P.1063—1075.
166. Makela P. // *Addiction*. — 1996. — V.91(1). — P.101—112.
167. Lester D. // *Alcohol and Alcoholism*. — 1995. — V.30(4). — P.465—468.
168. Ramstedt M. // *Addiction*. — 2001. — V.96(1). — P.59—75.
169. Kendall R. // *Substance and Alcohol Misuse*. — 1983. — V.4. — P.121—127.
170. Henriksson M., Acr H., Martunen M. et al. // *Amer. J. Psychiatry*. — 1993. — V.150(6). — P.935—940.
171. Blumental S., Kupfer P. (eds.) *Suicide over the life cycle, risk factors, assesment and treatment of suicidal patients*. — Washington: Plenum Press, 1990.
172. Амбрумова А.Г., Чуркин Е.А. *Клиника и профилактика аутоагрессивного поведения при алкоголизме: Метод. рекомендации*. — М., 1980.

173. Galanter M., Castaneda R. // *Psychiatr. Clin. North Amer.* — 1985. — V. 8. — P.251—261.
174. Murphy G., Richard D., Wetzel R., McEvoy L. // *Arch. Gen. Psychiatry.* — 1992. — V.49. — P.459—463.
175. Conner K., Cox C., Duberstein P. et al. // *Amer. J. Psychiatry.* — 2001. — V.158(10). — P.1701—1705.
176. Hufford M. // *Clin. Psychol. Rev.* — 2001. — V.21(5). — P.797—811.
177. Hibbeln J., Umhau J., Linnoila M. et al. // *Biol. Psychiatry.* — 1998. — V.44(4). — P.243—249.
178. Gorwood P., Batel P., Ades J. et al. // *Biol. Psychiatry.* — 2000. — V.48(4). — P.259—264.
179. Preuss U., Koler G., Soyka M., Bondy B. // *Biol. Psychiatry.* — 2001. — V.50(8). — P.636—639.
180. Gorwood P. // *Eur. Psychiatry.* — 2001. — V.16(7). — P.410—417.
181. Дюркгейм Э. Самоубийство. Социологический этюд. — СПб., 1998.
182. Leenars A., Yang B., Lester D. // *J. Clin. Psychol.* — 1993. — V.49. — P.918—921.
183. Hintikka J., Saarinen P., Viinamaki H. // *Scand. J. Publ. Health.* — 1999. — V.27(2). — P.85—88.
184. Marusic A. // *Crisis.* — 1998. — V.19(4). — P.159—166.
185. Wasserman D., Varnic A., Eklund G. // *Acta Psychiatr. Scand.* — 1998. — V.98(394). — P.26—33.
186. Varnic A., Wasserman D., Dankowicz M., Eklung G. // *Acta Psychiatr. Scand.* — 1998. — V.98(1). — P.20—25.
187. Haghghat R. // *Psychiatr. Bull.* — 1997. — V.21. — P.716—719.
188. Razvodovsky Yu. // *Alcoholism.* — 2001. — V.37. — P.35—43.
189. Haghghat R. // *Psychiatr. Bull.* — 1997. — V.21. — P.716—719.
190. Makinen I. // *Soc. Science and Medicine.* — 2000. — V.51. — P.1405—1420.
191. Walinder J., Rutz W. // *Intern. Clin. Psychopharmacol.* — 2001. — V.16(2). — P.21—24.
192. Rancans E., Remberg E., Jacobsson L. // *Acta Psychiatr. Scand.* — 2001. — V.103(4). — P.275—281.
193. Anisman H., Merali Z. // *Alcohol Research and Health.* — 1999. — Vol. 23. — P. 241-249.

194. Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж. // Клиническая психиатрия. М. Медицина. – 1994.
195. Pohorecky L.A. // Alcoholism: Clinical and Experimental Research. – 1991. – Vol. 15. – P. 438-459.
196. Edwards G. at al. // Alcohol policy and the public good. Oxford. - 1994.
197. Clark W.B., Hilton M.E. // Alcohol in America: Drinking practice and Problems. Albany, NY: State University of New York Press.- 1991.
198. Wyllie A., Casswell S. // Drinking in New Zealand: A survey 1988. Auckland: Auckland Alcohol Research Unit. - 1989.
199. Mendoza-Sassi R.A., Beria J.U. // Prevalence of alcohol use disorders and associated factors: a population – based study using AUDIT in southern Brazil. Addiction.- 2003.- N.98(6).- p.799-804.
200. Grant B.F., Harford T.C., Chov P., at al. // Prevalence of DSM 3 R alcohol abuse and dependence. Alcohol Health and Research World. - 1992.- Vol.15. - p. 91-96.
201. Robins L.N., Regier D.A. // Psychiatric Disorders in America. New York: free Press. - 1991.
202. Saunders J.B., Aasland O.G., Babor T.F., at al. // Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Colaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption. Addiction.- 1993.- N.88(6).- p.791-804.
203. Bohn M.J., Babor T.F., Kranzler H.R. // The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): validation of a screening instrument for use in medical settings. J. Stud Alcohol.- 1995.- N56(4).- p.423-32.
204. Разводовский Ю.Е. Медико-социальные аспекты алкоголизма. - Гродно, 2005.- 128 с.
205. Разводовский Ю.Е. Индикаторы алкогольных проблем в Беларуси. - Гродно, 2008.- 70 с.

Авторский коллектив:

**Руководитель - Медведев А.С.**, докт. мед. наук, проф., заведующий  
Республиканским центром наркологического мониторинга и превентологии  
ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья»

**Кралько А.А.**, канд. мед. наук, доцент, заведующий сектором  
наркологического мониторинга Республиканского центра наркологического  
мониторинга и превентологии ГУ «Республиканский научно-практический  
центр психического здоровья»

**Разводовский Ю.Е.**, научный сотрудник лаборатории медико-  
биологических проблем наркологии ГГМУ

**Статкевич Д.А.**, врач-психиатр-нарколог Республиканского центра  
наркологического мониторинга и превентологии ГУ «Республиканский  
научно-практический центр психического здоровья»

**Щербицкая Е.С.**, социолог Республиканского центра наркологического  
мониторинга и превентологии ГУ «Республиканский научно-практический  
центр психического здоровья»